

Материалы к 44-й сессии ЦНИИ гастроэнтерологии «Персонализированная медицина в эпоху стандартов»

Болезни кишечника

КОМБИНИРОВАННАЯ КЛЕТОЧНАЯ И АНТИЦИТОКИНОВАЯ ТЕРАПИЯ СПОСОБСТВУЕТ БОЛЕЕ ВЫРАЖЕННОМУ УМЕНЬШЕНИЮ СТЕПЕНИ ВОСПАЛЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ КИШКИ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА

Князев О.В.¹, Фадеева Н.А.¹, Хомерики С.Г.¹,
Лишинская А.А.¹, Бабаян А.Ф.¹, Носкова К.К.¹,
Донченко И.А.¹, Добролюбова Е.А.¹,
Коноплянников А.Г.², Парфенов А.И.¹

¹ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова Департамента здравоохранения Москвы», Москва, Россия; ²Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф. Цыба» Минздрава России, Обнинск, Россия

Одним из новых перспективных методов лечения болезни Крона (БК) является биологическая терапия с применением мезенхимальных стромальных клеток (МСК) костного мозга. В ряде случаев одновременно с МСК, больные получают сопутствующую антицитокиновую терапию. В настоящее время новой стратегией терапии болезни Крона является достижение глубокой ремиссии заболевания.

Цель исследования — сравнить уровень иммунобиологических и гистологических маркеров воспаления — С-реактивного белка (СРБ), индекса Гебса (ИГ) и фекального кальпротектина (ФКП) у пациентов с БК, получающих клеточную терапию МСК, антицитокиновую терапию инфликсимабом (ИФЛ) и комбинированную терапию МСК костного мозга и ИФЛ.

Материал и методы. 67 больных с люминальной формой БК в форме колита и илеоколита средней степени тяжести разделили на группы в зависимости от проводимой терапии: 1-я группа больных ($n=21$) в возрасте от 19 до 58 лет (средний возраст 29 лет) получала противовоспалительную терапию с применением культуры МСК 2 млн/кг по схеме, 2-я группа больных ($n=30$) в возрасте от 23 до 60 лет (средний возраст 31 год) получала ИФЛ в соответствии с рекомендуемой схемой, 3-я группа больных ($n=16$) в возрасте от 20 до 57 лет (средний возраст 33 года) получала МСК+ИФЛ. Уровень СРБ, ФКП и ИГ оценили через 26 нед от начала проводимой терапии.

Результаты. Исходный уровень СРБ составил $24,0 \pm 1,9$; $22,5 \pm 2,1$ и $23,0 \pm 2,4$ мг/л соответственно. Исходный ИГ в группах больных составил $4,4 \pm 0,2$; $4,35 \pm 0,2$ и $4,6 \pm 0,3$ балла соответственно. Исходный уровень ФКП составил $804,8 \pm 88,8$; $848,3 \pm 83,9$ и $937,5 \pm 125,6$ мкг/гр соответственно. Через 26 нед от начала проводимой терапии в 1-й группе больных уровень СРБ составил $9,8 \pm 1,1$ мг/л, во 2-й группе — $8,4 \pm 1,3$ мг/л, в 3-й — $7,9 \pm 0,9$ мг/л ($p > 0,05$). Через 26 нед от начала проводимой терапии в 1-й группе больных уровень ФКП составил $88,8 \pm 5,3$ мкг/гр, во 2-й группе — $90,6 \pm 6,8$ мкг/гр, в 3-й — $68,8 \pm 3,3$ мкг/гр ($p < 0,05$ по сравнению с 1-й и 2-й группами). Через 26 нед от начала проводимой терапии в 1-й группе больных ИГ составил $0,7 \pm 0,1$ балла, во 2-й группе — $0,66 \pm 0,1$ балла, в 3-й — $0,5 \pm 0,06$ балла ($p < 0,001$ по сравнению с 1-й и 2-й группами).

Вывод. Комбинированная клеточная и антицитокиновая терапия способствует большему уменьшению степени воспаления со стороны слизистой оболочки кишки, по сравнению с монотерапией мезенхимальными стромальными клетками и антицитокиновой терапией.

АКТИВНОСТЬ ДИСАХАРИДАЗ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ЗАПОРОВ

Парфенов А.И., Дбар С.Р., Ахмадуллина О.В.,
Сабельникова С.А., Крумс Л.М., Быкова С.В.,
Белостоцкий Н.И.

ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Дисахаридазная недостаточность и синдром раздраженного кишечника (СРК) сходны по клиническим проявлениям и требуют дифференциальной диагностики вследствие разных патогенетических подходов к лечению.

Цель исследования — оценить активность дисахаридаз слизистой оболочки тонкой кишки у больных с клиническими симптомами СРК с запорами (СРКз).

Материал и методы. Проведено обследование 32 больных в возрасте от 18 до 50 лет, проходивших обследование и лечение в ГБУЗ МКНЦ. Пациенты соответствовали критериям СРКз (Римские критерии IV). У всех больных частота стула составляла менее 3 раз в неделю. Всем больным проводили колонофиброскопию, эзофагогастродуоденоскопию с биопсией на дисахаридазную недостаточность (ДН), ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Активность дисахаридаз (глюкоамилаза, лактаза, сахараза, мальтаза) исследовали по методу Далквиста в модификации Триндера в дуоденальных биоптатах, полученных во время эзофагогастродуоденоскопии.

Результаты. В результате проведенного исследования у 20 (62,5%) пациентов выявлена ДН. Из них недостаточность всех исследованных ферментов выявлена у 28,9% больных, недостаточность лактазы — у 25%, недостаточность глюкоамилазы — у 56,3%, мальтазы — у 43,8%, сахаразы — у 46,9%. У 12 (37,5%) больных СРКз активность дисахаридаз была в норме.

Вывод. У 62,5% больных с запорами выявлена ДН, нормальная активность дисахаридаз установлена у 12 (37,5%) из 32 человек, снижение всех дисахаридаз отмечено у 9 (28,1%), недостаточность лактазы у 8 (25%), недостаточность глюкоамилазы — у 18 (56,3%), мальтазы у 14 (43,8%), сахаразы — у 15 (46,9%). Таким образом, у 20 (62,5%) из 32 больных с клиническими симптомами СРКз установлено нарушение мембранного пищеварения тонкой кишки в форме дисахаридазной недостаточности, что требует в лечебных целях коррекции рациона питания.

СИНДРОМ ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ЖКБ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Кулыгина Ю.А., Макарова Ю.В., Краснер Я.А.,
Осипенко М.Ф.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

До сих пор остается неясным реальный вклад синдрома избыточного бактериального роста (СИБР) в патогенез заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). В последнее время изучает-

ся влияние СИБР на развитие и особенности течения патологии желчевыводящих путей. Патогенетической предпосылкой для подобной взаимосвязи является влияние кишечной микробиоты на обмен желчных кислот (ЖК). Исследование J. Кауг и соавт. показали значимое ($p < 0,05$) повышение уровня желчных кислот в плазме у пациентов с СИБР и желчнокаменной болезнью (ЖКБ) ($6,4 \pm 2,8$ мкмоль/л) по сравнению с пациентами, не имеющими СИБР ($4,8 \pm 2,4$ мкмоль/л). Также была показана большая частота СИБР среди пациентов с ЖКБ по сравнению с группой контроля (15% против 0,7% соответственно; $p < 0,01$). Более выраженные нарушения происходят при холестазе (ХЭ), когда за счет нарушения энтерогапатической циркуляции практически вдвое снижается пул ЖК. Теряется концентрация ЖК, а также в условиях отсутствия желчного пузыря происходит их преждевременная деконъюгация, что способствует развитию СИБР в тонкой кишке (H. Sung, 2015). Большой интерес представляет изучение распространенности СИБР среди пациентов с заболеваниями кишечника, поскольку нарушения и количественные изменения видового состава кишечной микрофлоры оказывают влияние на течение данной группы нозологий. Однако исследования, посвященные данному вопросу пока немногочисленны. Тем не менее имеющиеся на сегодняшний день представления о СИБР позволяют предполагать высокую частоту встречаемости данного состояния среди пациентов с заболеваниями кишечника. Учитывая очень большой интерес к вопросу СИБР в современном мире как одному из элементов патогенеза в заболевании ЖКТ, мы решили оценить частоту СИБР у пациентов с постхолецистэктомическим синдромом (ПХЭС) и заболеваниями кишечника.

Цель исследования — изучить частоту распространенности СИБР у пациентов с ПХЭС и заболеваниями кишечника.

Материал и методы. Обследованы 152 пациента с воспалительными заболеваниями кишечника (ХВЗК) и 59 — после ХЭ по поводу ЖКБ. Метод диагностики СИБР осуществлялся с помощью водородного дыхательного теста (ВДТ) на аппарате Gastro+ с использованием лактулозы. Положительный результат ВДТ свидетельствует о наличии СИБР.

Результаты. Из 152 пациентов, включенных в исследование с установленным диагнозом ВЗК, 81 (53,3%) пациент страдал язвенным колитом (ЯК) и 71 (46,7%) — болезнью Крона (БК). Было выявлено практически равное соотношение мужчин и женщин: с ЯК — 42 (51,9%) женщины и 39 (48,1%) мужчин, с БК — 38 (53,5%) женщин и 33 (46,5%) мужчины. Средний возраст среди пациентов с ЯК составил $41,3 \pm 13,50$ года, среди пациентов с БК — $40,1 \pm 13,85$ года. СИБР был выявлен у 73 (48%) пациентов. При этом была выявлена более высокая частота встречаемости СИБР у пациентов с БК — 50,7% ($n=36$) по сравнению с пациентами с ЯК — 45,7% ($n=37$) ($p=0,626$). Также ВДТ был проведен 59 пациентам после ХЭ, в данной группе преобладали женщины ($n=55$, 93,2%) против ($n=4$, 6,8%). Средний возраст обследованных составил $61,71 \pm 12,18$ года. СИБР у больных после ХЭ был выявлен у 10 (16,9%) пациентов, все пациенты были женщинами.

Вывод. Проведенное нами исследование выявило довольно высокую частоту СИБР у пациентов с патологией ЖКТ. При этом чаще СИБР встречается у пациентов с ХВЗК. Частота СИБР у пациентов после ХЭ сравнима с частотой СИБР у пациентов с ЖКБ, согласно данным литературы. Полученные данные подтверждают необходимость коррекции СИБР как самостоятельной клинической задачи, значительно влияющей на патогенез различных заболеваний ЖКТ.

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К ЦЕЛИАКИИ

Казачкина Е.О.¹, Литвинова М.М.^{1,2}, Сабельникова Е.А.², Быкова С.В.², Дегтерев Д.А.², Бодунова Н.А.²

¹ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет) Минздрава России. Москва, Россия; ²ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Целиакия представляет собой распространенное (0,3–3%) многофакторное заболевание. В клинической картине могут преобладать как классические (кишечные) проявления, так и разнообразные внекишечные симптомы. Последнее затрудняет своевременную диагностику заболевания. Срок манифестации болезни также варьирует в широких пределах. Традиционно генетическую склонность к развитию целиакии связывают с наличием определенного сочетания аллелей генов главного комплекса гистосовместимости: HLA-DQ2 (DQA1*05, DQB1*02) и HLA-DQ8 (DQA1*03, DQB1*0302). Эти генетические маркеры присутствуют у подавляющего большинства больных. Однако молекулярный механизм влияния гаплотипов HLA на развитие клинических симптомов болезни до конца не известен. К тому же далеко не у всех носителей данных гаплотипов развивается заболевание. Генотип HLA не может спрогнозировать срок манифестации тяжести протекания заболевания. По всей видимости, в молекулярном патогенезе целиакии немаловажную роль играют другие HLA-независимые генетические маркеры.

Цель исследования — выявление HLA-независимых генетических маркеров, ассоциированных с риском развития целиакии.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ мировой литературы и результатов исследований, посвященных поиску генетических причин целиакии. В ходе работы использовались базы данных OMIM, Pubmed, SNPedia и GWAS Central.

Результаты. В результате анализа данных было обнаружено несколько десятков HLA-независимых генетических маркеров, имеющих связь с риском развития целиакии. В исследованиях типа случай—контроль и при проведении полногеномного поиска ассоциации (GWAS) ассоциации установлены для генов *CTLA4*, *MYO9B*, *KIAA1109*, *IL21*, *RGSI*, *CCR3*, *IL18RAP*, *IL12A*, *LPP* и др. Большая часть генов вовлечена в реакции иммунного ответа и поддержание целостности слизистой оболочки кишечника. Обращает на себя внимание наличие связи полиморфизмов генов с другими патологиями аутоиммунного характера, что указывает на общность молекулярного патогенеза данной группы болезней.

Вывод. Углубленное изучение влияния генетических факторов на риск развития непереносимости глютена поможет сделать генетическую диагностику целиакии более эффективной и в перспективе более индивидуализированной подойти к ее лечению и профилактике.

ЦЕЛИАКИЯ — ТИПИЧНАЯ ФОРМА

Крумс А.М., Полева Н.И., Амнинова Ц.В., Парфенов А.И., Гудкова Р.Б., Тураева М.Б.

Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Целиакия в настоящее время не рассматривается как редкое заболевание. Частота ее в странах Европы и США составляет 1%, преобладают бессимптомные формы.

Цель исследования — представить большую с типичной формой целиакии, диагностированную в 23 года.

Материал и методы. Определялись антитела к тканевой трансглутаминзе в IgA и IgG, морфологическое исследование биоптатов из залуковичного отдела двенадцатиперстной кишки.

Результаты. Больная М., 23 лет, поступила в кишечное отделение с жалобами на боли в верхней половине живота, вздутие, урчание, обильный жидкий стул до 7 раз в сутки, потерю массы тела на 7 кг за год., боли в правом тазобедренном суставе, прихрамывание при ходьбе, общую слабость. С детских лет беспокоили частые поносы. Менархе с 16 лет, нерегулярные. В 2012 г. выявлено снижение гемоглобина до 68 г/л. Ухудшение состояния после беременности: участились поносы, снизился гемоглобин до 85 г/л, сывороточное железо до 4 ммоль/л, появились боли в позвоночнике, тазобедренном суставе, отеки голеней и стоп. Терапия кишечными антисептиками, ферментными препаратами, внутривенными трансфузиями растворов электролитов с временным эффектом. С 2017 г. появилась хромота. По данным денсито-

тометрии — остеопороз с травматическими переломами плечевой и правой бедренной костей. Направлена в МКНЦ. При поступлении: состояние удовлетворительное. Рост 152 см, масса тела 41,5 кг, бледность кожных покровов. Язык обложен, живот умеренно вздут, безболезнен, тестоватой консистенции. Ноги в области коленных суставов искривлены. Анализ крови: Нв: 11,9 г/дл, лейкоциты $2,67 \cdot 10^3$ /мкл, СОЭ 6 мм/ч. Кальций 1,7 ммоль/л, щелочная фосфатаза 852 Ед/л, АТ к тканевой трансглутаминазе IgA 103 Ед/мл. Морфологическое исследование: кишечные ворсины сглажены, глубина крипт увеличена. Число МЭЛ 40 на 100 эпителиоцитов. Морфологическая картина соответствует целиакии в стадии Marsh III С. Диагноз: целиакия, типичная форма. Синдром нарушенного всасывания 3-й степени тяжести. Анемия. Гипокальцемия. Остеопороз. Гиперпаратиреоз. Лечение: аглютенная диета пожизненно, препараты кальция, витамина D₃, ферментные препараты, препараты железа внутрь.

Вывод. Больной с типичной формой целиакии диагноз поставлен только в 23 года.

ПОКАЗАТЕЛИ ДИСАХАРИДАЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОНКОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ЦЕЛИАКИЕЙ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ СОБЛЮДЕНИИ АГЛЮТЕНОВОЙ ДИЕТЫ

Ахмадулина О.В., Быкова С.В., Сабельникова Е.А., Белостоцкий Н.И., Парфенов А.И., Журавлева Н.В.

ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Высокая распространенность целиакии (около 1%) среди населения вызывает необходимость диспансерного контроля за больными целиакией с определением качества соблюдения аглютенной диеты (АГД).

Цель исследования — определение показателей активности дисахаридаз и частоты встречаемости дисахаридазной недостаточности у больных целиакией, соблюдающих АГД.

Материал и методы. Обследованы 30 больных целиакией: 27 женщин и 3 мужчины, средний возраст больных составил $51,2 \pm 13,9$ года (среди мужчин — $48,3 \pm 8,9$ года, среди женщин — $52,6 \pm 10,5$ года). Большая часть больных длительно соблюдала АГД, среднее время соблюдения АГД составляло $4,4 \pm 9,4$ года. Изучалась активность кишечных ферментов (глюкоамилаза, мальтаза, лактаза и сахараза), которая измерялась в нг глюкозы/мг ткани: минуту методом Далквиста.

Результаты. Выявлено снижение средних показателей активности ферментов слизистой оболочки тонкой кишки. Активность глюкоамилазы составляла $161,0 \pm 185,0$ (норма — выше 300), активность мальтазы — $496,0 \pm 381,0$ (норма — выше 600), активность сахаразы — $54,4 \pm 54,6$ (норма — выше 61), активность лактазы — $19,9 \pm 31,2$ (норма — выше 35). Предположительно значимый разброс показателей активности ферментов был обусловлен различным сроком соблюдения АГД. В связи с этим обследованные больные разделены на две группы: в 1-й группе пациенты с впервые выявленной целиакией и соблюдающие АГД до 6 мес, во 2-й группе — соблюдающие АГД более 6 мес. В 1-й группе получены показатели активности: глюкоамилазы — $67,6 \pm 42,7$, мальтазы — $237,0 \pm 176,1$, сахаразы — $21,8 \pm 14,0$, лактазы — $12,6 \pm 13,2$. Во 2-й группе получены показатели активности ферментов: глюкоамилазы — $207,7 \pm 205,5$, мальтазы — $625,6 \pm 395,1$, сахаразы — $70,7 \pm 60,6$, лактазы — $23,6 \pm 37,4$. Достоверной статистической разницы между двумя группами выявлено не было (кроме сахаразы и мальтазы).

Вывод. Сохранение низких показателей активности ферментов даже при длительном соблюдении АГД свидетельствует о наличии дисахаридазной недостаточности у больных целиакией, соблюдающих АГД. Это определяет показания к дополнительным диетическим рекомендациям в виде ограничения употребления продуктов, содержащих углеводы.

ДИСАХАРИДАЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОД МАСКОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА

Парфенов А.И., Дбар С.Р., Ахмадулина О.В., Сабельникова Е.А., Крумс Л.М., Быкова С.В., Белостоцкий Н.И.

ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Снижение активности дисахаридаз (лактаза, глюкоамилаза, сахараза, мальтаза) в слизистой оболочке тонкой кишки клинически проявляется так же, как функциональные заболевания кишечника (ФЗК), что требует тщательного подхода к дифференциальной диагностике из-за разных патогенетических подходов к лечению.

Цель исследования — оценить активность дисахаридаз слизистой оболочки тонкой кишки у больных с клиническими симптомами ФЗК.

Материал и методы. Обследованы 102 больных в возрасте от 18 до 50 лет (41 мужчина и 61 женщина) с клиническими симптомами ФЗК. Всем больным проводили колонофиброскопию, эзофагогастродуоденоскопию с биопсией залуковичного отдела двенадцатиперстной кишки для гистологического исследования и на активность дисахаридаз, ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Активность дисахаридаз исследовали по методу Далквиста в модификации Триндера в дуоденальных биоптатах, полученных во время эзофагогастродуоденоскопии.

Результаты. Нормальная активность ферментов установлена у 11 (10,8%) больных. Активность всех исследованных ферментов оказалась сниженной у 33 (32,3%) пациентов. У 58 (56,9%) пациентов выявлены селективные снижения уровня карбогидраз.

Вывод. У 89,2% больных, симптомы, свойственные ФЗК, связаны с уменьшением активности мембранных ферментов тонкой кишки.

ДИСАХАРИДАЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАРЕЕЙ

Парфенов А.И., Дбар С.Р., Ахмадулина О.В., Сабельникова Е.А., Крумс Л.М., Быкова С.В., Белостоцкий Н.И.

ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Снижение активности дисахаридаз (лактаза, глюкоамилаза, сахараза, мальтаза) в слизистой оболочке тонкой кишки приводит к накоплению ди- и олигосахаров, плохо всасываемых в просвете тонкой кишки, что в свою очередь приводит к повышению осмотического давления химуса и, как следствие, появлению диареи, а также к синдрому избыточного бактериального роста в тонкой кишке. Дисахаридазная недостаточность (ДН) по клиническим проявлениям сходна с функциональными заболеваниями кишечника (ФЗК), сопровождающимися диареей, что требует дифференциальной диагностики из-за разных патогенетических подходов к лечению.

Цель исследования — оценить активность дисахаридаз слизистой оболочки тонкой кишки у больных с клиническими симптомами ФЗК с диареей.

Материал и методы. Проведено обследование 132 больных в возрасте от 18 до 50 лет, проходивших обследование и лечение в ГБУЗ МКНЦ. Пациенты соответствовали критериям синдрома раздраженного кишечника (СРК) (Римские критерии IV), из них выявлено 68 пациентов с СРК с преобладанием диареи (СРКд). Всем больным проводили колонофиброскопию, эзофагогастродуоденоскопию с биопсией на ДН, ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Активность дисахаридаз исследовали

по методу Далквиста в модификации Триндера в дуоденальных биоптатах, полученных во время эзофагогастроуденоскопии.

Результаты. У 61 (89,7%) больных СРКд выявлено снижение дисахаридаз, из них: активность всех исследованных ферментов оказалась сниженной у 37 (52,9%) пациентов; у 33 (47,1%) — выявлены селективные снижения уровня карбогидраз.

Вывод. У 89,7% больных диарея связана со снижением активности мембранных ферментов тонкой кишки.

МОЛЕКУЛЫ АДГЕЗИИ: СЕЛЕКТИНЫ И ИНТЕГРИНЫ — СОВРЕМЕННЫЕ БИОМАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА

Парфенов А.И., Болдырева О.Н., Ручкина И.Н.,
Князев О.В., Фадеева Н.А., Каграманова А.В.,
Дорофеев А.С., Бабаян А.Ф.

ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Цель исследования — оценить эффективности стандартной и биологической терапии при воспалительных заболеваниях кишечника (ВЗК) с помощью концентрации молекул адгезии (селективных и интегринов).

Материал и методы. Обследованы 88 больных (50 (57%) мужчин и 38 (43%) женщин, возраст больных $35,6 \pm 3,0$ года) с язвенным колитом (ЯК) — индекс Rachmilewitz (12 ± 2 балла) и болезнью Крона (БК) в форме колита — индекс CDAI (420 ± 120 баллов). Средняя длительность заболевания составила $5,5 \pm 3,4$ года. В зависимости от вида терапии все больные разделены на две группы: 1-я группа — 28 больных, получающие ГКС: 1 мг на 1 кг массы тела +АЗА: 2 мг на 1 кг массы тела; 2-я группа — 32 больных, получающие ГКС 1 мг на 1 кг массы тела и антицитоклиновая терапия: инфликсимаб 5 мг на 1 кг массы тела в сочетании с азатиоприном. Эффективность терапии оценивалась по динамике клинических симптомов, лабораторных показателей и эндоскопических изменений кишечника с гистологическим исследованием биоптатов слизистой оболочки; по концентрации молекул адгезии (L-селектин, E-селектин, P-селектин, интегрин- α 5 β 1) методом иммуноферментного анализа в сыворотке крови до начала терапии и через 2 мес.

Результаты и обсуждение. До начала терапии в 1-й группе у больных ВЗК в клиническом анализе крови отмечались выраженные воспалительные изменения (СРБ 32 ± 3 мг/л); при колоноскопии — выявлен эрозивно-язвенный колит. Морфологически отмечалась значительная лимфоплазмочитарная инфильтрация слизистой оболочки толстой кишки (СОТК). Индекс Гебса: 16 ± 2 . Через 2 мес от начала терапии у всех больных развивалась клиническая ремиссия заболевания с нормализацией клинических, лабораторных показателей (СРБ 6 ± 1 мг/л), эндоскопических показателей. Гистологически сохранялась незначительная лимфоплазмочитарная инфильтрация СОТК. Индекс Гебса: 12 ± 2 . Профиль молекул менялся незначительно: снижались показатели P нг/мл (с $9,7 \pm 1,4$ и до $6,6 \pm 1,4$) ($p < 0,01$); показатели остальных молекул адгезии оставались высокими: E — $12,4$ нг/мл; L — $10,6$ нг/мл, VCAM-1 — $27,2$ нг/мл. Во 2-й группа на фоне антицитоклиновой терапии развивалась клиническая ремиссия заболевания с нормализацией показателей крови: СРБ — 4 ± 1 , при колоноскопии сохранялись признаки катарального колита, морфологически в биоптатах значительно уменьшалась лимфоплазмочитарная инфильтрация СОТК. Индекс Гебса — 8 ± 1 . Отмечалось снижение уровней молекул адгезии: sP нг/мл (с $11,3 \pm 0,8$ и до $8,9 \pm 1,0$), E — нг/мл (с $8,5 \pm 1,4$ и до $5,5 \pm 1,7$), VCAM-1 нг/мл (с $17,3 \pm 5,8$ и до $9,5 \pm 4,4$) ($p < 0,001$). Оставался повышенным уровень L-нг/мл (с $9,9 \pm 0,6$ и до $9,6 \pm 0,8$) ($p > 0,1$).

Вывод. У больных ВЗК на фоне стандартной терапии достаточно быстро исчезали воспалительные изменения в крови, но сохранялись высокими показатели молекул адгезии в сыворотке крови. Показатели молекул адгезии значительно снижались в

группе больных, получающих антицитоклиновую терапию. Молекулы адгезии, а именно, селектины (P, E, L) и интегрин VCAM-1 зависят от степени выраженности лимфоплазмочитарной инфильтрации собственной пластинки толстой кишки при ВЗК. Уменьшение воспалительной инфильтрации слизистой оболочки кишки приводит к значительному снижению показателей молекул адгезии.

ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ ТОЛСТОЙ КИШКИ. ТРИАДА СЕЙНТА

Кривошеев А.Б.¹, Хавин П.П.², Ермаченко Т.В.²,
Кривошеева И.А.², Хван Л.А.², Кондратова М.А.¹

¹ФГБОУ ВО «НГМУ» Минздрава России, ²ГБУЗ НСО ГКБ №1, Новосибирск, Россия

Дивертикулярная болезнь (ДБ) толстой кишки — наиболее распространенная патология кишечника у лиц пожилого и старческого возраста. Среди особых форм ДБ выделяют сочетание ДБ с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и желчнокаменной болезнью. Существует несколько взглядов на патофизиологические механизмы возникновения данного симптомокомплекса. Один из них предполагает случайное сочетание этих часто встречающихся нозологических форм, особенно у лиц пожилого возраста. Важную роль имеет характер питания у таких больных, а именно дефицит растительной клетчатки. Как наиболее распространенная версия рассматривается результат инволюционных процессов в связочном и мышечном аппарате полых органов и повышение полостного давления, особенно у лиц с врожденным повышенным количеством эластических волокон в соединительной ткани.

Цель исследования — учитывая редкость данной патологии, представляется необходимым обсудить ряд вопросов, касающихся проблем диагностики данного заболевания.

Материал и методы. Наблюдали пациентку 79 лет, которая поступила в отделение пульмонологии по поводу декомпенсации бронхиальной астмы. Из предъявляемых жалоб пациентка акцентировала внимание на похудание, снижение аппетита, появление запоров.

Результаты. Учитывая возраст пациентки, симптоматику со стороны системы пищеварения, начато комплексное обследование в формате исключения онкологического процесса. С учетом клиники и результатов обследования выставлен диагноз: дивертикулярная болезнь толстой кишки: триада Сейнта (дивертикулез левых отделов толстой кишки, впервые выявленный, скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, впервые выявленная, желчнокаменная болезнь, впервые выявленная, хронический калькулезный холецистит, безболевого форма). Бронхиальная астма, эндогенная форма, приступный период, ДН_{II}, пневмосклероз, эмфизема. Артериальная гипертензия III степени, стадия 3, класс риска 4. ИБС, стенокардия напряжения ФК_{III}. Хроническая сердечная недостаточность НК_{IIb} — ФК_{III}. Сахарный диабет 2-го типа впервые выявленный. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, катаральный эзофагит.

Вывод. Представленное наблюдение позволяет обсудить ряд положений. Во-первых, перед нами пожилой пациент с коморбидной патологией. На момент госпитализации доминировала симптоматика бронхолегочной патологии в виде эндогенной формы бронхиальной астмы. Имела место ассоциированная сердечно-сосудистая патология: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность. Симптоматика со стороны органов пищеварения потребовала дополнительного обследования с целью исключения онкологического процесса, а также впервые был диагностирован сахарный диабет. Во-вторых, пациентка по поводу коморбидной патологии принимала ряд лекарственных препаратов (в частности, нитраты и β_2 -агонисты), которые при длительном использовании могут способствовать снижению тонуса мышечной стенки пищевода и кишечника, тем самым способствовать формированию грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и дивертикулов. В-третьих,

имело место малосимптомное течение заболеваний. В частности, желчнокаменная болезнь характеризовалась безболевым формой хронического калькулезного холецистита, что может быть характерно для лиц пожилого возраста. Насчет бессимптомного течения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы утверждать сложно, так как имело место сочетание с ИБС, по поводу которой проводилась базисная терапия с хорошим эффектом. В-четвертых, триада Сейнта встречается в 3,2% случаев. По нашему мнению, триада формируется преимущественно у лиц пожилого возраста, но диагноз ее ставится редко ввиду возможных объективных сложностей в обследовании таких пациентов.

* * *

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ПУТЕМ УСТРАНЕНИЯ БРАДИЭНТЕРИИ У МОЛОДЫХ ЛИЦ

Шемеровский К.А., Шабанов П.Д., Березина Т.П., Селиверстов П.В., Юров А.Ю.

ФГБНУ «Институт экспериментальной медицины», Санкт-Петербург, Россия

В Санкт-Петербурге колоректальный рак (КРР) является лидером заболеваемости в онкологии (3654 новых случаев КРР в 2015 г.). Одним из главных факторов риска КРР является колоректальный пропозаст при хроническом запоре, повышающем риск возникновения КРР в 2,5—6 раз.

Цель исследования — доказательство возможности первичной (функциональной) ранней (в 20 лет) профилактики КРР над вторичной (органической) поздней (в 50 лет).

Материал и методы. Произведен скрининг брадиэнтерии (замедления циркадианного ритма дефекации ниже 7 раз в неделю) и акрофазы (момента реализации функции за 24 ч) у лиц около 20 лет (50 мужчин и 81 женщина).

Результаты. Выявлено три стадии тяжести брадиэнтерии: 1-я стадия (легкая) — при частоте стула 5—6 раз в неделю, 2-я (умеренная) 3—4 раза в неделю, 3-я (тяжелая) — 1—2 раза в неделю. Показано, что у 34% молодых медиков-мужчин и у 46% молодых слушательниц-медиков выявлен нерегулярный ритм кишечника. У 80—86% опрошенных слушателей отсутствует физиологически оптимальная привычка к утреннему опорожнению кишечника. Качество здоровья лиц с регулярным кишечным ритмом было на 11% выше, чем у лиц с нерегулярным ритмом кишечника. Утренний стул в 3—10 раз чаще был у лиц с регулярным ритмом кишечника по сравнению с нерегулярным (1—6 раз в нед). Применение ПЭГ-4000 (Форлак) позволило повысить частоту ритма дефекации от 1—5 раз в неделю до регулярного ритма (7 раз в нед), что сопровождалось восстановлением утренней фазы дефекации у большинства пациентов.

Вывод. У почти каждого третьего студента-медика и почти у каждой второй слушательницы в возрасте около 20 лет диагностировано функциональное расстройство регулярности околосуточного ритма кишечника в виде брадиэнтерии. Эффективным средством восстановления частоты и акрофазы суточного ритма дефекации является ПЭГ-4000 (Форлак). Преимуществами первичной профилактики КРР (и его индуктора — хронического запора) по сравнению с вторичной профилактикой являются неинвазивность, функциональность и ранняя профилактичность (в 20 лет, а не в 50 лет).

* * *

РЕГУЛЯРНОСТЬ РЕКТАЛЬНОГО РИТМА И ПЕРСОНАЛЬНОЕ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ

Шемеровский К.А., Березина Т.П., Хорошилов И.Е.

ФГБНУ «Институт экспериментальной медицины», Санкт-Петербург, Россия

Регулярность ректального ритма (РРР) — является одной из ключевых проблем не только современной гастроэнтерологии, но и практически всех внутренних болезней. Показано, что нарушение циркадианного ритма кишечника, начинающееся в детстве, лежит в основе не только хронического запора, дивертикулеза толстой кишки, воспалительных заболеваний кишечника, осложняющихся колоректальным раком, но и повышает риск кардиоваскулярной смертности (М. Kojima и соавт., 2004; К. Honkura и соавт., 2016).

Цель исследования — демонстрация того факта, что нарушение РРР, выявляемое у гастроэнтерологов, способствует понижению уровня их персонального качества жизни и сопровождается употреблением препаратом для коррекции регулярности ритма кишечника.

Материал и методы. Использовали метод хроноэнтерографии — недельный мониторинг РРР и исследование уровня качества жизни с помощью специально разработанных анкет. Обследованы 63 гастроэнтеролога (60 женщин и 3 мужчин), принимавших участие в организованном Л.Б. Лазебником выездном Пленуме НОГР «Запоры как проявление и причина системных заболеваний человека» в сентябре 2017 г. в Волгограде.

Результаты. Установлено, что нарушение РРР имело место у 31 из 63 лиц (у 49% врачей). У лиц с РРР утренняя акрофаза дефекации была обнаружена у 27 (84%) из 32. У субъектов с нерегулярным ректальным ритмом (НРР) утренняя фаза дефекации встречалась лишь в 64% случаев. При РРР утренняя фаза ритма стула встречалась в 5,4 раза чаще вечерней фазы этого ритма. При НРР утренняя фаза ритма стула встречалась в 1,8 раза чаще вечерней фазы этого ритма. Следовательно, утренняя акрофаза дефекации является одним из ключевых факторов РРР, поскольку при РРР она встречалась в 3 раза чаще, чем при НРР. Отличный уровень качества жизни у лиц с РРР встречался в 31% случаев, а у субъектов с НРР — лишь в 16% случаев, т.е. почти в 2 раза реже. Кроме того, 54% субъектов с НРР принимают различные слабительные средства (преимущественно Форлак, Дюфалак, Сенну).

Вывод. Нарушение циркадианного ритма дефекации выявлено у 49% гастроэнтерологов. Персональное качество жизни у лиц с РРР почти в 2 раза выше, чем у субъектов с НРР. Ключевым фактором регулярности ритма кишечника является утренняя фаза этого ритма. Отсутствие утренней фазы дефекации является фактором риска хронического запора. Чем раньше происходит дефекация — тем реже возникает констипация.

* * *

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ DONATMg НА МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНУЮ ФУНКЦИЮ ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ЗАПОРАМИ

Индейкина А.Х., Соколова Е.С., Самсонова Н.Г., Парфенов А.И.

ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Цель исследования — изучение роли минеральной воды DonatMg на моторно-эвакуаторную функцию кишечника у пациентов с функциональными запорами.

Материал и методы. В исследование включили 40 пациентов с функциональным запором, соответствующих критериям включения. В соответствии с целью исследования больные были разделены на две группы. В 1-ю группу включили 30 человек, получавших минеральную воду в объеме 200 мл 3 раза в день за 30 мин до еды 4 нед с обязательным соблюдением диеты, богатой клетчаткой. Пациентам предварительно были отменены слабительные средства, а также препараты, оказывающие влияние на моторику кишечника. Во 2-ю группу вошли 10 человек, получавших питьевую воду в объеме 200 мл 3 раза в день в сочетании с диетой богатой клетчаткой. Для оценки частоты дефекации и характера

стула применяли пробу с карболом. Пробу с карболом выполняли 2 раза: до лечения и через 3 нед наблюдения.

Результаты. Время транзита карболона у больных 1-й группы до применения минеральной воды составило в среднем $90 \pm 16,3$ ч. На фоне приема минеральной воды время транзита составило в среднем $30,9 \pm 15,5$ ч, т.е. значительно уменьшилось ($p < 0,05$). Под влиянием приема минеральной воды DonatMg изменился характер стула, оцениваемый по Бристольской шкале, увеличилась частота дефекаций, общее самочувствие и качество жизни. Во 2-й группе исходное время транзита составило $86,9 \pm 10,7$ ч, а в период наблюдения на фоне приема обычной питьевой воды составило $79,3 \pm 10,9$ ч, т.е. изменилось незначительно ($p > 0,05$).

Вывод. Минеральная вода DonatMg статистически достоверно уменьшает время транзита кишечного содержимого и увеличивает частоту дефекаций. Изменение консистенции кала в соответствии с оценкой по Бристольской шкале подтверждает осмотический механизм влияния минеральной воды DonatMg на состав кишечного содержимого. Минеральную воду DonatMg рекомендуется использовать для профилактики и лечения хронических запоров как в виде монотерапии, так и в составе комбинированной терапии.

ПРАВИЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ — ЗАЛОГ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ

Бабаян А.Ф., Князев О.В., Лишинская А.А.,
Парфенов А.И.

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Цель исследования — описать больного с типичной формой целиакии взрослых.

Материал и методы. Пациент Л., 38 лет, с детства находился под врачебным наблюдением в связи с частыми рецидивами диареи, вздутиями живота, урчанием в животе. В сентябре 2014 г. состояние ухудшилось: стали появляться боли в животе, усилились вздутия, эпизоды диареи стали более длительными. Обратился в частную клинику, где при обследовании обнаружено снижение гемоглобина до 108 г/л, снижение железа до 4,32 мкмоль, ферритина до 5,14 мкг/л и общего белка до 52 г/л. Установлен диагноз: хроническая железодефицитная анемия легкой степени, синдром мальабсорбции и синдром раздраженного кишечника. Улучшения от лечения не наступило. Поносы стали постоянными, похудел на 15 кг. Лечился самостоятельно смектой и регидроном, улучшения не наступало. Самостоятельно обратился в КДО «МКНЦ им. А.С. Логинова». Госпитализирован в отделение лечения воспалительных заболеваний кишечника.

Результаты. При осмотре обращали на себя внимание признаки нарушенного всасывания: снижение массы тела (ИМТ = $16,5$ кг/м²), сухость кожи, умеренное увеличение живота за счет метеоризма, снижение тонуса кишечных петель и шум плеска при пальпации. При исследовании крови подтверждена железодефицитная анемия (гемоглобин 105 г/л, железо 4,0 мкмоль/л). Выполненное иммунологическое исследование крови и гистологическое исследование слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки (СОДПК) подтвердило предполагаемую целиакию. Антитела (АТ) к глиадину (IgA) оказались повышенными до 31,3 Ед/мл, АТ к деамидированным пептидам глиадина IgA — до 27,3 Ед/мл, IgG — до 26,2 Ед/мл, АТ к тканевой трансглутаминазе IgA — до 52,7 Ед/мл, IgG — до 47,8 Ед/мл. При ЭГДС обращали на себя внимание признаки СОДПК: мелкозернистый рельеф, сглаженность или полное отсутствие складок Керкринга. Гистологическая картина СОДПК соответствовала атрофии 3-й стадии по Маршу—Оберхюбнеру. Кишечные ворсинки сглажены. Поверхность слизистой оболочки выстлана клетками эпителия кубической формы. Количество бокаловидных клеток снижено, количество ШИК-положительных гранул в цитоплазме эпителиоцитов уменьшено. Количество межэпителиальных лимфоцитов увеличено до 40 на 100 эпителиоцитов. Глубина крипт увеличена. Соотношение высоты ворсинок к глубине крипт не превы-

шает 1:1. Собственная пластинка отечна и инфильтрирована лимфоцитами и плазмощитами. По данным энтерографии, в тонкой кишке отмечена сглаженность рельефа тонкой кишки, снижение тонуса, наличие в ее просвете большого количества жидкости и слизи. Заключение: Rg-картина, характерная для синдрома мальабсорбции. Таким образом, у больного установлена глютенчувствительная целиакия, типичная форма с синдромом нарушенного всасывания 3-й степени тяжести. Назначена стандартная комплексная терапия, основу которой составляет аглютеновая диета (АГД). Состояние быстро улучшилось, прекратились поносы, стал прибавлять в массу тела. При выписке рекомендовано пожизненное соблюдение АГД, контрольное иммунологическое исследование и ЭГДС с биопсией СОДПК через 3 мес для оценки степени восстановления СОДПК.

Вывод. Приведенная история болезни пациента с типичной формой целиакии взрослых показывает недостаточное знание этой болезни врачами, наблюдавшими больного на протяжении многих лет и необходимость повышения уровня познания целиакии, распространенность различных форм которой находится в пределах 1:100 — 1:300 в общей популяции.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ РИФАКСИМИНОМ (АЛЬФАНОРМИКС)

Киселева Н.И., Гришкина Н.А.

ФГБОУ ВО «Тверской ГМУ» Минздрава России, Тверь, Россия

Цель исследования — изучить эффективность применения рифаксимина у больных с острыми кишечными инфекциями (ОКИ).

Материал и методы. Нами пролечены 24 пациента с ОКИ бактериальной природы, находившихся на стационарном лечении в инфекционном отделении ГКБ №1 им. В.В. Успенского Твери в 2017 г. Больные с гастроэнтеритами вирусной этиологии были исключены нами из исследуемой группы.

Результаты. Среди пролеченных нами больных большинство составляли пациенты с острым гастроэнтеритом (ОГЭ) инфекционной этиологии. Рифаксимин получали также 5 больных сальмонеллезом и 1 пациент с острой дизентерией. Все больные переносили заболевания в среднетяжелой форме. Рифаксимин назначали по 200 мг 4 раза в сутки в течение 3 дней.

На фоне проведенного лечения у 85% пациентов уменьшились боли в животе, у всех пациентов к 3-му дню терапии купировались рвота, вздутие живота, улучшился аппетит, нормализовалась консистенция стула. Субъективно больными отмечалось улучшение самочувствия: уменьшение слабости, раздражительности, нормализация сна. Лихорадочный период в среднем составил 3 дня. При контрольном бактериологическом исследовании кала отмечалась элиминация шигелл и сальмонелл в 95%. Рифаксимин зарекомендовал себя как препарат с хорошей переносимостью. Побочных эффектов у наблюдаемых пациентов не было.

Вывод. Рифаксимин обладает широким спектром антимикробного действия, высокой эффективностью в лечении больных острыми кишечными инфекциями. В ходе нашего исследования пациенты хорошо переносили данный препарат, что свидетельствует о его безопасности.

ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ ТОНКОЙ КИШКИ

Крумс А.М., Парфенов А.И.

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

Заблеваемость дивертикулезом тонкой кишки варьирует от 0,5 до 2,3% и увеличивается с возрастом. Дивертикулы тонкой кишки в большинстве случаев протекают бессимптомно. Клини-

ческие симптомы выявляются у 20% больных при развитии дивертикулита. Осложнения: дивертикулит, непроходимость, перфорация, кровотечения происходят в 10–30% случаев. Частыми симптомами является диарея и синдром нарушенного всасывания (СНВ) — у 12% больных.

Цель исследования — продемонстрировать 2 случая дивертикулита тонкой кишки.

Материал и методы. Общие клинический и биохимический анализы крови, рентгенологическое исследование тонкой кишки.

Результаты. 1. Больной К., 36 лет. Поступил в МКНЦ 13.05.14 с жалобами на частый жидкий стул, общую слабость, снижение массы тела на 10 кг за 6 мес. Болен с февраля 2014 г., когда после погрешности в еде, появились боли в животе, поносы. Госпитализирован с подозрением на острый аппендицит. Диагноз не подтвердился. Диагностировали эрозивный бульбит, гастродуоденит. Лечение без эффекта. Состояние ухудшалось: отмечались потеря массы тела, отеки ног, асцит, плеврит. Белок сыворотки крови — 34 г/л. Был направлен в МКНЦ. При рентгенологическом обследовании у больного выявлен дивертикулез тонкой кишки. По результатам дыхательного водородного теста обнаружено бактериальное обсеменение тонкой кишки. Диагноз: дивертикулез тонкой кишки. СИБР (СНВ 3-й степени). Проведен курс антибиотикотерапии, переливание альбумина. Состояние улучшилось. Стул нормализовался, повысился уровень белка крови до 57,8 г/л. 2. Больная С., 62 года. Поступила с жалобами на схваткообразные боли в околопупочной области после еды, стул 4–5 раз в сутки. В 2011 г. оперирована в ГКБ №13 по поводу перфорации дивертикула тощей кишки, осложненной перитонитом. Произведена резекция участка тощей кишки. Послеоперационное лечение с положительной динамикой. С 2015 г. наблюдается в МКНЦ с диагнозом: дивертикулярная болезнь тонкой кишки с явлениями дивертикулита. Резекция участка тощей кишки по поводу перфорации дивертикула, осложненной перитонитом. Спаечная болезнь брюшной полости.

Вывод. В первом случае дивертикулит тонкой кишки проявился развитием тяжелого СНВ и диареи, вследствие бактериальной контаминации тонкой кишки. Во втором случае дивертикулез тонкой кишки осложнился абсцессом дивертикула, его перфорацией с развитием перитонита и резекцией части тощей кишки.

НУТРИЦИОННАЯ КОРРЕКЦИЯ В ТЕРАПИИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Костюченко Л.Н., Ручкина И.Н., Лычкова А.Э.

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логанова» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Цель работы — изучить роль нутриционной поддержки у больных с синдромом раздраженной кишки (СРК) с соматоформными нарушениями.

Материал и методы. Обследованы 54 больных с СРК с диареей, диагноз соответствовал Римским критериям IV (2016). Помимо стандартных клинических исследований, у всех больных исследовали моторную функцию кишечника с помощью аппаратно-программного комплекса Copap-M. Одновременно оценивали нутритивный статус по результатам параметров алиментационно-волеического диагноза (АВД) и состав тела с помощью аппарата МЕДАСС, снабженного оригинальной сертифицированной отечественной программой обработки данных. Все больные консультированы психотерапевтом, который выявил различные виды соматоформных нарушений.

Результаты. У всех больных с СРК с соматоформными нарушениями выявлена II степень нутриционной недостаточности. Медикаментозная терапия включала мебеверин 600 мг/сут, сульпирид 100 мг/сут и диету 4Б. В зависимости от нутриционной поддержки больные были разделены на две группы: 1-й группе назначался нутризон в дозе до 300 ккал/сут; 2-й группе — модифицированная на основе АВД программа с дополнительной коррекцией водно-электролитных нарушений регидроном и глюта-

мином для улучшения состояния слизистой оболочки кишечника. Эффективность терапии оценивали через 3 нед. Достоверно лучшие результаты лечения достигнуты у больных 2-й группы, что проявлялось уменьшением клинической симптоматики СРК и признаков гиповитаминоза, нормализацией нутриционного статуса, прибавкой массы тела. Улучшились показатели моторики кишечника. В 1-й группе больных сохранялись нутритивные нарушения и отсутствовала положительная динамика в течении СРК.

Вывод. Персонифицированная на основе АВД нутритивная поддержка может рассматриваться как один из современных методов в программе лечения СРК с соматоформными нарушениями. Результаты исследования свидетельствуют о наличии при СРК с соматоформными нарушениями изменений нутритивного статуса, коррекция которого достигается специализированными программами.

НУТРИГЕНЕТИКА И НУТРИГЕНОМИКА В ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА КИШЕЧНИКА И ПРЯМОЙ КИШКИ

Угаров И.В.^{1,3}, Смирнова О.В.¹, Костюченко Л.Н.², Лычкова А.Э.²

¹Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия; ²Московский клинический научный центр» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия; ³ООО «эксДжен Сайбернетикс», Москва, Россия

Цель исследования — оценить возможность прогнозирования осложнений (в том числе метаболических) оперативных вмешательств при раке толстой кишки на основе генетического анализа с помощью экспертной системы xGenCloud.

Материал и методы. К настоящему времени известны патогенные мутации, приводящие к колоректальному раку, в генах: APC (OMIM), TP53 (p53), STK11 (LKB1), PTEN, BMPRIA, SMAD4 (MADH/DPC4), MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM (TACSTD1), MUTYH (MYH), POLD1, POLE. Заболевания, развившиеся вследствие этих мутаций, имеют, как правило, семейный характер, что необходимо учитывать, выявляя таким образом группы риска. Риск развития осложнений и нутриционный риск оценивали с помощью программы xGenCloud, которая создана на основе генетических баз OMIM, каталога орфанных заболеваний ORPHANET, а также материалов PubMed и других доступных источников.

Результаты. Как известно, эпигенетика предоставляет возможности ранней диагностики рака кишечника и прямой кишки при помощи диагностики микро-РНК в крови. Эти изменения позволяют сформировать группу с высоким риском. К данной группе применили названную экспертную систему, что позволило провести верификацию данных. В одном из последних мета-анализов показано, что индивидуумы с уровнем в сыворотке 25(OH)D ≥ 82 нмоль/л имеют на 50% ниже вероятность развития колоректального рака по сравнению с индивидуумами, у которых 25(OH)D ≤ 30 нмоль/л. Лица с ТТ-полиморфизмом в нуклеотиде 677 гена метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR) (~5–20% населения по всему миру), как представляется, подвержены снижению риска рака прямой кишки в присутствии высоких уровней в плазме фолиевой кислоты. Группа с высоким риском колоректального рака показала и вероятность высокого количества осложнений в послеоперационном периоде, и особенно в плане нутриционного риска. Данной категории рекомендовали специальные алиментационные составы и рационы (с учетом содержания эйкозопентаеновой кислоты, микроэлементов, пищевых продуктов, содержащих онкопротекторы (чеснок, селен и бета-каротин, розмарин и др).

Вывод. Систематизированная информация по генетическим причинам рака кишечника и прямой кишки и нутригенетическим эффектам позволяет разработать рекомендации для использования в практической гастроэнтерологии. Применение генетического тестирования позволяет выделить высокорисковую группу

пациентов по раку кишечника и прогностификацию послеоперационных осложнений и нутриционного риска. В силу высокой стоимости определения мутаций генов и секвенирования для ориентировочной скрининг-оценки выше названных рисков может использоваться экспертная система xGenCloud. В то же время полученные данные требуют дополнительной валидации.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБНОГО МЕТАБОЛИЗМА В ТОЛСТОЙ КИШКЕ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

Сильвестрова С.Ю., Князев О.В., Беляков Н.И.

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логанова» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

В настоящее время нет единого взгляда на этиологию воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК). При этом все большее внимание уделяется роли микрофлоры, ее составу и составу ее метаболитов в развитии и течении ВЗК

Материал и методы. Исследовали метаболическую активность микрофлоры толстой кишки у больных язвенным колитом (ЯК) (1-я группа, $n=28$) и болезнью Крона (БК) (2-я группа; $n=22$) по данным содержания главных метаболитов — короткоцепочечных жирных кислот (КЖК) в кале. Методом ГЖХ определялись уксусная (Ac), пропионовая (Pr), масляная (Bu), валериановая (V), капроновая (C) и их изопродизводные.

Результаты. В обеих группах имело место выраженное снижение суммарной продукции КЖК (суммКЖК): 1-я группа — $3,77 \pm 3,05$ мг/г, 2-я группа — $3,81 \pm 2,12$ мг/г (1–2 NS), Norm — $10,60 \pm 4,61$ мг/г (1–N, 2–N, $p=0,001$). В структуре метаболитов имело место повышение доли Ac на фоне уменьшения относительной концентрации Bu. При этом доля Bu в структуре метаболитов у больных 2-й группы была снижена в 1,6 раза (Bu $10,62 \pm 4,31\%$) по сравнению с нормой — $16,12 \pm 3,42\%$ (2–N, $p=0,001$), тогда как в 1-й группе этот показатель статистически не отличался от нормы. Характерно, что если в 1-й группе очень низкий вклад Bu (<10%) в общий пул метаболитов отмечался у 35% больных, то во 2-й группе доля таких пациентов возросла до 67%. Необходимо отметить, что у пациентов 2-й группы доля изокислот, метаболитов протеолитической микрофлоры, характеризующая активность патогенной микрофлоры составила $14,40 \pm 3,12\%$ от величины сумм КЖК (Norm = $6,24 \pm 1,41\%$, $p_{N-2}=0,001$), у больных ЯК этот показатель был ниже и составил $9,73 \pm 4,26\%$ ($p_{1-2}=0,005$).

Вывод. Таким образом, нарушения микробиоценоза толстой кишки у пациентов с БК выражены в большей степени, чем у больных ЯК. Особенности структуры метаболитов толстокишечной микрофлоры могут служить дополнительным критерием при дифференциальной диагностике ЯК и БК.

ДИНАМИКА УРОВНЯ ПРО- И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ИНФЛИКСИМАБОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АКТИВНОСТИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Ивкина Т.И., Князев О.В., Гудкова Р.Б., Лишинская А.А., Каграманова А.В., Бабаян А.Ф., Добролюбова Е.А., Носкова К.К., Парфенов А.И.

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логанова» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Хроническое воспаление при язвенном колите (ЯК) и болезни Крона (БК) сопровождается дисбалансом цитокинового профиля и имеет важное патогенетическое значение при хронизации

воспалительного процесса. Анализ динамики уровня про- и противовоспалительных цитокинов позволяет оценить как активность воспалительного процесса, так и эффективность проводимой терапии у больных с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК).

Цель исследования — оценить динамику про- и противовоспалительных цитокинов в сыворотке крови у больных ЯК, получающих антицитокиновую терапию, в период обострения и ремиссии заболевания до и после введения инфликсимаба (ИФЛ).

Материал и методы. У 29 больных с ЯК, получающих антицитокиновую терапию, определяли уровень цитокинов сыворотки крови до и после введения ИФЛ. Пациентов разделили на две группы: 1-я группа больных ($n=16$) в возрасте от 18 до 58 лет (Me — 33) получала антицитокиновую терапию ИФЛ в период активности (обострения) ЯК (индекс Мейо составил $9,06 \pm 0,37$ балла); 2-я группа больных ЯК ($n=13$) в возрасте от 20 до 60 лет (Me — 38) получала ИФЛ в период ремиссии заболевания (индекс Мейо $2,07 \pm 0,26$ балла). В сыворотке крови иммуноферментным методом определяли уровень ИЛ-2R (N-223-710 Е/мл), ИЛ-8 (N < 62 пг/мл), ИЛ-10 (N < 9,1 пг/мл), ФНО- α (N < 8,1 пг/мл), ИЛ-6 (N до 5,9 пг/мл), ИЛ-1 β (N < 5 пг/мл).

Результаты. В 1-й группе больных ЯК на фоне активности воспалительного процесса до введения ИФЛ уровень ИЛ-2R составил $450,1 \pm 77,5$ Е/мл, после введения ИФЛ — $242,8 \pm 65,7$ Е/мл ($p < 0,05$). Уровень ИЛ-8 до введения ИФЛ — $29,7 \pm 4,99$ пг/мл, после введения ИЛ-8 — $17,4 \pm 2,2$ пг/мл ($p = 0,029$). Уровень ИЛ-10 до введения $8,62 \pm 0,4$ пг/мл, после введения — $5,9 \pm 0,4$ пг/мл ($p < 0,001$). Исходный уровень ИЛ-6 до введения ИФЛ составил $9,2 \pm 1,1$ пг/мл, после — $5,9 \pm 0,8$ пг/мл ($p = 0,23$). Исходный уровень ИЛ-1 β до введения ИФЛ составил $2,43 \pm 0,2$ пг/мл, после введения — $2,18 \pm 0,1$ пг/мл ($p = 0,27$). До введения ИФЛ уровень ФНО- α составил $309,1 \pm 87,7$ пг/мл, после введения ИФЛ — $115,3 \pm 25,3$ пг/мл ($p = 0,044$). Во 2-й группе больных, находящихся в ремиссии ЯК, исходный уровень ИЛ-2R до введения ИФЛ составил $309,6 \pm 44,3$ Е/мл, после введения — $257,8 \pm 52,7$ Е/мл ($p = 0,45$). Уровень ИЛ-8 до введения ИФЛ составил $8,95 \pm 0,38$ пг/мл, после введения ИФЛ уровень ИЛ-8 — $6,74 \pm 0,8$ пг/мл ($p = 0,018$). ИЛ-10 до введения — $2,1 \pm 0,1$ пг/мл, после введения — $1,9 \pm 0,1$ пг/мл ($p = 0,17$). До введения ИФЛ исходный уровень ИЛ-6 составил $1,7 \pm 0,3$ пг/мл, после — $1,3 \pm 0,2$ пг/мл ($p = 0,28$). Исходный уровень ИЛ-1 β до введения ИФЛ составил $2,68 \pm 0,3$ пг/мл, после введения — $2,23 \pm 0,1$ пг/мл ($p = 0,17$). Уровень ФНО- α до введения ИФЛ составил $200,8 \pm 52,7$ пг/мл, после введения ИФЛ — $113,3 \pm 32,9$ пг/мл ($p = 0,17$).

Вывод. У больных, получающих антицитокиновую терапию, в период обострения ЯК после введения ИФЛ достоверно снижался уровень ИЛ-2R, ИЛ-8, ИЛ-10, ФНО- α . В группе больных, находящихся в ремиссии ЯК, после введения ИФЛ достоверно снижался только уровень ИЛ-8.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ГЛЮТЕНОВОЙ ЭНТЕРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Бабаева Г.Г.¹, Бабаев З.М.², Исмаилова Х.М.³

¹Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей им. А. Алиева, кафедра терапии (с курсом физиотерапии), Баку, Азербайджан; ²MedEra Hospital, отделение воспалительных заболеваний кишечника, Баку, Азербайджан; ³Республиканская клиническая больница им. акад. М. Мир-Касумова, Баку, Азербайджан

Глютеновая энтеропатия — аутоиммунное заболевание тонкой кишки, обусловленное воздействием глютена у генетически предрасположенных лиц.

Цель исследования — определение частоты выявления глютеновой энтеропатии у больных с язвенным колитом (ЯК).

Материал и методы. Обследованы 78 больных (41 женщина, 37 мужчин) в возрасте от 17 до 73 лет (средний возраст $33,8 \pm 7,3$ года) с ЯК, обратившихся за амбулаторной и стационарной по-

мощью в MedEra Hospital и клинические базы кафедры Терапии АЗГИУВ им. А. Алиева с 2015 г. по 2017 г. Отдельно была составлена контрольная группа ($n=25$) не страдающих ЯК. Всем больным проводился стандартный пакет обследований органов пищеварения: эзофагогастроуденоскопия (ЭГДС) и колоноскопия с биопсией; УЗИ органов брюшной полости; кал: общий анализ, кальпротектин бактериология; в крови — высокочувствительный СРБ, общий белок, альбумин, печеночные пробы, холестерин, гомоцистеин, ферритин, IgM, IgG. АГА IgA и IgG/АтТГ IgA и IgG определяли в сыворотке крови иммуноферментным методом; про- и противовоспалительными титрами АтТГ выполнялась ЭГДС со взятием биопсии из залуковичного отдела двенадцатиперстной кишки. Морфологическую картину оценивали по М. Marsh, диагноз выставлялся при совокупности положительных серологических показателей АтТГ и характерных морфологических изменениях в биоптате.

Результаты. Из 78 больных у 13 (16,6%) было выявлено повышение АГА; из них АГА IgA у 5 (6,4%) и АГА IgG — у 8 (10,2%). У 14 (17,9%) из 78 больных было выявлено повышение АтТГ; из них АтТГ IgA у 6 (7,6%) больных и АтТГ IgG — у 8 (10,2%). Повышение уровня обоих антител было отмечено у 7 (8,9%) из 78 больных, диагноз глютенной энтеропатии был подтвержден результатами гистологического исследования у 7 пациентов (в контрольной группе только у 1 больного).

Вывод. Частота выявления глютенной энтеропатии у больных с ЯК составила 8,9%.

УРОВЕНЬ ПРО- И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ НА ФОНЕ АНТИЦИТОКИНОВОЙ ТЕРАПИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АКТИВНОСТИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Ивкина Т.И., Князев О.В., Фадеева Н.А., Носкова К.К., Гудкова Р.Б., Беляков Н.И., Болдырева О.Н., Донченко И.А., Парфенов А.И.

ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Патогенез хронических воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), обусловлен сложными взаимодействиями генетических, экологических, микробных и иммунных факторов. Наиболее перспективным направлением в исследовании патогенеза ВЗК и в создании новой стратегии их лечения считается изучение цитокинов, которые являются новыми мишенями для современной биологической терапии. При обострениях язвенного колита (ЯК) и болезни Крона (БК) повышается продукция ФНО- α , ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-15 и уменьшается синтез ИЛ-2.

Цель исследования — определить уровень про- и противовоспалительных цитокинов в сыворотке крови в группах больных с ЯК, получающих антицитокиновую терапию, в период обострения и ремиссии заболевания.

Материал и методы. У 29 больных с ЯК, получающих антицитокиновую терапию, определяли исходный уровень цитокинов сыворотки крови до введения инфликсимаба (ИФЛ). Пациентов разделили на две группы. В 1-й группе больных ($n=16$) в возрасте от 18 до 58 лет (Ме — 33) определяли уровень про- и противовоспалительных цитокинов в период активности (обострения) воспалительного процесса (индекс Мейо составил $9,06 \pm 0,37$ балла). Во 2-й группе больных с ЯК ($n=13$) в возрасте от 20 до 60 лет (Ме — 38) определяли уровень про- и противовоспалительных цитокинов в период ремиссии заболевания (индекс Мейо $2,07 \pm 0,26$ балла). В сыворотке крови иммуноферментным методом определяли уровень ИЛ-2R (N-223—710 Е/мл), ИЛ-8 (N<62 пг/мл), ИЛ-10 (N<9,1 пг/мл), ФНО- α (N<8,1 пг/мл), ИЛ-6 (N до 5,9 пг/мл), ИЛ-1 β (N<5 пг/мл).

Результаты. Исходный уровень ИЛ-8, ИЛ-10 и ИЛ-6 имел достоверные различия между группами больных. В 1-й группе исходный уровень ИЛ-8 составлял $29,7 \pm 4,99$ пг/мл, во 2-й — $8,95 \pm 0,38$ пг/мл ($p<0,001$), ИЛ-10 в 1-й группе — $8,62 \pm 0,4$ пг/мл, во 2-й — $2,1 \pm 0,1$ пг/мл ($p<0,001$), ИЛ-6 в 1-й группе — $9,2 \pm 1,1$ пг/мл, во 2-й — $1,7 \pm 0,3$ пг/мл ($p<0,001$). Достоверных различий между группами не имели исходные значения ИЛ-2R, ФНО- α и ИЛ-1 β . В 1-й группе исходный уровень ИЛ-2R составлял $450,1 \pm 77,5$ Е/мл, во 2-й — $257,8 \pm 52,7$ Е/мл ($p=0,12$), ФНО- α в 1-й группе — $309,1 \pm 87,7$ пг/мл, во 2-й — $200,8 \pm 52,7$ пг/мл ($p=0,3$), ИЛ-1 β в 1-й группе — $2,43 \pm 0,2$ пг/мл, во 2-й — $2,68 \pm 0,3$ пг/мл ($p=0,48$).

Вывод. Достоверные различия между группами больных ЯК, получающих антицитокиновую терапию, имели уровни ИЛ-8, ИЛ-10 и ИЛ-6. Исходные значения уровней ИЛ-2R, ФНО- α и ИЛ-1 β не имели различий между группами.

К ВОПРОСУ О ПОРАЖЕНИЯХ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Губонина И.В., Гриневич В.Б., Барнакова В.А., Стародубцев Я.В., Софинский А.В.

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования — определить частоту развития и особенности патологии гепатобилиарной системы у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК).

Материал и методы. В период с октября 2012 г. по май 2016 г. был проведен ретроспективный анализ у 363 пациентов язвенным колитом (ЯК) и болезнью Крона (БК) (М: Ж=1,05: 1, возрастной диапазон составил от 18 до 47 лет, ИМТ=26,4 кг/м²), которые проходили комплексное клиническое и лабораторно-инструментальное обследование, включая маркеры аутоиммунных заболеваний и HCV, HBV-инфекции. Больные получали противовоспалительную терапию производными 5-АСК, а также, по показаниям, иммуносупрессивную терапию (глюкокортикоиды, тиопурины, ингибиторы ФНО- α) и антибактериальную (препараты фторхинолонового ряда и метронидазол).

Результаты. У 16 (4,4%) пациентов выявлена желчнокаменная болезнь (ЖКБ), 5 из которых находились на стадии бессимптомного камненосительства. Хронический рецидивирующий холецистит установлен у 7 пациентов, а плановая холецистэктомия проведена 4 наблюдаемым. Сопутствующий диагноз первичный склерозирующий холангит (ПСХ) выставлен 4 (1,1%) больным, одному с БК (М: Ж= 3:1). Течение ПСХ осложнилось механической желтухой у 2 пациентов, что послужило причиной стентирования холедоха. Стадия цирроза печени при ПСХ выявлена у одного пациента. Фазу репликации HCV или HBV-инфекции в анамнезе имели 4 (1,1%) пациента с ВЗК. Терапия инфликсимабом в сочетании с азатиоприном проводилась 2 пациентам: в течение 6 лет — больному с ЯК и HCV-инфекцией, в течение 5 лет — пациенту с БК и HBV-инфекцией. Голимумаб в течение года получал 1 больной язвенным колитом в сочетании с аутоиммунным гепатитом 1-го типа и HCV-инфекцией. Один больной с ЯК и HBV-инфекцией не получал иммуносупрессоры, а принимал УДХК и пентасу. Терапия не оказала влияния на активацию вирусного гепатита ни у одного из этих пациентов. Лекарственно-индуцированный гепатит в ходе лечения определен у 61 (18%) человека, что послужило причиной отмены аминокислот у 7 пациентов и тиопуринов у 54 наблюдаемых.

Вывод. Таким образом, пациенты с ВЗК образуют специфическую группу риска развития патологии печени, в структуре которой лекарственно-индуцированные гепатиты составляют большую долю (18%). Только при ПСХ выявлены гендерные различия — преобладание мужчин в соотношении 3:1. ПСХ при ВЗК характеризуется осложненным течением: развитием обтурационной желтухи и цирроза печени. По нашим данным, частота раз-

вития ЖКБ у пациентов с ВЗК несколько ниже, чем в популяции (выявлено 4,4% случаев), возможно, это объясняется молодым возрастом наблюдаемых, в большинстве случаев отсутствием у них ожирения, соблюдением диеты. Терапия ингибиторами ФНО- α пациентов с ВЗК оказалась безопасной в отношении развития фазы репликации у реконвалесцентов с HCV и HBV-инфекцией.

ПРИМЕНЕНИЕ ОПРОСНИКА 4 ДДТС (4DSQ) ДЛЯ ОЦЕНКИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Тихонова Т.А., Козлова И.В.

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия

Цель исследования — комплексное изучение дистресса, депрессии, тревоги и соматизации у пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК) с использованием опросника 4DSQ.

Материал и методы. Основная группа — 30 пациентов с различными формами СРК (19 женщин и 11 мужчин в возрасте от 18 до 50 лет), контрольная группа — 32 здоровых добровольца. Диагноз СРК верифицирован с учетом Римских критериев IV (2016). Статистическая обработка данных — программа Excel.

Результаты. У пациентов с СРК уровень дистресса (т.е. психического и физического напряжения, истощающего адаптационные возможности) был выше, чем в группе здоровых, и преобладал у мужчин с запором (50%), что может быть связано с объективными условиями и с субъективными особенностями. Уровень депрессии также преобладал у лиц с СРК с запором (СРКз) (80% мужчин и 64% женщин), отмечена положительная корреляция ($r=0,7$) между уровнем дистресса и депрессии, что подтверждает взаимосвязь этих явлений. У лиц с СРК был повышен уровень тревоги в сравнении со здоровыми, в большей степени у пациентов с запором (73% мужчин и 53% женщин), что связано личностными особенностями, психотравмирующими событиями, фрустрированными потребностями, внутренним конфликтом у пациентов. Отмечена положительная корреляция между тревожной и дистрессом ($r=1$), тревожной и депрессией ($r=0,7$), указывающая на их единство и участие в патогенезе СРК (преимущественно СРКз). Склонность к соматизации наблюдалась у пациентов с СРКз и СРКд, преимущественно женщин (60%). Очевидно, она является своеобразной формой психологической защиты. Корреляция данного показателя с уровнем дистресса, депрессии и тревоги была слабой, что не исключает роли психологического конфликта в патогенезе СРК.

Вывод. Опросник 4 ДДТС, созданный на основе опросника 4DSQ, является адекватным и надежным средством одновременной диагностики дистресса, депрессии, тревоги и соматизации у пациента с СРК для врача — специалиста терапевтического профиля. Показатели дистресса, депрессии, тревоги у лиц с СРК были повышены, отмечены положительные корреляции между указанными показателями.

СТРУКТУРА HLA-DR-DQ ГЕНОТИПА У ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ

Касаткина Е.Н.¹, Дмитриева Ю.А.¹, Рославцева Е.А.², Борвик Т.Э.², Захарова И.Н.¹

¹ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва; ²ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России, Москва, Россия

В настоящее время четко доказана ассоциация целиакии с генами главного комплекса гистосовместимости человека HLA-DQ2 и DQ8. По Европейским данным, указанные аллели выявляются более чем у 95% больных. Результаты ранее проведенных исследований в различных регионах Российской Федерации и странах бывшего Советского Союза продемонстрировали более низкую частоту выявления HLA-DQ2/DQ8 у детей с целиакией (60–80%). Эти данные послужили основанием для дискуссии в отношении региональных генетических особенностей и потенциальной возможности развития заболевания у существенной доли пациентов в отсутствие DQ2/DQ8 аллелей.

Цель исследования — определить структуру HLA-DR-DQ генотипа у детей с целиакией, находившихся под наблюдением в Московских клиниках.

Материал и методы. Генетическое исследование было проведено 70 детям с целиакией, находившимся под наблюдением в ДГКБ им. З.А. Башляевой и Национальном медицинском исследовательском центре здоровья детей (Москва). В соответствии с полученными результатами пациенты были распределены в группы генетического риска: высокий — DR3-DQ2/DR3-DQ2, DR7-DQ2/DR7-DQ2, DR3-DQ2/DR7-DQ2; существенный — DR3-DQ2/DR5-DQ7, DR7-DQ2/DR5-DQ7; умеренный — DR3-DQ2/DRx-DQx-, DR3-DQ2/DR4-DQ8; низкий — DR7-DQ2/DRx-DQx, DR7-DQ2/DR4-DQ8, DR4-DQ8/DRx-DQx, DRx-DQx/DRx-DQx.

Результаты. Гены *HLA-DQ2/DQ8* были выявлены у 68 (97,2%) детей с целиакией, 85,3% пациентов явились носителями молекулы DQ2, 8,8% — DQ8, в 5,9% случаев у больных были выявлены обе DQ2/DQ8 молекулы. Среди 58 больных, имевших в генотипе DQ2 молекулу, 25,7% явились гомозиготными носителями (DR3-DQ2/DR3-DQ2 — 3,4%, DR7-DQ2/DR7-DQ2 — 1,7%, DR3-DQ2/DR7-DQ2 — 20,6%). Распределение HLA-DR-DQ аллелей у остальных носителей DQ2 было представлено следующим образом: DR3-DQ2/DR5-DQ7 — 15,5%, DR7-DQ2/DR5-DQ7 — 17,2%, DR3-DQ2/DRx-DQx — 17,2%, DR7-DQ2/DRx-DQx — 6,9%. В генотипе 10 пациентов нами была выявлена неполная молекула DQ2, представленная аллелью DQA11, при этом у 9 больных данная аллель находилась в связи с аллелью DQB1*0301, кодируя совместно молекулу DR5-DQ7. Аллели высокого и существенного риска были выявлены нами у 21,4 и 27,1% больных, умеренного и низкого риска — у 17,1 и 34,4% детей соответственно.

Вывод. В ходе проведения генетического исследования мы подтвердили аналогичную Европейской частоту выявления аллелей DQ2/DQ8 у детей с целиакией в России. Практически равные доли пациентов явились носителями аллелей высокого существенного и умеренного низкого риска развития заболевания.

ПРЕИМУЩЕСТВО КОМБИНИРОВАННОГО ПРОБИОТИКА НАД ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИЕЙ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Ручкина И.Н., Фадеева Н.А.

ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Цель исследования — сравнить эффективность пробиотика и ферментной терапии в коррекции вторичной лактазной недостаточности (ВЛН).

Материал и методы. Обследованы 163 больных с постинфекционным синдромом раздраженного кишечника с диареей. В группе преобладали женщины — 88 (53,7%), молодого возраста — 27±3,5 года. ВЛН определяли в биоптатах тонкой кишки с использованием экспресс-теста фирмы «Biohit». В посевах кала изучался состав фекальной микрофлоры и по водородному дыхательному тесту определялся избыточный бактериальный рост в тонкой кишке с помощью анализатора Gastro-Gastrolyzer.

Результаты. У 64 (38,4%) больных выявлена ВЛН с избыточным бактериальным ростом в тонкой кишке (85±17 ppm, при

норме ≤ 20 ppm). В посевах кала отмечался дефицит бифидо- и лактобактерий и рост условно-патогенной микрофлоры. Больные разделены на две равные группы: в 1-й группе назначалась заместительная терапия ферментом — лактазы 2100 ед/сут. Во 2-й группе назначался комбинированный пробиотик по 1 капсуле 3 раза в сутки, содержащий в высокой концентрации 2 штамма молочнокислых бактерий: *Lactobacillus acidophilus* (LA-5)— $0,5 \cdot 10^9$ КОЕ, *Bifidobacterium lactis* (BB-12)— $0,5 \cdot 10^9$ КОЕ, защищенные полисахаридной кислотоустойчивой матрицей от соляной кислоты. Курс лечения составил 2 нед. В результате терапии в 1-й группе положительной динамики не достигнуто: нарушения фекальной микрофлоры и избыточный бактериальный рост сохранялись; в биоптатах тонкой кишки фиксировалась ВЛН. Во 2-й группе у 26 больных в биоптатах тонкой кишки восстановилась активность фермента лактазы, бактериальный рост в тонкой кишке не определялся, в посевах кала улучшился состав фекальной микрофлоры.

Вывод. В результате 2-недельного курса комбинированного пробиотика, содержащего LA-5 и BB-12 $0,5 \cdot 10^9$ КОЕ, у большинства больных восстановилась активность фермента лактазы, улучшились показатели эубиоза кишечника. У пациентов, получавших заместительную терапию, сохранялись клинические проявления ВЛН, дефицит лактазы в биоптатах тонкой кишки и нарушения микробиоты кишечника.

ДИАГНОСТИКА СРК-ПОДОБНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Ручкина И.Н., Парфенов А.И., Князев О.В., Фадеева Н.А.

ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Цель исследования — разработать диагностику СРК-подобных нарушений у больных язвенным колитом (ЯК).

Материал и методы. Обследованы 168 больных с ЯК, преимущественно с левосторонним поражением толстой кишки (137), по гендерному признаку преобладали женщины (94) молодого возраста (38 ± 3 лет). Все больные находились на поддерживающей терапии месалазином в дозе 2,5–3 г/сут в течение года. У 42 (25%) больных отмечался кашицеобразный стул до 2–3 раз в сутки, без примеси крови, боли, связанные с актом дефекации, вздутие и урчание в животе. Для оценки активности ЯК назначалось стандартное обследование с определением С-реактивного белка (СРБ), фекального кальпротектина (ФК), токсинов клостридиальной инфекции. Изучался эубиоз кишечника в посевах кала и с помощью дыхательного водородного теста.

Результаты и обсуждение. У 5 больных выявлено обострение ЯК; у 4 на фоне ремиссии ЯК в кале обнаружен токсин В *Clostridium difficile*, вызвавший антибиотико-ассоциированную диарею (АДД); у 1 — отмечался избыточный бактериальный рост в тонкой кишке (27 ppm при норме менее 20 ppm) и изменения фекальной микрофлоры. У остальных 32 пациентов в клинических анализах все показатели оставались в пределах нормы (СРБ ≤ 5 мг/л, ФК ≤ 100 мкг/г), эндоскопический индекс Мейо ≤ 2 , в биоптатах слизистой толстой кишки — признаки минимального колита. Следовательно, данных за обострение ЯК не получено. Выявленные клинические симптомы соответствовали функциональному заболеванию кишечника.

Вывод. У 19,2% больных с ЯК выявлены СРК-подобные нарушения, не связанные с активностью заболевания, у 2,9% — обострение ЯК, у 2,3% — клостридиальная инфекция с клиникой ААД и у 0,6% — нарушения микробиоты кишечника. Всем больным ЯК с минимальными клиническими проявлениями показано назначение стандартного обследования с изучением состава фекальной микрофлоры, с проведением дыхательного водородного теста и исследованием на токсины А, В *Clostridium difficile*. Своевременно выявленные изменения и адекватно проведенная терапия больным ЯК приведут к положительной динамике заболевания.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ МОТОРНОЙ ФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА ПРИВОДЯТ К СТЕРТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Ручкина И.Н., Лычкова А.Э.

ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Цель исследования — изучить клинические особенности стертых форм лактазной недостаточности (ЛН) и сопоставить с изменениями моторной функции кишечника.

Материал и методы. Обследованы 138 больных синдромом раздраженного кишечника (СРК), в группе преобладали женщины — 81,2%, в возрасте $33,9 \pm 9,09$ года. Диагностика ЛН осуществлялась при анкетировании, в котором выяснялись переносимость молочных продуктов и клинические симптомы. Активность лактазы определяли в биоптатах слизистой оболочки тонкой кишки с помощью экспресс-теста фирмы «Biohit». Моторную функцию кишечника исследовали с помощью аппаратно-программного комплекса Сопан-М. Статистическую обработку результатов выполняли программой Statistica-12.

Результаты и обсуждение. Из 146 больных у 58,2% выявлена ЛН: средняя степень у 44,1%, тяжелая — у 14,1%. У 41,8% подтвержден СРК. Больные со средней степенью ЛН ухудшение состояния не связывали с молочными продуктами, предъявляли жалобы на метеоризм и боли в животе на высоте вздутия, без диарейного синдрома. При изучении моторной функции тонкой кишки: частота медленных волн составила $15,4 \pm 1,6$ в мин ($p < 0,05$), амплитуда — $0,07 \pm 0,011$ мВ ($p < 0,05$); спайковая активность снижалась до $1,4 \pm 0,22$ ($p < 0,05$) при средней амплитуде $0,026 \pm 0,004$ мВ ($p < 0,05$). Частота медленных волн нисходящего отдела толстой кишки составляла $8,7 \pm 0,7$ ($p < 0,05$), амплитуда снижена на 24% ($p < 0,05$). Частота спайков составила $2,8 \pm 0,3$ ($p < 0,05$), амплитуда — $0,032 \pm 0,0011$ мВ ($p < 0,05$). Следовательно, при средней степени ЛН отмечается незначительное снижение моторной функции тонкой кишки, без нарушения пассажа кишечного содержимого в толстой кишке.

Вывод. У 44,1% больных выявлена ЛН средней степени тяжести, с минимальными клиническими проявлениями: упорный метеоризм, без диарейного синдрома. Пациенты отчетливой связи между вздутием живота с включением в рацион молочных продуктов не отмечали. Развитие стертых клинических проявлений ЛН средней степени тяжести обусловлено незначительными изменениями моторной функции тонкой кишки, без усиления импульсивной активности кишечника при частично сохраненной активности фермента лактазы.

САМОИМИНИРУЮЩИЙ ПРОБИОТИК В ТЕРАПИИ ПОСТИНФЕКЦИОННОГО СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Ручкина И.Н., Парфенов А.И., Трубицина И.Е.

ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Цель исследования — изучить эффективность *Saccharomyces boulardii* (*S. boulardii*) в терапии постинфекционного синдрома раздраженного кишечника (ПСРК).

Материал и методы. Обследованы 58 больных ПСРК в возрасте $27 \pm 2,5$ года, по гендерному признаку преобладали женщины — 52%. Клинические симптомы оценивались с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) в диапазоне от 0 до 10 баллов. Состав фекальной микрофлоры определяли в посевах кала, бактериальный рост в просвете тонкой кишки изучался по дыхательному водородному тесту. Назначался 14-дневный курс пробиотика *S. boulardii* по схеме: в первую неделю по 500 мг 3 раза и далее по 250 мг 3 раза еще 7 дней. Дополнительно назначался спазмо-

литик (дротаверин). Эффективность терапии оценивалась по динамике клинических симптомов, показателям бактериологического анализа кала и водородному дыхательному тесту.

Результаты и обсуждение. В результате 2-недельного курса *S. boulardii* у всех больных отмечалась положительная динамика клинических симптомов: вздутие живота (с 8 ± 2 до 4 ± 1 баллов) и болевой синдром (с 8 ± 1 до 3 ± 1 баллов) уменьшились, стул стал реже — до 1—2 раз в сутки. В повторных посевах кала нормализовались показатели условно-патогенной микрофлоры, ни в одном случае не отмечен рост клостридий и грибковой микрофлоры. Одновременно вырастали значения бифидо- и лактобактерий. Из 58 больных у 42 (74,4%) пациентов выявлен избыточный бактериальный рост в тонкой кишке (показатель водородного теста достигал 41 ± 7 ppm (при норме до 20 ppm). После курса *S. boulardii* показатель водорода в выдыхаемом воздухе снизился до 21 ± 2 ppm.

Вывод. Самолиминирующий пробиотик *S. boulardii* обладает выраженным антагонистическим эффектом в отношении условно-патогенной микрофлоры в тонком и толстом кишечнике. *S. boulardii* может быть назначен для подавления избыточного бактериального роста в просвете тонкой кишки без дополнительного курса кишечного антисептика. Включение *S. boulardii* в терапию больных ПСРК с диареей приводит к улучшению эубиоза кишечника и способствует развитию ремиссии функционального заболевания.

ДИНАМИКА ПРОВосПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА, ПОЛУЧАЮЩИХ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫЕ СТРОМАЛЬНЫЕ КЛЕТКИ КОСТНОГО МОЗГА И АЗАТИОПРИН

Князев О.В.¹, Каграманова А.В.¹, Фадеева Н.А.¹, Лишинская А.А.¹, Болдырева О.Н.¹, Носкова К.К.¹, Гудкова Р.Б.¹, Беляков Н.И.¹, Коноплянников А.Г.², Парфенов А.И.¹

¹ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия; ²Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф. Цыба», Минздрава России, Обнинск, Россия

Мезенхимальные стромальные клетки (МСК) в последние годы применяются для терапии хронических воспалительных и аутоиммунных заболеваний, включая ревматоидный артрит (РА) и воспалительные заболевания кишечника (ВЗК). В большинстве случаев одновременно с МСК больные получают сопутствующую иммуносупрессивную терапию. Установлено, что иммуномодулирующие препараты (азатиоприн (АЗА), метотрексат, 6-меркаптопурин, инфликсимаб (ИФЛ)), независимо от концентрации, не влияют на жизнеспособность, дифференцировку, фенотип и способность МСК подавлять пролиферацию мононуклеарных клеток периферической крови. Однако исследования, проведенные Н. Huang и соавт. продемонстрировали, что ИФЛ оказывал минимальное воздействие на пролиферацию МСК, апоптоз и их клеточный цикл, в то время как азиатиоприн ингибирал пролиферацию клеток и индуцировал апоптоз МСК *in vitro*.

Цель исследования — изучить *динамику* провоспалительных цитокинов у пациентов с болезнью Крона, получающих *мезенхимальные стромальные клетки костного мозга и азиатиоприн*.

Материал и методы. 34 пациента с воспалительной (люминальной) формой БК разделили на две группы. 1-я группа больных ($n=15$) в возрасте от 19 до 58 лет (средний возраст 29 лет) получала противовоспалительную терапию с применением культуры МСК в комбинации с АЗА. 2-я группа больных БК ($n=19$) в возрасте от 23 до 60 лет (средний возраст 31 год) получала МСК в соответствии с рекомендуемой схемой без АЗА. Для оценки эффективности противовоспалительной терапии определяли динамику уровня провоспалительных интерлейкинов (ИЛ), ФНО- α ,

ИНФ- γ и ИЛ-1 β через 2, 6 и 12 мес от начала терапии МСК. Исходный уровень ИНФ- γ в 1-й группе составил $110,4 \pm 12,5$ пг/мл, во 2-й — $450,8 \pm 22,4$ пг/мл ($p < 0,05$), ФНО- α в 1-й группе — $13,9 \pm 1,9$ пг/мл, во 2-й — $66,7 \pm 14,2$ пг/мл ($p < 0,05$), ИЛ-1 β в 1-й группе — $5,7 \pm 0,28$ пг/мл, во 2-й — $9,2 \pm 0,2$ пг/мл ($p < 0,05$).

Результаты. Через 2 мес от начала терапии МСК уровень ИНФ- γ в 1-й группе достоверно снизился по сравнению с исходным и составил $86,5 \pm 9,1$ пг/мл, во 2-й — $96,9 \pm 12,1$ пг/мл (между группами $p=0,5$), ФНО- α в 1-й группе снизился до $39,6 \pm 8,4$ пг/мл, во 2-й — $56,5 \pm 10,7$ пг/мл (между группами $p=0,2$), ИЛ-1 β в 1-й группе — $50,7 \pm 9,3$ пг/мл, во 2-й — $56,2 \pm 10,2$ пг/мл (между группами $p=0,7$). Через 6 мес от начала терапии МСК уровень ИНФ- γ в 1-й группе снизился и составил $79,4 \pm 8,5$ пг/мл, во 2-й — $80,8 \pm 7,3$ пг/мл (между группами $p=0,9$), ФНО- α в 1-й группе снизился до $44,9 \pm 6,3$ пг/мл, во 2-й — $49,7 \pm 10,4$ пг/мл (между группами $p=0,7$), ИЛ-1 β в 1-й группе — $45,6 \pm 7,3$ пг/мл, во 2-й — $54,2 \pm 9,2$ пг/мл (между группами $p=0,45$). Через 12 мес от начала терапии МСК уровень ИНФ- γ в 1-й группе снизился и составил $90,8 \pm 6,5$ пг/мл, во 2-й — $128,8 \pm 12,3$ пг/мл (между группами $p=0,02$), ФНО- α в 1-й группе — $78,9 \pm 10,5$ пг/мл, во 2-й — $116,9 \pm 13,2$ пг/мл (между группами $p=0,04$), ИЛ-1 β в 1-й группе — $68,7 \pm 8,9$ пг/мл, во 2-й — $96,9 \pm 9,6$ пг/мл (между группами $p=0,03$).

Вывод. Через год наблюдения комбинированное лечение АЗА и МСК достоверно снижает уровень провоспалительных цитокинов, что может оказать более выраженный противовоспалительный терапевтический эффект.

ДИНАМИКА УРОВНЯ ЦИТОКИНОВ В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ КИШКИ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА

Князев О.В.¹, Трубицына И.Е.¹, Хомерики С.Г.¹, Фадеева Н.А.¹, Каграманова А.В.¹, Лишинская А.А.¹, Бабаян А.Ф.¹, Беляков Н.И.¹, Болдырева О.Н.¹, Коноплянников А.Г.², Парфенов А.И.¹

¹ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия; ²Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф. Цыба» Минздрава России, Обнинск, Россия

Одним из новых перспективных методов лечения язвенного колита (ЯК) является биологическая терапия с применением мезенхимальных стромальных клеток костного мозга (МСК КМ). Под влиянием МСК КМ происходит коррекция дисбаланса сывороточных иммуноглобулинов и цитокинов. Однако мало изучена динамика про- и противовоспалительных цитокинов слизистой оболочки кишки под влиянием МСК КМ.

Цель исследования — определить изменения уровня про- и противовоспалительных цитокинов в слизистой оболочке толстой кишки (СОТК) после трансплантации МСК, введения инфликсимаба (ИФЛ) и терапии системными глюкокортикостероидами (ГКС).

Материал и методы. 96 больных с ЯК разделили на три группы. 1-я группа больных ($n=36$) в возрасте от 19 до 58 лет (Ме — 29) получала противовоспалительную терапию с применением культуры МСК 2 млн/кг. 2-я группа больных ЯК ($n=30$) в возрасте от 23 до 60 лет (Ме — 31) получала ИФЛ в соответствии с рекомендуемой схемой. 3-я группа больных ЯК ($n=30$) в возрасте от 20 до 66 лет (Ме — 36) получала ГКС. Биопсию СОТК у больных 1-й, 2-й и 3-й групп осуществляли до и через 2 мес после соответствующего лечения. В экстрактах слизистой толстой кишки иммуноферментным методом определяли содержание ФНО- α , ИНФ- γ , ИЛ-4. Исходный уровень ИНФ- γ в 1-й группе составил $1207,6 \pm 125,3$ пг/г ткани, уровень ФНО- α — $358,67 \pm 38,1$ пг/г ткани, уровень ИЛ-4 — $541,6 \pm 43,7$ пг/г ткани; во 2-й группе исходный уровень ИНФ- γ — $976,67 \pm 101,46$ пг/г ткани, уровень ФНО- α — $675,84 \pm 76,2$ пг/г ткани, уровень ИЛ-4 — $214,8 \pm 22,6$ пг/г

ткани; в 3-й группе исходный уровень ИНФ- γ — $237,6 \pm 30,1$ пг/г ткани, уровень ФНО- α — $251,6 \pm 24,6$ пг/г ткани, уровень ИЛ-4 — $244,8 \pm 23,5$ пг/г ткани.

Результаты. В 1-й группе больных ЯК через 2 мес после трансплантации МСК средний уровень ФНО- α достоверно снизился с $358,67 \pm 38,1$ до $187,67 \pm 18,9$ пг/г ткани, ИНФ- γ — с $1207,6 \pm 125,3$ до $499,2 \pm 50,2$ пг/г ткани ($p < 0,05$); уровень ИЛ-4 — с $541,6 \pm 43,7$ до $312 \pm 29,8$ пг/г ткани ($p < 0,05$). Во 2-й группе после проведенной терапии ИФЛ уровень ФНО- α снизился до $122,7 \pm 10,7$ пг/г ткани, уровень ИНФ- γ снизился до $534,5 \pm 48,9$ пг/г ткани ($p < 0,05$), уровень ИЛ-4 — до лечения составлял $214,8 \pm 22,6$ пг/г ткани, после — $593,54 \pm 49,97$ пг/г ткани. В 3-й группе больных ФНО- α до начала активной терапии по поводу

обострения заболевания составил $251,6 \pm 24,6$ пг/г ткани, через 2 мес после лечения — $418,2 \pm 35,2$ пг/г ткани ($p < 0,05$), ИНФ- γ до начала терапии составил $237,6 \pm 30,1$ пг/г ткани; через 2 мес после проведенной терапии ГКС составил $707,6 \pm 72,5$ пг/г ткани ($p < 0,05$); ИЛ-4 изменился с $277,2 \pm 24,6$ до $400,4 \pm 39,8$ пг/г ткани ($p < 0,05$).

Вывод. Под влиянием МСК происходит постепенное снижение уровня провоспалительных цитокинов — ИНФ- γ , ФНО- α ко 2-му месяцу наблюдения. Уровень противовоспалительного цитокина — ИЛ-4 после введения МСК также уменьшился, что может быть обусловлено обеспечением баланса про- и противовоспалительных цитокинов по мере уменьшения воспалительной активности.

☆☆☆

Инструментальные методы диагностики

РАННЯЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Новиков С.В., Рогаль М.А., Ярцев П.А., Кузьмин А.М., Богницкая Т.В.

ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского», Москва, Россия

Диагностика острого панкреатита (ОП) в фазу токсемии сложна на фоне других заболеваний. Основным методом диагностики ОП является ультразвуковое исследование (УЗИ). Ультразвуковые признаки встречаются при каждом ОП, но не являются строгоспецифичными и достаточно выраженными в первой фазе заболевания.

Цель исследования — улучшить результаты ультразвуковой диагностики больных ОП путем выявления новых диагностических критериев в первой фазе ОП.

Материал и методы. За 2010—2016 гг. поступили 7488 пациентов, требовавших дифференциальной диагностики ОП. Транс-абдоминальное УЗИ выполнено всем пациентам в первые часы госпитализации. В первые 7 сут от начала заболевания поступили 3519 (47%) пациентов, острый панкреатит подтвержден у 458 (13%).

Результаты. При первичном УЗИ достоверно визуализировать поджелудочную железу (ПЖ) удалось у 417 (93%) пациентов. Выявлены специфические для ОП изменения брюшины и рыхлой соединительной ткани по типу стекловидного отека на поверхности ПЖ и стенок магистральных сосудов в выделенных зонах:

- супрапанкреатическая (зона №1) — передняя поверхность головки и перешейка ПЖ;
- ретропанкреатическая (зона №2) — подразделяется на три части:
 - №2а — задняя поверхность перешейка и тела ПЖ у примыкающей передней стенки венозного конгломерата;
 - №2б — медиальная поверхность головки ПЖ в зоне перехода в крючковидный отросток примыкающая к латеральной полуокружности венозного конгломерата;
 - №2с — поверхность задней стенки венозного конгломерата и селезеночной вены.

Изменения хотя бы в одной из четырех зон были выявлены у 416 (91%), хотя бы в двух зонах одновременно — 399 (87%), в трех — 122 (27%), в четырех — 38 (8%). Ложноотрицательный результат один. Ложноположительных результатов не получено. С учетом выявленных признаков разработан «Способ ультразвуковой

диагностики острого панкреатита в первую фазу заболевания» (Пат. РФ 2622611). Способ позволил в первой фазе заболевания с большей достоверностью подтверждать или исключать ОП.

Вывод. Выявление новых диагностических критериев в первой фазе ОП позволяет своевременно подтвердить или исключить ОП при визуализации ПЖ.

РОЛЬ КАПСУЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Владимирова Е.Э., Быстровская Е.В., Шишин К.В.

ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Цель исследования — оценка результатов капсульной эндоскопии в диагностике желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) неясной этиологии.

Материал и методы. К настоящему времени проведен анализ результатов видеокапсульных исследований 8 пациентов с ЖКК неясной этиологии. Исследования проведены с использованием видеоэндоскопической капсулы с возможностью панорамного обзора Capso Vision. Показаниями для проведения капсульного исследования были: анемия неясного генеза, малоинформативные результаты гастроскопии и колоноскопии, наличие скрытой крови в кале (иммунохроматографический метод, АТ к Hb), повышение уровня кальпротектина >150 мкг/г. Все исследования проводились после стандартной подготовки, включающей бесшлаковую диету и подготовку кишечника препаратом Мовипрел.

Результаты. После проведения исследований в 6 случаях были обнаружены скрытые источники кровотечений. Из них в 1 случае выявлены множественные ангиодисплазии, которые определяются как вероятные источники скрытого кровотечения. В 4 случаях — множественные линейные эрозии или афты тонкой кишки. В 1 случае обнаружена язва с тромбированным сосудом в дне и фрагменты гематина в содержимом кишечника. В 2 исследованиях источников кровотечения обнаружено не было.

Вывод. Наш опыт показывает, что в большинстве случаев, капсульная эндоскопия с возможностью панорамного обзора является надежным методом диагностики ЖКК неясной этиологии.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ВЫЯВЛЕНИЮ ФАКТОРА НЕЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Скридлевский С.Н., Веселов В.В.

ФГБУ «ГНЦ колопроктологии» Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования — формирование индивидуального подхода к выбору оптимального объема эндоскопического обследования, направленного на выявление фактора неэффективности медикаментозного лечения при хронической дивертикулярной болезни ободочной кишки (разрушение дивертикула) и выбору метода лечения.

Материал и методы. В исследование включены 23 оперированных пациента (средний возраст — 53,3±9,6 года; мужчин — 43,5%) с дивертикулярной болезнью ободочной кишки, у которых медикаментозная терапия оказалась неэффективной (рецидивы на протяжении не менее 6 мес с повторными курсами антибактериальной терапии). Во всех случаях выполнены гистологическое исследование удаленных сегментов кишки, традиционная колоноскопия и эндоУЗИ.

Результаты. Гистологическое исследование выявило у 21 (91,3%) пациента разрушение стенки дивертикула. При этом у 14 (60,9%) пациентов выявлены эндоУЗИ-признаки разрушения дивертикула и гной в просвете кишки по данным традиционной колоноскопии. Расчетная вероятность разрушения дивертикула при наличии гноя в просвете кишки составила 100%. Отсутствие этого признака не позволяет исключить разрушение дивертикула и в 7 (30,4%) случаях были выявлены только эндоУЗИ-признаки разрушения дивертикула. В 2 (8,7%) случаях — эндоскопические и эндоУЗИ-признаки разрушения дивертикула не были выявлены.

Вывод. Индивидуальный подход к выбору оптимального объема эндоскопического обследования при рецидивирующем течении дивертикулярной болезни ободочной кишки направлен на выявление фактора неэффективности медикаментозного лечения (разрушение дивертикула) и основывается на принципе последовательности эндоскопического обследования. Первым этапом проводится традиционная колоноскопия, при отсутствии достоверного признака разрушения дивертикула (гной в просвете кишки) осуществляется переход ко второму этапу — эндоУЗИ. Отсутствие фактора неэффективности медикаментозной терапии (разрушение дивертикула) по данным традиционной колоноскопии и эндоУЗИ указывает на целесообразность продолжения медикаментозного лечения.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЭНДОСОНОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СОЛИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Коваленко Д.Д., Быстровская Е.В., Пронина Г.М., Орлова Ю.Н., Абдураимов А.Б., Михайлова П.И.

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Цель исследования — определение диагностической информативности эластографии и контрастного усиления при проведении эндоскопической ультрасонографии в диагностике солидных образований поджелудочной железы (ПЖ).

Материал и методы. В работе проанализированы результаты эндоскопической ультрасонографии (EUS) 55 пациентов с солидными образованиями ПЖ. В группы исследования включены пациенты с обязательной верификацией исследуемого образования ПЖ по данным морфологического исследования операционного материала или цитологического исследования материала тонкоигольной пункции образования при EUS-наведении. По

данным EUS-эластографии (EUS-E), проводилась качественная (оценка цветовой схемы эластографического изображения) и количественная (определение коэффициента эластичности (strainratio, SR)) оценка полученных изображений. При использовании контрастного усиления (CH-EUS) оценивались степень васкуляризации образования, динамики притока и оттока контрастного вещества.

Результаты. При проведении EUS-E показатель среднего значения SR при нейроэндокринных опухолях, аденокарциномах и воспалительных изменениях ткани ПЖ был 83,1±27,53, 35,7±8,35 и 9,4±4,49 соответственно. При проведении CH-EUS аденокарцинома визуализировалась как неоднородное гиповаскулярное образование, слабо накапливающее контраст, характеризующееся быстрым вымыванием контрастного вещества из образования. Нейроэндокринные опухоли усиленно накапливали контраст с медленным вымыванием его из образования. В случаях очаговых воспалительных изменений (псевдотуморозного панкреатита) не было выявлено существенных отличий контрастирования от неизменной окружающей ткани ПЖ.

Вывод. Внедрение в клиническую практику современных уточняющих методик, используемых под контролем эндосонаграфии, значительно улучшит качество диагностики образований поджелудочной железы. EUS-E позволяет дать как визуальную, так и качественную оценку солидным образованиям поджелудочной железы, предположить гистологический тип опухоли. Метод контрастного усиления дает возможность оценки степени контрастирования, скорости накопления и вымывания контрастного вещества солидными образованиями поджелудочной железы.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕФЕКОГРАФИИ В ОБСЛЕДОВАНИИ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Павлов М.В., Грузинова В.М., Абдураимов А.Б., Лесько К.А., Кулезнева Ю.В.

ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Цель исследования — продемонстрировать первый опыт применения дефекографии в исследовании колопроктологических больных.

Материал и методы. С 2016 по 2017 г. обследованы 59 пациентов (52 женщины и 7 мужчин, в возрасте от 18 до 75 лет) с жалобами на нарушение дефекации. Вводили 200–300 мл специальной приготовленной бариевой пасты в прямую кишку в положении больного стоя до появления позыва на дефекацию. Исследование проводилось в положении сидя на специальном стуле. Рентгенография прямой кишки выполнялась в боковой проекции в покое, при волевом сокращении и видеозапись максимального науживания и опорожнения прямой кишки.

Результаты. Отсутствие изменений определялось в 1 (1,7%) наблюдении. Переднее ректоцеле II степени (выпячивание передней стенки от 2 до 4 см) в 42 (71,1%) наблюдениях, III степени (выпячивание передней стенки более 4 см) — в 6 (10,1%). Заднее ректоцеле — в 4 (6,7%) наблюдениях. Ректальная инвагинация определялась в 24 (40,6%) наблюдениях. Опущение промежности: статическое — в 10 (16,9%) наблюдениях, динамическое — в 6 (10,1%) и смешанное — в 2 (3,3%) наблюдениях. Спазм пуборектальной мышцы — в 4 (6,7%) наблюдениях. Парадоксальное сокращение пуборектальной мышцы — в 2 (3,3%) наблюдениях. Диссенергическая дефекация — в 2 (3,3%) наблюдениях. Чаще всего наблюдалось сочетание переднего ректоцеле и ректальной инвагинации — в 16 (27,1%) наблюдениях.

Вывод. Первый опыт применения дефекографии у больных с нарушениями дефекации показал, что данный метод является одним из главных в выявлении анатомических особенностей и структурных нарушений аноректальной области. Самой частой выявляемой патологией было переднее ректоцеле II степени.

ПОДДЕРЖКА ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ В ОЦЕНКЕ ТИПА ПОВЕРХНОСТНЫХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДКА НА ОСНОВЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО АНАЛИЗА МИКРОСТРУКТУРЫ ПОВЕРХНОСТИ ОБРАЗОВАНИЙ

Эрендженова К.Ю.¹, Раузина С.Е.¹, Зарубина Т.В.¹, Кулагина О.А.², Федоров Е.Д.¹, Кадушников Р.М.³

¹ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия; ²«Медицинский научно-образовательный центр МГУ им. М.В. Ломоносова», Москва, Россия; ³ООО «СИАМС», Екатеринбург, Россия

Высокая смертность от рака желудка (РЖ) связана, прежде всего, с его поздней диагностикой. Половина больных умирают в течение года после постановки данного диагноза. Именно раннее выявление РЖ определяет лучший прогноз на излечение и нормальное качество жизни пациентов ввиду возможности эндоскопического лечения. Качественная эндоскопическая диагностика поверхностных эпителиальных поражений желудка важна для профилактики и успешного лечения РЖ на ранних стадиях.

Цель исследования — разработка системы поддержки принятия решений (СППР) врача для диагностики предраковых и ранних неопластических изменений желудка на основе интеллектуального анализа эндоскопических изображений с использованием вычислительных методов.

Материал и методы. Было получено 220 эндоскопических изображений эпителиальных поражений желудка у 164 пациентов, которые были разделены на две группы в соответствии с тактикой ведения: 1-я группа — неопухольные поражения; 2-я группа — поверхностные эпителиальные новообразования (ПЭН). Структура образований подтверждалась гистологически. Статистический анализ проводился с помощью точного критерия Фишера, критерия Крамера, процедуры Байеса. На 182 изображениях был применен метод машинного зрения Bag of visual words.

Результаты. Все изображения были описаны по 34 признакам. С помощью непараметрических критериев было выявлено, что 6 признаков микроструктуры образований были статистически значимы для различия неопухольных поражений (141) и ПЭН желудка (79): толщина сосудов, соотношение толщины желез и сосудов, равномерность толщины сосудов, контуры сосудов, сосуды в виде стержней, демаркационная линия. На этих признаках с использованием процедуры Байеса были получены вероятности отнесения изображений к каждой из двух групп. Полученная точность отнесения после скользящего экзамена к 1-й группе составила 91,5%, ко 2-й — 96,2%. Выявление данных признаков с помощью компьютерного анализа позволило также классифицировать типы образований. Точность алгоритма составила 87%.

Вывод. Распознавание микроструктуры образований дает возможность объективизировать клиническую классификацию неопухольных изменений и ПЭН желудка, а результаты статистического анализа и математический алгоритм могут стать основой для СППР.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЭНДОСОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Коваленко Д.А., Быстровская Е.В., Пронина Г.М., Орлова Ю.Н., Абдураимов А.Б., Михайлова П.И.

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Цель исследования — определение диагностической информативности контрастного усиления при проведении эндоскопической ультрасонографии в диагностике кистозных образований поджелудочной железы (ПЖ).

Материал и методы. В работе проанализированы результаты эндоскопической ультрасонографии (EUS) 20 пациентов кистозными образованиями ПЖ. В группы исследования включены пациенты с обязательной верификацией исследуемого образования ПЖ, по данным морфологического исследования, операционного материала или цитологического исследования материала тонкоигольной пункции образования при EUS-наведении. При использовании контрастного усиления (СН-EUS) оценивались степень васкуляризации стенки (капсула кисты), перегородок и солидного компонента кистозного образования; динамика притока и оттока контрастного вещества.

Результаты. Проведена оценка контрастного усиления под контролем EUS при кистозных образованиях ПЖ. Стенки и перегородки кистозных неоплазий (СЦА и МЦА) во всех случаях активно накапливали контрастное вещество, что дало основание дифференцировать их от постнекротической кисты, стенка и внутреннее содержимое которой (секвестры) не контрастировались. С помощью контрастного усиления удавалось верифицировать нодулярный компонент IPMN, что указывало на высокий риск малигнизации данных образований.

Вывод. Внедрение в клиническую практику современных уточняющих методик, используемых под контролем эндоскопической ультрасонографии, значительно улучшает качество диагностики заболеваний поджелудочной железы. EUS-E позволяет дать как визуальную, так и качественную оценку кистозным образованиям поджелудочной железы, предположить гистологический тип опухоли. Метод контрастного усиления дает возможность оценки степени контрастирования, скорости накопления и вымывания контрастного вещества стенкой, перегородками и нодулярным компонентом кистозных образований.

КАПСУЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЦЕЛИАКИИ

Акопова А.О., Парфенов А.И., Михеева О.М., Шербаков П.А.

ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Цель исследования — определить показания к проведению капсульной эндоскопии (КЭ) у больных целиакией.

Материал и методы. В исследование включены 10 больных (6 женщин, 4 мужчин, средний возраст — 42,4±17,5 года) с установленной целиакией. У 3 больных целиакией выявлена впервые, у остальных — в сроки от 3 мес до 2 лет. КЭ выполнялась с помощью систем GivenImaging, «Olympus». Полученные данные анализировались с использованием Rapid Reader (версия 7.0).

Результаты. У 6 больных наблюдалась малосимптомная форма целиакии, у 2 — типичная, у 2 — рефрактерная. У 3 больных с впервые выявленной целиакией эндоскопические признаки атрофии слизистой оболочки тонкой кишки (ТК) более выражены в двенадцатиперстной кишке. У 3 больных с малосимптомной формой целиакии атрофия СО распространялась на проксимальные отделы ТК. У 4 больных (с типичной и рефрактерной формами) атрофия СО распространялась до дистального отдела подвздошной кишки, а в тощей кишке обнаружены эрозии и язвы. У 3 больных из них клиническая картина отличалась тяжелым течением, сопровождающимся синдромом нарушенного всасывания. У 1 больной, несмотря на атрофию всех отделов ТК и наличие эрозий, клиническая картина была малосимптомной.

Вывод. Клиническая симптоматика не всегда совпадает с протяженностью поражения СОТК, что может быть следствием неравномерного ее поражения, неодинаковой способностью к восстановлению СО. Чередование внешне неизменной СО с участками атрофии, предполагает различную продолжительность пребывания химуса в петлях ТК.

Показанием для назначения КЭ у больных целиакией является отсутствие ответа на лечение, предположение об эрозивно-

язвенном поражении СОТК и рефрактерная форма заболевания. КЭ дает возможность установить протяженность атрофических изменений СО, что позволяет использовать ее для оценки эффективности лечения.

РЕДКИЕ ИСТОЧНИКИ ДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Стручкова Е.Ю., Мударисов Р.Р., Могильникий И.Е., Бархатова И.В., Воронцов А.В., Шитиков Е.А.

ГБУЗ Москвы «ГКБ №52» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Проблема кровотечений из постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки остается актуальной в повседневной практике хирургов и эндоскопистов. Возможности эндоскопического гемостаза как окончательного метода остановки указанной группы кровотечений не всегда эффективны.

Цель исследования — проанализировать редкие источники кровотечений из двенадцатиперстной кишки и методики эндоскопического гемостаза в условиях стационара для оказания экстренной медицинской помощи.

Материал и методы. С января 2016 г. по декабрь 2017 г. в эндоскопическом отделении ГКБ №52 было выполнено 428 ЭГДС больным, у которых показанием явились клинические признаки ЖКК из верхних отделов ЖКТ. У 28% больных источник кровотечения локализовался в двенадцатиперстной кишке, причем острая или хроническая язва (язвы) луковицы двенадцатиперстной кишки с кровотечением составляла до 85% случаев. Однако у 64 (15%) пациентов мы наблюдали следующие редкие источники кровотечений. К редким причинам кровотечений были отнесены: артериовенозные мальформации (существует большое количество различных синдромов, общим для которых является наличие в слизистой или подслизистой оболочке аномальных кровеносных сосудов — синдром Рандю—Ослера, у больных с различными заболеваниями, такими как пороки сердца, хроническая почечная недостаточность, радиационные поражения, хронические заболевания печени, коллагенозы и др.) — у 21 больного; дивертикулы — у 1 больного; саркома Капоши — мультиочаговое изолированное поражение постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки у ВИЧ-инфицированного больного — у 1; радиационные поражения (часто в связи с облучением после операции по поводу опухолей) — у 2 больных; аорто-дуоденальный свищ (пролежень эндопротезом брюшной аорты в нижнегоризонтальную ветвь 12ПК) — у 1 больной; острые повреждения слизистой (лекарственные, токсические, коррозионными веществами). Особенностью кровотечений, развивающихся при поражении слизистой коррозионными веществами, являются два типа кровотечения: раннее (в остром периоде) и позднее (через 1—2 нед, когда начинает отделяться некротический струп от грануляционной ткани) — у 4 больных; стрессорные язвы постбульбарных отделов (развивающиеся у больных, находящихся в критических ситуациях). Морфологическим субстратом являются эрозивно-язвенные поражения слизистой, чаще эрозивные, которые у 60% осложняются кровотечением — у 24 больных; кровотечения из желчевыводящих путей (основной причиной являются опухоли печени с распадом или повреждением сосудов и опорожением через желчные пути — гематобилия — у 4 больных; прорастание опухоли, конгломератом метастатических лимфоузлов стенки двенадцатиперстной кишки — у 4 пациентов; собственно опухолевое поражение вертикальной ветви двенадцатиперстной кишки (лимфома) — у 2 пациентов.

Результаты. Комбинированный гемостаз и профилактика рецидива кровотечения применены у всех пациентов указанной группы: инъекционный, клипирование и АПК, в 3 случаях — неэффективно, что потребовало экстренного оперативного лечения. Пациент с аорто-дуоденальным свищем на фоне пролежня эндопротезом брюшной аорты в нижнегоризонтальную ветвь двенадцатиперстной кишки оперирован после эндоскопической верификации профузного источника кровотечения, скончался

на операционном столе, 2 пациента с сосудистыми мальформациями области связки Трейца — оперированы с выздоровлением.

Вывод. Редкие источники кровотечения из двенадцатиперстной кишки требуют быстрого, грамотного подхода с целью их верификации и использования максимальных возможностей проведения комбинированного эндоскопического гемостаза, в том числе с применением боковой оптики (дуоденоскопа).

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ НЕФРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

Стручкова Е. Ю.¹, Мударисов Р.Р.², Фролова Н.Ф.², Воронцов А.В.², Бархатова И.В.¹, Могильникий И.Е., Шитиков Е.А.

Городская клиническая больница №52 Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Цель исследования — анализ 5-летнего опыта лечения больных с острой и хронической почечной недостаточностью, осложненных гастродуоденальными кровотечениями (ГДК) язвенной этиологии и сравнение эффективности (Э) различных способов эндоскопического гемостаза (ЭГ).

Материал и методы. Пролечены 327 больных (213 (71,0%) мужчин и 114 (29%), женщин, средний возраст 54,72±9,34 года), находящихся на программном диализе, у которых течение основного заболевания осложнилось желудочно-кишечным кровотечением из острых язв. Критерий включения: исключительно язвенный генез ГДК. Госпитализация до 1 сут с момента начала заболевания 75%, 1/4 более 24 ч.

Результаты. При *cito* ЭГДС источниками кровотечения явились: 170 (53,6%) пациентов — язвы желудка; 148 (41,5%) — язва двенадцатиперстной кишки; 9 (4,0%) — сочетанная язва желудка и двенадцатиперстной кишки (II тип по Johnson). Для оценки источника кровотечения использована классификация по J. Forrest (1987): Forrest-1A — 12 (3,7%) пациентов, F1b — 47 (14,4%), F2a — 68 (20,7%), F2b — 74 (22,6%), F2c — 102 (31,2%), F3 — 24 (7,4%) пациента. Основные методы ЭГ: а) инъекционный метод (гипертонический раствор + раствор адреналина) у 124 (38%), б) комбинированный метод (а + диатермокоагуляция) у 195 (27%), Э — 89,8%; в) комбинированный метод (а + аргоноплазменная коагуляция) у 88 (27%), Э — 92,6%; г) клипирование одиночного сосуда в язве — 29 (9%) больных, Э — 95,4%. Учитывая, что при уремии ткани рыхлые, повышенной кровоточивостью, особенностью ЭГ явилось крайне щадящее воздействие на источник кровотечения: инъекция препаратов в 1—2 точки вокруг кровоточащего сосуда а не в 4 квадрантах, предпочтительное использование АПК перед электрокоагуляцией в связи с более щадящим и поверхностным безконтактным коагуляционным эффектом. После ЭГ у всех больных контрольное исследование проводилось через 2 ч для оценки эффективности. Все больные получали терапию ингибиторами протонной помпы в течение 72 ч (внутривенно) с последующим пероральным приемом до 4 нед. Суммарная эффективность ЭГ в группе ГДК — 100%. Эндоскопический контроль при риске рецидива кровотечения F1a и F2b после проведенного комбинированного гемостаза проводился через 2 ч, при риске рецидива кровотечения F2a и F2b через 8 ч, при риске рецидива кровотечения F2c и F3 через 24 ч.

Вывод. Согласно полученным результатам, «золотым стандартом» ЭГ у больных с острой и хронической почечной недостаточностью, осложненной язвенными ГДК являются комбинированные методики (б, в, г) с возможностью круглосуточной реализации приведенных способов. Залогом успеха выздоровления пациентов является комплексный подход, включающий реализацию эндоскопических воздействий и схем противоязвенной терапии.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ ЯВНЫХ НЕУТОЧНЕННЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Кашенко А.В.^{1,2}, Желнинов М.Г.⁴, Лодыгин А.В.^{1,4}, Солоницын Е.Г.¹, Качесов Э.Ю.³, Распереза Д.В.², Лобач С.М.², Васюкова Е.Л.^{1,2}, Бескровный Е.Г.⁴

¹Кафедра факультетской хирургии Санкт-Петербургского государственного университета, Санкт-Петербург, Россия; ²Клиническая больница №122 им. Л.Г. Соколова, Санкт-Петербург, Россия; ³ ГБУЗ «Александровская больница», Санкт-Петербург, Россия; ⁴ НУЗ «Дорожная клиническая больница ОАО «РЖД», Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования — изучение возможностей эндоскопических и интервенционных методов диагностики у пациентов с явными желудочно-кишечными кровотечениями из неустановленного источника.

Материал и методы. Из совместного опыта Клинической больницы №122 и Александровской больницы за 2008—2016 г. по диагностике и лечению пациентов группы неуточненных желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) отобраны 72 человека. Поло-возрастная градация: мужчины 58,3%, женщины 41,7%; средний возраст 56 лет. Давность симптоматики от 3 ч до 45 сут (в среднем 4,5 сут). По уровню анемии преобладали пациенты с легкой (43,0%) и среднетяжелой (34,7%) степенью. У основной массы пациентов (72,2%) тяжесть кровопотери носила среднюю степень. Профузный характер кровотечения был у 5,6% пациентов. Диагноз был установлен в 10 случаях «традиционным» эзофагогастродуоденоскопией (ЭГДС) и колоноскопией (КС), в 35 случаях — видеокапсульной энтероскопией (ВКЭ), в 13 — последовательным применением ВКЭ и баллон-ассистированной энтероскопии (БАЭ), в 14 — селективной мезентерографией. ВКЭ проводилась комплексом ЕС type I («Olympus», Япония): время транзита 4,5—7 ч (в среднем 5,9 ч). БАЭ выполнялась одноканальным энтероскопом SIF-Q180 («Olympus», Япония): осмотрено трансарально от 50 до 300 см кишки после связки Трейца (в среднем 164 см), трансанально от 70 до 150 см проксимальнее баугиниевой заслонки (в среднем 114 см), средняя продолжительность 80 и 94 минуты соответственно. Рентген-интервенционная диагностика выполнялась ангиографической системой Innova 3100IQ («General Electric», США).

Результаты. Диагностированы следующие нозологии: сосудистые аномалии слизистой пищеварительного тракта — 38 случаев, неспецифические эрозивно-язвенные процессы — 11, новообразования — 7, болезнь Крона — 5, дивертикулез — 5, вирусно-горрагии — 3, кровотечение в кисту поджелудочной железы с прорывом в желудок/двенадцатиперстную кишку — 2, аорто-интестинальный свищ — 1. В 8,3% случаев источник кровотечения не был выявлен. Были приняты следующие тактические решения. Хирургическое лечение — 11,1% случаев: резекция тонкой кишки по поводу злокачественной опухоли, гастро-/дуоденотомия с прошиванием кровоточащей кисты поджелудочной железы, еюнотомия с разобщением аорто-еюнального свища и ушиванием дефекта аорты. Эндоскопические операции — 4,2% случаев: резекция подслизистого новообразования, полипэктомия при синдроме Пейтс—Егерс посредством БАЭ. Эндоскопический гемостаз — 32%: ЭГДС/КС или БАЭ с использованием аргоно-плазменной коагуляции (эрозивно-язвенное поражение, небольшие ангиодисплазии, GAVE-синдром, дивертикулы), клипированием (крупные ангиодисплазии, язва Дьелафуа), лигированием (эктопические вариксы). Эндососкулярный гемостаз — 15,3%: адгезивным клеевым композитом или эмбосферами; выполнялся при вирусно-горрагиях, кровотечениях в кисту поджелудочной железы, стресс-язвах и вторичном опухолевом поражении тонкой кишки, GAVE-синдроме, эктопических вариксах. Комбинированный эндососкулярный и эндоскопический гемостаз применялся в 2,7%. Консервативное лечение выполнено у 34,7% пациентов (болезнь Крона и неспецифические эрозивно-язвенные поражения без признаков продолжающегося кровотечения). Гемотрансфузии потребовались в 29,2% случаев. В 8,3% случаев первоначальное

тактическое решение было неэффективно (несостоятельный гемостаз или рецидив кровотечения), что потребовало выбора другого способа гемостаза. Смертность составила 5,5%.

Вывод. Активная лечебная тактика у пациентов с явными неуточненными ЖКК применялась в 65,3% случаев, оперативная активность (хирургические и эндоскопические операции) составила 15,3%. Результаты ВКЭ определяют тактику лечения в 43,2% случаев. Применение рентген-эндососкулярного вмешательства оправданно в ситуации профузного кровотечения или при кровопотери тяжелой степени.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЦИЛИНДРО-КЛЕТОЧНОЙ МЕТАПЛАЗИИ ПИЩЕВОДА

Гидирим Г.П.¹, Мишин И.В.^{1,2}, Истрате В.Н.³

¹Кафедра хирургии №1 им. Н. Анестиади», Лаборатория гепато-панкреато-билиарной хирургии, ГУМФ им. Н. Тестемишану», ²Институт ургентной медицины, ³МЦ «Excellence», Кишинев, Молдова

Цель исследования — оценка непосредственных и отдаленных результатов эндоскопического лечения цилиндроклеточной метаплазии (ЦКМ).

Материал и методы. Проспективное исследование 83 пациентов с наличием ЦКМ в нижней трети пищевода. В 12 (14,5%) — ассоциация с аксиальными грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (АГПОД). Для эндоскопического исследования использован эндоскоп GIF HQ190 («Olympus»). Для уточнения характера изменений при ЦКМ выполнялись хромоэндоскопия, осмотр в узком спектре (NBI) и оптическое увеличение (Near Focus). Результаты эндоскопического осмотра подтверждались морфологическим исследованием (H&E, Alcian blue) материала, полученного при биопсии/эндоскопической резекции слизистой (ЭРС). Пищевод Барретта (ПБ) фиксировался при наличии кишечной метаплазии. Для эндоскопических вмешательств использован эндоскоп GIF 1TH190 и электрохирургический блок с аргоно-плазменной коагуляцией (АПК) — ERBE Vio200D APC 2.

Результаты. Из общего количества ЦКМ/ПБ установлены: метаплазия — 44(42/2), слабая дисплазия (СД) — 26(12/14), выраженная дисплазия (ВД) — 10(2/8), ранний рак пищевода (РРП) — 3(0/3). При СД выполнена АПК ($n=11$), ЭРС ($n=7$) и в 8 случаях — протокол эндоскопического наблюдения. При РРП и ВД выполнялась ЭРС ($n=10$) и эндоскопическая подслизистая диссекция (ЭПД) ($n=3$). При АГПОД в 8 случаях эндоскопическая абляция ЦКМ/ПБ выполнена в качестве I-го этапа с последующей фундопликацией, а в 4 — вынужденная обратная последовательность. Этапная эндоскопия продемонстрировала: 1) отсутствие спонтанной регрессии ЦКМ/ПБ; 2) прогрессирование ЦКМ/ПБ в СД ($n=3$), ВД ($n=3$) и РРП T1m ($n=1$). Резидуальный ЦКМ/ПБ после эндоскопического лечения ($n=3$): после АПК ($n=2$) и ЭРС ($n=1$), потребовавших реабляции.

Вывод. При ЦКМ целесообразна этапная диагностика. В случаях ПБ без дисплазии — эндоскопическое наблюдение или АПК. В случаях СД — АПК. При ВД и РРП — ЭРС и ЭПД с определением радикальности резекции (R0) при РРП. При АГПОД внутриспросветное вмешательство должно выполняться до хирургической коррекции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ПИЩЕВОДА

Черникова Е.Н., Курушкина Н.А., Шишин К.В., Недолужко И.Ю.

ГБУЗ Московский клинический научный центр ДЗМ им. А.С. Логина, Москва, Россия

Цель исследования — оценить качество жизни пациентов после эндоскопического стентирования пищевода.

Материал и методы. В исследование включены 34 пациента, средний возраст 68 лет (от 39 лет до 91 года), которым с июля 2016 г. по декабрь 2017 г. выполнено стентирование пищевода. Показаниями для эндоскопического стентирования были нерезектабельность первичной опухоли, нарастающая дисфагия, наличие эзофаготрахеального свища. Все пациенты предъявляли жалобы на дисфагию 3-й и 4-й степени. Из 34 пациентов у 8 (23%) была критическая дисфагия. Жалобы на загрудинные боли, регургитацию, изжогу, гиперсаливацию были у 15 (44%) пациентов. Опухоли пищевода с распространением на кардиальный отдел желудка были у 21 (61%) пациента. Непроходимость пищевода, обусловленная сдавлением извне новообразованием легкого и средостения, была у 4 (11%) пациентов представленной группы. Протяженность опухоли пищевода варьировала от 2 до 12 см. Всем пациентам исследуемой группы установлены частично покрытые нитиноловые самораскрывающиеся стенты с проксимальным или дистальным типом раскрытия.

Результаты. Протокол послеоперационного ведения и наблюдения пациентов включал назначение антисекреторной терапии, мониторинг качества жизни пациентов по телефону через 14 дней, 1, 3 и 6 мес. В день операции всем пациентам разрешали прием прозрачных жидкостей, а в дальнейшем прием полутвердой пищи (в среднем через 72 ч). У 1 (3,0%) пациента в раннем послеоперационном периоде (1-е сутки) с новообразованием кардиоэзофагеального перехода в 1-е сутки после установки стента выявлен надрыв интрамуральной части опухоли кардиального отдела желудка с признаками продолжающегося кровотечения, остановлено с помощью гемостатического порошка Endoclot. У 2 (6,0%) пациентов через 1 и 3 мес после установки стентов появились жалобы на дисфагию 3-й степени, при эндоскопическом исследовании было выявлено разрастание грануляционной ткани по проксимальному краю стента, в обоих наблюдениях выполнена аргонплазменная коагуляция грануляций с положительным эффектом в виде разрешения явлений дисфагии. Двум (5,8%) пациентам потребовалось рестентирование по типу «стент в стент», в связи с дистальной миграцией стента и прорастания стента опухолью. У 1 (3%) из наблюдаемых пациентов через 6 мес после установки стента появились жалобы на дисфагию 4-й степени, по результатам эндоскопического исследования выявлена рубцовая стриктура пищевода проксимальнее края стента, что потребовало эндоскопического бужирования. Общее число осложнений, потребовавших эндоскопической реинтервенции, составило 20%. В случае предъявления жалоб, пациентам выполнялись контрольные эндоскопические и рентгенологические исследования. За период наблюдения умерли 28 (82%) пациентов в связи с прогрессированием основного заболевания.

Вывод. Эндоскопическое стентирование пищевода является минимально инвазивной процедурой, улучшающей качество жизни инкурабельных пациентов и сопровождающейся небольшим числом осложнений.

СТЕНТИРОВАНИЕ ГЛАВНОГО ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА С ЦЕЛЮ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ОБЛАСТИ

Садовникова Е.Ю., Климов А.Е., Персов М.Ю.

ГБУЗ ГКБ №64, Москва, Россия

Эндоскопические ретроградные вмешательства на протоковой системе ПЖ являются альтернативным методом лечения пациентов с патологией органов гепатобилиарной зоны, протекающей с нарушением проходимости ГПП.

Цель исследования — оценить эффективность стентирования ГПП пластиковыми стентами при проведении транспапиллярных вмешательств.

Материал и методы. Работа выполнена на кафедре факультетской хирургии РУДН на базе ГБУЗ ГКБ №64 Москвы в период с 2013 по 2016 г.

Ретроспективно анализирован результат лечения 108 пациентов с доброкачественной патологией органов гепатобилиарной зоны. Пациенты были разделены на две группы: основную 64(59,3%) и сравнения 44(40,7%). Средний возраст больных: в основной 56 лет, в группе сравнения 71,6 года. Распределение по полу в основной группе: 49 (75%) женщин и 16 (25%) мужчин; группе сравнения: 33 (75%) женщины и 11 (25%) мужчин. Из 108 человек, включенных в анализ, 95(88%) поступили в экстренном порядке, остальные 13(12%) — в плановом. Из них 77 человек с проявлениями холедохолетиаза (81,05%) и 18 человек с различной доброкачественной патологией органов гепатобилиарной области. Догоспитальный этап заболевания составлял от 1 ч до 6 сут. Стентирование ГПП выполнено у 64 пациентов основной группы, в том числе с целью профилактики развития ОП у 47 и как лечебное мероприятие у 17. Устанавливались стенты 4 модификаций: GPSO, MTW, TTSO, OPBD.

Результаты. У 63 пациентов основной группы явления ОП носили невыраженный характер и отличались ускоренным регрессом клинических проявления и амилаземии.

Вывод. Стентирование ГПП пластиковыми стентами является эффективной мерой профилактики и лечения ОП при выполнении транспапиллярных эндоскопических вмешательств у пациентов с патологией органов гепатобилиарной области.

ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЭЛАСТОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Дибина Т.В.¹, Дроздов Е.С.^{2,3}, Кошель А.П.^{3,4}

¹ГАОУ «Медицинский центр им. Г.К. Жерлова», Северск, Томская область, Россия; ²ОГАУЗ «Томский областной онкологический диспансер», Томск, Россия; ³Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск, Россия; ⁴ОГАУЗ «Городская клиническая больница №3 им. Б.И. Альперовича», Томск, Россия

Цель исследования — оценить диагностические возможности ультразвуковой эластографии в дифференциальной диагностике кистозных образований поджелудочной железы.

Материал и методы. В исследование включены 70 пациентов (31 (44,3%) мужчина и 39 (55,7%) женщины, в возрасте от 26 до 75 лет (48,9±1,9 года) с кистозными образованиями поджелудочной железы различной этиологии в том числе. Средний размер кистозных образований составил 82,8±8,7 мм (от 20 до 200 мм). Исследование выполняли натощак, после стандартного ультразвукового осмотра органов брюшной полости на аппарате Aplio-500 («Toshiba», Япония). Эластографию у всех пациентов выполняли с помощью конвексного датчика С 1—6 МГц. После выбора области интереса с целью стабилизации изображения производилась фиксация положения руки на 4—6 с. В каждой зоне проводили 5—10-кратное измерение сначала в режиме компрессионной эластометрии, затем пациенту предлагали выпить 200,0—400,0 дегазированной жидкости для получения достаточного акустического доступа к поджелудочной железе и выполняли измерения в режиме эластографии сдвиговой волной. Для оптимизации визуализации показатели снимали во время задержки дыхания на вдохе. Оптимизация производилась изменением степени компрессии, карты окрашивания, динамического диапазона и продолжительности персистенции. Очаговые образования дифференцировали: 1) по наличию цветового окрашивания в структуре образования, его интенсивности; 2) по характеру окрашивания (однородное, неоднородное); 3) по характеристике размеров (площади окрашивания) в сравнении с размерами очагового поражения в серовальном изображении. Коли-

чественную оценку жесткости тканей или скорость сдвиговой волны проводили в зонах интереса (внутри образования, на границе с неизменной тканью и в неизменной ткани поджелудочной железы), оценивали 1) среднее значение; 2) стандартное отклонение; 3) коэффициент соотношения показателей таргентной и референтных зон

Результаты. При выполнении обследований получены следующие результаты. Значения модуля Юнга в псевдокисте — $16 \pm 2,27$ кПа, коэффициент соотношения — $2,4 \pm 0,72$, серозная цистаденома — коэффициент жесткости $30 \pm 7,4$ кПа, коэффициент соотношения $1,3 \pm 0,86$; муцинозная цистаденома — коэффициент жесткости $78,5 \pm 11,6$ кПа, коэффициент соотношения $3,2 \pm 0,55$; цистаденокарцинома — коэффициент жесткости

$100 \pm 10,6$, коэффициент соотношения — $8 \pm 1,9$. Коэффициент соотношения < 5 ед. — больше данных за доброкачественный процесс; > 5 — больше данных за злокачественный процесс. Анализ ROC-кривой показал, что чувствительность ультразвуковой эластографии в дифференциальной диагностике кистозных образований поджелудочной железы составляет 97%, а специфичность 75%. (AUROC — 0,93).

Вывод. Разработанный способ диагностики при помощи ультразвуковой эластографии может быть применен в клинической практике, как современный метод дифференциальной диагностики кист поджелудочной железы, показатели имеют высокую информативность, методика является неинвазивной, хорошо воспроизводимой.

☆☆☆

Метаболический синдром и диетология

СОДЕРЖАНИЕ ИНСУЛИНА И АКТИВНОСТЬ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ НАЖБП И САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2-ГО ТИПА

Звенигородская Л.А., Нилова Т.В., Варванина Г.Г., Петраков А.В.

ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Цель исследования — определить уровень содержания инсулина, содержание метаболитов оксида азота (NO), малоновый диальдегид (МДА), активность липопротеин-ассоциированной фосфолипазы А2 (ФЛА2), в сыворотке крови у пациентов с НАЖБП с СД2 и с нарушенной толерантностью к глюкозе.

Материал и методы. Обследованы 74 больных НАЖБП, из них 30 пациентов с СД2 и 44 — с НТГ. Средний возраст $55,6 \pm 2,2$ года. ИМТ $34,85 \pm 1,79$ кг/м². ФЛА2 определяли иммуноферментным методом с использованием наборов реактивов (США). Инсулин определяли методом хемилюминесцентного иммунологического анализа на приборе Siemens. ЖК определяли ферментным методом с использованием тест-систем (Великобритания). Метаболиты NO определяли по методу В.А. Метельской, Н.Г. Гумановой (2005), МДА по методу Л.И. Андреевой (1988).

Результаты. Инсулин определяли у 74 пациентов с НАЖБП. Гиперинсулинемия наблюдалась у 30 пациентов с НТГ $34,65 \pm 4,16$ мкМЕ/мл (контроль $8,53 \pm 1,3$ мкМЕ/мл) и с СД2, содержание инсулина составило $6,28 \pm 0,4$ ($p=0,001$), что вызывало экспрессию ФЛА2 в 3 раза при СД и в 2 раза при НТГ. При НАЖБП NO-синтазная активность и содержание NO увеличены. Уровень метаболитов возрастал параллельно активности АЛТ. Содержание МДА с СД увеличено и составило $24,12 \pm 1,64$ мкмоль/л, с НТГ — $16,91 \pm 3,87$ (в контроле $9,94 \pm 1,62$ мкмоль/л; $p=0,001$). Выявлена отрицательная корреляционная связь между инсулином и МДА ($r=-0,31$), выявлена взаимосвязь перекисного и фосфолипазного механизма повреждения липидов мембран гепатоцитов ФЛА2 и МДА ($r=-0,53$; $p=0,001$) между NO и ФЛА2 ($r=0,625$, $p=0,001$).

Вывод. Высокая активность маркеров воспаления у пациентов НАЖБП с СД является диагностическим и прогностическим критерием активности воспалительного процесса в печени с высоким риском осложнений. Гипергликемия индуцирует выработку свободных радикалов, снижает активность синтазы оксида азота и нарушает чувствительность рецепторов к инсулину.

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К НУТРИЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКЕ ПАЦИЕНТОВ С АНОРЕКСИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Хорошилов И.Е., Шемеровский К.А.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, ФГБНУ «Институт экспериментальной медицины», РАН, Санкт-Петербург, Россия

Клиническое питание и нутриционная поддержка недавно вошли в число направлений практической медицины. Клиническое питание — прикладная медицинская дисциплина, занимающаяся предупреждением, диагностикой и лечением нарушений питания у больных при различных заболеваниях и других состояниях (например, при беременности), вызванных как дефицитом, так и избытком поступающих в организм нутриентов и энергии (Т. Cederholm и соавт., 2017). Нутриционная поддержка — комплекс диагностических и лечебных мероприятий, направленных на предупреждение, диагностику и коррекцию недостаточного питания с использованием методов энтерального и парентерального питания (И.Е. Хорошилов, 2009).

К вопросам клинического питания относят проблемы сердечно-сосудистого риска, ожирения, рака, сахарного диабета, пищевой аллергии и непереносимости и т.п. Клиническое питание представляет более широкое понятие, чем нутриционная поддержка, так как оно включает и лечебные диеты, функциональные пищевые продукты, биологически активные добавки к пище, энтеральное и парентеральное питание. Персонализированный подход к нутриционной поддержке предусматривает индивидуализированное назначение питательных смесей и нутриционных добавок. Поскольку при анорексии прием пищи недостаточный, этим пациентам необходимо дополнительное назначение высокоэнергетических продуктов и нутриционных добавок. При ожирении, напротив, требуется ограничить поступление энергии с пищей. Поэтому вместо обычных продуктов этим больным могут быть назначены смеси с пониженной калорийностью и низким гликемическим индексом. Дополнительно могут быть назначены пре- и пробиотики, метаболические препараты (L-карнитин и др.). Необходимо также обратить внимание на адекватное поступление воды и пищевых волокон, обеспечивающее регулярность стула.

САРКОПЕНИЧЕСКОЕ ИСТОЩЕНИЕ: ОТ ПРОБЛЕМЫ К РЕШЕНИЮ

Хорошилов И.Е.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, ФГБНУ «Институт экспериментальной медицины», РАН, Санкт-Петербург, Россия

Под недостаточным питанием сегодня понимается состояние, при котором в результате недостаточного поступления в организм или усвоения в нем питательных веществ отмечаются изменения в компонентном составе организма, в частности снижение тощей массы тела, приводящие к нарушению физических и психических функций организма, ухудшающие клинический исход заболевания (Т. Cederholm и соавт., 2015). Ранее нами было предложено подобное определение недостаточности питания как «патологического состояния, обусловленного несоответствием поступления и расхода питательных веществ, приводящего к снижению массы тела и изменению компонентного состава организма (И.Е. Хорошилов, 2003). Согласно Европейскому консенсусу, под «саркопенией» понимается уменьшение мышечной массы и снижение функции мышц (силы и производительности), обусловленное возрастными нейрогуморальными сдвигами, нарушениями питания или мышечным катаболизмом (А. Cruz-Jentoft и соавт., 2010). С сентября 2016 г. диагноз «саркопение» был официально включен в дополненную X международную классификацию болезней (МКБ-10) под кодом M 62.84. Причины развития саркопении разнообразны. Она может возникнуть вследствие естественных инволютивных (старческих) изменений в организме, длительного голодания, нарушений питания, мальабсорбции и т.п. В настоящее время наличие и степень выраженности мышечного истощения (саркопении) имеют определяющее значение в оценке тяжести, динамике течения и прогнозе заболеваний. Для диагностики саркопении у больных используются инструментальные методы обследования: биоимпедансный анализ состава тела, компьютерная и магнитно-резонансная томография, рентгеновская абсорбциометрия, ультразвуковое исследование мышц. Для лечения и профилактики саркопении применяются специальное энтеральное питание, анаболические средства, метаболическая терапия, а также физические упражнения.

ЛАЗЕРНАЯ ДОППЛЕРОВСКАЯ ФЛУОМЕТРИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА, КАК РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Шинкин М.В., Звенигородская Л.А., Мктрумян А.М., Сидоров В.В.

ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Цель исследования — изучить ранние диагностические критерии развития диабетической стопы по состоянию микроциркуляторного русла и тканевого метаболизма (по динамике коферментов ФАД и НАДН) методом лазерной доплеровской флуометрии у больных с сахарным диабетом.

Материал и методы. Исследования проводились с помощью анализатора периферического кровотока аппарата лазерной диагностики ЛАЗМА СТ на подушечке большого пальца стопы. Критерии невключения: наличие нарушений магистрального кровотока сосудов нижних конечностей. Группа контроля — 20 человек. Критерии невключения: наличие онкологических заболеваний, изменения магистрального кровотока нижних конечностей. У пациентов оценивался уровень гликированного гемоглобина (HbA_{1c}).

Результаты. Методом лазерной доплеровской флуометрии с применением функциональных проб (локальной тепловой и

холодовой пробы) обследовали 163 пациента (89 женщин и 74 мужчин, в возрасте от 19 до 70 лет) с сахарным диабетом. Из них сахарный диабет 1-го типа — у 17 человек, сахарный диабет 2-го типа — у 146. Пациенты были разделены на следующие группы: 1) Микроциркуляция активна, окислительный метаболизм в норме: 18. 2) Субкомпенсированные нарушения:

2.1 — микроциркуляция активна, снижение окислительного метаболизма: 73;

2.2 — микроциркуляция снижена, снижение окислительного метаболизма: 41;

2.3 — микроциркуляция активна, выраженное снижение окислительного метаболизма: 29.

3) Стойкие декомпенсированные нарушения:

— микроциркуляция не активна, выраженное снижение окислительного метаболизма: 2.

4) Диабетическая стопа: 3.

Вывод. Выявлена прямая корреляция между показателями HbA_{1c} и степенью нарушений микроциркуляторного русла и окислительного метаболизма: в 1-й группе HbA_{1c} в пределах 6,5—7,2%; во 2-й группе — HbA_{1c} в пределах 7,5—10,2%; в 3-й группе — HbA_{1c} в пределах 10,7—12,1%.

БАКТЕРИИ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Егштян А.В.^{1,2}, Ткачева О.Н.³, Каштанова Д.А.³, Попенко А.С.⁴, Алексеев Д.Г.⁴, Дудинская Е.Н.³, Тяхт А.В.⁴, Кострюкова Е.С.⁴

¹ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова», Москва, Россия; ²ФГБУ «НМИЦ эндокринологии», Москва, Россия; ³ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» РГНКИ, Москва, Россия; ⁴ФГБНУ «НИИ ФХМ», Федеральное медико-биологическое агентство, Москва, Россия

Цель исследования — выявить «маркерные» изменения состава микробиоты кишечника при метаболических нарушениях.

Материал и методы. У 92 пациентов (25—76 лет) без клинических проявлений хронических заболеваний, не получающих терапию, но с возможным наличием факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний исследованы показатели углеводного, липидного обмена, хронического воспаления, дуплексное сканирование сонных артерий с определением толщины комплекса интима—медия (КИМ), наличия атеросклеротических бляшек, секвенирование переменных участков V3—V4 гена 16S рНК микробиоты кишечника. Характер питания изучался при помощи стандартизированной компьютерной программы (версия 1.2.4 ГУ «НИИ питания» РАН, 2003—2006).

Результаты. Доминирующими отделами оказались *Bacteroidetes* (12,7±9,86%) и *Firmicutes* (57,09±13,6%), родами — *Blautia* (доминирующий), *Bacteroides*, *Prevotella*, *Faecalibacterium*, *Clostridium*. Снижение количества потребляемого крахмала ассоциировано с повышением представленности рода *Blautia* и снижением — *Bifidobacteria*. Род *Blautia* ассоциирован с нарушением углеводного обмена, даже при потреблении меньшего количества углеводов ($p=0,0004$) и жиров ($p=0,0008$) по сравнению со здоровыми. Представленность родов *Blautia* ($p=0,0006$) и *Serratia* ($p=0,002$) возрастает в ряду: нормальная толерантность к глюкозе — предиабет — сахарный диабет 2-го типа. Род *Serratia* ассоциирован с метаболической эндотоксемией (с уровнем липополисахаридов и С-реактивного белка, $p=0,0001$). С бактериями родов *Blautia* ($p=0,004$) и *Serratia* ($p=0,009$) связана толщина КИМ, а уровень стеноза сосудов — с *Serratia* ($p=0,002$). Бактерии рода *Serratia* положительно коррелирует с индексом массы тела ($p=0,046$) и в целом с количеством факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний ($p=0,0003$).

Вывод. Метаболические нарушения ассоциированы с повышенной представленностью родов *Blautia* и *Serratia*.

☆ ☆ ☆

Патология верхних отделов желудочно-кишечного тракта

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ПИТАНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЗАКИСЛЕНИЯ ПИЩЕВОДА И КОЛИЧЕСТВО ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫХ РЕФЛЮКСОВ У БОЛЬНЫХ ГЭРБ

Морозов С.В., Исаков В.А., Коновалова М.Д.

ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи», Москва, Россия

Цель исследования — изучить влияние факторов питания на количество гастроэзофагеальных рефлюксов и уровни закисления пищевода по данным суточной пищеводной рН-импедансометрии у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ).

Материал и методы. В исследование включены 124 больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (54 мужчин, 70 женщин, средний возраст $46 \pm 17,7$ года, индекс массы тела $28,5 \pm 0,6$ кг/м²) и 41 человек без признаков заболевания (8 мужчин, 33 женщины, в возрасте $42 \pm 12,4$ года, индекс массы тела $28,3 \pm 1,3$ кг/м²), давших информированное согласие на участие в исследовании. Наличие ГЭРБ подтверждалось при помощи наличия изжоги не менее 2 раз в неделю в течение последних 3 мес, с началом заболевания более чем 6 мес до включения в исследование, в отсутствие приема лекарственных препаратов, способных повреждать слизистую оболочку пищевода и провоцировать симптомы заболевания (НПВС, блокаторы кальциевых каналов, нитраты и др), и при количестве баллов, по данным русскоязычной версии вопросника GERD-Q, более 8. Количество гастроэзофагеальных рефлюксов (ГЭР), их кислотность, а также длительность закисления на уровне нижней трети пищевода (% времени исследования с рН менее 4) были оценены при помощи суточной пищеводной рН-импедансометрии (Ohmega, MMS, Голландия); с использованием зондов производства Unisensor AG, США (рНTip, 2 канала рН, 6 каналов импеданс). Потребление основных нутриентов оценивалось при помощи частотного анализа при помощи прикладной компьютерной программы («Оценка фактического питания», версия 1,0, ГУ НИИ питания, Россия). Для оценки взаимосвязей результатов оценки фактического питания и данных суточной пищеводной рН-импедансометрии использовался корреляционный анализ по Спирмену (Statistica 10, «StatSoft Inc.», США).

Результаты. Выявлена достоверная прямая корреляционная взаимосвязь средней силы между наличием ГЭРБ и общей калорийностью рациона (R по Спирмену $0,23, p < 0,05$), а также количеством жиров в домашнем рационе ($R=0,21; p < 0,05$). Между количеством потребляемых пищевых волокон и наличием ГЭРБ выявлена обратная корреляционная взаимосвязь ($R=-0,26; p < 0,05$). Выявлена достоверная корреляционная взаимосвязь между общим количеством ГЭР и такими показателями фактического питания, как общая калорийность рациона ($R=0,35$), общее количество жира ($R=0,33$), алкоголь ($R=0,28$) и количество пищевых волокон ($R=-0,22$). Для кислых ГЭР выявлены аналогичные взаимосвязи за исключением пищевых волокон (взаимосвязь недостоверна). Напротив, для слабокислых ГЭР корреляционный коэффициент был более выражен ($R=-0,24; p < 0,05$). Достоверная взаимосвязь доли времени с рН в нижней трети пищевода менее 4 была выявлена лишь в отношении общей калорийности рациона ($R=0,19$), общим количеством жиров ($R=0,19$). При этом общее количество углеводов, белков, крахмала, моно- и дисахаридов и пищевых волокон не имело достоверной взаимосвязи с уровнем закисления пищевода по данным корреляционного анализа.

Вывод. Выявленные взаимосвязи могут свидетельствовать о влиянии факторов питания на патогенез ГЭРБ и должны приниматься во внимание при составлении диетологических рекомендаций больным ГЭРБ. Наиболее рациональным подходом к диетологической коррекции у больных ГЭРБ является уменьшение

энергетической ценности рациона преимущественно за счет жиров и увеличение количества потребляемых пищевых волокон.

ПИЩЕВЫЕ ПАТТЕРНЫ У БОЛЬНЫХ ГЭРБ С НАЛИЧИЕМ ЭРОЗИВНОГО ЭЗОФАГИТА И НЕЭРОЗИВНОЙ ФОРМОЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

Морозов С.В., Коновалова М.Д., Исаков В.А.

ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи», Москва, Россия

Цель исследования — сравнить пищевые паттерны у больных ГЭРБ с наличием эрозивного эзофагита (ЭЭ) и неэрозивной формой заболевания (НЭРБ).

Материал и методы. В исследование включены 126 больных ГЭРБ (54 мужчины и 70 женщин, средний возраст $46,5 \pm 17,4$ года, ИМТ $28,6 \pm 0,8$ кг/м²), давших информированное согласие на участие в исследовании. Наличие ГЭРБ подтверждалось при помощи наличия изжоги не менее 2 раз в неделю в течение последних 3 мес, с началом заболевания более чем 6 мес до включения в исследование, в отсутствие приема лекарственных препаратов, способных повреждать слизистую оболочку пищевода и провоцировать симптомы заболевания (НПВС, блокаторы кальциевых каналов, нитраты и др), по данным суточной пищеводной рН-импедансометрии (наличие патологического гастроэзофагеального рефлюкса) и при количестве баллов, по данным русскоязычной версии вопросника GERD-Q, более 8. Оценка фактического питания в домашних условиях проводилась при помощи частотного анализа («Оценка фактического питания» 1,0 ГУ «НИИ питания» РАМН, Россия). Эзофагогастроскопия проводилась при помощи панэндоскопа Olympus Exsera II (Осака, Япония) с оценкой наличия повреждений слизистой пищевода в соответствии с Лос-Анжелесской классификацией. Сравнительный анализ показателей фактического питания проведен при помощи модуля непараметрической статистики (U-критерий Манна—Уитни, Statistica 10, «StatSoft Inc.», США).

Результаты. По данным ЭГДС, наличие эрозий пищевода выявлено у 38 (22 мужчины) больных ГЭРБ. Группы больных ЭЭ и НЭРБ не отличались по возрасту ($47 \pm 16,5$ и $44 \pm 11,3$ года соответственно; $p > 0,05$) и индексу массы тела ($28,05 \pm 6,45$ и $28,4 \pm 6,07$ кг/м² соответственно; $p > 0,05$). Фактическое питание обеих групп ГЭРБ характеризовалось избыточной калорийностью в сравнении с нормами физиологической потребности, избыточным потреблением жиров и выраженным недостатком потребления пищевых волокон. При этом у больных НЭРБ по сравнению с больными группы ЭЭ выявлено достоверно более высокое потребление углеводов ($244 \pm 88,5$ г/сут против $216 \pm 63,8$ г/сут; $p=0,002$), моно- и дисахаридов (127 ± 53 г/сут против $91 \pm 40,8$ г/сут; $p=0,0001$), алкоголя ($1,2 \pm 4,9$ г/сут против $0,2 \pm 2,6$ г/сут; $p=0,003$). Учитывая поправку Бонферони на множественные сравнения, уровень статистической значимости различий между исследуемыми группами по потреблению белков, жиров, крахмала и общей калорийности рациона не достигал достоверных значений.

Вывод. Пищевые паттерны больных ГЭРБ характеризуются избыточной калорийностью рациона, избыточным потреблением жиров и недостатком пищевых волокон. У больных НЭРБ фактическое питание характеризуется большим потреблением углеводов, моно- и дисахаридов и алкоголя по сравнению с больными эрозивным эзофагитом. Полученные данные могут быть использованы для разработки персонализированного подхода к диетологической коррекции проявлений заболевания у больных ГЭРБ.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПОРОШКА ОБОЛОЧЕК СЕМЯН ПОДОРОЖНИКА ОВАЛЬНОГО НА СИМПТОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МОТОРИКИ ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ НЕЭРОЗИВНОЙ ФОРМОЙ ГЭРБ С НЕДОСТАТКОМ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПИЩЕВЫХ ВОЛОКОН

Морозов С.В., Коновалова М.Д., Исаков В.А.

ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи», Москва, Россия

Цель исследования — оценить влияние обогащения рациона больных неэрозивной формой ГЭРБ (НЭРБ) пищевыми волокнами на симптомы заболевания и показатели моторики пищевода.

Материал и методы. Материалом послужили данные обследования 30 больных НЭРБ, давших информированное согласие на участие в исследовании, у которых диагноз был подтвержден на основании наличия изжоги или отрыжки кислым не менее 2 раз в неделю в течение последних 3 мес, количество баллов по вопроснику GERD-Q было 8 и более и, по данным эндоскопического исследования, отсутствовали повреждения слизистой оболочки пищевода. Критериями включения в исследование являлось потребление пищевых волокон менее 20 г/сут, отсутствие приема лекарственных препаратов, влияющих на кислотопродукцию в желудке и моторную функцию пищевода. Анализ фактического питания проводился при помощи частотного анализа («Оценка фактического питания» 1.0, ГУ «НИИ питания» РАМН, Россия). Высокоразрешающая пищеводная манометрия (ВРМ) проводилась при помощи твердотельного катетера (Unisensor AG, США). Суточная пищеводная рН-импедансометрия (СППИ) проводилась при помощи аппарата Ohmega (MMS, Голландия) и зондов рНTip («Unisensor AG», США). Включенным в исследование больным было рекомендовано придерживаться привычного рациона, в дополнение к которому назначался препарат оболочек семян подорожника овального — псиллиум (Мукофальк, Др. «Фальк Фарма ГмбХ», Германия) по 5 г 3 раза в сутки в соответствии с инструкцией к препарату в течение 10 дней. ВРМ и СППИ проведены до начала приема препарата и на 10-й день терапии. Также на 10-й день был повторен опрос с анкетой GERD-Q и проведена оценка фактического питания в домашних условиях. Статистический анализ проводился при помощи модуля непараметрической статистики (парные сравнения по Вилкоксоу) (Statistica 10, «StatSoft Inc.», США).

Результаты. После курса лечения доля пациентов, испытывающих изжогу, снизилась (93,3% исходно, 40% в конце исследования; $p < 0,001$). Аналогично количество баллов по вопроснику GERD-Q уменьшилась с $10,9 \pm 1,7$ до $6,0 \pm 2,3$; $p < 0,001$. Отмечено увеличение минимального давления покоя нижнего пищеводного сфинктера (НПС) с исходных $5,41 \pm 10,1$ до $11,3 \pm 9,4$ мм рт.ст.; $p = 0,023$, однако остаточное давление НПС существенно не изменилось. Отмечено уменьшение общего количества гастроэзофагеальных рефлюксов по данным СППИ с $67,9 \pm 17,7$ исходно до $42,4 \pm 13,5$ в конце исследования; $p < 0,001$, что было обусловлено преимущественно снижением числа кислых и слабокислых рефлюксов. В то же время достоверных различий по средним значениям рН в пищеводе и доле времени с $\text{pH} < 4$ в нижней трети пищевода в конце исследования по сравнению с исходными данными выявлено не было. Максимальная длительность рефлюкса сократилась с $10,6 \pm 12,0$ до $5,3 \pm 3,7$ мин; $p = 0,017$.

Вывод. Использование псиллиума 5,0 3 раза в сутки в дополнение к основному рациону у больных НЭРБ с низким потреблением пищевых волокон приводит к увеличению давления покоя нижнего пищеводного сфинктера, уменьшению числа гастроэзофагеальных рефлюксов и способствует уменьшению частоты возникновения симптомов у этой категории больных.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ *H. PYLORI* СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ МОСКВЫ И КАЗАНИ

Бордин Д.С.^{1,2}, Плавник Р.Г.³, Невмержицкий В.И.⁴, Буторова Л.И.⁵, Абдулхаков Р.А.⁶, Абдулхаков С.Р.^{6,7}, Войнован И.Н.¹, Эмбутниекс Ю.В.¹

¹МКНЦ им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения Москвы, Москва; ²Тверской ГМУ; ³Российский университет дружбы народов, Москва; ⁴Московский физико-технический институт; ⁵Первый МГМУ им. И.М. Сеченова; ⁶Казанский ГМУ; ⁷Казанский (Приволжский) федеральный университет, Казань, Россия

Цель исследования — оценить распространенность *H. pylori* у медицинских работников и их готовность пройти эрадикационную терапию в случае выявления инфекции.

Материал и методы. Обследованы 315 медицинских работников (61 мужчина и 254 женщины) в возрасте от 18 до 76 лет, в том числе в Москве — 221, в Казани — 94. Для определения *H. pylori* всем обследованным выполнен ¹³C-уреазный дыхательный тест с тест-набором ХЕЛИКАРБ. Все участники заполнили анкеты, на основании анализа которых оценивалось влияние социальных и профессиональных факторов на распространенность *H. pylori*.

Результаты. *H. pylori* выявлен у 54,9% обследованных: 45,9% мужчин и 57,1% женщин. Частота выявления *H. pylori* в Москве существенно ниже (49,8%), чем в Казани (67,0%). Доля инфицированных *H. pylori* нарастала с возрастом: с 41,8% у лиц в возрасте до 25 лет до 76,9% в возрасте старше 60 лет. *H. pylori*-позитивными были 60,2% состоящих в браке и 49% — не состоящих. При анализе профессионального статуса отмечен наименьший уровень инфицированности у студентов (34,7%), наибольший среди среднего и младшего медперсонала (65,5%). В группе обследованных врачей наибольшая доля инфицированных наблюдалась среди эндоскопистов (61,5%) и терапевтов (60,9%). Лишь 61,4% *H. pylori*-позитивных медицинских работников выразили готовность к проведению эрадикационной терапии.

Вывод. Проведенное исследование выявило высокую распространенность *H. pylori* у медработников, нарастающую с возрастом. Отмечен низкий уровень желания лечиться у *H. pylori*-позитивных участников исследования.

ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИСТР *H. PYLORI* (HP-EUREG): АНАЛИЗ ДАННЫХ 2360 БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАВШИХ ТЕРАПИЮ ПЕРВОЙ ЛИНИИ В РОССИИ

Бордин Д.С.^{1,19}, Эмбутниекс Ю.В.¹, Вологжанина Л.Г.², Ильчишина Т.А.³, Войнован И.Н.¹, Сарсенбаева А.С.⁴, Алексеенко С.А.⁵, Зайцев О.В.⁶, Абдулхаков Р.А.⁷, Осипенко М.Ф.⁸, Ливзан М.А.⁹, Цуканов В.В.¹⁰, Бурков С.Г.¹¹, Бакулина Н.В.¹², Дехнич Н.Н.¹³, Тарасова Л.В.¹⁴, Плотнокова Е.Ю.¹⁵, Маев И.В.¹⁶, Кучерявый Ю.А.¹⁶, Барышникова Н.В.¹⁷, Бутов М.А.¹⁸, Колбасников С.В.¹⁹, Пахомова А.А.²⁰, Жесткова Т.В.¹⁸, Барановский А.Ю.²¹, Абдулхаков С.Р.^{7,22}, Агеева Е.А.⁵, Лялюкова Е.А.⁹, Васютин А.В.¹⁰, Голубев Н.Н.¹¹, Савилова И.В.¹², Морковкина Л.В.¹⁴, Кононова А.Г.¹⁹, Megraud F.²³, O'Morain C.²⁴, McNicholl A.G.²⁵, Gisbert J.P.²⁵

¹МКНЦ им. А.С. Логинова; ²Гастроцентр, Пермь; ³СМ-клиника, Санкт-Петербург; ⁴Южно-Уральский ГМУ; ⁵Дальневосточный ГМУ; ⁶Первый клинический медцентр, Ковров; ⁷Казанский ГМУ; ⁸Новосибирский ГМУ; ⁹Омский ГМУ; ¹⁰НИИ медицинских проблем

Севера, Красноярск; ¹¹Поликлиника № 3 УДП РФ, Москва; ¹²СЗГМУ им. И.И. Мечникова; ¹³Смоленский ГМУ; ¹⁴Чувашский ГУ им. И.Н. Ульянова; ¹⁵Кемеровский ГМУ; ¹⁶МГМСУ им. А.И. Евдокимова; ¹⁷Первый СПГМУ им. И.П. Павлова; ¹⁸Рязанский ГМУ им. И.П. Павлова; ¹⁹Тверской ГМУ; ²⁰Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского; ²¹СПГМУ; ²²Казанский (Приволжский) ФУ; ²³Hôpital Pellegrin, France; ²⁴Trinity College, Ireland; ²⁵Hospital Universitario de La Princesa, Spain

Цель исследования — оценка реальной клинической практики диагностики и лечения *H. pylori*.

Материал и методы. Анализ данных 2360 больных Российского сегмента «Нр-EuReg», которым проводилась терапия 1-й линии.

Результаты. Для первичной диагностики *H. pylori* использовались гистологический метод (37,7%), БУТ (29,2%) и серология (29,7%). 7, 10 и 14-дневная терапия назначалась в 9,4, 65,3 и 25,3%. Контроль эффективности: антиген *HP* в кале (31,3%), УДТ (23,4%), гистология (23,3%), серология (3,6%), не проводилась (17,3%). Эффективность тройной терапии: ИТТ 69,2, 60,6 и 65% при 7, 10 и 14-дневном курсе соответственно; РР 68,5, 81,1 и 86,7%. При добавлении к тройной терапии висмута: ИТТ 47,4, 75,8 и 85,2%; РР 75, 90,6 и 93,6% соответственно.

Вывод. Отмечены значимые отклонения от рекомендаций экспертов, неэффективность тройной терапии.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА

Капралов Н.В., Рок А.Р.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Цель работы — определить эффективность нового медицинского оборудования компании «GivenImaging, Inc.» (США): модульной системы высокого разрешения Manoscan и суточного регистрирующего устройства DigitaregrH-Z в функциональной диагностике заболеваний пищевода.

Материал и методы. В состав модульной системы Manoscan входили: модуль Manoscan HRM (A120), многоэлектродный 36 твердотельнодатчиковый зонд, обеспечивающий 432 точки измерения и программное обеспечение Manoview. Суточная внутрипищеводная рН-импедансометрия проведена регистрирующим устройством Digitaregr H-Z с одноразовым зондом, имеющим 2 рН-датчика и 8 импеданс-электродов по программному обеспечению Accuview. Манометрия пищевода проводилась утром в течение 10–15 мин, в процессе исследования пациент делал 10 глотков воды, затем больному выполнялась суточная рН-импедансометрия. При оценке результатов анализировались графические данные, а также учитывались табличные показатели, которые программа рассчитывала в автоматическом режиме (индекс DeMeester, давление расслабления нижнего пищеводного сфинктера и др.). Всем обследованным больным была выполнена эзофагогастродуоденоскопия по общепринятой методике. При анализе результатов манометрии использовалась Чикагская классификация нарушений моторики пищевода.

Результаты. Комплексным обследованием патология пищевода была диагностирована у 63 больных. Из них 59 (93,6%) пациентов страдали ГЭРБ. По данным эндоскопического исследования, неэрозивная форма ГЭРБ выявлена у 45 (71,4%) больных, эрозивная — у 12 (19%), пищевод Баррета — у 2 (3,2%) больных. Более кислые и длительные ГЭР были зарегистрированы у пациентов с эрозивной формой заболевания. Волны заброса желудочного содержимого при этом достигали верхнего пищеводного сфинктера (ВПС), а индекс DeMeester в среднем составлял 85,6. У 7 (11,1%) пациентов были зарегистрированы слабосильные рефлюксы, они чаще являлись смешанными по своей структуре (жидкостно-газовые). У 1 (1,6%) больного были выявлены щелочные рефлюксы. Вероятность взаимосвязи клинических симптомов с эпизодами рефлюксов (SAP) была более 95% у боль-

шинства больных с ГЭРБ. Связь хронического кашля с эпизодами ГЭР была обнаружена у 4 (66,7%) из 6 пациентов. У 3 (75%) больных кашель был связан с эпизодами кислых, а у 1 (25%) — слабосильных рефлюксов. Эти рефлюксы по своей структуре были жидкостно-газовые. По данным манометрического исследования, у 11 (18,6%) пациентов с ГЭРБ были зарегистрированы изменения, характерные для грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). У 38 (60,3%) больных с ГЭРБ было выявлено снижение давления в нижнем пищеводном сфинктере (НПС), а у 4 (6,3%) больных из группы обследованных имелись изменения, характерные для ахалазии пищевода 2-го типа. При выполнении работы были обследованы 5 пациентов с ГЭРБ, которые готовились к оперативному лечению. После комплексной диагностики 2 (40%) больным хирургическое лечение было не рекомендовано в связи с достаточно компенсированной сократительной функцией пищевода и НПС.

Вывод. Суточная внутрипищеводная рН-импедансометрия, выполненная устройством Digitaregr H-Z, позволяет эффективно выявлять эпизоды ГЭР, изучать физико-химические свойства пищеводных болюсов и в конечном счете подбирать и корректировать терапию ГЭРБ. Модульная манометрическая система Manoscan является основным методом диагностики ахалазии пищевода. Исследование позволяет выявлять нарушения моторной функции грудного отдела пищевода и НПС, определять признаки ГПОД. Подобный комплекс диагностических исследований необходим при подготовке и после проведения хирургических вмешательств на пищеводе и НПС.

РЕФЛЮКСОГЕННЫЕ ДИССОМНИИ У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ДУОДЕНОГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ РЕФЛЮКСОМ

Джулай Г.С., Джулай Т.Е., Зябрева И.А.

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

Цель исследования — изучить структуру и частоту диссомний у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, ассоциированной с дуоденогастроэзофагеальным рефлюксом (ГЭРБ-ДГЭР).

Материал и методы. Качественные и количественные характеристики диссомний изучены у 129 больных (42 мужчины и 87 женщин) ГЭРБ-ДГЭР в возрасте 41,4±13,52 года с применением шкалы Ю.А. Александровского при нерезизивном (НЭРЭ — 86 человек) и эрозивном вариантах РЭ (ЭРЭ — 43).

Результаты. У 75,2% больных ГЭРБ-ДГЭР имели место разные типы диссомнии: пресомнические нарушения — у 45,4% из них, интрасомнические — у 28,9%, постсомнические — у 25,8%, в большинстве случаев они носили смешанный характер (72,2%). Корреляционный анализ выявил слабую прямую связь всех типов диссомнии с наличием у больных грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). Коэффициенты корреляции, характеризующие эту связь, составили соответственно для пресомнических ($r_s=0,345$; $p<0,01$), интрасомнических ($r_s=0,375$; $p<0,01$), постсомнических ($r_s=0,296$; $p<0,01$) расстройств, а для суммарного индекса диссомнии — $r_s=0,385$ ($p<0,01$). Анализ корреляции диссомнии с недостаточностью кардии обнаружил слабую прямую связь ($r_s=0,178$; $p<0,05$) лишь для интрасомнического типа нарушений сна. Доказательством рефлюксогенного механизма формирования диссомнии служат обнаруженные корреляции между нарушениями сна и регургитацией, при которой выявлена прямая положительная корреляция слабой силы со всеми типами диссомнии: коэффициент корреляции r_s для пресомнических нарушений составил 0,273 ($p=0,002$), интрасомнических — 0,340 ($p<0,01$), постсомнических — 0,272 ($p=0,002$) и для суммарного индекса — 0,321 ($p<0,05$). При этом все индексы расстройств сна у больных с ЭРЭ были существенно выше, чем при НЭРЭ

($p < 0,02$). Анализ связей типов нарушений сна и выраженности РЭ обнаружил прямую корреляцию слабой силы для индексов пресомнических ($r_s = 0,394$; $p < 0,01$), интрасомнических ($r_s = 0,363$; $p < 0,01$), постсомнических ($r_s = 0,320$; $p < 0,01$) и суммарных ($r_s = 0,397$; $p < 0,01$) нарушений сна.

Вывод. Вариант ГЭРБ, ассоциированный с ДГЭР, отличается высокой частотой пресомнических и интрасомнических расстройств сна преимущественно легкой степени. Их развитие причинно связано с постуральным рефлюксным синдромом на фоне таких структурных аномалий зоны пищевода-желудочного перехода, как ГПОД и недостаточность кардии.

ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС У ПАЦИЕНТОВ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

Валитова Э.Р.¹, Бордин Д.С.¹, Баймаканова Г.Э.¹, Красовский С.А.², Березина О.И.¹, Эмбутниекс Ю.В.¹

¹Московский клинический научно-практический центр, ²ФГБУ «НИИ пульмонологии», Москва, Россия

Цель исследования — изучить наличие и тяжесть гастроэзофагеального рефлюкса у пациентов с муковисцидозом.

Материал и методы. В исследование включены 9 пациентов с муковисцидозом, ожидающих трансплантацию легких, средний возраст которых составлял $29,8 \pm 2,5$ года (из них 5 мужчин). Диагноз муковисцидоза был установлен в возрасте от 1 года до 5 лет на основании наличия клиники, потового теста и генетических тестов. Всем пациентам проведена эзофагогастродуоденоскопия, на следующий день — манометрия пищевода и суточный рН-импеданс-мониторинг на фоне отмены ингибиторов протонной помпы. Неэффективная моторика пищевода определялась с помощью манометрии при наличии 50% низкоамплитудных или/и одновременных сокращений. Превышение общего количества рефлюксов в дистальной части пищевода более 75, в проксимальной части — более 20% от числа в нижней трети и/или наличие более 1 ререфлюкса рассматривалось как патологический гастроэзофагеальный рефлюкс.

Результаты. По данным эзофагогастродуоденоскопии у 2 пациентов обнаружен эрозивный гастрит, у 1 — неэрозивный эзофагит, ни у одного пациента не было выявлено эрозивного эзофагита. Согласно манометрии пищевода у $2/3$ пациентов определена нормальная моторика пищевода и у $1/3$ — неэффективная моторика пищевода. Патологическое количество рефлюксов было выявлено у 6 (67%) пациентов. Общее число рефлюксов дистальной части пищевода составляло $59,8 \pm 6,4$, в проксимальной части — $24,2 \pm 3,6$ (это 40% от общего числа рефлюксов в нижней трети). Соотношение кислых с некислыми было равным 1:1. Кроме того, было выявлено 37 ререфлюксов на всех пациентах.

Вывод. Таким образом, несмотря на отсутствие эндоскопических признаков рефлюкса, 67% пациентов с муковисцидозом имеют патологические гастроэзофагеальные рефлюксы. Кроме того, имеет место высокое распространение рефлюксов по пищеводу, что потенциально усугубляет состояние дыхательных путей.

МНОГОЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГЭРБ У ПАЦИЕНТОВ ПОЛИКЛИНИК В РОССИИ

Бордин Д.С.^{1,2}, Абдулхаков Р.А.³, Осипенко М.Ф.⁴, Березина О.И.¹, Соловьева А.В.², Абдулхаков С.Р.^{3,5}, Кириленко Н.П.², Бутов М.А.⁶, Ливзан М.А.⁷, Сафина Д.Д.⁵, Алиева И.М.⁵, Валитова Э.Р.¹, Эмбутниекс Ю.В.¹

¹МКНЦ им. А.С. Логинова; ²Тверской ГМУ; ³Казанский ГМУ; ⁴Новосибирский ГМУ; ⁵Казанский (Приволжский) федеральный университет; ⁶Рязанский ГМУ им. И.П. Павлова; ⁷Омский ГМУ

Цель исследования — определить распространенность симптомов ГЭРБ у посетителей поликлиник в городах России, оценить структуру применяемых для лечения лекарственных препаратов.

Материал и методы. Проведено анкетирование пациентов поликлиник в городах России, обратившихся по любому поводу. Опросник содержал 13 вопросов для оценки частоты возникновения и интенсивности изжоги и регургитации, факта и частоты приема лекарств. Проведен анализ 5676 анкет, заполненных в ноябре 2015 г. — январе 2017 г. Изжога и/или регургитация 1 раз в неделю и чаще (частые симптомы) рассматривались как критерий ГЭРБ.

Результаты. Частые симптомы ГЭРБ были зарегистрированы у 2182 (33,2%) респондентов. Редкие (реже 1 раза в неделю) — у 2553 (38,8%) опрошенных. Наиболее часто пациенты принимали ИПП (41,1%) и антациды (66,8%). Кроме того, больные принимали блокаторы H_2 -рецепторов гистамина (7,9%), альгинаты (12,9%), прокинетики (10,7%) и другие препараты (висмут, сорбенты и т.д.) — 18,7%. В группе с частыми симптомами ИПП принимали 71,1% больных. Ежедневно или несколько раз в неделю — 51,8%. Наиболее часто ИПП были назначены гастроэнтерологом (51,5%). Среди ИПП, которые принимали пациенты, доминировали омепразол (71,5%) и пантопризол (34%). Также больные отмечали деклансопризол (17,4%), эзомепразол (14%), рабепразол (11,1%) и лансопризол (2,3%).

Вывод. Отмечена высокая распространенность ГЭРБ у посетителей поликлиник (33,2%). Большая часть больных принимает антациды и ИПП.

ВЛИЯНИЕ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ *H. PYLORI* НА РЕЗИСТОМ КИШЕЧНИКА ЧЕЛОВЕКА

Сафина Д.Д.¹, Маланин С.Ю.¹, Григорьева Т.В.¹, Абдулхаков С.Р.^{1,2}, Васильев И.Ю.¹, Маркелова М.И.¹, Синягина М.Н.¹, Булыгина Е.А.¹, Абдулхаков Р.А.², Чернов В.М.¹

¹Казанский (Приволжский) федеральный университет, Казань; ²Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Известно, что микробиота кишечника может служить резервуаром антибиотикорезистентных генов. Эрадикационная терапия *H. pylori* может быть использована в качестве модели для изучения резистоста кишечника.

Цель исследования — изучить состояние резистоста кишечника на фоне проведения эрадикационной терапии *H. pylori*.

Материал и методы. Проанализировано 80 биообразцов содержимого кишечника: 70 образцов от 35 *H. pylori*-позитивных пациентов до и сразу после проведения эрадикационной терапии (амоксциллин 1000 мг, кларитромицин 500 мг, ингибитор протонного насоса в стандартной дозе и висмута трикалия дицитрата 240 мг 2 раза в день в течение 14 дней), а также 10 образцов через 4–6 нед после завершения эрадикационной терапии у этих же пациентов. Выделенная из образцов кала ДНК была просеквенирована на платформе SOLiD5500xl-W. Полученные нуклеотидные последовательности были картированы на базу данных генов антибиотикорезистентности CARD (The Comprehensive Antibiotic Resistance Database) для выявления статистически значимых изменений количества генов устойчивости к антибиотикам.

Результаты. Было выявлено, что эрадикация *H. pylori* приводит к существенному изменению резистоста кишечника: увеличению количества копий генов устойчивости не только к амоксициллину и кларитромицину, но и к другим группам антибактериальных препаратов, а также представленности этих генов в микробиоте кишечника. Сразу после лечения наиболее значимые изменения касались следующих препаратов: бета-лактамов (увеличение количества копий генов резистентности в 125 раз), макролидов (гены *trx* и *mphA* — увеличение в 288 и 360 раз соответственно), аминогликозидов (гены *aph*, *aadA* — увеличение в 297 и

352 раза соответственно), фторхинолонов (ген *orfV* — увеличение в 133 раза). Через 4—6 нед после терапии наблюдалась тенденция к уменьшению количества генов устойчивости к большинству антибиотиков по сравнению с биообразцами, собранными сразу после эрадикационной терапии. Однако у некоторых пациентов уровень представленности генов устойчивости к макролидам и бета-лактамам по-прежнему оставался значительно выше, чем до лечения.

Вывод. Эрадикация *H. pylori* приводит к значительному накоплению генов антибиотикорезистентности в микробиоте кишечника, в том числе к антибактериальным препаратам, не входящим в схему эрадикации.

НОЧНОЙ КИСЛОТНЫЙ ПРОРЫВ КАК ПРЕДИКТОР КОМОРБИДНОСТИ ЯЗВЕННОЙ И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Колесникова И.Ю., Григорьева Ю.В.

ФГБОУ ВО «Тверской ГМУ» Минздрава России, Тверь, Россия

Цель исследования — изучить взаимосвязь между выявлением ночного кислотного прорыва (НКП) и диагностической различия форм гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у больных язвенной болезнью (ЯБ).

Материал и методы. Обследованы 140 больных (108 мужчин и 32 женщины, от 18 до 48 лет, медиана возраста 36 лет) с рецидивом ЯБ. Язвенный дефект в желудке выявлен у 31 пациента, в двенадцатиперстной кишке — у 109. Помимо эзофагогастродуоденоскопии всем больным выполнялась суточная пищеводная рН-метрия на фоне приема стандартной дозы ингибитора протонной помпы. На основании рН-метрии у 35 пациентов диагностирован феномен НКП — снижение рН менее 4,0 ед. в ночной период на фоне в целом достаточной антисекреторной терапии.

Результаты. Клинические проявления ГЭРБ (изжога, регургитация, отрыжка) выявлены у 35 (100%) пациентов с НКП, а без НКП — у 84 (80%). По данным эндоскопического исследования, у 16 (46%) больных ЯБ с НКП был отмечен сопутствующий поверхностный (неэрозивный) рефлюкс-эзофагит, а еще у 16 (46%) — эрозивный рефлюкс-эзофагит. Соответствующие показатели среди пациентов без НКП составили 28 (27%) и 8 (8%) (все $p_x < 0,05$). Результаты суточной пищеводной рН-метрии продемонстрировали выраженный кислый гастроэзофагеальный рефлюкс у больных ЯБ с НКП: даже на фоне лечения средний рН в пищеводе у них составил $4,5 \pm 0,25$ ед., а коэффициент De Meester превышал нормальные значения практически в 3 раза — $42,9 \pm 1,20$ ед. Для пациентов без НКП соответствующие значения показателей были близки к нормальным: средний рН $5,6 \pm 0,18$ ед. ($p < 0,05$), коэффициент De Meester — $13,2 \pm 0,76$ ед. ($p < 0,05$).

Вывод. Фармакологический феномен НКП при ЯБ ассоциирован с высоким уровнем коморбидности ЯБ и ГЭРБ, протекающей в 8% случаев без эзофагита, в 46% — с неэрозивным, а еще в 46% — с эрозивным рефлюкс-эзофагитом. Распространенность и тяжесть сопутствующей ГЭРБ обусловлена патологическим кислым гастроэзофагеальным рефлюксом у больных ЯБ с НКП.

СНИЖЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

А.И. Ковешников

ФГБОУ ВО «Тверской ГМУ» Минздрава России, Тверь, Россия

Цель исследования — оценить качество жизни (КЖ) у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) при неосложненном (ЯБН) и осложненном (ЯБО) течении заболевания.

Материал и методы. Обследованы 110 больных ЯБДК, которые были разделены на две группы. В 1-ю группу вошли 55 пациентов (30 мужчин, 25 женщин; средний возраст $29,7 \pm 6,09$ года), которые не имели осложнений ЯБДК, во 2-ю — 55 больных (32 мужчины, 23 женщины; средний возраст $31,2 \pm 5,12$ года), у которых в анамнезе было язвенное кровотечение или перфорация язвы с ушиванием. Всем пациентам предлагался опросник общего типа — тест КЖ кардиологического научного центра РАМН, адаптированный для заболеваний пищеварительного тракта. Пациенты оценивали возникшие вследствие болезни ограничения по 4-балльной системе: от «–2 баллов» (очень переживаю) до «+1 балл» (рад этому). По результатам опросника рассчитывались индекс выбранных шкал (ИВШ) — сумма шкал с положительным ответом, и индекс качества жизни (ИКЖ) — алгебраическая сумма баллов по всем выбранным шкалам с учетом математического знака.

Результаты. ИВШ при ЯБН составил $5,8 \pm 0,32$ балла, а при ЯБО — $10,7 \pm 0,36$ ($p < 0,05$) балла, ИКЖ — $-0,7 \pm 0,14$ и $-1,3 \pm 0,15$ ($p < 0,05$) балла соответственно. При ЯБДК обеих групп необходимость соблюдения диеты, запрет курения, ограничение трудовой деятельности, проведения досуга, необходимость лечиться и избегать эмоциональных нагрузок наиболее негативно влияли на КЖ. В меньшей степени на КЖ влияли ограничение занятий умственным трудом, снижение должностного статуса и заработной платы, ограничение половой жизни и социальных контактов. Выявлена интересная особенность, что необходимость соблюдения диеты и запрет курения не столь существенно снижают КЖ при ЯБО, как множество других компонентов — ограничение нагрузок, прежде всего эмоциональных, негативные изменения трудовой деятельности и социальных контактов.

Вывод. Для осложненного течения ЯБДК показатели КЖ ниже, чем при неосложненном, что обусловлено в первую очередь необходимостью регулярного лечения, ограничением трудовой деятельности, психоэмоциональных нагрузок и физических упражнений, в меньшей степени — запретом курения и диетическими ограничениями.

ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Карпович О.А., Май Т.В., Якубчик Т.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Республика Беларусь

Цель исследования — оценить характер изменений показателей variability ритма сердца (ВРС) у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), ассоциированной с эрозивно-язвенными поражениями (ЭЯП) желудка и/или двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Материал и методы. Обследованы 86 пациентов с ГЭРБ и ЭЯП желудка и/или ДПК. Всем пациентам проводилась эзофагогастродуоденоскопия и пятиминутная запись ЭКГ с последующей оценкой ВРС. Пациенты разделены на три группы: 1-я группа ($n=24$) — пациенты с диагнозом ГЭРБ, 2-я группа ($n=23$) — с ГЭРБ, ассоциированной с ЭЯП желудка и/или ДПК, 3-я группа ($n=39$) — с ЭЯП желудка и/или ДПК. Обработка материалов осуществлялась с использованием программы Statistica 6.0. Для статистического анализа применяли медиану и интерквартильный размах в виде 25% и 75% процентилей.

Результаты. Между пациентами 1-й и 2-й групп выявлены статистически значимые различия по показателю SDNN, характеризующему ВРС в целом (48 (34; 55); 28 (25; 39); $p < 0,005$). При анализе частотных показателей ВРС отмечено, что у пациентов 2-й группы по сравнению с 1-й имеет место статистически значи-

мое снижение абсолютной мощности VLF (497 (304; 611); 898 (489; 1344); $p \leq 0,05$) и LF (271 (143; 432); 464 (325; 759); $p \leq 0,005$) и, как следствие, общей мощности спектра (857,5 (614,0; 1624,0); 2245,0 (1022,0; 3216,0); $p \leq 0,05$). Статистически значимых различий между пациентами 2-й и 3-й групп не выявлено.

Вывод. Полученные данные свидетельствуют о том, что наличие ЭЯП желудка и/или ДПК у пациентов с ГЭРБ значимо влияет на показатели ВРС в сторону их ухудшения, что указывает на низкий уровень восстановительного потенциала у данной категории пациентов.



Патология желчевыводящей системы

ИЗУЧЕНИЕ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Хохлачева Н.А., Сучкова Е.В., Глазырина Н.Н., Михеева П.С.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск, Россия

Цель исследования — изучение состояния микробиоценоза кишечника у больных с ранней стадией ЖКБ.

Материал и методы. Для решения поставленных задач обследованы 50 пациентов с I стадией ЖКБ. Диагноз верифицирован на основании данных анамнеза, ультразвукового исследования (УЗИ) желчного пузыря, многофракционного дуоденального зондирования с последующим биохимическим исследованием желчи. Избыточный бактериальный рост изучался с использованием водородного дыхательного теста на аппарате ЛактофаН2 и бактериологического исследования кала, путем посевов на жидкие среды обогащения. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц различного пола в возрасте 22—60 лет.

Результаты. При УЗИ желчного пузыря у всех пациентов обнаружено наличие билиарного сладжа. В пузырной и печеночной желчи выявлено повышение уровня холестерина и снижение уровня желчных кислот и холато-холестеринового коэффициента, что свидетельствует о ее литогенности. Избыточный бактериальный рост в тонкой кишке определен у 84% обследованных пациентов. У 98% обследованных пациентов выявлены различные дисбиотические нарушения толстого кишечника, касающиеся изменений как аэробного, так и анаэробного компонентов кишечного биоценоза. У 60% пациентов установлено снижение количества лактобактерий до уровня меньше 10^7 КОЕ/г, в 17% — снижение количества бифидобактерий до уровня меньше 10^9 КОЕ/г. Кроме того, выявлен широкий спектр условно-патогенной микрофлоры: в 40% энтеробактерии, цитробактер, клебсиеллы, морганеллы, в 33% — гемолитические эшерихии, в 27% — золотистый стафилококк, грибы рода *Candida*. В контрольной группе синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке отмечен в 7%, дисбиоз толстой кишки — в 10% и предстает снижением лактобактерий.

Вывод. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что ЖКБ развивается на фоне выраженных нарушений микрофлоры тонкого и толстого кишечника. Полученные данные могут быть использованы в разработке патогенетически обоснованных лечебно-профилактических мероприятий при ЖКБ.



О РОЛИ НЕЙРО-ГОРМОНАЛЬНЫХ РЕГУЛЯТОРНЫХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ ЛИТОГЕННОЙ ЖЕЛЧИ

Вахрушев Я.М., Хохлачева Н.А., Глазырина Н.Н., Михеева П.С.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск, Россия

Цель исследования — изучение сопряженности нарушений уровня гормонов и биохимических показателей желчи.

Материал и методы. Обследованы 420 больных I стадией ЖКБ в возрасте от 21 года до 67 лет. В верификации заболевания использованы данные УЗИ желчного пузыря (ЖП) и биохимического исследования порций «В» и «С» желчи (холестерин — ХСВ, ХСС, желчные кислоты — ЖКВ, ЖКС, холато-холестериновый коэффициент — ХХКВ, ХХКС). Моторную функцию ЖП оценивали методом холецистометрии по скорости опорожнения ЖП (СОЖП). В плазме крови изучали липопротеиды высокой плотности (ЛПВП) и триглицериды (ТГ). Гормоны крови (гастрин, инсулин, кортизол) определяли методом ИФА. Контрольную группу составили 50 практически здоровых лиц в возрасте от 20 до 50 лет.

Результаты. У всех больных выявлено повышение уровня ХСВ, ХСС, снижение уровня ЖКВ, ЖКС и ХХКВ, ХХКС, что свидетельствует о литогенности желчи. В 100% случаев обнаружен билиарный сладж. Выявление корреляции между ХСВ и ЛПВП ($r = -0,51$), между ХСС и ЛПВП ($r = -0,42$), между ХСВ и ТГ ($r = 0,39$), между ХСС и ТГ ($r = 0,42$), ХСС и КА ($r = 0,53$) свидетельствует о непосредственной зависимости холелитиаза от состояния липидного обмена. Уровень ЛТ и РТ у больных достоверно превышал показатели контрольной группы ($32,5 \pm 2,8$ и $29,4 \pm 3,7$) и составил $47,4 \pm 3,2$ и $42,5 \pm 2,4$ соответственно. СОЖП у больных установлена ниже показателей контроля ($1,02 \pm 0,41\%$ /мин), составив $0,85 \pm 0,04\%$ /мин. У больных обнаружены гипогастринемия, гиперинсулинемия и гиперкортизолемиа. При корреляционных исследованиях установлена зависимость нарушения содержания ХС и ЖК в желчи от уровня гормонов. Обнаружена связь нарушений СОЖП от состояния секреции гастрина ($r = 0,48$) и кортизола ($r = -0,46$).

Вывод. Комплексный анализ показателей моторной функции ЖП, биохимического состава желчи, липидного спектра крови, психологического статуса, с одной стороны, и уровня гормонов — с другой, позволил выявить новые патофизиологические закономерности, касающиеся роли последних в желчном камнеобразовании.

Патология печени

ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Иванов А.С., Балашова А.А., Аришева О.С.,
Гармаш И.В., Каболава Ж.Д.

Кафедра внутренних болезней с курсом кардиологии и функциональной диагностики, РУДН, Москва, Россия

Цель исследования — изучить изменения цитокинового профиля в зависимости от стадий алкогольного фиброза печени.

Материал и методы. В исследовании участвовали 90 человек (67 (74,4%) мужчин) с алкогольной болезнью печени в возрасте 50 лет (средний возраст 43–59). Степень фиброза печени (F) определяли методом непрямой эластометрии с помощью аппарата Фиброскан (FibroScan) (Франция). В зависимости от степени фиброза были сформированы следующие группы: 1-я группа — F0 ($n=25$), 2-я — F1–2 ($n=20$), 3-я — F3 и F4 ЦП класса А по Чайлд-Пью ($n=27$), 4-я — F4 ЦП класс В и С по Чайлд-Пью ($n=18$). Группа контроля 15 здоровых доноров (10 (66%) мужчин, средний возраст составил $48\pm 8,2$ года). Всем пациентам проведено исследование уровня ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-12p70, ИЛ-12p40, ТФР- β_1 .

Результаты. Концентрации ИЛ-6, ИЛ-8 и ТФР- β_1 при АБП были выше, чем в контрольной группе ($p<0,005$). Выявлены достоверные отличия содержания интерлейкинов в зависимости от степени алкогольного фиброза печени: во 2-й группе ИЛ-6 и ИЛ-8 были выше, чем в 1-й ($p<0,05$), в 3-й группе ИЛ-6 и ИЛ-8 были ниже, чем во 2-й ($p<0,05$), в 4-й группе выше, чем в 1-й ($p<0,005$). Показатели эластометрии печени достоверно ($p<0,05$) коррелировали с уровнем ИЛ-6 ($r=0,354$) и ИЛ-8 ($r=0,580$). Выявлена отрицательная средняя корреляция жесткости печени с содержанием ТФР- β_1 ($p<0,05$; 0,345). Статистически значимых изменений ИЛ-12p70, ИЛ-12p40 выявлено не было.

Вывод. При злоупотреблении алкоголем и АБП отмечается повышение уровня ИЛ-6, ИЛ-8 и ТФР- β_1 . Прогрессирование алкогольного фиброза печени характеризуется изменениями интерлейкинового статуса, при этом плотность печени коррелирует с концентрациями провоспалительных и профиброгенных цитокинов. ИЛ-12, по-видимому, имеет наименьшее значение в развитии АБП и алкогольного фиброза.

РОЛЬ ЖЕЛЧНЫХ КИСЛОТ В ПАТОГЕНЕЗЕ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Звенигородская Л.А., Нилова Т.В., Петраков А.В.,
Варванина Г.Г.

ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Цель исследования — определить влияние маркеров воспаления (NO, ЛПС, ФЛА2, МДА) на синтез и транспорт ЖК у пациентов с НАЖБП и в сочетании СД на фоне проведенной фармакотерапии УДХК.

Материал и методы. Обследованы 158 пациентов НАЖБП из них 46 с СД2 и 112 с нарушенной толерантностью к глюкозе (НТГ) с ИМТ $36\text{--}40$ кг/м². У 80 пациентов на биохимическом анализаторе Olympus определили общее содержание ЖК ферментным методом (Randox, Великобритания). Уровень ПОЛ определяли по содержанию малонового диальдегида (МДА). Метаболиты оксида азота (NO) определяли скрининг-методом, методом ELISA — фосфолипазу А2 (ФЛА2) («Cloud-Clone Corp.», США) эндотоксин (ЛПС) определяли хромогенным методом с использованием ЛАЛ теста.

Результаты. В 1-ю группу вошли 59 пациентов с НАЖБП+СД: количество ЖК составило $2,97\pm 1,02$ мкМ/л. 2-я группа состояла из 21 пациента с НАЖБП+НТГ, содержание ЖК $8,88\pm 4,94$ мкМ/л ($p=0,0001$). Группу контроля составили 56 практически здоровых лиц без нарушения углеводного обмена: ЖК $5,4\pm 1,8$ мкМ/л. При сравнении 1-й группы и контроля выявлено статистически значимое увеличенное содержание МДА ($24,12\pm 1,64$ мкМ/л против $9,94\pm 1,62$ мкМ/л). При сравнении 1-й и 2-й группы установлено уменьшение NO во 2-й группе — $137,7\pm 35,96$ мкМ/л против $66,75\pm 17,01$ мкМ/л ($p<0,05$). Установлено статистически значимое изменение медианных значений активности ФЛА2 (99605 (504–826 нг/мл) против 430 (324–497) нг/мл и ЛПС (3,69 ЕЭ/мл против 1,43 ЕЭ/мл) — при сравнении группы с СД2 и НТГ. Выявлена взаимосвязь перекисного и фосфолипазного механизма повреждения липидов мембран гепатоцитов, отмечена отрицательная корреляция $r=-578$. После 12-недельного курса лечения препаратами УДХК установлено снижение количества маркеров воспаления, улучшение биохимических показателей.

Вывод. У пациентов НАЖБП с СД наблюдается снижение синтеза ЖК и нарушение транспорта ЖК, что связано с повреждением мембран клеток, ингибированием ферментных систем и воспалением. Накопление продуктов перекисного окисления липидов приводит к повреждению мембран гепатоцитов, нарушению синтеза ЖК в печени, ингибируются транспортеры ЖК. Заместительная терапия УДХК показана при НАЖБП.

КОЛОНОЦИТЫ, ИММУНОПОЗИТИВНЫЕ К ФАКТОРУ РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ, ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Лаптева Е.А.^{1,2}, Козлова И.В.¹, Кветной И.М.³

¹ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия; ²ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», Пенза, Россия; ³Научно-исследовательский центр «Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии», Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования — у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) определить оптическую плотность колоноцитов, иммунопозитивных к фактору роста эндотелия сосудов.

Материал и методы. Обследованы 138 пациентов, средний возраст $58\pm 0,9$ года с НАЖБП и симптомами колонопатий. Группа контроля — 25 практически здоровых лиц. Диагноз НАЖБП верифицирован клиническими, лабораторными, инструментальными методами. Определяли индекс стеатоза (ИС) по Lee (2010). С учетом ИС пациенты были разделены на две группы: 1-я группа — ИС >36 (81%) из 112 человек, 2-я группа — ИС <36 (19%) из 26 человек. Состояние толстой кишки оценивали с помощью эндоскопических, морфологических методов. Оптическую плотность колоноцитов, иммунопозитивных к фактору роста эндотелия сосудов (ФРЭС), определяли иммуногистохимическим, морфометрическим методами с наборами реактивов (Anti-VEGF antibody (Abcam 1:50).

Результаты. У пациентов с ИС >36 в колонобиоптатах были выявлены отек — у 77 (69%), фиброз слизистой — у 24 (21%), микроязвы — у 9 (8%), атрофия ворсин — у 19 (17%), дисплазия эпителия 1–2-й степени — у 10 (9%), лимфоцитарная инфильтрация — у 26 (68%). У пациентов с НАЖБП и ИС <36 определяли отек — в 14 (54%) случаев, фиброз — в 4 (15%), эрозии — в 3 (12%), атрофия ворсин — в 2 (8%), дисплазия эпителия 1–2-й степени — у 2 (8%), лимфоцитарная инфильтрация — у 15 (58%). У всех обследованных пациентов при иммуногистохимическом

исследовании отмечено повышение количественной плотности эпителиоцитов, иммунопозитивных к ФРЭС, по сравнению с группой практически здоровых лиц.

Вывод. У пациентов с НАЖБП и симптомами колонопатий выявлены разной степени выраженности воспалительные и дисрегуляторные изменения слизистой оболочки толстой кишки, степень которых нарастала с повышением ИС. Описанные изменения были ассоциированы с повышением оптической плотности колоноцитов, иммунопозитивных к фактору роста эндотелия сосудов.

ОСТРЫЙ ТУБУЛЯРНЫЙ НЕКРОЗ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ И ГЕПАТОРЕНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Гавриленко Д.И.¹, Силивончик Н.Н.²

¹ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека», Гомель, Республика Беларусь; ²ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Республика Беларусь

Острый тубулярный некроз (ОТН) — патологическое состояние, характеризующееся деструкцией канальцевого эпителия, клинически проявляется значительным снижением клубочковой фильтрации и развитием почечной недостаточности.

Цель исследования — посмертная оценка морфологических изменений почек у пациентов с циррозом печени (ЦП) и гепаторенальным синдромом (ГРС).

Материал и методы. Группа пациентов с ЦП, умерших в стационарах Гомеля, была сформирована в результате ретроспективного анализа 142 медицинских карт стационарных больных. Данное исследование 2008—2010 гг. включало только случаи смерти пациентов с ЦП, которые подвергались патологоанатомическому вскрытию. Диагноз ЦП был подтвержден при вскрытии, кроме того, учитывались прижизненные клинические данные. Клиническое определение ГРС выполнялось с использованием диагностических критериев, предложенных *The International Ascites Club* (2011). Для оценки изменений в почках использовались протоколы гистологического исследования. Обследованная группа состояла из 142 пациентов с ЦП в возрасте от 28 до 75 лет (Me=53). Из них 96 (67,6%, средний возраст 53 года) мужчин и 46 (32,4%, средний возраст 54 года) женщин. Распределение классов тяжести по Child-Pugh было следующим: В — у 17 (12%) пациентов, С — у 125 (88%). Статистическую обработку результатов выполняли с помощью пакета программ Statistica и Excel. Результаты обработаны с помощью непараметрической статистики. За критический уровень статистической значимости принимали вероятность безошибочного прогноза, равную 95% ($p < 0,05$). Исследование было одобрено этическим комитетом Гомельского государственного медицинского университета.

Результаты. Из 142 пациентов с декомпенсированным ЦП, умерших в стационаре, по данным анализа прижизненных данных ГРС (1-го и 2-го типа) установлен в 95 случаях (66,9%; 95% ДИ 58,5—74,6). Наличие ГРС более чем у $2/3$ пациентов представляется неожиданно высоким. В этой связи возникло предположение, что у части пациентов, не ответивших на лечение (восполнение объема циркулирующей крови, введение вазоконстрикторов и альбумина) развивалась почечная недостаточность со структурным повреждением почек. Вопреки функциональности ГРС у пациентов данной группы ОТН обнаружен в 56,8% случаев, статистически значимо чаще в сравнении с пациентами без ГРС ($\chi^2=6,54; p=0,010$). Всего, по данным посмертного морфологического исследования, из 142 пациентов у 70 (49,3%) (95% ДИ 40,8—57,8) было установлено повреждение почек в виде ОТН. При сопоставлении с клиническими данными из числа 70 пациентов с обнаруженным на аутопсии ОТН установлены следующие прижизненные состояния: ГРС — у 54 (77,1%) (95% ДИ 65,6—86,3), хронический пиелонефрит с наличием или отсутствием азотемии — у 11 (16,0%) (95% ДИ 8,1—26,4), отсутствие признаков поражения почек и азотемии — у 5 (7,0%) пациентов (95% ДИ 2,4—15,9).

Вывод. Фактически такая ситуация отражает интерпретацию азотемии при отсутствии данных морфологического исследования почки в реальной практике — клинически в соответствии с большими критериями *International Ascites Club* устанавливался ГРС. Установление причины повреждения почек является важным условием и определяет тактику лечения. Полученные данные демонстрируют сложность прижизненного разграничения структурного поражения почек (ОТН) и функционального (ГРС) в отсутствие возможности определения маркеров тубулярного повреждения.

БОЛЕЗНЬ ВИЛЬСОНА—КОНОВАЛОВА — ГЕНЕТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННОЕ НАРУШЕНИЕ ОБМЕНА МЕДИ

Тулузановская И.Г.¹, Балашова М.С.¹,
Жученко Н.А.¹, Игнатова Т.М.¹, Субботина Т.И.¹,
Глотов О.С.², Филимонов М.И.¹, Асанов А.Ю.¹

¹ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва; ²СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

Болезнь Вильсона—Коновалова (БВК) — классический пример генетически обусловленного нарушения обмена меди, возникающего в результате мутаций гена *ATP7B*. При своевременной диагностике и соответствующей патогенетической терапии прогноз течения заболевания благоприятный, улучшается качество и продолжительность жизни. БВК характеризуется выраженной генетической гетерогенностью и клиническим полиморфизмом, что обуславливает значительные трудности своевременной диагностики заболевания.

Цель исследования — изучение внутрисемейного клинического полиморфизма при БВК.

Материал и методы. Объект нашего исследования — пациенты с установленным диагнозом болезнь Вильсона—Коновалова. Клиническое обследование пациентов проводилось на базе гепатологического отделения Клиники им. Е.М. Тареева. Молекулярно-генетическое исследование — секвенирование гена *ATP7B* с помощью NGS (Next Generation Sequencing) — выполнено на базе Санкт-Петербургского государственного университета.

Результаты. Сформирована клиничко-генетическая база данных пациентов с БВК (170 пациентов). 129 (76%) пациентов постоянно наблюдаются в Клинике и получают лечение; 29 (17%) — были из исследования по разным причинам и 12 (7%) пациентов — умерли. В 80% ($n=136$) — это единственный случай в семье и только 20% ($n=34$) — семейные случаи. 89 пациентам было проведено молекулярно-генетическое исследование, в 97% случаев — обнаружены мутации гена *ATP7B*.

Вывод. Анализ семейных случаев выявил выраженный клинический полиморфизм при единой генетической форме БВК.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ПОЛИМОРФИЗМА АЛЛЕЛЕЙ С282Y И H63D ГЕНА HFE У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ И У ЛИЦ В ОБЩЕЙ ПОПУЛЯЦИИ

Кондратова М.А.¹, Куимов А.Д.¹, Максимов В.Н.²,
Воевода М.И.², Кривошеев А.Б.²

¹ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России и ²ФБУ «НИИТ и ПМ» СО РАМН, Новосибирск, Россия

Цель исследования — определить частоту носительства мутантных аллелей 282Y и 63D гена *HFE* при неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) в сравнении с лицами общей популяции.

Материал и методы. По критериям включения в исследование отобраны 112 больных. Диагноз НАЖБП устанавливался с учетом «Клинических рекомендаций по диагностике и лечению неалкогольной жировой болезни печени Российского общества по изучению печени и Российской гастроэнтерологической ассоциации». Возраст больных на момент включения в исследование варьировался от 28 до 65 лет, средний возраст больных составил $50,5 \pm 2,1$ года. Среди наблюдавшихся больных мужчин было 81 (72,3%), средний возраст $47,2 \pm 1,8$ года и 31 (27,7%) женщина, средний возраст $53,8 \pm 2,3$ года. Популяционная группа сформирована на основе случайной выборки жителей Новосибирска из здоровых добровольцев, постоянно проживающих в Новосибирске (подобрана по возрасту в соотношении примерно 1:3, 1 случай: 3 контроля). В группу включены 342 человека. Возраст добровольцев колебался в широких пределах (от 25 до 78 лет), средний возраст в целом по группе составил $49,3 \pm 0,9$ года. Среди включенных в группу сравнения мужчин было 181 (52,9%), средний возраст $47,9 \pm 0,9$ года и 161 (47,1%) женщина, средний возраст $50,6 \pm 0,9$ года. Все обследованные были лицами европейской расы. Генотипирование проводилось в лаборатории молекулярно-генетических исследований терапевтических заболеваний НИИТПМ на наличие и/или отсутствие аллелей C282Y и H63D гена *HFE*. Частоты аллелей C282Y и H63D гена *HFE* определяли в ходе молекулярно-генетического анализа ДНК при помощи ПЦР с последующим ПДРФ анализом.

Результаты. В целом по группе обследованных пациентов с НАЖБП мутантные аллели 282Y и 63D гена *HFE* зарегистрированы у 36 (32,1%) человек. Значительно чаще обнаруживалась аллель 63D гена *HFE*. Данная мутация выявлена у 30 (26,8%) человек. Мутация 282Y гена *HFE* наблюдалась только у 6 (5,4%) человек. Мутантный аллель 63D гена *HFE* регистрировался практически с одинаковой частотой как у мужчин, так и у женщин. Напротив, аллель 282Y гена *HFE* наблюдался в 5 раз реже (6, 5,4% человек) и преимущественно у мужчин (5, 4,5%). Группу сравнения (популяционная) составили 342 человека. Мужчин было несколько больше, чем женщин, соответственно 181 (52,9%) и 161 (47,1%) женщина. Средний возраст обследованных колебался в широких пределах от 25 до 72 лет. Средний возраст лиц группы сравнения составил $49,3 \pm 0,9$ года и не отличался от соответствующего показателя пациентов основной группы. Женщины группы сравнения были достоверно ($p < 0,05$) старше мужчин. Средний возраст — $50,6 \pm 0,9$ и $47,9 \pm 0,9$ года соответственно. Мутантные аллели 282Y и 63D гена *HFE* у лиц общей популяции выявлены у 116 (33,9%) человек. Заметно чаще (в 4,5 раза), как и в основной группе, регистрировалась мутация по аллели H63D. Изменения наблюдались как у мужчин, так и у женщин. Мутация C282Y встречалась с одинаковой частотой, тогда как H63D в 4,5 раза чаще обнаруживалась у мужчин.

Вывод. Мутации C282Y и H63D гена *HFE* у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени и у лиц из общей популяции регистрируются с одинаковой частотой — 32,1 и 33,9% соответственно.

ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ ИЕРСИНИОЗЕ

Маркосян Н.С., Брехова Е.С., Сотирова А.А., Кузьяева И.И.

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева», Медицинский институт, Саранск, Россия

Иерсиниоз — зоонозное инфекционное заболевание, характеризующееся поражением желудочно-кишечного тракта, тенденцией к генерализации и поражению различных органов и систем.

Цель исследования — изучение изменений со стороны печени при иерсиниозе у пациентов, находившихся на лечении в ГБУЗ РМ «Республиканская инфекционная клиническая больница» Саранска в 2014—2016 гг.

Материал и методы. Проведен анализ 18 медицинских карт пациентов с иерсиниозом. Функция печени оценивалась по содержанию в сыворотке крови билирубина, АЛАТ, АСАТ, тимоловой пробе, щелочной фосфатазы.

Результаты. У 61,5% больных развивался иерсиниозный гепатит. Однако увеличение печени на 1—3 см из-под края реберной дуги при объективном осмотре и по данным ультразвукового исследования наблюдалось у 72,2%. Желтушность кожи и склер имела место в 5,5% случаев, в 5,5% — субиктеричность склер; темная моча, кожный зуд, иктеричность склер — в 11% случаев. При исследовании функции печени выявлено, что содержание общего билирубина в начале заболевания составляло $34,60 \pm 8,03$ мкмоль/л и было выше контрольных значений в 4,3 раза ($p < 0,01$), больше за счет прямой фракции — 60,72% ($p < 0,001$). К 10—18-му дню заболевания концентрация общего билирубина нормализовалась, и преобладающей стала непрямая фракция — 87,14%. Уровень АЛАТ на 1—3-й день болезни повышался в 5,1 раза ($201,09 \pm 53,50$ ЕД/л; $p < 0,01$) и к периоду ранней реконвалесценции снижался до нормы. Активность АСАТ в начале заболевания возрастала в 3,8 раза ($101,46 \pm 25,83$ ЕД/л; $p < 0,05$) и в динамике снижалась, оставалась повышенной на 59,8% ($p < 0,05$). Тимоловая проба не изменялась на всем протяжении инфекционного процесса. Также у 5 (27,8%) больных повышался уровень щелочной фосфатазы (среднее значение $247,60 \pm 48,78$ ед/л), что сопровождалось кожным зудом. Данный показатель наряду с увеличением прямого билирубина свидетельствовал о холестатическом синдроме.

Вывод. У больных с иерсиниозом отмечалось повышение уровня общего билирубина в большей степени за счет прямой фракции, синдром цитолиза, холестаза, что свидетельствует о функциональном характере поражения печени.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ, В ПРОГРЕССИРОВАНИИ ФИБРОЗА И СТЕАТОЗА У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Полухина А.В., Сандлер Ю.Г., Винницкая Е.В., Кейян В.А., Хайменова Т.Ю., Борунова Ж.В.

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логина» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Цель исследования — оценить влияние полиморфизма генов *PPARGC1A*, *PPARGC1B*, *PPARG2* и *FTO* у больных сахарным диабетом 2-го типа (СД2) на развитие фиброза (ФП) и стеатоза печени (СП).

Материал и методы. Комплексно обследованы 62 пациента в возрасте от 29 до 82 лет с диагнозом СД2. Проведена скрининговая оценка СП и ФП у пациентов с СД2 с применением неинвазивных методов: панели лабораторных тестов (фибротесты), фиброзластометрии (ФЭ) печени. Исследован полиморфизм генов, определяющих наследственную предрасположенность к ожирению и СД2: *PPARGC1A* (коактиватор 1 альфа-рецептора активатора пероксисом — полиморфизм Gly482Ser (G>A)), *PPARGC1B* (коактиватор 1-альфа рецептора, активируемого пролифераторами пероксисом типа, полиморфизм Ala203Pro, G>C), *PPARG2* (фактор транскрипции PPAR-гамма, полиморфизм Pro12Ala), *FTO* (ген, ассоциированный с жировой массой, полиморфизм c.IVS1 A>T). Статистическая оценка данных проведена с применением теста Манни—Уитни—Уилкоксона, критерия χ^2 и логистической регрессии.

Результаты. У лиц, имеющих варианты генов *PPARGC1A*, *PPARGC1B*, *PPARG2* и *FTO*, определяющие повышенный риск развития СД2 и ожирения, риск прогрессирования ФП не повышен по сравнению пациентами, не имеющими таких генетических вариантов.

Вывод. Отсутствие влияния изученных генетических детерминант на прогрессирование ФП не исключает наличия таковых в геноме человека и требует дальнейших исследований.

НАРУШЕНИЕ ОБМЕНА ЖЕЛЕЗА И МУТАЦИИ АЛЛЕЛЕЙ C282Y И H63D ГЕНА *HFE* У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Кондратова М.А.¹, Максимов В.Н.², Куимов А.Д.¹, Воевода М.И.², Кривошеев А.Б.¹

¹ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России; ²ФБУ «НИИТ и ПМ» СО РАМН, Новосибирск, Россия

Цель исследования — определить частоту носительства мутантных аллелей 282Y и 63D гена *HFE* при неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП), выявить особенности в обмене показателей железа и ассоциации с другими обменными нарушениями.

Материал и методы. Обследованы 70 больных (52 мужчин и 18 женщин) в возрасте от 21 года до 69 лет (средний возраст 48,5±1,5 года). Проводилось комплексное обследование. Целенаправленно определяли: 1. Показатели обмена железа: содержание железа сыворотки крови, общую железосвязывающую способность сыворотки, ферритин, рассчитывали коэффициент насыщения трансферрина железом. 2. Показатели обмена порфиринов: предшественники порфиринов (δ-аминолевулиновая кислота, порфибилиноген) и фракции порфиринов (уропорфирин, копропорфирин). 3. Частоты аллелей C282Y и H63D гена *HFE* определяли в ходе молекулярно-генетического анализа ДНК при помощи ПЦР с последующим ПДРФ-анализом.

Результаты. В целом по группе обследованных отклонения в обмене железа обнаружены у 15 (21,4%) больных. У пациентов основной группы с мутациями по гену *HFE* (20 человек) средний уровень железа сыворотки крови достигал (24,7±1,9 мкмоль/л) и достоверно ($p<0,001$) превышал контрольное значение (16,1±1,0 мкмоль/л). Однако только у 7 (35,0%) из них наблюдалось повышение коэффициента насыщения трансферрина железом (48,1±5,5%, норма 21,2±1,9%) ($p<0,001$) и ферритина (455,9±45,4 мкг/л, норма 226,8±38,4 мкг/л) ($p<0,001$). По совокупности обнаруженных отклонений от нормативных значений у них был констатирован синдром хронической перегрузки железом. У этих 7 больных нарушения в обмене железом ассоциировались с расстройствами в обмене порфиринов: у 3 пациентов наблюдалось повышение предшественников порфиринов, у 1 — уропорфиурия и у 3 — урокопропорфиурия. У пациентов основной группы без мутаций в гене *HFE* (50 человек) средний уровень железа сыворотки крови не превышал контрольных значений (17,3±0,9 мкмоль/л). Только у 8 (16%) пациентов железо сыворотки крови повышалось до 29,1—40,1 мкмоль/л при норме до 28,3 мкмоль/л. У них же коэффициент насыщения трансферрина железом достигал 49,3—64,8% (в среднем 46,4±5,6%; $p<0,001$) в сравнении с нормой. Однако уровень ферритина у них оставался в пределах контрольных значений 99,0—272,0 мкг/л (в среднем 190,4±40,9 мкг/л; $p>0,5$) в сравнении с нормой. Такой спектр отклонений в обмене показателей железа у пациентов с НАЖБП без мутаций в гене *HFE* не позволял констатировать наличие синдрома хронической перегрузки железом. Следует отметить, что расстройства в обмене порфиринов у пациентов этой группы с нарушениями в обмене железа наблюдались только у 6 из 8 пациентов: у 3 — копропорфиурия и у 3 — урокопропорфиурия.

Вывод. Расстройства в обмене железа у пациентов с НАЖБП при наличии мутаций гена *HFE* характеризовались качественными и количественными изменениями. Синдром хронической перегрузки железом наблюдается реже и только на фоне расстройств порфиринового обмена. Данные нарушения более значимы и чаще регистрируются при возникновении замены C282Y и H63D в гене *HFE*.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБМЕНА ПОРФИРИНОВ И ЦИТОКИНОВОГО СПЕКТРА ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Кривошеев А.Б.¹, Аутеншлюс А.И.¹, Михайлова Е.С.¹, Рыжикова С.Л.¹, Дружинина Ю.Г.¹, Гончарова В.Е.¹, Сементеева М.В.¹, Бойко К.Ю.¹, Куприянова А.Я.²

¹ГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Новосибирск, Россия; ²ГБУЗ НСО ГКБ №1, Новосибирск, Россия

Цель исследования — оценка показателей цитокинового спектра сыворотки крови и его взаимосвязи с показателями порфиринового обмена как возможных маркеров формирующегося фиброза печени при неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП).

Материал и методы. Обследован 61 пациент с НАЖБП (49 мужчин и 12 женщин) в возрасте от 18 до 77 лет (средний возраст 48,9±3,2 года). Методом хроматографии-спектрофотометрии с помощью тест-набора BioSystems (Испания) определяли экскрецию предшественников порфиринов (δ-аминолевулиновая кислота, порфибилиноген) и фракции уропорфирина (УП) и копропорфирина (КП), затем рассчитывали общее содержание порфиринов и коэффициент соотношения КП/УП. Методом иммуноферментного анализа определяли концентрации фактора некроза опухоли-α (ФНО-α), интерлейкин-1β (ИЛ-1β), интерлейкин-8 (ИЛ-8), интерлейкин-6 (ИЛ-6), интерлейкин-10 (ИЛ-10), интерлейкин-1Ra (ИЛ-1Ra). Проведен статистический анализ.

Результаты. При анализе цитокинового спектра у 52 (86%) пациентов выявлено повышение уровня цитокинов, причем наибольшие отклонения от нормативных значений отмечены в показателях ИЛ-6 и ИЛ-1Ra. Обмен порфиринов оказался нарушен у 46 (76%) больных. Наиболее значимые нарушения обнаруживались при анализе предшественников порфирина и фракции уропорфирина. Выявлена прямая корреляционная связь между концентрациями ИЛ-6 и фракцией уропорфирина, ИЛ-1 и δ-аминолевулиновой кислотой, между ИЛ-1, ИЛ-10 и фракцией УП. При дополнительной статистической оценке полученных данных методом χ^2 было установлено, что повышение порфиринов достоверно чаще регистрируется при нарушениях цитокинового спектра ($\chi^2=5,6$, при критическом значении $p=3,8$; $p<0,05$).

Вывод. Показатели цитокинового спектра являются доказанным индикатором фиброза печени. Установлены корреляционные связи между показателями цитокинового и порфиринового обмена, в частности ИЛ-1, ИЛ-6 и ИЛ-10 с фракцией УП, а также ИЛ-1 с δ-аминолевулиновой кислотой. Поэтому можно предположить, что нарушения порфиринового обмена могут являться ранним дополнительным индикатором фиброза печени при НАЖБП.

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ ФИБРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Иванов А.С., Балашова А.А., Аришева О.С., Гармаш И.В., Каболава Ж.Д.

Кафедра внутренних болезней с курсом кардиологии и функциональной диагностики Российского университета дружбы народов, Москва, Россия

Цель исследования — изучить ассоциации маркеров эндотелиальной дисфункции и степени фиброза у лиц, злоупотребляющих алкоголем.

Материал и методы. В исследовании участвовали 90 человек (мужчины 67 (74,4%) в возрасте 50 (43—59) лет с алкогольной болезнью печени. Степень фиброза печени (F) определяли методом непрямой эластометрии с помощью аппарата Фиброскан

(FibroScan) (Франция). В зависимости от степени фиброза были сформированы следующие группы: 1-я группа — F0 ($n=25$), 2-я — F1-2 ($n=20$), 3-я — F3 и F4 ЦП класса А по Чайлд-Пью ($n=27$), 4-я F4 ЦП класс В и С по Чайлду—Пью ($n=18$). Группа контроля 15 здоровых доноров (10 (66%) мужчин, средний возраст составил $48 \pm 8,2$ года). Всем пациентам проведено исследование уровня маркеров эндотелиальной дисфункции: VEGF-A, MCP-1, s-VCAM-1.

Результаты. Содержание VEGF-A, MCP-1 и s-VCAM-1 в 1-й группе по сравнению с группой контроля, было достоверно повышено. По данным многофакторного линейного регрессионного анализа, независимую ассоциацию с плотностью печени показали содержание s-VCAM-1 ($\beta=0,438$, $p<0,05$). Логистический регрессионный анализ показал, что повышение sVCAM-1 >920 нг/мл (ОШ 9,4; 95% ДИ 0,91—96,4; $p=0,048$) независимо увеличивает вероятность наличия продвинутого фиброза F3.

Вывод. VEGF-A, MCP-1, s-VCAM-1 повышаются у лиц, злоупотребляющих алкоголем без поражения печени, при этом в развитии алкогольного фиброза VEGF-A, MCP-1 имеют наименьшее значение. В прогрессировании алкогольного фиброза и увеличения плотности печени наибольшее значение имеют изменения уровней s-VCAM-1. Определены пороговые значения s-VCAM-1 для продвинутого фиброза F3.

ПЕРВИЧНЫЙ БИЛИАРНЫЙ ЦИРРОЗ — ПОКАЗАНИЕ К ПЛАЗМАФЕРЕЗУ

Лемешевская З.П.¹, Шевченко Е.Г.²

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь; ²УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Первичный билиарный цирроз (ПБЦ) вызван выраженными иммунными нарушениями, которые приводят к разрушению желчных протоков. При данной патологии можно обнаружить комплекс аутоантител. Исследования доказывают, что в результате более раннего начала лечения улучшается прогноз ПБЦ. Поиск методов лечения в связи с неблагоприятным для жизни прогнозом заболевания актуален.

Цель исследования — определить показания для проведения плазмафереза у пациентов с циррозом печени.

Материал и методы. Обследовали 50 пациентов с установленным диагнозом цирроз печени, из них — 26 человек с диагнозом ПБЦ. Всем пациентам проведено 3 сеанса плазмафереза.

Результаты представлены в виде Me (25; 75). Для обработки полученных данных использовали методы непараметрической статистики.

Результаты. Средний возраст пациентов составил 53 (47, 61) года. Все пациенты были разделены на две большие группы: группа А — 24 человека, которая представлена циррозами вирусной (В и С) и алкогольной этиологии, и группа Б — 26 человек с установленным диагнозом ПБЦ. Проведено сравнение уровней билирубина и ферментов у пациентов группы А и Б до и после 3 сеансов плазмафереза. В группе пациентов с ПБЦ произошло достоверное снижение концентрации билирубина в сравнении с группой А ($p<0,0001$). После проведенного плазмафереза отмечена разница в содержании АСТ и АЛТ только в группе с ПБЦ ($p<0,05$). По ГГТП и уровню щелочной фосфатазы в группе А достоверной динамики не наблюдалось, а в группе Б отмечена достоверная разница до и после лечения в сравнении с группой А ($p<0,0001$).

Вывод. На основании полученных результатов доказано, что плазмаферез не эффективен у пациентов с циррозами вирусной (В и С) и алкогольной этиологии. Показанием для проведения плазмафереза является ПБЦ.

ДЕКОМПЕНСАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ, АССОЦИИРОВАННАЯ С БЕЗИНТЕРФЕРОНОВОЙ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИЕЙ, У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ В ИСХОДЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С

Башких С.Н.^{1,2}, Винницкая Е.В.¹, Сандлер Ю.Г.¹, Хайменова Т.Ю.¹

¹ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия; ²ФБУН «Центральный НИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора, Москва, Россия

Цель исследования — уточнить патогенетические механизмы декомпенсации заболевания у больных с циррозом печени (ЦП) в исходе хронического гепатита С (ХГС), получающих терапию препаратами прямого противовирусного действия (ПППД).

Материал и методы. В анализ включены 6 пациентов (5 мужчин и 1 женщина, медиана возраста — 47,5 года), проходивших обследование и лечение в МКНЦ им.А.С. Логинова в 2016—2017 г. по поводу ЦП в исходе ХГС. У всех описываемых больных декомпенсация функций печени была связана с безинтерфероновой противовирусной терапией (ПВТ), которую они получали вне указанного учреждения. Четыре пациента были инфицированы вирусом гепатита С (ВГС) генотипа 3, 2 пациента — генотипа 1b. Два пациента (с ВГС генотипа 3) имели в анамнезе неуспешный опыт ПВТ стандартным интерфероном- α . Два человека сообщили о длительном злоупотреблении алкоголем до момента обнаружения ВГС. У всех пациентов перед началом лечения выявлялись признаки портальной гипертензии (в том числе — варикозное расширение вен пищевода 2—3-й степени). Пять из 6 больных имели в анамнезе эпизоды декомпенсации ЦП в виде развития асцита. На момент начала ПВТ 2 человека соответствовали классу А, 3 — классу В по шкале Child—Turcotte—Pugh (СТР), у 1 — недостаточно данных для исходного определения класса ЦП. Четверо пациентов, инфицированных ВГС генотипа 3 и один с ВГС генотипа 1b, лечились комбинацией софосбувира и даклатавира с добавлением (в 2 случаях) рибавирина. Один больной с ВГС генотипа 1b получал паритапревир/ритонавир/омбитасвир + дасабувир. Оба пациента, инфицированных ВГС генотипа 1b, и один с ВГС генотипа 3 в результате проведенной ПВТ достигли устойчивого вирусологического ответа.

Результаты. Декомпенсация заболевания с развитием (или усилением) проявлений печеночной недостаточности и портальной гипертензии развилась у 4 человек на фоне ПВТ, а у 2 — уже после ее окончания. Только 1 больному терапия была отменена досрочно. Декомпенсация сопровождалась значительным возрастанием показателей по MELD и шкале СТР. До проведения ПВТ медиана по СТР составляла 7 баллов, по MELD — 13 баллов, а после развития декомпенсации 10,5 и 25,5 балла соответственно. Четверым больным (с ВРВП 3-й степени) выполнялось эндоскопическое лигирование вен пищевода, двое перенесли трансплантацию печени. На момент подачи тезисов все описываемые пациенты были живы.

Вывод. На сегодняшний день нет полной ясности относительно причин и патогенетических механизмов развития декомпенсации заболевания, ассоциированной с безинтерфероновой терапией, у больных с ЦП в исходе ХГС. Предполагаются 3 основные причины: естественное течение тяжелого заболевания, гепатотоксичность ПППД и спровоцированное ПВТ изменение иммунного ответа организма. Предпосылками к декомпенсации у наших пациентов служили: наличие проявлений портальной гипертензии и эпизодов декомпенсации (с развитием асцита) в анамнезе. Необходимо дальнейшее изучение этого вопроса для разработки мер профилактики декомпенсации и оптимальных подходов к ее коррекции.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕКАРСТВЕННО-ИНДУЦИРОВАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ

Гендриксон А.Н., Винницкая Е.В., Хайменова Т.Ю.,
Сбикина Е.С., Сандлер Ю.Г.

ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. С.А. Логинова» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Цель исследования — анализ этиологии лекарственно-индуцированных поражений печени (ЛИПП), особенности течения клинических форм в структуре заболеваемости пролеченных больных в отделении гепатологии МКНЦ.

Материал и методы. За период 2016—2017 г. в отделе гепатологии обследованы 3000 больных с хроническими заболеваниями печени (ХЗП). ЛИПП диагностировано у 1,5% ($n=46$). Из них женщин — 34 (73,9 %) и мужчин — 12 (26,1 %). Средний возраст $56,7 \pm 14,5$ года.

Среди ЛИПП — циррозы печени (ЦП) ($n=6$, 13,1%), гепатиты ($n=40$, 86,9%). В структуре этиологических факторов ЛИПП НПВП (парацетамол) — ($n=9$, 2,8%), противоопухолевые (платина, колихин, гемцитабин) — ($n=8$, 22,2%), антибактериальные (амоксиклав) — ($n=7$, 5,6%); бад — ($n=5$, 2,8%); метотрексат ($n=5$, 2,8%); гормональные (анаболические гормоны, дюфастон) — ($n=3$, 6,5%); вальпроат — ($n=2$, 4,3%); софосбувир + даклатасвир — ($n=2$, 4,3%); статины — ($n=2$, 4,3%); плаквинил — ($n=2$, 4,3%); метформин — ($n=1$, 2,2%). По лабораторным данным (АлТ/АсТ $>5N$, ЩФ $\leq 1,5N$) — гепатоцеллюлярный тип поражения печени — ($n=8$, 17,4%); холестатический (АлТ/АсТ $<2N$, ЩФ $>5N$, билирубин более $3N$) — ($n=23$, 50%); смешанный тип — ($n=15$, 6%). Морфологическая картина при гепатоцеллюлярном типе — некроз гепатоцитов, инталобулярная и портальная инфильтрация. При холестатическом типе — интралобулярный холестаза, желчные тромбы, экстралобулярный холестаза. Терапия: адеметионин 800 мг внутривенно; метадоксил 600 мг внутривенно; ремасол 800,0 внутривенно; реамберин 400,0 внутривенно. В случае фульминантного гепатита — преднизолон 90 мг в/в №7; плазмаферез — №5.

Результаты. Полная ремиссия ($n=21$, 45,7%) (АлТ/АсТ, ЩФ-N). Частичная ремиссия — ($n=15$, 32,6%) (АлТ/АсТ, ЩФ $<2N$), через 6 мес АлТ/АсТ, ЩФ-N. Хронические ЛИПП — ($n=8$, 17,4%); АлТ/АсТ, ЩФ $<2N$ через 6 мес. Больному с острым ЛИПП (софосбувир+даклатасвир) была проведена трансплантация печени. У больного с острым ЛИПП, ассоциированным НПВП (парацетамол), — летальный исход при нарастании печеночно-почечной недостаточности.

Вывод. В отделении гепатологии МКНЦ за 2 года диагностировано 46 (1,5%) ЛИПП, чаще у женщин (73,9%) с холестатиче-

ским типом (50%). Среди причин ЛИПП (52,2%) — НПВП, противоопухолевые и антибактериальные препараты. Случаи фульминантного ЛПП (4,3%) вызвали парацетамол, софосбувир, даклатасвир. Адеметионин, метадоксил и ремасол улучшали функциональную способность печени с ЛИПП, снижали некроз-воспалительный процесс, способствовали достижению полной (45,7%) или частичной (32,6%) ремиссии.

ПРИСУТСТВИЕ МАРКЕРОВ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Умбетова К.Т., Белая О.Ф., Волчкова Е.В.,
Корогодская Е.Г., Дарвина О.В., Зуевская С.Н.,
Бурдова Е.Ю.

ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет) Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования — изучить частоту скрытого присутствия ЛПС/О-антигенов (О-Аг) возбудителей кишечных инфекций и антигена Шига токсина (АгШТ) у больных с хроническими вирусными гепатитами (ХВГ) и ВИЧ-инфекцией.

Материал и методы. Обследованы 82 больных с ВИЧ-инфекцией IV стадии без диареи с ХВГ (72 ХГС, 3 ХГВ и 7 ХГС+В). Средний возраст больных — $36,3 \pm 0,3$ года. Группа сравнения — 97 пациентов с острыми вирусными гепатитами (ОВГ). Контрольная группа — доноры крови (40 человек). О-антигены возбудителей кишечных инфекций (шигелл, сальмонелл, иерсиний, кампилобактерий) и АгШТ определяли в кале реакцией коаггутинации на стекле и планшетах.

Результаты. У больных с ВИЧ-инфекцией с ХВГ общая частота выявления О-Аг составила 58,5%, причем у 28% определяли моно О-Аг и у 32,9% микст О-Аг. У больных с ОВГ общая частота выявления О-Аг (79,4%), моно- и микст-О-Аг (27,8 и 53,6% соответственно) были достоверно выше в целом и при микст-О-Аг ($p<0,01$). В группе больных ВИЧ-инфекцией с ХВГ частота выявления АгШТ (40,2%) и средний уровень АгШТ ($0,86 \pm 0,09$) был достоверно выше, чем у больных с ОВГ (16,5%; $0,44 \pm 0,14$) ($p<0,01$).

Вывод. У больных с хроническими вирусными гепатитами и ВИЧ-инфекцией состояние иммунодефицита способствует токсемии АгШТ, что сопровождается нарастанием интоксикационного синдрома и снижением эффективности терапии ВИЧ-инфекции. Анализ клинико-лабораторных особенностей течения ВИЧ-инфекции в сочетании с ХВГ позволит выявить влияние присутствия ЛПС/О-антигенов и Шига токсина на подавление иммунного ответа при ВИЧ.

☆☆☆

Патология поджелудочной железы

КАК СДЕЛАТЬ ФЕРМЕНТЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ (ФЗТ) ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ?

Григорьева И.Н.^{1,3}, Романова Т.И.¹, Ефимова О.В.¹,
Суворова Т.С.², Тов Н.А.²

¹НИИПМ, Новосибирск, Россия; ²ГБОУ ВПО НГМУ, Новосибирск, Россия; ³НГУ, Новосибирск, Россия

Цель исследования — сравнить результаты лечения больных хроническим панкреатитом (ХП) только ФЗТ или в сочетании с фармакотерапевтической поддержкой гастродуоденальных и кишечных расстройств.

Материал и методы. Обследованы две группы больных ХП (в 1-й группе — 7 мужчин и 5 женщин, во 2-й — поровну, сопоставимы по возрасту и длительности ХП). Все пациенты помимо «панкреатических» симптомов отмечали изредка чувство переполнения в желудке, горький привкус во рту, метеоризм (М), которые исчезали самостоятельно. В 1-й группе больным были назначены: итотрида гидрохлорид (по 0,05 г 3 раза в день), УДХК (по 0,5 г/д), пробиотик (сахаромицеты буларди — по 2 порции 2 раза в день). В обеих группах больные получали и панкреатин в виде мини-таблеток по 10 000 Ед утром и по 25 000 Ед днем и вечером во время еды.

Результаты. Результаты оценивали через месяц клинически и по шкале ВАШ. В обеих группах наблюдали значительное уменьшение болей в животе. В 1-й группе 10 больных отмечали

значительное уменьшение М, у 8 — нормализовался стул (1—2 раза в день, 2—3—4-го типа по Бристольской шкале), у 4 больных — стул 2—3 раза в день, 3—4-го типа. У всех больных уменьшилось количество нейтрального жира в копрограмме (НЖК). Среднее значение по шкале ВАШ — $8,8 \pm 1,5$ балла. Во 2-й группе 7 больных отмечали значительное уменьшение М, у 6 больных нормализовался стул (1—2 раза в день, 2—3—4-го типа), у 4 больных — стул 2—3 раза в день 3—4-го типа, у 2 больных — 3—4 раза в день, 4-го типа. У 9 больных отмечено уменьшение количества НЖК. Среднее значение по шкале ВАШ — $7,1 \pm 2,1$ балла.

Вывод. Улучшение антро-дуоденальной координации, восполнение даже небольшой билиарной недостаточности и коррекция возможного СИБР способствует повышению эффективности ФЗТ и соответственно приводит к улучшению качества жизни больных ХП.

ИЗУЧЕНИЕ АССОЦИАЦИЙ НЕКОТОРЫХ КЛИНИЧЕСКИХ, БИОХИМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ И ОСОБЕННОСТЕЙ ОБРАЗА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Григорьева И.Н.^{1,3}, Романова Т.И.¹, Ефимова О.В.¹, Суворова Т.С.², Тов Н.А.²

¹НИИТПМ-филиал ИЦиГ СО РАН, ²ГБОУ ВПО НГМУ, ³НГУ, Новосибирск

Цель исследования — оценить особенности и выявить характерные ассоциации некоторых клинических, биохимических показателей и образа жизни (табакокурение, употребление алкоголя) у больных РПЖ.

Материал и методы. Обследованы 150 больных (42 — острым панкреатитом (ОП), 81 — хроническим панкреатитом (ХП), 27 — раком поджелудочной железы (РПЖ)). Диагноз подтверждали с помощью клинко-инструментальных методов исследования ПЖ. Концентрацию IL-1 β , TNF- α , ОХС, ТГ в сыворотке крови определяли методом ИФА с использованием набора ELISA и Monobind Inc., США. Все пациенты заполняли стандартные опросники по табакокурению и употреблению алкоголя.

Результаты. Стаж курения у больных РПЖ — $37,2 \pm 4,0$ года ($p < 0,05$ по сравнению с ОП — $24,9 \pm 4,7$). Все курящие больные РПЖ отметили отсутствие абдоминальных болей за последний год, в отличие от некурящих больных — 45,5%. Из всех больных РПЖ 54% ранее употребляли алкоголь чаще, чем в настоящее время, но не чаще чем 1—2 раза в месяц. При этом у больных РПЖ потребление алкоголя не было связано с полом и возрастом, в отличие от больных ОП и ХП (мужской пол $r = 0,55$; $p = 0,001$; возраст $r = -0,346$; $p = 0,002$). У больных РПЖ средний уровень в сыворотке крови был равен: ОХС — $4,6 \pm 1,4$ мм/л; ТГ — $1,7 \pm 0,3$ мм/л; TNF- α — $4,3 \pm 0,7$ пг/мл; IL-1 β — $1,3 \pm 0,2$ пг/мл. Выявлена прямая корреляция между IL-1 β и ТГ, обратная связь между содержанием TNF- α и ОХС, но во всех случаях показатели коэффициентов корреляции не достигли уровня значимости.

Вывод. Выявленные ассоциации между уровнем потребления алкоголя, стажем курения, некоторыми биохимическими показателями и клинической симптоматикой у больных РПЖ не достигли достоверных значений, что, вероятно, связано с небольшим объемом выборки и свидетельствует о необходимости дальнейших исследований.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ МАГНИЯ В ВОЛОСАХ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Губергриц Н.Б., Беляева Н.В., Лукашевич Г.М., Фоменко П.Г., Клочков А.Е.

Донецкий национальный медицинский университет, Донецк, Украина

В настоящее время в диагностике внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы (ВНПЖ) важная роль отводится не только дыхательным и фекальному эластазному тестам, но и оценке нутритивного статуса. Одним из наиболее информативных показателей является уровень магния в крови.

Цель исследования — изучить содержание магния в крови и волосах у больных с ВНПЖ вследствие хронического панкреатита (ХП).

Материал и методы. Обследованы 164 больных ХП. Наличие ВНПЖ подтверждали результатами фекального эластазного теста, причем в исследование включали пациентов только с умеренной и тяжелой ВНПЖ. Содержание магния в крови оценивали с помощью наборов Lachema (Чехия) на биохимическом фотометрически-кинетическом анализаторе АВХ-02к-02 NPP-ТМ (Россия), а в волосах — методом атомно-абсорбционной спектроскопии на анализаторе THERMO ELECTRON (США). Изучали корреляционные связи показателей магния и фекальной эластазы-1. Обследованы 30 практически здоровых.

Результаты. Содержание магния в крови больных с ВНПЖ вследствие ХП составило $0,85 \pm 0,14$ ммоль/л, в волосах — $218,7 \pm 20,9$ мкг/г. Важно, что показатели магния в крови не имели достоверных отличий у больных и здоровых (в контрольной группе $0,82 \pm 0,11$ ммоль/л; $p > 0,05$), а содержание магния в волосах у больных ХП было достоверно ниже, чем у здоровых (в контрольной группе $233,5 \pm 13,1$ мкг/г; $p < 0,05$). По результатам корреляционного анализа выявлена непрямая положительная зависимость между показателями фекальной эластазы-1 и содержанием магния в волосах ($\eta + 0,67$; $p > 0,05$), тогда как с уровнем магния в крови такой связи не обнаружено.

Вывод. Волосы являются депо магния, поэтому истощение запасов в волосах является более информативным для выявления нутритивной недостаточности при ВНПЖ у больных ХП, чем показатели магния в крови. Положительная корреляционная связь между показателями фекальной эластазы-1 и содержанием магния в волосах подтверждает зависимость снижения запасов магния в волосах вследствие ВНПЖ у больных ХП.

ЧАСТОТА СИНДРОМА ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Губергриц Н.Б., Беляева Н.В., Лукашевич Г.М., Фоменко П.Г., Клочков А.Е.

Донецкий национальный медицинский университет, Донецк, Украина

Синдром избыточного бактериального роста (СИБР) в тонкой кишке является одной из причин недостаточной эффективности ферментных препаратов при хроническом панкреатите (ХП), поэтому его диагностика и лечение особенно важны.

Цель исследования — выяснить частоту СИБР при ХП.

Материал и методы. Обследованы 33 больных ХП и 10 здоровых. Выполняли зондирование тощей кишки на расстоянии 15—20 см за дуоденальной связкой зондом конструкции Ц.Г. Масевича. Положение капсулы зонда контролировали рентгенологически. Для изучения микробной флоры в секреторном химусе тонкой кишки проводили посев на различные среды с последующим выделением чистых культур для идентификации и подсчета количества микробных тел в 1 мл химуса.

Результаты. У больных ХП микробная флора в еюнальном содержимом выявлялась чаще (66,7%), чем у здоровых (13,3%) ($p < 0,001$). Средние показатели количества микроорганизмов в секреторном химусе тонкой кишки у обследованных больных также были увеличены до $162,6 \cdot 10^3 \pm 32,1 \cdot 10^3$ /мл (у здоровых $160,0 \pm 21,0$ /мл) ($p < 0,001$). При ХП количество видов бактерий достигало $1,03 \pm 0,17$, а у здоровых — $0,14 \pm 0,09$ ($p < 0,05$). Кроме того, важно, что у здоровых в тонкокишечном содержимом выявляли только один вид микроорганизмов — энтерококки, а у больных ХП один вид микроорганизмов проявляли только в 45,5% случаев. С частотой 9,1% определялись 2 вида, с частотой 12,1% —

3 вида микроорганизмов. Мы проанализировали частоту выявления различных видов бактерий в тонкой кишке при ХП: в 39,4±8,5% — кишечные палочки, в 21,2±7,1% — стафилококки, в том числе в 6,1±4,1% — гемолизирующие стафилококки, в 15,2±6,2% случаев определялись энтерококки, в 3,0±2,9% — *B. faecalis alcaligenes*, в 3,0±2,9% — паракишечные палочки. В 18,2±6,7% случаев у больных ХП в тонкокишечном содержимом были обнаружены дрожжевые и дрожжеподобные грибы.

Вывод. Частота СИБР при ХП достигает $\frac{2}{3}$ случаев. При этом в тонкокишечном содержимом количество бактерий и их видов значительно превышает эти показатели у здоровых. Преобладают кишечная палочка и стафилококки.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Хафизов К.Ф.¹, Литвинова М.М.^{1,2,3}, Бордин Д.С.³, Дубцова Е.А.³, Винокурова Л.В.³, Никольская К.А.³, Бодунова Н.А.³, Волкова М.В.², Григорян А.А.², Сидорова С.К.², Пимкина Е.В.¹, Сперанская А.С.¹, Мацвай А.Д.¹, Шипулин Г.А.¹, Айгинин А.А.¹

¹ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва; ²ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет) Минздрава России, Москва; ³ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Хронический панкреатит представляет собой важную медико-социальную и экономическую проблему, составляя в структуре заболеваемости органов желудочно-кишечного тракта около 7%. Доказано, что в развитии панкреатита генетические причины играют существенную роль, в том числе описаны моногенные формы заболевания. Стоит отметить, что до сих пор в России спектр мутаций в генах, связанных с патогенезом панкреатита, был изучен недостаточно.

Цель исследования — оценка вклада генетических факторов в риск развития хронического панкреатита.

Материал и методы. На основе анализа мировой литературы и результатов исследований, посвященных изучению генетических причин панкреатита, с использованием различных баз данных была сформирована генетическая панель для выявления генетических причин панкреатита, в которую вошли гены *CFTR*, *PRSS1*, *CTRC*, *SPINK1*, *CPA1*, *PRSS2*. Проведено секвенирование всей кодирующей последовательности перечисленных генов, кроме *PRSS2*, в котором анализировалось наличие одного прокативного фактора rs61734659. Эксперимент проводился на платформе Ion S5 (Thermo Fisher Scientific). Для исследования на первоначальном этапе было отобрано 35 пациентов (24 мужчины, 11 женщин) с манифестацией панкреатита в возрасте до 40 лет. Средний возраст манифестации заболевания в группе обследования составил 30 лет.

Результаты. В результате проведенного анализа у 9 (25,7%) из 35 пациентов выявлены генетические факторы, потенциально предрасполагающие к развитию панкреатита. У 4 (11,4%) из 35 больных обнаружены мутации в гене *CFTR* (p.Arg75Gln, c.2620-6T>C, p.Glu217Gly, p.Gln151Lys). У 2 из 35 пациентов выявлены известные патогенные мутации в генах *CTRC* (p.Arg254Trp) и *SPINK1* (c.194+2T>C). 3 (8,6%) из 35 обследуемых оказались носителями варианта p.Ala208Thr гена *CPA1*. Все варианты генов — в гетерозиготной форме.

Вывод. Созданная генетическая панель может применяться для выявления генетических причин панкреатита. Для определения вклада различных генетических изменений в структуру панкреатита требуются дальнейшие исследования. Углубленное изучение данного вопроса в перспективе будет способствовать индивидуализированному подходу к лечению и профилактике данного вида патологии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ФЕРМЕНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ С ПРИЗНАКАМИ ЭКЗОКРИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Евсиков А.Е., Минушкин О.Н., Масловский А.В., Топчий Т.Б., Шапошникова О.Ф.

ФГБУ ДПО «ЦГМА» УД ПРФ, Москва, Россия

Цель исследования — оценить эффективность ферментной терапии у пациентов с экзокринной недостаточностью поджелудочной железы (ЭНПЖ).

Материал и методы. Были включены 40 пациентов с ЭНПЖ (1-я группа; средний возраст 54,9±13,8 года), выявленной при помощи эластазного теста и 20 пациентов с косвенными признаками ЭНПЖ (2-я группа; средний возраст 53,2±14,0 года) (кисты/псевдокисты ПЖ, кальцинаты ПЖ, расширение вирсунгова протока, признаки мальнутриции при наличии хронического панкреатита). Пациенты 1-й группы получали ферментные препараты в суточной дозе 100—150 тыс. ЕД в зависимости от степени ЭНПЖ. Пациенты 2-й группы получали ферментные препараты в произвольной дозе: 17 пациентов по 10 тыс. ЕД на прием пищи, 3 пациента — по 25 тыс. ЕД на прием пищи. Лечение проводилось в течение 3 мес.

Результаты. В 1-й группе была отмечена достоверная положительная динамика болевого синдрома, чувства тяжести в животе и частоты стула. Наблюдалось достоверное увеличение индекса массы тела (с 22,2±3,4 до 23,2±3,3 кг/м²), уровня холестерина (с 4,8±1,1 до 5,2±0,8 ммоль/л) и альбумина крови (с 36,0±6,5 до 41,0±5,4 г/л), достоверное замедление пассажа кишечного содержимого по данным карболеновой пробы и улучшение качества жизни по данным визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). Во 2-й группе отмечалась достоверная положительная динамика болевого синдрома и качества жизни по ВАШ, при отсутствии достоверной динамики ИМТ и лабораторных показателей.

Вывод. Заместительная ферментная терапия у больных с ЭНПЖ при адекватном дозировании приводит к улучшению клинической картины и качества жизни, устранению симптомов мальнутриции, тогда как недостаточная доза ферментных препаратов не обеспечивает нормализацию нутритивного статуса.

БАКТЕРИАЛЬНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ И ФАРМАКОКИНЕТИКА ОМЕПРАЗОЛА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Сильвестрова С.Ю., Осипенко Ю.В., Бордин Д.С.

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

Цель исследования — оценка влияния микробиоты на фармакокинетику (ФК) омепразола (ОМ), проведено изучение особенностей метаболической активности микрофлоры толстой кишки и ФК ОМ у больных хроническим панкреатитом (ХП) и синдромом избыточного бактериального роста (СИБР).

Материал и методы. В исследование были включены 8 больных (4 мужчины и 4 женщины, средний возраст 41,2±5,1 года) ХП, у которых диагностировали СИБР. В копрофильтратах этих больных методом ГЖХ определялись короткоцепочечные жирные кислоты (КЖК). Параметры ФК ОМ оценивались с применением метода ВЭЖХ, по данным концентраций препарата в крови через 0,5, 1, 1,5, 2, 3, 6 и 12 ч после приема 20 мг омепразола.

Результаты и обсуждение. По данным ГЖХ-анализа, суммарная концентрация КЖК (C_n) была снижена у 75% обследованных больных и составила в среднем 7,4±2,2 мг/г (в норме 10,6±5,1; $p=0,026$). В структуре метаболитов отмечалось повышение концентрации (абсолютной и относительной) изокислот. Кроме того, имело место выраженное увеличение доли бутирата (C_4):

22,3±7,5% (в норме 16,0±3,1%; $p=0,044$). Необходимо отметить, что изокислоты и бутират — это метаболиты, которые, наряду с другими бактериями, продуцируются *Clostridia difficile*, повышение титра которой в процессе лечения антибиотиками и омега-3-жирными кислотами отмечается многими исследователями (Kwok и соавт., 2012; Maugise и соавт., 2013). С другой стороны, в литературе имеются сведения о влиянии микрофлоры на экспрессию генов различных изоформ цитохрома P450, осуществляющего системный метаболизм ОМ. ФК-параметры ОМ демонстрировали повышение экстраполированной концентрации (C_0 : 1594,5±920,4 против 750,1±300; $p=0,027$), снижение клиренса (CL: 9,0±5,6 против 39,4±19,79; $p=0,001$) и увеличение периода полувыведения ($T_{1/2}$ 1,47±0,65 против 0,75±0,28; $p=0,01$) по сравнению со среднестатистическими значениями у здоровых добровольцев. С целью оценки вклада бактериальной микрофлоры был выполнен корреляционный анализ между показателями ФК и бактериального метаболизма. Статистически значимыми оказались отношения между C_n и $T_{1/2}$ ($r=0,740$; $p=0,049$) и суммарной концентрацией изокислот и $T_{1/2}$ ($r=0,796$; $p=0,031$). Кроме того, наблюдалась корреляционная связь концентрации C_4 и АУС ($r=0,706$; $p=0,0759$), а также % C_4 и АУС ($r=0,564$; $p=0,086$). Отсутствие статистически значимых отличий связано, вероятнее всего, с малочисленностью группы исследования.

Вывод. Выявлена модификация ФК-параметров ОМ у больных ХП и СИБР, которая может быть обусловлена воздействием бактериальной микрофлоры.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ — ПУТЬ К ПЕРСОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ

Варванина Г.Г.¹, Винокурова Л.В.¹, Смирнова А.В.^{1,3}, Трубицына И.Е.¹, Гуляев А.С.¹, Дубцова Е.А.¹, Шестерникова О.П.², Финн В.К.², Бордин Д.С.¹

¹ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения Москвы, Москва; ²Всероссийский институт научной и технической информации РАН, Москва; ³ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва

Цель исследования — определить наличие взаимосвязи между количеством холецистокинина (ХЦК) и глюкозы крови у пациентов с хроническим панкреатитом (ХП) и оценить их достоверность методами статистики. Параллельно апробировать прогностическую интеллектуальную систему ДСМ-формата для выявления панкреатогенного сахарного диабета (СДПГ).

Материал и методы. Была создана база из 134 больных с ХП различного этиопатогенеза, куда были внесены данные об уровне гормонов-регуляторов деятельности поджелудочной железы, анамнеза и дополнительных методов исследования, общим числом показателей для анализа 38. Эти данные использовали для создания интеллектуальной системы, реализующей ДСМ-метод автоматической поддержки научных исследований с целью выявления СД при ХП. В крови определяли ХЦК (нг/мл) и концентрацию глюкозы (мм/л). Статистическую обработку данных проводили после анализа на нормальность распределения тестом Краскела—Уоллиса (в среде для статистических вычислений R и Statistica 6.0). Образцы крови после анализа были разделены на две группы: 1-я — с высокой ($\geq 5,7$ мм/л) — 64 и 2-я с низкой ($\leq 5,6$ мм/л) — 70 человек концентрацией глюкозы. Статистически значимыми различия считали при значении $p < 0,05$.

Результаты. Точность прогнозирования СД при ХП ДСМ-методом при анализе 38 показателей составляла 95%, а полнота 92%. Методами классической статистики установлено, что количество ХЦК было прямо пропорционально уровню глюкозы: в группе с глюкозой $> 5,7$ мм/л возростала концентрация ХЦК ($p=0,03$) и таким образом нарушение его гомеостаза может рассматриваться как возможный прогностический маркер индивидуального прогноза СД при ХП.

РОЛЬ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ И ФАКТОРОВ РОСТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Смирнова А.В.^{1,2}, Варванина Г.Г.¹, Трубицына И.Е.¹, Винокурова Л.В.¹, Гуляев А.С.¹, Носкова К.К.¹, Борунова Ж.В.¹, Дубцова Е.А.¹, Бордин Д.С.¹

¹ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения Москвы, Москва; ²ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования — на примере малой выборки больных ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» определить перспективность оценки изменения концентраций маркеров эпидермально-мезенхимального перехода: матриксной металлопротеиназы 9-го типа (ММП9) и эпидермального фактора роста (EGF) в сыворотке крови при хроническом панкреатите (ХП).

Материал и методы. Анализ клинических данных больных ХП и раком поджелудочной железы (РПЖ) — всего 72 человека (46 мужчин и 26 женщин, средний возраст 54±12 лет, с длительностью заболевания ХП 5—9 лет). Больные были разделены на четыре группы: РПЖ — 16, ХП с постнекротическими кистами — 23 и больных с ХП — без кистозных образований — 37. Контроль включал 13 человек-добровольцев без признаков ХП. В сыворотке крови определяли концентрацию ММП9 и EGF (ELISA). Статистический анализ данных проводили непараметрическим методом Манна—Уитни и *post-hoc* теста Дунна для попарного сравнения концентрации ММП9 в экспериментальных группах, где для коррекции p -уровня значимости использован метод Холма для малых выборок. Статистическую значимость считали существенной при $p < 0,05$.

Результаты. Выявлено достоверное повышение уровня ММП9 в сыворотке крови больных РПЖ по сравнению с группой контроля ($p=0,008$) и между группами контроля и ХП (группа с кистами и без) ($p=0,044$). Статистически значимых различий между остальными группами найдено не было. При сравнении группы с ХП (с кистами и без) и группой контроля была установлена статистически значимая разница концентрации показателя EGF ($p=0,004$).

Вывод. Изучение динамики изменения маркеров эпидермально-мезенхимального перехода, в частности матриксных металлопротеиназ, является перспективной темой для дальнейшего исследования при заболеваниях поджелудочной железы.

ОЦЕНКА ИНСУЛЯРНОГО АППАРАТА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И РАЗВИТИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНЫМ СКЛЕРОЗОМ

Курченкова В.И., Капралов Н.В.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Цель исследования — исследовать базальный уровень инсулина крови у пациентов с системным склерозом (СС) и адаптивные возможности инсулярного аппарата при проведении нагрузочных функциональных проб при СС.

Материал и методы. Использован радиоиммунологический метод определения гормонов в крови. Наряду с исследованием базального уровня инсулина проводились пробы с кортикотропином и преднизолоном для оценки функционального состояния поджелудочной железы в режиме повышенной активности системы гипофиз—кора надпочечников с целью исследования их контррегуляторных взаимоотношений.

Результаты. Содержание инсулина крови было исследовано у 78 больных с диагнозом СС и у 103 доноров. При СС средний уровень инсулина оказался в 1,5 раза выше, чем у доноров. Нами не выявлено достоверных различий в концентрации инсулина у мужчин и женщин. Проведен анализ базальной концентрации инсулина с учетом цикличности овариальной функции. Отмечено повышение содержания инсулина в фолликулиновую фазу

менструального цикла ($15,24 \pm 2,01$, $n=27$) и менопаузу ($17,6 \pm 3,1$, $n=28$) по сравнению с лютеиновой фазой ($8,06 \pm 2,31$, $n=13$; $p < 0,02$). Наблюдалась четкая связь повышения содержания инсулина по мере развития склеродермического процесса. Это дало нам основание предположить, что повышение инсулинемии при СС связано с повреждением рецепторного аппарата инсулинчувствительных тканей. В первую очередь это касается рецепторов фибробластов кожи, клеток подкожной жировой клетчатки и мышечной ткани. Пациенты с СС были разделены на четыре группы. В группе с диффузной атрофией кожи по сравнению с группой, где преобладал отек кожных покровов, уровень инсулина был в 4,5 раза выше. По мере нарастания атрофического процесса увеличивался не только средний уровень инсулина, но и количество случаев СС с показателями инсулина, превышающими верхнюю границу нормы — 20 мкЕд/мл (33%). Проведение кортикотропного теста сопровождалось увеличением в крови содержания глюкокортикоидов и интенсификацией глюконеогенеза, а следовательно, выводом инсулярного аппарата из состояния равновесия. При СС достоверное увеличение концентрации инсулина крови, по сравнению с его базальным уровнем, наблюдалось на 2-м часе после введения кортикотропина и сохранялось на 4-м часе пробы. Решающей причиной гиперинсулинемии при проведении кортикотропной пробы у больных СС является фиброзно-склеротический процесс кожи, обеднение ее жировой клетчаткой, гипотрофией мышц, в результате чего нарушается действие инсулина в периферических тканях в связи с изменением в них аффинности рецепторов к инсулину, наличием к ним аутоантител и др. факторов, обуславливающих инсулинорезистентность. При проведении теста с преднизолоном больные с СС были разделены на две группы: имеющих начальный очаговый атрофический процесс и диффузный атрофический процесс. В 1-й группе однократный прием 20 мг преднизолона вызывал подъем содержания инсулина, намного превосходящий его уровень у доноров ($21,21 \pm 4,27$ и $6,32 \pm 2,01$ мкЕд/мл соответственно). Во 2-й группе наблюдалась исходная гиперинсулинемия, превышающая верхнюю границу нормы в 2 раза. После приема 20 мг преднизолона уровень гиперинсулинемии снижался, т.е. наблюдался обратный характер динамики гиперинсулинемии.

Вывод. При СС отмечен достоверно более высокий, в сравнении с нормальной величиной, уровень инсулинемии, нарастающий в соответствии с ростом инсулинорезистентности тканей в результате прогрессирования склеродермического процесса. Преднизолоновый тест при СС позволяет судить о степени развивающейся инсулинорезистентности в тканях и способствует подтверждению диагноза на ранних стадиях болезни.

АУТОИММУННЫЙ ПАНКРЕАТИТ: ПРОБЛЕМЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Дубцова Е.А., Винокурова А.В., Никольская К.А., Быстровская Е.В., Хомерики С.Г., Савина И.В., Войнован И.Н.

ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Цель исследования — повышение эффективности дифференциальной диагностики аутоиммунного панкреатита (АИП) и рака поджелудочной железы (РПЖ).

Материал и методы. Обследованы 9 больных (5 мужчин и 4 женщины в возрасте $65,4 \pm 2,8$ года) с подозрением на АИП. Проведено общеклиническое обследование, эндоскопическая ультрасонография (ЭУС), мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), гистологическое и иммуногистохимическое исследование (ИГХ), определение IgG4.

Результаты. Механическая желтуха была выявлена у 5 больных. Повышение уровня IgG4 более чем в 2 раза отмечено у 4 больных. У 2 больных на МСКТ определялось «колбасообразное»

утолщение ПЖ со слабым накоплением контраста и наличием гиподенсного ободка по периферии. Локальные поражения при АИП были представлены гиподенсной зоной, дифференциальный диагноз проводился с РПЖ. У 4 больных гиподенсная зона локализовалась в головке, у 3 — в хвосте железы. При контрастировании такие участки медленно повышали плотность и мало отличались от рака. У 1 больного, по результатам гистологического исследования, был установлен диагноз аденокарциномы. По данным ЭУС, при АИП отмечалось либо диффузное увеличение ПЖ, либо очаговое образование, имитирующее опухоль. Стенки вирсунгова протока утолщены, просвет неравномерно сужен. Тонкоигольная биопсия была неэффективна при диагностике АИП, гистологическое исследование проводилось при помощи транскутанной биопсии. У 4 больных диагноз был подтвержден гистологией и ИГХ. У 5 больных с АИП отмечена стойкая ремиссия на фоне консервативной терапии глюкокортикостероидами, 3 — получают терапию в настоящее время.

Вывод. Для постановки диагноза АИП необходим комплексный анализ всех лабораторных и инструментальных данных. Клиническая картина, данные визуализации, серологические исследования, результаты гистологического исследования и ИГХ, а также эффективность гормональной терапии позволяют провести правильную диагностику заболевания. Необходим дифференциальный диагноз с РПЖ. Ведущим в постановке диагноза являются морфологическое исследование и ИГХ.

ПИТАНИЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА В ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Михайлова О.Д., Чайкина Д.Н., Мацак Н.Л.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск, Россия

Цель исследования — изучить особенности питания больных хроническим панкреатитом (ХП) и оценить их степень риска для обострения заболевания.

Материал и методы. Обследованы 23 больных (17 женщин и 6 мужчин в возрасте от 40 до 82 лет) ХП в стадии обострения, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении. Диагноз ХП устанавливался в соответствии со стандартами диагностики и лечения ХП (НОГР, 2011). Особенности питания изучали по оригинальной анкете. По изучаемым факторам был рассчитан их относительный риск (ОР) для развития ХП — отношение $a/n1$ к $b/n2$, где a — частота встречаемости данного фактора среди больных, b — частота встречаемости данного фактора среди лиц контрольной группы, $n1$ — число больных, $n2$ — число лиц контрольной группы, которую составили 12 здоровых лиц в возрасте от 19 до 44 лет.

Результаты. Выявлено, что 100% пациентов питались полноценно не менее 3 раз в день, 65% больных употребляют свежие фрукты 2–3 раза в неделю, а овощи стараются ежедневно включать в свой рацион 61% респондентов. 91% пациентов считают обязательным ежедневное употребление каши и супов, 83% опрошенных ежедневно едят мясо и/или рыбу. При этом больные ХП в соблюдении принципов рационального питания не отличались от контрольной группы, а в некоторых пищевых привычках (регулярность питания, еда всухомятку) даже выполняли их более тщательно. При изучении вредных привычек выявлено, что прием алкоголя у пациентов и здоровых не отличался по частоте и не явился фактором риска, а для курения ОР составил 1,3. Кроме того, развитию ХП способствовали потребление воды менее 1 л в сутки (ОР=2,5) и отягощенная наследственность по патологии пищеварительной системы (ОР=1,75).

Вывод. Таким образом, заболевание ХП вынуждает пациентов соблюдать диету, в результате чего особенности питания не являются риском для прогрессирования заболевания. Поиск факторов риска в обострении ХП является задачей наших дальнейших исследований.

☆☆☆

Сочетанная патология

ТЕРАПИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА С ПОЗИЦИИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ

Ляпина М.В., Вахруше Я.М.

«Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск, Россия

Цель исследования — оценка терапевтической эффективности сочетанного применения креона и актовегина в составе комплексной терапии больных с метаболическим синдромом (МС) с сопутствующей энтеропатией.

Материал и методы. У 120 больных с МС в динамике лечения проведено комплексное изучение функционального состояния тонкой кишки (ТК). Для изолированного исследования резорбтивных процессов использованы нагрузочные пробы с глюкозой и D-ксилозой. Состояние пристеночного пищеварения оценивалось по результатам усвоения в тонкой кишке дисахарида сахарозы. Для характеристики полостного пищеварения в тонкой кишке использована проба с растворимым крахмалом. В оценке моторно-эвакуаторной функции тонкой кишки применен гастроэнтеромонитор ГЭМ-01 «Гастроскан-ГЭМ». Уровень общего холестерина (Хс), холестерина ЛПВП, триглицеридов (Т) определяли на анализаторе FP-901(М) фирмы «Labsystems» (Финляндия), полученные результаты выражали в ммоль/л. Уровень инсулина периферической крови определяли методом электрохемилюминесцентного иммуноанализа (IMMULITE «Siemens»). Индекс инсулинорезистентности *HOMA-IR* рассчитывался по формуле: инсулин натощак (мкМЕ/мл) · глюкоза натощак (ммоль/л): 22,5. Контрольную группу составили 45 практически здоровых лиц.

Результаты. Проведенные исследования показали, что при МС наблюдается угнетение мембранного и полостного пищеварения, расстройство моторно-эвакуаторной функции ТК в постпрандиальном периоде по типу гипотонической дискинезии и сопряженное с ней повышение всасывания глюкозы и D-ксилозы в ТК. В зависимости от проводимой терапии, наблюдаемые нами больные были рандомизированы на две сравнимые по всем показателям группы. В группу сравнения вошли 60 больных, получавших стандартное лечение компонентов МС (гипотензивные, антиангинальные препараты, статины или фенофибрат) и заболеваний органов пищеварения (антисекреторные препараты, ферменты, спазмолитики, прокинетики). В группу наблюдения вошли 60 больных, получавших в составе комплексной терапии минимикросферической панкреатин креон 10 000 и депротенинизированный гемодериват актовегина. Сочетанное применение креона и актовегина оказывает положительное влияние на клинико-функциональное состояние тонкой кишки, выражающееся в восстановлении нарушенных процессов гидролиза и абсорбции, а также моторно-эвакуаторной функции тонкой кишки у больных с МС. На фоне лечения отмечено снижение уровня ТГ от $2,85 \pm 0,34$ до $1,53 \pm 0,18$ ммоль/л ($p < 0,01$), Хс с $6,08 \pm 0,16$ до $5,19 \pm 0,21$ ммоль/л ($p < 0,05$) и коэффициента атерогенности с $5,21 \pm 0,28$ до $2,93 \pm 0,34$ ($p < 0,05$). Уровень индекса *HOMA-IR* после лечения снизился с $4,22 \pm 0,8$ до $2,12 \pm 0,8$ ($p < 0,05$). При стандартной терапии в уровнях инсулина и индекса инсулинорезистентности существенных изменений не отмечено.

Вывод. Сочетанное применение креона и актовегина является патогенетически обоснованным в коррекции нарушений функций ТК и может явиться одним из эффективных направлений в лечении больных с МС.

РОЛЬ ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА В НАРУШЕНИИ ФУНКЦИЙ ТОНКОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Вахрушев Я.М., Ляпина М.В., Лукашевич А.П., Михеева П.С.

«Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск, Россия

Цель исследования — исследование значимости микробиоты в нарушении пищеварительной и всасывательной функции тонкой кишки (ТК) при метаболическом синдроме (МС).

Материал и методы. У 48 больных с МС проведено комплексное изучение функционального состояния тонкой кишки. Для изолированного исследования резорбтивных процессов использованы вещества, не подвергающиеся ферментативной обработке в ТК: глюкоза, D-ксилоза. Состояние пристеночного пищеварения оценивалось по результатам усвоения в ТК дисахарида сахарозы. Для характеристики полостного пищеварения использована проба с растворимым крахмалом. Оценка ИБР осуществлялась путем анализа результатов водородных дыхательных тестов, выполненных с помощью аппарата ЛактофанН2 фирмы АМА (Санкт-Петербург), микробиоту толстой кишки оценивали с помощью посева кала на селективные среды. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц.

Результаты. У больных с МС наблюдается нарушение мембранного и полостного этапов пищеварения. При проведении нагрузочной пробы с сахарозой прирост уровня глюкозы в течение 30 мин в сравнении с контролем ($2,5 \pm 0,14$ ммоль/л) существенно не отличался ($2,6 \pm 0,22$ ммоль/л; $p > 0,05$), а через 60 мин был достоверно ниже ($1,36 \pm 0,26$ и $2,7 \pm 0,38$ ммоль/л соответственно; $p < 0,05$). Прирост гликемии после приема крахмала у больных был достоверно ниже как через 30 мин, так и через 60 мин. При исследовании резорбционной функции ТК с помощью нагрузочной пробы с глюкозой в течение 30 мин прирост гликемии был сопоставим с контрольной группой, а через 60 мин был более выраженным, чем в группе контроля. У больных с МС отмечено повышение резорбции D-ксилозы в ТК в сравнении с контрольной группой. У 40% больных с МС установлен избыточный бактериальный рост (ИБР) в ТК. У 30% больных МС выявлен ИБР в сочетании с дисбактериозом толстой кишки. По результатам посева кала у всех больных с МС выявлен дисбиоз толстой кишки. При исследовании корреляции выявлена умеренная отрицательная связь между выраженностью ИБР и приростом гликемии через 30 мин после нагрузки крахмалом ($r = -0,58$; $p < 0,05$). Корреляционный анализ между ИБР и мембранным пищеварением также показал умеренную отрицательную связь ($r = -0,53$; $p < 0,05$). Связь между ИБР и всасывательной функцией ТК положительная ($r = 0,41$; $p < 0,05$).

Вывод. У 70% больных с МС наблюдается избыточный бактериальный рост в ТК и у 100% — дисбиоз в толстой кишке. При ИБР наблюдается угнетение полостного и пристеночного пищеварения в ТК.

СЛОЖНОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С И ВИЧ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА

Чистякова А.В.¹, Стуклов Н.И.¹, Туманова М.В.³, Дубнишкая М.Г.³, Сергеева Е.П.³, Силаева А.А.², Пивник А.В.³

¹ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» (РУДН), Кафедра госпитальной терапии с курсами эндокринологии, гема-

тологии и клинической лабораторной диагностики медицинского института РУДН, Москва; ²Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва; ³ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» (МКНЦ им. А.С. Логинова), Москва, Россия

Заболеемость вирусным гепатитом С и ВИЧ в России неуклонно растет. Определенные варианты лимфом относятся к СПИД-определяющим заболеваниям при ВИЧ-инфекции. Коинфицирование вирусом гепатита С (ВГС) создает определенные трудности. Клиническая практика демонстрирует более высокую частоту развития гепатотоксичности при лечении таких больных.

Цель исследования — оценить частоту развития и степень лекарственной гепатотоксичности у больных ВИЧ-ЛХ при коинфекции ВГС и при ее отсутствии.

Материал и методы. В исследование включены 12 больных ВИЧ-ЛХ, получивших химиотерапевтическое лечение по протоколу АВВД в период 2014—2017 гг. Больные рандомизированы на две группы: ВИЧ-ЛХ с коинфекцией ВГС (ВИЧ-ЛХ-ВГС) и ВИЧ-ЛХ без коинфекции (ВИЧ-ЛХ). Сравнимые группы были сопоставимы по возрасту, полу и стадии заболевания. В группу ВИЧ-ЛХ включены 5 больных (3 мужчины и 2 женщины), средний возраст $46 \pm 11,7$ года (от 28 до 57 лет). В группу ВИЧ-ЛХ-ВГС включены 7 пациентов (5 мужчин и 2 женщины), средний возраст $39 \pm 16,1$ года (от 26 до 73 лет). Степень лекарственной гепатотоксичности определялась согласно критериям гепатоток-

сичности Национального института изучения рака (NCCN, CNC) США.

Результаты и обсуждение. В группе ВИЧ-ЛХ 3 пациента из 5 получили по 6 курсов АВВД. Не закончили лечение 2 пациента. У 1 из 5 пациентов было отмечено однократное изменение уровня печеночных тестов, соответствующее I степени токсичности. Двое из 5 пациентов значительно удлинили интервалы между введениями препаратов (более 20 дней между введениями) в связи с развитием осложнений (агранулоцитоз, токсическая энтеропатия, псевдомембранозный колит, токсический гепатит). У всех пациентов из группы ВИЧ-ЛХ-ВГС отмечалось развитие лекарственной гепатотоксичности, требующее назначения гепатопротекторов: у 5 пациентов — до II степени, у 2 — до III степени. У 3 пациентов помимо назначения гепатопротекторов дополнительно потребовалось редуцировать дозы химиопрепаратов. Значимые сдвиги сроков введения препаратов отмечались у 5 из 7 пациентов в связи с развитием осложнений. Интервалы доходили до 86 дней. Это приводило к снижению эффективности лечения основного заболевания — лимфомы Ходжкина. Таким образом, ВГС значительно влияет на переносимость и эффективность противоопухолевого лечения, что требует создания алгоритмов противовирусной терапии у больных лимфомами. Перспективным путем решения данной проблемы является лечение гепатита С противовирусными препаратами прямого действия.



Хирургическая патология

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ФОРМИРОВАНИЕ ХОЛЕДОХОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА ПРИ ПИЛОРУССОХРАНЯЮЩЕЙ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Федорова П.С., Павелец К.В., Вавилова О.Г., Флоровский Г.Н., Костина Ю.Д., Калужный С.А.

¹Санкт-Петербургское государственное учреждение здравоохранения «Городская Мариинская больница», Санкт-Петербург, Россия, ²Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический Медицинский Университет, Кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Улучшить непосредственные результаты формирования холедохоэнтероанастомоза (ХЭА).

Материал и методы. С 2000 по 2014 г. в 6-м хирургическом отделении Городской Мариинской больницы пилоруссохраняющая панкреатодуоденальная резекция выполнена 135 пациентам с опухолевыми образованиями билиопанкреатодуоденальной зоны. При формировании ХЭА у 34 (25,3%) больных выявлено, что пересеченный пузырный проток располагается параллельно холедоходу в сочетании с узким холедоходом. В этих случаях для создания более широкого анастомоза следует не резецировать его проксимальнее, а прибегать к пластике внутренних стенок. Левую боковую стенку холедоха и правую боковую стенку пузырного протока предварительно берут на швы-держалки. Рассекают правую боковую стенку общего печеночного протока и левую боковую стенку культи пузырного протока на протяжении от 1 до 1,5 см. На рассеченные участки протоков накладывают изнутри 4—5 швов атравматичной иглой с толщиной нити 4.0, выполняя соустье между культей пузырного протока и холедоходом. После этого накладывают анастомоз между тощей кишкой и сформиро-

ванным соустьем диаметром 2—2,5 см. Задний ряд ХЭА формируют однорядными узловыми швами. Передний ряд перетонизируется вторым рядом швов остаточной брюшиной у ворот печени. Патент на изобретение «Способ наложения холедохоэнтероанастомоза» № 2558982 от 17.07.2015 г.

Результаты. Средний возраст пациентов составил 56 лет. Распределение больных по локализации опухоли: рак головки поджелудочной железы — 23, рак большого дуоденального соска — 9, рак дистального отдела холедоха — 2. У всех больных опухоль диагностирована во II—III стадии заболевания. У 133 больных выявлена аденокарцинома различной степени дифференцировки. В 2 случаях — нейроэндокринный рак.

Из 34 пациентов, оперированных с применением вышеописанного метода, ни в одном случае не была зарегистрирована несостоятельность ХЭА. В группе больных, оперированных со «стандартным» наложением ХЭА, из 101 несостоятельность зарегистрирована у 6 (5,94%) человек.

Выводы. Способ позволяет сформировать адекватный анастомоз при узких желчевыводящих протоках и низком впадении пузырного протока в общий печеночный проток. Данный вариант ХЭА снижает вероятность развития несостоятельности и холангитов, обеспечивая уменьшение количества послеоперационных осложнений.

АЛГОРИТМЫ ФАСТ-ТРЕК ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ — ПИЛОТНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАНДОМИЗИРОВАННОГО МНОГОЦЕНТРОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.

Сажин А.В., Нечай Т.В., Балакирев Ю.С., Тягунов А.Е.

ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Цель: изучить результаты применения протокола раннего послеоперационного восстановления у пациентов с острым холециститом.

Материал и методы. В проспективное рандомизированное мультицентровое исследование включены 102 пациента, 45 основной и 57 контрольной группы. Пациенты не отличались по возрасту, полу, давности заболевания, сопутствующей патологии. Протокол включал информирование, антибиотикопрофилактику, ограничение дренажей, инфльтрационную анестезию (ложе желчного пузыря, поддиафрагмальное пространство, троакарные раны), миниинвазивный лапароскопический доступ, воздействие минимальной мощности, антиэметики при наличии 1 и более факторов риска, ранняя активизация (2 часа) и кормление больного (6 часов после операции). Боль оценивалась по ВАШ непосредственно после операции, через 2, 6 и 12–24 часа после операции. Критериями выписки были отсутствие осложнений на УЗИ, лейкоцитоза, лихорадки, боли, диспепсии и желание пациента. Осложнения оценивались по шкале Clavien—Dindo.

Результаты. Продолжительность операции в группах не отличалась. Потребность в обезболивании и болевой синдром во всех временных интервалах были достоверно ниже в основной группе. Полное отсутствие боли (0–1 балл по ВАШ) отметили 8 (17,7%) пациентов основной и 2 (3,5%) контрольной группы ($p=0,038$). Френикус-симптом развился у 4 (8,9%) основной и 22 (38,6%) контрольной группы ($p=0,001$). Послеоперационная тошнота развилась в контрольной группе у 40,5% против 13% основной ($p=0,05$). Время появления стула в группах не отличалось. Средний койко-день в основной группе составил $1,29 \pm 0,7$ сут, в контрольной группе $2,7 \pm 1,6$ ($p < 0,0001$). Досуточное послеоперационное пребывание отмечено у 24 (53,5%) в основной и у 5 (8,9%) в контрольной группе. Было 2 осложнения в основной группе IIIA степени (подпеченочный абсцесс и гематома п/о раны) и 3 осложнения в контрольной группе (серома п/о раны (IIIA), холедохолитиаз (IIIB) и инфаркт головного мозга (IV) — развившиеся в стационаре). Летальности и повторных госпитализаций не было.

Выводы. Применение алгоритмов фаст-трек при остром холецистите позволило уменьшить послеоперационный болевой синдром, диспепсию, частоту развития френикус-симптома и сократить койко-день при равном количестве послеоперационных осложнений.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАНСКУТАННОЙ СЕЛЕКТИВНОЙ РЕЗОНАНСНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В КОРРЕКЦИИ ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Халидов О.Х.^{1,2}, Фомин В.С.^{1,2}, Гудков А.Н.², Джаджиев А.Б.^{1,2}, Зайратьянц Г.О.^{1,3}, Дмитриенко Г.П.², Свитина К.А.⁴

¹ФБУЗ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, ²ФБУЗ ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ, ³ФБУЗ ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ, ⁴ФБУЗ ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ, Москва, Россия

Цель — оценка эффективности селективной резонансной стимуляции перистальтической активности (СРСПА) ЖКТ в комплексной коррекции моторно-эвакуаторных нарушений (МЭН) и внутрибрюшной гипертензии (ВГ) у пациентов с острым панкреатитом тяжелого течения (ОПТТ).

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 85 больных ОПТТ. Все пациенты были госпитализированы по каналу скорой медицинской помощи. Гендерное распределение: преобладание лиц мужского пола ($n=53$; 62,4%). Средний возраст — $40,4 \pm 4,1$ года. Больные были разделены на две соизмеримые группы: 1-я ($n=43$) — применение в комплексном лечении ВГ транскутанной СРСПА; 2-я ($n=42$) — лечение ОПТТ с синдромом ВГ согласно нормативным документам и НКР. Для объекти-

визации оценки ОПТТ нами применялись шкала Apache II и критерии Ranson. Определяли внутрибрюшное давление (ВД), брюшное перфузионное давление (БПД), визуально-аналоговое шкалирование (ВАШ) с оценкой результатов на 1, 3, 5, 7-е сутки.

Результаты. Для контроля нарушений перистальтической активности проводился анализ МЭН ЖКТ методом селективной полиграфии. Исходно активность возбудимых структур в обеих группах была низкоамплитудной. В 1-й группе в дальнейшем применена СРСПА: у больных 1-й группы отмечается более быстрый регресс ВГ с нормализацией показателей давления к 7-м суткам лечения ($8,7 \pm 0,7$ мм рт.ст.; $p < 0,05$) в сравнении со второй группой ($11,3 \pm 0,8$ мм рт.ст.). В 1-й и 2-й группах к 7-м суткам отмечены также различия параметров БПД ($88,6 \pm 1,6$ мм рт.ст. и $82,2 \pm 2,7$ мм рт.ст. соответственно; $p < 0,05$). Анализ показателей ВАШ подтвердил хорошую переносимость пациентами методики СРСПА, что проявлялось в отсутствии дискомфорта и улучшении самочувствия в сравнении со второй группой ($p < 0,05$). Показатели инфицирования в группах исследования: в 1-й группе — 20,9%, во 2-й группе — 38,1%. Панкреатогенный сепсис развился у 7% пациентов 1-й группы и у 16,6% пациентов 2-й группы. Общая летальность: в 1-й группе — 7%, во 2-й группе — 14,3%.

Заключение. Уменьшение степени ВГ у больных ОПТТ является одним из основополагающих моментов патогенетической терапии, позволяющей минимизировать риск полиорганной недостаточности и инфицирования панкреонекроза. Использование в схеме комплексного лечения ОПТТ методов транскутанной СРСПА позволит добиться улучшения результатов лечения данной патологии.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫХ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ В МКНЦ

Ефанов М.Г., Алиханов Р.Б., Цвиркун В.В., Казаков И.В., Ванькович А.Н., Ким П.П., Елизарова Н.И.

ФБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логанова», директор — член-корр. РАН, проф. И.Е. Хатьков, Москва, Россия

Цель исследования: анализ ближайших результатов и безопасности выполнения робот-ассистированных панкреатодуоденальных резекций у больных с новообразованиями головки поджелудочной железы и терминального отдела холедоха.

Материал и методы. В отделе хирургии печени и поджелудочной железы за период с апреля по ноябрь 2017 года было выполнено 11 робот-ассистированных панкреатодуоденальных резекций у 10 пациентов со злокачественными новообразованиями: рак головки поджелудочной железы — 9, рак терминального отдела холедоха — 1 и у 1 больного с доброкачественным новообразованием головки поджелудочной железы — цистаденома головки поджелудочной железы. Возраст больных составил в среднем $64,5 \pm 10,5$ лет (от 54 до 75 лет). Женщин было 8, мужчин — 3. Во всех случаях злокачественных новообразований степень распространенности первичной опухоли была «Т3».

Результаты. Средняя продолжительность операции 707 ± 117 мин, при этом отмечено снижение среднего времени операции в 1,5 раза по мере накопления опыта. Средняя кровопотеря составила 222 ± 68 мл, гемотрансфузий не требовалось. В раннем послеоперационном периоде у трех (27%) из 11 пациентов отмечалась «мягкая» по консистенции поджелудочная железа. Во всех случаях операций на «мягкой» поджелудочной железе имело место формирование панкреатической фистулы: в 2 случаях класс «В» по ISGPS, у одного пациента класс «А». У одного пациента возникла несостоятельность билиодигестивного анастомоза, которая была разрешена малоинвазивными методами лечения. В 1 случае в раннем послеоперационном периоде сформировался длительный гастростаз, который купировался без дополнительных хирургических вмешательств. В целом осложнения, требующие дополнительного лечения, отмечались у 4 (36%) пациентов (3 пациента IIIa и 1 пациент IIIb по классификации Clavien—Dindo). Ни одно-

го случая летального исхода на госпитальном периоде не было. Средний послеоперационный койко-день составил 16 дней (9–36). Среднее количество лимфоузлов в извлеченном препарате 12 ± 6 . При гистологическом исследовании частота R0 резекций составила 91%.

Заключение. Результаты первых робот-ассистированных панкреатодуоденальных резекций сопоставимы с таковыми при лапароскопических и открытых вариантах операции и показывают безопасность метода. Однако техника выполнения ряда этапов операции и подходы к селекции пациентов для данного варианта вмешательства требуют дальнейшей оценки и накопления опыта.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПИЩЕВОДОМ БАРРЕТТА

Хоробрых Т.В., Ветшев Ф.П., Осминин С.В., Немцова М.В., Чесарев А.А.

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

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения больных пищеводом Барретта (ПБ) за счет внедрения персонализированного подхода с использованием молекулярно-генетического исследования.

Материал и методы. Всем ($n=72$) больным ПБ (метаплазия — 44, дисплазия — 28) до и после операции в биопсийных образцах измененной и нормальной слизистой пищевода исследовали аномальное метилирование генов *MGMT*, *CDH1*, *p16/CDKN2A*, *DAPK*, *RAR-β* и *RUNX3*. Группой контроля были больные аденокарциномой (АК) пищевода ($n=37$). ДНК исследовали методами метилчувствительной и метил-специфичной ПЦР. Пациентам с ПБ выполняли органосохраняющие антирефлюксные операции. Больным АК проводили экстирпацию пищевода с одномоментной пластикой желудочной трубкой, лимфаденэктомией 2S или 2F, в зависимости от доступа и метода операции. Результаты и качество жизни (GSRS и SF36) оценивали в сроки от 6 до 54 месяцев.

Результаты. Фундопликацию в модификации А.Ф. Черноусова выполнили 44 больным (8 — традиционно, 38 — лапароскопически, 4 — робот-ассистированно), клапанную гастропликацию — 28 (19 — традиционно, 9 — лапароскопически). Среди больных АК транسخиатально оперировали 26, McKeown — 7 и тораколапароскопически — 3. Аномальное метилирование наблюдали у 65% больных АК, диагностировали статистически значимое нарастание частоты метилирования по мере увеличения стадии заболевания ($p=0,0084$). До операции у больных ПБ метилирование достоверно чаще было в измененном эпителии ($p<0,0001$), при дисплазии ($p=0,0358$), и в длинных (>3 см) сегментах ПБ ($p=0,0068$). После операции достоверно уменьшилось количество больных с метаплазией и дисплазией ($p<0,0001$), снизилось аномальное метилирование в измененном эпителии ($p=0,0024$). После операции достоверно улучшилось качество жизни больных по всем шкалам опросников (GSRS и SF36) ($p<0,001$).

Выводы. Внедрение персонализированного подхода, учитывающего молекулярно-генетические изменения слизистой ПБ, расширяет показания к выполнению органосохраняющих операций, достоверно уменьшая риск онкологической прогрессии.

ГИПЕРГЛИКЕМИЯ ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Мишин И.В., Гидирим Г.П., Кречун И.И.

Кафедра хирургии №1 им. Николая Анестиади, Лаборатория

гепато-панкреато-билиарной хирургии, Государственный Университет Медицины и Фармации им. Николая Тестемичану, Институт Ургентной Медицины, Кишинев, Республика Молдова

Введение. Одним из наиболее актуальных вопросов ранней диагностики острого нарушения мезентериального кровообращения (ОНМЕК) и, следовательно, сокращения сроков до хирургического лечения является определение специфических серологических маркеров заболевания.

Цель. Определить уровень гликемии при различных видах ОНМЕК у пациентов без сахарного диабета.

Материал и методы. Проведен проспективный анализ данных 43 пациентов с ОНМЕК без сахарного диабета. Уровень гликемии определяли при поступлении, с последующим сопоставлением в зависимости от вида ОНМЕК (артериальное vs венозное, эмболия vs тромбоз), распространенности и сроков возникновения.

Результаты. Уровень глюкозы варьировал от 2.5 до 30.5 ммоль/л и среднее значение составило 10.8 ± 0.9 ммоль/л (95% CI: 8.91–12.63). Гипергликемия (>7 ммоль/л) отмечена в 29 (67.4%) случаях, причем данный феномен наблюдался достоверно ($p<0.01$) чаще при артериальном, чем при венозном ОНМЕК: соответственно 77.1% vs 25%. При анализе гипергликемии при артериальном ОНМЕК в зависимости от времени возникновения установлено, что при <24 часов данный феномен наблюдали в 69.6% случаев, а при >24 часов — 85.7% ($p>0.05$). Параллельно было установлено, что при артериальном ОНМЕК уровень глюкозы статистически достоверно ($p<0.05$) выше, чем при венозной, и соответственно составил 11.1 ± 1.1 (95% CI: 8.97–13.17) vs 6.6 ± 0.5 (95% CI: 5.33–7.91) ммоль/л. Более того, отмечено, что уровень глюкозы крови статистически достоверно ($p<0.05$) выше при артериальной эмболии, чем при тромбозе, и данный показатель составил соответственно — 11.9 ± 1.1 (95% CI: 9.64–14.23) vs 5.8 ± 0.9 (95% CI: 3.26–8.45) ммоль/л. При анализе влияния распространенности ОНМЕК на уровень глюкозы крови установлено, что в случаях вовлечения в процесс тонкой и толстой кишки показатель составил 12.9 ± 1.6 ммоль/л (95% CI: 9.42–16.38), что статистически достоверно ($p<0.05$) выше, чем при изолированном поражении тонкой кишки — 8.5 ± 0.8 ммоль/л (95% CI: 6.72–10.27).

Выводы. Гипергликемия при ОНМЕК у пациентов без сахарного диабета статистически чаще наблюдается при: (1) артериальном ОНМЕК; (2) эмболии; (3) вовлечении тонкой и толстой кишки. Определение уровня гликемии может рассматриваться как дополнительный вспомогательный тест при подозрении на ОНМЕК у пациентов без сахарного диабета.

ЧРЕСКОЖНАЯ БАЛЛОННАЯ ДИЛАТАЦИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР БИЛИОДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Патрушев И.В., Кулезнева Ю.В., Мелехина О.В.

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

Цель. Лечение рубцовых стриктур билиодигестивных анастомозов является важной проблемой гепатопанкреатобилиарной хирургии, однозначного метода решения которой на сегодняшний день не найдено. Одним из эффективных способов минимально инвазивного хирургического лечения является курс этапных антеградных чрескожных баллонных дилатаций с установкой и сменой транспеченочных дренажей.

Материал и методы. В период с 2014 по 2018 г. в МКНЦ им. А.С. Логинова наблюдались 63 пациента с рубцовыми стриктурами билиодигестивных анастомозов. Среди них 46 женщин и 17 мужчин в возрасте от 19 до 82 лет. У 37 (58,7%) больных причиной формирования билиодигестивного соустья являлась травма желчных протоков при холецистэктомии. У 27 (41,3%) пациентов анастомоз был сформирован при оперативных вмешательствах.

ствах, включающих резекцию внепеченочных желчных протоков (панкреатодуоденальная резекция и панкреатэктомиа, гемигепатэктомиа), по поводу злокачественных опухолей и доброкачественных заболеваний печени, внепеченочных желчных протоков и поджелудочной железы. У 36 (57,1%) пациентов был сформирован гепатикоюноанастомоз, у 23 (36,5%) — бигепатикоюноанастомоз, у 3 (4,8%) больных — тригепатикоюноанастомоз и у 1 (1,6%) — тетрагепатикоюноанастомоз. К началу лечения, по данным лучевых методов исследования, рецидив опухоли был исключен у всех пациентов. Первым этапом осуществляли чрескожный антеградный доступ в сегментарные или субсегментарные желчные протоки с последующей реканализацией стриктуры анастомоза, баллонной дилатацией данной зоны и установкой наружно-внутреннего транспеченочного дренажа (ТПД) диаметром 8,5–10Fr. При этом у 5 пациентов в связи с неудачными попытками реканализации стриктуры с целью восстановления оттока желчи был сформирован неогепатикоюноанастомоз. Среднее давление в баллоне при первой дилатации составило 6,7 атм. В дальнейшем выполняли повторные сеансы баллонной дилатации с заменой ТПД на дренаж диаметром 14–16Fr через каждые 2,5–3 месяца до тех пор, пока «талия» баллона не переставала образовываться.

Результаты. Всего у 63 больных было выполнено 70 чрескожных холангиостомий (ЧЧХС) и 203 баллонные дилатации (в среднем 3,2 сеанса у одного пациента). Средняя продолжительность лечения составила 12,7 месяцев (min—6 мес, max—25 мес). На данный момент манипуляции завершены у 27 (42,9%) больных, они находятся под наблюдением. У 2 пациентов в процессе лечения был выявлен рецидив основного заболевания и 1 больной выбыл из-под наблюдения в связи с продолжением лечения по месту жительства. С целью контроля результатов у 9 пациентов в сроки от 3 до 11 мес после окончания серии вмешательств и далее 1 раз в год выполняли гепатохолангиосцинтиграфию с мексифенином, по результатам которой у 1 пациента отмечен рецидив стриктуры анастомоза. На данный момент средний срок послеоперационного наблюдения составил 13,6 мес (max—38мес).

Выводы. Рентгенохирургические методы лечения рубцовых стриктур являются перспективным направлением, требующим дальнейшего развития и изучения.

РЕЗУЛЬТАТЫ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

Ефанов М.Г., Алиханов Р.Б., Ким П.П.,
Ванькович А.Н., Казаков И.В., Елизарова Н.И.,
Заманов Э.Н., Грендаль К.Д.

ГБУЗ Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова ДЗМ, Москва, Россия

Цель исследования. Оценить ближайшие результаты малоинвазивных резекций печени по поводу доброкачественных опухолей.

Материал и методы. С 2014 по 2017 г. в отделении гепатопанкреатобилиарной хирургии МКНЦ им. А.С. Логинова выполнено 54 операции по поводу доброкачественных новообразований печени, в том числе 39 лапароскопических резекций и 10 роботических резекций (90,7% операций выполнено малоинвазивными методами). Нозологические формы: гемангиомы (29), аденомы (7), ФНГ (9), цистаденомы (4). Оперированы 46 (85,2%) женщин и 7 (14,8%) мужчин в возрасте от 23 до 76 лет. При гемангиомах выполнены 22 резекции печени (из них 10 резекций S6,7 печени, 5 мультисегментарных резекций, 3 анатомические сегментарные резекции, 3 правосторонние гемигепатэктомии, 2 левосторонние гемигепатэктомии). При аденомах — 6 атипичных резекций (3 резекции S6,7 печени) и 1 правосторонняя гемигепатэктомиа. При ФНГ — периопухолевые резекции печени. При цистаденомах — периопухолевые резекции и 1 левосторонняя гемигепатэктомиа.

Роботизированный комплекс применялся при левосторонней гемигепатэктомии, 5 резекциях S6,7 печени, 2 мультисегментарных резекциях, 1 периопухолевой резекции S2-3 печени и одной периопухолевой резекции S5,6.

Результаты. Значимое осложнение (IIIa ст. по Clavien—Dindo) у 1 пациента (2%) после лапароскопической резекции S6-7 печени: гематома области резекции, потребовавшая дренирования. Из 5 резекций печени, выполненных классическим доступом, в 3 случаях (60%) ранний послеоперационный период осложнился билочной области резекции, потребовавшей дренирования. Время операций 105—605 мин (Me 280), что сопоставимо с открытыми операциями (260—385 мин, Me 290). Средняя кровопотеря при малоинвазивных операциях 377 мл, при открытых операциях — 810 мл. Средний послеоперационный койко-день после малоинвазивных операций 7,4±2,9, при открытых операциях 12,6±5 дней.

Заключение. Лапароскопические технологии позволяют значительно снизить количество послеоперационных осложнений при резекциях печени по поводу доброкачественных опухолей печени. Ранняя реабилитация оправдывает затраты. Малоинвазивные операции должны быть методом выбора для лечения пациентов с доброкачественными новообразованиями печени.

ОСЛОЖНЕНИЯ АНТЕГРАДНОГО ЖЕЛЧЕОТВЕДЕНИЯ И ПРИЧИНЫ ИХ РАЗВИТИЯ ПРИ БИЛИАРНОМ БЛОКЕ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Огнева А.Ю., Мелехина О.В., Кулезнева Ю.В.,
Курмансеитова А.И.

ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ Москва, Клиника эндоскопической и малоинвазивной хирургии, Ставрополь, Республиканская больница, Черкесск, Россия

Введение. В последние годы в связи с развитием гепатобилиарной хирургии, а также увеличением числа онкологических заболеваний, расширяются показания для выполнения билиарной декомпрессии. Выбор способа желчеотведения — ретроградный (эндоскопический) или антеградный (чрескожный чреспеченочный), зависит от уровня блока (дистальный или проксимальный) и его причины. Каждый способ имеет свои преимущества и недостатки, а также свой спектр осложнений.

Цель исследования. Анализ осложнений чрескожной чреспеченочной холангиостомии (ЧЧХС) у пациентов онкологического профиля, причин их развития и способов профилактики.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 738 пациентов, которым потребовалось выполнение билиарной декомпрессии в трех клиниках: ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова, Клинике эндоскопической и малоинвазивной хирургии Ставрополя и Республиканской больнице Черкесска за период с 2014 по 2017 г. Проксимальный уровень блока верифицирован в 68,5% (n=506) случаев, из них 347 (68,5%) пациентам потребовалось установить не менее 2 дренажей в связи с разобщением протоков. 53 больных с проксимальным уровнем опухолевого блока поступали с клинической картиной острого гнойного холангита (7 из них — в состоянии сепсиса) после попыток декомпрессии эндоскопическим способом. Во всех случаях была выполнена конверсия в антеградное дренирование. При проксимальном уровне блока выполняли преимущественно препапиллярное дренирование (66%), при невозможности реканализировать стриктуру — наружное. При дистальном — как наружное дренирование, так и транспапиллярное наружно-внутреннее (n= 31).

Результаты. Технический успех антеградного доступа достигнут в 100% случаев. У 73,6% (n=28) пациентов с транспапиллярным дренированием желчных протоков развился холангит разной степени выраженности, что потребовало у 53,5% (n=15) пациентов перевода транспеченочного дренажа в наружный. Панкреатит при транспапиллярном дренировании развился у 7,3% (n=3) пациен-

тов. Холангит при супрапапиллярном дренировании развивался только вследствие попадания контрастного вещества в плохо дренируемые сегменты печени у 5,9% (30 пациентов), что потребовало дополнительного дренирования. Наибольшая частота миграций дренажей отмечалась при наружном дренировании (13,3%) проксимальных стриктур опухолевой этиологии.

Заключение. Общее число осложнений ЧЧХС зависит от уровня билиарного блока (чем выше блок, тем больше осложнений), но не зависит от диаметра желчных протоков. В качестве способа антеградного желчеотведения предпочтение следует отдавать супрапапиллярному наружно-внутреннему дренированию при проксимальном блоке и наружному дренированию при дистальном.

СРАВНЕНИЕ БЛИЖАЙШИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ И ОТКРЫТЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПСЕВДОРАНДОМИЗАЦИИ

Ефанов М.Г., Алиханов Р.Б., Цвиркун В.В., Казаков И.В., Ванькович А.Н., Ким П.П., Грендаль К.Д., Заманов Э. Н.

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

Цель. Сравнение ближайших и отдаленных результатов лапароскопических и открытых резекций печени при метастазах колоректального рака с использованием псевдорандомизации.

Материал и методы. Пациенты из группы лапароскопической резекции печени (ЛР) были рандомизированы случайным образом из группы открытой резекции печени (ОР) в соотношении 1:1 с использованием псевдорандомизации. Критерии рандомизации включали возраст, пол, индекс массы тела, степень анестезиологического риска (ASA), наличие сопутствующей патологии, синхронные или метасинхронные метастазы, размер и количество метастазов, предоперационная химиотерапия, объем резекции печени, индекс сложности резекции для ЛР. Проведено сравнение интраоперационных, послеоперационных показателей, а также показатель выживаемости в обеих группах.

Результаты. С января 2010 г. по март 2017 г. выполнено 215 малоинвазивных резекций печени в нашем центре. Из них 60 резекций печени по поводу метастазов КРР выполнено с использованием лапароскопических технологий. За тот же период 40 пациентам выполнена открытая резекция печени (группа ОР). В группе ЛР коэффициент конверсии составил 3% ($n=5$). Коэффициент смертности составил 0% в группе ЛР и ОР. До псевдорандомизации наблюдалась статистически значимая разница, благоприятная для группы ЛР в отношении операционного времени, кровопотери, продолжительности пребывания в стационаре и частоты медицинских осложнений. После псевдорандомизации не было никакой разницы относительно времени операционного вмешательства или продолжительности пребывания в стационаре. Однако наблюдалась тенденция к снижению кровопотери ($p=0,003$) и времени операции ($p=0,026$). Частота послеоперационных осложнений ($>II$ по Clavien–Диндо) была одинаковой в обеих группах (15%). Оценка общей выживаемости оценена у 77% прооперированных пациентов. Различий в выживании до и после псевдорандомизации не получено. Общая 4-х летняя выживаемость в группе ЛР и ОР составила 70%/68% соответственно до псевдорандомизации и 72%/70% соответственно после.

Выводы. Ближайшие и отдаленные результаты лапароскопических резекций печени при метастазах КРР не имеют существенных отличий с результатами открытых резекций печени и вполне могут быть альтернативой открытой хирургии, а также претендовать на «золотой стандарт» у пациентов в тщательно отобранной группе.

СРАВНЕНИЕ ЛИМФАДЕНЭКТОМИИ-Д2 И Д3 В ЛЕЧЕНИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Стрельцов Ю.А.

ГБУЗ Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова ДЗМ, Москва, Россия

Актуальность. Рак толстой кишки занимает лидирующие позиции в структуре онкологической заболеваемости и смертности. В России заболеваемость РОК у лиц обоих полов составляет 20 случаев на 100 000 населения, смертность — 13 на 100 000 населения, распространенность достигла 133,2 человек на 100 000 населения к 2015 г. Значимость удаления регионарных лимфоузлов при раке ободочной кишки (РОК) показана в многочисленных международных исследованиях. Однако в настоящее время в мире не существует «золотого стандарта» объема лимфаденэктомии при РОК.

Цель. Оценить непосредственные результаты выполнения лимфаденэктомии-Д3 при раке ободочной кишки.

Материал и методы. Всего обследованы и прооперированы 20 человек с установленным диагнозом рак ободочной кишки $pT_{2-4}N_{0-2}M_0$, стадии II–III, которым была выполнена резекция толстой кишки с лимфаденэктомией-Д3. Средний возраст пациентов составил $63,1 \pm 2,69$ года. Группу сравнения составили 20 человек, сопоставимые по полу, возрасту и стадии рака ободочной кишки с основной группой, которым была выполнена резекция толстой кишки с лимфаденэктомией-Д2. Всем пациентам проводилось предоперационное обследование по принятой в клинике методике в соответствии с современными клиническими рекомендациями. Оперативное вмешательство выполнялось лапароскопическим и открытым доступами. На свежем препарате производилась маркировка групп лимфатических узлов согласно японской классификации.

Результаты. Метастатическое поражение лимфатических узлов имело место в 10 случаях в группе с лимфаденэктомией-Д3 (50%) и 9 случаях в группе с лимфаденэктомией-Д2 (45%). Среднее количество обнаруженных лимфоузлов составило $22,6 \pm 2,93$ (от 21 до 62) в основной группе и $16,9 \pm 1,53$ (от 8 до 32) в группе сравнения, количество обнаруженных лимфоузлов не зависело от вида хирургического доступа. В 4 случаях (20%) в основной группе было отмечено метастатическое поражение лимфатических узлов третьего порядка, что указывает на целесообразность выполнения лимфаденэктомии-Д3 для обеспечения радикальности хирургического этапа лечения. Выполнение Д3-лимфаденэктомии значимо не увеличивало продолжительности операционного вмешательства, в основной группе она составляла $260,25 \pm 11,83$ мин, в группе сравнения — $241,05 \pm 9,46$ мин. Определяющее влияние на длительность операции оказывал вид хирургического доступа, а не тип лимфаденэктомии. В исследуемых группах не отмечено существенных различий в частоте развития хирургических осложнений. Однако в группе сравнения в одном случае зарегистрировано осложнение 3-й степени в соответствии с классификацией хирургических осложнений по Clavien–Dindo — несостоятельность анастомоза — у мужчины с наличием некорректируемых факторов риска.

Результаты нашего исследования показали, что при выполнении Д3-лимфаденэктомии удаляются центральные лимфоузлы, имеющие высокую вероятность метастатического поражения, которые не подвергаются удалению при Д2-лимфаденэктомии. Однако многочисленные исследования говорят о том, что лимфаденэктомия в объеме Д3 не имеет лечебных преимуществ перед лимфаденэктомией-Д2, но расширение объема лимфаденэктомии до Д3 позволяет более точно осуществить стадирование, что оправдано для разграничения II и III стадий заболевания.

Заключение. Отсутствие четко разработанных стандартов лечения РОК и объема лимфаденэктомии и существование нескольких подходов к ее выполнению обуславливают практическую необходимость дальнейших исследований в этом направлении.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ВАРИАНТА БИЛИОДИГЕСТИВНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ БИЛИАРНОЙ СТРИКТУРЕ

Кательницкий И.И., Хоронько Е.Ю.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

Цель. Обосновать выбор оптимального варианта билиодигестивной реконструкции (БДР) и улучшить результаты лечения билиарных стриктур после ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков (ЯП ВЖП).

Материал и методы. Проанализированы результаты восстановительных и реконструктивных вмешательств у 84 пациентов с ЯП ВЖП. Возраст 23–85 лет ($44,6 \pm 8,1$), преобладали женщины (65, 77,4%). ЯП произошло в сроки 1 день — 26 мес до поступления в наше учреждение. При лапароскопической холецистэктомии (ХЭ) — у 79 больных, открытой — ХЭ у 2, резекции желудка по Бильрот-2 — у 2. В одном случае причиной стриктуры общего печеночного протока (ОПП) стал синдром Mirizzi. Первичное поражение — у 49, еще у 35 — последствия неадекватной коррекции. Уровни поражения: правый долевой проток (ПДП) — у 3 (3,6%), зона конfluence — у 10 (11,9%), ОПП — у 44 (52,4%), общий желчный (ОЖП) — у 27 (32,1%).

Результаты. При свежем полном пересечении (1-, 2- и 5-сутки) выполнено восстановительное вмешательство «конец в конец». 81 пациент подвергнут общепринятой методике БДР в виде гепатико- или холедохо-еюноанастомоза (ГЕА/ХЕА) с участком кишки по Ру (Roux). У 34 из них применена разработанная нами методика арелфлюксного соустья (Патент РФ №2470592), базирующаяся на общепринятых постулатах билиодигестивной хирургии и отличающаяся нетрудоемкой техникой. Летальности в данной группе не зарегистрировано, а рубцовая стриктура развились у 3 пациентов через 9 мес, 3 и 4,5 года. Высокие поражения (3 — ПДП и 10 — конfluence) потребовали после формирования ГЕА применения сменного транспеченочного дренажа (СТД) на сроки от 20 до 24 мес. У 6 (46,2%) впоследствии отмечены стриктуры, потребовавшие повторных реконструкций. Пациенты инвалидизированы, их отличает низкое качество жизни 30-дневная летальность — 1,2%.

Заключение. Выбор методики БДР индивидуален. При свежих ранениях предпочтительно восстановление «конец-в-конец». Применение арелфлюксного анастомоза целесообразно, если культя протока не короче 12 мм.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГАСТРОПЛИКАЦИИ КАК БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ

Хатьков И.Е.^{1,2}, Аскерханов Р.Г.^{1,2}, Фейдоров И.Ю.^{1,2}, Петрова А.А.^{1,2}

¹ФГБОУ ВПО (ФГБОУ ВО) Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава России; ²ГБУЗ Московский клинический научно-практический Центр им. А.С. Логинова (МКНЦ) Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Разработка и внедрение новых видов оперативных вмешательств обусловлены вполне понятным желанием улучшить существующие методики по каким-либо показателям. Гастропликация уже более 10 лет применяется в бариатрической хирургии как прямая альтернатива вертикальной резекции желудка (Talebroug M. и соавт., 2007). На фоне все возрастающего интереса к хирургической коррекции веса и с учетом простоты применения и незначительного количества осложнений использование гастропликации имеет особую актуальность.

Цель работы — оценить первый опыт применения гастропликации и необходимость широкого внедрения этой методики в работу специализированного бариатрического стационара.

Материал и методы. В период с 2012 по 2017 г. в МКНЦ выполнили лапароскопическую гастропликацию 20 пациентам (2 мужчины и 16 женщин), средний возраст которых был $38,6 \pm 7,4$ года. Показаниями к данной операции являлся ИМТ >35 кг/м². В рассматриваемой группе ИМТ = $42,2 \pm 3,1$ кг/м². Противопоказаниями являлись: беременность, предшествующие операции на желудке, сахарный диабет 2-го типа в стадии декомпенсации, онкология, возраст моложе 18 лет.

Все операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом. Из особенностей необходимо выделить необходимость установки во время операции желудочного зонда диаметром 12 для исключения полной obturации просвета вворачиваемой внутрь стенки желудка. При выделении органа применяли ультразвуковой скальпель Гармоник. Швы накладывали субмукозно. Интервал между швами составлял 1 см. Во всех случаях использовался нерассасывающийся синтетический шовный материал диаметром 2-0. По завершении операции дренажи в брюшной полости не оставляли.

Во всех случаях при оценке ближайших результатов достигнут положительный эффект. Через 3 месяца после операции ИМТ у мужчин снизился с уровня $42,1 \pm 0,7$ до месяца $38,5 \pm 0,4$ кг/м², у женщин с уровня $42,2 \pm 3,1$ до $34,6 \pm 1,9$ кг/м². У 3 (15%) пациентов в отдаленном периоде (через 1 год) отмечен рецидив ожирения. Из положительных моментов стоит отметить простоту и малую травматичность операции. Средняя длительность операции составила $1,2 \pm 0,3$ часа, средний срок пребывания пациентов в стационаре составил $2,7 \pm 0,5$ дня. Осложнений не было, однако в послеоперационном периоде у 5 пациентов в течение 3–9 недель отмечались жалобы на отрыжку, тошноту, жидкий стул.

Таким образом, гастропликация у пациентов с морбидным ожирением является простым и эффективным хирургическим вмешательством, направленным на снижение веса. Однако преимуществ данной операции по сравнению с широкой применяемой вертикальной резекцией желудка представляются не очевидными, что требует дальнейшего изучения методики.

СЛУЧАЙ ДВУХЭТАПНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬЮ ПОСЛЕ ПРОДОЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

Цвиркун В.В., Мосин С.В., Аскерханов Р.Г., Фейдоров И.Ю., Петрова А.А., Бодунова Н.А., Израйлов Р.Г., Шишин К.В., Кулезнева Ю.В., Хатьков И.Е.

ГБУЗ Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Лошнова ДЗМ, Москва, Россия

Цель. Представить клинический случай выздоровления пациента от длительно существующей несостоятельности после продольной резекции желудка, выполненной по поводу ожирения 2-й степени.

Клинический случай. Пациенту 3, 27 лет, в сторонней клинике была выполнена лапароскопическая продольная резекция желудка, по поводу ожирения 2-й степени. Через 3 месяца после операции выявлен абсцесс брюшной полости, с несостоятельностью линии швов в области пищеводно-желудочного перехода. Пациент обратился в нашу клинику, где было выполнено дренирование полости абсцесса, назначена поведенческая терапия. В сентябре 2016 г. проведена клиновидная резекция желудка с попыткой ушивания с исходом в повторную несостоятельность и формированием поддиафрагмального абсцесса. В нашей клинике предприняты попытки эндоскопической вакуум-терапии полости абсцесса через культю желудка. Затем попытка стентирования культи желудка, что привело к перфорации стенки. Пациент поступил в тяжелом состоянии, с разлитым перитонитом, диа-

гностирован сепсис, проведена экстренная операция, на которой было принято решение о резекции с сохранением препилорической порции антрального отдела. В связи с наличием гнойного процесса реконструкция была невозможна, сформирована культя абдоминального отдела пищевода на катетере Фолея, выведенном через контрапертуру в левом подреберье. Для обеспечения энтерального питания с культей антрального отдела желудка сформирована гастростома по типу Кадера. Через 4 месяца выполнено вмешательство в объеме double-track реконструкции: межкисечным анастомозом отключена петля тощей кишки по Ру длиной 80—90 см. С этой петлей сформированы эзофагоэнтранастомоз «конец в бок» и еюногастроанастомоз «бок в бок» с отключенной петлей тонкой кишки и культей антрального отдела желудка. Пациент был выписан в удовлетворительном состоянии. Катамнез составляет 7 месяцев, питается нормально, качество жизни значительно улучшилось.

Заключение. Благодаря участию мультидисциплинарной команды представленный опыт привел к успешному результату.

ПОВТОРНЫЕ БАРИАТРИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Аскерханов Р.Г., Фейдоров И.Ю., Петрова А.А.,
Мосин С.В., Бодунова Н.А.

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

Актуальность. В России ежегодно проводится более 1500 бариатрических вмешательств. Большое количество составляет регулируемое бандажирование желудка. В связи с этим повторные вмешательства актуальны.

Цель исследования. Представить опыт повторных бариатрических операций в условиях одного центра.

Материал и методы. С 2012 по 2017 г. в МКНЦ выполнено около 550 бариатрических операций. Лапароскопическая продольная резекция желудка (ЛПРЖ) — 341 (62%), бандажирование желудка (ЛРБЖ) — 82 (15%), гастропластика на отключенной по Ру петле (ГШ) — 95 (17,2%), гастропликация — 15 (2,7%), билиопанкреатическое шунтирование — 16 (2,8%). Соотношение мужчин и женщин 24 и 76%. Показанием к повторной операции после ЛПРЖ, ЛРБЖ являлся повторный набор веса. После ЛРБЖ — нагноение бандажной системы, непереносимость, эрозия бандажного кольца. Повторные бариатрические вмешательства потребовались 40 пациентам (7,2%). Пациенты разделены на 3 группы. Группа 1 — ЛПРЖ после ЛРБЖ — 16 пациентов (40%), группа 2 — ГШ после ЛРБЖ — 18 (45%), группа 3 — ГШ после ЛПРЖ — 8 (15%). Средний возраст в группе 1 — 36±4,2 года, 2 мужчины (12,5%), 14 женщин (87,5%), средняя масса тела 103±21 кг, средний ИМТ 38±3 кг/м², время между операциями 5,54±3,5 года. Средний возраст пациентов во 2 группе — 40±9,2 года, 6 мужчин (33%), 12 женщин (67%), средняя масса тела 125±12 кг, средний ИМТ 41±4 кг/м², время между операциями 7±5,3 года. Средний возраст пациентов в 3 группе — 34±3,6 года, 2 мужчины (25%), 6 женщин (75%), средняя масса тела 107±6 кг, средний ИМТ 36±4 кг/м², время между операциями 6,3±3,6 года.

Результаты. Среднее время операции в Г1 176±24 мин, в Г2 160±64 мин, в Г3 136±42 мин. Количество послеоперационных осложнений по Clavien—Dindo степень II — 0%, степень I — 10%. Длительность послеоперационного койко-дня во всех группах 4,6±1. Через 12 месяцев средняя потеря избыточной массы тела (EWL) в Г1 — 15%, в Г2 — 23%, в Г3 — 25%. Средний индекс массы тела (ИМТ) после операции в Г1 — 32±3,6 кг, в Г2 — 31,6±2,6 кг, в Г3 — 28±3,4 кг. Смертность 0%.

Выводы. Повторные лапароскопические бариатрические операции не сопровождаются какими-либо специфическими осложнениями. Наиболее эффективной ревизионной операцией является лапароскопическое гастропластирование. Для объективизации результатов требуется дальнейшее наблюдение.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Новиков С.В., Роголь М.А., Джаграев К.Р.,
Бояринов В.С.

ГБУЗ НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения больных с эхинококковыми кистами печени путем применения минимально инвазивных вмешательств.

Материал и методы. С 2008 по 2017 г. оперированы 68 больных с эхинококковыми кистами печени, легких, селезенки, почеч на различных этапах жизнедеятельности. Были применены:

- минимально инвазивные методы: дренирование под ультразвуковым и рентгенологическим наведением, лапароскопия.
- открытые операции: модифицированная перцистэктомия с холодноплазменной аргонусиленной электрокоагуляцией, торакотомия.

Результаты. Минимально инвазивными чрескожными методами под ультразвуковым наведением оперированы 45 (66%) пациентов, 3 (4%) пациентам было выполнено двухэтапное хирургическое лечение, дренирование с инактивацией паразита и дальнейшей открытой операцией — 18 (26%), лапароскопически — 2 (3%). Чрескожным вмешательствам под ультразвуковым наведением подвергались эхинококковые кисты типа CL, CE1, CE2, CE3, CE4, CE5. Традиционному вмешательству (модифицированная перцистэктомия с холодноплазменной аргонусиленной электрокоагуляцией, торакотомия, спленэктомия) подвергались кисты типа CL, CE1, CE2, CE3, CE4, CE5. В 5 (7%) случаях произошло нагноение остаточной полости в печени. У 2 (3%) пациентов нагноение возникло на фоне уже дренированной эхинококковой кисты после чрескожного вмешательства. У 3 (4%) пациентов нагноение возникло после удаления дренажа. Нагноения ликвидировались путем промывания антисептиками и дренированием под ультразвуковым наведением. В исследовании мы применили модернизированную классификацию ультразвуковых изображений эхинококковых кист, рекомендованную рабочей группой ВОЗ 2010 по эхинококкозу, основанную на классификации Н.А. Gharbi (1981).

Выводы. Минимально инвазивные методы эхинококкэктомии под ультразвуковым наведением эффективны при эхинококковых кистах печени типа CL, CE1, CE2, CE3, CE4, CE5.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ ФРЕЯ

Израилов Р.Е., Цвиркун В.В., Дубцова Е.А.,
Никольская К.А., Савина И.В., Андрианов А.В.

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

Цель. Продемонстрировать опыт выполнения операции Фрея лапароскопическим способом.

Материал и методы. С 2012 августа по сентябрь 2017 г. 34 пациентам (22 мужчинам и 12 женщинам) с хроническим калькулезным панкреатитом типа С по М. Buchler была выполнена лапароскопическая частичная резекция головки поджелудочной железы с формированием продольного цистопанкреатикоэюнонастомоза (операция Фрея). Средний возраст пациентов составил 48,4±9 лет. Средний размер головки поджелудочной железы (ПЖ) — 35,4±14 мм; средний диаметр главного панкреатического протока (ГПП) — 9,5±2,7 мм. У 9 пациентов были диагностированы постнекротические кисты ПЖ. У 7 пациентов выявлена регионарная портальная гипертензия. Выраженность болевого синдрома до операции в среднем составила 62,2±18,3, индекс массы тела (ИМТ) — 21,8±5,4 кг/м². У всех пациентов была выявлена внешнесекреторная недостаточность ПЖ (эластаза кала в среднем составила 59,2±85,6 мкг/г), у 12 пациентов — панкреато-

генный сахарный диабет, у 1 — нарушение толерантности к глюкозе.

Результаты. В 31 случае (91,2%) операции были выполнены полностью лапароскопическим способом в намеченном объеме. У 1 пациента объем операции был расширен до операции Бегера без перехода на конверсию. В двух случаях (5,7%) потребовалась конверсия доступа. Продолжительность операций составила $446,3 \pm 90,4$ минуты, объем кровопотери — $214 \pm 177,7$ мл. Продолжительность послеоперационного периода — $8,3 \pm 4,5$ к/д. У 7 пациентов в послеоперационном периоде возникли осложнения. Летальных исходов не было. Продолжительность наблюдения за пациентами составляет от 1 до 41 месяцев. Внешнесекреторная недостаточность ПЖ сохраняется у всех пациентов, однако показатель эластазы кала незначительно повысился и составил в среднем $82,6 \pm 78,7$ мкг/г. У 11 пациентов, имевших на дооперационном этапе панкреатогенный сахарный диабет, и у 1 пациента, с нарушением толерантности к глюкозе, не отмечено ухудшения инкреторной недостаточности. Тем не менее у двух пациентов возник сахарный диабет, в одном случае инсулинозависимый, в другом — корригирующийся диетой. Индекс боли после операции составляет $10,0 \pm 7,3$ в 29 случаях. Два пациента вышли из-под наблюдения через 3 и 12 месяцев после операции (причина?). Рецидив болевого синдрома отмечен у 1 пациента, у которого была конверсия доступа, однако меньшей интенсивности, чем до операции, и не требующий приема обезболивающих препаратов.

Выводы. Первый опыт показывает, что выполнение операции Фрея лапароскопическим способом является доступным и безопасным методом.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КРИКОФАРИНГООЗОФАГОМИОТОМИЯ ПО ТОННЕЛЬНОЙ МЕТОДИКЕ В ЛЕЧЕНИИ ДИВЕРТИКУЛА ЦЕНКЕРА

Шишин К.В., Недолужко И.Ю., Павлов И.А., Курушкина Н.А., Шумкина Л.В., Ключева К.А.

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логина ДЗМ», Москва, Россия

Введение. Эндоскопическое лечение дивертикула Ценкера предусматривает выполнение эзофагодивертикулостомии путем пересечения волокон крикофарингеальной мышцы, образующей шпору между просветом пищевода и полостью дивертикула. Формирование широкого сообщения дивертикула с просветом пищевода позволяет улучшить транзит пищевого комка, а практически полное опорожнение дивертикула и смещение остаточной шпоры в каудальном направлении минимизируют проявления рефлюкса. Единственным недостатком эндоскопических операций является ограничение возможности выполнения продольной миотомии пищевода с пересечением циркулярных волокон ниже уровня дна дивертикула. При этом сохранение повышенного тонуса пищевода на сегменте дивертикул-пищеводного соустья и ниже его может служить основной причиной рецидива, даже при выполнении протяженной септотомии.

Цель. Оценить эффективность эндоскопической крикофаринггезофагомии по тоннельной методике в лечении пациентов с дивертикулем Ценкера.

Материал и методы. Технология новой тоннельной операции по поводу дивертикула Ценкера предусматривает формирование доступа в подслизистое пространство выше уровня крикофарингеальной мышцы в левом грушевидном синусе с последующим выделением мышечных волокон, образующих общую стенку дивертикула и пищевода. При этом допустимо выполнение пищеводной миотомии с рассечением циркулярного мышечного слоя пищевода на протяжении 3–4 см. Циркулярная миотомия сводит к минимуму риски рецидива заболевания, обусловленные патологическим гипертонусом верхней части пищевода. Оставшаяся полость дивертикула при устраненном гипертонусе не об-

разует препятствий для нарушения пассажа пищевого комка. Дефект слизистой оболочки в области доступа закрывается эндоскопическими клипсами.

В период с февраля по декабрь 2017 г. в МКНЦ им. А.С. Логина по поводу дивертикула Ценкера выполнено 32 оперативных вмешательства по новой тоннельной методике. Средний возраст пациентов составил 66 (от 34 до 86 лет). Время оперативного вмешательства составило в среднем 50 минут.

Результаты. При всех рентгенологических исследованиях контрастное вещество свободно поступало в пищевод без признаков задержки в области оперативного вмешательства. Особенностью пациентов, которым оперативное вмешательство было выполнено по новой тоннельной методике, являлось практически полное отсутствие остаточной полости дивертикула при контрольном рентгенологическом исследовании. Течение послеоперационного периода не отличалось от обычного, пациенты были выписаны на 2-й день после операции.

Выводы. Новая методика эндоскопической тоннельной крикофаринггезофагомии максимально соблюдает основные принципы хирургического лечения дивертикула Ценкера как нервно-мышечного заболевания с нарушением синхронизации сокращения и расслабления циркулярных мышечных волокон мышц верхнего пищеводного сфинктера и проксимального отдела пищевода. Тоннельная эндоскопическая операция по поводу дивертикула Ценкера технически выполнима, позволяет с успехом расширить объем оперативного вмешательства за счет выполнения продленной миотомии и создать условия для профилактики рецидива заболевания, тем самым обеспечивая лучший результат лечения.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАДИЦИОННЫХ И ТОННЕЛЬНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ДИВЕРТИКУЛЕ ЦЕНКЕРА ИЛИ ТРЕХЛЕТНИЙ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛА ЦЕНКЕРА В ОДНОМ ЦЕНТРЕ

Шишин К.В., Недолужко И.Ю., Павлов И.А., Курушкина Н.А., Шумкина Л.В., Ключева К.А.

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логина ДЗМ», Москва, Россия

Введение. В недавнем прошлом прогресс в хирургическом лечении дивертикула Ценкера был обусловлен внедрением эндоскопических технологий. Новые подходы позволяют обеспечить доступ к крикофарингеальной мышце и ее пересечение из трансорального доступа без выполнения кожного разреза на шее. Использование гибкого эндоскопа и рассечение крикофарингеальной мышцы при помощи инструментов, проводимых через канал эндоскопа, значительно уменьшают травматичность доступа. Традиционная эндоскопическая методика по эффективности и уровню осложнений зарекомендовала себя равноценным аналогом традиционной дивертикулэктомии. Единственным недостатком данной методики является ограничение возможности выполнения продольной миотомии пищевода с пересечением циркулярных волокон ниже уровня дна дивертикула. Неполная крикофарингеальная миотомия может являться причиной рецидивов. Новая тоннельная методика в лечении дивертикула Ценкера позволяет расширить объем оперативного вмешательства. Особенностью и преимуществом данной методики является безопасное и визуально контролируемое рассечение крикофарингеальной мышцы с рассечением циркулярных мышечных волокон начального отдела пищевода. Такой объем миотомии позволяет адекватно ликвидировать гипертонус верхней трети пищевода и максимально снизить риск рецидива клинических проявлений заболевания.

Цель. Сравнить результаты традиционных и тоннельных эндоскопических вмешательств в лечении пациентов с дивертикулем Ценкера.

Материал и методы. В период с июля 2014 г. по декабрь 2017 г. в МКНЦ им. А.С. Логинова по поводу дивертикула Ценкера выполнено 68 оперативных вмешательств. По традиционной методике выполнено 38 операций (у 32 пациентов). По тоннельной методике выполнено 32 операции (у 32 пациентов). Средний возраст пациентов составил 66 (от 34 до 86 лет). Четверым пациентам выполнено двух- и трехэтапное оперативное вмешательство в связи с большой остаточной полостью дивертикула и рецидивом клинических проявлений. Время оперативного вмешательства составило в среднем 50 минут.

Результаты. При контрольном рентгенологическом исследовании пациентам, которым была выполнена операция по традиционной методике, во всех наблюдениях определялась остаточная полость дивертикула, однако эвакуация контрастного вещества была не нарушена.

Особенностью пациентов, которым оперативное вмешательство было выполнено по новой тоннельной методике, являлось практически полное отсутствие контрастирования полости дивертикула при контрольном рентгенологическом исследовании. Течение послеоперационного периода не отличалось от обычного, пациенты были выписаны на 2-й день после операции.

Выводы. Традиционная эндоскопическая эзофагодивертикулостомия является минимально инвазивным, эффективным и безопасным вариантом лечения дивертикула Ценкера. Но тем не менее отмечается достаточно большой процент рецидивов клинических проявлений заболевания и необходимости проведения этапного лечения. Закономерным витком эволюции являются разработка и внедрение в клиническую практику новой эндоскопической технологии — тоннельного вмешательства, которое позволяет выполнить больший объем миотомии, тем самым создать условия для профилактики рецидива заболевания и улучшить результаты лечения.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОЭМ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОТОМИИ

Шишин К.В., Казакова С.С., Недолужко И.Ю., Васнев О.С., Березина О.И., Орлова Н.В., Павлов М.В.

ГБУЗ Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова ДЗ, Москва, Россия

ПОЭМ — пероральная эндоскопическая миотомия

Цель. Сравнить эффективность пероральной эндоскопической миотомии и лапароскопической кардиомиотомии в лечении ахалазии кардии.

Материал и методы. В исследовании участвовали 2 группы пациентов с ахалазией кардии. В первую группу были включены пациенты, которым выполнена пероральная эндоскопическая миотомия. Вторую группу составили больные, которым была выполнена лапароскопическая кардиомиотомия. В период с июля 2014 по ноябрь 2017 г. выполнено 78 пероральных эндоскопических миотомий и 47 лапароскопических вмешательств. Протокол периоперационного обследования включал ЭГДС, рентгенологическое исследование и манометрию пищевода, оценку степени выраженности дисфагии по шкале Eckardt до и через 3 и 12 месяцев после оперативного вмешательства. При распределении по типу заболевания в первой группе было 40 (51%) пациентов с I типом ахалазии, II — 24 (31%), III — 14 (18%); во второй группе: I — 27 (58%), II — 17 (37%), III — 2 (5%). Средний балл по шкале Eckardt в основной группе до операции составил 6,8, в контрольной — 6,4.

Результаты. Протокол послеоперационного обследования выполнен 72 пациентам. В обеих группах отмечалась нормализация показателей нарушений моторной активности по данным

манометрии. Через 12 месяцев после операции средний балл по шкале Eckardt в первой группе снизился на 5,8 балла (с 6,8 до 0,9), в контрольной группе — на 5,2 (с 6,4 до 1,1). В первой группе в 9 наблюдениях при ЭГДС выявлены эндоскопические признаки эрозивного рефлюкс-эзофагита, клинически выраженные у 7 пациентов. Во второй группе — в 4 случаях, в 2 — с клиническими проявлениями. Симптомы купированы пролонгированным приемом ингибиторов протонной помпы.

Заключение. При сравнении результатов ПОЭМ и лапароскопической кардиомиотомии статистически достоверных различий не выявлено. Таким образом, пероральная эндоскопическая миотомия является эффективным методом лечения ахалазии кардии, результаты которого в кратковременный период времени сопоставимы с традиционным хирургическим вмешательством.

ПРИМЕНЕНИЕ РОПИВАКАИНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ВЗРОСЛЫХ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПЕРОРАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИОТОМИИ

Климов А.А., Камнев С.А., Казакова С.С., Субботин В.В., Малахова А.А., Рудницкий С.И., Шишин К.В., Недолужко И.Ю.

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова ДЗМ, Москва, Россия

Ахалазия кардии — заболевание, характеризующееся постепенным нарушением проходимости пищевода. В настоящее время все большее распространение в лечении данной патологии получает методика пероральной эндоскопической миотомии (ПОЭМ). Однако, несмотря на малоинвазивный характер вмешательства, проблема болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде при ПОЭМ остается актуальной.

Цель. Сравнение степени болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде при различных методиках выполнения ПОЭМ.

Материал и методы. Проведено ретроспективное когортное исследование, в которое были включены 79 пациентов. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от используемого раствора, который инъецировали в подслизистое пространство на этапе формирования тоннеля и проведения миотомии. У пациентов I группы для подслизистой инъекции использовали раствор ропивакаина в концентрации 0,15% за счет разведения индигокармином. Пациентам II группы при формировании тоннеля применяли 0,9% раствор NaCl. У всех пациентов оценивали степень болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале оценки боли (ВАШ), а также потребление анальгетиков в первые три дня после операции.

Результаты. В первый послеоперационный день клинически значимый болевой синдром (>3 баллов по ВАШ) чаще встречался во II группе и ни разу в I группе ($p < 0,05$). Потребность в НПВС в первый послеоперационный день не отличалась между группами. На 2-е сутки наблюдали снижение потребности в НПВС в I группе ($p < 0,01$).

Выводы. Использование 0,15% раствора ропивакаина для инъекции в подслизистый слой во время операции уменьшает болевой синдром и снижает количество использованных анальгетиков в раннем послеоперационном периоде. Для дальнейшего изучения и подтверждения полученных нами данных необходимо проведение проспективных рандомизированных исследований.

АНАСТОМОЗ МЕЖДУ ПЕЧЕНОЧНЫМИ АРТЕРИЯМИ. МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ

¹Егоров В.И., ¹Петров Р.В., ¹Старостина Н.С., ²Черная Н.Р.

¹ГКБ им. братьев Бахрушиных ДЗМ, ²Московский НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия

Введение. Существование анастомозов между печеночными артериями часто рассматривается хирургами как чисто теоретическое знание, которое не имеет практического применения.

Цель. Показать важность знания о существовании такого межартериального контакта для практических целей.

Метод. Анализ 10 наблюдений сохранения жизнеспособности доли печени благодаря межлобарному артериальному соустью после окклюзии одной из печеночных артерий в ходе обширных резекций поджелудочной железы (ПЖ) и желудка, и эмболизации печеночных артерий. Мониторинг артериального кровоснабжения печени до, во время и после операции осуществлялся посредством ультразвукового доплерографического сканирования паренхимы печени, КТ-ангиографией и прямой ангиографией.

Результаты. Дистальная резекция ПЖ с резекцией чревного ствола и гастродуоденальной артерии при Michels IV артериальной анатомии, тотальная дуоденопанкреатэктомия с резекцией общей печеночной артерии при Michels III артериальной анатомии, ПДР с резекцией общей печеночной артерии при Michels IX артериальной анатомии, гастрэктомия с резекцией правой печеночной артерии, отходящей от чревного ствола (Michels I), эмболизация правой печеночной артерии при множественных огнестрельных ранениях (Michels I) и гигантской гепатоцеллюлярной карциноме (Michels I) были выполнены без артериальных реконструкций и ишемических последствий в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. Послеоперационная КТ-ангиография или прямая ангиография показала, что кровоснабжение доли печени, потерявшей свою основную артерию, осуществляется через анастомоз между печеночными артериями.

Заключение. Знание о возможностях артериального соустья между печеночными артериями позволяет резецировать или окклюзировать одну из печеночных артерий без ее реконструкции при том условии, что интраоперационное УЗ доплерографическое или ангиографическое исследование подтверждает адекватное кровоснабжение скомпрометированной доли печени.

РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ СИНДРОМЕ VON HIPPEL-LINDAU. КОМУ, КОГДА И КАК? АНАЛИЗ 42 НАБЛЮДЕНИЙ

¹Егоров В.И., ¹Петров Р.В., ²Бельцевич Д., ²Юкина М.

¹ГКБ им. братьев Бахрушиных ДЗ Москвы, ²Эндокринологический научный центр, Москва, Россия

Введение. Поджелудочная железа (ПЖ) вовлечена у 15% больных синдромом von Hippel-Lindau (VHL). Резекции ПЖ при VHL показаны при симптоматических серьезных цистаденомах больше 5 см или нейроэндокринных опухолях (пНЭО) > 2–3 см.

Цель. Оценить результаты резекций поджелудочной железы у пациентов с VHL.

Метод. Ретроспективный анализ 5 наблюдений из базы данных 42 пациентов с VHL (2013–17).

Результаты. 42 пациента с VHL находятся под наблюдением. У 15 из них выявлено поражение ПЖ, пятерым выполнены резекции поджелудочной железы: 1) тотальная дуоденопанкреатэктомия по поводу пНЭО головки и хвоста ПЖ, на фоне ее тотального поражения серьезными цистаденомами различного размера у женщины, 54 лет, которой 6 лет до этого была выполнена правосторонняя нефрэктомия по поводу светлоклеточного рака. Пациента умерла через 8 месяцев после операции от диссеминации

рака почки; 2) пациентке 45 лет с множественными гемангиобластомами мозжечка и спинного мозга, пНЭО в головке и хвосте ПЖ, 5 лет после правосторонней адреналэктомии по поводу феохромоцитомы была выполнена центрсохраняющая резекция ПЖ и левосторонняя адреналэктомия по поводу феохромоцитомы. Неосложненный послеоперационный период; 3) мужчина 47 лет с множественными гемангиобластомами спинного мозга, большими пНЭО (5–6 см) в головке ПЖ, 10 лет после двухсторонней адреналэктомии по поводу феохромоцитомы был успешно излечен посредством ПДР и резекции тела ПЖ. 4) 28-летний мужчина с множественными гемангиобластомами спинного мозга, 5 лет после двухсторонней адреналэктомии по поводу феохромоцитомы и 1 год после резекции правой почки по поводу рака, был успешно излечен от пНЭО хвоста ПЖ посредством дистальной резекции ПЖ. 5) 33-летней женщине. После удаления гемангиобластомы головного мозга выполнено удаление 2-х раков почки слева, 3-х — справа, адреналэктомия слева и дистальная резекция ПЖ по поводу трех нейроэндокринных опухолей. Все пациенты были выписаны без осложнений, трое из них функциональны, работают и полностью компенсированы.

Заключение. Своевременная и максимально паренхимосохраняющая резекция ПЖ является операцией выбора при пНЭО на фоне VHL. Наблюдение — эффективный метод лечения этих пациентов.

ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПРИ РАКЕ ТЕЛА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ ЧРЕВНОГО СТВОЛА И ХИРУРГИЧЕСКИЕ НЮАНСЫ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ОПЕРАЦИИ APPLEBY БЕЗ АРТЕРИАЛЬНЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ. 22 НАБЛЮДЕНИЯ.

¹Егоров В.И., ¹Петров Р.В., ³Старостина Н.С., ²Журенкова Т.В., ⁴Петухова М.В., ¹Журина Ю.А., ¹Гайнулин Ш.М., ¹Григорьевский М.В.

¹Городская клиническая больница №5 ДЗМ, ²Институт хирургии им. А.В. Вишневского, ³Московский клинический научный центр, ⁴Городская поликлиника №5 ДЗМ, Москва, Россия

Цель. Оценить непосредственные и отдаленные результаты хирургического и комбинированного лечения рака тела поджелудочной железы (ПЖ), вовлекающего чревный ствол и(или) его ветви

Введение. Дистальная резекция ПЖ с иссечением чревного ствола (ДРПЖЧС, модифицированная операция Appleby) все чаще используется при погранично-резектабельном раке тела ПЖ. По-прежнему обсуждается вопрос об онкологической целесообразности и хирургической безопасности ДРПЖЧС. Считается, что существенная редукция артериального кровоснабжения печени при иссечении чревного ствола может приводить к абсцессам печени и/или некрозу желчного пузыря. Дискуссионным остается вопрос о необходимости восстановления кровотока через общую печеночную артерию после резекции чревного ствола.

Материал и методы. У 111 последовательных пациентов с раком тела хвоста ПЖ (36), раком желудка с вовлечением ПЖ (30) и опухолями печени (45) при КТ до операции, а после ДРПЖЧС (22) и после оценивался тип артериальной архитектуры, диаметры общей и собственной печеночных, гастродуоденальной артерий, наличие и ширина панкреато-дуоденальных аркад. Интраоперационно определялись диаметры магистральных артерий, скорость кровотока в печеночных артериях до и после пережатия общей, добавочной и замещающей печеночных артерий, а также наличие артериального кровотока в печени с помощью доплерографического сканирования. Оценена выживаемость больных раком тела ПЖ после ДРПЖЧС.

Результаты. Медиана выживаемости больных раком тела ПЖ после ДРПЖЧС составила 24 месяца, актуальная 5-летняя

выживаемость — 16%, что сопоставимо с результатами панкреатодуоденальных резекций по поводу рака ПЖ. Медиана выживаемости была значимо больше у пациентов, получивших неоадьювантную терапию. Не отмечено ишемических осложнений со стороны печени ни в одном случае. Трижды возникала ишемическая гастропатия, однажды — с перфорацией стенки желудка. Все случаи излечены консервативно. У 72% пациентов определялся классический тип артериальной архитектуры. У 12,2% имелась замещающая правая печеночная артерия от ВБА. У 20% ПДА не выявлялись до операции, в т.ч. у 3-х, перенесших ДРПЖЧС. В 18 (17%) наблюдениях после пережатия ОПА, дЛПА и зЛПА не отмечалась пульсация печеночных артерий, которая восстановилась в 8 случаях через 15 минут, а в 9 оставалась сомнительной, но артериальный кровоток в паренхиме печени определялся во всех случаях. После ДРПЖЧС 1. отмечено увеличение диаметров ГДА и зЛПА в 1,2—1,5 2. ПДА всегда определялись в виде магистралей, хотя не были видны в половине случаев до операции.

Заключение. Модифицированная операция Appleby онкологически обоснована при раке тела ПЖ с вовлечением ЧС. При сохранении артериального кровотока в паренхиме печени при ИОУЗИ коррекция артериального кровоснабжения печени при ДРПЖЧС не требуется при любом типе артериальной анатомии. Ишемия желудка после ДРПЖЧС — более частая проблема, чем ишемия печени.

ИНВАЗИВНАЯ МЕТАСТАТИЧЕСКАЯ И НЕМЕТАСТАТИЧЕСКАЯ ВНУТРИПРОТОВАЯ ТУБУЛО-ПАПИЛЛЯРНАЯ КАРЦИНОМА. ОСОБАЯ БИОЛОГИЯ ОПУХОЛИ И ВОПРОСЫ ТАКТИКИ. ДВА НАБЛЮДЕНИЯ

Егоров В.И., Петров Р.В.

ГКБ им. братьев Бахрушиных, Москва, Россия

Введение. Внутрипротоковая тубуло-папиллярная опухоль является редким новообразованием поджелудочной железы. Инвазивная внутрипротоковая тубуло-папиллярная карцинома (ВТПК) встречается еще реже, ее биология малоизвестна, а клиническое течение непредсказуемо.

Цель. Продемонстрировать биологию метастатической и неметастатической ВТПК и проблему выбора тактики на примере двух клинических случаев.

Пациенты и результаты.

1. Пациентка 36 лет была оперирована в объеме тотальной дуоденумпанкреатэктомии на 5-й день после поступления по поводу опухоли поджелудочной железы, поражающей всю ее паренхиму и осложненной желтухой и тяжелой анемией вследствие профузного кишечного кровотечения. Неосложненный послеоперационный период. ВТПК карцинома была подтверждена при световой микроскопии и генетическом исследовании. В течение 4 лет пациентка без признаков рецидива опухоли, физический статус ECOG 0. Сахарный диабет хорошо контролируется, пациентка полностью функциональна; 6 мес назад она родила здорового ребенка. В настоящее время оба чувствуют себя хорошо.

2. В апреле 2015 г. у 29-летней женщины была диагностирована опухоль поджелудочной железы, которая наблюдалась как киста. В марте 2016 г. были обнаружены два очага в правой доле печени наряду с опухолевыми узлами в головке и теле поджелудочной железы (ПЖ). Тонкоигольная биопсия: аденокарцинома. Диагноз: протоковая аденокарцинома cT3N0M1. Проведено 6 курсов гемцитабина. Дважды выполнена химиоэмболизация очагов в печени. Неоднократные консультации множественных биопсий в различных онкологических институтах, в том числе за рубежом: аденокарцинома неизвестного происхождения в печени и поджелудочной железе. Повторно проведено 4 курса ХТ в режиме FOLFIRINOX, на фоне отмечен быстрый рост метастазов в печени и первичной опухоли ПЖ. После подробного обсуж-

дения на мультидисциплинарном консилиуме через 26 месяцев от начала заболевания, 32-летней пациентке выполнены тотальная дуоденопанкреатэктомия и расширенная правосторонняя гемигепатэктомия. Послеоперационный период осложнился синдромом малой доли, но состояние было стабилизировано. Внезапная смерть от острой жировой дистрофии печени за день до планируемой выписки.

Заключение. Естественное течение и тактика лечения инвазивной метастатической ИВТПК неизвестны. Эффективность хирургического подхода или химиотерапевтического лечения требуют изучения.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ. ОПЫТ 80 ОПЕРАЦИЙ

Егоров В.И., Петров Р.В.

ГКБ 5 ДЗ Москвы, Москва, Россия

Введение. Современная до- и интраоперационная диагностика опухолей панкреатодуоденальной зоны с низким или неопределенным потенциалом злокачественности делает возможным выполнение органосохраняющих резекций поджелудочной железы (ПЖ) и/или двенадцатиперстной кишки (ДПК). Эти операции не являются рутинными, но входят в обязательный арсенал гепатопанкреатобилиарного (НРВ) хирурга.

Цель. Оценить эффективность органосохраняющих резекций ПЖ и ДПК при их опухолевом поражении.

Метод. Ретроспективный анализ 80 последовательных панкреас- и дуоденумсохраняющих резекций ПЖ и ДПК ПСРДПК (2007 — 2016) с оценкой демографических данных, данных предоперационного обследования, гистологического диагноза, непосредственных и отдаленных результатов.

Результаты. По поводу нейроэндокринных (НЭО) (25), солидно-псевдопапиллярных (5) опухолей, серозных (3) и муцинозных (27) кистозных опухолей ПЖ выполнены дистальные резекции ПЖ с сохранением селезенки и селезеночных сосудов (6), дистальные резекции ПЖ с резекцией селезеночных сосудов и сохранением селезенки (операция Sutherland — Warsaw) (32), центральные резекции ПЖ (17), дуоденумсохраняющие тотальные резекции головки ПЖ (5) и центрсохраняющая резекция ПЖ (1). По поводу гастроинтестинальной стромальной опухоли (GIST) (11), ворсинчатой аденомы (2), гигантской лейомиосаркомы (1), ганглиоцитарной параганглиомы (1) и солитарного метастаза рака эндометрия (1) было выполнено 15 панкреасохраняющих резекций ДПК, которая дважды была субтотальной с реплантацией общего желчного и панкреатического протоков в неодоуденум, а в 13 наблюдениях — инфрапапиллярной, однажды вместе с резекцией аорты и нижней полой вены. При поражении ПЖ диагноз был установлен до операции в 48 случаях из 52, при поражении ДПК — в 10 из 15. Наиболее точными диагностическими средствами были эндоУЗИ и КТ. При поражении ПЖ основными симптомами были боль или дискомфорт (32) или признаки гиперактивности НЭО (9), при поражении ДПК — желудочно-кишечные кровотечения (7) и дуоденальная обструкция (3). 90-дневная летальность — 1. Осложнения встретились в 44% случаев. Не отмечено местных рецидивов и случаев развития диабета. После резекций ДПК у трех пациентов спустя 1,5—3,5 года выявлены метастазы GIST в печень, по поводу которых проводилось комбинированное лечение.

Заключение. Органосохраняющие резекции ПЖ и ДПК при опухолях с низким или неопределенным злокачественным потенциалом — безопасный и онкологически оправданный способ лечения, позволяющий сохранить функции поджелудочной железы или двенадцатиперстной кишки высокого качества жизни.

ТРУДНЫЕ СЛУЧАИ ЛЕЧЕНИЯ ИНСУЛИНОМ

Егоров В.И.¹, Петров Р.В., Бельцевич Д.Г.²,
Бабакаланов Ш.³, Фадеев В.В.⁴, Малолеткина Е.С.⁴,
Мударисов Р.Р.⁵

¹ГКБ им. братьев Бахрушиных ДЗ Москвы, Москва, Россия, ²Эндокринологический научный центр, Москва, Россия, ³Городская клиническая больница Самарканда, Узбекистан, ⁴Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Университетская клиническая Больница №2, Москва, Россия, ⁵ГКБ №52 ДЗ Москвы, Москва, Россия

Введение. Хирургическое лечение инсулином может быть значительно затруднено как анатомическим расположением опухоли, так и низким функциональным статусом пациента.

Цель. Анализ трех сложных случаев лечения инсулином.

Пациенты: 1. М., 24 года: анамнез заболевания — 8 лет лечения эпилепсии. Отмечал улучшение после сладкого. Обследован неоднократно в Ташкенте. Резкое ухудшение после нескольких ночных эпизодов судорог: перестал ходить, самостоятельно питаться, плохо контролирует тазовые функции, постоянное введение глюкозы в назогастральный зонд. Обследован в Москве в марте 2016 — диагноз: Инсулинома тела ПЖ. Гипогликемическая энцефалопатия. ЕСОГ 4. Выполнена центральная резекция поджелудочной железы. Желудочно-кишечное кровотечение, остановленное консервативно после релапаротомии, которая не выявила источника. Операция сделала возможной реабилитацию. 2. М., 53 года. ИМТ 45 (155 кг). Болен 4 года. Билиопанкреатическое шунтирование и продольная резекция желудка 02.17. Резкое ухудшение состояния, каждый час выпивал стакан воды со 100 г сахара, чтобы не потерять сознание. Почти перестал вставать, госпитализирован с выраженной гипогликемической полинейропатией. Послеоперационный период без значимых осложнений. Периферическая нейропатия сохраняется. Снижение веса до 95 кг. 3. К., 50 лет, болен 4 года. Инсулинома выявлена на границе тела и хвоста ПЖ. Выполнена сегментарная, смещенная влево «центральная резекция» резекция ПЖ с панкреатоэнтероанастомозом техникой MUST. Неосложненный послеоперационный период.

Заключение: Эффективное органосохраняющее лечение инсулином возможно как при низком функциональном статусе, так и при значительном смещении влево от перешейка.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЭКТОМИЯ
КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМ БДС

Шишин К.В., Недолужко И.Ю., Курушкина Н.А.,
Клюева К.А.

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова ДЗМ», Москва, Россия

Доброкачественные аденомы ампулы большого дуоденального сосочка (БДС) достаточно редки и встречаются в 0,4—0,12% случаев всех опухолей желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). При наблюдении в длительные сроки малигнизация возникает в 60—65% случаев, поэтому общепринятой тактикой лечения является их удаление. Долгие годы методом выбора оставались хирургические операции, традиционная трансдуоденальная папилэктомия или панкреатодуоденальная резекция. Эндоскопическая папилэктомия (ЭПЭ) существенно отличается по травматичности от трансдуоденальной папилэктомии и представляет собой резекцию слизистой и подслизистого слоя в области БДС с удалением ампулярной части терминального отдела холедоха и главного панкреатического протока.

Цель. Оценить эффективность эндоскопической папилэктомии в лечении аденом БДС.

Материал и методы. В период с апреля 2014 г. по сентябрь 2017 г. в МКНЦ накоплен опыт эндоскопического лечения 28 пациентов по поводу аденом БДС (15 женщин и 13 мужчин). Средний возраст составил 56 лет (от 26 до 73 лет). В большинстве на-

блюдений опухоль была выявлена случайно при обследовании по поводу других заболеваний. Клинические проявления заболевания отчетливо прослеживались лишь у пяти больных (18%) в виде жалоб на тошноту, тяжесть в правом подреберье. Протокол предоперационного обследования включал ЭГДС, эндосонографию, КТ или МРТ, которые подтверждали отсутствие признаков наличия злокачественного поражения и внутривнутрипротоковое распространение аденомы не более 1 см. Размеры выявленных аденом составляли от 1 до 5 см (при наличии латерального стелящегося по слизистой двенадцатиперстной кишки (ДПК) компонента).

Результаты. Удаление аденомы единым блоком было выполнено у 17 пациентов. У 9 больных произведено пофрагментное удаление аденомы вследствие наличия латерального распространения опухоли. Интраоперационной перфорации не наблюдали. Панкреатическое стентирование пластиковым стентом стремились выполнить во всех наблюдениях, техническая реализация была успешной у 23 больных (82,1%). Стентирование холедоха пластиковым стентом выполнено у 5 больных на начальном этапе. В последующем выполняли каниюляцию холедоха и папиллосфинктеротомию (ПСТ) при наличии признаков нарушения желчеоттока. Стентирование не выполняли. Необходимость интраоперационного гемостаза после ЭПЭ возникла в половине наблюдений (14 больных). Источником кровотечения являлись мелкие сосуды подслизистого слоя. Гемостаз осуществляли преимущественно методом гидротермокоагуляции после стентирования главного панкреатического протока (ГПП). У 20 пациентов в раннем послеоперационном периоде осложнений не выявлено. У 8 пациентов послеоперационный период осложнился кровотечением. Выполнен эндоскопический гемостаз, который был эффективным у 6 пациентов. В двух наблюдениях потребовались дополнительные сеансы эндоскопического гемостаза. 1 пациент после безуспешных попыток гемостаза был оперирован — лапаротомия, дуоденотомия, остановка кровотечения. У 2 пациентов (через месяц) выявлен билиарный стеноз. Выполнено ЭРХПГ, рестентирование общего желчного протока, вирсунготомия, стентирование ГПП. Общий процент осложнений 35,7%: кровотечение (1 случай кровотечения с перфорацией) 25,0%, билиарный стеноз 7,14%, постманипуляционный панкреатит 3,56%. Летальность — 0%. Средний койко-день составил 3 дня. Во всех случаях проводили плановое гистологическое исследование, которое у 27 пациентов подтвердило резекцию опухоли R0. У 1 пациента выявлен нейроэндокринный рак. Выполнена лапароскопическая панкреатодуоденальная резекция.

Выводы. В 64,3% случаев эндоскопическая папилэктомия выполнена без осложнений, клинический эффект сопоставим с другими видами радикальных вмешательств. Несмотря на достаточно большой процент осложнений (35,7%) ЭПЭ является эффективной, малотравматичной операцией, которая сопровождается меньшим сроком госпитализации и более коротким периодом реабилитации. ЭПЭ может являться предпочтительным методом оперативного вмешательства у пациентов с доброкачественными аденомами БДС.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА
ПРИ ОПУХОЛЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Сажин А.В., Ивахов Г.Б., Далгатов К.Д.,
Кошелев Д.А., Курсков А.О., Козодаева М.В.

ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Сохраняющийся рост онкологических заболеваний органов гепатопанкреатобилиарной области, радикальным методом лечения которых, до сих пор остается хирургический, и широкое внедрение малоинвазивных методик делает актуальным их применение у данной категории пациентов. В отделении хирургии печени и поджелудочной железы на базе ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова в период с 2016 по 2017 г. было выполнено 28 лапароскопических операций на поджелудочной железе. Среди них: 12 лапароскопических панкреатогастродуоденальных резекций по поводу злокачественных новообразований органов гепатопанкреатодуоденаль-

ной зоны (T1-3 по TNM для БДС и ТОХ, T1-2 для ПЖ), 10 лапароскопических дистальных резекций, 5 из них по поводу злокачественных новообразований хвоста поджелудочной железы, 5 — по причине кистозно-муцинозной неоплазии (IPMN), 2 лапароскопических энуклеации кист поджелудочной железы, 3 лапароскопических энуклеации инсулином различной локализации и 1 лапароскопическая продольная панкреатикоэюностомия по поводу хронического калькулезного панкреатита. В периоперационном периоде больные, перенесшие лапароскопическую ПДР, проводились в соответствии с компонентами действующего в нашей клинике протокола Фаст Трак. Стратификация послеоперационных осложнений по шкале Clavien—Dindo I у трех больных, Clavien—Dindo II — у двух. Средний койко-день составил 7 суток. Летальный исход — 1 пациент, после лапароскопической ПДР. Повторных госпитализаций не было. Среди остальных пациентов, перенесших лапароскопические вмешательства на поджелудочной железе, у одной больной после дистальной резекции по поводу кистозно-муцинозной неоплазии, в послеоперационном периоде был отмечен панкреатический свищ типа В, с последующей повторной госпитализацией. Средний койко-день составил 9 суток. Летальных исходов не было. Использование лапароскопических методов оперативного лечения различных патологий поджелудочной железы является перспективным направлением в хирургии.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕРВЕНЦИОННО-ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ «RENDEZVOUS» ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ

Недолужко И.Ю., Кулезнева Ю.В., Мелехина О.В., Шишин К.В., Курушкина Н.А., Ключева К.А.

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» ДЗМ, Москва, Россия

Введение. Эндоскопические ретроградные транспапиллярные вмешательства являются преимущественным методом лечения пациентов с заболеваниями желчных путей и протоковой системы поджелудочной железы различного генеза. Данный метод является широко используемым вмешательством, обладает доказанной высокой клинической информативностью и эффективностью, малой травматичностью и меньшим числом осложнений. Однако есть ряд причин (анатомическая особенность, опухолевое поражение, деформация панкреатобилиарной зоны), являющихся препятствием для проведения ретроградной канюляции холедоха. В таких случаях с целью декомпрессии желчевыводящих путей прибегают к сочетанию антеградных и ретроградных доступов в желчные протоки, так называемой методике «rendezvous».

Цель. Оценить эффективность интервенционно-эндоскопической методики «rendezvous» при лечении заболеваний панкреатобилиарной зоны.

Материал и методы. В период с 2014 по 2017 г. в МНКЦ им. А.С. Логинова выполнено 25 оперативных анте-ретроградных вмешательств на желчных протоках по методике «rendezvous». Преимущественно использовалась одноэтапная методика, включая 1 наблюдение, где с установленной причиной механической желтухи и общим тяжелым состоянием больного, первым этапом выполнено наружное дренирование, вторым — ретроградная литоэкстракция. Средний возраст пациентов составил 64 года (от 40 до 89 лет). Среднее время оперативного вмешательства составило 135 мин.

Результаты. В одном наблюдении, у пациентки с внутриспеченочным холангиолитиазом на первом этапе выполнено билобарное наружновнутреннее дренирование желчных протоков с баллонной дилатацией стриктуры из-за выраженной коагулопатии вследствие механической желтухи. Второй этап, собственно «rendezvous», через 3 месяца после стабилизации состояния и нормализации показателей свертывающей системы крови. В остальных случаях, после неоднократных попыток ретроградной канюляции холедоха, добиться адекватной декомпрессии желчных

протоков при проведении одноэтапной методики анте-ретроградных вмешательств удалось в 94,1%. Только у двух пациентов в раннем послеоперационном периоде развились осложнения. В одном наблюдении произошла миграция манипуляционного катетера из просвета протоков с последующим поступлением желчи в брюшную полость, что послужило основанием к изменению оперативного доступа на лапароскопический. Второе наблюдение обусловлено развитием анаэробной флегмоны передней брюшной стенки за счет попадания инфицированной желчи по чрескожному каналу, дислокацией холангиостомы. Учитывая исходное общее тяжелое состояние пациента на фоне сопутствующих заболеваний, это привело к летальному исходу. Таким образом, частота осложненных составила 5,9%, летальность 2,9%.

Выводы. Основным показанием к выполнению анте-ретроградных вмешательств на желчных протоках по методике «rendezvous» является безуспешность селективного эндоскопического ретроградного доступа в желчные протоки. Сочетанный доступ позволяет решить проблемы временной или окончательной билиарной декомпрессии, что является эффективным альтернативным методом лечения.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Корольков А.Ю., Беженарь В.Ф., Китаева М.А., Смирнов Д.А., Попов Д.Н.

НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность: по частоте встречаемости у беременных панкреатит находится на 3-м месте и характеризуется высокими показателями материнской и перинатальной смертности.

Цель работы: проанализировать клиническую картину, эффективность диагностики и результаты лечения острого панкреатита у беременных на разных сроках гестации.

Материалы и методы. За 2014—2016 г. проведен ретро- и проспективный анализ 28 историй болезни пациенток с 22 по 38 нед. беременности, в диагнозах направления которых фигурировал острый панкреатит.

Результаты. Срок беременности женщин поступающих с диагнозом острый панкреатит варьировал от 22 до 38 нед. беременности. Основной контингент женщин (21 пациентка), поступающих с данной патологией, были со сроком гестации 30—38 нед. Все пациентки наблюдались в условиях желтой зоны СОСМП. Диагностика включала в себя в обязательном порядке следующие лабораторные и инструментальные исследования: клинический, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи на диастазу, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости. При опросе пациенток выяснялось, что ведущими жалобами были боли в верхних отделах живота, преимущественно в эпигастрии, опоясывающего характера (28 пациенток), тошнота (25 пациенток), рвота более 3-х раз (17 пациенток). Также в единичных случаях беспокоила изжога, метеоризм, пожелтение склер, потемнение мочи, осветление кала.

При сборе анамнеза, выявлена четкая связь с нарушением диеты (жирная пища, алкоголь), у 10 пациенток в анамнезе желчекаменная болезнь.

14 пациенток (50%) на момент осмотра ничего не беспокоило, в лабораторных и инструментальных исследованиях патологии не выявлено. Объективно при пальпации у 4 пациенток отмечалась болезненность в эпигастрии, им выполнена ВГДС — у 3 диагностирован поверхностный гастрит с единичными эрозиями. У 1 пациентки атрофический гастрит. Все пациентки из данной группы выписаны на амбулаторное лечение под наблюдение гастроэнтеролога.

У 9 пациенток в клиническом анализе крови умеренный лейкоцитоз от $10-13 \cdot 10^9/\text{л}$, в биохимическом анализе незначительное повышение амилазы от 160 до 210 Е/л, также незначительное повышение диастазы от 600 до 630. При УЗИ у 5 пациенток диагностиро-

вана желчекаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит. Поджелудочная железа визуализирована у 5 пациенток — структурна, без особенностей. У 4 поджелудочная железа в связи с большим сроком беременности не визуализирована. Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. 6 выполнена ВГДС — поверхностный гастрит. 3 отказались от данного исследования. Все пациентки госпитализированы в хирургическое отделение с диагнозом острый панкреатит, легкое течение и после проведения инфузионной спазмолитической антисекреторной терапии выписаны на амбулаторное лечение в сроки от 5 до 8 дней.

У одной пациентки в ходе сбора жалоб и анамнеза заподозрен гастроэнтероколит (жидкий стул более 10 раз за 14 часов, рвота съеденной пищей и желчью около 12 раз), осмотрена в боксе инфекционистом — диагноз подтвержден. Переведена в инфекционный стационар.

У 5 беременных (срок гестации 32—38 нед) в клиническом анализе крови выявлен лейкоцитоз, в биохимическом анализе крови отмечается повышение амилазы от 500 до 1800, а в анализе мочи повышение диастазы. У 4 при УЗИ признаки хронического калькулезного холецистита, диффузная неоднородность поджелудочной железы, которую четко визуализировать не удается. У данных беременных установлен диагноз ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Острый билиарный панкреатит. 1 беременная 36 нед, в связи с развитием панкреатита средней степени тяжести была госпитализирована в РО, где проводилась интенсивная инфузионная спазмолитическая антисекреторная терапия с положительным эффектом. В связи с повышением общего билирубина за счет прямой фракции пациентке выполнена МРХПГ — холедох прослеживается на всем протяжении $d=0,9$ см, без признаков конкрементов в нем. Желчный пузырь не изменен, в полости множественные конкременты. Регулярный контроль КТГ. На 4-е сутки переведена на ХО, откуда выписана на 9-е сутки от момента поступления в удовлетворительном состоянии. У 1 пациентки в лабораторных анализах выявлены высокие цифры амилазы (>3000), диастазы (>20000), лейкоцитоза (>18). В анамнезе у пациентки ЛХЭ, холедохолитомия. Установлен диагноз ЖКБ. Холедохолитиаз? острый билиарный панкреатит тяжелой степени, и, в связи с отсутствием положительной динамики на фоне консервативной терапии в течение 6 часов в РО, выставлены показания к кесареву сечению и ревизии органов брюшной полости. Выполнено оперативное вмешательство в объеме кесарева сечения, ревизии органов брюшной полости, холедохоскопии. Операция завершена ЭПСТ и дренированием холедоха по Керу. На 15-е сутки выписана на амбулаторное лечение. 2 пациентки из этой группы не потребовали госпитализации в РО, консервативная терапия с положительным эффектом проводилась в условиях ХО и в сроки от 7 до 12 дней выписаны на амбулаторное лечение.

Выводы. Приступ панкреатита может развиваться при любом сроке беременности и в раннем послеродовом периоде, но чаще во II или III триместре. Тяжесть клинической картины напрямую коррелирует со сроком гестации — чем больше срок, тем тяжелее течение панкреатита. Клинические проявления многообразны, однако преобладают типичные жалобы для панкреатита — опоясывающие боли в верхних отделах живота, тошнота, рвота. Основным этиологическим фактором острого панкреатита во время беременности являются заболевания билиарного тракта (желчекаменная болезнь).

ЧРЕСКОЖНАЯ РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ ПЕЧЕНИ С ЭМБОЛИЗАЦИЕЙ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ КАК ПЕРВЫЙ ЭТАП ALPPS У ПАЦИЕНТОВ С ХОЛАНГИОКАРЦИНОМОЙ

Мелехина О.В., Кулезнева Ю.В., Ефанов М.Г., Алиханов Р.Б., Цвиркун В.В., Ким П.П., Казаков И.В., Ванькович А.Н., Заманова Е.Д., Куликова Н.Д.

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

Цель. Оценка ближайших результатов RALPPS (портоэмболизации с чрескожной радиочастотной абляцией по будущей плоскости разделения паренхимы печени) в сравнении с портоэмболизацией (PVE) перед большими резекциями печени у пациентов с холангиокарциномой.

Материалы и методы. RALPPS и PVE выполнены у 10 и 18 пациентов соответственно. Объем предполагаемой остающейся функционирующей паренхимы печени (ОФП) оценивали по данным КТ-волюметрии. Для сопоставления групп применяли метод псевдорандомизации.

Результаты. Средняя степень гипертрофии после RALPPS/PVE до и после псевдорандомизации составила 42/32 и 49/31% соответственно. Среднее время гипертрофии после RALPPS/PVE до и после псевдорандомизации составила 16/20 дней и 14/17 дней соответственно. Частота послеоперационных осложнений (класс Ша, Clavien—Dindo) после первого этапа была достоверно выше для RALPPS до сопоставления групп при псевдорандомизации. Различия в частоте послеоперационных осложнений после первого этапа не выявлены после сопоставления групп, в том числе отличия в частоте осложнений отсутствовали после второго этапа до и после применения метода псевдорандомизации.

Выводы. Полученные данные позволяют предположить, что методика RALPPS может рассматриваться как эффективный и безопасный малоинвазивный вариант ALPPS для быстрой гипертрофии ОФП у пациентов с холангиокарциномой.

ПЕРОРАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МИТОМИЯ У ПАЦИЕНТОВ, РАНЕЕ ОПЕРИРОВАННЫХ НА ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНОМ ПЕРЕХОДЕ

Шишин К.В., Недолужко И.Ю., Казакова С.С.

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова ДЗМ», Москва, Россия

Актуальность. Оперативные вмешательства на пищеводно-желудочном переходе в анамнезе могут являться противопоказаниями для выполнения пероральной эндоскопической миотомии (ПОЭМ).

Цель: оценить безопасность пероральной эндоскопической миотомии у пациентов, ранее оперированных на кардиоэзофагальном переходе.

Материал и методы. В период с июля 2014 г. по ноябрь 2017 г. на базе Московского клинического научного центра ПОЭМ была выполнена у 34 пациентов, ранее перенесших оперативные вмешательства на пищеводно-желудочном переходе. У 32 пациентов ранее выполнялись сеансы баллонной пневмокардиодилатации, один пациент после лапароскопической операции Геллера, один пациент после ранее выполненной эзофагогастропликации.

Результаты. Среднее время операции составило 107 мин (55—195 мин), что сопоставимо с нашими данными у пациентов, которым ПОЭМ выполнялась первично (103 мин (45—180 мин)). Во время операции оценивали степень выраженности фиброза подслизистого слоя. Несмотря на ожидаемую выраженность фиброза после операции Геллера и эзофагогастропликации, максимально выраженный фиброз (F2) наблюдали у 3 (8,85) пациентов, которым ранее выполнялись сеансы баллонной пневмокардиодилатации. В остальных наблюдениях степень выраженности фиброза оценивалась как средняя (F1) либо без фиброза (F0). Технический успех оперативного вмешательства был достигнут в 100%. Интраоперационных осложнений, повлиявших на тактику оперативного вмешательства ни в одном наблюдении не зафиксировано. При рентгенологическом исследовании в первые сутки признаков нарушения эвакуации и затеков контрастного вещества за пределы пищевода выявлено не было.

Выводы. Оперативные вмешательства по поводу ахалазии кардии в анамнезе не являются абсолютным противопоказанием к выполнению ПОЭМ и существенно не влияют на ход оперативного вмешательства.

☆☆☆

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ В РАЗВИТИИ ЯЗВЕННОГО ПРОЦЕССА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Капралов Н.В., Курченкова В.И.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Цель исследования — изучить активность одного из ключевых ферментов антиоксидантной системы супероксиддисмутазы (СОД), биологическая функция которой — нейтрализация супероксиддисмутазных анионрадикалов, обладающих высокой активностью и токсичностью для клеток.

Материал и методы. Определение активности СОД проводилось в иммунокомпетентных клетках: лимфоцитах, нейтрофилах и эритроцитах периферической крови. Под наблюдением находились 37 больных с гастродуоденальными язвами. Контролем служили 32 здоровых человека. Определение СОД проведено по методу В.А. Костюка. У всех больных исследовали иммунограмму с рядом стандартных параметров.

Результаты. Выявлено значительное снижение ферментативной активности СОД во всех исследуемых иммунокомпетентных клетках, наиболее выраженное в нейтрофилах (почти в 2 раза) и лимфоцитах (в 1,5 раза), что свидетельствует о наличии недостаточности систем антиоксидантной защиты данных клеток. Это отражается на их функциональной активности в иммунорегуляторных процессах. Отмечены выраженные отклонения иммунологических параметров, в частности, клеточного звена иммунной системы у 55% пациентов. В подгруппе больных с наличием иммунопатологии снижение активности СОД в лимфоцитах значительно более выражено, чем в подгруппе с нормальными иммунологическими показателями. Тем не менее достоверное снижение активности СОД выявляется также в подгруппе больных с нормальными иммунологическими параметрами. Эти данные свидетельствуют о высокой информативности определения активности СОД, позволяющей оценить качественные изменения метаболического статуса иммунокомпетентных клеток при отсутствии количественных изменений. Для выявления возможной взаимосвязи между клиническими проявлениями язвенного процесса и особенностями иммунологических сдвигов обследуемые больные были разделены на подгруппы. В подгруппе больных с наличием *Helicobacter pylori* (*Hp*) выявлено выраженное снижение СОД в нейтрофилах периферической крови (почти в 3 раза). Особенно существенное снижение активности СОД в лимфоцитах и нейтрофилах наблюдалось в подгруппе с совокупностью нескольких факторов, способствующих процессу язвообразования (*Hp*⁺, изменение иммунологических параметров, вредные привычки: курение, алкоголь). После 2—3-недельного курса терапии у больных выявлена начальная положительная динамика величин ферментативной активности СОД в иммунокомпетентных клетках.

Вывод. У больных с язвенным процессом выявлено статистически достоверное снижение ферментативной активности СОД в иммунокомпетентных клетках периферической крови. Достоверное снижение обнаружено и при отсутствии количественных нарушений клеточного звена иммунной системы. Значительное снижение активности СОД в нейтрофильных лейкоцитах связано с наличием у больных гастродуоденальными язвами хеликобактерной инфекции.

ЗАВИСИМОСТЬ АКТИВНОСТИ ЛАКТАЗЫ В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ТОНКОЙ КИШКИ ОТ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА С/Т 13910

Белостоцкий Н.И., Борунова Ж.В., Парфенов А.И.

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

Цель исследования — выявление взаимосвязи между С/Т 13910 генотипом и активностью лактазы в экстрактах слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки у больных с заболеваниями тонкой кишки (28 больных).

Материал и методы. У 28 больных проведено определение лактазной активности в экстрактах слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки. Биоптаты были взяты из залуковичного отдела двенадцатиперстной кишки. Выделение ДНК из ткани слизистой проводилось с использованием набора реагентов для экстракции ДНК фирмы «Интерлабсервис». Высокоточная ПЦР проводилась на приборе Rotor Gene Q в режиме SNP express-PB с использованием набора реагентов для анализа олигонуклеотидного полиморфизма С/Т 13910 в гене лактазы (НПФ «Литех»). Определение активности лактазы проводилось методом Далквиста.

Результаты. Исследование показало наличие высокого уровня взаимосвязи между активностью лактазы в слизистой оболочке тонкой кишки и генотипом определяющим лактазную активность. В группе больных, гомозиготных по С/С 13910 уровень активности составлял 14,6 ед. на 1 мг ткани. В группе С/Т 13910 (гетерозиготные) уровень активности лактазы составлял 105,9 ед. на 1 мг ткани. В группе гомозиготной по Т/Т 13910 уровень активности составлял 150 ед. на 1 мг ткани. В группе больных с различными заболеваниями тонкой кишки частота встречаемости полиморфизма С/Т 13910 составляла 44,5%; для генотипа С/С — 40,7%; для Т/Т — 14,8%.

Вывод. Активность лактазы в группе С/С минимальна, в группе Т/Т она имеет максимальное значение, промежуточное — в группе С/Т. Таким образом установлена высокая взаимосвязь между полиморфизмом С/Т 13910 и тканевой лактазной активностью.

ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ЯЗВЕННОМ ПОРАЖЕНИИ

Трубицына И.Е., Варванина Г.Г., Тарасова Т.В., Ручкина И.Н.

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

Местная иммунная система (MALT) — система, состоящая из диффузных некапсулированных лимфатических образований обязана адекватно реагировать на попадание инфекционного агента в М-клетки где происходит распознавание структур, характерных для широких классов бактерий (липосахаридов клеточной стенки грамотрицательных бактерий) — лигандов толл-подобных рецепторов (TLR2/1, TLR4 и TLR5). Если это не происходит, то может развиваться иммунное воспаление в лимфоидной ткани. В случае сочетания попадания инфекционного агента и генетического нарушения в иммунной системе (например, гиперактивность), в слизистой оболочке толстой кишки (ТКК) образуются эрозии и язвы. Известно, что слизистый барьер не по-

зволяет бактериям вступать в прямой контакт с энтероцитами, выстилающими полость кишечника. Слизь, которая в основном состоит из крупных молекул гликопротеинов (муцинов), является первым защитным барьером, но в случае нарушения регуляторных механизмов качественный состав слизи меняется, и она не выполняет свою защитную роль.

Цель исследования — определить факторы, влияющие на качество слизи и способствующие развитию локальной реакции воспаления.

Материал и методы. Исследования проводили на белых крысах (20 животных, по 5 крыс в каждой группе). 1-я группа интактные животные без повреждений (контроль); 2-я аутоиммунная модель язвенного повреждения слизистой оболочки (СО) ТК. 3-я группа — «ацетатная» язва СО ТК. 4-я группа — серотониновая язва СО ТК.

Результаты и обсуждение. Аутоиммунная модель язвы СЩ ТК развивается на 30–40-е сутки после иммунизации и требует дополнительного введения гомогенатов СОТК. Заживление ее длительное. В СЩ в зоне язвенного повреждения повышено содержание серотонина на 265% и высокий уровень протеолитической активности при pH 5,5. Мы считаем, что повышение протеолитической активности при этих значениях pH обусловлено лизосомальными ферментами. «Ацетатная» язва острая возникает после воздействия кислотой. В зоне воспаления значительное повышение содержания серотонина на 350–400% и повышена протеолитическая активность при слабощелочных значениях pH. Введение серотонина под серозную оболочку ТК в зоне пейеровой бляшки также вызывало образование острой язвы СО ТК, которая в отсутствие повторного введения серотонина быстро заживала. В зоне повреждения в острый период повышено содержание серотонина и протеолитической активности при слабощелочных значениях pH.

Вывод. Повышенная активность иммунной системы, локальное повышение серотонина — медиатора воспаления и вазоконстриктора, выход лизосомальных ферментов в межклеточное пространство, способствует появлению протеолитической активности при слабощелочных значениях pH, все эти факторы способствуют образованию и поддержанию язвенного поражения СОТК.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ДУОДЕНОСТАЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАССЫ ТЕЛА БОЛЬНЫХ

Афанасьева Т.С.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Россия

Цель исследования — изучение особенностей клинического течения дуоденальной недостаточности у больных в зависимости от индекса массы тела.

Материал и методы. Проведено комплексное обследование 52 больных (32 (61,5%) женщины и 20 (38,5%) мужчин, в возрасте от 21 года до 70 лет) с дуоденальной недостаточностью. Посчитан индекс массы тела Кетле. В обследовании больных использованы данные анамнеза, результаты эндоскопического и рентгенологического исследований и показатели поэтажной манометрии. В зависимости от индекса массы тела, больные были разделены на три группы: 1-я группа с нормальной массой тела (ИМТ=21,2 кг/м²), 2-я группа с недостаточной массой тела (ИМТ=17,1 кг/м²) и 3-я группа с дефицитом массы тела (ИМТ=14,8 кг/м²).

Результаты. Болевой синдром чаще локализовался в эпигастриальной области и правом подреберье. В 1-й группе болевой синдром выявлялся в 64,8% случаях, во 2-й группе — в 75,9%, в 3-й группе — в 95,9%. Изжога и отрыжка в 1-й группе встречались у 8,1%, во 2-й — у 14,7%, в 3-й — у 25,4% пациентов. Тошнота и рвота наблюдалась в 1-й группе — у 15,8% пациентов, во 2-й — у 24,5% и в 3-й — у 35,3%. Вздутие живота выявлялось в 1-й группе пациентов — у 43,5%, во 2-й — у 51,3% и в 3-й — у 60,1%. Астенический синдром был выражен в 1-й группе — у 54,3%, во 2-й — у 60,1% и в 3-й — у 78,3%.

Вывод. Частота и степень клинических проявлений дуоденостаза находятся в определенной зависимости от ИМТ больных. Полученные данные могут быть использованы на первичном приеме в определении направления углубленного обследования пациентов.

ВЛИЯНИЕ СТРОМАЛЬНЫХ КЛЕТОК НА РЕГЕНЕРАТИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ ЖЕЛУДКА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Абулатипова З.М.

ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Цель исследования — изучить иммуномодулирующий эффект трансплантации аллогенных мезенхимальных стромальных клеток костного мозга у животных после оперативного вмешательства на желудке.

Материал и методы. Моделирование проводили на белых крысах обоего пола, содержащихся в виварии на смешанном рационе питания со свободным доступом к воде. Использовано 66 белых крыс обоего пола. Животным проводилось оперативное вмешательство под эфирным наркозом, за 18 ч до которого, у крыс убирали корм, оставляя свободный доступ к воде. У наркотизированных животных по средней линии вскрывали переднюю брюшную стенку. По большой кривизне в железистой зоне тела желудка производилась продольная резекция 2/3 желудка. Культи желудка ушивались двухрядным швом. Желудок погружался в брюшную полость. Передняя брюшная стенка ушивалась. В 1-й группе клеточную трансплантацию МСК производили на 3-и сутки после операции однократно в дозе 3,5·10⁶, а также клетки вводили крысам 2 раза, первое введение в дозе 3,5·10⁶ клеток на 3-и сутки после операции, второе введение в той же дозе на 8-е сутки. Во 2-й группе вводили физиологический раствор, в равных объемах с МСК (0,5 мл), в сроки аналогичные с 1-й группой. Введение МСК и физиологического раствора производилось внутрибрюшинно. Аутопсию производили на 10-е сутки после операции. При вскрытии вели протокол выявленных изменений по общепринятой методике. Статистическую обработку результатов производили на персональном компьютере с использованием специального статистического пакета Biostat.

Результаты. Установлено, что в первые 5 сут определяется высокое содержание серотонина (5-НТ) в слизистой оболочке зоны оперативного вмешательства, которое коррелирует с повышением уровня провоспалительных цитокинов в сыворотке крови ИЛ-1 ($r=0,82$; $p<0,001$) и ФНО- α ($r=0,87$; $p<0,001$) и ИФ- γ ($r=0,88$; $p<0,001$). После трансплантации МСК отмечено повышение уровня противовоспалительного ИЛ-4 на 50% ($p<0,05$) и снижение провоспалительных цитокинов ИЛ-1 на 30% ($p<0,05$), ФНО- α на 35% ($p<0,05$), ИФ- γ на 38% ($p<0,05$).

Вывод. Аллогенные мезенхимальные стромальные клетки обладают иммуномодулирующим действием за счет установления баланса про- и противовоспалительных цитокинов в крови животных в раннем послеоперационном периоде. Данный эффект является прогностически благоприятным маркером регенерации послеоперационной раны желудка, способствует снижению риска несостоятельности и отсутствию грубой рубцовой деформации в зоне послеоперационного шва.

НАРУШЕНИЯ МОТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПИШЕВОДА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Звенигородская Л.А.¹, Лычкова А.Э.¹, Шинкин М.В.², Пузиков А.М.¹

¹ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения Москвы, Москва; ²ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия

К гастроинтестинальным проявлениям сахарного диабета 2-го типа (СДII) относятся гастропарез, нарушения тонуса пищевода, рефлюкс-эзофагит (Л.А. Верткин и соавт., 2017).

Цель исследования — уточнение характера изменений моторной функции пищевода при СДII.

Материал и методы. Под наблюдением находились 48 больных, страдающих СДII с развитием изжоги. Диагноз СДII устанавливали на основании исследования гликемического профиля и уровня гликированного гемоглобина. Моторику пищевода и желудка исследовали с применением аппаратно-программного комплекса Sonap M с анализом частоты и амплитуды медленных волн и спайков, а также мощности сокращений. Статистический анализ осуществляли с применением программы Statistica 12.

Результаты. Частота медленных волн нижней трети пищевода и желудка, соответственно составляла $20,1 \pm 0,6$ ($p < 0,05$) и $9,4 \pm 0,3$ цикла/мин ($p < 0,05$), амплитуда — $0,08 \pm 0,002$ ($p < 0,05$) и $0,12 \pm 0,004$ мВ ($p < 0,05$); мощность сокращения соответственно составила 1,61 и 1,13. Частота спайков нижней трети пищевода — $3,0 \pm 0,1$ ($p < 0,05$) и желудка $4,0 \pm 0,23$ ($p < 0,05$) соответственно, амплитуды — $0,03 \pm 0,002$ и $0,02 \pm 0,004$ мВ. Полученные результаты свидетельствуют о развитии выраженного рефлюкс-эзофагита.

Вывод. Рефлюкс-эзофагит наблюдается при СД II. В механизме его развития играет роль образование и накопление конечных продуктов гликирования в нервных волокнах и недостаточность эндоневрального кровотока с формированием постденервационной гиперчувствительности рецепторов гладких мышц, обуславливающих развитие рефлюкс-эзофагита.

РОЛЬ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ В НУТРИТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ РАЗВИТИИ ПОСТИНФЕКЦИОННОГО СИНДРОМА

Костюченко Л.Н.¹, Лычкова А.Э.¹, Сильвестрова С.В.¹, Ручкина И.Н.¹, Васина Т.А.³, Костюченко М.В.², Пузиков А.М.¹

¹ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова», Москва; ²ГБОУ «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», Москва; ³РУДН, Москва, Россия

Цель исследования — изучение влияния микрофлоры толстой кишки на изменения моторной функции как фактора, влияющего на усвоение нутриентов.

Материал и методы. Под наблюдением находились 56 больных, страдающих дисбиозом кишечника, вследствие развития постинфекционного синдрома раздраженного кишечника. Проводили электромиографию (ЭМГ) толстой кишки с использованием комплекса Sonap-M. Измеряли амплитудно-частотные характеристики медленных волн и спайковой активности. Активность микрофлоры определяли по результатам исследования короткоцепочечных жирных кислот (КЦЖК) в копрофильtrate. Статистическую обработку проводили пакетом программ Statistica 12.

Результаты. Анализ содержания КЦЖК позволил разделить больных на три группы: 1-я группа — с высоким содержанием всех КЦЖК ($10,5$ — 20 мкг/г) при высокой моторике толстой кишки. У больных 1-й группы отмечались высокие показатели ЭМГ (частота медленных волн (ЧМВ) составляла $10,1 \pm 0,5$ цикла/мин ($p < 0,05$), амплитуда $0,14 \pm 0,03$ мВ ($p < 0,05$), частота спайков составляла $4,3 \pm 0,5$ ($p < 0,05$), амплитуда спайков $0,06 \pm 0,0011$ мВ ($p < 0,05$). У больных 2-й группы отмечалось снижение активности микрофлоры, что характеризовалось снижением содержания КЦЖК (4 — 8 мкг/г) и сопровождалось снижением показателей моторной функции толстой кишки. ЧМВ составила $8,1 \pm 0,5$ цикла/мин ($p < 0,05$), амплитуда $0,13 \pm 0,02$ мВ ($p < 0,05$), частота спайков $3,2 \pm 0,4$ ($p < 0,05$), их амплитуда $0,05 \pm 0,0012$ мВ ($p < 0,05$). Больные 3-й группы характеризовались тоже низким содержанием, но отдельных КЦЖК (2 мкг/г и менее), что коррелировало также с угнетением моторной функции кишки. ЧМВ составила $5,6 \pm 0,3$ цикла/мин ($p < 0,05$), амплитуда $0,04 \pm 0,002$ мВ ($p < 0,05$), частота

спайков $1,2 \pm 0,13$ ($p < 0,05$), их амплитуда составила $0,03 \pm 0,001$ мВ ($p < 0,05$).

Вывод. Установлена прямая корреляция между КЦЖК (продуктов жизнедеятельности микрофлоры) и моторной активностью кишечника. Дальнейшее неравномерное прогрессирующее снижение содержания КЦЖК приводило к еще более выраженному угнетению моторики кишечника.

ВЛИЯНИЕ СИНТЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА ИЗ АЛЬФА-ФЕТОПРОТЕИНА ЧЕЛОВЕКА НА ТЕЧЕНИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ЯЗВЫ

Терентьев А.А.¹, Лычкова А.Э.², Казимирский А.Н.¹, Салмаси Ж.М.¹, Пузиков А.М.²

¹РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва; ²ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Альфа-фетопротейн (АФП) человека включен во многие процессы, связанные с ростом, развитием и клеточной дифференцировкой.

Цель исследования — определить влияние пептида АФП_{14–20} на течение экспериментальной язвы желудка (ЭЯЖ).

Материал и методы. Исследование влияния АФП_{14–20} на течение ЭЯЖ проводили на 15 крысах породы Wistar 230—250 г. Регистрировали электромоторную активность (ЭМА) фундального и антрального отделов желудка. На 4—5-й день модели язвы проводили регистрацию ЭМА отделов желудка с последующим обкалыванием периульцерозной зоны (ПЗ) пептидом АФП_{14–20}. Контрольную группу составили 5 животных с ЭЯЖ.

Результаты. Введение пептида АФП_{14–20} в ПЗ сопровождалось активацией медленных волн ЭМА гладких мышц фундального отдела желудка: частота увеличивается до $8,6 \pm 1,4$ цикла/мин (18%; $p < 0,05$), амплитуда — до $0,19 \pm 0,04$ мВ (28,5%; $p < 0,05$). Введение пептида АФП_{14–20} в ПЗ сопровождалось активацией медленных волн ЭМА гладких мышц антрального отдела желудка: частота увеличилась до $8,7 \pm 1,3$ цикла/мин (11,7%; $p < 0,05$), амплитуда — до $0,15 \pm 0,04$ мВ (25%; $p < 0,05$). Введение пептида АФП_{14–20} в периульцерозную зону сопровождается увеличением моторной функции желудка в целом. Макроскопически на 10-й день язвы по Окабе, активированная пептидом АФП_{14–20}, представляет собой глубокий обширный дефект стенки желудка с подрытыми краями, дно которого заполнено гнойными наложениями. Отмечают мощный спаечный процесс в брюшной полости.

Вывод. Пептид АФП_{14–20} способен активировать апоптоз развивающихся клеток и за пределами иммунной системы в ходе восстановительных процессов. Таким образом, повреждающее действие пептида АФП_{14–20} на фоне моделированной язвы желудка более выражено, чем у Е-пептида, что подтверждается электрофизиологическими и макроскопическими исследованиями.

ВЛИЯНИЕ СИНТЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА Е НА ТЕЧЕНИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ЯЗВЫ

Терентьев А.А.¹, Лычкова А.Э.², Казимирский А.Н.¹, Салмаси Ж.М.¹, Пузиков А.М.²

¹РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия; ²ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

Регуляторный пептид типа Е относится к числу эффективных стимуляторов апоптоза.

Цель исследования — изучить влияние пептида Е на течение язвы желудка.

Материал и методы. Эксперименты проводили на 15 крысах породы Wistar 230—250 г путем нанесения ацетоуксусной кислоты на границу фундального и антрального отделов желудка (модель язвы по Окабе). На 4—5-й и на 10-й день модели язвы реги-

стрировали электромоторную активность фундального и антрального отделов желудка с последующим обкалыванием перилульцерозной зоны регуляторным пептидом Е с последующим морфологическим исследованием. Контрольную группу составили 5 животных с моделью язвы по Окабе.

Результаты. Введение пептида Е в перилульцерозную зону сопровождалось активацией медленных волн ЭМА гладких мышц фундального отдела желудка: частота увеличивается до $10,1 \pm 1,4$ цикла/мин (41%; $p < 0,05$), амплитуда — до $0,21 \pm 0,04$ мВ (66,7%; $p < 0,05$). Введение пептида Е в перилульцерозную зону сопровождалось активацией медленных волн ЭМА гладких мышц ан-

трального отдела желудка: частота увеличивается до $12,9 \pm 1,5$ цикла/мин (29,5%; $p < 0,05$), амплитуда — до $0,31 \pm 0,05$ мВ (43,5%; $p < 0,05$). На 10-й день язвы желудка на фоне введения пептида Е частота и амплитуда моторная активность увеличивается соответственно еще на 88—90 и на 57—91%. Макроскопически на 10-й день язва, активированная пептидом Е, представляет собой глубокий дефект стенки желудка с подрывными краями, дно которого выполнено гнойными наложениями.

Вывод. Введение пептида Е потенцирует альтернативные процессы в зоне язвы желудка. Повреждающее действие пептида Е на фоне язвы желудка менее выражено, чем у пептида АФП.



Разное

ПЕРСониФИЦИРОВАННЫЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Неймарк А.Е., Еганян Ш.А.

ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Бариатрическая хирургия является одним из самых эффективных методов лечения морбидного ожирения. Тем не менее эффективность даже радикальных методов бывает скомпрометирована, что связано с ментальными особенностями пациентов страдающих ожирением. Это требует сочетания хирургического лечения и особых форм психологической работы с пациентами.

Цель исследования — оценить эффективность персонифицированного психологического сопровождения бариатрического пациента. Личностно-ориентированная работа должна быть направлена на изучение индивидуально-психологических особенностей пациента, поиск возможных причин нарушения пищевого поведения, выявление слабоосознаваемых мотивов такого поведения, изучение внутренних ресурсов, необходимых в период лечения.

Материал и методы. Основная группа состояла из 52 человек, в которой параллельно с хирургическим лечением осуществлялось психологическое сопровождение каждого пациента (психодиагностика, психологическая консультация, психологическая коррекция). После психологической беседы составлялась индивидуальная программа психологического сопровождения для каждого пациента основной группы. При возникновении эмоциональных проблем, связанных с необходимостью соблюдать строгие рекомендации после операции и особенностями нового образа жизни, в каждом отдельном случае разрабатывалась индивидуальная программа психологической коррекции, и проводились психокоррекционные мероприятия. Контрольная группа — 50 человек, в которой проводилась только дистанционная психологическая диагностика в послеоперационный период (спустя 1 год). Психологическая диагностика проводилась с использованием опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL — 90 — R), L. Derogatis.

Результаты. Сравнительный анализ эмоционального состояния пациентов основной и контрольной групп спустя 1 год после оперативного вмешательства выявил значимые различия ($p < 0,05$) по шкалам тревожно-депрессивного спектра, соматизации и дистресса. Пациенты, не наблюдавшиеся в процессе лечения у психолога, проявляли большую тревожность (0,80 балла) и подавленность (0,85 балла), имели большое количество соматических жалоб (1,5 балла), причиной возникновения которых являлось психическое напряжение и дистресс (0,78 балла). Потеря избыточной массы тела была более успешна в группе психологического сопровождения (54%), в контрольной группе — 43%. Таким образом, низкая выраженность психопатологической симптоматики и более успешное снижение избыточной массы тела в по-

слеоперационный период в основной группе может говорить об эффективности персонифицированного психологического сопровождения бариатрических пациентов.

Вывод. Психологическое изучение пациента перед операцией позволяет прогнозировать и предотвратить психологические проблемы пациента в послеоперационный период, также позволяет выявить прогностические индивидуально-психологические факторы в снижении избыточной массы тела. Персонифицированный психологический подход в бариатрической хирургии может привести к сокращению продолжительности лечения и затрат на него в послеоперационный период, а самое главное к увеличению его эффективности и успешному снижению массы тела. Решению этой задачи способствует знание индивидуально-психологических параметров пациента, от изменения которых зависит динамика массы тела.

ИССЛЕДОВАНИЕ РЕПАРАТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Полозова Э.И., Трохина И.Е.

ФГБОУ ВО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Саранск, Россия

Цель исследования — оценить в сравнительном аспекте эффективность лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) у больных, получающих стандартную противоязвенную терапию и при дополнительном включении в схему лечения препарата антиоксидантного действия этоксидола.

Материал и методы. Обследованы 57 пациентов (в возрасте $49,7 \pm 5,9$ года) с ЯБ ДПК в стадии обострения, разделенных на две группы, находившихся на лечении в ГБУЗ РМ РКБ №5 Саранска в 2015—2017 гг. Больные 1-й группы ($n=27$) получали стандартную трехкомпонентную противоязвенную терапию, в состав которой входили амоксициллин, кларитромицин, омепразол. Больным 2-й группы ($n=30$) дополнительно назначали эмосибел 1% — 2 мл внутримышечно 10 дней. Пациенты обеих групп были инфицированы *H. pylori*. Эффективность лечения ЯБ ДПК оценивали путем анализа данных эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) на момент поступления и на 10-е сутки терапии. Статистический анализ данных проводился по общепринятым формулам с использованием пакета программ Excel 7.

Результаты. Проведенные исследования показали, что у пациентов обеих групп по данным эндоскопического исследования регистрировались язвенные дефекты размеры которых были 7—11 мм. Во 2-й группе средние размеры язвенных дефектов составили $7,89 \pm 0,85$ мм, в 1-й группе — $7,56 \pm 0,73$ мм. При сравнении эффективности терапии было установлено, что после

10-дневного курса лечения во 2-й группе у 27 (90,0%) больных из 30 наступило полное заживление язвенных дефектов. У 3 пациентов отмечена существенная положительная эндоскопическая динамика в виде уменьшения размеров язвы в 2–3 раза (средний размер остаточного язвенного дефекта составил $2,5 \pm 0,3$ мм). При контрольной ЭГДС у больных 1-й группы через 10 дней от начала терапии полное рубцевание язвенного дефекта произошло только у 18 (66,7%) из 27 больных. В 9 (33,3%) наблюдениях наблюдалось уменьшение размеров язв в 2–3 раза (в среднем до $2,7 \pm 0,6$ мм).

Вывод. Проведенное исследование продемонстрировало большую эффективность лечения ЯБ ДПК при дополнительном включении антиоксидантной терапии в состав стандартной схемы лечения. Использование антиоксидантной терапии в комплексном лечении ЯБ ДПК существенно улучшает клиническое течение заболевания, повышает эффективность терапии, а также заметно сокращает сроки лечения.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ (2008—2015)

Костюк В.С., Дубина М.А.

МГЭИ им. А.Д. Сахарова БГУ, Минск, Беларусь

Цель исследования — эпидемиологический анализ заболеваемости населения Республики Беларусь болезнями органов пищеварения.

Материал и методы. Были изучены данные о заболеваемости населения РБ болезнями органов пищеварения, полученные из статистических сборников «Здравоохранение в Республике Беларусь» за 2008—2015 гг. В работе был проведен ретроспективный анализ показателей заболеваемости, проанализирована динамика и определены основные тенденции. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью статистического пакета в программе Microsoft Excel 2010.

Результаты. В структуре заболеваемости населения Республики Беларусь в 2008 г., болезни органов пищеварения занимают 4-е место (6,3%), при этом начальные позиции отданы болезням органов дыхания (30,2%), системы кровообращения (16,0%), костно-мышечной и соединительной системы (6,4%). Необходимо отметить, что в 2015 г. удельный вес заболеваемости по причине болезней органов пищеварения уменьшился до 5,6%, что, возможно, связано с ежегодными профилактическими и лечебными мероприятиями, проводимыми в нашей стране. За 2008—2015 гг. выявлена тенденция к снижению ($R^2=0,66$) общей заболеваемости болезнями органов пищеварения среди всего населения РБ. Среднегодовой показатель заболеваемости составил $A_0=8792^0/_{0000}$. В динамике первичной заболеваемости всего населения выявлена тенденция к ее снижению ($R^2=0,52$). Также определены тенденции заболеваемости детского населения Республики Беларусь: динамика общей заболеваемости детского населения характеризуется тенденцией к устойчивому снижению ($R^2=0,95$). Общее снижение с 2008 по 2015 г. составило 26%. Тенденция первичной заболеваемости детей болезнями органов пищеварения аналогична ($R^2=0,8$), показатели снизились на 16%. В динамике общей заболеваемости взрослого населения, напротив, выявлена тенденция к ее увеличению ($R^2=0,39$). О тенденции динамики первичной заболеваемости взрослого населения судить невозможно, она остается примерно на одном и том же уровне в течение рассматриваемых 8 лет.

Для выявления территориальных различий был проведен анализ динамики заболеваемости болезнями органов пищеварения населения Республики Беларусь по областям в 2008 и 2015 гг. В 2008 г. самая неблагоприятная ситуация складывалась в Гомельской области ($11199,7^0/_{0000}$) и Минске ($10008,4^0/_{0000}$), где показатели заболеваемости превышают среднереспубликанский уровень ($8946,4^0/_{0000}$). В 2015 г. ситуация в регионах сохранилась, за исключением роста показателя в Гродненской области. Уро-

вень заболеваемости в Брестской, Витебской и Гродненской областях ниже республиканских показателей.

Вывод. Для снижения риска развития серьезных нарушений ЖКТ, ежегодно в Республике Беларусь проводятся профилактические и лечебные мероприятия. Также различными учреждениями здравоохранения проводятся акции и семинары по внедрению здорового питания среди населения нашей страны. Эффективность этих мероприятий доказывается наблюдаемым снижением заболеваемости населения РБ болезнями органов пищеварения, но в то же время среди взрослого населения выявлена тенденция к ее увеличению (самая неблагоприятная ситуация по заболеваемости складывается в Гомельской области и Минске).

СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ОТ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ В 2008—2015 ГГ.: СТРУКТУРА, ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ, ТЕНДЕНЦИИ

Костюк В.С., Дубина М.А.

МГЭИ им. А.Д. Сахарова БГУ, Минск, Беларусь

Цель исследования — изучить и проанализировать сложившиеся тенденции в смертности населения Республики Беларусь от болезней органов пищеварения за период 2008—2015 гг.

Материал и методы. Проанализированы показатели смертности населения Республики Беларусь от болезней органов пищеварения за период 2008—2015 гг. Рассмотрены основные причины смертности от этой патологии, изучена распространенность среди разных возрастных групп. Статистическая обработка данных проводилась с помощью статистического пакета в программе Microsoft Excel 2010.

Результаты. Смертность является одним из показателей медико-демографического благополучия населения. На протяжении нескольких десятилетий, смертность от заболеваний пищеварительной системы занимала 5-е место в структуре причин смертности населения РБ. В период с 2008 по 2015 г. наблюдалась неустойчивая тенденция снижения показателей смертности ($R^2=0,42$), они уменьшились с 47,5 случая на 100 тыс. населения до $38^0/_{0000}$. При этом наибольшее значение наблюдалось в 2011 г. ($58,5^0/_{0000}$). Среднегодовой показатель за исследуемый период составил $A_0=42,75^0/_{0000}$. Также был проведен анализ динамических рядов смертности сельского и городского населения от болезней органов пищеварения в 2008—2015 гг. Динамика смертности имеет устойчивую тенденцию к снижению, как среди городского ($R^2=0,5$, $A_1=-142,2^0/_{0000}$), так и среди сельского населения ($R^2=0,62$, $A_1=-60,0^0/_{0000}$). Наибольший удельный вес в возрастной структуре заболеваемости БОП приходится на население, старше трудоспособного. В 2008 г. он составил 53,56%, в 2015 г. он повысился до 61,26%. Одновременно наблюдается уменьшение смертности от БОП на 7,7% среди трудоспособного населения. Показатели смертности детского населения остаются примерно на одном уровне в течение всего исследуемого периода (0,11%). В нозологической структуре смертности от БОП за весь период исследования наибольший удельный вес приходится на смертность от цирроза и фиброза печени (64%), в том числе алкогольного (18%). Меньший вклад вносит смертность от язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Вывод. Смертность населения от болезней органов пищеварения характеризуется тенденцией к снижению. Необходимо отметить, что процент смертности от БОП у лиц старше трудоспособного возраста выше аналогичного у лиц трудоспособного возраста. Также выявлено, что смертность городского населения выше, чем сельского в 2 раза. В нозологической структуре смертности, главной причиной является цирроз и фиброз печени (в том числе алкогольный), что связано с ежегодным увеличением потребления спиртных напитков в Республике Беларусь. В связи с этим, в стране вводилась «Государственная программа национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2011—2015 гг.», которая помогла снизить показатели смертности от алкогольной болезни печени среди населения.