

CONSILIUM MEDICUM

Том 28, 2026
VOL. 28, 2026. ПРИЛОЖЕНИЕ

ОСНОВАННАЯ НА ДОКАЗАТЕЛЬСТВАХ МЕДИЦИНА ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ

ТЕЗИСЫ 52-Й НАУЧНОЙ СЕССИИ
ЦНИИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ



«НАУЧНЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ
В КЛИНИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ»
26–27 ФЕВРАЛЯ 2026 ГОДА

CONSILIUM MEDICUM

consilium.orscience.ru

ISSN 2075-1753 (PRINT)
ISSN 2542-2170 (ONLINE)

ТОМ 28, 2026
Приложение

Рецензируемое научно-практическое периодическое издание для профессионалов в области здравоохранения.

Год основания журнала – 1999.

В журнале публикуются национальные и зарубежные рекомендации, оригинальные работы, обзоры, а также лекции, материалы конференций, конгрессов, форумов, клинические случаи по наиболее актуальным научно-практическим проблемам современной медицины.

Журнал включен в Единый государственный перечень научных изданий – «Белый список» (Уровень 1).

Журнал представлен в НЭБ eLibrary.ru (ядро РИНЦ), Ulrichsweb Global Serials Directory, CyberLeninka.

Журнал индексируется в РИНЦ (RSCI), RusMed, Google Scholar, DOAJ, CrossRef, WorldCat, Scilit.

Главный редактор журнала:

Фомин Виктор Викторович,

академик РАН, д.м.н.,

профессор, ректор,

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования,

Москва, Российская Федерация

Ответственный за выпуск приложения:

Бордин Дмитрий Станиславович,

д.м.н., профессор (Тверь, Москва)

ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова»

Департамента здравоохранения г. Москвы

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций.

Свидетельство о регистрации: ПИ №ФС77-63969.

Периодичность: 12 раз в год.

УЧРЕДИТЕЛЬ: ЗАО «МЕДИЦИНСКИЕ ИЗДАНИЯ».

115054, Российская Федерация, Москва,

ул. Дубининская, д. 20, офис 95

Печатная версия журнала распространяется по подписке.

Электронная версия журнала публикуется в открытом доступе и распространяется по лицензии CC BY-NC-SA 4.0.

Каталог «Пресса России» 29571.

Авторы, присылающие статьи для публикаций, должны быть ознакомлены с инструкциями для авторов и публичным авторским договором: consilium.orscience.ru

В статьях представлена точка зрения авторов, которая может не совпадать с мнением редакции журнала. Рекламные материалы промаркированы в соответствии с Федеральным законом «О рекламе» №38-ФЗ РФ и публикуются в соответствии с рекламной [политикой журнала](#).

Согласно рекомендациям Роскомнадзора выпуск и распространение данного научно-практического издания допускаются без размещения знака информационной продукции.

Все права защищены. 2026 г.

ИЗДАТЕЛЬ:

ООО «КОНСИЛИУМ МЕДИКУМ»

Адрес: 125252, Россия, Москва,
ул. Алабяна, д. 13, корп. 1

Сайт: ConsiliumMedicum.ru

Коммерческий отдел

E-mail: sales@omnidocor.ru

Алина Антонова

+7 (495) 098-03-59 (доб. 311)

a.antonova@omnidocor.ru

Работа с подписчиками:

subscribe@omnidocor.ru

РЕДАКЦИЯ

Адрес: 125252, Россия, Москва,
ул. Алабяна, д. 13, корп. 1

Телефон: +7 (495) 098-03-59

E-mail: editor@omnidocor.ru

Научный редактор:

Татьяна Башарина

Литературный редактор-корректор:

Мария Манзюк

Дизайн и верстка:

Мария Васильева



CONSILIUM
MEDICUM

OmniDoctor.ru

CONSILIUM MEDICUM

ISSN 2075-1753 (PRINT)
ISSN 2542-2170 (ONLINE)

consilium.orscience.ru

VOL. 28, 2026
Supplement

Peer-reviewed scientific and practical periodical for healthcare professionals.

The journal was founded in 1999.

The journal publishes articles of original studies and reviews primarily covers the practical aspects of diagnosis and treatment of a broad spectrum of diseases, as well as information on the most important and actual theoretical and practical issues of health care and medical science. The journal is multidisciplinary within the medicine and covers a wide range of research topics. One of the key features of the journal is cross-cutting articles addressed to a huge auditory of healthcare professionals and researchers from different fields of medicine and for interdisciplinary teams. Ahead of original studies and reviews the journal provides clinical case reports with severe, rare and difficult for diagnoses diseases.

Available at: eLibrary.ru platform, Ulrichsweb Global Serials Directory, CyberLeninka.

Indexed in: Russian Science Citation Index, RUS White list of Scientific Journals (level 1), Google Scholar, RusMed, DOAJ, CrossRef, WorldCat, Scilit.

Editor-in-Chief:

Victor V. Fomin,

M.D., Dr. Science (Medicine), Professor,
Academician of the Russian Academy of Sciences, Russian Medical Academy
of Continuous Professional Education,
Moscow, Russian Federation

Responsible for Issue:

Dmitrii S. Bordin,

M.D., Dr. Science (Medicine), Professor
Loginov Moscow Clinical Scientific Center (Moscow, Russian Federation)
Russian University of Medicine (Moscow, Russian Federation)
Tver State Medical University (Tver, Russian Federation)

The Journal is registered in Federal Service for Supervision of Communications, Information Technology and Mass Media.

Registration number: ПИ №ФС77-63969.

Publication frequency: 12 times per year.

FOUNDER: MEDITSINSKIE IZDANIYA.

Dubininskaya str 20 (office 95), Moscow, 115054, Russian Federation.

The print version of the journal is available by subscription.

The electronic version is published Open Access and is distributed under a CC BY-NC-SA 4.0 license.

Catalogue "Pressa Rossii" 29571.

Authors should acquaint themselves with the author guidelines and the publishing agreement before submitting an article:

consilium.orscience.ru

The articles present authors' point of view that may not coincide with the Editorial official standpoint. [The advertising policy](#) is consistent with the principles mentioned in the Recommendations on Publication Ethics Policies for Medical Journals which issued by the World Association of Medical Editors (WAME).

According to Roskomnadzor recommendations publication and distribution of this practical edition are allowed without content rating system sign.

All rights reserved. 2026.

PUBLISHER: CONSILIUM MEDICUM

Address: 13k1 Alabiana st.,
Moscow, Russia

Website: ConsiliumMedicum.ru

Sales Department

E-mail: sales@omnidocor.ru

Alina Antonova
+7 (495) 098-03-59 (ext. 311)
a.antonova@omnidocor.ru

Subscription:

subscribe@omnidocor.ru

EDITORIAL OFFICE

Address: 13k1 Alabiana st.,
Moscow, Russian Federation

Phone: +7 (495) 098-03-59

E-mail: editor@omnidocor.ru

Science Editor: Tatiana Basharina

Literary editor-proofreader:
Mariia Manziuk

Design and Layout:
Maria Vasilieva

**CONSILIUM
MEDICUM**

OmniDoctor.ru



АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

- Ⓛ Аполихина И.А., профессор (Москва)
- Ⓛ Кузнецова И.В., профессор (Москва)
- Ⓛ Макацария А.Д., академик РАН, профессор (Москва)
- Ⓛ Подзолкова Н.М., профессор (Москва)
- Ⓛ Прилепская В.Н., профессор (Москва)
- Ⓛ Серов В.Н., академик РАН, профессор (Москва)

АЛЛЕРГОЛОГИЯ И ИММУНОЛОГИЯ

- Ⓛ Борзова Е.Ю., профессор (Москва)
- Ⓛ Ильина Н.И., профессор (Москва)
- Ⓛ Феденко Е.С., профессор (Москва)
- Ⓛ Фомина Д.С., доцент (Москва)

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

- Ⓛ Бабанов С.А., профессор (Самара)
- Ⓛ Верткин А.Л., профессор (Москва)
- Ⓛ Драпкина О.М., академик РАН, профессор (Москва)
- Ⓛ Заборовский А.В., профессор (Москва)
- Ⓛ Козловская Н.Л., профессор (Москва)
- Ⓛ Леонова М.В., профессор (Москва)
- Ⓛ Морозова Т.Е., профессор (Москва)
- Ⓛ Сыркин А.Л., профессор (Москва)
- Ⓛ Сычѳв Д.А., академик РАН, профессор (Москва)
- Ⓛ Трухан Д.И., профессор (Омск)
- Ⓛ Ших Е.В., профессор (Москва)

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ И ДИЕТОЛОГИЯ

- Ⓛ Андреев Д.Н., доцент (Москва)
- Ⓛ Бордин Д.С., профессор (Москва)
- Ⓛ Ивашкин В.Т., академик РАН, профессор (Москва)
- Ⓛ Ливзан М.А., чл.-кор. РАН, профессор (Омск)
- Ⓛ Маев И.В., академик РАН, профессор (Москва)
- Ⓛ Минушкин О.Н., профессор (Москва)
- Ⓛ Надинская М.Ю., доцент (Москва)
- Ⓛ Пиманов С.И., профессор (Витебск, Республика Беларусь)
- Ⓛ Погожева А.В., профессор (Москва)

ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ

- Ⓛ Лазебник Л.Б., профессор (Москва)
- Ⓛ Ткачева О.Н., чл.-кор. РАН, профессор (Москва)

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

- Ⓛ Адашкевич В.П., профессор (Витебск, Республика Беларусь)
- Ⓛ Гаджигороева А.Г. (Москва)
- Ⓛ Жучков М.В. (Рязань)
- Ⓛ Корсунская И.М., профессор (Москва)
- Ⓛ Олисова О.Ю., чл.-кор. РАН, профессор (Москва)
- Ⓛ Тамразова О.Б., профессор (Москва)
- Ⓛ Халдин А.А., профессор (Москва)

ИНФЕКЦИИ И АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ

- Ⓛ Белобородов В.Б., профессор (Москва)
- Ⓛ Сидоренко С.В., чл.-кор. РАН, профессор (Санкт-Петербург)
- Ⓛ Яковлев С.В., профессор (Москва)

КАРДИОЛОГИЯ

- Ⓛ Андреев Д.А., профессор (Москва)
- Ⓛ Аронов Д.М., профессор (Москва)
- Ⓛ Барбараш О.Л., академик РАН, профессор (Кемерово)

- Ⓛ Беленков Ю.Н., академик РАН, профессор (Москва)
- Ⓛ Бойцов С.А., академик РАН, профессор (Москва)
- Ⓛ Жиров И.В., профессор (Москва)
- Ⓛ Никифоров В.С., профессор (Санкт-Петербург)
- Ⓛ Остроумова О.Д., профессор (Москва)
- Ⓛ Терещенко С.Н., профессор (Москва)
- Ⓛ Шляхто Е.В., академик РАН, профессор (Санкт-Петербург)

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА

- Ⓛ Синицын В.Е., профессор (Москва)
- Ⓛ Трофимова Т.Н., чл.-кор. РАН, профессор (Санкт-Петербург)
- Ⓛ Тюрин И.Е., профессор (Москва)

НЕВРОЛОГИЯ

- Ⓛ Бойко А.Н., профессор (Москва)
- Ⓛ Воробьева О.В., профессор (Москва)
- Ⓛ Гринь А.А., чл.-кор. РАН, профессор (Москва)
- Ⓛ Гусев Е.И., академик РАН, профессор (Москва)
- Ⓛ Дамулин И.В., профессор (Москва)
- Ⓛ Камчатнов П.Р., профессор (Москва)
- Ⓛ Крылов В.В., академик РАН, профессор (Москва)
- Ⓛ Левин О.С., профессор (Москва)
- Ⓛ Скворцова В.И., чл.-кор. РАН, профессор (Москва)
- Ⓛ Федин А.И., профессор (Москва)
- Ⓛ Яхно Н.Н., академик РАН, профессор (Москва)

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Ⓛ Блохин Б.М., профессор (Москва)
- Ⓛ Руднов В.А., профессор (Екатеринбург)
- Ⓛ Шифман Е.М., профессор (Москва)

НЕФРОЛОГИЯ

- Ⓛ Котенко О.Н., доцент (Москва)
- Ⓛ Лысенко Л.В., профессор (Москва)
- Ⓛ Моисеев С.В., чл.-кор. РАН, профессор (Москва)
- Ⓛ Чеботарева Н.В., профессор (Москва)

ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

- Ⓛ Артамонова Е.В., профессор (Москва)
- Ⓛ Каприн А.Д., академик РАН, профессор (Москва)
- Ⓛ Колядина И.В., профессор (Москва)
- Ⓛ Огнерубов Н.А., профессор (Москва)
- Ⓛ Поддубная И.В., академик РАН, профессор (Москва)
- Ⓛ Секачева М.И., профессор (Москва)
- Ⓛ Семиглазова Т.Ю., профессор (Санкт-Петербург)

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

- Ⓛ Карпищенко С.А., профессор (Санкт-Петербург)
- Ⓛ Косяков С.Я., профессор (Москва)
- Ⓛ Крюков А.И., чл.-кор. РАН, профессор (Москва)
- Ⓛ Лопатин А.С., профессор (Москва)
- Ⓛ Морозова С.В., профессор (Москва)
- Ⓛ Овчинников А.Ю., профессор (Москва)
- Ⓛ Рязанцев С.В., профессор (Санкт-Петербург)
- Ⓛ Свистушкин В.М., профессор (Москва)

ПЕДИАТРИЯ

- Ⓛ Геппе Н.А., профессор (Москва)
- Ⓛ Горелов А.В., академик РАН, профессор (Москва)
- Ⓛ Гусева Н.Б., профессор (Москва)
- Ⓛ Жолобова Е.С., профессор (Москва)
- Ⓛ Морозов Д.А., профессор (Москва)
- Ⓛ Османов И.М., профессор (Москва)
- Ⓛ Яцык С.П., чл.-кор. РАН, профессор (Москва)

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

- Ⓛ Авдеев С.Н., академик РАН, профессор (Москва)
- Ⓛ Белевский А.С., профессор (Москва)
- Ⓛ Визель А.А., профессор (Казань)
- Ⓛ Зайцев А.А., профессор (Москва)
- Ⓛ Илькович М.М., профессор (Санкт-Петербург)
- Ⓛ Курбачева О.М., профессор (Москва)
- Ⓛ Синопальников А.И., профессор (Москва)
- Ⓛ Чучалин А.Г., академик РАН, профессор (Москва)

РЕВМАТОЛОГИЯ

- Ⓛ Алексеева Л.И., профессор (Москва)
- Ⓛ Загребнева А.И., доцент (Москва)
- Ⓛ Насонов Е.Л., академик РАН, профессор (Москва)
- Ⓛ Шостак Н.А., профессор (Москва)

РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ХИРУРГИЯ

- Ⓛ Ерошкин И.А., профессор (Москва)
- Ⓛ Коков Л.С., академик РАН, профессор (Москва)
- Ⓛ Семитко С.П., профессор (Москва)

УРОЛОГИЯ И АНДРОЛОГИЯ

- Ⓛ Аль-Шукри А.С., профессор (Москва)
- Ⓛ Аляев Ю.Г., чл.-кор. РАН, профессор (Москва)
- Ⓛ Забиров К.И., профессор (Москва)
- Ⓛ Коган М.И., профессор (Ростов-на-Дону)
- Ⓛ Кривобородов Г.Г., профессор (Москва)
- Ⓛ Лоран О.Б., академик РАН, профессор (Москва)

ФТИЗИАТРИЯ

- Ⓛ Мишин В.Ю., профессор (Москва)
- Ⓛ Степанян И.Э., профессор (Москва)
- Ⓛ Шмелев Е.И., профессор (Москва)

ХИРУРГИЯ

- Ⓛ Богачев В.Ю., профессор (Москва)
- Ⓛ Дибиров М.Д., профессор (Москва)
- Ⓛ Золотухин И.А., профессор (Москва)
- Ⓛ Стойко Ю.М., профессор (Москва)

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

- Ⓛ Аметов А.С., профессор (Москва)
- Ⓛ Дедов И.И., академик РАН, профессор (Москва)
- Ⓛ Демидова И.Ю., профессор (Москва)
- Ⓛ Демидова Т.Ю., профессор (Москва)
- Ⓛ Мельниченко Г.А., академик РАН, профессор (Москва)
- Ⓛ Петунина Н.А., чл.-кор. РАН, профессор (Москва)
- Ⓛ Трошина Е.А., чл.-кор. РАН, профессор (Москва)
- Ⓛ Фадеев В.В., чл.-кор. РАН, профессор (Москва)
- Ⓛ Шестакова М.В., академик РАН, профессор (Москва)

ALLERGOLOGY AND IMMUNOLOGY

- 1D Elena Y. Borzova, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Natalia I. Ilina, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Elena S. Fedenko, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Daria S. Fomina, MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)

CARDIOLOGY

- 1D Denis A. Andreev, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D David M. Aronov, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Olga L. Barbarash, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Kemerovo, Russia)
- 1D Yurii N. Belenkov, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Sergey A. Boytsov, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Igor V. Zhiron, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Victor S. Nikiforov, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Saint Petersburg, Russia)
- 1D Olga D. Ostroumova, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Sergey N. Tereshchenko, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Evgenii V. Shliakhto, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Saint Petersburg, Russia)

DERMATOVENEROLOGY

- 1D Vladimir P. Adaskevich, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Vitebsk, Republic of Belarus)
- 1D Aida G. Gadzhigorieva, MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Mikhail V. Zhuchkov, Dr. Science (Med.) (Ryazan, Russia)
- 1D Irina M. Korsunskaya, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Olga Iu. Olisova, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Olga B. Tamrazova, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Aleksei A. Khalidin, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)

DIAGNOSTIC RADIOLOGY

- 1D Valentin E. Sinityn, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Tatiana N. Trofimova, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Saint Petersburg, Russia)
- 1D Igor E. Tyurin, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)

ENDOCRINOLOGY

- 1D Aleksandr S. Ametov, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Ivan I. Dedov, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Irina Yu. Demidova, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Tatiana Yu. Demidova, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Galina A. Melnichenko, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Nina A. Petunina, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Ekaterina A. Troshina, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Valentin V. Fadeev, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Marina V. Shestakova, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)

ENDOVASCULAR SURGERY

- 1D Ivan A. Eroshkin, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Leonid S. Kokov, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Sergey P. Semitko, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)

GASTROENTEROLOGY

- 1D Dmitrii N. Andreev, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Dmitrii S. Bordin, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Vladimir T. Ivashkin, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Maria A. Livzan, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Omsk, Russia)
- 1D Igor V. Maev, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Oleg N. Minushkin, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Maria Yu. Nadinskaia, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Sergei I. Pimanov, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Vitebsk, Republic of Belarus)
- 1D Alla V. Pogozeva, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)

GERONTOLOGY AND GERIATRICS

- 1D Leonid B. Lazebnik, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Olga N. Tkacheva, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)

INFECTION AND ANTIMICROBIAL THERAPY

- 1D Vladimir B. Beloborodov, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Sergei V. Sidorenko, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Saint Petersburg, Russia)
- 1D Sergei V. Iakovlev, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)

INTENSIVE THERAPY

- 1D Boris M. Blokhin, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Vladimir A. Rudnov, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Ekaterinburg, Russia)
- 1D Efim M. Shifman, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)

INTERNAL MEDICINE

- 1D Sergei A. Babanov, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Samara, Russia)
- 1D Arkadii L. Vertkin, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Oksana M. Drapkina, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Andrey V. Zaborovskiy, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Natalia L. Kozlovskaya, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Marina V. Leonova, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Tatiana E. Morozova, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Abram L. Syrkin, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Dmitrii A. Sychev, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Dmitriy I. Trukhan, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Omsk, Russia)
- 1D Evgenia V. Shikh, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)

NEPHROLOGY

- 1D Oleg N. Kotenko, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Lidia V. Lysenko, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Sergey V. Moiseev, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Natalia V. Chebotareva, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)

NEUROLOGY

- 1D Aleksei N. Boiko, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Olga V. Vorobeva, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Andrei A. Grin, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Evgenii I. Gusev, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Igor V. Damulin, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Pavel R. Kamchatnov, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Vladimir V. Krylov, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Oleg S. Levin, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Veronika I. Skvortsova, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Anatolii I. Fedin, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Nikolai N. Iakhno, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)

OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

- 1D Inna A. Apolikhina, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Irina V. Kuznetsova, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Alexandr D. Makatsariya, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Natalia M. Podzolkova, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Vera N. Prilepskaya, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Vladimir N. Serov, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)

ONCOLOGY

- 1D Elena V. Artamonova, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Andrey D. Kaprin, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Irina V. Kolyadina, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Nikolai A. Ognerubov, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Irina V. Poddubnaya, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Marina I. Sekacheva, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Tatiana Iu. Semiglazova, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Saint Petersburg, Russia)

OTORHINOLARYNGOLOGY

- 1D Sergey A. Karpishchenko, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Saint Petersburg, Russia)
- 1D Sergei Ya. Kosyakov, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Andrei I. Kriukov, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Andrei S. Lopatin, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Svetlana V. Morozova, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Andrei Yu. Ovchinnikov, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Sergey V. Ryazantsev, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Saint Petersburg, Russia)
- 1D Valery M. Sviustushkin, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)

PEDIATRICS

- 1D Natalia A. Geppe, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Aleksandr V. Gorelov, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Natalia B. Guseva, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Elena S. Zholobova, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Dmitrii A. Morozov, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Ismail M. Osmanov, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Sergei P. Yatsyk, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)

PHTHISIOLOGY

- 1D Vladimir Yu. Mishin, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Igor E. Stepanyan, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Evgenii I. Shmelev, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)

PULMONOLOGY

- 1D Sergey N. Avdeev, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Andrei S. Belevskii, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Aleksandr A. Vizel, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Kazan, Russia)
- 1D Andrey A. Zaitsev, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Mikhail M. Ilkovich, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Saint Petersburg, Russia)
- 1D Oksana M. Kurbacheva, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Aleksandr I. Sinopalnikov, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Alexander G. Chuchalin, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)

RHEUMATOLOGY

- 1D Ludmila I. Alekseeva, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Alena I. Zagrebneva, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Evgenii L. Nasonov, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Nadezhda A. Shostak, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)

SURGERY

- 1D Vadim Yu. Bogachev, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Magomed D. Dibirov, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Igor A. Zolotukhin, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Yurii M. Stoyko, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)

UROLOGY AND ANDROLOGY

- 1D Adel S. Al-Shukri, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Yurii G. Aliaev, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Konstantin I. Zabrirov, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Mikhail I. Kogan, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Rostov-on-Don, Russia)
- 1D Grigori G. Krivoborodov, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)
- 1D Oleg B. Loran, prof., MD, Dr. Science (Med.) (Moscow, Russia)

Тезисы 52-й научной сессии ЦНИИ Гастроэнтерологии «Научные достижения в клиническую практику». 26–27 ФЕВРАЛЯ 2026 ГОДА

Abstracts of the 52nd Scientific Session of the Central Research Institute of Gastroenterology: "From Scientific Achievements to Clinical Practice" (February 26–27, 2026)

Для цитирования: Тезисы 52-й научной сессии ЦНИИ Гастроэнтерологии «Научные достижения в клиническую практику». 26–27 февраля 2026 года. *Consilium Medicum*. 2026;28(Приложение): 9–50. DOI: 10.26442/20751753.2026.5.203580

For citation: Abstracts of the 52nd Scientific Session of the Central Research Institute of Gastroenterology: "From Scientific Achievements to Clinical Practice" (February 26–27, 2026). *Consilium Medicum*. 2026;28(Suppl.): 9–50. DOI: 10.26442/20751753.2026.5.203580

Доступно на сайте: https://omnidocor.ru/library/izdaniya-dlya-vrachey/consilium-medicum/cm2026/cm2026_5_pril/

ПАТОЛОГИЯ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА

Функциональные нарушения желудка как маркер декомпенсации углеводного обмена у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа с сопутствующей патологией органов пищеварения	9
Формы аутоиммунного гастрита и их роль в развитии опухолей желудка	9
Клинический случай пациентки с функциональным расстройством желудочно-кишечного тракта	9
Дифференциальный диагноз при клинике стеноза выходного отдела желудка: клинический случай	10
Уровень мотилина и кислотность пищевода, желудка у жителей Московской области, употребляющих электронные сигареты	10
Влияние вредных привычек на развитие функциональной диспепсии у жителей Московской области	10
Влияние итоприда на координацию миоэлектрической активности отделов желудочно-кишечного тракта	11

ПАТОЛОГИЯ КИШЕЧНИКА

Заживление слизистой оболочки кишки – предиктор благоприятных исходов течения язвенного колита	12
Заживление слизистой оболочки кишки у пациенток с язвенным колитом и исходы беременности	12
Приверженность лекарственной терапии у пациентов с неоперированной и оперированной болезнью Крона	13
Гиршпрунг-индуцированная болезнь Крона у детей (серия клинических наблюдений)	13
Функциональное состояние тонкого кишечника у пациентов с хроническим панкреатитом ...	13
Заживление слизистой оболочки кишки у бионаивных и небинаивных пациентов с язвенным колитом, получающих монотерапию ведолизумабом и в комбинации с месалазинами	14
Заживление слизистой оболочки кишки у бионаивных и небинаивных пациентов с язвенным колитом, получающих монотерапию устекинумабом и в комбинации с месалазинами	14
Взаимосвязь порога висцеральной чувствительности и клинической картины у пациентов с тяжелым течением синдрома раздраженного кишечника	15

Активность карбогидраз в проксимальных и дистальных отделах тонкой кишки у пациентов с синдромом раздраженного кишечника	15
Особенности состояния мышечной ткани у больных целиакией, соблюдающих безглютеновую диету	15
Внекишечное проявление целиакии в виде остеопороза: клинический случай	16
Состояние кишечной проницаемости у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени	16
Факторы неэффективности консервативного лечения при фульминантном колите	16
Исследование барьерной функции кишечника у больных после резекции тонкой кишки	17
Целиакия при сахарном диабете 1-го типа: клинический случай бессимптомного течения и необходимость скрининга	17
Адаптация методики «Стандартизированное диетологическое интервью» для оценки приверженности безглютеновой диете у пациентов с целиакией в русскоязычной популяции	18

ПАТОЛОГИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Оценка использования нестероидных противовоспалительных средств в профилактике постманипуляционного панкреатита (предварительное сообщение)	19
Дифференциальная диагностика панкреатогенного сахарного диабета с применением интеллектуальной системы	19
Дифференциальная диагностика рака поджелудочной железы и хронического панкреатита с помощью обработки результатов компьютерной томографии	19
Особенности секреции С-пептида и панкреатического полипептида при заболеваниях поджелудочной железы	20
Экзокринная и нутриционная недостаточность у больных, перенесших проксимальную резекцию поджелудочной железы	20
Особенности течения билиарного панкреонекроза	20

ПАТОЛОГИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Влияние пелоидов различных температур на клиническую картину у пациентов с дискинезией желчевыводящих путей	22
---	----

ПАТОЛОГИЯ ПЕЧЕНИ + ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ

Предикторы 28-дневной летальности при острой печеночной недостаточности на фоне хронической у пациентов с циррозом печени	23
Трансплантация печени у пациента с системным мастоцитозом	23
Модели искусственного интеллекта в прогнозировании неблагоприятного исхода при трансплантации печени	23
Трансплантация печени при первичном склерозирующем холангите: опыт ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова»	24
Алгоритм хирургического ведения осложнений портальной гипертензии у кандидатов на трансплантацию печени	24
Клиническое значение особых фенотипов аутоиммунного гепатита	24
Редкий случай гангренозной пиодермии у пациентки с серонегативным первичным билиарным холангитом в сочетании со склероподобным поражением кожи	25
Поливенозный тромбоз с формированием цирроза печени: клинический случай	25
Факторы риска стеатоза трансплантата печени	26

НУТРИЦИОЛОГИЯ, ДИЕТОЛОГИЯ

Распространенность нарушений питания у пациентов с синдромом оперированного желудка	27
Роль дефицита жирорастворимых витаминов в развитии остеосаркопении у пациентов с первичным билиарным холангитом	27
Фактический рацион питания и метаболиты кишечной микробиоты у пациентов с опухолями поджелудочной железы	27

ОНКОЛОГИЯ

Состояние скелетно-мышечной ткани у больных раком желудка в предоперационном периоде	29
Оценка модифицируемых факторов риска предраковых заболеваний толстой кишки	29
Влияние дисфагии на показатели выживаемости пациентов с I–III стадиями плоскоклеточного рака пищевода	29
Актуальные данные регистра панкреатических нейроэндокринных опухолей	30
Эффективность индукционной химиотерапии и самостоятельной химиолучевой терапии у пациентов с нерезектабельным и неоперабельным плоскоклеточным раком пищевода II–III стадии заболевания	30
Прогностическая роль фиброза в лимфатических узлах после неoadъювантной терапии рака желудка	30
Анализ заболеваемости колоректальным раком в медицинских организациях Управления делами Президента Российской Федерации за 10 лет	31

ДИАГНОСТИКА

Совершенствование эндоскопической диагностики туберкулезного энтероколита с помощью математической модели	32
Профили антител при перекрестном синдроме	32
Диагностическая ошибка в эпоху цифровой патологии	32
Комплексная дифференциальная гистологическая и иммуногистохимическая диагностика эпителиальных неоплазий внепеченочных желчных протоков	33
Эндоскопическое клипирование в сочетании с пластиковым стентированием при ретродуоденальной перфорации: клинический случай альтернативного подхода	33
Эндоскопический подход в лечении свищей двенадцатиперстной кишки: клинический случай эффективности временного стентирования при осложненном панкреонекрозе	33
Выявление скрытой крови в кале: преимущества иммунохимического метода	34
Молекулярно-генетические характеристики слизистой оболочки толстой кишки	34
Предоперационная КТ-энтерография в выборе хирургической тактики при болезни Крона ...	35
Кишечный микробиом как мишень для персонализированной профилактики осложнений: метагеномное секвенирование в управлении инфекционными рисками у гематологических пациентов	35
Особенности иммунных реакций при комбинированном лечении больных раком желудка	36
Сложности диагностики солидной псевдопапиллярной неоплазии поджелудочной железы	36
Роль эндоскопического ультразвукового исследования в диагностике злокачественных опухолей большого сосочка двенадцатиперстной кишки	36
Перспективы морфологической диагностики синдрома повышенной эпителиальной проницаемости при целиакии	37

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

Результаты первого года внедрения радикальных мини-инвазивных операций при раке желудка в условиях регионального онкологического диспансера	38
Новая стратегия уменьшения объема TAR-пластики у пациентов с большими послеоперационными вентральными грыжами: анализ результатов	38
Факторы, повышающие риски образования спаек после герниопластики IPOM	38
Робот-ассистированная панкреатодуоденальная резекция на этапе внедрения. Сравнение с открытыми операциями	39
Опыт использования полнослойной резекции участка стенки кишки с помощью системы FTRD в различных отделах кишечника	39
Варианты хирургического лечения больных колоректальным раком IV стадии, осложнившимся обтурационной кишечной непроходимостью	40
Локализованная форма рака слепой кишки: сегментарная резекция как альтернативный метод хирургического лечения	40

Эталонный результат в хирургическом лечении гепатоцеллюлярной карциномы	41
Факторы развития тяжелых билиарных осложнений радикального хирургического лечения проксимальных опухолевых поражений желчных протоков.	41
Сравнительный анализ робот-ассистированных и открытых радикальных хирургических вмешательств у пациентов с проксимальными билиарными раками	42

РАЗНАЯ ТЕМАТИКА

Исторические аспекты первичного билиарного холангита	43
Kidney Function and Liver Fibrosis in Chronic Heart Failure.	43
Оценка функции почек у реципиентов трансплантата печени: опыт одного центра.	43
Микробиом и нейродегенерация: роль кишечных бактерий в патогенезе болезни Паркинсона.	44
Лекарственно-индуцированный черный волосатый язык у пациента после гастрэктомии	44
Изменения эпидемиологии инфекции <i>Clostridioides difficile</i> : анализ результатов тестирования за 2019–2025 гг.	44
База медицинских данных пациентов после холецистэктомии по поводу желчнокаменной болезни	45
Состав тела и течение воспалительных заболеваний кишечника в контексте применения алгоритмов искусственного интеллекта для анализа КТ-изображений	45
Оценка результативности применения автоматизированной системы поддержки на основе чат-бота у пациентов с синдромом раздраженного кишечника	46
Цифровая готовность пациентов гастроэнтерологического профиля: связь с демографическими и личностными характеристиками (поперечное исследование)	46
Эффективность монотерапии итопридом при гипокинезии желудочно-кишечного тракта	46
Возможности ПЦР-диагностики в определении резистентности <i>Helicobacter pylori</i> к кларитромицину и левофлоксацину.	47
Эндоскопическая диагностика желудочно-кишечного тракта при туберкулезе органов дыхания	48
Психосоциальная дезадаптация у пациентов после трансплантации печени	48
Влияние ребамипида на амилолитическую активность слизистой оболочки тонкой кишки крыс в норме.	48
Распространенность и возрастные особенности поражений периферической нервной системы при целиакии	49
Клинические формы периферической нейропатии, ассоциирующейся с целиакией	49
Электрофизиологические характеристики глютенковой полиневропатии	50

Патология пищевода, желудка

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ЖЕЛУДКА КАК МАРКЕР ДЕКОМПЕНСАЦИИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Г.И. Ахмадуллина¹, И.А. Курникова²

¹ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ижевск, Российская Федерация
²ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», Москва, Российская Федерация

Цель. Обосновать взаимосвязь между функциональным состоянием желудка, компенсацией углеводного обмена и риском развития гипогликемий у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа (СД 2) с сопутствующей патологией органов пищеварения.

Материалы и методы. Обследованы 92 пациента с СД 2 (19 мужчин и 73 женщины) на базе эндокринологического отделения БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» г. Ижевска. Медиана и межквартильный интервал возраста составили 54,0 [49,5–56,0] года, продолжительности заболевания – 7,0 [5,0–12,0] лет, концентрации гликированного гемоглобина (HbA_{1c}) – 9,85 [8,05–11,0]%. Достигли индивидуальной цели HbA_{1c} 11,96% обследованных. Исследование моторно-эвакуаторной функции желудка проводилось с помощью динамической гастросцинтиграфии. Каждому пациенту вычислялось суммированное количество заболеваний органов пищеварения (ДС). Статистическая обработка данных производилась с помощью пакета программы MedCalc 12.5.0.0.

Результаты. Сопутствующая патология со стороны органов пищеварения по данным ROC-анализа стала прогностическим маркером неудовлетворительной компенсации углеводного обмена (ДС>3, AUC 0,734, $p<0,05$). Наиболее часто встречались хронический панкреатит (69,57%), неалкогольная жировая болезнь печени (55,43%) и хронический поверхностный гастрит (20,65%). Анализ данных гастросцинтиграфии у 88,45% пациентов выявил замедленную эвакуаторную функцию желудка ($T_{1/2}=90,0$ [72,4–90,0] мин) и у 47,83% пациентов – замедленное время максимального накопления радиофармпрепарата в желудке ($T_{\max}=15,0$ [14,0–19,5] мин). Замедление времени максимального накопления радиофармпрепарата в желудке оказалось маркером неудовлетворительной компенсации диабета ($T_{\max}>10$ мин, AUC 0,705, $p<0,05$). Математическое моделирование установило взаимосвязь между замедленной эвакуаторной функцией желудка ($T_{1/2}>50$ мин) и риском развития гипогликемических состояний.

Заключение. Сопутствующая патология органов пищеварения и нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка являются прогностическими маркерами декомпенсации углеводного обмена и развития гипогликемий.

ФОРМЫ АУТОИММУННОГО ГАСТРИТА И ИХ РОЛЬ В РАЗВИТИИ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДКА

С.Г. Хомерики¹, М.В. Чеботарева¹, Д.С. Бордин¹⁻³, Е.В. Парфенчиков¹

¹ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Российская Федерация

²ФГОБУ ВО «Тверской государственный медицинский университет», Тверь, Российская Федерация

³ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Введение. Аутоиммунный гастрит (АИГ) характеризуется появлением антител к париетальным клеткам, что

приводит к поражению концевых отделов главных желез, расположенных в слизистой оболочке тела желудка. Этиология первичного АИГ остается неизвестной, однако существуют данные, что в ряде случаев появление специфических антител может быть обусловлено сопутствующей или перенесенной хеликобактерной инфекцией, приводящей к формированию вторичного АИГ (Rugge M., et al., 2023).

Цель. Определить гистологические критерии, характерные для первичного и вторичного АИГ, и оценить риски развития злокачественных опухолей желудка при этих заболеваниях.

Материалы и методы. Обследованы 2200 больных (1358 женщин и 842 мужчины) с клиническими проявлениями хронического гастрита в возрасте от 20 до 84 лет. Гистологическую оценку степени активности воспаления и стадии атрофии производили по стандартному протоколу OLGA, изучая изменения в слизистой оболочке антрального отдела и тела желудка. Для выявления *H. pylori* применяли: уреазный тест, гистологию, полимеразную цепную реакцию и определение антител в крови. Наличие АИГ подтверждалось присутствием в крови антител к париетальным клеткам.

Результаты. Гистологические признаки АИГ выявлены у 518 больных (23,6% обследованных). Они разделены на 2 группы. В 1-ю группу (197 человек) вошли больные без поражения антрального отдела. Вторую группу составили те, у которых в антральном отделе выявлялась атрофия желез с усилением воспалительной инфильтрации (321 больной). У больных 1-й группы чаще выявлялись очаги гиперплазии нейроэндокринных клеток и формирование нейроэндокринных опухолей. Перигландулярные воспалительные инфильтраты локализовались обычно на уровне базальной порции главных желез. У больных 2-й группы воспалительная инфильтрация в теле желудка носила поверхностный характер, а перигландулярные инфильтраты располагались чаще на уровне верхней порции главных желез.

Заключение. Первичный и вторичный АИГ представляют собой заболевания с различными этиопатогенетическими механизмами. При первичном АИГ высок риск развития нейроэндокринных опухолей. В исследованной популяции большинство случаев АИГ (более 60%) представлено вторичным АИГ, обусловленным сопутствующей или перенесенной хеликобактерной инфекцией, с высоким риском развития аденокарциномы желудка.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТКИ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

В.Д. Котенев

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

Введение. В практике гастроэнтеролога с каждым годом выявляется все больше пациентов с функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Пациенты многократно обращаются к гастроэнтерологам, проходят множество обследований без выявления органических изменений ЖКТ.

Материалы и методы. Пациентка Н., 45 лет, обратилась с жалобами на чувство жжения в пищеводе, частую обильную отрыжку, не связанную с приемом пищи, чувство нехватки воздуха, кома в горле и застревания пищи в пищеводе в течение 3 лет. При обращении пациентки к гастроэнтерологам выполнялись различные исследования, однако в результате назначенного лечения симптомы либо

немного уменьшались, либо сохранялись. Была выполнена эзофагогастродуоденоскопия, по результатам которой диагностирована гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; при проведении манометрии изменения соответствуют сегментарному эзофагоспазму. Пациентка направлена к неврологу МКНЦ для подбора терапии. Во время осмотра невролога выявлены жалобы на частые головные боли напряжения, нарушение сна в виде длительного засыпания. Пациентка отмечает, что последние несколько лет стала рассеянна, забывчива, вспыльчива, раздражительна. Выставлен диагноз: «соматоформное расстройство вегетативной нервной системы с вовлечением органов ЖКТ, инсомнией, головной болью напряжения».

Результаты. Для коррекции состояния выбран антидепрессант из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина дулоксетин с постепенной титрацией дозы препарата. Через 3 мес от начала лечения дулоксетином пациентка отмечает значительное улучшение состояния в виде регресса отрыжки и изжоги, «кома в горле», улучшение памяти и настроения, однако сохранялись затруднения с засыпанием. Был добавлен препарат для коррекции нарушения сна тразодон. Еще через 3 мес пациентка отмечала полный регресс своих жалоб, улучшение настроения, сна и взаимоотношений в семье.

Заключение. У пациентов с функциональным расстройством ЖКТ препаратами выбора являются антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина дулоксетин или венлафаксин.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ КЛИНИКЕ СТЕНОЗА ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

И.Ю. Колесникова

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, Тверь, Российская Федерация

Цель. Описать клинический случай дифференциальной диагностики заболевания при симптоматике стеноза выходного отдела желудка.

Материалы и методы. Проведен анализ клинического случая обращения мужчины 45 лет с клиникой стеноза выходного отдела желудка.

Результаты. Мужчина 45 лет обратился на прием с жалобами на невозможность съесть обычную порцию пищи, переполнение, распирание в эпигастрии, эпизодически срыгивание и рвота пищей, обычно – недавно съеденной, чувство кома в горле, запоры, похудение за 7 мес на 15 кг. При расспросе ранее со стороны органов пищеварения жалоб не было, язвенную болезнь отрицает, наследственность не отягощена как по язвенной болезни, так и по раку желудка. При объективном осмотре периферически лимфоузлы не увеличены, «шум плеска» не определяется. Большой направлен на эзофагогастродуоденоскопию, выполнить которую не представилось возможным. Из протокола: «желудок полностью заполнен пищевыми массами, осмотр невозможен». При этом пациент утверждал, что не принимал пищу в течение 14 ч. Заподозрен стеноз выходного отдела желудка (рубцовый? опухолевый?). В связи с невозможностью в амбулаторных условиях организовать полноценное промывание желудка, а также для оценки толщины стенки желудка и состояния регионарных лимфоузлов больной направлен на компьютерную томографию органов брюшной полости с пероральным контрастированием. При исследовании выявлен гигантский наддиафрагмальный дивертикул пищевода размерами 8×4 см с уровнем жидкости, утолщенной бугристой стенкой и реакцией регионарных лимфоузлов. Больной госпитализирован в торакальное отделение для предоперационного дообследования, коррекции нутритивного статуса и последующего хирургического лечения.

Заключение. Длительно существующий у пациента бессимптомный гигантский дивертикул пищевода манифестировал клиникой стеноза выходного отдела желудка, что потребовало проведения дифференциальной диагностики.

УРОВЕНЬ МОТИЛИНА И КИСЛОТНОСТЬ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА У ЖИТЕЛЕЙ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ЭЛЕКТРОННЫЕ СИГАРЕТЫ

Ю.О. Веселова^{1,2}, А.Ю. Горбунов²

¹ГБУЗ Московской области «Химкинская клиническая больница», Химки, Российская Федерация

²ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ижевск, Российская Федерация

Цель. Оценка уровня мотилина, кислотности пищевода и желудка у жителей Московской области, употребляющих электронные сигареты (ЭС).

Материалы и методы. Обследование проведено у 49 жителей Московской области, употребляющих ЭС и не имеющих диагностированных заболеваний пищеварительной системы. При этом женщин было 25 (51,0%), мужчин – 24 (49,0%), возраст 18–45 лет (средний возраст составил 30,65±1,5 года). Оценку базальной кислотности пищевода и желудка проводили методом краткосрочной рН-метрии на аппарате «Гастроскан-5». Содержание мотилина определяли в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа. Контрольную группу составили 10 здоровых некурящих лиц.

Результаты. При проведении рН-метрии у потребителей ЭС выявлено, что средний уровень рН в базальный период в нижней трети пищевода составил 5,7±0,7, а в кардиальном отделе желудка – 1,8±0,5. Нами установлена умеренная отрицательная корреляция между стажем курения и уровнем рН в нижней части пищевода ($r = -0,38$), а также слабая отрицательная корреляция между рН в пищеводе и выраженностью диспепсии ($r = -0,33$). Уровень мотилина у потребителей ЭС составил 182,9 [174,9; 222,5] пг/мл, что оказалось достоверно ниже ($p < 0,01$) данных группы контроля – 247,5 [194,7; 259,5] пг/мл.

Заключение. Данные проведенного исследования у жителей Московской области, употребляющих ЭС, свидетельствуют о достоверном снижении содержания мотилина в сыворотке крови по сравнению с группой контроля. Уровень рН пищевода и желудка не выходил за рамки референсных значений, однако корреляция свидетельствует о возможном прогрессирующем снижении рН с увеличением стажа использования ЭС.

ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК НА РАЗВИТИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ У ЖИТЕЛЕЙ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

А.Ю. Горбунов¹, Ю.О. Веселова²

¹ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ижевск, Российская Федерация

²ГБУЗ Московской области «Химкинская клиническая больница», Химки, Российская Федерация

Цель. Оценить влияние потребления электронных систем доставки никотина (ЭСДН) и сопутствующих поведенческих факторов на развитие и выраженность симптомов функциональной диспепсии (ФД) у жителей Московской области.

Материалы и методы. В исследование принимали участие 90 жителей Московской области в возрасте 18–45 лет, регулярно употребляющих электронные сигареты. Для оценки гастроэнтерологических симптомов использовался опросник GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale). Дополнительно анализировались социально-демографические данные, пищевое поведение, стаж и паттерны использования ЭСДН. Статистический анализ проводился с использованием коэффициента корреляции Пирсона.

Результаты. У 71% потребителей ЭСДН выявлен диспептический синдром (балл по шкале IS опросника GSRS \geq 4). Также часто отмечались абдоминальная боль и рефлюкс (по 30%). У женщин как потребителей ЭСДН отмечались статистически более высокие баллы по шкале диспепсии и опроснику GSRS по сравнению с мужчинами.

Средний стаж курения составил 4,5 \pm 0,3 года. Обнаружена прямая корреляция между стажем электронного курения и выраженностью диспепсии ($r=0,33$). Для потребителей ЭСДН характерен комплекс взаимосвязанных факторов, значительно усугубляющих риски развития ФД. Ключевыми элементами являются устойчиво нерациональное пищевое поведение, проявляющееся в регулярном питании «всухомятку» (61,9% респондентов) и преобладании в рационе высококалорийных продуктов (мясные продукты – 88,9%, жареные блюда – 53,2%, сладости – 59,5%), а также высокая доля нестабильной занятости (33,3%) и проживания в арендуемом жилье (38,1%).

Заключение. Проведенное исследование демонстрирует, что потребители электронных сигарет представляют собой группу риска по развитию ФД. Особенностью является синергетическое воздействие поведенческого кластера, объединяющего использование ЭСДН, нерациональное пищевое поведение на фоне социально-демографической нестабильности, что приводит к взаимному отягощению этих факторов, способствующему развитию и персистенции гастроэнтерологической симптоматики. Полученные данные подчеркивают необходимость комплексного подхода к ведению таких пациентов, включающего не только оценку гастроэнтерологического статуса, но и коррекцию образа жизни, а также пищевых привычек.

ВЛИЯНИЕ ИТОПРИДА НА КООРДИНАЦИЮ МИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

А.Е. Шкляев, В.М. Дударев, А.С. Пантюхина, Ю.И. Галиханова
ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ижевск, Российская Федерация

Введение. Функциональная патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), связанная с дискоординацией работы отделов пищеварительной трубки, широко распространена среди лиц молодого возраста. Известно стимулирующее влияние прокинетиков на моторику ЖКТ, однако действие данной группы лекарственных средств на координацию между соседними отделами ЖКТ остается малоизученным.

Цель. Оценить влияние курсового приема итоприда на координацию моторики отделов ЖКТ.

Материалы и методы. Обследованы 27 человек в возрасте 22,6 [19; 25] лет, предъявляющих жалобы на изжогу, чувство горечи во рту после еды, частую отрыжку, вздутие, неустойчивый стул. Всем пациентам выполнялась периферическая электрогастроэнтерография на аппарате «Гастроскан-ГЭМ» до и после курсового приема итоприда по 50 мг 3 раза в день за 30 мин до еды в течение 1 мес. Результаты оценивались при помощи компьютерной программы «ГастроСкан».

Результаты. До лечения коэффициент сравнения $P(i)/P(i+1)$, отражающий координацию в работе соседних отделов ЖКТ, составил: на уровне желудок/двенадцатиперстная кишка – 3,63 [3,14; 4,37]; двенадцатиперстная кишка/тощая кишка – 0,29 [0,21; 0,36]; тощая кишка/подвздошная кишка – 0,27 [0,25; 0,31]; подвздошная кишка/толстая кишка – 0,044 [0,037; 0,051]. После курсового приема итоприда данный показатель на участке желудок/двенадцатиперстная кишка составил 6,39 [5,82; 7,46] при $p<0,05$; двенадцатиперстная кишка/тощая кишка – 0,52 [0,38; 0,76] при $p<0,05$; тощая кишка/подвздошная кишка – 0,31 [0,28; 0,34]; подвздошная кишка/толстая кишка – 0,052 [0,047; 0,058].

Заключение. Курсовой прием итоприда достоверно повышает степень координации миоэлектрической активности между желудком и двенадцатиперстной кишкой, а также между двенадцатиперстной и тощей кишкой, увеличивая скорость эвакуации пищевого комка. Для оценки влияния приема итоприда на координацию в работе дистальных отделов ЖКТ необходимо увеличение выборки обследованных.

Патология кишечника

ЗАЖИВЛЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ КИШКИ – ПРЕДИКТОР БЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

О.В. Князев¹, А.В. Каграманова^{1,2}, А.А. Лищинская¹, Н.А. Фадеева¹⁻³, М.Ю. Тимановская¹, А.Ф. Городецкая¹

¹ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Российская Федерация

²ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Российская Федерация

³ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Введение. Недавний метаанализ показал значительно более низкий риск клинического рецидива у пациентов с язвенным колитом (ЯК) при эндоскопической ремиссии, соответствующей шкале Мейо 0 баллов, по сравнению с Мейо 1 балл, при наблюдении 12 мес или более.

Цель. Установить взаимосвязь между заживлением слизистой оболочки (СО) толстой кишки по эндоскопическому индексу активности ЯК (индексу Мейо) и исходами течения ЯК.

Материалы и методы. В отделении патологии кишечника проанализировали исходы течения ЯК у 235 пациентов, которые получали инфликсимаб. В качестве конечной цели оценивали заживление СО толстой кишки по эндоскопическому индексу активности ЯК Мейо 0 баллов. В качестве исхода заболевания оценивали: госпитализацию по поводу обострения, обострения ЯК, сопровождающиеся венозными тромбозомическими осложнениями, кишечные осложнения (кровотечение, токсическую дилатацию), бесстероидную ремиссию в течение 12 мес, колэктомиию.

Результаты. В группе пациентов, получавших инфликсимаб (n=235), заживление СО толстой кишки (индекс Мейо 0 баллов) зарегистрировано у 148 (63,0%) пациентов, заживление СО толстой кишки (индекс Мейо ≥1 балла) – у 87 (37,0%).

Госпитализация по поводу обострения в течение 12 мес среди обеих групп составила 58 (24,7%) человек: в группе пациентов Мейо 0 баллов – 9 (6,1%), в группе пациентов Мейо ≥1 балла – 49 (56,3%) (ОШ – 0,044, 95% ДИ 0,020–0,099, $\chi^2 = 71,720$; $p < 0,001$).

Обострения ЯК, сопровождающиеся венозными тромбозомическими осложнениями, – у 6 (2,5%) пациентов обеих групп: в группе пациентов Мейо 0 баллов – 1 (0,7%), в группе пациентов Мейо ≥1 балла – 5 (5,7%) (ОШ – 1,104, 95% ДИ 0,013–0,971, $\chi^2 = 3,809$; $p = 0,05$).

Кишечные осложнения (кровотечение, токсическая дилатация) в течение 12 мес среди пациентов обеих групп составили 12 (5,1%): в группе пациентов с заживлением СО толстой кишки Мейо 0 баллов – 1 (0,7%), в группе пациентов Мейо ≥1 балла – 11 (12,6%) (ОШ – 0,047, 95% ДИ 0,006–0,371, $\chi^2 = 13,820$; $p < 0,001$).

Потребность в стероидах в течение 12 мес среди обеих групп составила 43 (18,3%): в группе пациентов с заживлением СО толстой кишки Мейо 0 баллов – 12 (8,1%), в группе пациентов Мейо ≥1 балла – 31 (35,6%) (ОШ – 0,159, 95% ДИ 0,076–0,333, $\chi^2 = 25,955$; $p < 0,001$).

Колэктомия в обеих группах составила 2 (0,85%): в группе пациентов с заживлением СО толстой кишки Мейо 0 баллов – 0 (0%), в группе пациентов с индексом Мейо ≥1 балла – 2 (2,3%) ($\chi^2 = 1,248$; $p = 0,264$).

Заключение. Достижение эндоскопической ремиссии Мейо 0 баллов следует считать оптимальной терапевтической целью, поскольку именно этот показатель позволяет прогнозировать наилучшее течение и наиболее благоприятные исходы заболевания у пациентов с ЯК.

ЗАЖИВЛЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ КИШКИ У ПАЦИЕНТОК С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ

О.В. Князев¹, А.В. Каграманова^{1,2}, А.А. Лищинская¹, И.Н. Ручкина¹, Н.А. Фадеева¹⁻³, М.Ю. Тимановская¹, А.Ф. Городецкая¹

¹ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Российская Федерация

²ГБУ г. Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Российская Федерация

³ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Недавний метаанализ показал значительно более низкий риск клинического рецидива у пациентов с язвенным колитом (ЯК) при эндоскопической ремиссии, соответствующей шкале Мейо 0 баллов, по сравнению с Мейо 1 балл и более, при наблюдении 12 мес или более.

Цель. Установить взаимосвязь между заживлением слизистой оболочки (СО) толстой кишки по эндоскопическому индексу активности ЯК (индексу Мейо) и наступлением беременности и рождением здорового ребенка у пациенток с ЯК.

Материалы и методы. Проанализировано течение заболевания и исходы у 320 пациенток с ЯК, которые получали инфликсимаб, устекинумаб, ведолизумаб. Оценивали заживление СО толстой кишки по эндоскопическому индексу активности ЯК (индексу Мейо) у 108 пациенток, получавших инфликсимаб, у 98 пациенток, получавших устекинумаб, и у 114 пациенток, получавших ведолизумаб.

Результаты. В группе, получавшей инфликсимаб (n=108), достижение индекса Мейо 0 баллов зарегистрировано у 61 (56,5%) пациентки, Мейо ≥1 балла – у 47 (43,5%). Беременность и рождение здорового ребенка в группе пациенток Мейо 0 баллов – 20 (32,8%), беременность и рождение здорового ребенка в группе пациенток Мейо ≥1 балла – 2 (4,2%) (ОШ – 10,976, 95% ДИ 2,415–49,879, $\chi^2 = 10,644$; $p = 0,002$).

В группе пациенток, получавших устекинумаб (n=98), достижение индекса Мейо 0 баллов зарегистрировано у 73 (74,5%) пациенток, Мейо ≥1 балла – у 25 (25,5%). Беременность и рождение здорового ребенка в группе пациенток Мейо 0 баллов – 14 (19,2%), беременность и рождение здорового ребенка в группе пациенток Мейо ≥1 балла – 1 (4,0%) (ОШ – 5,695, 95% ДИ 0,709–45,747, $\chi^2 = 4,123$; $p = 0,043$).

В группе пациенток, получавших ведолизумаб (n=114), достижение индекса Мейо 0 баллов зарегистрировано у 74 (64,9%) пациенток, Мейо ≥1 балла – у 40 (35,1%). Беременность и рождение здорового ребенка в группе пациенток Мейо 0 баллов – 17 (23,0%), беременность и рождение здорового ребенка в группе пациенток Мейо ≥1 балла – 2 (5,0%) (ОШ – 11,963, 95% ДИ 2,549–56,139, $\chi^2 = 4,814$; $p = 0,029$).

Заключение. Заживление СО у пациенток с ЯК (достижение эндоскопической ремиссии Мейо 0 баллов) является благоприятным фактором беременности и рождения здорового ребенка.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕОПЕРИРОВАННОЙ И ОПЕРИРОВАННОЙ БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

О.В. Князев¹, А.В. Каграманова^{1,2}, А.А. Лищинская¹, М.Ю. Тимановская¹, А.Ф. Городецкая¹, А.Н. Демченко¹

¹ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Российская Федерация

²ГБУ г. Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Российская Федерация

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) являются хроническими аутоиммунными воспалительными заболеваниями с поражением кишечника и внекишечными проявлениями. Концепция постоянного пожизненного приема лекарственных препаратов – краеугольный камень в терапии ВЗК. Приверженность приему препаратов определяется как степень, в которой пациент соблюдает дозы и интервал между ними в соответствии с предписанным режимом дозирования.

Цель. Оценить приверженность терапии у оперированных и неоперированных пациентов с болезнью Крона (БК), наблюдающихся в отделении лечения воспалительных заболеваний кишечника ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова».

Материалы и методы. В исследование включили 340 пациентов с неоперированной БК – 155 (45,6%) мужчин и 185 (54,4%) женщин и 210 пациентов после илеоцекальной резекции – 115 (54,8%) мужчин и 95 (45,2%) женщин, которые походили лечение и обследование в отделении патологии кишечника ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова». Приверженность пациента терапии оценивалась с помощью теста Мориски–Грина, по результатам которого все пациенты разделены на 2 группы: больные с низкой приверженностью лечению (НПЛ), больные с высокой приверженностью лечению (ВПЛ).

Результаты. Среди пациентов с неоперированной БК больных с ВПЛ – 141 (41,5%), с НПЛ – 199 (58,5%). В группе с ВПЛ среди пациентов с неоперированной БК преобладали женщины – 93 (61,9%) против 48 (38,1%) мужчин. Соответственно, в группе НПЛ – 92 (46,2%) женщины и 107 (53,8%) мужчин (ОШ 0,444, 95% ДИ 0,248–0,693; χ^2 – 12,946; $p < 0,001$).

В группе больных после илеоцекальной резекции преобладали пациенты с ВПЛ – 128 (61,0%), пациентов с НПЛ – 82 (39,0%). В группе больных после илеоцекальной резекции среди пациентов с ВПЛ также преобладали женщины – 73 (57,0%) против 55 (43,0%) мужчин. Соответственно, в группе НПЛ – 22 (26,8%) женщины и 60 (73,2%) мужчин (ОШ 0,276, 95% ДИ 0,151–0,504, χ^2 – 18,403; $p < 0,001$).

Заключение. Наиболее привержены лекарственной терапии пациенты с БК после илеоцекальной резекции, чем неоперированные пациенты. Среди пациентов с оперированной и неоперированной БК наиболее привержены лекарственной терапии женщины.

ГИРШПРУНГ-ИНДУЦИРОВАННАЯ БОЛЕЗНЬ КРОНА У ДЕТЕЙ (СЕРИЯ КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ)

О.В. Щербакова, Э.И. Алиева

ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков ФМБА России», Москва, Российская Федерация

Введение. В последнее десятилетие появляются публикации о случаях болезни Крона (БК) у оперированных детей с болезнью Гиршпрунга (БГ), так называемой Гиршпрунг-индуцированной БК (БГ-БК). У части пациентов (до 2% при тотальном аганглиозе) через 5–8 лет после радикальной операции, чаще при рецидивирующем

Гиршпрунг-ассоциированном энтероколите (ГАЭК), выявляют проявления, подобные воспалительным заболеваниям кишечника (ВЗК). При ГАЭК и ВЗК схожими факторами патогенеза являются изменения микробиома и нарушения барьерной функции слизистой оболочки кишечника.

Цель. Демонстрация пациентов с БГ-БК и особенностей тактики лечения.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 11 детей (мальчиков – 7) от 5 до 17 лет (Me=7 лет), поступивших с диагнозом БК. Все в раннем возрасте оперированы по поводу БГ (тотальный аганглиоз – 7, субтотальная и ректо-сигмоидная формы – по 2). У 8 детей в анамнезе отмечались рецидивы ГАЭК, не поддающегося стандартному лечению.

Результаты. Клиническая картина включала боли в животе (6), хроническую диарею (4), гемахезию (4), кишечную непроходимость (6), стенозы (4) и кишечные свищи (2). У всех отмечалась эндоскопическая картина эрозивно-язвенного поражения подвздошной и/или резидуальной толстой кишки. БК диагностирована через 1–16 лет после радикальной операции. Консервативная терапия, включая гено-инженерно-биологическую (6), была неэффективна у всех детей. Повторные операции с устранением остаточной зоны выполнены 8 (включая временную стому у 2), с достижением клиничко-эндоскопической ремиссии.

Заключение. Детским хирургам и гастроэнтерологам следует помнить о возможности редкого сочетания БГ и БК, что требует особого подхода в диагностике и лечении таких пациентов. Не все классы таргетных препаратов, используемые при классических ВЗК, эффективны при БГ-БК. Часть пациентов нуждается в проведении хирургического вмешательства для коррекции анатомической причины кишечной непроходимости, усугубляющей ГАЭК и индуцирующей развитие ВЗК.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Е.В. Сучкова, Е.Ф. Бутина, Н.А. Хохлачева

ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ижевск, Российская Федерация

Цель. Изучить функциональные особенности тонкого кишечника у пациентов с хроническим панкреатитом.

Материалы и методы. Нами обследованы 30 пациентов с хроническим билиарным панкреатитом (ХП), получающих лечение в гастроэнтерологическом отделении БУЗ УР «ГКБ №8» Ижевска. Средний возраст составил 45,5±1,7 года. Верификация диагноза ХП проводилась по результатам клинического обследования, ультразвукового исследования на аппарате «SHIMADZU SDN-500» (Япония). С помощью нагрузочного теста с крахмалом изучали полостное пищеварение, с помощью сахарозы – мембранное пищеварение в тонкой кишке. С помощью прибора «ЭКСКАН-Г» с глюкозооксидазной мембраной МГ-1 определяли уровень глюкозы натощак в капиллярной крови и через 30, 60 и 120 мин после приема растворенных 50 г крахмала, сахарозы или глюкозы. Результаты исследования сравнивались с данными контрольной группы, которую составили 17 практически здоровых человек в возрасте от 44 до 56 лет.

Результаты. В ходе исследования у пациентов с ХП не выявлено повышения уровня гликемии натощак в сравнении с контролем. Прирост гликемии после приема растворимого крахмала в течение 30 мин от начала исследования составил $-0,1 \pm 0,13$ ммоль/л у больных ХП, $2,09 \pm 0,24$ ммоль/л – у контрольной группы. Прирост гликемии на 60 и 120-й минуте исследования также не превышал показатели контрольной группы.

После приема сахарозы у пациентов с ХП через 30 мин прирост гликемии составил $1,35 \pm 0,18$ ммоль/л, в контрольной

группе – $2,05 \pm 0,34$ ммоль/л. Прирост гликемии на 60 и 120-й минуте после нагрузки сахарозой у больных ХП достоверно ($p=0,05$) превышал показатели контрольной группы.

При исследовании всасывательной функции тонкой кишки у пациентов с ХП отмечено достоверное увеличение ($p=0,05$) уровня гликемии после перорального приема глюкозы через 30, 60 и через 120 мин исследования в сравнении с контролем.

Заключение. Полученные результаты исследования свидетельствуют о нарушении всех 3 этапов гидролизно-резорбционного процесса в тонкой кишке у пациентов с ХП. На фоне снижения полостного пищеварения компенсаторно усилено мембранное пищеварение и всасывание глюкозы. Возможной причиной может являться ферментативная недостаточность поджелудочной железы, нарушение функционального состояния тонкого кишечника с последующим снижением адсорбции панкреатических ферментов. Установленные причинные факторы могут быть использованы в профилактике развития гипергликемии у пациентов с ХП.

ЗАЖИВЛЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ КИШКИ У БИОНАИВНЫХ И НЕБИОНАИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ, ПОЛУЧАЮЩИХ МОНОТЕРАПИЮ ВЕДОЛИЗУМАБОМ И В КОМБИНАЦИИ С МЕСАЛАЗИНАМИ

О.В. Князев¹, А.В. Каграманова^{1,2}, М.И. Шенгелия¹, А.А. Лищинская¹, И.Н. Ручкина¹, Н.А. Фадеева¹⁻³, М.Ю. Тимановская¹, А.Ф. Городецкая¹

¹ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Российская Федерация

²ГБУ г. Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Российская Федерация

³ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

В настоящее время концепция «Treat to Target», в соответствии с положением STRIDE-II, предполагает достижение эндоскопической ремиссии – заживления слизистой оболочки (СО) толстой кишки в соответствии со шкалой Мейо 0 баллов, а не 0–1, как предлагалось ранее.

Цель. Установить связь между СО толстой кишки у бионаивных и у небинаивных пациентов с язвенным колитом (ЯК) по эндоскопическому индексу активности ЯК (индексу Мейо) и проводимой терапией ведолизумабом в качестве монотерапии или в комбинации с препаратами 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК).

Материалы и методы. Проанализировано заживление СО толстой кишки у 44 бионаивных пациентов с ЯК, получающих ведолизумаб в качестве монотерапии, и 37 бионаивных пациентов, получающих ведолизумаб в комбинации с препаратами 5-АСК; у 32 небинаивных пациентов с ЯК, получающих ведолизумаб в качестве монотерапии, и 30 небинаивных пациентов, получающих ведолизумаб в комбинации с препаратами 5-АСК. Оценивали заживление СО толстой кишки по эндоскопическому индексу активности ЯК (индексу Мейо).

Результаты. В группе бионаивных пациентов, получавших ведолизумаб в качестве монотерапии ($n=44$), достижение индекса Мейо 0 баллов зарегистрировано у 31 (70,0%), индекса Мейо ≥ 1 балла – у 13 (30,0%). В группе бионаивных пациентов, получавших ведолизумаб в комбинации с месалазинами ($n=37$), достижение индекса Мейо 0 баллов зарегистрировано у 29 (78,4%) пациентов, индекса Мейо ≥ 1 балла – у 8 (21,6%) (ОШ 0,658, 95% ДИ 0,238–1,817, $\chi^2 - 0,657$; $p=0,418$).

В группе небинаивных пациентов, получавших ведолизумаб в качестве монотерапии ($n=32$), достижение индекса Мейо 0 баллов зарегистрировано у 12 (37,5%) пациентов, Мейо ≥ 1 балла – у 20 (72,5%). В группе небинаивных пациентов, получавших ведолизумаб в комбинации с месалазинами ($n=30$), достижение индекса Мейо 0 баллов зарегистрировано у 19 (63,3%) пациентов, Мейо ≥ 1 балла – у 11 (36,7%) (ОШ – 0,347, 95% ДИ 0,124–0,974, $\chi^2 - 4,133$; $p=0,043$).

Заключение. Терапия ведолизумабом в комбинации с месалазинами у небинаивных пациентов с ЯК способствует лучшему заживлению СО (достижение эндоскопической ремиссии Мейо 0 баллов) по сравнению с пациентами, получающими монотерапию ведолизумабом. Терапия ведолизумабом в комбинации с месалазинами у бионаивных пациентов с ЯК не является фактором, способствующим лучшему заживлению СО, по сравнению с пациентами, получающими монотерапию ведолизумабом.

ЗАЖИВЛЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ КИШКИ У БИОНАИВНЫХ И НЕБИОНАИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ, ПОЛУЧАЮЩИХ МОНОТЕРАПИЮ УСТЕКИНУМАБОМ И В КОМБИНАЦИИ С МЕСАЛАЗИНАМИ

О.В. Князев¹, А.В. Каграманова^{1,2}, М.И. Шенгелия¹, А.А. Лищинская¹, Н.В. Лазука¹, Н.А. Фадеева¹⁻³, М.Ю. Тимановская¹, А.Ф. Городецкая¹

¹ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Российская Федерация

²ГБУ г. Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Российская Федерация

³ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Концепция «Treat to Target», в соответствии с положением STRIDE-II, предполагает достижение эндоскопической ремиссии – заживления слизистой оболочки (СО) толстой кишки в соответствии со шкалой Мейо 0 баллов, а не 0–1, как предлагалось ранее положением STRIDE-I.

Цель. Установить связь между заживлением СО толстой кишки у бионаивных и у небинаивных пациентов с язвенным колитом (ЯК) по эндоскопическому индексу активности ЯК (индексу Мейо) и проводимой терапией устекинумабом в качестве монотерапии или в комбинации с месалазинами.

Материалы и методы. Проанализировано заживление СО толстой кишки у 65 бионаивных пациентов с ЯК: 32 получали устекинумаб в качестве монотерапии и 33 – устекинумаб в комбинации с препаратами 5-аминосалициловой кислоты; у 83 небинаивных пациентов с ЯК: 43 получали устекинумаб в качестве монотерапии и 40 – устекинумаб в комбинации с месалазинами. Оценивали заживление СО толстой кишки по эндоскопическому индексу активности ЯК (индексу Мейо).

Результаты. В группе бионаивных пациентов, получавших устекинумаб в качестве монотерапии ($n=32$), достижение индекса Мейо 0 баллов зарегистрировано у 21 (65,6%) пациента, индекса Мейо ≥ 1 балла – у 11 (34,4%). В группе бионаивных пациентов, получавших устекинумаб в комбинации с месалазинами ($n=33$), достижение индекса Мейо 0 баллов зарегистрировано у 23 (69,7%) пациентов, индекса Мейо ≥ 1 балла – у 10 (30,3%) пациентов с ЯК (ОШ 1,004, 95% ДИ 0,355–2,844, $\chi^2 - 0,123$; $p=0,726$).

В группе небинаивных пациентов, получавших устекинумаб в качестве монотерапии ($n=40$), достижение индекса Мейо 0 баллов зарегистрировано у 16 (40,0%) пациентов, Мейо ≥ 1 балла – у 24 (60,0%) пациентов. В группе

небионаивных пациентов, получавших устекинумаб в комбинации с месалазинами (n=43), достижение индекса Мейо 0 баллов зарегистрировано у 27 (62,8%) пациентов, Мейо ≥ 1 балла – у 16 (37,2%) (ОШ 0,395, 95% ДИ 0,163–0,957, $\chi^2 - 0,311$; $p=0.038$)

Заключение. Терапия устекинумабом в комбинации с месалазинами у небинаивных пациентов с ЯК способствует лучшему заживлению СО (достижение эндоскопической ремиссии Мейо 0 баллов) по сравнению с пациентами, получающими монотерапию устекинумабом. У бинаивных пациентов с ЯК терапия устекинумабом в комбинации с месалазинами и монотерапия устекинумабом сопоставимы в достижении заживления СО кишки.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОРОГА ВИСЦЕРАЛЬНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ И КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

А.А. Макарова¹, И.Н. Ручкина¹, Л.Х. Индейкина^{1,2}, Н.В. Ромашкина¹, Д.А. Дегтерев¹, Т.А. Косачева¹, Г.М. Дюкова¹

¹ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Российская Федерация

²ГБУ г. Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Российская Федерация

Введение. Синдром раздраженного кишечника (СРК) – хроническое функциональное расстройство. Распространенность СРК достаточно велика и составляет 10–20% среди лиц молодого возраста.

Цель. Выявить связь между клиническими симптомами и порогом висцеральной чувствительности (ВЧ) у больных с СРК-Д тяжелого течения.

Материалы и методы. Обследованы 84 пациента с диагнозом СРК-Д тяжелого течения. Медиана возраста больных составила 32 (25; 37,2) года. Клинические симптомы оценивались по шкале ВАШ в баллах (б.), ВЧ – по баллонно-дилатационному тесту (БДТ) (мл.). Статистический анализ проводился непараметрическими методами. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. У всех больных до лечения выявлен высокий уровень болевого синдрома (ВАШ) 9 (8; 9) б., вздутия (ВАШ) 8 (5; 10) б., частота стула в день достигала 10 (6; 10). По данным БДТ зарегистрирован низкий порог ВЧ – 34,00 (27; 43,5) мм. рт. ст. Больные разделены на 2 равные группы методом случайной выборки. В 1-й группе назначался антидепрессант из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина – СИОЗСН (дулоксетин) 60 мг/сут, во 2-й группе – тримебутин 600 мг/сут в течение 8 нед с последующей оценкой эффективности терапии. В 1-й группе после терапии отмечено уменьшение уровня болевого синдрома с 9 (9; 10) до 2 (1,75; 3) и вздутия с 8 (5; 10) до 1,5 (1,0; 2,0) ($p < 0,01^*$), урежение частоты стула с 10 (6; 10) до 2,0 (1,0; 2,0) ($p < 0,01^*$). По данным БДТ – повышение порога ВЧ с 34,0 (29,75; 45,0) до 92,0 (86,0; 123,0) ($p < 0,01^*$). Во 2-й группе положительной динамики не достигнуто. В общей группе больных с СРК в результате обследования выявлена обратная корреляционная связь между абдоминальной болью и порогом ВЧ ($p = -0,741$, $p < 0,01^*$), между вздутием и порогом ВЧ ($p = -0,793$, $p < 0,01^*$), между частотой стула и порогом ВЧ ($p = -0,793$, $p < 0,01^*$).

Заключение. В 1-й группе больных на фоне терапии антидепрессантом из группы СИОЗСН достигнута достоверная положительная динамика. Полученная корреляционная связь показала, что при увеличении порога ВЧ наблюдается регресс клинической картины. Препаратом выбора

в лечении тяжелого течения СРК-Д является СИОЗСН (дулоксетин), влияющий на уровень болевого абдоминального синдрома и улучшающий эмоциональное состояние больных.

АКТИВНОСТЬ КАРБОГИДРАЗ В ПРОКСИМАЛЬНЫХ И ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛАХ ТОНКОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Е.А. Кондрашова, С.В. Быкова, Н.И. Белостоцкий
ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Российская Федерация

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

Введение. Согласно данным научной литературы проведено ряд работ по изучению активности карбогидраз в слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки (СО ДПК). Сведения о диагностическом значении карбогидраз в СО подвздошной кишки (ПК) в литературе отсутствуют.

Цель. Оценить и сравнить активность карбогидраз в СО ДПК и ПК у пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК).

Материалы и методы. В исследование включены 27 пациентов с СРК. Дизайн исследования включал изучение активности сахаразы, глюкоамилазы, мальтазы и лактазы в СО ДПК и ПК по методу Далквиста в модификации Н.И. Белостоцкого.

Результаты. Медиана активности глюкоамилазы в ДПК составила 512 (410–688), тогда как в ПК – 1580 (1167–1857), различие оказалось статистически значимым ($p < 0,001$), что свидетельствует о более высокой активности фермента в дистальных отделах тонкой кишки у пациентов с СРК. Аналогичная закономерность отмечена и для мальтазы: 1937 (1696–2675) в ДПК против 4388 (3283–5462) в ПК ($p < 0,001$), что также указывает на выраженный проксимо-дистальный градиент с повышением активности в подвздошной кишке. Для сахаразы статистически значимых различий не выявлено: 154 (108–234) в ДПК и 171 (118–253) в ПК ($p = 0,380$), что свидетельствует об относительной стабильности активности этого фермента в разных отделах кишечника у данной группы. Наиболее выраженное снижение активности было зарегистрировано для лактазы: в ДПК ее медиана составила 38 (12–93), тогда как в ПК – всего 5 (2–10) с высокозначимым различием ($p < 0,001$).

Заключение. У пациентов с СРК отмечается достоверное повышение активности глюкоамилазы и мальтазы в подвздошной кишке. Эти данные могут свидетельствовать о компенсаторной перестройке ферментативного аппарата на фоне недостаточности отдельных ферментов.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ ЦЕЛИАКИЕЙ, СОБЛЮДАЮЩИХ БЕЗГЛЮТЕНОВУЮ ДИЕТУ

А.В. Егорова, С.В. Быкова, А.В. Сергеева, О.А. Смирнова, Т.Н. Кузьмина

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

Введение. Распространенность целиакии растет во всем мире, предполагаемая частота заболевания в России варьирует в пределах 1% популяции. Единственным эффективным методом лечения является пожизненное соблюдение строгой безглютеновой диеты (БГД), однако приверженность диете снижена у части пациентов и составляет, по данным различных авторов, 45–90%. Даже при строгом соблюдении БГД существуют потенциальные

риски метаболических нарушений, связанных с особенностями БГД.

Цель. Выявить особенности состава тела, а именно тощей массы (ТМ), скелетно-мышечной массы (СММ) и фазового угла (ФУ) у пациентов с верифицированной целиакией, соблюдающих БГД.

Материалы и методы. В ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» проведено проспективное одноцентровое исследование. Обследованы 23 пациента (17% мужчин, 83% женщин) с установленным диагнозом целиакии. Средний возраст обследуемых – Ме 38 [18; 65] лет. Проанализированы показатели ТМ, СММ и ФУ.

Результаты. Данные анализа выявили следующие отклонения от референсных значений: показатели ТМ у всех пациентов (100%) находились в пределах индивидуальной нормы. У 26,1% пациентов (6 человек, все женщины) зафиксировано снижение СММ ниже индивидуальной нормы. ФУ у 65,2% пациентов соответствовал норме, в то время как у 34,8% (8 человек) значения ФУ превышали верхнюю границу нормы.

Заключение. Проведенный анализ демонстрирует, что у значительной части (26,1%) пациентов с целиакией на фоне БГД, несмотря на сохранение ТМ в пределах индивидуальной нормы, наблюдается снижение СММ ниже референсных значений индивидуальной нормы, что выявлено исключительно у женщин. Это может вести к повышенному риску развития саркопении у пациентов с целиакией. Наличие у 34,8% пациентов ФУ, превышающего референсные значения, свидетельствует о гетерогенности метаболического и гидратационного ответа на БГД. Таким образом, полученные данные подтверждают необходимость целенаправленного мониторинга состояния мышечной ткани у пациентов с целиакией для последующей персонализированной коррекции.

ВНЕКИШЕЧНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ЦЕЛИАКИИ В ВИДЕ ОСТЕОПОРОЗА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

С.В. Быкова, А.В. Егорова, М.Ю. Тимановская, Е.В. Бирюкова

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

Введение. Целиакия – системное заболевание, ассоциированное с широким спектром внекишечных проявлений. Нарушение всасывания нутриентов на фоне продолжающегося употребления глютена, в том числе скрытого, может приводить к тяжелым метаболическим осложнениям, среди которых особое место занимает вторичный остеопороз.

Цель. Продемонстрировать тяжелые костные осложнения вследствие длительного несоблюдения безглютеновой диеты (БГД).

Клинический случай. Пациентка 51 года с диагнозом «целиакия» (с 1997 г.) госпитализирована с диареей, абдоминальными болями, тошнотой, потерей массы тела (8,5 кг за 2 мес) и снижением роста на 10 см за 9 мес. Из анамнеза известно, что пациентка длительное время употребляла продукты, содержащие скрытый глютен. При обследовании выявлен лабораторный синдром цитолиза и холестаза, дефицит витамина D (21,0 нг/мл). Отмечалось повышение серологических маркеров целиакии: антитела к глиадину IgA – 37,2 Ед/мл, антитела к глиадину IgG – 34,4 Ед/мл (норма до 12 Ед/мл), антитела к деамидированным пептидам глиадина IgA – 27,6 Ед/мл, антитела к тканевой трансглутаминазе IgA – 86,6 Ед/мл, IgG – 46,5 Ед/мл (норма – до 10 Ед/мл). Эзофагогастродуоденоскопия с гистологическим исследованием биоптатов слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки подтвердила глютеносенситивную энтеропатию (Marsh 3 В-3 С). По данным денситометрии выявлен тяжелый остеопороз (минеральная плотность костной ткани в

поясничном отделе позвоночника $L_{II}-L_{III} = -3,3SD$). При МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника определялись множественные компрессионные переломы тел позвонков ($Th_{XI}-L_{III}, L_{V}$). Установлен диагноз: остеопороз смешанного генеза (постменопаузальный и мальабсорбционный). Пациентке разъяснены принципы строгой БГД, назначена терапия остеопороза и коррекция дефицита витамина D.

Заключение. Клиническое наблюдение иллюстрирует развитие тяжелого внекишечного проявления целиакии – остеопороза с множественными компрессионными переломами позвонков на фоне нестрогого соблюдения БГД. Данный случай подчеркивает критическую важность необходимого и строгого соблюдения аглютеновой диеты, необходимость активного скрининга костно-метаболических нарушений у пациентов с целиакией, целесообразность мультидисциплинарного подхода с привлечением гастроэнтерологов, эндокринологов для своевременной диагностики и лечения.

СОСТОЯНИЕ КИШЕЧНОЙ ПРОНИЦАЕМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

А.П. Лукашевич, Е.В. Сучкова, Я.М. Вахрушев
ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ижевск, Российская Федерация

Цель. Изучить состояние кишечной проницаемости у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) на стадии стеатоза.

Материалы и методы. В исследовании были 54 пациента с I стадией НАЖБП, медиана возраста составила 50 лет (интервал 45–55). Всего 39 женщин (72,2%) и 15 мужчин (27,8%) включены в исследование. Диагноз устанавливали согласно клиническим рекомендациям по НАЖБП 2024 г. Изучение кишечной проницаемости проведено по концентрации кальпротектина фекального иммунохроматографическим методом. Также у пациентов изучали особенности пристеночной микробиоты тонкой кишки с помощью газового хроматографа 7890 фирмы Agilent с масс-селективным (MSD) и плазменно-ионизационным (FID) детекторами.

Результаты. У пациентов с НАЖБП выявлено значимое увеличение фекального кальпротектина (медиана 40 мкг/г, интервал 30–70) по сравнению с контрольной группой (медиана 25 мкг/г, интервал 20–45; $p=0,001$). У 100% обследованных пациентов отмечены различные нарушения кишечной микробиоты, что проявлялось преимущественно снижением суммарного содержания бактерий у 85,7%, уменьшением общего количества полезных бактерий – у 76,2%, лактобактерий – у 57,1%, бифидобактерий – у 95,2%, эубактерий – у 76,2% и пропионибактерий – у 38,1% пациентов. Путем корреляционного анализа установлены однонаправленные связи между концентрацией кальпротектина фекального и представителями пристеночной условно-патогенной микробиоты – *Nocardia* ($r=0,53$), *Streptococcus* ($r=0,4$), *Clostridium ramosum* ($r=0,32$), *Clostridium tetani* ($r=0,37$).

Заключение. У пациентов с НАЖБП на стадии стеатоза печени определена сопряженность нарушений кишечной проницаемости и состава энтеральной пристеночной микробиоты.

ФАКТОРЫ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ФУЛЬМИНАНТНОМ КОЛИТЕ

Г.А. Кротов, М.А. Данилов, О.В. Князев, В.В. Цвиркун
ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Российская Федерация

Цель. Определить клинико-лабораторные факторы, ассоциированные с неэффективностью консервативного лечения у пациентов с фульминантным колитом (ФК).

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ 70 пациентов с ФК. Консервативную терапию получали 32 пациента, хирургическое лечение – 38. Анализировались нозологическая структура (язвенный колит – ЯК, псевдомембранозный колит – ПМК, ишемический колит – ИК), лабораторные показатели при поступлении и через 72 ч, признаки органной дисфункции по шкале SOFA и стационарная летальность. Применялись непараметрические методы статистического анализа, точный критерий Фишера и ROC-анализ.

Результаты. Стационарная летальность составила 11,4% (8 из 70 пациентов) и была выше при консервативной тактике по сравнению с хирургической (18,8 и 5,3% соответственно) без достижения статистической значимости. В группе консервативного лечения наиболее неблагоприятные исходы отмечены у пациентов с ПМК: летальный исход зарегистрирован у 5 из 7 пациентов, тогда как при ЯК летальных исходов не наблюдалось, а при ИК отмечен 1 летальный исход (ОШ 60,0; $p=0,001$). Неблагоприятный исход ассоциирован с признаками системной декомпенсации уже при поступлении, в том числе с развитием почечной дисфункции, отражавшейся повышением уровня креатинина, обладавшего высокой прогностической значимостью в отношении летального исхода (AUC=0,86). В динамике эффект от проводимой консервативной терапии в течение первых 72 ч не достигался и сопровождался сохранением системной воспалительной реакции, отражавшейся высокими значениями С-реактивного белка (AUC=0,71). Отказ от хирургического вмешательства зарегистрирован у 15 пациентов и ассоциировался с увеличением шансов летального исхода (5 из 15 против 1 из 17; ОШ 8,0).

Заключение. ПМК, признаки органной дисфункции при поступлении и сохранение системной воспалительной реакции в течение 72 ч ассоциированы с неэффективностью консервативного лечения при ФК и должны учитываться при раннем пересмотре лечебной тактики.

ИССЛЕДОВАНИЕ БАРЬЕРНОЙ ФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ТОНКОЙ КИШКИ

О.В. Ахмадуллина, Т.Н. Кузьмина, Н.И. Белостоцкий, А.С. Дорофеев

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

Разнообразие клинической картины у пациентов с перенесенной резекцией тонкой кишки зависит от множества факторов, в числе которых – протяженность резецированного сегмента кишечника, наличие сопутствующих заболеваний. Одной из причин недостаточной эффективности терапии могут являться изменения барьерной функции слизистой оболочки кишечника.

Цель. Оценка барьерной функции у пациентов, перенесших резекцию тонкой кишки.

Материалы и методы. Обследованы 25 больных с синдромом резецированного кишечника после резекции тонкой кишки; из них после резекции тощей кишки – 4 больных, после резекции подвздошной кишки – 21 пациент. Длительность оперативного лечения составляла от 1 года до 12 лет у всех обследованных больных; из них 60% составили женщины, средний возраст всех пациентов – 47,2±12,0 лет. У 23 больных выявлены жалобы на жидкий стул 3 раза и более в сутки, урчание в животе выявлено у всех обследованных пациентов, 18 пациентов предъявляли жалобы на вздутие живота. По данным лабораторных показателей у 20 пациентов выявлена гипопротеинемия, из них у 9 – гипоальбуминемия, у 15 – желездефицитная анемия, у 7 – латентный дефицит железа. Электротлитные нарушения: гипокалиемия выявлена у 7 пациентов,

гипокальциемия – у 5 пациентов с резецированной тонкой кишкой. Проводилось исследование уровня α -1-антитрипсина в анализах кала и крови как показателей барьерной функции кишечника на уровне двенадцатиперстной кишки и терминального отдела подвздошной кишки.

Результаты. При исследовании уровня α -1-антитрипсина в крови выявлено повышение показателей 201,28±74,5 мг/л при референсных показателях 90–180 мг/л, что указывает на высокий уровень средних показателей уровня α -1-антитрипсина. Уровень α -1-антитрипсина в анализах кала выявил повышение показателей – 890,48±665,1 мг/л при референсных показателях 0–50 мг/л. Анализ кала обнаруживает высокий уровень α -1-антитрипсина как маркера потери белка с калом. Была рассчитана корреляция между уровнем α -1-антитрипсина в кале и уровнем общего белка крови – $r=-0,460$, корреляция уровня α -1-антитрипсина в кале и альбумина крови составила $r=-0,299$.

Заключение. Согласно полученным данным у пациентов с синдромом резецированного кишечника выявлено повышение уровня α -1-антитрипсина как в крови, так и в кале, что указывает на повышенную потерю белка с калом и является признаком нарушения барьерной функции слизистой оболочки кишечника. Планируется комплексная оценка уровня маркеров проницаемости и определение эффективности терапии пациентов.

ЦЕЛИАКИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1-ГО ТИПА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БЕССИМПТОМНОГО ТЕЧЕНИЯ И НЕОБХОДИМОСТЬ СКРИНИНГА

С.В. Бькова¹, Е.А. Сабельникова^{1,2}, С.Г. Хомерики¹, Р.Б. Гудкова¹, Е.В. Бирюкова^{1,2}, А.В. Захарова¹, О.В. Князев¹

¹ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Российская Федерация

²ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Введение. Пациенты с аутоиммунной эндокринной патологией, в частности с сахарным диабетом 1-го типа (СД 1), составляют группу высокого риска по развитию целиакии, что диктует необходимость активного скрининга.

Материалы и методы. В качестве иллюстрации представлено клиническое наблюдение пациентки П., 22 года, с установленным диагнозом СД 1. Целиакия была заподозрена эндокринологами на этапе серологического обследования, когда выявлены повышенные уровни антител тТГ IgA > 200 Ед/мл, причем обращало внимание отсутствие гастроинтестинальных жалоб. При дообследовании у гастроэнтерологов в ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» при гистологическом исследовании биоптатов слизистой оболочки тонкой кишки (интестиноскопия с лестничной биопсией) выявлена картина тотальной атрофии ворсинок (Marsh 3С), что в совокупности с повышенными серологическими маркерами подтвердило диагноз целиакии у пациентки. В результате комплексного обследования установлен заключительный диагноз: глютенчувствительная целиакия, впервые выявленная, бессимптомная форма, ассоциированная с сахарным диабетом 1-го типа. Рефлюкс-эзофагит. СД 1, декомпенсированный.

Результаты. Данный случай подчеркивает, что у значительной части больных СД 1 целиакия протекает латентно, а ее проявления могут маскироваться под нетипичное течение диабета (нестабильная гликемия, гипогликемия). Поэтому очень важно повышать уровень осведомленности о целиакии среди врачей различных специальностей. Сочетание заболеваний создает дополнительные терапевтические сложности: восстановление всасывания на фоне безглютеновой диеты (БГД) требует тщательного контроля гликемии и коррекции инсулинотерапии, а также внимания к нутритивному статусу из-за риска дефицита микроэлементов при БГД.

Заключение. Обязательный серологический скрининг на целиакию у всех пациентов с СД 1 является клинически оправданным для своевременной диагностики. Ведение таких пациентов требует междисциплинарного подхода (эндокринолог, гастроэнтеролог, диетолог) для индивидуализации БГД, оптимизации гликемического контроля и профилактики осложнений обоих заболеваний.

АДАПТАЦИЯ МЕТОДИКИ «СТАНДАРТИЗИРОВАННОЕ ДИЕТОЛОГИЧЕСКОЕ ИНТЕРВЬЮ» ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ БЕЗГЛЮТЕНОВОЙ ДИЕТЕ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕЛИАКИЕЙ В РУССКОЯЗЫЧНОЙ ПОПУЛЯЦИИ

С.В. Быкова¹, Д.А. Дегтерев¹, Я.В. Малыгин^{2,3}, Ю.С. Кузнецова³, Т.Н. Кузьмина¹, А.В. Егорова¹, Е.А. Сабельникова¹

¹ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Российская Федерация

²ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», Москва, Российская Федерация

³ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Приверженность пожизненной безглютеновой диете (БГД) является краеугольным камнем терапии целиакии, определяя прогноз заболевания. Отсутствие валидированных русскоязычных инструментов для ее объективной оценки ограничивает возможности клинической практики

и научных исследований. В данной работе представлены результаты кросс-культурной адаптации на русский язык международной методики «Стандартизированное диетологическое интервью» («Standardized Dietician Assessment»), предназначенной для комплексной оценки следования БГД. Процедура адаптации проводилась в соответствии с общепринятыми международными рекомендациями и включала этапы прямого и обратного перевода, экспертной оценки с участием гастроэнтерологов, диетологов и лингвистов, а также когнитивного интервьюирования. Особое внимание уделялось культурной адаптации перечня продуктов и формулировок вопросов для российской популяции. Результатом работы является русскоязычная версия опросника, продемонстрировавшая концептуальную, семантическую и содержательную эквивалентность оригинальному инструменту. Адаптированная методика позволяет стандартизированно оценивать знания пациента о БГД, выявлять источники скрытого глютена и количественно определять уровень диетической приверженности.

Заключение. Адаптированная методика является первым валидированным русскоязычным инструментом для объективной оценки соблюдения БГД. Ее внедрение в клиническую практику и научные исследования позволит повысить качество ведения пациентов с целиакией, в том числе в сложных группах, таких как пациенты с ассоциированным сахарным диабетом 1-го типа, где диетический контроль имеет критическое значение. Требуется дальнейшая валидация в многоцентровых исследованиях.

Патология поджелудочной железы

ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСТМАНИПУЛЯЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА (ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СООБЩЕНИЕ)

А.Г. Короткевич, С.А. Ярошук

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Новокузнецк, Российская Федерация

ГАУЗ «Новокузнецкая городская клиническая больница №29», Новокузнецк, Российская Федерация

Введение. Профилактика постманипуляционного панкреатита остается актуальной проблемой. В 2025 г. в базе PubMed опубликовано более 50 статей.

Цель. Определить влияние нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) в сочетании с двойной постбульбарной блокадой (ПББ) на профилактику постманипуляционного панкреатита.

Материалы и методы. Проспективное рандомизированное исследование. В 2025 г. 99 пациентов включены в исследование (мужчин – 63, женщин – 36). У всех пациентов использована двойная ПББ раствором Новокаина 0,5% 10 мл. Без НПВС – 52 пациента, с НПВС – 47 пациентов. Диклофенак 100 мг ректально использован в 24 случаях, индометацин 100 мг – в 23 случаях.

Результаты. До папиллотомии уровень амилазы выше нормы при использовании НПВС был у 13 (30%) пациентов, без НПВС – у 12 (25%). После папиллотомии уровень амилазы выше нормы при использовании НПВС был у 32 (68%) пациентов, без НПВС – у 32 (63%) пациентов ($\chi^2=1,343$, $p=0,511$). Техника папиллотомии без НПВС не влияла на частоту гиперамилаземии ($p=0,83$). При использовании НПВС канюляция и комбинированная папиллотомия реже сопровождалась гиперамилаземией ($p=0,02$). Профилактическое стентирование не влияло на частоту гиперамилаземии ($\chi^2=0,025$, $p=0,529$). Использование эндотрахеального наркоза и НПВС снижало риск гиперамилаземии ($p=0,03$). Не было случаев тяжелого панкреатита. Панкреатит средней степени тяжести отмечен у одного коморбидного пациента с приемом НПВС и сроками купирования до 5 сут. Регресс гиперамилаземии более 3 сут отмечен в 1 случае без НПВС (2%) и у 2 пациентов с НПВС (4%). Применение НПВС сокращало сроки регресса гиперамилаземии до суток ($p=0,01$).

Заключение. При использовании двойной ПББ дополнительное назначение НПВС не влияет на частоту нежелательных явлений после папиллотомии.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПАНКРЕАТОГЕННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Л.В. Винокурова¹, К.А. Лесько¹, В.К. Финн², О.П. Шестерникова²

¹ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Российская Федерация

²ФИЦ «Информатика и управление» РАН, Москва, Российская Федерация

Цель. Оценить клиническое значение применения интеллектуальной системы (ИС) для дифференциальной диагностики панкреатогенного сахарного диабета (СДЗс).

Материалы и методы. ИС использует ДСМ-метод, базирующийся на логических принципах и самостоятельно формирующий гипотезы на основании базы фактов (БФ)

путем построения модели причинно-следственных отношений. В БФ внесена клинико-диагностическая информация о 163 пациентах, из которых 15 (8,9%) имеют диагноз СД 2, 38 (22,6%) пациентов – СДЗс, а 100 (59,5%) пациентов не имеют СД. Для проверки эффективности предсказания было добавлено еще 10 (5,9%) пациентов.

Результаты. В результате исследования возможностей ИС сформулированы эмпирические закономерности (ЭЗК). Пациенты с СДЗс установлены в качестве положительных примеров (38 пациентов, 22,6%), пациенты с СД2 и без СД – отрицательных (115 пациентов, 68,4%). Правильные предсказания получены во всех проверочных случаях. Пример положительной ЭЗК, объединяющей наличие поражения поджелудочной железы (ПЖ) и нарушение выработки инсулина: деформация панкреатического протока и уровень С-пептида от 0,1 до 2 нг/мл.

Для решения проблемы дифференциальной диагностики СДЗс от СД 2 выработано понятие «препятствия» – феномена, появление которого делает положительную ЭЗК отрицательной. Пример отрицательной ЭЗК с «препятствием»: слабая боль является предиктором отсутствия (в терминологии ДСМ-метода – «препятствием») СДЗс во всех случаях, кроме случаев, когда возраст пациента от 41 до 60 лет и есть дефицит массы тела и есть хронический кальцифицирующий хронический панкреатит. Таким образом, в ЭЗК входят признаки, включающие в себя не только нарушения гликемического профиля и признаки поражения ПЖ.

Заключение. Разработка и применение ИС-ДСМ объединяет множество разнородных данных о пациенте, позволяет улучшить качество диагностики СДЗс и подчеркивает необходимость дальнейших исследований в данном направлении.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА С ПОМОЩЬЮ ОБРАБОТКИ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

К.А. Лесько¹, Ю.В. Кулезнева^{1,2}, Л.В. Винокурова¹, Е.А. Дубцова¹, Д.С. Бордин^{1,3}

¹ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Российская Федерация

²ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

³ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, Тверь, Российская Федерация

Цель. Определить возможности анализа динамики контрастирования при мультиспиральной компьютерной томографии (КТ) в дифференциальной диагностике рака поджелудочной железы (РПЖ) и хронического панкреатита (ХП).

Материалы и методы. В исследование включены результаты КТ 135 пациентов с ХП и подозрением на РПЖ: 77 (57%) мужчин и 58 (43%) женщин, средний возраст 53,8±13,1 года, прошедших обследование и лечение в период с января 2018 по июль 2025 г. Все наблюдения были верифицированы морфологически для подтверждения или исключения РПЖ. Всем пациентам выполнена КТ брюшной полости с внутривенным контрастированием, по данным которой вычисляли медиану градиента плотности между опухолью и интактной тканью (Mgrad). Диагностическая эффективность оценивалась путем ROC-анализа с расчетом площади под кривой (AUC). Для оценки значимости межгрупповых различий применяли непараметрический тест для независимых выборок Манна-Уитни. Доверительный интервал

(ДИ) составил 95%, различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Среднее значение Mgrad в группе пациентов с РПЖ статистически значимо выше ($26,6 \pm 8,2$ ед. X), чем у пациентов с ХП ($13,9 \pm 5,1$ ед. X); $p = 0,0001$. При применении порогового значения Mgrad = 20 ед. Хаунсфилда, выведенного эмпирически, показатель чувствительности применения Mgrad в дифференциальной диагностике РПЖ и ХП составил 88,2% и специфичности – 95,2%, AUC составила 0,94. Показатель чувствительности стандартной КТ с внутривенным контрастированием без математической обработки был 69,5%, а специфичности – 92,1%, AUC при этом составила 0,83.

Заключение. Определение Mgrad является информативным показателем для дифференциальной диагностики РПЖ и ХП, отражающим различия в динамике контрастирования тканей ПЖ и опухоли.

ОСОБЕННОСТИ СЕКРЕЦИИ С-ПЕПТИДА И ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПОЛИПЕПТИДА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Н.А. Неясова, Л.В. Винокурова, К.А. Лесько, Ю.В. Осипенко, Е.А. Дубцова

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

Цель. Изучение динамики изменения концентрации панкреатического полипептида (ПП) и С-пептида в проспективном одноцентровом исследовании.

Материалы и методы. В исследование включены 36 (43,9%) женщины и 46 (56,1%) мужчин в возрасте 24–84 года; у 12 (14,6%) пациентов диагностирован рак поджелудочной железы (РПЖ), у 41 (50%) пациента – клинико-диагностическая картина хронического панкреатита (ХП), а у 13 (15,9%) пациентов в анамнезе – резекция ПЖ. В группу контроля включены 16 (19,5%) пациентов, не страдающих заболеванием ПЖ и/или сахарным диабетом. Панкреатогенный сахарный диабет (СД3с) выявлен у 8 (61,5%) пациентов с резекцией ПЖ, у 4 (33,3%) больных РПЖ и у 20 (48,8%) пациентов, страдающих ХП. Уровень С-пептида и ПП измерялся натощак и через 30 мин после стандартной пищевой нагрузки.

Результаты. У пациентов с СД3с С-пептид был снижен до $1 \pm 0,16$ пмоль/л, у пациентов без клинико-диагностических признаков СД уровень С-пептида достигал $1,96 \pm 0,11$ пмоль/л ($p = 0,0001$). Постпрандиальный рост уровня С-пептида до $4,3 \pm 0,26$ пмоль/л наблюдался только у пациентов без СД, у пациентов с СД3с существенного роста концентрации С-пептида через 30 мин после приема пищи не зафиксировано – $2,1 \pm 0,25$ пмоль/л ($p = 0,0001$).

Статистические отличия обнаружены при изучении постпрандиального уровня ПП ($p = 0,01$). У больных РПЖ и пациентов после резекции ПЖ выявлено статистически значимое ($p < 0,05$) повышение постпрандиального уровня ПП с 7,0 до 11,2 пмоль/л и с 15,0 до 24,4 пмоль/л соответственно. Для уточнения различий в концентрации ПП группа пациентов с ХП разделена по наличию СД3с: у 20 (48,8%) пациентов имелся СД3с, а у 21 (51,2%) отсутствовал. При сравнении данных групп выявлены значимые отличия ($p < 0,05$, $p = 0,008$) между значениями уровня ПП. У пациентов с ХП, но без СД3с уровень ПП натощак составил $4,7 \pm 0,36$ пмоль/л, после приема пищи увеличился до $7,9 \pm 0,6$ пмоль/л. У пациентов с ХП и СД3с уровень ПП натощак составил $4,2 \pm 0,5$ пмоль/л и после еды достоверно не увеличился – $4,3 \pm 1,8$ пмоль/л.

Заключение. Таким образом, выявлено достоверное снижение секреторного ответа С-пептида и ПП после стандартной пищевой нагрузки при СД3с.

ЭКЗОКРИННАЯ И НУТРИЦИОННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ПРОКСИМАЛЬНУЮ РЕЗЕКЦИЮ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ю.В. Осипенко¹, Е.А. Дубцова¹, Л.В. Винокурова¹, Д.С. Бордин¹⁻³

¹ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Российская Федерация

²ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

³ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, Тверь, Российская Федерация

Цель. Оценить развитие экзокринной недостаточности поджелудочной железы (ПЖ) у больных, перенесших панкреатодуоденальную резекцию (ПДР) по поводу доброкачественных и злокачественных новообразований.

Материалы и методы. Проанализированы данные 98 пациентов от 22 до 82 лет (средний возраст $61,8 \pm 13$ лет), перенесших ПДР. Из них у 67 (68%) выявлены злокачественные новообразования, а у 31 (32%) – доброкачественные. Женщины составили большинство – 64 (65%), мужчин было 34 (35%). Проводилась оценка уровня панкреатической фекальной эластазы и нутриционных параметров: уровней альбумина и гемоглобина, а также абсолютного количества лимфоцитов.

Результаты. При анализе отдаленных результатов (6 мес и более после резекции) выявлено, что при злокачественных новообразованиях у 58 (86,5%) пациентов была тяжелая степень экзокринной недостаточности, у 6 (9%) – средняя и у 3 (4,5%) – легкая. После ПДР по поводу доброкачественных новообразований у 25 (80,6%) пациентов выявлена тяжелая экзокринная недостаточность ПЖ, у 3 (9,7%) – средняя и у 3 (9,7%) – сохраненная экзокринная функция ПЖ. Пациенты обеих групп с тяжелой экзокринной недостаточностью получали заместительную ферментную терапию в средней дозе $138\,000 \pm 43\,000$ единиц липазы в сутки (диапазон значений доз от 75 тыс. до 200 тыс. единиц липазы/сут). При этом нарушений нутриционного статуса по обозначенным параметрам не выявлено.

Заключение. У пациентов, перенесших ПДР, в большинстве случаев развивается тяжелая экзокринная недостаточность ПЖ. Назначение заместительной ферментной терапии в больших дозах позволяет предотвратить развитие нутриционной недостаточности.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БИЛИАРНОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

О.А. Ценева¹, Е.В. Моисеенкова¹, Д.А. Дорошенко^{1,2}, А.В. Мамошин³, С.В. Михайлузов², К.Г. Глебов^{1,2}

¹ГБУЗ «Городская клиническая больница №15 им. О.М. Филатова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Российская Федерация

²ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, Российская Федерация

³ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского, Москва, Российская Федерация

Введение. Наличие желчнокаменной болезни и билиарной гипертензии с вклиниванием конкремента в просвет большого дуоденального сосочка является триггером развития панкреонекроза (ПН) и прогрессирования деструктивного процесса.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 247 пациентов с ПН I и II фазы заболевания. Возраст от 31 до 68 лет, средний – $42,7 \pm 3,6$ года. Билиарный ПН в 62 наблюдениях (25,1%), алкогольно-алиментарный – в 185 (74,9%).

Местные осложнения типированы по 1–4 модели. Центральный тип в 122 случаях (49,4%), левый – в 59 (23,9%), правый – в 31 (12,6%), смешанный – в 35 (14,1%). Всего 34 (54,8%) пациентам с билиарным ПН произвели литоэкстракцию и транспапиллярное стентирование с использованием дуоденовидеоскопа TJF-Q180V (OLYMPUS), пластиковых (полиуретановых) прямых стентов диаметром 2,3–2,8 мм и длиной 70–90 мм (ООО «Эндо-Старс», Россия). Статистическая обработка велась на базе данных Microsoft Excel 2017. Для проверки гипотезы о совпадении наблюдаемой и ожидаемой частот значений бинарного признака вычисляли критерий χ^2 Пирсона с представлением значения p . Для описания взаимосвязи между количественными и порядковыми признаками рассчитывали коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r).

Результаты. При билиарном ПН в 40 (64,5%) случаях выявлен центральный тип местных осложнений, правый – в 10 (16,1%), левый – в 6 (9,7%) и смешанный – в 6 (9,7%), что достоверно отличается от алиментарного ($\chi^2=12,854$; $p=0,0050$). При этом достоверной связи с показателями летальности не получено: 19 (30,6%) и 45 (24,3%) ($\chi^2=0,792$; $p=0,3736$). Отмечена прямая корреляционная связь слабой силы между билиарным генезом и частотой инфицирования местных осложнений ($r=0,134$; $p=0,0348$).

Заключение. При билиарном ПН чаще развиваются отграниченные местные осложнения (центральный и правый типы). Однако выявление желчнокаменной болезни позволяет прогнозировать риск развития инфицированного ПН.

Патология желчного пузыря и желчных путей

ВЛИЯНИЕ ПЕЛОИДОВ РАЗЛИЧНЫХ ТЕМПЕРАТУР НА КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСКИНЕЗИЕЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Р.М. Филимонов, О.М. Мусаева, Т.Р. Филимонова

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Введение. Пелоидотерапия – один из наиболее эффективных методов восстановительного лечения дискинезии желчевыводящих путей (ДЖВП), обладающий противовоспалительным, спазмолитическим, анальгезирующим и десенсибилизирующим эффектами.

Цель. Оценить влияние пелоидов различных температур на клиническую картину у пациентов с ДЖВП.

Материалы и методы. Аппликация сульфидно-иловой грязи толщиной 3–4 см проводилась на область правого подреберья и эпигастрия. Площадь грязевых аппликаций составляла 200–300 см². Процедуры назначались по 10–15 мин, через день, курс лечения – 8–10 процедур. Все больные в зависимости от применения лечебных методик были разделены на 2 группы: 1-й группе (30 человек) проводились грязевые аппликации температурой 38–40°C на область правого подреберья и эпигастрия по указанной выше методике;

2-й группе (30 человек) проводились грязевые аппликации температурой 24–26°C по указанной методике.

Результаты. Более эффективным оказалось применение грязевых аппликаций низких температур 24–26°C. Полное купирование болевого синдрома отмечалось у 87% больных. Интенсивность болевого синдрома уменьшалась на 3–5-й день, в 1-й группе – в пределах 4–6 дней. Тошнота, горечь во рту к концу лечения значительно уменьшались или отсутствовали у 76,7% больных 2-й группы и у 70% пациентов 1-й группы. Также отмечено положительное влияние грязевых аппликаций низких температур на моторику кишечника: запоры исчезли у 66,7% больных (стул ежедневно, оформленный), а также на изжогу – у 73,3% больных изжога значительно уменьшилась или исчезла. Грязевые аппликации температурой 38–40°C также оказывали положительное влияние на диспептический синдром, но по сравнению со 2-й группой в меньшей степени (53,3 и 63,3% соответственно).

Заключение. Таким образом, проведенные исследования показали, что грязевые аппликации низкой температуры (24–26°C) позволяют более адекватно влиять на патогенетические звенья при ДЖВП, чем грязевые аппликации высоких температур (38–40°C), что находит отражение в клинической картине заболевания.

Патология печени + трансплантология

ПРЕДИКТОРЫ 28-ДНЕВНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Л.Ю. Ильченко¹, Б.М. Тараки¹, И.Г. Адамова¹, И.Г. Федоров^{1,2}, Н.В. Петренко², И.Г. Никитин¹

¹ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, Российская Федерация

²ГБУЗ «Городская клиническая больница им. В.М. Буянова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Российская Федерация

Введение. Острая печеночная недостаточность на фоне хронической, или Acute-on-chronic liver failure (ACLF), характеризуется развитием системного воспаления, печеночной и внепеченочной органной дисфункцией и высокой 28-дневной летальностью.

Цель. Определить предикторы 28-дневной летальности у пациентов с циррозом печени (ЦП) и наличием ACLF.

Материалы и методы. В анализ включены 137 пациентов с декомпенсацией ЦП (76 мужчин и 61 женщина; средний возраст – 50 [42–58] лет). Всем пациентам проведено комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование. Для определения предикторов 28-дневной летальности использовали регрессионную модель пропорциональных рисков Кокса.

Результаты. Согласно оценке органной дисфункции по шкале CLIF Consortium Organ Failure score (CLIF-C OF-score) ACLF 1–3 установлена у 65 (47,4%) больных ЦП. Показатель 28-дневной летальности у пациентов с декомпенсированным ЦП составил 9,7% (7/72), а при ACLF – 27,7% (18/65); у пациентов с ACLF 1 – 24,4% (10/41), ACLF 2 – 17,6% (3/17), ACLF 3 – 71,4% (5/7). Наиболее выраженное влияние на неблагоприятный прогноз отмечено при ACLF 3 (ОР 7,600, 95% доверительный интервал – ДИ 2,450–23,580; $p < 0,001$), у пациентов с пневмонией (ОР 5,200, 95% ДИ 1,150–23,500; $p = 0,032$) и инфекцией мочевыводящих путей (ОР 2,950, 95% ДИ 1,210–7,190; $p = 0,018$) и было связано более чем с 5-кратным увеличением риска летального исхода. Определение лактата (ОР 1,172, 95% ДИ 1,005–1,367; $p = 0,042$), аммиака (ОР 1,008, 95% ДИ 1,001–1,015; $p = 0,022$) и С-реактивного белка (ОР 1,009, 95% ДИ 1,000–1,018; $p = 0,050$) подтвердило прогностическую ценность их в качестве предикторов 28-дневной летальности.

Заключение. Внедрение шкалы CLIF-C OFs для оценки риска летального исхода при ЦП позволяет выявлять пациентов с высокой вероятностью развития неблагоприятного исхода и своевременно направлять их в специализированные отделения и центры трансплантации.

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТА С СИСТЕМНЫМ МАСТОЦИТОЗОМ

А.О. Григорьевская, К.Ю. Кокина, О.В. Сумцова, Ю.О. Малиновская, Я.Г. Мойсюк

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Москва, Российская Федерация

Введение. Системный мастоцитоз (СМ) представляет собой редкое миелопролиферативное заболевание, характеризующееся накоплением тучных клеток в различных органах и тканях. СМ предположительно может рассматриваться как относительное противопоказание для трансплантации печени (ТП). На сегодняшний день в доступной литературе отсутствуют данные о выполнении ТП при СМ.

Цель. Представить клинический случай проведения ТП пациенту с циррозом печени (ЦП) и СМ.

Результаты. Пациентке 56 лет выставлены показания для ТП в связи с декомпенсацией ЦП в исходе HBV-инфекции: MELD-Na 17, тромбоз воротной вены (Yerdel 1), варикозное расширение вен пищевода 2-й степени, рецидивирующие кровотечения из вен пищевода, многократные сеансы эндоскопического лигирования, асцит 2-й степени по IAS. Ранее выявлен СМ (мутация *SKIT D816V*), по поводу которого пациентка получала таргетную терапию: антигистаминные препараты и непостоянно, ввиду плохой переносимости, мидостаурин. Несмотря на это, сохранялась потребность в многократных трансфузиях эритроцитарной массы с целью коррекции анемии тяжелой степени. В сентябре 2025 г. выполнена ТП от трупного донора. Анестезиологическое пособие включало премедикацию в виде инфузии глюкокортикостероидов и антигистаминных препаратов, а также исключало использование потенциально опасных в рамках СМ веществ. В раннем послеоперационном периоде инициирована трехкомпонентная иммуносупрессивная терапия, включающая такролимус, микофенолата мофетил и преднизолон. Наблюдалась удовлетворительная функция трансплантата печени. На момент написания тезисов период наблюдения после ТП составляет 3 мес. В пост-трансплантационном периоде нами не зарегистрировано специфических проявлений, связанных с СМ.

Заключение. Представленное наблюдение демонстрирует успешный случай ТП у пациентки с СМ. Таким образом, пациенты с данной патологией могут рассматриваться в качестве кандидатов для ТП при условии соблюдения персонализированного и мультидисциплинарного подхода к терапии с момента постановки в лист ожидания ТП.

МОДЕЛИ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Д.Д. Логинова, А.Р. Ахмедьянов, Д.В. Порхунув, Н.С. Журавель, В.А. Кейян, Т.В. Малашенкова, А.С. Бернс, Я.Д. Некрасова, Р.Б. Алиханов

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

Введение. Ключевым аспектом определения кандидата на трансплантацию, учитывая нехватку донорского пула, является прогнозирование рисков развития осложнений и летальности после трансплантации, основанное на совокупности огромного количества факторов риска.

Цель. Улучшить ближайшие и отдаленные результаты трансплантации печени (ТП) путем прогнозирования летальности при помощи дооперационной оценки факторов риска с использованием технологий искусственного интеллекта.

Материалы и методы. Исследование носило ретроспективный характер. Исследование проводилось по двум группам пациентов: по всем реципиентам ($n=230$) и по пациентам с онкологическим процессом в печени ($n=46$). Предобработка данных выполнена с помощью высокоуровневого языка программирования Python 3.9.10 на базе текстового редактора кода Visual Studio Code 1.87.2. Для работы с табличными данными использовалась библиотека Pandas, версия 2.2.3.

Результаты. При моновариантном анализе факторов риска развития летального исхода после ТП статистической значимости достигли следующие параметры: продолжительность холодовой ишемии ($p=0,03$), объем кровопотери ($p=0,01$), продолжительность операции ($p=0,006$). В ходе мультивариантного анализа такие факторы, как тромбоз воротной вены ($p=0,02$), длительность холодовой ишемии

($p=0,03$), процент стеатоза донорской печени ($p=0,03$) были статистически достоверными предикторами развития летального исхода.

С помощью метода максимального правдоподобия определены коэффициенты мультифакторной регрессионной модели рисков Кокса. Построена модель прогнозирования развития летального исхода после ТП с точностью, равной 70% ($AUC=0,665$). С увеличением размера пациентской выборки предполагаемая точность модели составит 87%.

Заключение. Таким образом, использование составленных при помощи искусственного интеллекта моделей прогнозирования развития неблагоприятного исхода после ТП позволит создать оптимальную рекомендательную модель подбора пары «донор – реципиент».

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕМ ХОЛАНГИТЕ: ОПЫТ ГБУЗ «МКНЦ ИМ. А.С. ЛОГИНОВА»

Д.В. Порхунов, А.Р. Ахмедьянов, Д.Д. Логинова, Н.С. Журавель, В.А. Кейян, Т.В. Малашенкова, А.С. Бернс, Я.Д. Некрасова, Р.Б. Алиханов

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

Введение. В настоящее время трансплантация печени (ТП) является единственным вариантом лечения пациентов с терминальной стадией первичного склерозирующего холангита (ПСХ). Несмотря на широкое распространение ПСХ, а также попытки создания консенсуса по его лечению, единых утвержденных критериев с определением временных показателей к постановке пациентов с ПСХ в лист ожидания и выполнению ТП нет. Одним из важных вопросов является выбор типа билиарной реконструкции при выполнении ТП пациентам с ПСХ.

Цель. Провести моноцентровый анализ хирургических результатов после ТП у пациентов с ПСХ.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование пациентов, перенесших ТП по поводу ПСХ с 2021 по 2025 г. в ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова». Статистическая обработка полученных результатов проводилась в программе GraphPad Prism 9.1.

Результаты. В указанный период времени выполнено 245 трансплантаций группной печени, из них по поводу ПСХ – 30 (12,25%) трансплантаций. Среди реципиентов с ПСХ было 17 (56,67%) мужчин и 13 (43,33%) женщин, средний возраст таких пациентов составил 46,47 года. В 73,33% случаев выполнена билио-билиарная реконструкция (22 пациента), в 26,67% случаев (8 пациентов) – формирование билиодигестивного анастомоза. Летальность пациентов с ПСХ составила 0,4%, осложнения III–IV по Clavien–Dindo развились у 3,27%.

Заключение. Таким образом, единственным радикальным и эффективным методом лечения пациентов с терминальной стадией ПСХ, характеризующейся симптомным течением в виде развития механической желтухи, выраженного кожного зуда, печеночной энцефалопатии, частых рецидивирующих холангитов, приводящих к циррозу, является ТП.

АЛГОРИТМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВЕДЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У КАНДИДАТОВ НА ТРАНСПЛАНТАЦИЮ ПЕЧЕНИ

А.В. Шабунин^{1,2}, М.Г. Минина², П.А. Дроздов^{1,2}, А.А. Карпов^{1,2}, О.Н. Левина², В.А. Цуркан², С.А. Астапович², Э.А. Лиджиева², И.И. Курбанов², А.И. Юрик²

¹ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

²ГБУЗ «Московский многопрофильный научно-клинический центр им. С. П. Боткина» Департамента здравоохранения Московской области, Москва, Российская Федерация

Введение. Портальная гипертензия при циррозе печени определяет риск осложнений, существенно влияющих на прогноз и результаты трансплантации, что делает разработку эффективных хирургических стратегий ее коррекции одной из приоритетных задач современной гепатохирургии. В последние годы активно изучается возможность применения мезенхимальных стволовых клеток (МСК) при хронических заболеваниях печени. С учетом их потенциальных регенераторных и антифибротических свойств целью исследования стала оценка влияния МСК в составе комбинированного хирургического подхода.

Материалы и методы. В исследование включены 58 пациентов, кандидатов на трансплантацию печени, находившихся на лечении в ГБУЗ «ММНКЦ им. С. П. Боткина» в 2022–2025 гг. В группе I (ретроспективная, $n=32$) пациентам выполнялось трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование (ТИПС) в сочетании с частичной эмболизацией селезенки (ЧЭС); в группе II (проспективная, $n=26$) – одновременно ТИПС и ЧЭС с последующим этапным внутрипортальным введением аутологичных стволовых клеток (МСК). Первичной конечной точкой исследования являлась динамика показателей функции печени (уровень билирубина, международное нормализованное соотношение и альбумин) и изменение степени печеночной недостаточности по шкалам MELD и Чайлд–Пью. Вторичными конечными точками были выраженность асцита и частота парацентезов, рецидивы кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и госпитальная летальность.

Результаты. В проспективной группе отмечена выраженная положительная динамика показателей синтетической функции печени по сравнению с ретроспективной. В группе ТИПС+ЧЭС+МСК наблюдалось снижение MELD с $15,8\pm 3,4$ до $13,2\pm 3,1$ ($p<0,01$) и уменьшение баллов по шкале Чайлд–Пью с $9,7\pm 1,4$ до $8,3\pm 1,2$ ($p<0,01$). Концентрация альбумина увеличилась с $28,9\pm 4,3$ до $31,5\pm 3,6$ г/л ($p<0,01$), международное нормализованное отношение снизилось с $2,05\pm 0,38$ до $1,78\pm 0,31$ ($p<0,01$). В ретроспективной группе значимой динамики данных показателей не зарегистрировано ($p>0,05$). Госпитальная летальность среди пациентов класса Чайлд–Пью С составила 3 из 32 (9,4%) в ретроспективной группе, тогда как в проспективной группе летальных исходов не отмечено (0 из 26).

Заключение. Внутрипортальное введение МСК в составе комбинированного вмешательства ТИПС+ЧЭС ассоциировалось с улучшением синтетической функции печени. Наибольшее отличие между группами отмечено у пациентов класса Чайлд–Пью С, среди которых в проспективной группе летальные исходы не зарегистрированы. Полученные данные поддерживают целесообразность использования МСК в составе комбинированного подхода.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОСОБЫХ ФЕНОТИПОВ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА

Ю.Г. Сандлер, Е.В. Винницкая, Е.Н. Александрова, А.С. Дорофеев, С.Г. Хомерики, Т.Ю. Хайменова, К.Г. Салиев, Е.С. Сбикина, С.Н. Бацких

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

Цель. Изучить клиническое значение особых фенотипов аутоиммунного гепатита (АИГ), которые не соответствуют типичным диагностическим критериям.

Материалы и методы. В проспективном исследовании у пациентов с верифицированным диагнозом АИГ ($n=259$) изучены клинико-иммунологические и гистологические маркеры. Для решения поставленных задач использовался комплекс стандартных и специальных лабораторных, гистологических и инструментальных методов исследований.

Для обработки результатов использованы статистические методы непараметрического анализа и методики медико-математического прогнозирования с помощью лицензионного программного обеспечения IBM SPSS Statistics v.27.0.

Результаты. Выявлены пациенты, у которых при постановке диагноза: отсутствовал повышенный уровень иммуноглобулина G (IgG) – 18,9% (49 человек), не определялись аутоантитела (АТ) – 4,5% (12 человек), в гистологической картине наряду с типичными признаками АИГ выявлены неспецифические изменения желчных протоков (НИЖП) при отсутствии аутоиммунных холестатических заболеваний – 25,6% (64 человека); в 15,1% случаев наряду с АИГ установлен диагноз неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) (39 человек). Изучен клинический портрет пациентов, выделено 4 особых фенотипа, определено их клиническое значения: «АИГ с исходно нормальным уровнем IgG» повышал вероятность достижения полного биохимического ответа в 1,8 раза (коэффициент риска – КР 1,81, 95% доверительный интервал – ДИ 1,29–2,53, $p=0,001$), снижал риск рецидива в 2 раза (КР 0,50, 95% ДИ 0,25–0,99; $p=0,031$); «АИГ-серонегативный» снижал риск рецидива в 3,9 раза ($p=0,013$). Данные фенотипы соотносились с благоприятным течением и определены как потенциально благоприятные ($\chi^2=170,1$; $p<0,001$). «АИГ-НАЖБП» при наличии у пациентов сахарного диабета 2-го типа и/или ожирения увеличивал риски неблагоприятного течения в 2,5 раза ($p=0,035$), общая выживаемость по Каплану-Мейеру снижалась ($p=0,050$); «АИГ-НИЖП» увеличивал риск неблагоприятного течения в 1,6 раза (КР 1,561, 95% ДИ 1,095–2,227), определен как потенциально неблагоприятный ($\chi^2=35,5$; $p<0,001$).

Заключение. Выделение особых фенотипов АИГ снижает риск несвоевременной диагностики, позволяет на этапе выбора терапии использовать оптимальные схемы в зависимости от фенотипа.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ГАНГРЕНОЗНОЙ ПИОДЕРМИИ У ПАЦИЕНТКИ С СЕРОНЕГАТИВНЫМ ПЕРВИЧНЫМ БИЛИАРНЫМ ХОЛАНГИТОМ В СОЧЕТАНИИ СО СКЛЕРОПОДОБНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОЖИ

М.С. Ялалова¹, Л.И. Ларина², Л.Ю. Ильченко², И.Г. Федоров^{1,2}, И.Г. Никитин¹

¹ГБУЗ «Городская клиническая больница им. В.М. Буянова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Российская Федерация

²ФГАОУВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, Российская Федерация

Клиническое наблюдение. У пациентки В., 38 лет, в конце июня 2025 г. на коже рук замечены множественные язвы. Через неделю присоединилась желтуха, потемнение мочи; выявлено повышение маркеров холестаза (щелочная фосфатаза – 5 верхних границ нормы – ВГН, γ -глутамилтранспептидаза – 14 ВГН, общий билирубин (ОБ) – 9 ВГН, конъюгированный – 44 ВГН) и цитолиза (аланинаминотрансфераза – АЛТ – 6 ВГН, аспаратаминотрансфераза – АСТ – 4 ВГН). Прием алкоголя, гепатотоксичных препаратов отрицался. По месту жительства установлен хронический гепатит высокой степени активности. При поступлении в стационар состояние средней степени тяжести, желтушность склер и кожи. Температура 36,7°C. Пальцы кистей рук утолщены, отекие, уплотнены. На коже рук множественные язвы до 3 см, покрытые фибрином и некротическими корками. Печень незначительно увеличена (по Курлову 14×10×10 см). Клинический анализ крови в норме. ОБ – 13 ВГН, АЛТ – 7 ВГН, АСТ – 3 ВГН. Маркеры вирусных гепатитов (А, В, С, D), аутоиммунных заболеваний печени

и соединительной ткани – отрицательные; γ -глобулины, IgG, IgM не повышены. При магнитно-резонансной холангиопанкреатографии патологии не выявлено. По данным биопсии печени: гепатит минимальной степени активности, желчные протоки с дистрофией эпителия и перифокальной воспалительной инфильтрацией, дуктулярная пролиферация, каналикулярный холестаз с формированием желчных тромбов, очаговый фиброз портальных трактов. Биопсия кожи: склерозированная дерма, отсутствие придатков. Признаков васкулита не обнаружено. Заключение дерматолога: гангренозная пиодермия. На фоне терапии урсодезоксихолевой кислотой 1500–1000 мг/сут + Метипред 8 мг/сут отмечен регресс желтухи, эпителизация большинства язвенных дефектов кожи, улучшение биохимический показателей: ОБ – 1 ВГН, щелочная фосфатаза – 1,5 ВГН, γ -глутамилтранспептидаза – 3 ВГН, АЛТ – 1,5 ВГН, АСТ – 1 ВГН.

Заключение. Установлен диагноз «серонегативный первичный билиарный холангит в сочетании со склероподобным поражением кожи с развитием гангренозной пиодермии». Наблюдение за пациенткой продолжено.

ПОЛИВЕНОЗНЫЙ ТРОМБОЗ С ФОРМИРОВАНИЕМ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

И.Г. Малахова, А.Е. Шкляев

ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ижевск, Российская Федерация

Введение. Причиной развития подпеченочной нецирротической портальной гипертензии в 70% наблюдений являются наследственные тромбофилии, причем 30% случаев обусловлены мутацией в гене фактора Лейдена, когда он становится устойчивым к действию протеина С, приводя к тромбофилии.

Цель. Демонстрация динамики развития цирроза печени при подпеченочном политромбозе.

Материалы и методы. Представлено 7-летнее клиническое наблюдение пациента с подпеченочной портальной гипертензией на фоне наследственной тромбофилии. Больной Б., 42 года, 18.02.2018 поступил в гастроэнтерологическое отделение БУЗ УР «Первая РКБ» МЗ УР в связи с нарастающей болью в животе, выраженной общей слабостью, сухостью во рту. Начало заболевания связывает с острой респираторной вирусной инфекцией. В анализах крови: общесывалительный и цитолитический синдромы (2 нормы), увеличение растворимых фибринмономерных комплексов (20,0 мг/100 мл), D-димеров (12 130 мкг/л). Ультразвуковое исследование и СКТ-ангиография сосудов брюшной полости выявили: увеличение и диффузно-очаговые изменения печени, тромбоз воротной, селезеночной, брыжеечной вен, portoкавальные анастомозы. По экстренным показаниям пациенту проведена лапаротомия, резекция некротизированной части тонкой кишки. При генетическом дообследовании выявлено: мутация Лейдена фактора V. При выписке пациенту назначен варфарин пожизненно.

30.06.2025 пациент поступает в гастроотделение с жалобами на общую слабость, зуд кожи, вздутие живота. Прием алкогольсодержащих напитков и гепатотоксичных препаратов отрицает. Объективно: сосудистые звездочки на груди, инъекция сосудов и субиктеричность склер. Живот болезненный в правом подреберье, печень +2 см. Лабораторно: тромбоцитопения ($58 \times 10^9/\text{л}$), лейкопения ($2,55 \times 10^9/\text{л}$), гипербилирубинемия. Спиральная компьютерная томография: диффузные изменения печени по типу цирротических, неокклюзирующий тромбоз воротной вены в стадии реканализации, спленомегалия. Фиброгастроуденоскопия: варикозное расширение вен пищевода и желудка 3-й степени.

Заключение. Представленный клинический случай демонстрирует формирование цирроза печени у

молодого пациента на фоне тромбоза воротной вены, обусловленного генетическим дефектом в системе гемостаза. Внутрисосудистый тромбоз у пациентов до 50 лет требует генетического дообследования, особенно при отсутствии явных причин возникновения повышенного тромбообразования.

ФАКТОРЫ РИСКА СТЕАТОЗА ТРАНСПЛАНТАТА ПЕЧЕНИ

В.А. Кейян, Т.В. Малашенкова, А.Р. Ахмедьянов, А.С. Бернс, Я.Д. Некрасова, Д.Д. Логинова, Д.В. Порхунов, Н.С. Журавель, Р.Б. Алиханов

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

Введение. Стеатоз и стеатогепатит трансплантата печени – патология, ассоциирующаяся с риском дисфункции трансплантата, развитием фиброза трансплантированной печени, снижением выживаемости после трансплантации печени.

Материалы и методы. Исследование проведено среди пациентов (n=126), перенесших ортотопическую трансплантацию печени (ОТП) в период 2023–2025 гг. Индекс массы тела 25–29,9 кг/м² был у 57% (n=72) пациентов, 30–35 кг/м² – у 39% (n=49) и более 35 кг/м² – у 4% (n=5); 36% (n=45) пациентов

имели сахарный диабет 2-го типа (СД 2). Исследована частота развития стеатоза (СТ) и стеатогепатита трансплантата (СГТ) через 1 год после ОТП. 18% пациентов (n=23) после ОТП была назначена трехкомпонентная иммуносупрессивная терапия (ИСТ) с применением системных глюкокортикостероидов (СГКС).

Результаты. Через 1 год после ОТП у 30,1% (n=38) пациентов при исходном отсутствии стеатоза донорской печени по данным стеатометрии печени диагностирован стеатоз S1- и S2-степени [у 86% (n=33) и 14% (n=5) пациентов соответственно]. Из них у 7% (n=3) отмечалось минимальное повышение показателей синдрома цитолиза при удовлетворительной целевой концентрации такролимуса и отрицательных маркерах вирусных гепатитов (вирусный гепатит В, вирусный гепатит С, вирус простого герпеса 1, 2, 6-го типов, цитомегаловирус, вирус Эпштейна–Барр), свидетельствующее о СГТ. 55% (n=21) пациентов получали ИСТ с применением СГКС в течение года после ОТП, с постепенной редукцией дозы гормональной терапии. Пациенты без СД 2 (n=81) в 14% случаев (n=17) имели СТ 1-й степени, пациенты, страдающие СД 2 (n=45), в 53% случаев (n=24) имели СТ 1-й степени, а в 31% случаев (n=14) – СТ 2-й степени.

Заключение. Наличие СД 2 и применение СГКС после трансплантации печени являются факторами риска СТ и СГТ печени.

Нутрициология, диетология

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ ПИТАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА

В.И. Пилипенко, В.А. Исаков

ФГБУН «Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи», Москва, Российская Федерация

Обоснование. Распространенность рака желудка достигает 5-го места в структуре онкологических заболеваний в Российской Федерации, и лишь радикальное хирургическое лечение предоставляет наилучшие шансы 5-летней выживаемости – около 23% (с химиотерапией – до 36%). Однако гастрэктомия приводит к существенному падению качества жизни пациентов из-за нарушения пищевого статуса за счет формирования функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта при употреблении пищи. К сожалению, значительная часть пациентов не получают рекомендаций по модификации рациона и вынуждены приспосабливаться к имеющимся симптомам. Недостаточность питания за счет подавления функциональной активности иммунной системы считается провоцирующим фактором для рецидива опухоли.

Цель. Оценить распространенность нарушений питания и состава тела у пациентов, перенесших оперативные вмешательства по поводу онкологических заболеваний желудка.

Материалы и методы. Обследованы 113 пациентов с синдромом оперированного желудка (СОЖ), из них 86 человек перенесли гастрэктомию, 27 – резекцию желудка, срок после операции $4,8 \pm 4,7$ года, средний возраст – $62,4 \pm 12,7$ года, индекс массы тела – $21,8 \pm 3,7$ мг/м². У всех участников методом 24-часового воспроизведения съеденной пищи собирались данные о фактическом питании трех последовательных дней, предшествующих госпитализации, выполнена кистевая динамометрия (динамометр ДК-100), состав тела оценивался биоимпедансометрией (аппаратом InBody 720), а качество кишечной абсорбции – по копрограмме.

Результаты. Анализом данных фактического питания установлено, что 54,16% пациентов с СОЖ не принимают поливитаминных препаратов, 37,50% не получают регулярных инъекций витамина В₁₂, 54,16% не получают ферментные препараты или принимают их не открывая капсулу, у 58,33% установлена недостаточная калорийность рациона, у 12,50% выявлен дефицит белка в рационе, 62,50% отказались от употребления овощей и фруктов из-за опасений по поводу их плохой переносимости, для 54,16% пациентов было характерно монотонное питание, у 45,80% выявлена неправильная термическая обработка пищи, у 16,66% – недостаточная дробность питания. В показателях копрограммы у 30,08% пациентов выявлен нейтральный жир, у 16,81% – жирные кислоты, у 23,89% – мыла, у 34,51% – крахмал, у 15,92% – остатки непереваренной пищи. Низкие показатели кистевой динамометрии выявлены у 40% пациентов. Указанные погрешности питания отразились в отклонениях состава тела: у 30,97% – дефицит жидкости, у 72,56% – дефицит мышечной ткани, у 27,43% – дефицит жировой ткани, среднее значение фазового угла составило $4,46 \pm 0,95^\circ$.

Заключение. Значительная часть пациентов с СОЖ не получили информацию по адекватному питанию после удаления желудка и нуждаются в диетологическом консультировании. Коррекция питания этих пациентов позволит снизить распространенность и выраженность симптомов за счет большей скорости адаптации пищеварительной системы к новым анатомо-топографическим условиям и улучшения кишечной абсорбции, что положительно скажется на степени выраженности нарушений пищевого статуса.

Финансирование: ФИ FGMF-2025-0003.

РОЛЬ ДЕФИЦИТА ЖИРОРАСТВОРИМЫХ ВИТАМИНОВ В РАЗВИТИИ ОСТЕОСАРКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ БИЛИАРНЫМ ХОЛАНГИТОМ

А.В. Тимощенко, Е.В. Винницкая, А.С. Дорофеев

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

Цель. Оценить наличие связи дефицита жирорастворимых витаминов и остеосаркопии (ОСП) у больных первичным билиарным холангитом (ПБХ).

Материалы и методы. Обследованы 125 пациентов с ПБХ с 2022 по 2025 г. в ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова». Анализировались лабораторные показатели, аутоантитела АМА-М2 (ИФА), биопсия и гистологическое исследование печени, фиброэластометрия печени (FibroScan 530), антропометрия, кистевая динамометрия, денситометрия (Healthcare Lunar Prodigy), биоимпедансометрия (МЕДАСС ABC-02), определялись витамины А, D, Е, проводилось анкетирование (SARC-f и SF-36). Статистическая обработка данных производилась с помощью IBM SPSS Statistics v.27.0 (США).

Результаты. В исследование включены 97 женщин в возрасте от 35 до 75 лет (M=61 год [35–74]). ОСП выявлена у 16,5%. Выделены: группа 1 (n=16) – пациентки с ПБХ+ОСП, группа 2 (n=31) – с ПБХ без ОСП, группа контроля (n=24) – здоровые женщины, сопоставимые по возрасту и полу. При сравнении исследуемых групп определены более низкие значения общего белка ($p=0,013$) и альбумина сыворотки крови ($p=0,046$) в группе 1. Снижение уровня витамина D (нг/мл) определили во всех группах: группа 1 – 17,5 [11,4–28,7], группа 2 – 25,4 [9,7–33,5], группа контроля – 17,55 [11,56–35,23]. Более низкие значения витамина Е (мкг/мл) определены в группе 1 – 1,1 [0,7–1,7] по сравнению с группой 2 – 3,4 [1,8–8,4] ($p=0,002$), в группе контроля – 6,46 [3,80–11,56]. Витамин А был повышен в группе 1 – 8,5 [3,7–15,4] и группе 2 – 6,2 [3,5–32,1] по сравнению с группой контроля – 0,78 [0,53–2,16].

Заключение. Недостаточность жирорастворимых витаминов D и Е является фактором риска ОСП при ПБХ. Повышение уровня витамина А может отражать нарушение его метаболизма при ПБХ и требует дальнейшего изучения.

ФАКТИЧЕСКИЙ РАЦИОН ПИТАНИЯ И МЕТАБОЛИТЫ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

О.А. Смирнова, Т.Н. Кузьмина, С.Ю. Сильвестрова, А.В. Сергеева, Д.В. Рубанова

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

Обоснование. Оценка нутриционного статуса должна быть комплексной и включать глубокую оценку фактического рациона с применением специализированной компьютерной программы. Важным дополнением может являться оценка метаболитов кишечной микробиоты, которая позволит оценить влияние рациона на ее состояние. Это должно учитываться при последующем подборе персонализированной диеты у пациентов с опухолями поджелудочной железы в предоперационном периоде и в последующем противоопухолевом лечении.

Цель. Оценить влияние фактического рациона на профиль метаболитов микробиоты толстой кишки у больных с опухолями поджелудочной железы в предоперационном периоде.

Материалы и методы. В 2024 г. на базе ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» в лаборатории нутрицевтики и лаборатории лекарственного метаболизма на амбулаторном этапе был оценен фактический рацион у 16 человек (мужчины – 43,8%, женщины – 56,2%) с диагнозом рака поджелудочной железы II–III стадии по классификации TNM, средний возраст составил $57,9 \pm 10,2$ года. Всем пациентам проведена оценка фактического рациона – 100 вопросов с помощью специализированной компьютерной программы, которые позволили оценить поступающие макро-, микронутриенты и аминокислоты в процентном соотношении в продуктах питания. В этот же день был проведен анализ на метаболиты микробиоты толстой кишки в копрофильтате методом газожидкостной хроматографии.

Результаты. При оценке фактического рациона у 10 (62,5%) пациентов выявлено избыточное потребление белковых продуктов животного происхождения (говядины, индейки, курицы, яиц), преобладающее над количеством кисломолочных и бобовых продуктов, что повлияло на изменение профиля метаболитов кишечной

микробиоты в виде увеличения изомаляной кислоты (в среднем $0,575 \pm 0,213$ мг/г) и изовалериановой кислоты (в среднем $0,979 \pm 0,438$ мг/г). У 6 (37,5%) пациентов был сбалансированный рацион и профиль метаболитов кишечной микробиоты в пределах референсных значений, не превышающих норму (изомаляной до 0,240 мг/г и изовалериановой до 0,410 мг/г). Таким образом, выявлено влияние вида и количества белковых продуктов, которые потребляют пациенты в ежедневно, на профиль метаболитов кишечной микробиоты. Но общий уровень микробных метаболитов остается в пределах нормы до 10,6 мг/г.

Заключение. Полученные данные отражают влияние избыточного потребления белковых продуктов животного происхождения на профиль метаболитов кишечной микробиоты. При назначении высокобелковой диеты важно соблюдать соотношение белковых компонентов животного и растительного происхождения и контролировать показатели спектра изокилот в копрофильтате белкового происхождения, которые отражают бактериальный метаболизм.

Онкология

СОСТОЯНИЕ СКЕЛЕТНО-МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

А.В. Сергеева, Д.В. Рубанова, О.А. Смирнова, Т.Н. Кузьмина
ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Хирургический стресс у онкологических пациентов изменяет состояние скелетно-мышечной ткани (СМТ) за счет усиления катаболических процессов, что приводит к распаду мышц и снижению пула белка, запуская развитие саркопении. Саркопения (дефицит мышечной массы, снижение мышечной силы/функции) может увеличивать риски послеоперационных осложнений, удлинять сроки реабилитации, снижать качество и продолжительность жизни. Оценка состояния СМТ в предоперационном периоде позволяет своевременно провести коррекцию нарушений и улучшить результаты лечения.

Цель. Оценить состояние СМТ у больных раком желудка в предоперационном периоде.

Материалы и методы. В 2024 г. В ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» начато проспективное одноцентровое исследование. На I этапе в исследовании принял участие 21 пациент (мужчины – 52,3%, женщины – 47,7%), средний возраст составил 64 (47–72) года. Стадийность онкологического процесса (по системе TNM) у наблюдаемых пациентов: T1 – 4,8%, T2 – 42,9%, T3 – 52,3%. Всем больным выполнялась комплексная диагностика нутритивного статуса с проведением биоимпедансного анализа состава тела (БИА) на аппарате ABC-02 «МЕДАСС» для оценки скелетно-мышечной массы (СММ), индекса тощей массы (ИТМ), фазового угла (ФУ).

Результаты. В исследуемой группе на предоперационном этапе снижение СММ относительно индивидуальной нормы отмечено у 9,5%, у 90,5% СММ находилась в пределах референсных значений. Показатели ИТМ также были стабильны и не выходили за пределы референсных значений у всех наблюдаемых пациентов (100%). Среднее значение ФУ составило 5,3 (3,7–6,6) гр.

Заключение. У большинства пациентов в изучаемой группе показатели СММ и ИТМ были в пределах индивидуальных норм. При анализе полученных данных также обращала на себя внимание тенденция к снижению ФУ, что могло указывать на гиподинамию и начало катаболических сдвигов в организме. Стоит отметить, что у всех пациентов в исследуемой группе (100%) не отмечено послеоперационных осложнений. Таким образом, больные раком желудка относятся к группе высокого риска метаболических нарушений и саркопении, в связи с чем данной категории пациентов в предоперационном периоде должна проводиться оценка нутритивного статуса с исследованием состояния СМТ с целью раннего выявления и терапии саркопении.

ОЦЕНКА МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Н.А. Попцова, И.Г. Бакулин, Б.И. Асланов
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Цель. Оценка факторов риска предраковых заболеваний толстой кишки (ПРЗТК) и разработка риск-ориентированной профилактики.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 199 пациентов (100 женщин и 99 мужчин). Средний возраст пациентов – 58,9 года. Контрольная группа состоит

из 100 условно здоровых человек (без воспалительных заболеваний кишечника, с отрицательным результатом кала на скрытую кровь). Все участники сопоставимы по возрасту и полу.

Результаты. Диетические факторы. Употребление более 500 г в неделю красного мяса повышает риск развития ПРЗТК в 1,5 раза (ОР 1,50, 95% ДИ 0,86–2,63). Употребление от 30 г в день клетчатки снижает эти риски в 1,2 раза (ОР 1,20, 95% ДИ 0,81–1,78). По данным литературы лица, получающие 300 мг кальция и 100 МЕ/сут витамина D, имеют риск развития ПРЗТК ниже на 6% (ОШ 0,94, 95% ДИ 0,92–0,97). По нашим данным не определено статистически значимого влияния этих факторов. Употребление еды в течение 3 ч после засыпания повышает риск развития аденом в 1,2 раза (ОР 1,21, 95% ДИ 0,51–1,28).

Метаболические факторы. У пациентов с дислипидемией риск развития ПРЗТК выше в 1,5 раза (ОР 1,52, 95% ДИ 1,01–2,22), у лиц с ожирением – в 2,5 раза (ОР 2,53, 95% ДИ 1,61–3,82). Сахарный диабет 2-го типа повышает риск развития ПРЗТК в 3 раза (ОР 3,01, 95% ДИ 1,79–5,02), а неалкогольная жировая болезнь печени – в 1,2 раза (ОР 1,22, 95% ДИ 0,81–1,77).

Табакокурение. На сегодняшний день подтверждена связь табакокурения и канцерогенеза, однако данных о влиянии курения на образование ПРЗТК в литературе нет. По нашим данным, у курящих мужчин риск развития ПРЗТК выше в 0,8 раза (ОР 0,80, 95% ДИ 0,54–1,19), а у курящих женщин – в 0,6 раза (ОР 0,63, 95% ДИ 0,396–0,907).

Алкоголь. Употребление более 20 г в день этанола повышает риск развития ПРЗТК в 1,5 раза (ОР 1,51, 95% ДИ 1,00–2,24).

Лекарственные препараты. Прием ингибиторов протонной помпы более 12 мес в 1,5 раза повышает риск развития полипов (ОР 1,53, 95% ДИ 1,03–1,96).

Заключение. Определены основные факторы риска ПРЗТК, риск-ориентированный алгоритм их профилактики требует дальнейшего изучения.

ВЛИЯНИЕ ДИСФАГИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ С I–III СТАДИЯМИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ПИЩЕВОДА

А.А. Бородай, М.В. Калугин, Л.В. Найданова, С.Е. Кокорина, З.Д. Сангаджиева, С.Г. Узунова, Д.В. Попов, Л.Г. Жукова
ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Российская Федерация

Введение. С затруднением глотания (дисфагией) сталкиваются до 84% пациентов с плоскоклеточным раком пищевода (РП). К сожалению, стентирование остается одним из наиболее часто применяемых методов лечения дисфагии.

Материалы и методы. Проанализировано 110 случаев с подтвержденным плоскоклеточным РП I–III стадии, пациенты получали лечение в ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» с 2022 по 2024 г.

Цель. Оценить влияние дисфагии на общую выживаемость (ОВ) и выживаемость без прогрессирования (ВБП).

Результаты. Дисфагия отсутствовала у пациентов с I стадией заболевания в 100% случаев (n=10), со II стадией – в 53% (n=26), при III стадии – в 35% (n=18). Наличие дисфагии отмечалось у 56 пациентов (в 51% случаев): 1-я степень дисфагии – в 18% (n=10), из них у пациентов со II стадией – 30%, III стадией – 70%; 2-я степень – у 30% (n=17), при II стадии – у 53%, при III стадии – у 47% пациентов; 3-я степень – у 52% пациентов (n=29), при II – 38% и

при III – 62%. Лечение дисфагии (стентирование выполнено 10 пациентам, гастростомия – 20 пациентам) проведено в 54% случаев (n=30). Медиана ОВ у пациентов после стентирования составила 6 мес, после гастростомии – 10 мес, у пациентов, не требующих лечения дисфагии, – 28 мес. Всего 50% пациентов (n=5) после стентирования начали лечение: 3 получили химиотерапию, 2 прошли курс химиолучевой терапии. Все пациенты со стентированием пищевода погибли в срок до 3 мес, медиана ВБП составила 1 мес (от 0,3 до 2,6 мес). После гастростомии лечение было начато 14 пациентам (в 80% случаев): все пациенты получили химиолучевую терапию. Медиана ВБП пациентов после гастростомии составила 14 мес (4,1–31,0).

Заключение. Дисфагия является значимым фактором неблагоприятного прогноза в отношении ОВ. При выявлении значимой дисфагии предпочтительнее выполнение гастростомии, а не стентирования, что поможет улучшить отдаленные результаты лечения (ВБП и ОВ).

АКТУАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ РЕГИСТРА ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ

Д.А. Салимгереева, И.Ю. Фейдоров, А.А. Коняхина, Н.А. Малкина, А.Л. Петрова, О.В. Круглова

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

Введение. Благодаря современным методам диагностики растет выявляемость некогда редких нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы (НЭО ПЖ). Принято считать, что среди всех НЭО панкреатические обладают наиболее агрессивным ростом и неблагоприятным прогнозом. Однако современные эпидемиологические данные демонстрируют рост доли НЭО ПЖ с благоприятным клиническим течением в общей структуре заболеваемости. Регистровые исследования являются важным инструментом оценки актуального состояния проблемы.

Материалы и методы. Проведен анализ данных регистра НЭО ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова», за январь 2016 – июль 2025 г. было зарегистрировано 398 больных с НЭО ПЖ. Отобраны случаи с периодом наблюдения ≥ 12 мес после установки диагноза (n=371). Выживаемость оценивали методом Каплана – Мейера. В анализ включали случаи смерти от любых причин. Для живых пациентов конечной точкой наблюдения служила дата последнего визита.

Результаты. Локализованные формы заболевания составили 242 случая (65,2%), местно-распространенные – 83 (22,3%), первично-метастатические – 50 (13,5%). Всего 141 пациент (38,2% общей когорты, 58,3% локализованных форм) находился под активным наблюдением. В этой группе общая выживаемость составила 98,5%, при этом медиана выживаемости не была достигнута, а средний период наблюдения равнялся 38 мес (14–122 мес). Хирургическое лечение I этапом получили 149 (40,1%) пациентов, из которых 5 (1,3%) были направлены на хирургическое лечение в ходе динамического наблюдения. Системную терапию получали 99 (26,7%) пациентов. Пациенты, направленные на хирургическое лечение (n=149), имели более высокую 5-летнюю выживаемость по сравнению с группой системной терапии (n=99): 79,1% против 44,0% ($p < 0,001$). В то же время однолетняя выживаемость в обеих группах оказалась сопоставимой: 98,0 и 97,6% ($p = 0,82$).

Заключение. Структура заболеваемости НЭО ПЖ претерпела существенные изменения. В настоящее время более 1/2 всех случаев выявляются на ранней стадии, свыше 1/2 пациентов с ранними формами заболевания демонстрируют клинически доброкачественное течение болезни, т.е. не потребуют противоопухолевого лечения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНДУКЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ И САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМ И НЕОПЕРАБЕЛЬНЫМ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ПИЩЕВОДА II–III СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

М.В. Калугин, Л.В. Найданова, С.Е. Кокорина, З.Д. Сангаджиева, С.Г. Узунова, А.А. Бородай, Д.В. Попов, Л.Г. Жукова
ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Российская Федерация

Введение. Плоскоклеточный рак пищевода (РП) – агрессивная злокачественная патология с низкими показателями выживаемости и ограниченными вариантами лечения. Основным методом лечения локализованных форм является проведение хирургического вмешательства, однако часть пациентов имеют нерезектабельный и/или неоперабельный процесс, что требует поиска альтернативных вариантов лечения.

Цель – оценка эффективности индукционной химиотерапии (ХТ) и самостоятельной химиолучевой терапии (ХЛТ) у пациентов с нерезектабельным и/или неоперабельным плоскоклеточным РП II–III стадии заболевания.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование включены 48 пациентов с подтвержденным диагнозом нерезектабельного и/или неоперабельного плоскоклеточного РП II и III стадий, проходивших лечение в ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» в период с 2022 по 2024 г. Средний возраст анализируемой когорты составил 66 (от 32 до 86) лет, 32% имели статус курильщиков. Локализация опухоли в верхнегрудном отделе пищевода зарегистрирована в 44%, в среднегрудном – в 29%, в нижнегрудном – в 27% случаев, II и III стадии заболевания имели 42 и 58% пациентов соответственно. Индукционная ХТ была начата в 43% случаев, ХЛТ проведена в 81%, условно предоперационную дозу облучения (от 41,4 до 50,4 Гр) получили 64% пациентов.

Результаты. Проведение ХЛТ ассоциируется с достоверным увеличением медианы общей выживаемости (ОВ) – 22 мес против 2 мес в группе без ХЛТ ($p < 0,001$). СОД < 50 Гр ассоциируется с ухудшением ОВ. Добавление индукционной ХТ к ХЛТ не влияет на выживаемость без прогрессирования и ОВ, однако отмечено повышение риска развития осложнений и летального исхода.

Заключение. ХЛТ – основной метод лечения у пациентов с нерезектабельным и/или неоперабельным плоскоклеточным РП II–III стадии. Роль деэскалации СОД при проведении лучевой терапии остается предметом дискуссии. Необходима качественная оценка возможности проведения хирургического метода на начальном этапе в связи со снижением эффективности различных форм деэскалированных и эскалированных режимов.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ФИБРОЗА В ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ ПОСЛЕ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ РАКА ЖЕЛУДКА

М.В. Волошин, Н.С. Карнаухова
ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Российская Федерация

Введение. Неоадъювантная терапия при раке желудка направлена на уменьшение опухолевого объема и снижение риска микрометастазирования, однако морфологические изменения в лимфатических узлах (ЛУ) после лечения изучены недостаточно. Фиброзно-склеротические трансформации могут отражать степень регресса метастазов и системный ответ на терапию, что делает их потенциальным прогностическим маркером.

Цель. Определить прогностическое значение фиброзно-склеротических изменений в ЛУ операционного

материала у пациентов с раком желудка, получавших неоадьювантное лечение.

Материалы и методы. В исследование включены 99 пациентов с раком желудка стадии урТ1-4 урN0 урM0, получивших неоадьювантное и хирургическое лечение. Оценка фиброзно-склеротических изменений проводилась по бинарной системе (есть/нет) на основе просмотра отсканированных микропрепаратов. Случай считался позитивным при выявлении участка фиброза более 1 мм. Клинические данные включали пол, возраст, схему неоадьювантного лечения и объем операции. Выживаемость анализировали методом Каплана–Мейера с использованием Log-rank-критерия. Статистически значимым считалось значение $p < 0,05$.

Результаты. Фиброзно-склеротические изменения в ЛУ выявлены в 23 (23%) случаях и не ассоциировались с полом, возрастом, стадией, объемом операции или схемами неоадьювантного лечения. Наличие фиброзных изменений статистически значимо ухудшало безрецидивную выживаемость (Log-rank=4,376, $p=0,036$) и демонстрировало тенденцию к снижению общей выживаемости (Log-rank=3,114, $p=0,078$): в группе с отсутствием фиброзных изменений в ЛУ средняя продолжительность жизни – 62 мес, в группе с наличием фиброзных изменений – 43 мес.

Заключение. Фиброзные изменения в ЛУ после неоадьювантной терапии косвенно указывают на существование метастазов в ЛУ до начала лечения (сN+) и обладают самостоятельным прогностическим значением даже при урN0. Их систематическое описание в патологоанатомических протоколах повышает точность стратификации риска и может использоваться в разработке прогностических моделей и клинко-морфологических калькуляторов.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ УПРАВЛЕНИЯ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА 10 ЛЕТ

Н.Н. Виноградова¹, М.Е. Жарова², О.П. Крашенков¹, А.Л. Гончаров¹, Ю.В. Григорьева¹, Ц.М. Мудаев¹, Е.Д. Осминская¹, Т.П. Чуприк-Малиновская¹, И.О. Иваников¹

¹ФГБУ «Центральная клиническая больница» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

²ФГБУ «НМИЦ терапии и профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Введение. Колоректальный рак (КРР) остается одной из ведущих причин онкологической смертности в России.

Цель. Оценить динамику показателей заболеваемости КРР в медицинских организациях УДП РФ за 2015–2024 гг.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ данных диспансерного наблюдения пациентов за два пятилетних периода (2015–2019 и 2020–2024 гг.). Оценивались «грубые» и стандартизованные показатели заболеваемости, структура стадий, доля активного выявления, морфологическая верификация и выживаемость.

Результаты. В исследование включены данные 121 пациента с КРР, наблюдавшихся в МО УДП РФ в 2015–2024 гг.; из них 63 пациента – в 2015–2019 гг. и 58 – в 2020–2024 гг. За 2015–2019 гг. «грубый» показатель заболеваемости КРР составил 38,9 на 100 тыс., стандартизованный показатель – 11 на 100 тыс. В 2020–2024 гг. «грубый» показатель заболеваемости КРР составил 30,7 на 100 тыс., стандартизованный – 12 на 100 тыс. Доля активного выявления увеличилась с 37 до 46%. Морфологическая верификация сохранялась на высоком уровне (98–100%). Доля ранних стадий составила 47% в первом и 40% – во втором пятилетии. Частота выявления КРР на IV стадии оставалась сопоставимой (14 и 13%). Пятилетняя выживаемость выросла с 73 до 84%, годовичная летальность была 0% в оба периода.

Заключение. В медицинских организациях УДП РФ достигнуты позитивные изменения в раннем выявлении и выживаемости пациентов с КРР. Однако снижение доли I–II стадий и сохраняющаяся доля запущенных форм подчеркивают необходимость дальнейшего усиления скрининга, совершенствования диагностических алгоритмов и оптимизации маршрутизации пациентов.

Диагностика

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ЭНТЕРОКОЛИТА С ПОМОЩЬЮ МАТЕМАТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ

П.А. Бравый¹, Д.В. Плоткин^{1,2}

¹ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Российская Федерация;

²ФГАУВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, Российская Федерация

Введение. Основной проблемой в диагностике пациентов с туберкулезным энтероколитом (ТЭК) является поздняя или ошибочная верификация диагноза. Это вызвано неспецифическими клиническими симптомами, имитирующими различные воспалительные заболевания кишечника и колоректальный рак.

Цель. Повысить эффективность эндоскопической диагностики ТЭК с помощью создания математической диагностической модели.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное одноцентровое исследование 215 пациентов (75 – с ТЭК, 140 – контрольная группа с другой кишечной патологией) за период 2018–2024 гг. Всем пациентам выполнялась илеоколоноскопия (КС) с биопсией, лучевые методы (КТ, УЗИ), микробиологические (КУМ) и молекулярно-генетическое (ДНК МБТ) исследование кала, оценка иммунного статуса (CD4+). Для создания прогностической модели использовался метод логистической регрессии с оценкой информационного критерия АИС. Качество модели оценивалось с помощью ROC-анализа.

Результаты. Изолированная КС показала высокую специфичность (95,7%), но низкую чувствительность (54,7%) в диагностике ТЭК. Многопараметрический анализ выявил 5 значимых предикторов ТЭК: эндоскопическая картина туберкулеза (аOR=35,6), обнаружение КУМ в кале (аOR=19,4), ДНК МБТ в кале (аOR=16,5), диссеминированный туберкулез легких (аOR=4,2) и уровень CD4+<200 кл/мкл (аOR=2,9). Разработанная модель продемонстрировала отличное дискриминационное качество (AUC=0,91) и позволила повысить общую диагностическую эффективность до 88,8% и чувствительность – до 77,3%.

Заключение. Комплексное использование многопараметрической прогностической модели, интегрирующей данные эндоскопии, лабораторных методик, а также оценку иммунного статуса и формы туберкулеза легких, существенно повышает точность и чувствительность диагностики ТЭК. Модель является эффективным инструментом для дифференциальной диагностики с воспалительными заболеваниями кишечника и колоректальным раком и позволяет минимизировать диагностические риски.

ПРОФИЛИ АНТИТЕЛ ПРИ ПЕРЕКРЕСТНОМ СИНДРОМЕ

А.С. Дорофеев, Е.Н. Александрова, А.А. Новиков, Ю.Г. Сандлер, К.Г. Салиев, Е.В. Винницкая

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

Введение. Перекрестный синдром (ПС) – отдельная группа аутоиммунных заболеваний печени, имеющая наряду с клиническими, лабораторными, инструментальными и гистологическими признаками аутоиммунного гепатита (АИГ) критерии аутоиммунного холестатического заболевания (ПБХ, ПСХ). Развитие патологического процесса

при ПС сопровождается образованием широкого спектра аутоантител (АТ), реагирующих с различными антигенами-мишенями в гепатоцитах, холангиоцитах и нейтрофилах, которые могут одновременно присутствовать в одном образце сыворотки крови, что вызывает особый интерес в изучении диагностического значения определения профилей из данных биомаркеров.

Цель. Изучить диагностическое значение профилей АТ при ПС.

Материалы и методы. Обследованы 48 больных с ПС (44 женщины и 4 мужчины) в возрасте 53,6 (28–70) лет. Группу сравнения составили 30 больных неалкогольной жировой болезнью печени. В контрольную группу вошли 30 здоровых доноров. Обе группы были сопоставимы по полу и возрасту с обследованными больными. Определение АНА осуществлялось методом НРИФ-НЕР-2; АМА, ASMA – НРИФ на основе тройного субстрата тканевого комплекса криосрезов печени-почек-желудка мыши; атипичные пАНЦА – НРИФ на нейтрофилах человека, фиксированных этанолом и формалином; asp100 и agr210 – иммуноблотом; aSLA/LP и aASGPR – методом ИФА.

Результаты. Аутоантитела (АНА, АМА/АМА-M2, ASMA, asp100, agr210, АЦА, атипичные пАНЦА, aASGPR) обнаружены в сыворотках у 95,8% больных с ПС. Отсутствие данных маркеров отмечалось у 4,2% пациентов с ПС. Одна разновидность аутоантител выявлялась у 25%, 2 – у 39,6%, 3 – у 20,8%, 4 – у 8,3%, 5 – у 2,1% больных с ПС. Положительные результаты исследования атипичных пАНЦА выявлены у 25% больных, серонегативных по АНА, ASMA и АМА/АМА-M2. Одновременное определение в сыворотках больных профиля из 3 и более АТ увеличивает ДС до 98,3% и ОППР>10.

Заключение. Определение профилей АТ позволяет усовершенствовать диагностику ПС.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ОШИБКА В ЭПОХУ ЦИФРОВОЙ ПАТОЛОГИИ

А.С. Артемьева

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Введение. Цель патологической анатомии (клинической патологии) – предоставлять корректное и полное диагностическое заключение вовремя, в полезной и понятной для клинициста форме. Диагностическая ошибка в патологической анатомии – это врачебная ошибка, при которой заключение не соответствует истинной сущности заболевания. Существуют различные подходы к классификации таких ошибок: по этапу, на котором они возникают (преаналитический, аналитический, постаналитический), по степени влияния на выбор терапии и прогноз заболевания (большие и малые) и др. Существуют объективные сложности оценки наличия ошибки и степени ее тяжести, ассоциированные с особенностями специальности, ее базовой субъективностью, отсутствием «золотого стандарта» (которым только в ряде случаев могут быть уточняющие, например молекулярные, тесты, а в большинстве случаев это либо второе мнение, либо консенсусное мнение экспертов), отсутствием в РФ единых стандартизированных репортов.

Цель. Обзор литературы и реальной практики в отношении оценки частоты диагностических ошибок в прижизненной патологоанатомической диагностике опухолей и подходов по снижению частоты ошибок.

Материалы и методы. Отечественная и зарубежная литература, опыт патологоанатомических отделений 1-й группы (в соответствии с 207н-приказом МЗ РФ) и референс центра.

Результаты. Нет объективных данных по частоте различных типов ошибок в прижизненной патологоанатомической диагностике опухолей в РФ. По литературным данным, на преаналитический этап исследования приходится 53,5–88% всех выявленных ошибок, на аналитический – 4–42%; постаналитический – 5,6–8%.

Заключение. Доступные на сегодняшний день инструменты цифровой патологии позволяют существенно снизить частоту ошибок на этапах, предшествующих интерпретации морфологических изменений. Для снижения доли интерпретационных ошибок требуется разработка и внедрение системы регулярного повторного анализа случаев внутри каждого отделения, повышение базового уровня подготовки патологоанатомов и непрерывное повышение квалификации, внедрение культуры работы с ошибками.

КОМПЛЕКСНАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Д.Э. Сураев¹, Д.В. Калинин², К.К. Носкова³, О.В. Паклина^{2,3}
¹ГБУЗ «Московская городская онкологическая больница №62» Департамента здравоохранения г. Москвы, Истра, Российская Федерация

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского», Москва, Российская Федерация

³ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Российская Федерация

Введение. Стенозы внепеченочных желчных протоков (ВЖП) являются значимой проблемой в клинической практике. Среди врачей-патологоанатомов возникают трудности при гистологической оценке биоптатов ВЖП.

Цель. Изучение морфологических и иммуногистохимических (ИГХ) характеристик эпителиальных неоплазий ВЖП.

Материалы и методы. В исследование включены 104 пациента. Всем пациентам выполнена биопсия ВЖП в условиях ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского». Выделено 6 исследуемых групп: 1-я – воспаление (n=60), 2-я – ВІІІN LG (n=14), 3-я – ВІІІN HG (n=2), 4-я – ІPNB LG (n=4), 5-я – ІPNB HG (n=3), 6-я – холангиокарцинома (n=21). В биоптатах оценивали гистоархитектонику (ГА), воспалительную инфильтрацию (ВИ), клеточную атипию (КА), щеточную каемку (ЩК), ядерный полиморфизм (ЯП), полярность ядер (ПЯ). Были проведены ИГХ-исследования с антителами (АТ) к MUC1, MUC2, MUC5AC, MUC6, CD10. При статистической обработке полученных данных использовали двусторонний критерий χ^2 Пирсона ($p < 0,045$).

Результаты. При оценке морфологических и ИГХ-характеристик в биоптатах ВЖП выявлены значимые статистические различия между всеми исследуемыми группами по отдельным признакам. Выявленные изменения были выявлены между группами 1 и 5: ГА ($p=0,0020$), КА ($p=0,001$), ЩК ($p=0,002$), ЯП ($p=0,001$), ПЯ ($p=0,001$), MUC1 ($p=0,039$); между группами 1 и 6: ГА ($p=0,001$), ВИ ($p=0,0452$), КА ($p=0,0001$), ЩК ($p=0,001$), ЯП ($p=0,001$), ПЯ ($p=0,001$), MUC1 ($p=0,001$), MUC2 ($p=0,0001$), MUC5AC ($p=0,008$), MUC6 ($p=0,004$), CD10 ($p=0,002$); группами 2 и 6: ГА ($p=0,001$), КА ($p=0,001$), ЩК ($p=0,001$), ЯП ($p=0,001$), ПЯ ($p=0,01$), MUC1 ($p=0,031$), MUC2 ($p=0,004$), MUC6 ($p=0,001$), CD10 ($p=0,002$); группами 4 и 6: ГА ($p=0,001$), ВИ ($p=0,021$), КА ($p=0,001$), ЩК ($p=0,008$), ЯП ($p=0,007$), ПЯ ($p=0,001$), MUC1 ($p=0,029$), MUC2 ($p=0,002$), MUC6 ($p=0,006$), CD10 ($p=0,034$). Специфичность и чувствительность для MUC1 составили 83 и 7%, для MUC2 – 51 и 95%, MUC5AC – 33 и 33%, MUC6 – 66 и 76%, CD10 – 81 и 53% соответственно. Сформирована ИГХ-панель для диагностики «воспаление-дисплазия-рак»:

MUC1, MUC2, CD10. ИГХ-панель для определения подтипа неоплазии – MUC1, MUC2, MUC5AC и MUC6.

Заключение. Выявлены дифференциальные черты для всех типов неоплазий. Для дифференциальной диагностики степени дисплазии рекомендовано использовать MUC1, MUC2, CD10, для дифференциальной диагностики подтипа неоплазий – MUC1, MUC2, MUC5AC и MUC6.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ КЛИПИРОВАНИЕ В СОЧЕТАНИИ С ПЛАСТИКОВЫМ СТЕНТИРОВАНИЕМ ПРИ РЕТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПЕРФОРАЦИИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АЛЬТЕРНАТИВНОГО ПОДХОДА

А.В. Воронцов, Д.А. Крикунов, С.Б. Васильев, Н.А. Маркина, Б.Б. Ахмеджанов, В.А. Петухов

Университетская клиническая больница им. В.В. Виноградова (филиал) ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», Москва, Российская Федерация

Введение. Ретродуоденальная перфорация (РДП) типа Starfer II – нечастое, но потенциально жизнеугрожающее осложнение при эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ), особенно когда большой дуоденальный сосочек располагается интрадивертикулярно.

Цель. Продемонстрировать возможность органосохраняющего эндоскопического лечения РДП комбинацией клипирования и пластикового стентирования.

Материалы и методы. Пациент 79 лет с острым калькулезным холециститом, холедохолитиазом и механической желтухой. Во время первичной ЭРХПГ с папиллосфинктеротомией и литоэкстракцией конкрементов развилась РДП. Компьютерная томография (КТ) выявила ретроперитонеальные скопления газа и жидкости. При повторной дуоденоскопии визуализирован перфоративный дефект до 3,5 мм; выполнено его клипирование, канюляция по методике «двух струн», установка пластиковых стентов в вирсунгов проток и холедох, а также назоинтестинального зонда для энтерального питания. Проводились антибиотикотерапия, постельный режим и динамический лабораторно-инструментальный контроль.

Результаты. На фоне лечения отмечены быстрое купирование болевого синдрома и интоксикации, отсутствие прогрессирования ретроперитонеальной затека и постепенная резорбция жидкостного образования по данным КТ/УЗИ. С-реактивный белок, прокальцитонин, билирубин и амилаза снизились до референсных значений. Повторных вмешательств и применения металлических стентов не потребовалось, пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Комбинация эндоскопического клипирования, пластикового стентирования желчных и панкреатических протоков и назоинтестинального дренирования может рассматриваться как эффективная и безопасная альтернатива покрытым саморасширяющимся металлическим стентам при РДП типа Starfer II у пациентов высокого операционного риска при условии ранней диагностики и тщательного мониторинга.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВРЕМЕННОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

А.В. Воронцов, Д.А. Крикунов, С.Б. Васильев, Н.А. Маркина, Б.Б. Ахмеджанов, В.А. Петухов

Университетская клиническая больница им. В.В. Виноградова (филиал) ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», Москва, Российская Федерация

Таблица 1

	Чувствительность, % (95% ДИ)	Специфичность, % (95% ДИ)	Положительная прогностическая ценность, % (95% ДИ)	Отрицательная прогностическая ценность, % (95% ДИ)
<i>Hemoccult SENSE (HS)</i>				
Аденома	28,8 (20,5–39,3)	96,3 (91,1–99,0)	84,5 (71,3–93,5)	62,6 (55,7–70,1)
Аденокарцинома	84,1 (75,4–90,1)	96,3 (91,1–99,0)	93,4 (88,1–98,0)	87,7 (80,8–92,7)
<i>Colon View, визуализация (CV)</i>				
Аденома	95,5 (88,6–97,2)	85,4 (77,6–91,2)	83,5 (74,9–90,8)	96,1 (89,9–98,6)
Аденокарцинома	100 (96,7–100)	85,4 (77,6–91,2)	84,9 (75,8–90,2)	100 (97,1–100)

Введение. Свищи двенадцатиперстной кишки (ДПК) при осложненном панкреонекрозе относятся к числу наиболее тяжелых осложнений и требуют органосохраняющих малоинвазивных подходов.

Цель. Оценить эффективность временного покрытого саморасширяющегося металлического стентирования (ПСМС) ДПК в сочетании с назоэнтеральным питанием у пациентки с дуоденальными свищами.

Материалы и методы. Клиническое наблюдение пациентки 41 года после многоэтапных операций по поводу деструктивного панкреатита. При выполнении эзофагогастродуоденоскопии под рентгенологическим контролем установлен покрытый саморасширяющийся металлический стент (ПСМС) 20×140 мм в ДПК с фиксацией проксимального края клипсами в антральном отделе желудка. Далее под рентгенологическим контролем проведен назоэнтеральный зонд через просвет стента. Проводилась медикаментозная терапия, клиничко-лабораторный и рентгеноконтрастный мониторинг; стент удален на 23-и сутки.

Результаты. Стент обеспечил герметизацию дефектов и восстановление пассажа по ДПК. На фоне назоэнтерального питания достигнут «функциональный покой» зоны свищей, прекратилось отделяемое по наружным дренажам, регрессировало местное воспаление. По данным рентгеноконтрастного исследования затеков не выявлено, эндоскопически отмечены грануляция и эпителизация, лабораторные показатели нормализовались. Повторных обширных вмешательств не потребовалось.

Заключение. Временное покрытое эндоскопическое стентирование ДПК в сочетании с назоэнтеральным питанием является эффективным органосохраняющим методом лечения крупных дуоденальных свищей при осложненном панкреонекрозе у пациентов высокого операционного риска, позволяя обеспечить надежную герметизацию, раннее нутритивное ведение и благоприятные условия для заживления.

ВЫЯВЛЕНИЕ СКРЫТОЙ КРОВИ В КАЛЕ: ПРЕИМУЩЕСТВА ИММУНОХИМИЧЕСКОГО МЕТОДА

Н.А. Попцова, И.Г. Бакулин, Б.И. Асланов
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Цель. Сравнение FIT экспресс-теста Colon View (CV) и FOB-теста на основе гваяковой пробы Hemoccult SENSE (HS) для выявления скрытой крови в кале.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №23» в период с 2022 по 2024 г. с участием 250 пациентов от 40 до 75 лет. В рамках диспансеризации выполнено исследование кала на скрытую кровь с помощью теста HS. Дополнительно пациенты приобретали экспресс-тест CV. Далее всем участникам выполнялась колоноскопия с биопсией. Для статистического анализа использовано программное обеспечение SPSS 22.0.0.1 для Windows, STATA/SE 13.1, MedCalc 14.12.0.

Результаты. Проанализированы результаты обследований 141 женщины и 109 мужчин. Средний возраст пациентов – 58,9 года. У 13 человек при колоноскопии не обнаружено органической патологии, у 38 выявлены неопухолевые

причины появления скрытой крови в кале. Две основные группы составили пациенты с аденокарциномой (n=103) и аденомой (n=96). Самый распространенный вариант локализации – единичное новообразование в сигмовидной (n=84) и прямой (n=44) кишке, затем – наличие новообразований в различных отделах толстой кишки (n=40). CV-тест более чем на 90% чувствителен, в то время как HS – более специфичный (на 10%) (табл. 1).

Заключение. CV-тест доказал свое превосходство над HS в выявлении новообразований толстой кишки, в связи с чем был включен в программу диспансеризации, однако ввиду дороговизны реактива применяется не во всех медицинских учреждениях Санкт-Петербурга и Ленинградской области.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

А.Г. Короткевич^{1,2}, С.Е. Титов³, П.С. Деменков³, Ю.А. Верякина⁴, Н.М. Жилина¹

¹Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Новокузнецк, Российская Федерация

²ГАУЗ «Новокузнецкая городская клиническая больница №29», Новокузнецк, Российская Федерация

³ФГАУ ВО «Новосибирский национальный исследовательский государственный университет», Новосибирск, Российская Федерация

⁴ФИЦ «Институт цитологии и генетики СО РАН, Новосибирск, Российская Федерация

Введение. Колоректальный рак (КРР) остается проблемой здравоохранения.

Цель. Поиск и сравнение изменений слизистой оболочки (СО) разных отделов толстой кишки (ТК) при визуальной нормальной СО и разных аденомах.

Материалы и методы. В проспективном исследовании изучено 169 клеточных образцов нормальной СО: слепой кишки (21), восходящей ободочной кишки (32), поперечной ободочной кишки (31), нисходящей ободочной кишки (31), сигмовидной кишки (30) и прямой кишки (24). При аденомах изучены 372 клеточных образца (аденом – 92, СО индексного сегмента – 111, нормальной СО – 169). При ворсинчатых аденомах (ВА) изучено 347 клеточных образцов ВА – 109, СО индексного сегмента – 101, нормальной СО – 137. Определяли уровни экспрессии мРНК-135b-5p, -141-3p, -143-3p, -200a-3p, -20a-5p, -21-5p, -31-5p, -34a-5p, -92a-3p, мРНК генов: *MUC2*, *CDX2*, *NOX1*, *LGR5*, *SMAD4*, *MS4A12*, *TIMP1*, *Ki-67*, *TERT* с нормировкой на гены домашнего хозяйства *PGK1* и *PUM1*.

Результаты. При колоноскопии у 27,7% пациентов с эпителиальными новообразованиями толстой кишки отсутствуют явные изменения СО. Однако нормальная/макроскопически неизменная СО имеет существенные молекулярно-генетические различия в разных отделах. Из изученных 9 мРНК и 9 мРНК-маркеров существенная разница в экспрессии в неизменной слизистой разных отделов ТК была зафиксирована для 2 мРНК: -135b и 31 и 2 мРНК: *NOX1* и *TERT*. СО у пациентов с неворсинчатыми аденомами имеет некоторые по сегментарным отличия от нормальной СО.

Заключение. Выявлены различия в СО при ВА по трем молекулярным маркерам, что позволяет выделить поперечную, нисходящую и сигмовидную кишку как область высокого риска формирования ВА. Однако осмотр и биопсия неизменной СО даже в пределах индексного сегмента не могут дать представление о риске развития ВА. Посегментарные молекулярно-генетические изменения СО не имеют параллелей с появлением и характеристиками аденом.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ КТ-ЭНТЕРОГРАФИЯ В ВЫБОРЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА

А.Л. Апросимов^{1,2}, Д.А. Лежнев¹, Ю.В. Кулезнева², М.А. Данилов², К.А. Лесько²

¹ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

²ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Российская Федерация

Введение. Более 95% пациентов с болезнью Крона (БК) переносят хотя бы одну операцию в течение жизни, при этом часто требуется формирование кишечной стомы, что значительно снижает качество жизни. КТ-энтерография (КТЭ) является основным методом диагностики и мониторинга БК благодаря высокой чувствительности, специфичности и доступности для пациентов.

Цель. Оценить роль КТЭ в выборе тактики лечения пациентов с БК и определении необходимости формирования кишечной стомы.

Материалы и методы. Проанализированы результаты КТЭ 103 пациентов с БК в возрасте 18–76 лет (средний возраст 34,6 года), проходивших лечение в 2019–2023 гг. в ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова». При анализе результатов КТЭ учитывались протяженность поражения и толщина кишечной стенки, количество пораженных сегментов, размеры и количество увеличенных лимфатических узлов.

Результаты. При анализе архивных данных обнаружено, что 40 (38,8%) пациентов получали консервативную терапию БК (1-я группа), а 63 (61,2%) пациентам проведено хирургическое лечение (2-я группа), из которых у 46 (44,7%) сформирован первичный межкишечный анастомоз, а у 17 (16,5%) – кишечная стома. Медианное значение толщины пораженной стенки по данным КТЭ у пациентов, подвергшихся хирургическому лечению, была статистически значимо ($p < 0,001$) больше (11 мм), чем у пациентов, которым проведен курс консервативной терапии (8 мм); средний размер лимфатических узлов был значимо больше ($p < 0,001$) у пациентов 2-й группы (7,6 мм), чем 1-й (6,2 мм). Формирование кишечной стомы требовалось статистически значимо чаще при большей протяженности поражения ($p < 0,001$) и большей толщине измененной стенки ($p = 0,007$).

Заключение. КТЭ представляет собой перспективный прогностический инструмент. В сочетании с основными анамнестическими данными она может служить основой для разработки предсказательной модели определения тактики лечения пациентов с БК.

КИШЕЧНЫЙ МИКРОБИОМ КАК МИШЕНЬ ДЛЯ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ: МЕТАГЕНОМНОЕ СЕКВЕНИРОВАНИЕ В УПРАВЛЕНИИ ИНФЕКЦИОННЫМИ РИСКАМИ У ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Ю.Р. Темлякова, И.С. Абрамов, В.В. Полякова, Е.А. Матвеева, М.Б. Биджиева

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

Введение. Развитие жизнеугрожающих инфекционных осложнений, таких как сепсис, нейтропенический энтероколит и мукозит, у пациентов во время химиотерапии (ХТ) сложно прогнозировать стандартными методами. Кишечный микробиом был выбран в качестве ключевого объекта исследования в связи с его фундаментальной ролью в поддержании барьерной функции кишечника, модуляции системного иммунитета и метаболизме химиопрепаратов. Дисбиоз, индуцированный ХТ, рассматривается как один из ключевых патогенетических факторов развития инфекционных осложнений у гематологических пациентов.

Цель. Идентификация специфических маркеров микробиома, ассоциированных с высоким риском развития инфекционных осложнений, для ранней стратификации пациентов на группы риска по тяжелому течению инфекций.

Материалы и методы. В проспективное исследование включены 40 первичных пациентов с гематологическим заболеванием (лейкоз, лимфома). Забор биоматериала проводился в трех контрольных точках: Т0 – до начала первого курса ХТ, Т1 – перед началом 3-го курса ХТ; Т2 – при завершении программы ХТ.

Генетические исследования: выделение тотальной ДНК из образцов кала, крови; подготовка библиотек для секвенирования полного экзона (технология Illumina).

Биоинформатический анализ: таксономическое профилирование (MetaPhlAn4); оценка альфа- и бета-разнообразия: выявление дифференциально представленных таксонов (LEfSe).

Иммуноферментный анализ.

Количественное определение биомаркеров в сыворотке крови и кале: фекальный кальпротектин (в кале), альфа-1-антитрипсин (в кале), зонулин (в сыворотке крови).

По результатам исследования выполнен анализ взаимосвязи параметров микробиома с биомаркерами кишечного барьера. Выявлены изменения иммунного ответа и определены ключевые параметры высокого риска инфекционных осложнений.

Результаты. По данным исходного состояния микробиома (Т0) идентифицированы 4 ключевых паттерна, ассоциированных с высоким риском осложнений:

1. Синдром избыточного бактериального роста: повышение концентрации оральных и фарингеальных комменсалов (*Veillonella*, *Granulicatella*, *Abiotrophia*) в составе кишечного микробиома.
2. Риск «микробного коллапса»: экстремальное обеднение разнообразия и монодоминирование (>50%) одного вида (напр., *Bacteroides* spp.), приводящее к вытеснению нормальных симбионтов.
3. Риск грамотрицательной транслокации: доминирование *Enterobacteriaceae* (>30%) + редукция *Lachnospiraceae*.
4. Риск грамположительной бактериемии: массивная экспансия *Enterococcus/Streptococcus* spp.

Анализ биомаркеров выявил прямую корреляцию между выявленными микробными профилями и нарушением кишечного барьера. У пациентов с патологическими изменениями микробиома отмечались:

- повышение уровня зонулина в сыворотке крови (>50 нг/мл), что свидетельствует о нарушении плотных контактов кишечного эпителия;
- рост концентрации фекального кальпротектина (>150 мкг/г), отражающий активное нейтрофильное воспаление в кишечной стенке;
- повышение уровня α -1-антитрипсина в кале (>0,8 мг/г), указывающее на повышенную проницаемость кишечного барьера для белков плазмы.

Выявленные изменения в составе микробиома до начала курса ХТ коррелировали с уровнями маркеров воспаления

и проницаемости кишечника. На их основе предложена «Карта микробного риска» для превентивной стратификации пациентов на группы высокого риска инфекционных осложнений в клинической практике.

Заключение. Анализ микробиома до начала ХТ позволяет выделить пациентов с наилучшим прогнозом и заложить основу для проактивного управления рисками, переходя от эмпирической терапии к персонализированной профилактике.

ОСОБЕННОСТИ ИММУННЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

Р.Б. Гудкова, А.С. Дорофеев, С.Ю. Сильвестрова, Т.Н. Кузьмина, А.В. Сергеева, Д.В. Рубанова

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

Введение. Формирование воспаления слизистой оболочки желудка (СОЖ) в послеоперационный период с нарушенной целостностью эпителия обусловлено быстрой экспрессией генов провоспалительных цитокинов тканевыми макрофагами СОЖ с синтезом ИЛ-1 β , -6, а также повышенной пролиферацией плазматических клеток с продукцией специфических антибактериальных антител.

Цель. Оценить уровень ИЛ-1 β , антител IgG *H. pylori*, соотношение пепсиногенов 1/2 как индикаторов иммунных и структурных изменений СОЖ при лечении больных раком желудка (РЖ).

Материалы и методы. Обследованы 22 пациента в возрасте 54,4 (31,5–67,8) года с диагнозом РЖ. Всем больным проводилось поэтапное лечение: 1Т – подготовительное, 2КТ – лапароскопическая гастрэктомия, 3КТ – химиотерапия. В контроле – 20 здоровых доноров (ЗД) – 48,4 (39,2–52,4) года. В плазме крови методом иммуноферментного анализа определены: пепсиноген 1 и 2, антитела IgG *H. pylori* (AtIgG HP) (GastroPanel, ВЮНИТ), ИЛ-1 β («Вектор-Бест»). Рассчитывались: медиана (интерквартильный размах 25–75 перцентилей). Значения в группе ЗД: соотношение П1/П2-3 – 20 ед, уровень антител IgG *H. pylori* <30 ед/мл. Различия статистически значимы при $p < 0,05$.

Результаты. У пациентов на всех этапах лечения отмечалось снижение соотношений ПГ1/2. Сниженные показатели относительно 1Т-этапа П1/П2 2,1 (1,4–2,9) были выявлены на 2КТ-этапе – 1,9 (1,4–2,9) и 3КТ – 1,1 (0,1–1,4) ($p < 0,05$); уровень AtIgG HP на 2КТ-этапе имел равные значения относительно 1Т – 192,2 (95,6–349,5) ед/мл vs 190,4 (47,3–334,2) ед/мл ($p = 0,1$) и снижался в 2,2 раза в 3КТ – 86,5 (53,8–330,1) ед/мл ($p < 0,05$). Уровень ИЛ-1 β у больных 3КТ был повышен по сравнению с 1Т и 2КТ – 3,3 (0,1–6,9) пг/мл vs 2,8 (0,8–4,8) пг/мл vs 1,5 (0,2–4,4) пг/мл ($p < 0,05$).

Заключение. При комбинированном лечении РЖ выявлено влияние на показатели иммунитета: активация врожденного с продукцией провоспалительного цитокина и снижение адаптивного с уменьшением выработки AtIgG HP и атрофией эпителия с выраженным снижением пепсиногенов.

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ СОЛИДНОЙ ПСЕВДОПАПИЛЛЯРНОЙ НЕОПЛАЗИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Д.Д. Коваленко, Е.В. Парфенчикова, К.К. Носкова, В.А. Ким, М.В. Орлова, О.А. Гусарова, Д.С. Кулаков, Н.А. Малюков

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

Введение. Солидная псевдопапиллярная опухоль (СППО) составляет примерно 0,17–2,7% всех опухолей

поджелудочной железы. Это редкая и сложно диагностируемая эпителиальная опухоль с неизвестным этиопатогенезом. Клиническая симптоматика заболевания неспецифична, а широкий диапазон критериев лучевой диагностики обусловлен многообразием макроскопической картины, в связи с чем СППО сложно дифференцировать от других солидных/кистозно-солидных/кистозных новообразований, которые зачастую имеют схожие визуальные критерии.

Цель. Включение мультимодальной эндосонографии в алгоритм диагностики солидных новообразований поджелудочной железы, в том числе таких редких опухолей, как СППО.

Материалы и методы. Использовались видеоэндоскопические системы экспертного класса, ультразвуковые процессоры, линейные сканирующие эхоэндоскопы, конфокальная лазерная сканирующая система, контрастное вещество и иглы 22g для аспирационной тонкоигольной пункции.

Результаты. За 10 лет (с 2014 по 2025 г.) с помощью эндоскопического ультразвукового исследования, результаты которого были морфологически подтверждены, у 36 пациентов выявились СППО. В 10 случаях эндоскопическое ультразвуковое исследование с использованием дополнительных методик позволило скорректировать предварительный диагноз и дифференцировать СППО от других новообразований, что изменило подход к лечению пациентов.

Заключение. Собственный клинический опыт позволяет продемонстрировать возможности применения контрастного усиления, тонкоигольной пункции и конфокальной лазерной эндомикроскопии под контролем эндоскопической ультрасонографии в дифференциальной диагностике СППО поджелудочной железы. На основании результатов исследования разработан алгоритм применения новых технологий эндосонографии для дифференциальной диагностики опухолей поджелудочной железы.

РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ БОЛЬШОГО СОСОЧКА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

М.В. Орлова, В.А. Ким, Д.Д. Коваленко, О. А. Гусарова, Е.В. Парфенчикова

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

Цель. Оценка эффективности эндоскопического ультразвукового исследования (ЭндоУЗИ) с использованием щипцовой биопсии (ЩБ) и тонкоигольной аспирационной биопсии (ЭндоУЗИ-ТАБ) в диагностике злокачественных опухолей большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДПК). Актуальность обусловлена ограничениями чувствительности и специфичности стандартных методов диагностики ввиду малых размеров и трудной доступности области расположения БСДПК.

Материалы и методы. В исследование включены 176 пациентов с новообразованиями БСДПК, оперированных в ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» с 2017 по 2025 г. Чувствительность и специфичность метода определялись на основании сравнения результатов ЭндоУЗИ с ЩБ и ЭндоУЗИ-ТАБ с гистологическим заключением операционного материала после проведенных 81 (46%) папилэктоми и 95 (54%) панкреатодуоденальных резекций.

Результаты. Эндосонография позволила диагностировать новообразование БСДПК у 176 из 176 пациентов (100%). Благодаря методу удалось установить рак БСДПК у 88 из 99 (88,9%) пациентов и диагностировать аденому БСДПК во всех 88 случаях (100%). Чувствительность метода в выявлении злокачественных новообразований составила 88,9%, специфичность – 100%.

Заключение. Эндосонография является высокоинформативным методом диагностики опухолевых поражений БСДПК. Ее применение позволяет повысить точность предоперационной диагностики, что способствует корректному выбору объема хирургического вмешательства (папилэктомиа или панкреатодуоденальная резекция) и исключает риск неоправданного выполнения панкреатодуоденальных резекций при доброкачественных процессах. Рекомендуется включение ЭндоУЗИ в алгоритм обследования пациентов при подозрении на опухолевое поражение БСДПК как обязательной предоперационной диагностики.

ПЕРСПЕКТИВЫ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ПОВЫШЕННОЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ ПРОНИЦАЕМОСТИ ПРИ ЦЕЛИАКИИ

Н.Н. Воробьева

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

Введение. Нарушение проницаемости кишечного барьера (КБ) при целиакии, наряду с неадекватным иммунным ответом, имеет решающее значение в патогенезе заболевания. Барьерная функция осуществляется входящими в состав КБ преэпителиальной, эпителиальной и субэпителиальной частями. Эпителиальная проницаемость (ЭП) КБ определяется состоянием компонентов межклеточного (МК) и клеточно-матриксного (КМ) взаимодействия – межклеточных контактов, молекул клеточной адгезии, компонентов МК-матрикса и цитоскелета, белков ядерного

матрикса, гуморальных регуляторов МК-взаимодействия. Стандартизация применяемых диагностических методов синдрома повышенной ЭП отсутствует, не установлена их чувствительность и специфичность.

Материалы и методы. Стандартное микроскопическое исследование с окраской гематоксилином и эозином выявляет косвенные признаки измененной проницаемости слизистой оболочки тонкой кишки (СОТК). Иммуногистохимическое исследование с использованием специфических антител позволяет оценить топическую локализацию, плотность распределения компонентов МК- и КМ-взаимодействия.

Результаты. По данным литературы, при целиакии повреждение СОТК сопровождается значительным повышением ЭП КБ. Следствием этого является хроническое воспаление с развитием гиперрегенераторной атрофии СОТК. Обнаруженные при целиакии нарушения компонентов МК- и КМ-взаимодействия могут приводить к повреждению ткани, увеличению ЭП КБ и изменению процессов гистогенеза, что также способствует развитию атрофии СОТК. Взаимодействуя между собой, данные компоненты взаимно потенцируют и усугубляют повышенную проницаемость КБ.

Заключение. Морфологические методы исследования – ключевое звено в диагностике синдрома повышенной ЭП, которая может быть не только следствием, но и пусковым механизмом развития целиакии. Дальнейшее изучение молекулярно-биологических аспектов патогенеза целиакии поможет выявить ее предикторы, что позволит диагностировать ранние стадии, прогнозировать течение и способствовать разработке персонализированной фармакотерапии данного заболевания.

Хирургическая гастроэнтерология

РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВОГО ГОДА ВНЕДРЕНИЯ РАДИКАЛЬНЫХ МИНИ-ИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

В.А. Суворов^{1,2}, А.К. Кострыгин^{1,2}, В.В. Алексеев^{1,2}, И.В. Романов², А.М. Алибеков²

¹ФГБОУ ВО «Ивановский государственный медицинский университет» Минздрава России, Иваново, Российская Федерация
²ОБУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер», Иваново, Российская Федерация

Цель. Изучить непосредственные результаты радикальных лапароскопических операций при раке желудка.

Материалы и методы. На базе ОБУЗ «ИвООД» выполнено исследование по внедрению лапароскопического доступа в лечении рака желудка. Проанализированы результаты лечения 83 пациентов с 01.09.2024 по 01.09.2025: 40 (48,2%) больных перенесли операции лапароскопическим доступом (основная группа), 43 (51,8%) – вмешательства лапаротомическим доступом (контрольная группа). В основной группе было 19 (47,5%) женщин и 21 (52,5%) мужчина, в контрольной – 20 (46,5%) и 23 (53,5%) соответственно ($p=0,93$). Среди групп пациентов не было значимых различий по возрасту, медианы составили 60 [54–66] и 62 [58–72] года ($p=0,68$). Для сравнительного анализа применяли стандартные статистические методы.

Результаты. В основной группе больным выполнены операции лапароскопическим доступом: гастрэктомия (ГЭ) – 15 (37,5%), субтотальная дистальная резекция желудка (СДРЖ) – 17 (42,5%), субтотальная проксимальная резекция желудка (СПРЖ) с double-tract-реконструкцией – 5 (11,6%). В контрольной группе проведены вмешательства лапаротомным доступом: ГЭ – 20 (60,5%), СДРЖ – 8 (18,6%), СПРЖ – 5 (11,6%), экстирпация культи желудка – 2 (4,7%), СПРЖ с резекцией пищевода торакоабдоминальным доступом – 1 (2,3%) ($p=0,06$). Осложнения отмечены у 19 (22,7%) больных: в основной группе – 5 (12,5%), в контрольной группе – 14 (32,6%); $p=0,038$. Медиана длительности операции при лапароскопическом доступе составила 325 [240–420] мин, при открытом доступе – 210 [120–270] мин ($p<0,001$). Госпитальная летальность составила 4,8% (4/83): в основной группе погиб 1 (2,5%) пациент от панкреонекроза и его осложнений, в контрольной группе умерли 3 (7,5%), причинами смерти были несостоятельность анастомоза – 1 (2,5%), панкреатическая фистула grade C у 1 (2,5%) и острый инфаркт миокарда у 1 (2,5%) пациента ($p=0,62$). Длительность послеоперационного периода среди всех больных составила 11 [8–16] дней, в основной группе – 9 [7–12] дней, в контрольной – 13 [11–18] дней ($p<0,001$).

Заключение. Внедрение лапароскопического доступа в лечение рака желудка в областном онкологическом диспансере не привело к ухудшению результатов лечения, позволило сократить длительность послеоперационного пребывания пациентов в стационаре.

НОВАЯ СТРАТЕГИЯ УМЕНЬШЕНИЯ ОБЪЕМА TAR-ПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЬШИМИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ: АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ

М.А. Чиников¹, Х. Отман¹, А.Е. Войновский², А.Г. Файбушевич¹, М.К.М. Аль-Арики¹, П.В. Кихляров²

¹ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», Москва, Российская Федерация

²ГБУЗ «Городская клиническая больница №67 им. Л.А. Ворохобова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Российская Федерация

Введение. Большие послеоперационные вентральные грыжи (ПОВГ) представляют значительную сложность для реконструктивной хирургии. Хотя TAR-пластика (transversus abdominis release) – стандартный метод лечения этих грыж, ее выполнение связано с высоким риском осложнений и нарушением механики брюшной стенки. Дооперационное введение ботулинического токсина типа А (БТА) для химической релаксации боковых мышц живота рассматривается как способ уменьшения травматичности операции, но данных о его использовании при TAR-пластике нет.

Цель. Оценить влияние дооперационных инъекций БТА на возможность снижения объема TAR-пластики у пациентов с большими срединными ПОВГ.

Материалы и методы. В исследование включены 47 пациентов с ПОВГ W3 срединной локализации (M1–3) и шириной дефекта 15–17 см. Так, 11 пациентам (группа 1) за 4 нед до операции в боковые мышцы живота вводили 500 ЕД БТА и планировали одностороннюю TAR-пластику, 36 пациентам (группа 2) выполняли стандартную двустороннюю TAR без инъекций БТА. У пациентов 1-й группы класс риска анестезии ASA был выше ($\chi^2=9,06$; $p=0,011$), а индекс Tanaka (0,23±0,01 против 0,19±0,02; $p=0,001$), ширина (16,8 см против 15,3 см; $p=0,01$) и длина (18 см против 14 см; $p=0,005$) дефектов апоневроза были больше. По остальным показателям группы сопоставимы.

Результаты. После инъекций БТА у больных 1-й группы отмечено значимое уменьшение ширины дефекта (до 12,96 см; $p<0,001$) и индекса Tanaka (до 0,21; $p=0,002$). Одностороннюю TAR-пластику удалось выполнить 72,7% пациентов 1-й группы. У пациентов 1-й группы среднее время операции составило 158,1±11,0 мин (против 287,8±87,0 мин во 2-й группе; $p<0,001$), длительность госпитализации – 4 сут (против 8 сут во 2-й группе; $p=0,02$). Частота тяжелых послеоперационных осложнений была сопоставимой ($p=0,048$). Через 6 мес после операции качество жизни пациентов в обеих группах не различалось ($p=0,596$).

Заключение. Дооперационное использование БТА позволяет уменьшить объем TAR-пластики у 72,7% пациентов с большими ПОВГ срединной локализации.

ФАКТОРЫ, ПОВЫШАЮЩИЕ РИСКИ ОБРАЗОВАНИЯ СПАЕК ПОСЛЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ IPOM

В.П. Армашев^{1,2}, Б. Камчибек уулу¹, П.А. Потапов^{2,3}, Д.С. Тимошенко², Р.Р. Батчаев¹, Н.Л. Матвеев^{1,2}

¹ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, Российская Федерация

²ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Российская Федерация

Введение. Лапароскопическая интраперитонеальная герниопластика (IPOM), несмотря на ряд преимуществ, таких как относительная простота и быстрота в выполнении, имеет один значимый недостаток – риск образования висцеро-париетальных спаек. Частота спайкообразования в зависимости от модификации импланта доходит до 54,8%. Несмотря на то что основными провоцирующими факторами являются эндопротез и фиксаторы, существуют и другие причины, провоцирующие спайкообразование. Таким образом, цель исследования – анализ факторов, влияющих на образование висцеро-париетальных спаек после герниопластики IPOM у пациентов с первичными вентральными грыжами.

Материалы и методы. В группе, состоящей из 43 пациентов с первичными вентральными грыжами, выполнена герниопластика IPOM из открытого (n=10) или

лапароскопического ($n=33$) доступа. Диагностику висцеро-париетальных спаек проводили с помощью ультразвукового метода. Многофакторный анализ, позволяющий выявить наиболее значимые причины спайкообразования, проведен через 12 мес после операции. Оценивали влияние демографических параметров, показателей здоровья пациента, параметров, связанных с наличием грыжи, интраоперационных показателей, параметров, связанных с эндопротезом и способом фиксации, послеоперационных показателей, параметров оценки безопасности хирургического вмешательства.

Результаты. Многофакторный анализ, проведенный через 12 мес после герниопластики IPOM у пациентов с первичными грыжами, не выявил статистически значимого влияния на спайкообразование возраста, пола, параметров здоровья и факторов риска. Из всех параметров, связанных с наличием грыжи, только размер грыжевого дефекта и суммарная площадь грыжевых ворот оказывали достоверное влияние на частоту спайкообразования. Количество спаек в зоне локализации эндопротеза увеличивалось с возрастанием указанных показателей. При размере грыжевого дефекта менее 2 см спайки были выявлены у 30,0%, при размере от 2 до 4 см – у 27,8%, при размере более 4 см – у 100,0% пациентов ($p=0,008$). При суммарной площади грыжевых ворот до 10 см² спайки диагностированы у 28,6%, от 10 до 20 см² – у 71,4%, от 20 до 50 см² – у 100,0% пациентов ($p=0,043$). Подобная динамика наблюдалась и при увеличении размеров импланта. При его площади менее 100 см² спайки были обнаружены у 16,7%, от 100 до 200 см² – у 36,0%, от 200 до 300 см² – у 75,0%, более 300 см² – у 100,0% пациентов ($p=0,046$). Из остальных исследуемых параметров только наличие спаек до операции ($p=0,037$) и поздние послеоперационные осложнения достоверно увеличивали спайкообразование ($p=0,005$). Шансы развития спаек при наличии первого параметра повышались в 7,5 раза, второго – в 26,3 раза.

Заключение. Проведенное исследование показало, что параметрами, статистически значимо увеличивающими спайкообразование в зоне локализации эндопротеза после герниопластики IPOM, являются размер первичной грыжи, площадь грыжевых ворот и эндопротеза, спайки вне зоны локализации импланта до операции, а также наличие поздних послеоперационных осложнений. Большая часть указанных показателей являются независимыми. Исключение составляет такой параметр, как размер эндопротеза, который напрямую зависит от площади грыжевых ворот. Учет указанных прогностических факторов на дооперационном и интраоперационном этапе позволяет спрогнозировать последующее спайкообразование и запланировать проведение дополнительных мероприятий, направленных на профилактику спаек.

РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ НА ЭТАПЕ ВНЕДРЕНИЯ. СРАВНЕНИЕ С ОТКРЫТЫМИ ОПЕРАЦИЯМИ

М.Г. Ефанов, Н.О. Соловьев, А.А. Королева, А.Н. Ванькович, П.В. Тараканов, Д.Е. Коваленко, Д.В. Фисенко, И.В. Надина, В.Е. Хегай, М.А. Колупаева

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

Цель. Оценить и сравнить ближайшие результаты робот-ассистированной панкреатодуоденальной резекции (РПДР) на этапе кривой обучения с открытой панкреатодуоденальной резекцией (ОПДР), выполненной после прохождения кривой обучения.

Материалы и методы. В отделении ГПБХ ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» с 2017 по 2025 г. выполнено 114 ОПДР и

52 РПДР. Проведено одноцентровое когортное ретроспективное исследование. Проведена псевдорандомизация по методике Propensity Score Matching (PSM) с распределением 1:1 (51 ОПДР и 51 РПДР).

Результаты. Большинство показателей, таких как пол, возраст, индекс массы тела, нозологическая структура групп и риск послеоперационной панкреатической фистулы (ПОПФ) по шкале UA-FRS, были сопоставимы. В группе РПДР медиана времени операции была достоверно выше как до PSM – 615 мин против 480 мин в группе ОПДР, так и после PSM ($p=0,01$). Не получено статистически значимых различий в частоте послеоперационных осложнений Clavien-Dindo ≥ 3 , медиане кумулятивного индекса осложнений ССИ и внутригоспитальной летальности. До PSM в группе РПДР получена достоверно меньшая частота раневых осложнений – 3,8% против 14% в группе ОПДР. Тем не менее после PSM данные различия оказались статистически не значимы ($p=0,141$). По результатам PSM также выявлены следующие статистически незначимые тенденции: в группе РПДР наблюдали меньшую частоту ПОПФ – 25% против 33,3% в группе ОПДР ($p=0,071$). В группе ОПДР в сравнении с РПДР после PSM выявлена статистически незначимо меньшая доля госпитальной летальности (4,9% против 7,6%; $p=0,169$). Следует отметить, что летальность в группе РПДР зафиксирована только на ранних этапах кривой обучения у 4 пациентов с высоким риском ПОПФ по шкале UA-FRS, после 30 РПДР госпитальной летальности не было.

Заключение. РПДР на этапе внедрения позволяет добиться удовлетворительных результатов, сопоставимых с ОПДР. При этом уже на этапе внедрения можно отметить тенденцию к снижению числа раневых осложнений, частоты ПОПФ и продолжительности стационарного лечения при РПДР.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОЛНОСЛОЙНОЙ РЕЗЕКЦИИ УЧАСТКА СТЕНКИ КИШКИ С ПОМОЩЬЮ СИСТЕМЫ FTRD В РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛАХ КИШЕЧНИКА

К.В. Шишин, И.Ю. Недолужко, Е.А. Гришина

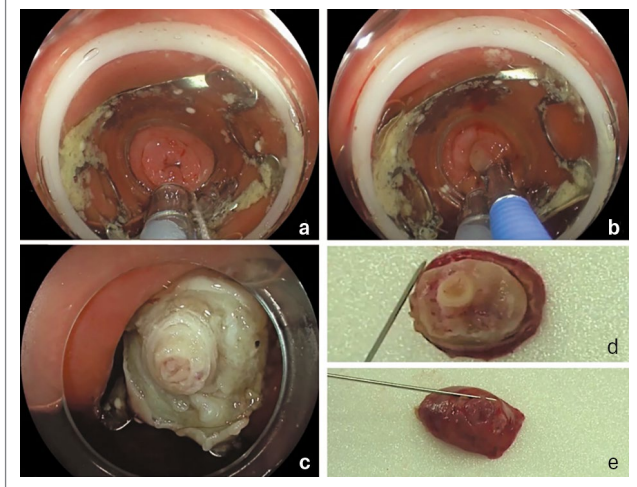
ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Российская Федерация

Введение. Эндоскопическая полнослойная резекция участков стенки желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) при эпителиальных и субэпителиальных новообразованиях в различных его отделах с использованием системы full thickness resection device (FTRD) – сравнительно новый и эффективный метод лечения при наличии повышенного риска развития интраоперационных осложнений.

Цель. Оценить эффективность и безопасность применения системы FTRD для эндоскопической полнослойной резекции участков стенки ЖКТ при эпителиальных и субэпителиальных новообразованиях.

Материалы и методы. С 2019 по 2025 г. в ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» выполнено 10 полнослойных резекций участка стенки различных отделов ЖКТ при помощи системы FTRD у 9 пациентов. Среди них было 4 (44,4%) мужчин и 5 (55,6%) женщин. Показаниями к оперативному вмешательству явились эпителиальные новообразования толстой кишки в 7 (70%) наблюдениях, 1 (10%) вмешательство проводилось по поводу подслизистого новообразования в прямой кишке и 2 (20%) выполнены по поводу эпителиальных новообразований двенадцатиперстной кишки. У 7 (77,8%) пациентов оперативное вмешательство проводили по поводу рецидивных новообразований после ранее выполненной резекции слизистой, одному из них потребовалось проведение повторной полнослойной резекции в связи с неполным удалением опухоли на I этапе. У 2 (22,2%) пациентов выполнено первичное оперативное

Рис. 1: *a* – вид новообразования до оперативного вмешательства; *b* – новообразование после втягивания в колпачок в установленную систему FTRD; *c* – вид после оперативного вмешательства; *d* – извлеченный препарат, вид со стороны мышечного слоя; *e* – извлеченный препарат, вид со стороны слизистой толстой кишки



вмешательство для удаления новообразований в области устья червеобразного отростка (рис. 1) и подслизистого новообразования прямой кишки.

Результаты. Технический успех вмешательства в виде R0-резекции достигнут в 9 (90%) случаях. Одному (10%) пациенту в течение 3 мес понадобилось повторное проведение полнослойной резекции, в результате которой образование удалено полностью. Интраоперационных осложнений не было. У 1 (10%) пациента на 2-е сутки после операции выявлено кровотечение из области пострезекционного дефекта в двенадцатиперстной кишке с последующим успешным коагуляционным гемостазом под местной анестезией (осложнение по Clavien–Dindo IIIA).

Заключение. Методика эндоскопической полнослойной резекции участков стенки различных отделов ЖКТ с использованием системы FTRD – эффективный метод удаления новообразований с высокими рисками интраоперационных осложнений при применении традиционных методов резекции слизистой.

ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ IV СТАДИИ, ОСЛОЖНИВШИМСЯ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

И.В. Матвеев, А.А. Нотов, М.А. Данилов, Н.Н. Семенов, В.А. Алиев

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

Введение. Острая обтурационная толстокишечная непроходимость – одно из наиболее частых осложнений, требующее экстренного или неотложного хирургического вмешательства. Данное состояние диагностируется у 10–26% пациентов с нерезектабельными метастазами колоректального рака. Удаление первичной опухоли в данной ситуации представляет собой обширное вмешательство, которое может быть сопряжено с риском отсрочки начала системной терапии, поэтому на первый план выходят менее инвазивные хирургические стратегии – формирование разгрузочной стомы или установка саморасширяющегося металлического стента.

Материалы и методы. В ретроспективное когортное исследование включены 82 пациента с установленным диагнозом колоректального рака IV стадии и клинически

подтвержденной кишечной непроходимостью, обусловленной прогрессированием основного заболевания. Пациенты были разделены на 2 группы: группа SEMS (n=18) – установка саморасширяющегося металлического стента и группа «Стома» (n=64) – формирование разгрузочной стомы. Оценке подлежали показатели клинического успеха (устранение симптомов непроходимости в течение первых суток после вмешательства), частота ранних (до 30 сут) и поздних (после 30 сут) послеоперационных осложнений, необходимость в повторных вмешательствах, а также общая выживаемость на протяжении 3, 6 и 12 мес наблюдения.

Результаты. Клинический успех достигнут у 94,4% пациентов в группе SEMS и у 100% в группе стомы ($p=0,22$). Частота ранних послеоперационных осложнений составила 16,7% в группе SEMS и 14,1% – в группе стомы ($p=0,72$). Поздние осложнения встречались чаще у пациентов, перенесших стентирование (22,2% против 7,8%; $p=0,101$). Частота повторных вмешательств статистически значимо не различалась между группами (11,1% против 9,4%; $p=0,81$). Выживаемость через 3 мес после вмешательства составила 83,3% в группе SEMS (95% доверительный интервал – ДИ 60,8–94,2) и 93,8% в группе стомы (95% ДИ 85,0–97,5; $p=0,18$). К 6-му месяцу показатели снизились до 55,6% (95% ДИ 33,7–75,4) и 84,4% (95% ДИ 73,6–91,3) соответственно, достигая статистически значимой разницы ($p=0,020$). К 12-му месяцу выживаемость составила 33,3% (95% ДИ 16,3–56,3) в группе SEMS и 62,5% (95% ДИ 50,3–73,3) – в группе стомы, сохраняя достоверное различие ($p=0,034$). Медиана времени от момента операции до летального исхода составила 7,3 мес для SEMS и 16,7 мес для стомы. Отношение рисков ($HR\approx 2,3$) указывает, что риск смерти в первый год после стентирования почти в 2 раза превышает таковой после формирования стомы.

Заключение. Формирование разгрузочной стомы у пациентов с колоректальным раком IV стадии, осложненным обтурационной кишечной непроходимостью, обеспечивает не только сопоставимую с SEMS клиническую эффективность, но и сопровождается более низкой частотой поздних послеоперационных осложнений. С учетом достоверно более высокой однолетней выживаемости, наблюдаемой у пациентов после формирования разгрузочной стомы, данный подход может рассматриваться как предпочтительный компонент хирургической стратегии ведения указанной категории пациентов.

ЛОКАЛИЗОВАННАЯ ФОРМА РАКА СЛЕПОЙ КИШКИ: СЕГМЕНТАРНАЯ РЕЗЕКЦИЯ КАК АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

И.В. Матвеев, М.А. Данилов, А.В. Климашевич, В.А. Алиев, А.В. Максменко, А.М. Валиева

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

Цель. Оценить непосредственные результаты лечения и клиническую целесообразность выполнения илеоцекальной резекции (ИЦР) с расширенной лимфаденэктомией у пациентов с локализованным раком слепой кишки.

Материалы и методы. В период с 2021 по 2025 г. проанализированы результаты лечения 20 пациентов с локализованной формой рака слепой кишки, которым выполнена ИЦР. В группу сравнения вошли 20 пациентов, которым выполнялась правосторонняя гемиколэктомия. Всем пациентам выполняли операции с применением эндовидеохирургической техники. Все вмешательства производила одна хирургическая бригада, врачи которой обладали необходимым уровнем подготовки. Всем пациентам перед оперативным вмешательством проводилось

инструментальное обследование с использованием компьютерной томографии и предоперационным стадированием, колоноскопия с гистологическим исследованием биопсийного материала и стандартные лабораторные исследования, включая определение уровня онкомаркеров (СА19-9 и СЕА). Во всех случаях опухоль локализовалась в области слепой кишки, границей перехода на восходящую кишку являлась верхняя губа илеоцекального клапана. Пациент не был включен в исследование, если на предоперационном этапе обследования выявлены: синхронный рак, отдаленное метастазирование, местно-распространенный характер первичной опухоли (cT>3).

Результаты. Радикальная операция выполнена всем пациентам обеих групп. Возраст, гендерная принадлежность, индекс массы тела, функциональное состояние и физический статус статистически значимой разницы не имели. Не выявлено достоверных различий в отношении клинической стадии заболевания. При проведении сравнительного анализа интраоперационных результатов хирургического лечения достоверно значимая разница ($p=0,009$) выявлена в продолжительности операции ($190\pm 48,2$ мин против $155\pm 43,2$ мин) и объеме ($p=0,001$) интраоперационной кровопотери. Достоверных различий в продолжительности пребывания пациентов в отделении анестезиологии и реанимации ($p=0,947$) и времени нахождения в стационарных условиях ($p=0,142$) не было. Тридцатидневной послеоперационной летальности не было. Конверсия в ходе операции потребовалась в 20% среди всех случаев правосторонней гемиколэктомии и в 5% – при выполнении ИЦР, однако с учетом небольшой выборки различия данного показателя не являются статистически значимыми ($p=0,342$).

Заключение. По данным проведенного анализа, применение ИЦР при локализованных формах рака слепой кишки позволяет улучшить непосредственные результаты лечения и может рассматриваться в качестве альтернативы общепринятой методике правосторонней гемиколэктомии. Безусловно, широкое применение и выбор данного объема операции в качестве оптимального требуют более полной оценки как непосредственных, так и отдаленных результатов лечения с включением большего числа наблюдаемых случаев.

ЭТАЛОННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ

М.А. Колупаева, П.В. Тараканов, А.Н. Ванькович, А.А. Королева, Д.Е. Коваленко, Д.В. Фисенко, Н.О. Соловьев, И.В. Надина, В.Е. Хегай, М.Г. Ефанов

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

Введение. Изучение непосредственных и отдаленных результатов резекции печени с использованием комплексной модели «Эталонный результат» (ЭР) позволяет повысить объективность оценки, но редко используется в отечественных исследованиях.

Цель. Оценка частоты и предикторов достижения ЭР у пациентов, оперированных по поводу гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов резекции печени по поводу ГЦК у 192 пациентов (2015–2025 гг.). ЭР определялся как совокупность нескольких критических показателей течения послеоперационного периода, соответствующих критериям Gorges (2019 г). Для анализа данных использовали логистическую регрессию и сравнительный анализ.

Результаты. ЭР достигнут у 120 (62,5%) пациентов. Причины недостижения ЭР распределились в зависимости

от степени вклада следующим образом: послеоперационные осложнения – 43 (58%), интраоперационные события – 42 (58%), R1-резекции – 23 (32%), повторные госпитализации – 12 (17%). Достижение ЭР ассоциировано с лучшей общей выживаемостью (медиана 70 мес против 32 мес; $p=0,010$), а также безрецидивной выживаемостью (медиана 35 мес против 10 мес; $p=0,136$). Логистическая регрессия выявила следующие независимые предикторы недостижения ЭР: размер опухоли ($p=0,000$), ECOG>1 ($p=0,010$), стадия BCLC C ($p=0,000$). В группе лапароскопических резекций частота достижения ЭР составила 77,6% против 39,5% в группе открытых резекций ($p<0,001$).

Заключение. Достижение ЭР ассоциировано с улучшением общей и безрецидивной выживаемости у пациентов с ГЦК. Основными предикторами недостижения ЭР являются факторы, связанные с соматическим статусом пациента, функциональным состоянием печени и стадией заболевания. Лапароскопический доступ демонстрирует более высокую частоту достижения ЭР при условии селекции пациентов.

ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛЫХ БИЛИАРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

М.Г. Ефанов, П.В. Тараканов, А.А. Королева, А.Н. Ванькович, Д.Е. Коваленко, Д.В. Фисенко, Н.О. Соловьев, В.Е. Хегай, И.В. Надина

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

Цель. Определить частоту и структуру билиарных осложнений (БО) при радикальном хирургическом лечении, а также выявить факторы, влияющие на развитие БО.

Материалы и методы. В исследование включены периоперационные данные пациентов, которым выполнена резекция печени и внепеченочных желчных протоков по поводу опухолей желчных протоков перихилярной локализации с 2013 по 2025 г. Оценивалась частота и тяжесть БО (по шкале ISGLS). Произведена оценка отдаленной выживаемости в зависимости от развития осложнений. При помощи бинарной логистической регрессии оценивались факторы, влияющие на развитие БО.

Результаты. Изучены данные 254 пациентов с различными опухолями, включая 191 (75%) воротную холангиокарциному, 40 (15,7%) внутривенечных холангиокарцином, 11 (4,3%) внутривенечных папиллярных опухолей и 12 (5%) других опухолей. Робот-ассистированные резекции выполнены у 49 (19%) пациентов. БО имели место у 113 (44,5%) пациентов. Тяжесть осложнений соответствовала классу А у 12 (4,7%) пациентов, классу В – у 97 (38,2%), классу С – у 4 (1,5%) пациентов. Летальные исходы при развитии БО наступили у 3 (1,2%) пациентов. У пациентов с БО чаще имели место ретроградное стентирование желчных протоков ($p=0,08$), холангит G2,3 ($p=0,01$), а также сосудистая резекция ($p=0,09$). При многофакторном анализе выявлено негативное влияние холангита ($p=0,003$), расширенных резекций печени ($p=0,63$) и наличия других небилиарных осложнений ($p=0,001$). Выявлено негативное влияние осложнений билиарного дренирования ($p=0,01$), стадии опухоли ($p=0,00$) и длительности желтухи на развитие холангита ($p=0,09$). Общая выживаемость пациентов не различалась в зависимости от развития БО ($p=0,20$).

Заключение. Выявление предикторов БО позволяет осуществлять их раннюю диагностику и лечение, что снижает их вклад в общую тяжесть осложнений и негативное влияние на отдаленные результаты.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫХ И ОТКРЫТЫХ РАДИКАЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ПРОКСИМАЛЬНЫМИ БИЛИАРНЫМИ РАКАМИ

М.Г. Ефанов, П.В. Тараканов, А.А. Королева, А.Н. Ванькович, Д.Е. Коваленко, Д.В. Фисенко, Н.О. Соловьев, В.Е. Хегай, И.В. Надина

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

Цель. Анализ ближайших результатов радикального хирургического лечения пациентов с проксимальными билиарными опухолевыми поражениями внепеченочных желчных проток с использованием робот-ассистированного и открытого доступов.

Материалы и методы. Изучены результаты хирургического лечения 266 пациентов, оперированных с 2014 по 2025 г. Нозологическая характеристика пациентов: воротная холангиокарцинома – 207 (77,8%), внутripеченочная холангиокарцинома – 41 (15,4%), рак желчного пузыря – 10 (3,8%), внутripротоковая папиллярная неоплазия желчных протоков – 8 (3%). Произведена сравнительная оценка основных периоперационных результатов в двух группах в зависимости от доступа.

Результаты. В робот-ассистированной группе отмечено меньшее число Т3- и Т4-опухолей – 21(39,6%) против 124 (65,3%); $p=0,008$, меньшее число пациентов с билиарным дренированием – 47 (74,6%) против 181 (89,2%); $p=0,007$, большее число пациентов с изолированной резекцией внепеченочных желчных протоков – 7 (11,1%) против 6 (3%); $p=0,016$, а также меньшее число пациентов с сосудистой резекцией – 11 (17,5%) против 67 (33,3%); $p=0,017$.

Результаты. Робот-ассистированная операция была ассоциирована с большей продолжительностью оперативного вмешательства – 620 (560; 690) мин против 535 (470; 605) мин ($p=0,000$), при этом в робот-ассистированной группе отмечено меньшее число значимых послеоперационных осложнений Clavien-Dindo $\geq 3b$ – 16 (25,4%) против 83 (41,1%); $p=0,026$, а также меньшая длительность пребывания пациентов в стационаре – $21 \pm 9,3$ дня против $24 \pm 14,2$ дня ($p=0,048$). Обе группы не различались по величине интраоперационной кровопотери, числу удаленных лимфатических узлов, числу R0-резекций, частоте специфических осложнений резекций печени, а также по частоте госпитальной летальности.

Заключение. Робот-ассистированный доступ демонстрирует лучшие непосредственные результаты в виде снижения числа послеоперационных осложнений и уменьшения сроков госпитализации при условии селекции пациентов.

Разная тематика

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ХОЛАНГИТА

И.В. Маев¹, Е.В. Винницкая², В.И. Решетняк¹

¹ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

²ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Российская Федерация

Цель. Представить историческую трансформацию номенклатуры первичного билиарного холангита (ПБХ).

Материалы и методы. Анализ собственных данных и научных публикаций.

Основные положения. Первое упоминание о ПБХ связывают с публикацией в 1851 г. Т. Addison и W. Gull статьи, в которой они, используя только клинические методы, справедливо заподозрили взаимосвязь появления ксантелазм и ксантом с поражением печени. Спустя четверть века французский врач XIX в. Victor Charles Hanot, используя те же клинические методы, более полно описал клинические признаки заболевания и предложил свое название «гипертрофический цирроз печени с хронической желтухой». MacMahon и Thannhauser на основании биохимических данных выявили четкую взаимосвязь появления ксантом и ксантелазм с повышенным уровнем холестерина и лецитина и предложили свою номенклатуру заболевания – «ксантоматозный билиарный цирроз». Липидолог Е.Н. Ahrens Jr. показал, что большинство пациентов на протяжении всего заболевания остаются на доксантоматозной стадии и ввел термин «первичный билиарный цирроз». Внедрение прижизненного морфологического исследования биоптатов печени способствовало разработке морфологической классификации ПБХ и улучшению его диагностики на ранних стадиях. Учитывая, что цирроз при ПБХ развивается лишь на поздних стадиях болезни, Sh. Sherlock высказалась против термина «первичный билиарный цирроз» и предложила термин «хроническая внутрипеченочная обструктивная желтуха». Предложенное название не получило признания. Развитие иммунологии позволило открыть один из важнейших патогномоничных диагностических признаков ПБХ – антимитохондриальные антитела, что позволило диагностировать его в доклинической стадии. В 2014 г. это послужило поводом для изменения названия заболевания на «первичный билиарный холангит».

Заключение. Спустя 175 лет по мере развития новых научных методов исследования удалось расширить представления о тех изменениях, которые происходят в организме больных ПБХ по мере прогрессирования заболевания, повысить возможности улучшения его диагностики и лечения.

KIDNEY FUNCTION AND LIVER FIBROSIS IN CHRONIC HEART FAILURE

D.K. Muminov, A.M. Rakhmatullaev

Tashkent State Medical University, Tashkent, Uzbekistan

Patients with chronic heart failure (CHF) frequently exhibit multiorgan involvement, with particular emphasis on the interplay between kidney dysfunction and liver fibrosis. Understanding how kidney dysfunction contributes to liver fibrosis is crucial for optimizing clinical outcomes in this vulnerable population.

Aim. The present study sought to evaluate the relationship between renal impairment – reflected by serum creatinine levels and proteinuria – and the severity of liver fibrosis in patients with CHF.

Materials and methods. A total of 130 patients diagnosed with CHF underwent non-invasive liver stiffness measurement using FibroScan. Based on stiffness values, participants were stratified

into four groups: <7.0 kPa: Minimal or no fibrosis; 7.0–9.5 kPa: Mild to moderate fibrosis; 9.5–12.5 kPa: Significant fibrosis; >12.5 kPa: Cirrhosis. Data on patient age, duration of CHF, serum creatinine, proteinuria, and the presence of arterial hypertension were collected. Pearson correlation coefficients were calculated to assess the association of these variables with liver stiffness. A chi-square test was performed to determine the link between categorical risk factors (e.g., hypertension) and fibrosis grades.

Results. Kidney function parameters correlated strongly with liver fibrosis severity. Serum creatinine rose significantly from 105.4±13.1 μmol/L in the minimal-fibrosis group to 130.5±17.7 μmol/L in the cirrhosis group ($p<0.001$), indicating progressive renal impairment. Proteinuria also increased in tandem with liver stiffness (0.35±0.05 g/day vs. 0.50±0.07 g/day, $p<0.001$). Older age and longer disease duration further exacerbated both renal and hepatic dysfunction, while the presence of arterial hypertension contributed to higher fibrosis scores.

Conclusion. These findings underscore the pivotal role of kidney dysfunction in driving liver fibrosis among CHF patients. As renal impairment worsens, hepatic injury appears to intensify, suggesting a shared pathophysiological pathway. Early interventions aimed at preserving kidney function – through blood pressure management, vigilant monitoring of serum creatinine and proteinuria, and timely adjustments to CHF therapy – may help slow the progression of liver fibrosis. A comprehensive, multidisciplinary treatment model is essential for improving long-term outcomes and quality of life in this high-risk patient group.

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ПОЧЕК У РЕЦИПИЕНТОВ ТРАНСПЛАНТАТА ПЕЧЕНИ: ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА

А.С. Бернс, Я.Д. Некрасова, В.А. Кейян, А.Р. Ахмедьянов, Т.В. Малашенкова, Д.В. Порхунув, Д.Д. Логинова, Р.Б. Алиханов

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

Введение. Нарушение функции почек – распространенная проблема после трансплантации печени, и мониторинг должен включать не только определение сывороточного креатинина и расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ), но и регулярную оценку осадка мочи, суточной протеинурии и (или) альбуминурии независимо от сроков после операции.

Материалы и методы. В хирургическом отделении трансплантации органов и/или тканей человека ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» с 2023 по 2025 г. выполнено 236 операций по ортотопической трансплантации печени от посмертного донора. Средний возраст пациентов составил 53,3±4,8 года, 163 (69%) мужчины и 73 (31%) женщины. Функция почек оценивалась по уровню креатинина в крови, СКФ, рассчитанной по формуле СКД-ЕР1, результатам общего анализа мочи с микроскопией осадка. Принятыми критериями хронической болезни почек (ХБП) являются наличие любых клинических признаков, указывающих на повреждение почек (альбуминурия/протеинурия, изменение клеточного осадка мочи) и/или снижение СКФ<60 мл/мин/1,73 м², сохраняющееся в течение трех и более месяцев.

Результаты. Признаки ХБП до трансплантации выявлены у 12 (5,3%) пациентов. После трансплантации сохранная функция почек отмечается у 118 (51,2%) пациентов, у 44 (19,4%) за период наблюдения развился один или более эпизодов острого повреждения почек с полным разрешением. У 69 (29,4%) пациентов отмечается ХБП, из них большинство имеют среднюю СКФ по СКД-ЕР1 50,7±3,1 мл/мин/1,73 м².

Заключение. Полученные результаты подтверждают важность мониторинга функции почек реципиентам трансплантата печени, учитывая нефротоксичный эффект иммуносупрессивной терапии, а также оценку на этапе включения в лист ожидания трансплантации.

МИКРОБИОМ И НЕЙРОДЕГЕНЕРАЦИЯ: РОЛЬ КИШЕЧНЫХ БАКТЕРИЙ В ПАТОГЕНЕЗЕ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

И.В. Шалаева, П.А. Козик

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького» Минздрава России, Донецк, Российская Федерация

Введение. Болезнь Паркинсона (БП) – нейродегенеративное заболевание, характеризующееся потерей дофаминергических нейронов и накоплением α -синуклеина.

Цель. Изучить роль микробиоты кишечника в патогенезе БП через ось «кишечник – мозг».

Материалы и методы. Проведен анализ данных научных публикаций из рецензируемых медицинских журналов и материалов конференций, индексируемых в eLibrary, КиберЛенинка, за период 2019–2025 гг. Ключевые слова: «микробиом», «кишечные бактерии», «болезнь Паркинсона».

Результаты. Понятие оси «кишечник – мозг» обозначает наличие двусторонней связи между желудочно-кишечным трактом и головным мозгом. Состояние центральной нервной системы влияет на моторику и чувствительность кишечника, а состав кишечной микробиоты – на состояние центральной нервной системы. В ходе анализа установлено: у пациентов с БП выявляется значимое снижение разнообразия микробиоты и изменение ее состава. Данные изменения характеризуются уменьшением количества бактерий, продуцирующих короткоцепочечные жирные кислоты, и увеличением числа провоспалительных таксонов. Дисбиоз приводит к повышению кишечной проницаемости, что способствует проникновению липополисахаридов в системный кровоток и активации нейровоспаления. Кишечная микробиота влияет на агрегацию α -синуклеина в энтеральной нервной системе, который затем распространяется в головной мозг, инициируя нейродегенеративный процесс. Снижение уровня бутирата коррелирует с усилением нейровоспаления и прогрессированием моторных симптомов ($p < 0,05$). Коррекция дисбиоза представляет перспективное направление патогенетической терапии БП.

Заключение. Проведенный анализ позволяет сделать вывод, что микробиота кишечника может изменять нейробиологию мозга с помощью различных механизмов, что играет ключевую роль в патогенезе БП. Для достижения положительного результата в лечении БП целесообразно проведение комбинированной индивидуально подобранной терапии, которая должна начинаться на максимально ранней стадии нейродегенеративного процесса.

ЛЕКАРСТВЕННО-ИНДУЦИРОВАННЫЙ ЧЕРНЫЙ ВОЛОСАТЫЙ ЯЗЫК У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ

Х.С. Омарова, Д.А. Набиоллаева, Н.Б. Ергалиева, М.Н. Карайдарова, М.С. Кожобаева, С.Д. Муратбай, Б.Б. Научиева, М.Н. Нурлыбаева

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан

Введение. Черный волосатый язык (lingua villosa nigra) – доброкачественное обратимое состояние с удлинением и гиперкератозом нитевидных сосочков. Связан с антибиотиками, висмутом, курением, плохой гигиеной рта и заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Цель. Представить случай лекарственно-индуцированного черного волосатого языка у 67-летней женщины

Рис. 1. Вид языка до лечения (а) и после лечения (б).



с гастрэктомией по Бильрот I, язвенной болезнью и дефицитом витаминов B_{12} и B_2 .

Материалы и методы. Пациентка с хроническим атрофическим гастритом и оперированным желудком (Бильрот-I, 2010 г.) после курса эрадикационной терапии (висмут и антибиотики) по поводу острых язв желудка (Forrest III) развила гипертрофию нитевидных сосочков языка черно-коричневого цвета (1,0–1,5 см). Диагностика включала эзофагогастродуоденоскопию, pH-метрию, определение уровней витаминов B_{12} и B_2 , а также микробиологическое исследование мазка с языка. Выявлены выраженная гипоацидность, B_{12} -дефицитная анемия (127 пг/мл), гипорибофлавиноз (2,8 мкг/л) и рост *Candida albicans*. Проведено комплексное лечение, включающее заместительную витаминотерапию, антимиотики, ферменты и механическую очистку языка.

Результаты. Через 10 дней – значительное посветление языка, «ворс» стал короче и мягче. Через 3 нед язык почти полностью очистился, остался легкий светло-коричневатый налет только в задней трети. Динамика изменений представлена на рис. 1.

Заключение. Черный волосатый язык может быть клиническим маркером атрофического гастрита с секреторной недостаточностью, дефицита витаминов В и побочным эффектом эрадикационной терапии. Коррекция витаминного статуса, лечение основного заболевания и отмена препаратов-триггеров обеспечивают полную регрессию изменений за 3–4 нед. Патология доброкачественная и требует междисциплинарного наблюдения.

ИЗМЕНЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ИНФЕКЦИИ *CLOSTRIDIODES DIFFICILE*: АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕСТИРОВАНИЯ ЗА 2019–2025 ГГ.

М.Е. Жарова¹, О.М. Барановская², Н.С. Кириллова³, Н.Н. Владимирова², Ю.В. Григорьева², Е.В. Ясников², А.А. Власов², Е.В. Трифонова², И.О. Иваников²

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

²Центральная клиническая больница Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

³Объединенная больница с поликлиникой Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

Введение. Инфекция, вызванная *Clostridioides difficile* (ИКД), остается значимой причиной внутрибольничной диареи. Пандемия COVID-19 изменила структуру госпитализаций и объем антибактериальной терапии, что повлияло на эпидемиологию ИКД.

Цель. Оценить динамику частоты ИКД в доковидный, ковидный и постковидный периоды.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов тестирования на токсины *C. difficile* в Центральной клинической больнице Управления делами Президента РФ за 2019–2025 гг. Изучены доля положительных тестов, распределение по полу и возрасту, сезонность и сопутствующие диагнозы. Статистический анализ включал χ^2 с поправкой Бонферрони, критерий Краскела–Уоллиса и post-hoc-тест Данна.

Результаты. Проанализировано 14 548 тестов. Частота положительных результатов увеличилась в период COVID-19, достигая максимума в 2022 г. (29,7% против 13,9% в 2019 г.; $p < 0,001$), с последующим снижением до 6,1% в 2024 г. и 4,8% в 2025 г. Летне-осенняя сезонность, отмечавшаяся в 2020–2023 гг., исчезла в постпандемический период. Большинство случаев регистрировалось среди женщин. Медианный возраст пациентов составлял 56–61 год; доля детей – 6–17%. Наиболее частыми основными диагнозами в направлениях на тестирование токсинов А и В являлись острые кишечные инфекции, пневмония, цереброваскулярные заболевания и злокачественные новообразования.

Заключение. Эпидемиология ИКД характеризовалась выраженными колебаниями с пиком в 2022 г., что, вероятно, связано с ростом применения антибактериальной терапии, изменением профиля госпитализаций и нарушениями микробиоты кишечника. В постпандемический период отмечались исчезновение сезонных колебаний и снижение частоты положительных тестов на ИКД. Эпидемиологические сдвиги, наблюдавшиеся в период пандемии, подчеркивают необходимость постоянного эпидемиологического надзора, рационального применения антибактериальных препаратов и своевременной диагностики ИКД.

БАЗА МЕДИЦИНСКИХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

А.А. Литвинов¹, Н.В. Литвинова¹, М.Ф. Осипенко¹, Ю.В. Макарова¹, Н.Л. Шайде², Р.С. Раджабов², О.В. Посевкина¹

¹ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Новосибирск, Российская Федерация

²ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница №12», Новосибирск, Российская Федерация

Цель. Разработать веб-приложение (БД «Холецистэктомия») для организации прохождения электронного медицинского диагностического опроса.

Материалы и методы. С 2003 г. ведется многолетнее проспективное наблюдение за пациентами после холецистэктомии (ХЭ) по поводу желчнокаменной болезни (ЖКБ). Проведен анализ БД, их описание, сравнение. Разработка веб-приложения произведена на языке Java в среде разработки IntelliJ IDEA. Для управления БД использовался PostgreSQL 16. Объем данных, обрабатываемых приложением, будет увеличиваться с течением времени, это позволит получить большую описательную БД.

Результаты. Сформулированы требования к приложению и выбран набор подходящих инструментов разработки: язык программирования, БД и фреймворки. Проанализированы источники, где рассмотрены вопросы использования БД в различных областях медицины, сформулированы требования к разрабатываемому приложению, выбран набор инструментов разработки. Сформировано техническое задание и разработана структура системы, архитектура приложения и БД, состоящая из 12 таблиц с информацией о пользователе и об опросе. В ходе разработки реализованы серверная и клиентская части приложения, проведено тестирование работы приложения. Разработанная система сбора данных опросов пациентов в электронном виде может быть использована для наблюдения за состоянием и изменениями в показателях. Реализована функция получения статистики на основе полученных из опросов данных.

Заключение. Разработанное приложение оптимизирует методы и средства сбора данных о пациенте, позволяет организовать коллективную работу для различных специалистов, обработку и анализ результатов анкетирования, а также лабораторных и функциональных исследований. Перспективы применения БД «Холецистэктомия» – усовершенствование методов и средств сбора данных в среде информационной системы, разграничение функционала для различных групп пользователей, обработка и анализ результатов анкетирования, а также лабораторных и функциональных исследований.

СОСТАВ ТЕЛА И ТЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА В КОНТЕКСТЕ ПРИМЕНЕНИЯ АЛГОРИТМОВ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА ДЛЯ АНАЛИЗА КТ-ИЗОБРАЖЕНИЙ

Ю.Ф. Шумская¹, Д.А. Ахмедзянов¹, К.Ю. Беженова¹, И.В. Куприна², М.Г. Мнацаканян²

¹ГБУЗ «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий», Москва, Российская Федерация

²ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

Цель. Оценка возможности использования параметров состава тела, определенных с помощью автоматической сегментации изображений компьютерной томографии органов брюшной полости (КТ ОБП), в качестве предикторов течения воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК).

Материалы и методы. Ретроспективное обсервационное исследование. Пациентам на включении и через 6–9 мес выполнялась оценка активности ВЗК (эндоскопической, гистологической, по данным лучевой диагностики), лабораторных показателей и параметров состава тела (по данным КТ ОБП при помощи алгоритма компьютерного зрения). Далее проводилась оценка взаимосвязи показателей между собой и создание модели логистической регрессии для прогнозирования исходов ВЗК. Первичной конечной точкой (ПКТ) являлось достижение/поддержание ремиссии через 6–9 мес наблюдения. Статистическая обработка данных выполнялась с использованием программной среды R (версия 4.5.1). Уровень значимости принят $< 0,05$.

Результаты. В исследование включены 66 пациентов, из них 27 (40,9%) женщин, 15 (22,7%) пациентов с язвенным колитом. Так, 13 (19,7%) пациентов на момент включения были в ремиссии ВЗК. В динамике через 6–9 мес у 47 (71,2%) пациентов диагностировано обострение ВЗК, 19 (28,8%) находились в ремиссии. У пациентов, достигших ПКТ, статистически значимо выше были показатели площадей внутримышечного жира – IFA ($p = 0,009$) и подкожного жира – SFA ($p = 0,026$), тогда как индекс соотношения

площади скелетных мышц и площади висцерального жира (SMA/VFA) оказался значимо ниже ($p=0,047$). По данным логистической регрессии модель, включающая процентное содержание внутримышечной жировой ткани, SMA/VFA, уровень С-реактивного белка (СРБ) и активность заболевания на момент включения в исследование, продемонстрировала удовлетворительную дискриминационную способность ($AUC=0,8$) и адекватность (тест Хосмера–Лемешева $p=0,9$). Пороговое значение для процентного содержания внутримышечной жировой ткани составило 1,77%, SMA/VFA – 1,65, СРБ – 4,25 мг/л.

Заключение. Автоматическая КТ-оценка состава тела позволяет не только описать фенотип пациентов с ВЗК, но и выявить параметры, обладающие прогностическим значением в отношении течения заболевания.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ ПОДДЕРЖКИ НА ОСНОВЕ ЧАТ-БОТА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

К.Ю. Беженова¹, И.В. Куприна², Д.А. Ахмедзянова¹, Ю.Ф. Шумская¹, М.Г. Мнацаканян²

¹ГБУЗ «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий», Москва, Российская Федерация

²ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

Введение. Пациенты с синдромом раздраженного кишечника (СРК) имеют низкое качество жизни (КЖ) и неудовлетворительное психологическое состояние, что влияет на течение заболевания и требует коррекции.

Цель. Оценка результативности автоматизированной системы поддержки пациентов (АСПП) с СРК на основе чат-бота для улучшения КЖ и психологического состояния.

Материалы и методы. Выполнено проспективное рандомизированное когортное исследование. На момент включения пациенты с СРК заполняли набор опросников (IBS-QoL, SF-36, HADS, VSI, STAI) для оценки КЖ, уровней тревоги и депрессии, а также висцеральной чувствительности (ВЧ). Проведена рандомизация в телегруппу (доступ к чат-боту с функциями обучения и контроля симптомов) и группу контроля, продолжающую стандартное очное наблюдение. Через 8 нед обе группы повторно заполняли набор опросников. Статистическая обработка данных выполнялась с использованием программной среды R (версия 4.5.1). Уровень значимости принят $<0,05$.

Результаты. Включены 55 человек: 27 в телегруппе (18 женщин, средний возраст $36,3 \pm 12,7$ года), 28 в очной группе (19 женщин, средний возраст $41,7 \pm 13,4$ года). При анализе выявлено, что повышенная ВЧ является предиктором низкого КЖ по всем доменам IBS-QoL, за исключением сексуальной жизни. Высокий уровень депрессии – негативный предиктор для агрегированных индексов SF-36, а мужской пол – позитивный. Через 8 нед наблюдения в телегруппе у 50% пациентов клинически значимо снизился уровень тревоги, а в очной – у 22,2% ($p=0,035$). Показатель реактивной тревожности также был статистически значимо ниже в группе чат-бота ($p=0,008$). По динамике остальных показателей разницы между группами не выявлено.

Заключение. У пациентов с СРК применение АСПП на основе чат-бота сопоставимо с очным наблюдением по влиянию на КЖ, выраженность депрессии, ВЧ. При этом пациенты, получавшие АСПП, показали значимую положительную динамику в снижении выраженности тревоги. Основываясь на представленных результатах, АСПП можно рассматривать в качестве дополнительного метода немедикаментозной терапии пациентов с СРК.

ЦИФРОВАЯ ГОТОВНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ: СВЯЗЬ С ДЕМОГРАФИЧЕСКИМИ И ЛИЧНОСТНЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ (ПОПЕРЕЧНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

К.Ю. Беженова¹, К.В. Чарая^{1,2}, А.О. Харитонова¹, Д.А. Ахмедзянова¹, О.В. Тащян², Ю.Ф. Шумская¹, М.Г. Мнацаканян²

¹ГБУЗ «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий», Москва, Российская Федерация

²ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

Введение. Телемедицинский мониторинг состояния здоровья с помощью цифровых технологий открывает новые возможности для лечения пациентов.

Цель. Оценка цифровой готовности пациентов гастроэнтерологического профиля и определение ее социально-демографических и психологических предикторов.

Материалы и методы. Проведено одномерное наблюдательное исследование пациентов гастроэнтерологического профиля в возрасте 18 лет и старше. Для каждого пациента определялись общий уровень цифровых компетенций по опроснику Digital Health Readiness Questionnaire (DHRQ), самоэффективность (шкала оценки самоэффективности) и личностные характеристики (опросник Большой пятерки). Основным исходом являлся суммарный балл опросника DHRQ. Дополнительно анализировались отдельные домены цифровой готовности. Статистическая обработка данных выполнялась с использованием программной среды R (версия 4.5.1). Уровень значимости принят $<0,05$.

Результаты. Включены 236 пациентов, средний возраст $49,7 \pm 17$ лет, 155 (66%) из них – женщины. Среднее значение DHRQ составило $55,3 \pm 14,6$ балла. Выявлена сильная отрицательная корреляция между возрастом и суммарным баллом DHRQ ($\rho=-0,6$), умеренная положительная связь между самоэффективностью и суммарным баллом DHRQ ($\rho=0,37$). Среди личностных черт наиболее выраженной была ассоциация балла DHRQ с открытостью опыту ($\rho=0,29$), тогда как экстраверсия, доброжелательность, добросовестность и негативная эмоциональность демонстрировали слабые или минимальные связи. В многофакторной линейной регрессии статистически значимыми предикторами цифровой готовности оставались возраст ($\beta=-0,57$; $p<0,001$) и открытость опыту ($\beta=0,14$; $p=0,026$). Высокий уровень образования пациентов был ассоциирован с повышенной цифровой готовностью ($\beta=0,3$; $p<0,001$), а также усиливал влияние личностных характеристик: добросовестности, открытости опыту и негативной эмоциональности.

Заключение. Цифровая готовность пациентов определяется прежде всего возрастом и образованием, а также рядом индивидуальных психологических особенностей. Результаты исследования обосновывают необходимость персонализации вмешательств с использованием цифровых технологий у разных групп пациентов.

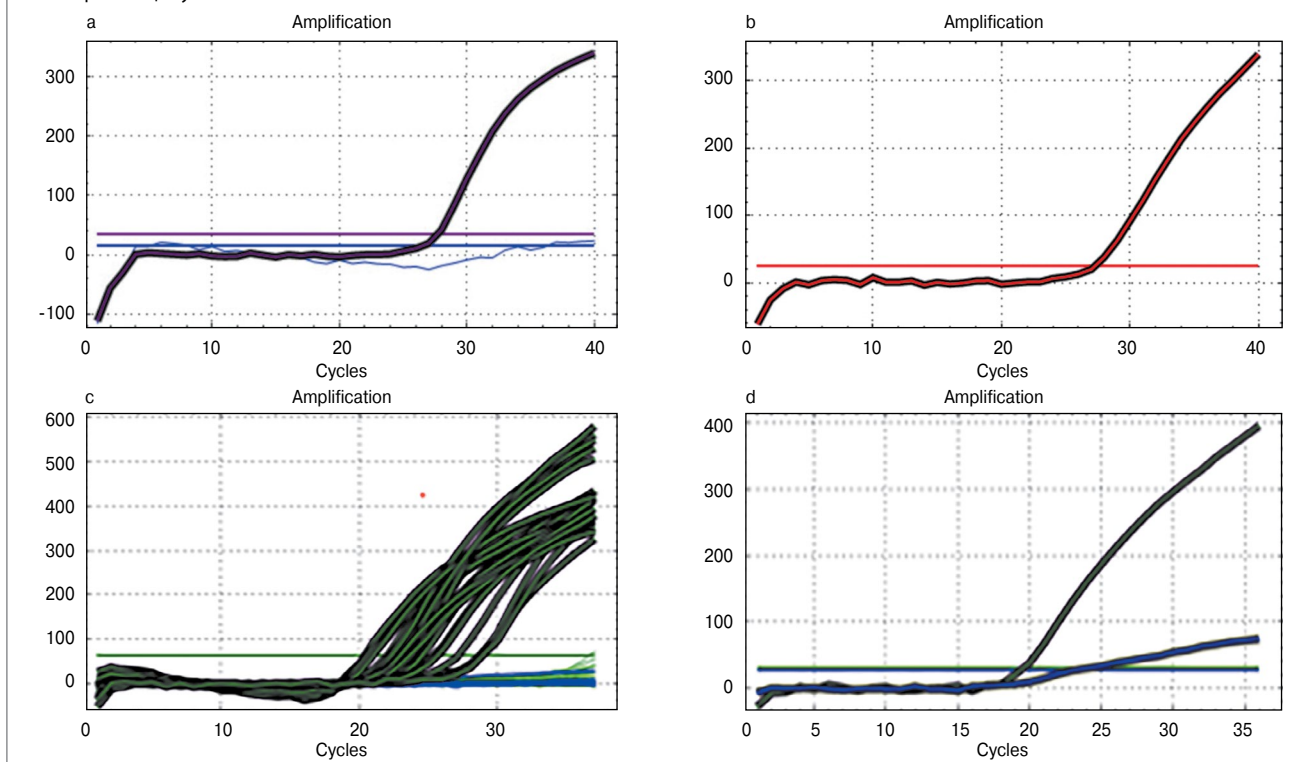
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОНОТЕРАПИИ ИТОПРИДОМ ПРИ ГИПОКИНЕЗИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

А.Е. Шкляев, Ю.В. Горбунов, В.М. Дударев, А.С. Пантюхина
ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ижевск, Российская Федерация

Введение. Гипокинетическая дискинезия органов желудочно-кишечного тракта – одна из наиболее частых причин функциональной диспепсии среди молодых пациентов гастроэнтерологического профиля. Коррекция данной патологии в виде монотерапии позволяет повысить

Рис. 1. Графики кривых амплификации:

a – наличие *H. pylori*; b – наличие молекулярной резистентности к кларитромицину; c, d – наличие молекулярной резистентности к левофлоксацину.



приверженность пациентов лечению и снизить медикаментозную нагрузку на организм.

Цель. Оценить эффективность курсового лечения итопридом при гипокинезии пищеварительной трубки.

Материалы и методы. Обследованы 34 пациента в возрасте 21 [18; 25] лет, которых в течение не менее 6 мес беспокоили тяжесть и тошнота после еды, а также отсутствие дефекации более 3 дней. Всем пациентам проведена периферическая электрогастроэнтерография на аппарате «Гастроскан-ГЭМ» до и после курса терапии итопридом по 50 мг 3 раза в день за 30 мин до еды в течение 4 нед. Результаты оценивались при помощи компьютерной программы «ГастроСкан».

Результаты. До курсового лечения итопридом коэффициент ритмичности Kritm на частотах различных отделов пищеварительной системы показал следующие значения: желудок – 2,7 [2,23; 3,07], двенадцатиперстная кишка – 0,41 [0,32; 0,46], тощая кишка – 1,53 [1,42; 1,93], подвздошная кишка – 2,58 [2,37; 3,94], толстая кишка – 11,4 [9,79; 15,6]. После завершения курса лечения на фоне положительной динамики клинической картины в виде купирования диспептического и обстипационного синдромов коэффициент Kritm желудка составил 5,3 [3,72; 6,42], двенадцатиперстной кишки – 0,95 [0,52; 1,08], тощей кишки – 3,12 [2,57; 3,89], подвздошной кишки – 5,53 [4,78; 6,51], толстой кишки – 24,11 [20,86; 29,16] ($p < 0,05$).

Заключение. Курсовая монотерапия итопридом усиливает миоэлектрическую активность всех отделов пищеварительной трубки. Периферическая электрогастроэнтерография – информативный метод оценки эффективности проводимого лечения у пациентов с дискинезией желудочно-кишечного тракта.

ВОЗМОЖНОСТИ ПЦР-ДИАГНОСТИКИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ РЕЗИСТЕНТНОСТИ *HELICOBACTER PYLORI* К КЛАРИТРОМИЦИНУ И ЛЕВОФЛОКСАЦИНУ

В.В. Серебряков¹, Л.А. Цапкова¹, В.В. Полякова¹, Д.С. Бордин¹⁻³, Н.А. Бодунова¹

¹ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Российская Федерация

²ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

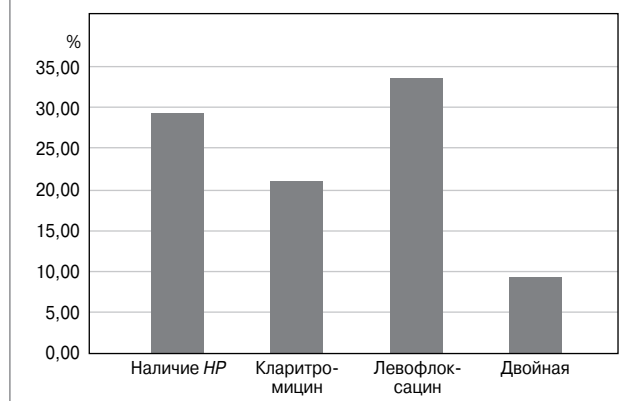
³ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет», Тверь, Российская Федерация

Цель. Изучить диагностическую значимость молекулярных методов ПЦР-диагностики для выявления первичной резистентности *Helicobacter pylori* к кларитромицину и левофлоксацину.

Материалы и методы. Проведен анализ литературных данных и представлены результаты собственного исследования, проведенного на базе ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» в 2025 г. Всем пациентам ($n=987$) проводилось одновременное выявление *H. pylori* и детекция маркеров резистентности к кларитромицину и левофлоксацину методом полимеразной цепной реакции в реальном времени (РТ-ПЦР) (рис. 1).

Результаты. Анализ резистентности *H. pylori* 31 страны показал, что в 24 из них уровень резистентности к кларитромицину превышает 15%, а в 18 – к левофлоксацину [Schulz C et al., 2025]. В Китае резистентность к кларитромицину достигает 52,9%, к левофлоксацину – 45,8% [Wang L et al., 2024]. В России метаанализ показывает уровень резистентности к кларитромицину 15,2% с ростом до 21,0% в 2020–2024 гг. [Andreev D.N., 2025]. Данные нашего исследования в Москве коррелируют с этими трендами: *H. pylori* обнаружена у 30,3% пациентов. Среди них молекулярная резистентность к кларитромицину составила 22,1%, к левофлоксацину – 34,4%, двойная резистентность – 10,4% (рис. 2). ПЦР-метод демонстрирует высокую точность обнаружения маркеров резистентности: в исследовании [Bodunova et al., 2024] чувствительность и специфичность для кларитромицина составили 100%, для левофлоксацина – 93 и 92% соответственно, ПЦР-метод в реальном времени в исследовании [Kovacheva-Slavova et al., 2021] показал диагностическую точность 92%.

Рис. 2. Выявляемость *H. pylori* и маркеров молекулярной резистентности к кларитромицину и левофлоксацину у пациентов г. Москвы за 2025 г.



Заключение. ПЦР-диагностика – эффективный и точный инструмент для определения резистентности *H. pylori*. Высокие локальные показатели резистентности согласуются с глобальными трендами и подчеркивают необходимость внедрения молекулярной диагностики *H. pylori* и ее антибиотикорезистентности.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Ю.Н. Степанова, Е.В. Байке

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита, Российская Федерация

Введение. Из всех хронических неспецифических заболеваний, сопутствующих туберкулезу легких, одно из главных мест занимают болезни органов пищеварения. Часто их сочетание трудно диагностировать и лечить. Появление симптомов дисфункции органов пищеварения на фоне лечения часто трактуют как побочное действие противотуберкулезных препаратов, что главным образом обуславливает их позднюю диагностику.

Цель. Оценить результаты применения эндоскопического метода исследования органов желудочно-кишечного тракта стационарного отделения ГБУЗ «Забайкальский краевой клинический фтизиопульмонологический центр» за 2024 г.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ данных 40 исследований. С целью дифференциальной диагностики данной группе больных выполнено эндоскопическое исследование.

Результаты. Сравнительный анализ применения эндоскопического исследования больных туберкулезом легких показал, что у 40 (100%) больных имелась патология желудка. При этом у 16 (40%) человек выявлен атрофический гастрит, у 12 (30%) – поверхностный гастрит, у 8 (20%) – смешанный гастрит, по 2 случая (по 5%) – рефлюкс-гастрит и эрозивный гастрит культи желудка. При исследовании пищевода патология выявлена у 12 (30%) исследуемых. Из них у 6 (50%) – эрозивный эзофагит, в 4 случаях (33,3%) – эрозии нижней трети пищевода, у 2 (16,7%) пациентов – кандидоз пищевода. При эндоскопии двенадцатиперстной кишки (ДПК) изменения обнаружены у 8 (20%) реципиентов: у 6 (75%) – рубцовая деформация луковицы ДПК, у 2 (15%) – бульбит.

Заключение. При эндоскопическом исследовании на первом месте по частоте выявления стоит патология желудка, на втором месте – поражение пищевода. Изменения ДПК проявлялись в меньшей степени. Ранняя диагностика и выявление заболеваний желудочно-кишечного тракта позволяют своевременно ликвидировать обострение и обеспечивают возможность непрерывной терапии.

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

М.Д. Трипольская, В.А. Кейян, А.Р. Ахмедьянов, Я.Д. Некрасова, Д.В. Порхун, Д.Д. Логинова, А.С. Бернс, Т.В. Малашенкова, А.Е. Николишин, Н.А. Бодунова, Р.Б. Алиханов

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

Цель. Выявление психосоциальных и клинических аспектов, ассоциированных с восприятием образа тела и качеством сна, у реципиентов после трансплантации печени (ТП).

Материалы и методы. В исследование включены 45 пациентов после ТП. Средний возраст составил $45,1 \pm 12,1$ года, из них 23 (51,1%) мужчины и 22 (48,9%) женщины. У 75,5% (n=34) пациентов показанием для ТП послужил цирроз, развившийся в исходе стеатогенных заболеваний печени, при этом 17,7% (n=6) имели хронические вирусные гепатиты, у 8,8% (n=3) был гепатоцеллюлярный рак.

Результаты. После ТП 24,4% (n=11) пациентов не удовлетворены своей внешностью, 22,2% (n=10) – размерами и формой тела, 33,3% (n=15) – массой тела. Средний балл SIBID составил $1,25 \pm 1,1$ – низкий уровень восприятия образа тела. При этом у женщин балл составил $1,91 \pm 1,1$, а у мужчин – $0,6 \pm 1,1$. Средний балл PSQI составил $6,2 \pm 2,7$ – выше среднего балла для людей с нормальным качеством сна; у 60% (n=27) качество сна было плохим (PSQI > 6). Симптомы диссомнии, о которых сообщили сами испытуемые: 93,3% (n=42) участников сообщили о нарушении сна, 84,4% (n=38) субъективно оценивали качество сна как плохое, 75,5% (n=34) имели плохую латентность сна. Показатели PHQ-9 – $5,1 \pm 3,6$ – высокие, при этом 31,8% (n=7) женщин имели высокие показатели уровня депрессии (PHQ-9 > 10), среди мужчин высокого уровня депрессии не было.

Заключение. Пациенты женского пола в большей степени испытывают отрицательные эмоции по поводу внешности после ТП. Большинство пациентов после ТП имеют диссомнию, нарушение дневного функционирования, высокий показатель воспринимаемого стресса. У реципиентов после ТП высок уровень депрессивного состояния, имеется необходимость коррекции психосоциальной дезадаптации в периперационном периоде.

ВЛИЯНИЕ РЕБАМИПИДА НА АМИЛОЛИТИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОНКОЙ КИШКИ КРЫС В НОРМЕ

Н.И. Белостоцкий, Е.В. Бауло

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

Цель. Изучение влияния ребамипида на амилолитическую активность (АА) в слизистой оболочке (СО) различных сегментов тонкой кишки (ТК) в норме без и под воздействием ребамипида.

Материалы и методы. Опыты проведены на крысах (самцы Wistar) с массой тела 250–350 г. Исследовались 3 группы животных: контроль (интактные, n=5), с внутрижелудочным ведением ребамипида (однократно, ежедневно в течение 14 дней в дозе 50 мг/кг, n=5 и 100 мг/кг, n=5). По окончании эксперимента проводилось взятие ТК, которая разделялась на 4 сегмента: ДПК (8 см), остальная часть ТК разделялась на 3 одинаковых сегмента: ТК2, 3, 4. В гомогенатах СО ТК проводилось определение АА амилолитическим методом Смита-Роя. В качестве субстрата использовался раствор водорастворимого крахмала. АА выражалась в мкг гидролизованного крахмала на 1 мг

ткани в 1 мин. Оценивалась активность в СО каждого сегмента и суммарная активность на всем протяжении ТК. Достоверность изменений оценивалась с использованием критерия Манна-Уитни.

Результаты. Воздействие ребамипида в дозе 50 мг/кг привело к росту активности в ТК1 на 148% ($p=0,05$), в ТК2 – на 185% ($p<0,05$), в ТК3 – на 212% ($p<0,05$) и в ТК4 – на 91% ($p>0,05$). В целом активность СО ТК возросла на 155% по сравнению с контролем ($p<0,05$). Введение ребамипида в дозе 100 мг/кг сопровождалось возрастанием активности в СО ТК1 на 403% ($p<0,001$), в ТК2 – на 632% ($p<0,005$), в ТК3 – на 674% ($p<0,0005$) и в ТК4 – на 364% ($p<0,005$). В целом АА возросла в СО ТК под воздействием дозы 100 мг/кг на 497% ($p<0,005$). Различия изменений активности в группах с введением ребамипида в дозах 50 и 100 мг/кг достоверны в каждом из сегментов ТК и в СО ТК по всей длине ТК ($p<0,0001$), т.е. наблюдается четкая зависимость от дозы ребамипида.

Заключение. АА значительно и достоверно возрастает в СО ТК под воздействием ребамипида. Эффект препарата зависит от дозы. Максимальный стимулирующий эффект обеих доз препарата наблюдается в третьем сегменте – средней части тощей кишки.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЦЕЛИАКИИ

Д.А. Дегтерев, С.В. Быкова, И.В. Дамулин, В.А. Михайлова, Е.А. Сабельникова

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

Введение. Поражение периферической нервной системы – одно из самых распространенных внекишечных неврологических проявлений целиакии. Выявляемость периферической нейропатии (ПН) у пациентов с целиакией колеблется от 0 до 39% (Mearns E.S., 2019). Значительный разброс в частоте диагностики связан с мультифакторным характером поражения нервной системы при целиакии. При анализе факторов, влияющих на развитие ПН при целиакии, возраст пациентов является одним из возможных предикторов.

Цель. Определить встречаемость ПН при целиакии и оценить влияние возраста пациентов на возможность ее появления.

Материалы и методы. В исследовании принял участие 191 пациент с верифицированным диагнозом целиакии. Пациенты наблюдались в период с 2015 по 2024 г. в ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова». Диагноз целиакии устанавливался на основании положительных серологических тестов и изменений в слизистой оболочке тонкой кишки при дуоденальной биопсии. Диагностика состояния периферической нервной системы состояла из применения скринингового опросника для самооценки неврологических нарушений, осмотра врача-невролога, инструментальных методов исследования (электронейромиографии, количественного сенсорного тестирования, ультразвукового исследования нервов, магнитно-резонансной томографии головного и спинного мозга).

Результаты. ПН, ассоциированная с целиакией, методами клинической и инструментальной диагностики установлена в 12% случаев ($n=23$). В группе пациентов с ПН женщины составили 70% ($n=16$), мужчины – 30% ($n=7$). Средний возраст – $47,2\pm 14,8$ (23–84) года. Пациенты с ПН, кому диагноз целиакии установлен во взрослом возрасте (старше 18 лет), составили 83%. При возрастной стратификации пациентов с целиакией поражение периферической нервной системы преобладало в возрастной группе 40–50 лет. Установлено, что ПН среди пациентов с целиакией

встречалась в возрастном диапазоне 18–25 лет ($n=31$) в 3,2% случаев, а в возрастном диапазоне 50–60 лет ($n=28$) – в 21,4% случаев. Риск развития ПН, ассоциированной с целиакией, при сравнении группы молодых пациентов с группой пациентов среднего и пожилого возраста возрастал в 8 раз ($OR=0,122$; $p=0,045$).

Заключение. ПН встречается у каждого десятого пациента с целиакией, при этом риск ее возникновения с возрастом увеличивается.

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ, АССОЦИИРУЮЩЕЙСЯ С ЦЕЛИАКИЕЙ

Д.А. Дегтерев, С.В. Быкова, И.В. Дамулин, В.А. Михайлова, Е.А. Сабельникова

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

Периферическая нейропатия (ПН) совместно с мозжечковой атаксией – самые распространенные неврологические нарушения, осложняющие течение глютен-чувствительной целиакии. Поражение периферической нервной системы при целиакии может распространяться от уровня сенсорного спинномозгового ганглия до безмиелиновых окончаний чувствительных волокон и нервно-мышечного синапса. По данным гистологического исследования в нервной ткани преимущественно определяются признаки воспаления.

Цель. Определить клинические формы поражения периферической нервной системы у пациентов с целиакией.

Материалы и методы. В исследовании принял участие 191 пациент с верифицированным диагнозом целиакии. Пациенты наблюдались в период с 2015 по 2024 г. в ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова». Диагноз целиакии устанавливался на основании положительных серологических тестов и изменений в слизистой оболочке тонкой кишки при дуоденальной биопсии. Диагностика состояния периферической нервной системы состояла из применения скринингового опросника для самооценки неврологических нарушений, осмотра врача-невролога, инструментальных методов исследования (электронейромиографии, количественного сенсорного тестирования, ультразвукового исследования нервов, магнитно-резонансной томографии головного и спинного мозга).

Результаты. ПН, ассоциированная с целиакией, определялась с помощью методов клинической и инструментальной диагностики у 12% ($n=23$) пациентов. Клиническая форма ПН устанавливалась на основании диагностических критериев EAN/PNS (2021) для демиелинизирующих полинейропатий, критериев Camdessanché J. и соавт. (2009) и Zis & Hadjivassiliou (2017) для сенсорной ганглиопатии, критериев Geerts M. и соавт. (2022) для тонковолоконной нейропатии.

ПН, ассоциированная с целиакией, была представлена четырьмя основными клиническими формами: сенсорной полинейропатией – 17% ($n=4$), сенсорной полинейропатией – 61% ($n=14$), сенсорной нейронопатией/ганглиопатией – 9% ($n=2$) и тонковолоконной полинейропатией – 13% ($n=3$). В 83% ($n=19$) случаев ПН сопровождалась клиническими изменениями и только в 17% ($n=4$) носила бессимптомный характер. Симметричный характер поражения периферических нервов определялся в 83% ($n=19$) случаев. Выраженность поражения периферических нервов в нижних конечностях преобладала над выраженностью поражения периферических нервов в верхних конечностях в 78% ($n=18$) случаев.

Заключение. Самой распространенной клинической формой поражения периферической нервной системы при целиакии является хроническая симметричная сенсорная полинейропатия.

ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГЛЮТЕНОВОЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ

Д.А. Дегтерев, С.В. Быкова, И.В. Дамулин, В.А. Михайлова, Е.А. Сабельникова

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

Глютеновая полиневропатия – наиболее распространенное поражение периферической нервной системы при целиакии. Методом стимуляционной электронейромиографии у пациентов с глютенной полиневропатией регистрируются признаки нарушения проводимости по нервам по типу аксонопатии и демиелинизации, что может указывать на разнообразие задействованных патогенетических механизмов с учетом мультифакторного характера поражения (аутоиммунное воспаление, мальнутритивные нарушения). Демиелинизирующая глютенная полиневропатия по клинико-инструментальным характеристикам может быть схожа с хронической воспалительной демиелинизирующей полирадикулоневропатией (ХВДП).

Цель. Уточнить особенности электрофизиологических изменений, встречающихся при полиневропатии, ассоциированной с целиакией.

Материалы и методы. В исследовании принял участие 191 пациент с верифицированным диагнозом целиакии. Пациенты наблюдались в период с 2015 по 2024 г. в ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова». Диагноз целиакии устанавливался на основании положительных серологических тестов и изменений слизистой оболочки тонкой кишки при дуоденальной биопсии. Диагностика состояния периферической нервной системы состояла из применения скринингового опросника для самооценки неврологических нарушений, осмотра врача-невролога, инструментальных методов исследования (электронейромиографии, количественного сенсорного тестирования, ультразвукового исследования нервов, магнитно-резонансной томографии головного и спинного мозга).

Результаты. Периферическая нейропатия, ассоциированная с целиакией, диагностирована у 12% (n=23) пациентов. Клиническая форма периферической нейропатии

устанавливалась на основании диагностических критериев EAN/PNS (2021) для демиелинизирующих полиневропатий, критериев Camdessanché J. и соавт. (2009) и Zis & Hadjivassiliou (2017) для сенсорной ганглиопатии, критериев M. Geerts и соавт. (2022) для тонковолокнистой нейропатии.

По данным стимуляционной электронейромиографии (ЭНМГ) преимущественно демиелинизирующие изменения выявлены в 61% (n=14) случаев, аксонально-демиелинизирующее – в 26% (n=6). Самой распространенной формой глютенной полиневропатии оказалась сенсорная демиелинизирующая полиневропатия, встречающаяся в 52% (n=12). Другие формы полиневропатий распределялись следующим образом: сенсо-моторная аксональная и демиелинизирующая полиневропатия – 13% (n=3), сенсорная аксональная и демиелинизирующая полиневропатия – 9% (n=2), сенсо-моторная демиелинизирующая полиневропатия – 4% (n=1), сенсорная ганглиопатия – 9% (n=2). В 13% (n=3) случаев изменения на ЭНМГ не найдены, что с учетом наличия специфической клинической картины и соответствующих изменений при количественном сенсорном тестировании позволило диагностировать тонковолокнистую нейропатию. Сенсорная демиелинизирующая глютенная полиневропатия в 83% (n=10) случаев выполняла диагностические требования для чисто сенсорной формы ХВДП согласно критериям EAN/PNS (2021), при этом была представлена следующими электрофизиологическими паттернами: интактность икроножного нерва по амплитуде – 40% (n=4), интактность икроножного нерва по скорости распространения возбуждения – 40% (n=4), снижение сенсорной скорости проведения – 30% (n=3).

Заключение. На основании электрофизиологических методов диагностики глютенная полиневропатия представлена следующими формами: сенсорная демиелинизирующая полиневропатия, сенсо-моторная и сенсорная аксональная и демиелинизирующая полиневропатия, сенсо-моторная демиелинизирующая полиневропатия, сенсорная ганглиопатия и тонковолокнистая нейропатия. Определено, что для сенсорной демиелинизирующей полиневропатии, ассоциированной с целиакией, могут применяться критерии чисто сенсорной формы ХВДП согласно критериям EAN/PNS (2021).