

CONSILIUM MEDICUM

Том 27, 2025
VOL. 27, 2025. ПРИЛОЖЕНИЕ

ОСНОВАННАЯ НА ДОКАЗАТЕЛЬСТВАХ МЕДИЦИНА ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ

ТЕЗИСЫ 51-Й СЕССИИ
ЦНИИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ



«МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ
КОНСИЛИУМ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ»
27–28 ФЕВРАЛЯ 2025 ГОДА

CONSILIUM MEDICUM

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

consilium.orscience.ru

ТОМ 27, 2025
Приложение

Рецензируемое научно-практическое периодическое печатное 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 перечень журналов ВАК, базу данных ВИНТИ, международную справочную систему «Ulrich's International Periodicals Directory», Научную электронную библиотеку (elibrary.ru), портал EBSCO, электронную библиотеку «CyberLeninka», платформу «Directory of Open Access Journals» (DOAJ). Журнал индексируется в следующих базах данных: Российский индекс научного цитирования Science Index, Dimensions.

Главный редактор журнала:

Фомин Виктор Викторович,
чл.-кор. РАН, д.м.н., профессор,
Первый Московский государственный
медицинский университет
им. И.М. Сеченова
(Сеченовский Университет),
Москва, Россия

Ответственные за выпуск:

Бордин Дмитрий Станиславович,
д.м.н., Московский клинический
научно-практический центр
им. А.С. Логинова, Российский
университет медицины, Москва,
Россия, Тверской государственный
медицинский университет, Тверь,
Россия

Сабельникова Елена Анатольевна,
д.м.н., Московский клинический
научно-практический центр
им. А.С. Логинова, Российский
университет медицины, Москва,
Россия

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»

Издание распространяется бесплатно и по подписке.

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. Редакция не несет
ответственности за содержание рекламных материалов.

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

Полное или частичное воспроизведение материалов,
опубликованных в журнале, допускается только с письменного
разрешения редакции.

Все права защищены. 2025 г.

ИЗДАТЕЛЬ:

ООО «КОНСИЛИУМ МЕДИКУМ»

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

Сайт: omnidocctor.ru

Коммерческий отдел

E-mail: sales@omnidocctor.ru

Телефон: +7 (495) 098-03-59

Работа с подписчиками:

subscribe@omnidocctor.ru

РЕДАКЦИЯ

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

Телефон: +7 (495) 098-03-59

E-mail: editor@omnidocctor.ru

Главный редактор издательства:

Борис Филимонов

Научный редактор:

Юлия Астраханцева

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. 27, 2025
SUPPLEMENT**

Peer-reviewed scientific and practical periodical publication for health care professionals.
The Journal was founded in 1999.

The Journal publishes national and foreign recommendations, original works, reviews, as well as lectures, materials of conferences, congresses, forums, clinical cases on the most pressing scientific and practical problems of modern medicine.

The Journal has been included in the list of Russian Peer-Reviewed Scientific Journals, which publish major scientific results of dissertations for PhD degree. The Journal has been included in the Abstract Journal and VINITI databases, Ulrich's International Periodicals Directory, Scientific Electronic Library (elibrary.ru), EBSCO, CyberLeninka Electronic Library.

The Journal is indexed in Russian Science Citation Index (RSCI), Directory of Open Access Journals (DOAJ), Dimensions.

Editor-in-Chief:

Victor V. Fomin,

M.D., Ph.D., Professor, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

Responsible for Issue:

Dmitry S. Bordin,

M.D., Ph.D., Loginov Moscow Clinical Scientific Center, Russian University of Medicine, Moscow, Russia, Tver State Medical University, Tver, Russia

Elena A. Sabelnikova,

M.D., Ph.D., Loginov Moscow Clinical Scientific Center, Russian University of Medicine, Moscow, Russia

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

Registration number: ПИ №ФЦ77-63969.

Publication frequency: 12 times per year.

FOUNDER: MEDITSINSKIE IZDANIYA

The Journal content is free. Subscribe form is on the website.

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 Editorial Office assumes no responsibility for promotional material content.

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

Reproduction of published materials in whole or in part is prohibited without the prior written consent of the copyright owner.

All rights reserved. 2025.

PUBLISHER: CONSILIUM MEDICUM

Address: 13k1 Alabiana st., Moscow, Russia

Website: omnidocctor.ru

Sales Department

E-mail: sales@omnidocctor.ru

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

Subscription:

subscribe@omnidocctor.ru

EDITORIAL OFFICE

Address: 13k1 Alabiana st., Moscow, Russia

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

E-mail: editor@omnidocctor.ru

Editor-in-Chief of the Publishing House:

Boris Filimonov

Science Editor:

Yulia Astrakhantseva

Literary Editor-Proofreader:

Maria 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)
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)
Парфенов А.И., профессор (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

Адаскевич 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 (Тамбов)
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)
Свиштушкин 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)
Яцкы 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)

EDITORIAL COUNCIL

OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

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

ALLERGOLOGY AND IMMUNOLOGY

Elena Y. Borzova, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Natalia I. Ilina, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Elena S. Fedenko, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Daria S. Fomina, MD, PhD (Moscow, Russia)

INTERNAL MEDICINE

Sergei A. Babanov, prof., MD, PhD (Samara, Russia)
Arkadii L. Vertkin, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Natalia L. Kozlovskaya, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Marina V. Leonova, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Tatiana E. Morozova, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Abram L. Syrkin, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Dmitrii A. Sychev, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Dmitry I. Trukhan, prof., MD, PhD (Omsk, Russia)
Evgenia V. Shikh, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)

GASTROENTEROLOGY

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

GERONTOLOGY AND GERIATRICS

Leonid B. Lazebnik, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Olga N. Tkacheva, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)

DERMATOVENEROLOGY

Vladimir P. Adaskevich, prof., MD, PhD (Vitebsk, Republic of Belarus)
Aida G. Gadzhigoroeva, MD, PhD (Moscow, Russia)
Mikhail V. Zhuchkov, PhD (Ryazan, Russia)
Irina M. Korsunskaya, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Olga Iu. Olisova, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Olga B. Tamrazova, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Aleksai A. Khaldin, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)

INFECTION AND ANTIMICROBIAL THERAPY

Vladimir B. Beloborodov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Sergei V. Sidorenko, prof., MD, PhD (Saint Petersburg, Russia)
Sergei V. Iakovlev, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)

CARDIOLOGY

Denis A. Andreev, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
David M. Aronov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Olga L. Barbarash, prof., MD, PhD (Kemerovo, Russia)
Yurii N. Belenkov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Sergey A. Boytsov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Igor V. Zhirov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)

Victor S. Nikiforov, prof., MD, PhD (Saint Petersburg, Russia)
Olga D. Ostroumova, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Sergey N. Tereshchenko, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Evgenii V. Shliakhto, prof., MD, PhD (Saint Petersburg, Russia)

DIAGNOSTIC RADIOLOGY

Valentin E. Sinityn, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Tatiana N. Trofimova, prof., MD, PhD (Saint Petersburg, Russia)
Igor E. Tyurin, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)

NEUROLOGY

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

INTENSIVE THERAPY

Boris M. Blokhin, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Vladimir A. Rudnov, prof., MD, PhD (Ekaterinburg, Russia)
Efim M. Shifman, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)

NEPHROLOGY

Oleg N. Kotenko, MD, PhD (Moscow, Russia)
Lidia V. Lysenko, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Sergey V. Moiseev, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Natalia V. Chebotareva, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)

ONCOLOGY

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

OTORHINOLARYNGOLOGY

Sergey A. Karpishchenko, prof., MD, PhD (Saint Petersburg, Russia)
Sergei Ya. Kosyakov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Andrei I. Kriukov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Andrei S. Lopatin, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Svetlana V. Morozova, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Andrei Yu. Ovchinnikov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Sergey V. Ryazantsev, prof., MD, PhD (Saint Petersburg, Russia)
Valery M. Svistushkin, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)

PEDIATRICS

Ismail M. Osmanov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Natalia A. Geppe, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Aleksandr V. Gorelov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Natalia B. Guseva, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Elena S. Zholobova, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Dmitrii A. Morozov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Sergei P. Yatsyk, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)

PULMONOLOGY

Sergei N. Avdeev, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Andrei S. Belevskii, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Aleksandr A. Vigel, prof., MD, PhD (Kazan, Russia)
Andrei A. Zaitsev, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Mikhail M. Ilkovich, prof., MD, PhD (Saint Petersburg, Russia)
Oksana M. Kurbacheva, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Aleksandr I. Sinopalnikov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Aleksandr G. Chuchalin, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)

RHEUMATOLOGY

Ludmila I. Alekseeva, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Alena I. Zagrebneva, MD, PhD (Moscow, Russia)
Evgenii L. Nasonov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Nadezhda A. Shostak, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)

ENDOVASCULAR SURGERY

Ivan A. Eroshkin, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Leonid S. Kokov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Sergey P. Semitko, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)

UROLOGY AND ANDROLOGY

Adel S. Al-Shukri, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Yurii G. Aliaev, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Konstantin I. Zabirov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Mikhail I. Kogan, prof., MD, PhD (Rostov-on-Don, Russia)
Grigorii G. Krivoborodov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Oleg B. Loran, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)

PHTHISIOLOGY

Vladimir Yu. Mishin, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Evgenii I. Shmelev, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)

SURGERY

Vadim Yu. Bogachev, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Magomed D. Dibirov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Igor A. Zolotukhin, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
Yurii M. Stoyko, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)

ENDOCRINOLOGY

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

Тезисы 51-й сессии ЦНИИ гастроэнтерологии «Междисциплинарный консилиум в гастроэнтерологии» 27–28 ФЕВРАЛЯ 2025 года

Abstracts of the 51th session of the Central Research Institute of Gastroenterology «Interdisciplinary consilium in gastroenterology» 27–28 February, 2025

Для цитирования: Тезисы 51-й сессии ЦНИИ гастроэнтерологии «Междисциплинарный консилиум в гастроэнтерологии». 27–28 февраля 2025 года. *Consilium Medicum*. 2025;27(Приложение): 9–48. DOI: 10.26442/20751753.2025.5.203138

For citation: Abstracts of the 51th session of the Central Research Institute of Gastroenterology «Interdisciplinary consilium in gastroenterology». 27–28 February, 2025. *Consilium Medicum*. 2025;27(Suppl.): 9–48. DOI: 10.26442/20751753.2025.5.203138

Доступно на сайте: https://omnidocor.ru/library/izdaniya-dlya-vrachey/consilium-medicum/cm2025/cm2025_5_pril/

БОЛЕЗНИ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Холецистэктомия как фактор риска развития гастроэзофагеальной рефлюксной болезни	9
Эффективность Киотской классификации в диагностике инфекции <i>Helicobacter pylori</i>	9
Диагностика аутоиммунного гастрита: фокус на типичных эндоскопических признаках	9
Пресаркопения у больных раком желудка в периоперационном периоде	10
Манометрия пищевода высокого разрешения у пациентов до и после хирургического лечения	11
Особенности встречаемости генов гистосовместимости <i>HLA</i> у пациентов с ахалазией и в популяции.	11
Частота эрозивного эзофагита у пациентов после хирургического лечения ахалазии	11
Влияние стандартной антисекреторной терапии на сроки эпителизации эрозий в пищеводе у больных разных возрастных групп.	12
Диагностика, клинические проявления и лечение хеликобактерного гастрита в реальной клинической практике	12
Распространенность выявления антител к фактору патогенности <i>CagA Helicobacter pylori</i> у пациентов с положительным результатом по 13С-УДТ в г. Москве.	12
Связь наличия антител к <i>CagA</i> -антигену <i>Helicobacter pylori</i> и стадии хронического гастрита по системе OLGA	13

ПАТОЛОГИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Оценка заболеваемости и смертности от рака поджелудочной железы в медицинских организациях, подведомственных УД Президента РФ	14
Дуоденальная аспирационная биопсия (ДАБ) в диагностике кистозных неоплазий поджелудочной железы	14
Окончательные результаты исследования возможностей неинвазивной оценки степени фиброза поджелудочной железы	14

ПАТОЛОГИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Бессимптомное камненосительство: клиничко-патогенетические особенности	15
Динамика показателей перекисного окисления липидов у больных хроническим некалькулезным холециститом, сочетанным с хроническим панкреатитом	15
Тактика терапевта при желчнокаменной болезни: до и после холецистэктомии	15
База медицинских данных для оценки динамики гастроэнтерологической симптоматики у пациентов с холецистэктомией по поводу желчнокаменной болезни	16

ПАТОЛОГИЯ ПЕЧЕНИ

Влияние высококалорийной диеты на морфологические характеристики печени самцов и самок крыс	17
Механизм образования антимитохондриальных антител при первичном билиарном холангите	17
Влияние кардиометаболических факторов риска на течение метаболически ассоциированной жировой болезни печени у пациентов с разными вариантами гена <i>PNPLA3</i>	17
Новые возможности профилактики неалкогольной жировой болезни печени	18
Значение атипичных перинуклеарных антинейтрофильных цитоплазматических антител в диагностике аутоиммунного гепатита, первичного билиарного холангита и прекрестного синдрома	18
Неалкогольная жировая болезнь печени и состояние костной ткани	18
Распространенность фиброза при неалкогольной жировой болезни печени у пациентов с ожирением после бариатрических операций: ассоциации с коморбидностью и факторами риска	19
Факторы риска остеопороза у пациентов с первичным билиарным холангитом	19
Показатели клеточного звена иммунитета у больных неалкогольным стеатогепатитом	19
Клиническое значение неинвазивных методов диагностики фиброза и стеатоза печени у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени	20
Клинические особенности первичного билиарного холангита у лиц мужского пола	20
Случай лекарственного гепатита тяжелой степени на фоне терапии пембролизумабом	20
Факторы риска саркопении у пациентов с первичным билиарным холангитом	21
Структурно-функциональные особенности сердца у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени	21

ПАТОЛОГИЯ КИШЕЧНИКА

Микронутриентный статус пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника, получающих биологическую терапию.	22
Влияние высококалорийной диеты на микробиоту кишечника крыс	22
Оценка результативности применения телемониторинга у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника: TIGE-RUS (Telemonitoring For IBD Goodness Examination In Russia).	22
Оценка показателей состава тела по данным компьютерной томографии у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника: пилотное кросс-секционное исследование.	23
Профилактика тромбозоэмболических осложнений у пациентов с язвенным колитом	23
Влияние психологического сопровождения у пациентов с язвенным колитом на приверженность лекарственной терапии	24
Влияние психологического сопровождения у пациентов с язвенным колитом на достижение эндоскопической ремиссии	24
Влияние психологического сопровождения у пациентов с язвенным колитом на достижение бесстероидной ремиссии	24
Аутоиммунные антитела в диагностике воспалительных заболеваний кишечника у больных анкилозирующим спондилитом	25
Структура и распространенность коморбидной патологии у пациентов с язвенным колитом в Нижегородской области	25
Изменения минеральной плотности костной ткани у пациентов молодого возраста с воспалительными заболеваниями кишечника	26
Изменения барьерной функции кишечника после резекции тонкой кишки.	26
Внекишечные проявления воспалительных заболеваний кишечника: анализ факторов риска.	26
Качество жизни у больных с синдромом раздраженного кишечника тяжелого течения.	27
Клинический портрет пациента с микроскопическим колитом	27
Лабораторный маркер доброкачественных новообразований кишечника	28
Диагностическое значение метана в определении синдрома избыточного бактериального роста в тонкой кишке	28

Ассоциация аутоиммунного гепатита и целиакии (результаты одноцентрового исследования)	28
Сложности лечения пожилой больной с болезнью Крона	29
Клинические особенности и психологический статус пациентов с функциональным вздутием живота	29
Особенности пищеварительной функции у больных после резекции тонкой кишки.	29
Факторы риска и клинические особенности течения микроскопического колита.	30
Особенности спектра бактериальных метаболитов толстой кишки и спектра аминокислот крови у больных раком поджелудочной железы	31
Расстройства психической адаптации у больных впервые выявленной целиакией	31
Оценка активности дисахаридаз тонкой кишки может обосновывать применение диеты FODMAP: опыт ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова»	31
Трудности серологической диагностики целиакии.	32
Диагностические возможности морфологического исследования биоптатов подвздошной кишки у больных с подозрением на воспалительные заболевания кишечника	32

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

Риск развития саркопении у пациентов, перенесших бариатрические вмешательства.	34
Удаление эпителиальных новообразований толстой кишки средних размеров на широком основании при амбулаторной колоноскопии: ближайшие и отдаленные результаты.	34
Внутрипротоковая папиллярная муцинозная неоплазия желчных протоков: клиника, диагностика, лечение	34
Эталонный результат в хирургическом лечении воротной холангиокарциномы.	35
Прогнозирование эталонного результата в радикальном хирургическом лечении воротной холангиокарциномы	35
Билиарные осложнения радикального хирургического лечения проксимальных опухолевых поражений желчных протоков.	35
Сравнительный анализ робот-ассистированных и открытых радикальных хирургических вмешательств при воротной холангиокарциноме	36
Робот-ассистированные резекции при воротной холангиокарциноме. Критерии отбора пациентов для роботического доступа	36
Частота развития и особенности клинического течения эхинококкоза печени, осложненного желчным свищом.	36
Роль прокальцитонина в стратификации степени тяжести острого холангита	37
Эндовидеохирургическое лечение пациентов с осложненными формами местно-распространенного рака дистального отдела желудка	37
Клинический случай апостематоза печени с благоприятным исходом	37
Эталонный результат открытых и минимально инвазивных резекций печени у пациентов с метастазами колоректального рака	38
Первый опыт применения аутологичной фрагментированной жировой ткани в лечении перианальных свищей у пациентов с болезнью Крона	38
Сравнение результатов освоения технологии лапароскопической резекции печени при самообучении и в процессе программы менторинга	39
Сравнение ближайших результатов лапароскопических и открытых изолированных резекций I сегмента печени.	39
Современные аспекты лечения рецидивов внутрипеченочной холангиокарциномы	39
Прогнозирование эталонного результата в хирургическом лечении внутрипеченочной холангиокарциномы	40
Эталонный результат в хирургическом лечении внутрипеченочной холангиокарциномы	40
Ближайшие и отдаленные результаты открытых, лапароскопических и робот-ассистированных панкреатодуоденальных резекций у больных раком головки поджелудочной железы	40
Ближайшие и отдаленные результаты открытых и лапароскопических панкреатодуоденальных резекций у больных раком головки поджелудочной железы.	41
Ближайшие и отдаленные результаты открытых и робот-ассистированных панкреатодуоденальных резекций у больных раком головки поджелудочной железы.	41

Ближайшие и отдаленные результаты лапароскопических и робот-ассистированных панкреатодуоденальных резекций у больных раком головки поджелудочной железы.	41
Эталонный результат открытых, лапароскопических и робот-ассистированных панкреатодуоденальных резекций у больных раком головки поджелудочной железы.	42
Качество жизни у больных раком головки поджелудочной железы после открытых и лапароскопических панкреатодуоденальных резекций	42
Качество жизни у больных раком головки поджелудочной железы после панкреатодуоденальной резекции	42
Оценка экономической эффективности открытых и лапароскопических панкреатодуоденальных резекций у больных раком головки поджелудочной железы.	43
Применение физических методов воздействия при лечении инфицированных ран в эксперименте	43

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

Диагностика и лечение вирусного холангиолитиаза с применением цифрового холангиоскопа SPYGLASS	45
Разработка модели машинного обучения для определения стадии хронической дуоденальной недостаточности	45
Информативность тонкоигольной пункции под эндосонографическим контролем с применением метода ROSE в диагностике очаговых новообразований поджелудочной железы	45
Эффективность быстрой оценки материала на месте в морфологической диагностике новообразований панкреатобилиарной зоны	46

РАЗНОЕ

Субъективные проявления и метаболический статус пациентов после бариатрических операций	47
Возможности психосоматической коррекции функциональных заболеваний органов пищеварения медицинских работников	47
Эндоцитоскопия в диагностике эозинофильного эзофагита у детей: собственный опыт	47

Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Т.П. Епанешникова, Н.А. Хохлачева, Е.Ф. Бутина
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Ижевск, Россия

Цель. Изучение распространенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у пациентов пожилого возраста, перенесших холецистэктомию.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач обследованы 40 пациентов в возрасте от 60 до 75 лет, перенесших холецистэктомию, среди них 35 женщин и 5 мужчин. В верификации диагноза, помимо сбора анамнеза и объективных данных, использованы результаты ультразвукового исследования (УЗИ) желчевыводящей системы на аппарате «Shimadzu SDN-500». Всем пациентам проводилось анкетирование с помощью международного стандартизованного опросника Gerd-Q, изучалось состояние слизистой оболочки эзофагогастроуденальной зоны методом фиброэзофагогастроуденоскопии (ФЭГДС) на аппарате «Olympus CIF-XQ-20».

Результаты. По данным анамнеза, у 36 пациентов причиной холецистэктомии была желчнокаменная болезнь, у 4 пациентов – полипы желчного пузыря. Давность проведения холецистэктомии составила от 1 до 27 лет.

У всех обследованных пациентов при ФЭГДС выявлен эзофагит: у 2 (5%) – эрозивный, у 38 (95%) – неэрозивный. Помимо этого отмечены недостаточность кардии у 13 (32,5%) пациентов, дуоденогастральный рефлюкс у 6 (15%) пациентов, гастроэзофагеальный рефлюкс у 5 (12%) пациентов. При этом клиническая симптоматика ГЭРБ в форме пищеводных и (или) внепищеводных проявлений при сумме баллов по опроснику Gerd-Q 8-10 отмечалась лишь у 31 (77,5%) пациента, у 26 из них (83,8%) первые симптомы ГЭРБ появились только после проведения холецистэктомии.

Заключение. Результаты проведенных исследований дают основание рассматривать холецистэктомию, независимо от причины и давности проведения операции, как один из факторов риска развития ГЭРБ. Всем пациентам пожилого возраста, перенесшим холецистэктомию, необходимо проведение ФЭГДС, так как возможно бессимптомное течение ГЭРБ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КИОТСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИИ *HELICOBACTER PYLORI*

Е.Н. Лактюнькина^{1,2}, И.Ю. Коржева^{1,3}
¹ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия;

²ГБУЗ «Городская клиническая больница им. В.В. Вересаева» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;

³ГБУЗ «Московский многопрофильный научно-клинический центр им. С.П. Боткина» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Цель. Изучить эффективность Киотской классификации в эндоскопической диагностике инфекции *Helicobacter pylori*.

Материалы и методы. Ретроспективное исследование «случай-контроль». В исследование включены 329 пациентов в возрасте 17–85 лет, медиана возраста составила 49 лет. Всем пациентам выполнена видеогастроскопия в период с 2020 по 2022 г. в КБ «МЕДСИ» в Отрадном и в ГБУЗ «ГКБ им. В.В. Вересаева» с 2022 по 2024 г. При помощи морфологического исследования и/или быстрого уреазного

теста инфекция *H. pylori* выявлена у 171 пациента. У 158 человек инфекция *H. pylori* отсутствовала.

Критерии включения в исследование: наличие согласия пациента, достаточное количество эндоскопических изображений желудка. Критерии исключения из исследования: отсутствие согласия пациента, аутоиммунный гастрит, новообразования желудка, желудочно-кишечное кровотечение, портальная гастропатия, прием ингибиторов протонной помпы, антибиотиков, нестероидных противовоспалительных препаратов.

Результаты. Выявлены статистически значимые эндоскопические признаки инфицированной слизистой: диффузная гиперемия (отношение шансов – ОШ 255, 95% доверительный интервал – ДИ 91,286–937,297), широкие складки (ОШ 10,702, 95% ДИ 3,190–35,906), зернистость (ОШ 17,331, 95% ДИ 2,278–131,829), отек слизистой (ОШ 15,136, 95% ДИ 8,663–26,445) и неинфицированной *H. pylori* слизистой: регулярное распределение собирательных венул (ОШ 0,018, 95% ДИ 0,006–0,060), повторное появление собирательных венул (ОШ 0,074, 95% ДИ 0,035–0,156). Разработана прогностическая модель для инфицированной слизистой. Чувствительность и специфичность модели составили 92,4 и 92,0% соответственно.

Заключение. Киотская классификация эндоскопических признаков гастрита является эффективным инструментом для диагностики *H. Pylori*-ассоциированного гастрита.

ДИАГНОСТИКА АУТОИММУННОГО ГАСТРИТА: ФОКУС НА ТИПИЧНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ПРИЗНАКАХ

А.В. Касихина¹, С.В. Кашин^{1,2}, Р.О. Куваев^{1,3}, А.Б. Чаморовская¹

¹ГБУЗ Ярославской области «Ярославская областная клиническая онкологическая больница», Ярославль, Россия;

²АО «Институт пластической хирургии и косметологии», Москва, Россия;

³ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Пироговский Университет), Москва, Россия

Цель. Распространенность аутоиммунного гастрита (АИГ) в популяции оценивается как низкая и составляет от 0,5 до 4,5% по всему миру. Однако наблюдается тенденция к увеличению числа подтвержденных случаев АИГ. Ключевой фактор улучшения диагностики АИГ – выявление типичных эндоскопических признаков.

Материалы и методы. С января 2022 по июнь 2024 г. в двух лечебно-профилактических учреждениях РФ (ГБУЗ ЯОКОБ, АО «Институт пластической хирургии и косметологии») в ретроспективном когортном исследовании была проведена эзофагогастроуденоскопия (ЭГДС) с использованием современных методик визуализации (осмотр в узкоспектральном режиме, функция увеличения) с оценкой эндоскопических признаков, характерных для АИГ, у 100% пациентов (90/90). При отсутствии медицинских противопоказаний выполнялась биопсия слизистой оболочки тела и антрального отдела желудка, а также биопсия всех патологических участков. Число пациентов в исследовании составило 90 (85,6% – женщины, средний возраст 60,8 года); табл. 1.

Результаты. Выявлены типичные эндоскопические признаки АИГ: «обратная атрофия» – 93,3%, нормальный антральный отдел – 28,8%, остатки кислотопродуцирующей слизистой оболочки – 48,8%. Также выявлены новые признаки АИГ: внутрислизистые кисты желез (WGA) – 55,5%, гломусоподобные образования – 52,2%, нейроэндокринные опухоли 1-го типа – 36,6% (размер менее 5 мм – 60,6%), аденокарцинома желудка – 5,5%, аденома – 6,6% (табл. 2, 3).

Таблица 1. Клинические характеристики пациентов с АИГ

Параметр оценки	n
Возраст, лет	60,8 (min 36, max 84)
Мужчины/женщины	13/77
Положительный <i>Helicobacter pylori</i> (n=90)	19 (21,1%)
Гастрин (пг/мл, n=28)	>30 пг/мл: 26 пациентов / нормальный уровень: 2 пациента
Пепсиноген 1 (мкг/л, n=28)	20,3
Отношение пепсиноген 1/2 (n=28)	1,7
Антитела к париетальным клеткам желудка (n=26)	25 (96,1%)
Антитела к внутреннему фактору Касла (n=9)	2 (22,2%)
Пернициозная анемия (n=36)	8 (22,2%)
Железодефицитная анемия (n=90)	35 (38,9%)

Таблица 2. Ассоциированные поражения желудка

Тип поражения	Диагностическая частота, абс. (%)
НЭО 1-го типа	33 (36,6)
НЭО 1-го типа, 1–5 мм	20 (60,6)
НЭО 1-го типа, 6–10 мм	12 (36,4)
НЭО 1-го типа, >10 мм	1 (3)
Аденокарцинома	5 (5,5)
Аденома	6 (6,6)
Гиперпластический полип	18 (20)

Таблица 3. Эндоскопические признаки АИГ

Показатель	Диагностическая частота, абс. (%)
<i>Тело желудка</i>	
Остаточная кислотопродуцирующая слизистая	
Представлена	44/90 (48,8)
Не представлена	22/90
Не определима	24/90
«Обратная атрофия»	
Представлена	84/90 (93,3)
Не представлена	6/90
Не определима	0
Сглаживание складок по большой кривизне	
Представлено	88/90 (97,7)
Не представлено	2
Не определимо	0
<i>Антральный отдел</i>	
Состояние слизистой оболочки антрального отдела	
Нормальная слизистая оболочка	26 (28,8)
Слизистая оболочка с атрофией	27 (30)
Эритема	19 (21,1)
Слизистая оболочка с очагами кишечной метаплазии	7 (7,8)
<i>Паттерн слизистой оболочки и признаки АИГ</i>	
Внутрислизистые кисты желез (White globe appearance)	
Представлены	50 (55,5)
Не представлены	40
Не определимы	0
Гломусы	
Представлены	47 (52,2)
Не представлены	43
Не определимы	0
НЭО 1-го типа	
Представлены	33 (36,6)
Не представлены	57
Не определимы	0

Таблица 3 (Окончание). Эндоскопические признаки АИГ

Показатель	Диагностическая частота, абс. (%)
Аденома	
Представлена	6 (6,6)
Не представлена	84
Не определима	0
Аденокарцинома желудка	
Представлена	5 (5,5)
Не представлена	85
Не определима	0

Заключение. В исследовании представлены ключевые клинические характеристики и типичные эндоскопические признаки, способствующие точной диагностике АИГ, включая амбулаторное звено. Применение новейших методов визуализации позволяет диагностировать нейроэндокринные опухоли (НЭО) 1-го типа размером менее 5 мм. Эти данные помогают эффективно стратифицировать онкологические риски и выбрать правильную тактику ведения пациентов. Требуются дальнейшие работы по изучению признаков АИГ для более точной диагностики данного заболевания.

ПРЕСАРКОПИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

А.В. Сергеева, Д.В. Рубанова, О.А. Смирнова, Н.Д. Курбанов, Т.Н. Кузьмина

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

Введение. Больные раком желудка (РЖ) находятся в группе высокого риска развития нутритивной недостаточности (НН) и саркопии. Саркопия может увеличивать число послеоперационных осложнений, ухудшать переносимость лекарственного лечения и снижать качество жизни, что требует ранней диагностики на этапе пресаркопии (снижения мышечной силы).

Цель. Выявление НН и пресаркопии у больных РЖ в периоперационном периоде.

Материалы и методы. В ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» в 2024 г. начато проспективное одноцентровое исследование, на I этапе набрано 11 пациентов: 8 мужчин (медиана возраста 67 лет) и 3 женщины (медиана возраста 63 года), которые перенесли оперативное лечение по поводу РЖ, из них Т2 – 36,4%, Т3 – 63,6%. Лапароскопическая гастрэктомия выполнена 4 пациентам, лапароскопическая дистальная резекция желудка – 7 пациентам. Всем больным проведена оценка нутритивного статуса (НС) за 7 дней до и через 5 дней после операции. Оценка НС включала в себя антропометрию, кистевую динамометрию, лабораторные маркеры дефицита белка и биоимпедансный анализ состава тела.

Результаты. В группе исследуемых пациентов на предоперационном этапе только у 4 выявлена НН легкой степени тяжести. Признаков саркопии в группе наблюдаемых пациентов не выявлено. В послеоперационном периоде у всех пациентов наблюдались признаки НН различной степени тяжести: легкой степени – у 8 пациентов, умеренной степени – у 3 пациентов. Однако признаки пресаркопии в виде снижения мышечной силы (у мужчин менее 27 кг, у женщин менее 16 кг) диагностированы у 3 пациентов, что коррелировало со степенью тяжести НН.

Заключение. Больные РЖ нуждаются в дополнительной инструментальной и функциональной оценке НС, что способствует своевременному выявлению и предупреждению саркопии.

МАНОМЕТРИЯ ПИЩЕВОДА ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ДО И ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Э.Р. Валитова^{1,2}, О.И. Березина^{1,2}, Д.С. Бордин^{1,3,4}, И.А. Павлов¹, К.В. Шишин¹

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

²НГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;

³ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет», Тверь, Россия;

⁴ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Оценка возможности использования манометрии пищевода высокого разрешения для определения эффективности хирургического лечения ахалазии.

Материалы и методы. Обследованы 43 пациента в возрасте от 18 до 84 лет с ахалазией. Всем пациентам проведены эзофагогастродуоденоскопия, манометрия пищевода высокого разрешения на аппарате Solar™ GI (MMS/Laborie, Netherland). Диагноз типа ахалазии определялся согласно Чикагской классификации, версия 4.0. Согласно этой классификации с 1-м типом ахалазии выявлено 8 пациентов, с типом 2 – 24, с типом 3 – 11 пациентов. Повторное обследование проведено через 1 год после пероральной эндоскопической миотомии.

Результаты. Все пациенты заполняли опросник Экардта до и после лечения. До лечения средний балл составлял $7 \pm 1,5$, после лечения средний балл снизился до $2,5 \pm 1,2$ у 35 пациентов (группа 1), а у 8 пациентов средний балл опросника Экардта не изменился (группа 2). Первую группу составили пациенты с 1-м типом ахалазии (100%), 83% пациентов со 2-м типом и 63,6% – с 3-м типом. Вторая группа состояла из пациентов со 2-м (17%) и 3-м типом ахалазии (36,3%).

По данным манометрии пищевода высокого разрешения в 1-й группе среднее давление покоя нижнего пищеводного сфинктера (НПС) снизилось в 2 раза с $39,1 \pm 2,7$ до $18,9 \pm 1,4$ мм рт. ст. Кроме того, было отмечено резкое снижение остаточного давления покоя, характеризующее расслабление НПС с $22,8 \pm 0,7$ до $9,8 \pm 0,6$ мм рт. ст., и мощности сокращения в 10 раз: с $1865,5 \pm 286,9$ до $128,2 \pm 53,8$. Во 2-й группе среднее давление покоя НПС снизилось с $48,8 \pm 2,4$ до $33,6 \pm 2,4$ мм рт. ст. Остаточное давление покоя также снизилось с $22,8 \pm 0,7$ до $15,01 \pm 0,6$ мм рт. ст. Во 2-й группе отмечалось снижение мощности сокращений в 2 раза: с $2999,6 \pm 417,6$ до $1038,1 \pm 107,7$. Необходимо отметить, что у пациентов после лечения не наблюдалось восстановления перистальтического сокращения, как у здоровых лиц.

Заключение. Наблюдаемые изменения показателей манометрии пищевода высокого разрешения могут служить критериями эффективности хирургического лечения. Однако небольшое число пациентов с неудовлетворительным результатом не позволяет статистически достоверно оценить это положение.

ОСОБЕННОСТИ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГЕНОВ ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ HLA У ПАЦИЕНТОВ С АХАЛАЗИЕЙ И В ПОПУЛЯЦИИ

Э.Р. Валитова^{1,2}, А.С. Чегодарь¹, Д.С. Бордин^{1,3,4}, Н.А. Бодунова¹, М.Д. Чанышев⁵, Н.В. Власенко⁵, А.Г. Глущенко^{5,6}, К.Ф. Хафизов⁵

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

²НГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;

³ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет», Тверь, Россия;

⁴ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Россия;

⁵ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора, Москва, Россия;

⁶ФГАОУ ВО «Московский физико-технический институт (национальный исследовательский университет)», Долгопрудный, Россия

Цель. Изучить особенности встречаемости генов системы гистосовместимости у пациентов с ахалазией в сравнении с общей российской популяцией.

Материалы и методы. Проанализированы результаты генетического обследования 140 пациентов, обратившихся в лабораторию функциональной диагностики заболеваний пищевода и желудка. Из них женщин – 75 (55%), мужчин – 65 (46%) в возрасте от 18 до 75 лет. Диагноз ахалазии подтвержден эндоскопически и с помощью 22-канальной водноперфузионной манометрии высокого разрешения на аппарате MMS, Нидерланды. Процедура выполнялась по стандартной методике. Для сравнения взяты образцы крови 332 бессимптомных добровольцев в возрасте от 18 до 74 лет, из них 305 женщин. Для исследования антигенов системы HLA у пациентов с ахалазией использовалась цельная кровь, ДНК выделяли с помощью наборов QIAamp DNA Blood Mini Kit (Qiagen, Германия) в соответствии с рекомендациями производителя.

Результаты. Аллельные варианты HLA-A*02, HLA-B*37, HLA-B*39, HLA-C*5, HLA-C*7, HLA-C*14 and HLA-C*15, HLA-DRβ1*01, HLA-DRβ1*03, HLA-DRβ*08, HLA-DRβ1*13, HLA-DPβ1*06, HLA-DPβ1*11, HLA-DPβ1*05, HLA-DPβ1*15 and HLA-DQβ1*04 HLA-A были выявлены как в группе с ахалазией, так и в группе добровольцев.

Следующие аллельные варианты: HLA-A*66, HLA-B*15, HLA-B*44, HLA-B*52, HLA-C*12, HLA-C*16, HLA-DPβ1*01, HLA-DPβ1*02, HLA-DPβ1*23, DRβ1*11, HLA-DRβ1*14, DQβ1*06 достоверно чаще определялись в группе с ахалазией, чем в группе здоровых добровольцев.

Аллельные варианты HLA-A*11, HLA-A*23, HLA-A*25, HLA-A*26, HLA-B*7, HLA-B*57, HLA-C*3, HLA-C*06, HLA-DPβ1*03, HLA-DPβ1*13, HLA-DPβ1*17, DRβ1*13, HLA-DRβ1*15 недостоверно чаще выявляли у пациентов с ахалазией, чем в группе бессимптомных добровольцев.

Заключение. Выявление некоторых аллельных вариантов в обеих группах свидетельствует об особенностях распространенности генов гистосовместимости в российской популяции. Наличие определенных аллельных вариантов генов гистосовместимости у пациентов с ахалазией может служить прогностическим фактором или характеризовать тот или иной тип ахалазии.

ЧАСТОТА ЭРОЗИВНОГО ЭЗОФАГИТА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ

Э.Р. Валитова^{1,2}, И.С. Канищев¹, Д.С. Бордин^{1,3,4}, О.И. Березина¹, К.В. Шишин¹

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

²НГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;

³ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет», Тверь, Россия;

⁴ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Наиболее эффективным методом лечения ахалазии является хирургический, при котором рассекают

циркулярные мышцы пищевода в его кардиальной части или почти на всем протяжении (кардиомиотомия и пероральная эндоскопическая миотомия – ПОЭМ).

Цель. Оценка эндоскопических изменений после проведенной миотомии.

Материалы и методы. Обследованы 120 пациентов в возрасте от 18 до 84 лет с ахалазией. Всем пациентам проведены эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), манометрия пищевода высокого разрешения на аппарате Solar™ GI (MMS/Laborie, Netherland). Диагноз типа ахалазии осуществлялся согласно Чикагской классификации, версия 4,0. Группа 1 (с ахалазией типа I – 32 пациента), группа 2 (с ахалазией II типа – 75 человек) и группа 3 (с ахалазией типа III – 13 человек). ЭГДС проводилась до лечения, через 6 мес, 1 год и 2 года после лечения.

Результаты. До лечения у 4 пациентов выявляли эрозивный эзофагит (ЭЭ) степени А по Лос-Анджелесской классификации и у 2 – степень Д. Через полгода после лечения ЭЭ обнаружен у 13,3% пациентов, через 1 год – у 9,1% пациентов, через 2 года – 6,7% человек. В группе 1 через 6 мес ЭЭ степени А и В выявили у 5 (15,6%) пациентов, при этом кардиомиотомия проведена у двоих, а ПОЭМ – у троих. Через 1 год после лечения ЭЭ степени А и В определяли у 3 (9,4%) человек. Через 2 года ЭЭ выявляли у тех же 3 (9,4%) пациентов.

В группе 2 ЭЭ диагностирован у 10 (13,3%) пациентов через полгода после лечения. Через 1 год после ПОЭМ у 7 пациентов выявлен ЭЭ (9,3%), при этом у троих из них – повторно. Через 2 года после хирургического лечения ЭЭ обнаруживался у 4 (5,3%) пациентов.

В группе 3 ЭЭ выявляли у 1 (7,7%) пациента через полгода после ПОЭМ, у этого же пациента ЭЭ выявлялся через 1 и 2 года после лечения. Пациент принимал ингибиторы протонной помпы курсами до 2 мес.

Заключение. ЭЭ в результате хирургического лечения ахалазии возникает у 13,3% пациентов, причем чаще у пациентов с I типом ахалазии. Повторное выявление ЭЭ требует пересмотра консервативной терапии.

ВЛИЯНИЕ СТАНДАРТНОЙ АНТИСЕКРЕТОРНОЙ ТЕРАПИИ НА СРОКИ ЭПИТЕЛИЗАЦИИ ЭРОЗИЙ В ПИЩЕВОДЕ У БОЛЬНЫХ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Л.А. Любская, А.Э. Бабикина, В.А. Морозова
ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет», Тверь, Россия

Цель. Изучить и оценить сроки эпителизации эрозий пищевода по данным эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) разных возрастных групп на фоне стандартной антисекреторной терапии в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. Проанализированы в динамике протоколы ЭГДС 70 пациентов с установленным диагнозом ГЭРБ в форме эрозивного рефлюкс-эзофагита, которые получали терапию ингибиторами протонной помпы (ИПП) в стандартных дозах. Основную группу составили 40 пациентов в возрасте до 60 лет включительно (средний возраст 38,5±5,4 года), группу сравнения – 30 пациентов старше 60 лет (средний возраст 72±6,4 года). Полученные результаты подвергались анализу при помощи стандартных методов параметрической и непараметрической статистики с использованием Excel Microsoft Office.

Результаты. При контрольной ЭГДС через 8 нед от начала терапии ИПП эпителизация эрозий слизистой оболочки пищевода отмечена у 37 (92,5%) больных основной группы и у 22 (73,3%, $p < 0,05$) больных группы сравнения. При последующей эндоскопии через 28 дней зарегистрировано заживление эрозий пищевода у всех 3 больных в возрасте до 60 лет (7,5%), а также у 6 (20%, $p < 0,05$) больных пожилого возраста, получавших стандартную антисекреторную

терапию. Через 4 нед после последней контрольной эндоскопии у оставшихся 2 (6,7%) пациентов из группы сравнения достигнута полная эпителизация эрозий пищевода.

Заключение. Отмечено увеличение сроков эпителизации эрозий пищевода у пожилых больных в сравнении с лицами моложе 60 лет на фоне основного курса терапии стандартными дозами ИПП.

ДИАГНОСТИКА, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ ХЕЛИКОБАКТЕРНОГО ГАСТРИТА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А.Г. Кононова, С.В. Щелоченков, Е.Е. Богатырева, Е.Е. Суркова
ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, Тверь, Россия

Цель. Определить методы диагностики гастрита, ассоциированного с *Helicobacter pylori*, особенности клинической картины и варианты эрадикационной терапии в реальной клинической практике.

Материалы и методы. Случайным образом отобраны 54 амбулаторные карты пациентов, которым впервые рекомендована эрадикационная терапия *H. pylori* (мужчин – 8, женщин – 36, возраст 48±6,2 года).

Результаты. Всего 92,4% больных имели жалобы со стороны гастроинтестинального тракта. Чаще отмечались жалобы диспептического характера (боли и дискомфорт в эпигастрии, жжение, переполнение в подложечной области – 25,9%, отрыжка – 18,3%), реже – другие симптомы (изжога, чувство «кома» в горле, тошнота, дискомфорт в мезогастрии, нарушения стула). Жалобы отсутствовали у 7,6% больных. Диагностика инфекции *H. pylori* проводилась с помощью цитологического теста (42,6%), антител в сыворотке крови (22,2%), быстрого уреазного теста (20,4%), C13-уреазного дыхательного теста (7,4%), антигена *H. pylori* (3,7%) или методом полимеразной цепной реакции (3,7%) в стуле. В соответствии со стратегией «test-and-treat» всем пациентам рекомендована эрадикационная терапия инфекции *H. pylori*. Длительность ее составила 14 дней (96,3%), реже – 10 дней (3,7%). Чаще использовался рабепразол (88,7%), другие ингибиторы протонной помпы назначались реже: эзомепразол (7,6%), пантопразол (3,7%). Классическая тройная терапия с амоксициллином и кларитромицином, усиленная висмута трикалиями дидцитратом, рекомендована 96,3%, квадротерапия с метронидазолом и тетрациклином – 1,85%. В качестве стартовой терапии инфекции *H. pylori* у одного пациента выбрана терапия с левофлоксацином и амоксициллином. Пробиотики назначались в 96,3% случаев.

Заключение. Врачи в целом выполняют клинические рекомендации при назначении эрадикационной терапии инфекции *H. pylori*. Вместе с тем существует необходимость повышения приверженности специалистов соблюдению протоколов диагностики и лечения хронического хеликобактерного гастрита.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ АНТИТЕЛ К ФАКТОРУ ПАТОГЕННОСТИ CagA HELICOBACTER PYLORI У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ ПО 13С-УДТ В Г. МОСКВЕ

Е.С. Кузнецова¹, К.А. Никольская^{1,2}, М.В. Чеботарева^{1,2}, И.Н. Войнован¹, Е.Е. Стаувер¹, Н.А. Неясова¹, А.Ю. Спасёнов¹, А.С. Дорофеев¹, Д.С. Бордин^{1,3,4}

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

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

³ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Россия;

⁴ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, Тверь, Россия

Введение. Инфекция *Helicobacter pylori* широко распространена в мире и, по современным данным, поражает около 41% населения Земли. *H. pylori* у всех пациентов приводит к развитию хронического гастрита, является причиной язвенной болезни, рака желудка и MALT-лимфомы. Исходы инфекции *H. pylori* зависят от особенностей как макроорганизма, так и самого патогена. Известно, что *H. pylori* обладает различными факторами патогенности, которые повышают риск развития атрофического гастрита и рака желудка. Одним из наиболее значимых факторов патогенности является CagA-антиген.

Цель. Изучить распространенность выявления суммарных антител к фактору патогенности CagA *H. pylori* у пациентов с положительным результатом 13С-УДТ в московской популяции.

Материалы и методы. В ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» обследованы 712 пациентов (208 мужчин и 504 женщины) с положительным результатом по 13С-УДТ (DOV более 4%) в возрасте от 18 до 80 лет, средний возраст пациентов 47,90±14,11 года. Все пациенты включены в исследование распространенности инфекции *H. pylori* у жителей Москвы (Грант АНО «Московский центр инновационных технологий в здравоохранении», соглашение №0903-1/22 от 21 марта 2022 г.). Им проведено серологическое исследование суммарных антител к CagA-антигену *H. pylori* (АО «Вектор-Бест», Россия), норма <0,41 у.е.

Результаты. Среди 712 пациентов с положительным результатом по 13С-УДТ антитела к фактору патогенности CagA *H. pylori* выявлены у 419 (58,85%), среднее значение уровня антител у CagA+ пациентов составило 2,042±0,808 у.е. Среди мужчин и женщин распространенность антител к CagA выявлена с одинаковой частотой: 59,13% (123 из 208) – у мужчин, 58,73% (296 из 504) – среди женщин. Средний уровень антител у CagA+ пациентов составил: у мужчин – 1,803±0,789 у.е., у женщин – 2,141±0,796 у.е.

Заключение. Данное исследование показывает высокую распространенность выявления суммарных антител к фактору патогенности CagA, что свидетельствует о высокой значимости диагностики и лечения инфекции *H. pylori*.

СВЯЗЬ НАЛИЧИЯ АНТИТЕЛ К CagA-АНТИГЕНУ *HELICOBACTER PYLORI* И СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ПО СИСТЕМЕ OLGA

Е.С. Кузнецова¹, К.А. Никольская^{1,2}, М.В. Чеботарева^{1,2}, И.Н. Войнован¹, Е.Е. Стаувер¹, Н.А. Неясова¹, А.С. Дорофеев¹, А.Ю. Спасёнов¹, С.Г. Хомерики¹, Д.С. Бордин^{1,3,4}

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

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

³ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Россия;

⁴ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, Тверь, Россия

Введение. Инфекция *Helicobacter pylori* у всех пациентов приводит к развитию гастрита, однако на развитие атрофического гастрита и степени его выраженности влияет как продолжительность хеликобактерной инфекции, так и, вероятно, наличие факторов патогенности *H. pylori*. Одним из наиболее изученных факторов патогенности *H. pylori* является CagA-антиген.

Цель. Определить влияние наличия антител к фактору патогенности CagA *H. pylori* на развитие атрофического гастрита.

Материалы и методы. Обследован 221 пациент (69 мужчин и 152 женщины), *H. pylori*-положительный статус которых был подтвержден 13С-уреазным дыхательным тестом (13С-УДТ). Средний возраст больных составил 49,80±13,66 года (от 20 до 73 лет). Всем пациентам проведена эзофагогастродуоденоскопия с биопсией и морфологическим исследованием по системе OLGA и определено наличие суммарных антител к фактору патогенности CagA (АО «Вектор-Бест», Россия; положительный уровень >0,41 у.е.). На основании оценки стадии гастрита по системе OLGA пациенты разделены на 5 групп (от 0 до IV стадии). Средний возраст пациентов в группах составил 43,33, 46,52, 53,87, 56,76 и 56,86 года соответственно.

Результаты (табл. 1). Антитела к CagA выявлены у 127 из 221 пациентов (57,47%). Доля CagA-положительных пациентов нарастает по мере повышения стадии атрофии по OLGA, коэффициент корреляции Кендалла 0,247 (p -value <0,01). Отмечается тенденция к увеличению среднего возраста пациентов в группах от 0 до IV стадии атрофии по OLGA, коэффициент корреляции Кендалла 0,282 (p -value <0,01). Однако пациенты со II, III и IV стадией атрофии по OLGA сопоставимы по возрасту, при этом доля CagA-положительных пациентов достигла максимума при IV стадии атрофии – 85,7%.

Таблица 1. Результаты проведенного исследования у пациентов с позитивным статусом *H. pylori* по 13С-УДТ

Стадия атрофии по OLGA	Число пациентов	Средний возраст, лет	Доля пациентов с CagA+, %	Средний уровень антител у CagA+ пациентов, у.е.
0	52	43,33±12,94	30,77 (16 из 52)	2,029±0,808
I	62	46,52±13,40	56,45 (35 из 62)	1,925±0,846
II	71	53,87±13,47	76,05 (54 из 71)	2,01±0,827
III	29	56,76±9,78	55,17 (16 из 29)	1,65±0,664
IV	7	56,86±8,27	85,7 (6 из 7)	1,355±0,549

Заключение. Выявлена положительная взаимосвязь между наличием антител к фактору патогенности CagA и стадией атрофии по OLGA у пациентов с *H. Pylori*-ассоциированным гастритом независимо от возраста пациентов.

Патология поджелудочной железы

ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ПОДВЕДОМСТВЕННЫХ УД ПРЕЗИДЕНТА РФ

И.О. Иваников^{1,2}, Н.Н. Виноградова¹, М.Е. Жарова², О.П. Крашенков¹, Д.Е. Черепанов¹, Е.Е. Шохина¹, Д.Н. Федоров¹, Ю.Д. Лукин¹, М.М. Сапунов¹, Д.П. Ананьев¹
¹ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» Управления делами Президента РФ, Москва, Россия;

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

Рак поджелудочной железы (РПЖ) – одно из самых агрессивных злокачественных новообразований с 5-летней выживаемостью 11%. Из-за позднего проявления симптомов его часто диагностируют на поздних стадиях, когда радикальное лечение уже невозможно. По данным GLOBOCAN 2022, РПЖ занимает 12-е место по заболеваемости и 6-е по смертности. В России заболеваемость составляет 3,5% у мужчин и 3,1% у женщин, а смертность – 6,6 и 7,8% соответственно. Статистика по России показывает, что смертность от РПЖ превышает заболеваемость, что свидетельствует о поздней диагностике. РПЖ может также возникать как вторая опухоль при первично-множественных формах рака (ПМФ).

Цель. Изучить частоту диагностики РПЖ в медицинских организациях УДП РФ за период 2000–2023 гг., включая случаи ПМФ.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ данных 701 пациента с впервые выявленным РПЖ в медицинских организациях УДП РФ за 2000–2023 гг. Анализировались показатели заболеваемости, смертности и случаи посмертной диагностики заболевания. Выделена группа пациентов с ПМФ.

Результаты. Из 701 пациента, среди которых 93 (53%) – мужчины и 83 (47%) – женщины, у 176 (25%) ранее были диагностированы злокачественные новообразования. Грубые показатели заболеваемости и смертности составили 31,5 и 18,6 на 100 тыс. населения, а индекс смертность/заболеваемость (0,6) указывает на то, что смертность значительно ниже заболеваемости. Стандартизованные показатели (7,7 и 4,1) подтверждают, что смертность составляет 1/2 от заболеваемости.

У 74% пациентов с ПМФ выявлена вторая опухоль, у 17% – третья и у 9% – четыре и более опухолей. У мужчин РПЖ часто развивался после рака предстательной железы (31 случай), кожи (27) и желудочно-кишечного тракта (23). У женщин РПЖ выявлялся после рака молочной железы (29 случаев), кожи (24) и новообразований женских половых органов (10).

Диагноз РПЖ на секции был установлен только у одного пациента.

Заключение. Анализ данных о заболеваемости и смертности от РПЖ в медицинских организациях УДП РФ за 3 года показал высокое качество медицинской помощи и своевременной диагностики заболевания.

ДУОДЕНАЛЬНАЯ АСПИРАЦИОННАЯ БИОПСИЯ (ДАБ) В ДИАГНОСТИКЕ КИСТОЗНЫХ НЕОПЛАЗИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.А. Кашинцев, Н.Ю. Коханенко, К.В. Павелец, Д.С. Русанов, М.В. Антипова, М.В. Антипова, О.Г. Вавилова
 ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», Санкт-Петербург, Россия

Введение. Эндоскопическая ультразвуковая диагностика с тонкоигольной биопсией (ЭУС) является стандартом для диагностики кистозных неоплазий поджелудочной железы

(КНПЖ), но неоднозначность заключений и осложнения определяют нерешенность проблемы верификации.

Материалы и методы. Разработан метод забора смеси панкреатического сока и желчи дуоденальной аспирационной биопсией (ДАБ), позволяющий проведение цитологического и молекулярного анализа аспириата, выполнение которого осуществляется в амбулаторных условиях. Проведено исследование, при котором перед проведением ЭУС выполнялась ДАБ с определением ракового эмбрионального антигена (>190 нг/мл) и цитологическим анализом.

Результаты. У 12 пациентов с КНПЖ уровень ракового эмбрионального антигена позволил выбрать тактику лечения, в результате чего в 2 случаях были проведены резекционные вмешательства и выявлен ранний рак, 2 пациентам удалось установить хронический панкреатит и отказаться от радикальной операции, а в 8 случаях было обосновано проводить наблюдение.

Заключение. Диагностика КНПЖ – сложная задача, и ДАБ позволит улучшить ведение этих пациентов путем догоспитальной верификации.

ОКОНЧАТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВОЗМОЖНОСТЕЙ НЕИНВАЗИВНОЙ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ФИБРОЗА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

И.Е. Хатьков^{1,2}, Д.С. Бордин¹⁻³, К.А. Лесько¹, Е.А. Дубцова¹, Н.С. Карнаухов¹, Н.В. Макаренко¹, И.В. Савина¹, М.А. Кирюкова¹, Д.А. Салимгереева¹, Л.В. Винокурова¹

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

²ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Россия;

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

Цель. Определить возможности неинвазивной оценки выраженности фиброза поджелудочной железы (ПЖ) с помощью постобработки результатов мультиспиральной компьютерной томографии (КТ) и измерения концентрации потенциальных биомаркеров фиброза.

Материалы и методы. Представлены первые результаты исследования в рамках реализации научно-практического проекта в сфере медицины «Оценка степени фиброза поджелудочной железы как фактора прогноза течения ее патологии» (соглашение №2412-21/22 от 21.03.2022). В исследование включены 165 пациентов в возрасте 57,91±13,5 года, с хроническим панкреатитом и образованиями ПЖ, подвергшихся хирургическому лечению с апреля 2022 по февраль 2024 г. Всем им проведена КТ с внутривенным контрастированием и измерена концентрация потенциальных биомаркеров фиброза. Морфологически оценена степень панкреатического фиброза (ПФ) по Klöppel и Maillot.

Результаты. Средние значения показателей постобработки результатов КТ и уровней биомаркеров сравнивались в группах, разделенных по степени ПФ. Среднее значение коэффициента контрастирования при КТ оказалось значимо выше ($p=0,001$) у пациентов с выраженной степенью ПФ (1,16±0,65 Ед. X), чем у пациентов со слабой степенью ПФ (0,78±0,31 Ед. X). Обнаружен значимо ($p=0,029$) пониженный уровень фибронектина у пациентов с выраженной степенью ПФ (74,9±32,8 мкг/мл) по сравнению с группой пациентов со слабой степенью ПФ (110,7±72,7 мкг/мл).

Заключение. При выраженной степени ПФ концентрация фибронектина в сыворотке крови ниже, а значение коэффициента соотношения контрастирования выше, чем при легкой степени ПФ. Таким образом, обнаружена взаимосвязь данных КТ и уровня фибронектина с морфологическими признаками ПФ.

Патология желчного пузыря и желчных путей

БЕССИМПТОМНОЕ КАМНЕНОСИТЕЛЬСТВО: КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Т.Е. Джулай, А.Д. Бахметьева
ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, Тверь, Россия

Цель. Выделить основные клинико-патогенетические особенности бессимптомного камненосительства (БК).

Материалы и методы. Из 72 пациентов (средний возраст 51 год) с БК женщин – 77,8%, мужчин – 22,2%. Наследственность по желчнокаменной болезни отягощена у 22,4% больных, 93,8% из них – женщины; избыточная масса тела выявлена у 33,4%, злоупотребление калорийной пищей – у 13,9%, длительный прием эстроген-содержащих лекарств – у 10,6%.

Результаты. Ранжирование жалоб по частоте: изжога (32,2%), диарея (11,2%), запор (21,0%), горечь во рту (25,2%), дискомфорт в правом подреберье (22,4%), тяжесть в эпигастрии (18,2%), отрыжка (21,0%), тошнота (19,6%), метеоризм (21,0%), кислый привкус (8,4%), снижение аппетита и кожный зуд (по 4,2%). Жалобы отсутствовали только у 4,2% пациентов. Симптомы диспепсии возникли впервые у 32,7% больных, менее 5 лет назад – у 40,0%, в течение 5–10 лет – 14,6%, свыше 10 лет – 12,7%.

Обложенность языка обнаружена у 71% пациентов, пальпаторная болезненность в эпигастрии, правом подреберье, зоне пупка – у 36,1%. Один конкремент в полости желчного пузыря по данным ультразвукового исследования обнаружен у 33,4%, 2 – у 16,6%, 3 и более – у 27,8%, «отключенный» желчный пузырь – у 8,3%, билиарный сладж – у 13,9%. Камни диаметром менее 5 мм определены в 22,2% наблюдений, 6–10 мм – 19,4%, 10–15 мм – 30,6%, свыше 15 мм – 27,8%.

Сопутствующие болезни желудочно-кишечного тракта имелись у 29,2% пациентов: хронический гастродуоденит (25,0%), холецистит (13,9%), панкреатит (48,6%), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (18,1%), грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (7,0%), недостаточность кардии (8,3%), метаболически ассоциированная жировая болезнь печени (20,8%).

Заключение. БК без абдоминальных болей протекало с диспептическими жалобами и дискомфортом в правом подреберье независимо от числа и размеров камней. У 1/3 пациентов имелась избыточная масса тела/ожирение, у каждого 5-го – отягощенная наследственность по желчнокаменной болезни. БК требуется активно исключать у лиц с наследственной предрасположенностью, нарушениями нутритивного статуса, лечением эстроген-содержащими препаратами путем динамической инструментальной визуализации билиарного тракта.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, СОЧЕТАННЫМ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Г.В. Мякоткина
ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки» Минздрава России, Луганск, Россия

Введение. Согласно данным клинико-эпидемиологических исследований последних лет одной из ведущих болезней терапевтического профиля в настоящее время является хронический некалькулезный холецистит (ХНХ). Известно, что у больных с хронической билиарной патологией часто наблюдается развитие хронического панкреатита (ХП), что

обусловлено тесными анатомо-функциональными связями органов пищеварения.

Цель. Изучить влияние метаболически активного препарата на основе янтарной кислоты, инозина, никотинамида и рибофлавина (ЯКИНР) на показатели перекисного окисления липидов (ПОЛ) у больных ХНХ, сочетанным с ХП.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 2 группы больных ХНХ, сочетанным с ХП: основная (49 больных) и сопоставления (46 человек), получавших общепринятое лечение. Пациентам основной группы дополнительно назначали препарат на основе ЯКИНР по 1–2 таблетки 2–3 раза в день в течение 25 сут. У всех больных помимо общепринятого обследования изучали содержание продуктов ПОЛ: промежуточных – диеновых конъюгатов (ДК) и конечного – малонового диальдегида (МДА).

Результаты. До начала лечения у больных ХНХ, сочетанным с ХП, отмечалось повышение активности процессов ПОЛ, которое характеризовалось увеличением содержания в крови уровня МДА (в основной группе – в среднем в 2,3 раза по отношению к норме, в группе сопоставления – в 2,2 раза) и концентрации ДК – соответственно в 1,94 и 1,9 раза. Установлено положительное влияние препарата на основе ЯКИНР на показатели метаболического гомеостаза, что заключалось в нормализации содержания МДА и ДК в сыворотке крови. В группе сопоставления на момент завершения курса лечения уровень МДА оставался выше нормы в среднем в 1,52 раза, ДК – в 1,33 раза.

Заключение. Исходя из полученных данных, можно считать, что включение метаболически активного препарата на основе ЯКИНР в комплексную терапию больных ХНХ, сочетанным с ХП, патогенетически обосновано и клинически перспективно.

ТАКТИКА ТЕРАПЕВТА ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ: ДО И ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

И.Ю. Колесникова, М.В. Медведева
ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, Тверь, Россия

Цель. Сопоставить клиническую симптоматику и особенности лечения больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) до и после холецистэктомии.

Материалы и методы. Обследован 141 пациент, направленный к гастроэнтерологу терапевтом, с анализом жалоб, анамнеза, объективного статуса. Больные разделены на 2 группы: в 1-ю группу (ЖКБ) вошли 72 человека (мужчин – 19, женщин – 53, медиана возраста 56 лет); во 2-ю группу (постхолецистэктомического синдрома – ПХЭС) – 69 человек (мужчин – 11, женщин – 58, медиана возраста 64 года). Длительность ЖКБ в 1-й группе менее 1 года у 39 (54,2%) человек, 1–5 лет – у 18 (25,0%) пациентов, свыше 5 лет – у 15 (20,8%). В 1-й группе 24 (33,3%) пациентам предлагалось оперативное лечение.

Результаты. В 1-й группе выраженный болевой синдром отмечен у 66 человек, при этом у 31 (43,1%) пациента – в форме желчной колики, а во 2-й – у 47 пациентов ($p\chi^2 < 0,05$). Вздутие живота выявлено у 16 (22,2%) пациентов из 1-й группы и 30 (43,5%) пациентов из 2-й группы ($p\chi^2 < 0,05$). Потерю массы тела более 5 кг за полгода отметили 2 (2,8%) пациента 1-й группы и 12 (17,4%) – 2-й группы ($p\chi^2 < 0,05$). Сопутствующая патология (ожирение, артериальная гипертензия, сахарный диабет) почти вдвое чаще отмечалась в 1-й группе. Крайне редко пациентам 2-й группы назначался анализ кала на панкреатическую эластазу, а также водородный дыхательный тест. В качестве лечения в обеих группах чаще всего рекомендовались спазмолитики, соответственно 32 (44,4%) и 46 (66,7%) больным

($p\chi^2 < 0,05$). Антибактериальные препараты получали 7 (9,7%) больных 1-й и 28 (40,6%) пациентов 2-й группы ($p\chi^2 < 0,05$). Микрогранулированный панкреатин назначен 11 (15,3%) пациентам 1-й группы и 21 (30,4%) – 2-й группы ($p\chi^2 < 0,05$).

Заключение. Несмотря на длительный срок наблюдения и болевой синдром, пациентам с ЖКБ зачастую не рекомендуется оперативное лечение, больным, перенесшим холецистэктомию, не назначается исследование экзокринной функции поджелудочной железы, синдрома избыточного бактериального роста, хотя достаточно часто эмпирически назначается заместительная ферментная терапия и антибиотики.

БАЗА МЕДИЦИНСКИХ ДАННЫХ ДЛЯ ОЦЕНКИ ДИНАМИКИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЕЙ ПО ПОВОДУ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

А.А. Литвинов¹, Н.В. Литвинова¹, М.Ф. Осипенко¹, Н.Л. Шайде²

¹ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Новосибирск, Россия;

²ГБУЗ Новосибирской области «Городская клиническая больница №12», Новосибирск, Россия

Цель. Разработать веб-приложение для организации прохождения электронного медицинского диагностического опроса пациентами с желчнокаменной болезнью после холецистэктомии (ХЭ).

Материалы и методы. Анализ баз медицинских данных (БД), их описание, сравнение на основе отзывов и опыта

использования. Разработка веб-приложения произведена на языке Java в среде разработки IntelliJ IDEA. Для управления БД использовался PostgreSQL 16. Объем данных, обрабатываемых приложением, будет увеличиваться в течение времени, это позволит получить большую описательную БД. Получаемые приложением данные содержат информацию о пациентах, которые: имеют желчнокаменную болезнь, находятся в определенном состоянии здоровья или заболевания, получают/получили определенное лечение.

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.

Патология печени

ВЛИЯНИЕ ВЫСОКОКАЛОРИЙНОЙ ДИЕТЫ НА МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПЕЧЕНИ САМЦОВ И САМОК КРЫС

Т.Е. Кузнецова, А.А. Басалай, Т.А. Митюкова
ГНУ «Институт физиологии Национальной академии наук Беларуси», Минск, Республика Беларусь

Введение. Неалкогольная жировая болезнь печени – одно из распространенных последствий ожирения, однако состояние гепатоцитов при этой патологии недостаточно изучено.

Цель. Провести морфологическое исследование печени у самцов и самок крыс при диет-индуцированном висцеральном ожирении.

Материалы и методы. Эксперименты проводились на половозрелых самцах и самках крыс Вистар с соблюдением правил биоэтики. Контрольные группы животных получали стандартный рацион вивария – СтД (самцы «СтД» n=13, самки «СтД» n=14), а опытные группы – высококалорийную диету – ВКД (самцы «ВКД» n=14, самки «ВКД» n=13) в течение 16 нед. Для морфологического анализа использовали серийные срезы правой доли печени, окрашенные Суданом III для визуализации липидов. Исследование микропрепаратов проводили с помощью светового микроскопа «Альтамы LUM-1». Статистическую обработку данных осуществляли в программе Statistica 12.0.

Результаты. У всех крыс, получавших ВКД, выявлено висцеральное ожирение, при этом у самцов зарегистрировано увеличение массы печени на 30% по сравнению с контролем, а у крыс-самок масса органа существенно не изменялась. При морфологическом анализе гистологических препаратов печени обнаружена жировая инфильтрация органа с образованием жировых кист и частичной гибелью гепатоцитов как у самцов, так и у самок крыс, получавших ВКД. Содержание липидов в ткани печени у самцов группы «ВКД» составило 32%, а у самок «ВКД» – 14%, что статистически значимо превышало контрольный уровень (самцы «СтД» – 7%, а самки «СтД» – 1% липидов в ткани печени). Процентное содержание липидов в печени при ВКД у самцов было в 2 раза выше, чем у самок, что, по-видимому, обуславливает гепатомегалию у самцов.

Заключение. Диет-индуцированное висцеральное ожирение у крыс-самцов приводит к гепатомегалии, накоплению липидов и частичной гибели гепатоцитов. У самок крыс регистрируются аналогичные сдвиги, но с меньшим процентным содержанием липидов и без увеличения массы органа.

МЕХАНИЗМ ОБРАЗОВАНИЯ АНТИМИТОХОНДРИАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ ПРИ ПЕРВИЧНОМ БИЛИАРНОМ ХОЛАНГИТЕ

В.И. Решетняк, И.В. Маев
ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Определение механизма развития антимитохондриальных антител (АМА) при первичном билиарном холангите (ПБХ).

Материалы и методы. Анализ собственных данных и научных публикаций.

Результаты. Наличие АМА в плазме крови больных ПБХ является патогномичным признаком заболевания. АМА образуются к дигидролипоилтрансацилазе пируватдегидрогеназного комплекса (Е2 ПДГ), расположенного на внутренней мембране митохондрий. Причины и механизм образования АМА неизвестны. Считается, что при ПБХ происходят нарушения в иммунной системе, сопровождающиеся изменением ее толерантности к Е2 ПДГ. В ответ

вырабатываются АМА, приводящие к иммуноопосредованному повреждению мелких холангиоцитов, разрушению мелких внутриспеченочных желчных протоков, развитию дуктулопении. Отсутствуют доказательства повреждающего действия АМА на холангиоциты. Кроме того, изменение толерантности иммунной системы к высококонсервативному Е2 ПДГ должно сопровождаться развитием клинических проявлений системного характера. Однако при ПБХ изменения ограничены локальным повреждением холангиоцитов мелких внутриспеченочных желчных протоков.

Предлагается механизм образования АМА, устраняющий это противоречие. При ПБХ уменьшается выработка бикарбоната (HCO_3^-) холангиоцитами. Происходит закисление рН внутрипротоковой желчи, что сопровождается поступлением и накоплением желчных кислот в мелких холангиоцитах. Происходит сольбилизация желчными кислотами фосфолипидов и холестерина с мембран, включая мембраны митохондрий, что сопровождается их деградацией, высвобождением и деградацией ПДГ. Наличие липоевой кислоты в Е2 ПДГ приводит к ее взаимодействию с желчными кислотами, изменению конформационной структуры липоильного домена, что сопровождается приобретением неоантигенных свойств Е2 ПДГ. Презентация лимфоцитами иммуномодифицированного Е2 ПДГ сопровождается стимулированием субпопуляции Т-клеток и специфическим продуцированием АМА.

Заключение. Представленный механизм образования АМА указывает на изменение иммунологических свойств Е2 ПДГ антигена и исключает дисфункцию иммунной системы при ПБХ.

ВЛИЯНИЕ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ТЕЧЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ ВАРИАНТАМИ ГЕНА *PNPLA3*

А.Ю. Ищенко¹, М.Ю. Галушко¹, И.Г. Бакулин²
¹Медицинский центр «МедЭлит», Москва, Россия;
²ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Кардиометаболические факторы риска (КМФР) и полиморфизм в гене *PNPLA3* оказывают влияние на течение метаболически ассоциированной жировой болезни печени (МАЗБП).

Цель. Оценить и сравнить влияние отдельных КМФР и их количества на выраженность стеатоза и наличие вероятного метаболически ассоциированного стеатогепатита (МАСГ) в зависимости от варианта гена *PNPLA3*.

Материалы и методы. Включены 88 пациентов с МАЗБП, 55 (62,5%) – мужчины. По результатам генетического тестирования выявлено следующее: 41 человек (группа «С») – носители СС (гомозиготы с нормальными аллелями), 47 человек (группа «G») – носители мутантного аллеля G (CG – 31 человек и GG – 16 человек). Проанализированы результаты стеатометрии печени, лабораторных и антропометрических показателей. Статистический анализ: критерий ранговой корреляции Спирмена rs, χ^2 -критерий Пирсона, отношение шансов, относительный риск.

Результаты. В группе «С» выявлена достоверная взаимосвязь ($p < 0,05$ для χ^2 , нижняя граница 95% доверительного интервала для $\text{ОШ} \geq 1,0$) выраженности стеатоза, с одной стороны, с количеством КМФР ($rs = 0,33$, $\chi^2 = 9,87$), индексом массы тела (ИМТ), гликемией, НОМА-индексом, показателями липидограммы и мочевой кислотой (МК), – с другой; а также вероятного МАСГ, с одной стороны, – с количеством КМФР

($\chi^2=6,89$, ОШ 12,1, ОР 6,7), ИМТ, гликемией, НОМА-индексом, ЛПВП, МК, – с другой. В группе «G» абдоминальное ожирение взаимосвязано с выраженностью стеатоза ($rs=0,37$, $\chi^2=5,41$) и вероятным МАСГ ($rs=0,34$, $\chi^2=4,56$), достоверной связи с другими показателями не обнаружено.

Заключение. КМФР по-разному влияют на течение МАЖБП в зависимости от генотипа *PNPLA3*. Для носителей дикого аллеля (генотип CC) доказано прямое влияние известных КМФР и их количества на риск неблагоприятного течения МАЖБП. У носителей аллеля G (генотипы CG и GG) такого влияния нет, из изученных факторов играет роль наличие абдоминального ожирения.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Н.А. Хохлачева, Г.С. Ким, Е.В. Сучкова

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

Цель. Разработка прогностической модели для выделения пациентов группы риска по развитию неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП).

Материалы и методы. Обследованы 120 пациентов с НАЖБП, среди них 68 женщин и 52 мужчины в возрасте от 18 до 73 лет. В верификации диагноза, помимо общеклинических исследований, использованы результаты ультразвукового исследования печени. Контрольную группу составили 60 практически здоровых лиц в возрасте от 20 до 50 лет. Всем пациентам проводилась биоимпедансометрия, в крови определяли уровень ферментов, липидов, белков, общего билирубина и С-реактивного белка.

В качестве модели выбрана логистическая регрессия с использованием «Elasticnet»-регуляризации.

Результаты. Для выбора наилучших признаков использовался метод рекурсивного исключения признаков (RFE), автоматически исключающий факторы, оказывающие незначительное влияние на логит-преобразование, оставляя только значимые ($p<0,001$), ранжируя признаки в соответствии с их вкладом в модель. RFE сузил список наиболее значимых признаков до следующих: пол, аспаратаминотрансфераза, γ -глутамилтрансфераза, липопротеины высокой плотности, триглицериды, билирубин общий, С-реактивный белок. Значения этих показателей используются в формуле определения логит-преобразования $\text{Logit}(P)$, которое преобразуется в вероятность (P) с помощью функции логистической регрессии: $P=1/1+e^{-\text{Logit}(P)}$, где e – основание натурального логарифма (2,718). Вероятность (P) будет находиться в диапазоне от 0 до 1, чем ближе к 1, тем выше вероятность развития НАЖБП.

Модель была оценена с использованием перекрестной проверки и тестовой выборки. Точность модели по результатам перекрестной проверки составила 85%, тестовой выборки – 89%, что указывает на ее надежность в прогнозировании развития НАЖБП.

Заключение. Медико-социальный эффект внедрения разработанной модели открывает перспективы своевременного выявления пациентов группы риска по развитию НАЖБП для проведения оперативных профилактических мероприятий.

ЗНАЧЕНИЕ АТИПИЧНЫХ ПЕРИНУКЛЕАРНЫХ АНТИНЕЙТРОФИЛЬНЫХ ЦИТОПЛАЗМАТИЧЕСКИХ АНТИТЕЛ В ДИАГНОСТИКЕ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА, ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ХОЛАНГИТА И ПРЕКРЕСТНОГО СИНДРОМА

Е.Н. Александрова, А.С. Дорофеев, 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, Россия

Введение. Антинейтрофильные цитоплазматические антитела (АНЦА) – гетерогенная группа аутоантител, реагирующих с ферментами цитоплазмы нейтрофилов. Таргетными антигенами для атипичных перинуклеарных АНЦА (пАНЦА) служат различные ядерные и цитоплазматические белки нейтрофилов (тубулин бета, гистоновый белок H1, негистоновые белки хроматина HMG-1 и HMG-2, катепсин G, эластаза, лизоцим, лактоферрин, белок, увеличивающий проницаемость – VPI, α -энолаза, каталаза). Атипичные пАНЦА выявляются преимущественно при аутоиммунных заболеваниях печени и воспалительных заболеваниях кишечника.

Цель. Изучить диагностическое значение атипичных пАНЦА при аутоиммунном гепатите (АИГ), первичном билиарном холангите (ПБХ) и прекрестном синдроме (ПС) – АИГ в сочетании с ПБХ.

Материалы и методы. Исследованы сыворотки 118 больных с аутоиммунными заболеваниями печени (51 – АИГ, 19 – ПБХ, 48 – ПС), 30 больных неалкогольной жировой болезнью печени и 30 здоровых доноров. Атипичные пАНЦА определяли методом непрямой иммунофлуоресценции на нейтрофилах человека, фиксированных этанолом и формальдегидом.

Результаты. Выявление атипичных пАНЦА при АИГ, ПБХ и ПС имеет низкую диагностическую чувствительность (13,7–41,7%), высокую диагностическую специфичность (100%) и умеренную диагностическую эффективность (отношение правдоподобия положительного результата теста $>10,0$; отношение правдоподобия отрицательного результата теста 0,58–0,86; площадь под ROC-кривой 0,586–0,655). Атипичные пАНЦА обнаружены в сыворотках у 3,9% больных АИГ, серонегативных по антинуклеарным и антигладкомышечным антителам (АНА и ASMA), 5,3% больных ПБХ, серонегативных по антимитохондриальным антителам (АМА), и 2,1% больных с ПС, серонегативных по АНА, ASMA и АМА.

Заключение. Обнаружение атипичных пАНЦА может служить дополнительным тестом для диагностики АИГ, ПБХ и ПС у больных с отрицательными результатами определения АНА, ASMA и АМА в сыворотке крови.

НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ И СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ

Л.А. Фомина

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

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) – одно из самых распространенных хронических поражений печени, является фактором риска различных патологий. Печень принимает активное участие в состоянии костной ткани.

Цель. Уточнить влияние НАЖБП на состояние костной ткани.

Материалы и методы. В обследование включены 64 женщины с НАЖБП. Исключались прием гепатотоксических доз алкоголя, вирусная и аутоиммунная природа поражения печени. У всех обследованных проводились ультразвуковое исследование брюшной полости, двухэнергетическая рентгенологическая абсорбциметрия (DXA) с определением T-критерия шейки бедра (ШБ) и поясничного отдела позвоночника (ПОП), биохимический анализ крови, уточняющий функциональное состояние печени.

Больные НАЖБП были разделены на 2 группы: пациенты со стеатозом печени (49 женщин) и стеатогепатитом (15 женщин). Контрольную группу составили 15 женщин, не имеющих патологии печени. Группы были сопоставимы по возрасту.

Результаты. При изучении данных DXA получено, что средние показатели T-критерия и в ШБ, и в ПОП в контрольной группе и группе со стеатогепатитом статистически не различались (контрольная группа $-0,52 \pm 0,43$ SD

в ШБ, $-0,78 \pm 0,39$ SD в ПОП, стеатоз печени $-0,77 \pm 0,64$ SD в ШБ и $-0,81 \pm 0,62$ SD в ПОП). У женщин со стеатогепатитом получены иные результаты: $-1,78 \pm 1,01$ SD в ШБ и $-1,64 \pm 0,98$ в ПОП, что достоверно ($p < 0,05$) отличалось от результатов в двух предыдущих группах.

Уточняя состояние костной ткани в группах, установили, что в группе женщин без поражения печени остеопороз (ОП) определялся в 13,3%, остеопения (ОС) – в 20% случаев. В группе женщин со стеатозом печени распространенность ОП и ОС не отличалась от контрольной группы: 14,3 и 20,4% соответственно. У пациентов со стеатогепатитом распространенность ОП была достоверно ($p < 0,05$) выше (35,7% женщин). Остеопения отмечалась в 21,4% случаев.

Заключение. НАЖБП на стадии стеатогепатита является фактором риска нарушения костной ткани.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФИБРОЗА ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ: АССОЦИАЦИИ С КОМОРБИДНОСТЬЮ И ФАКТОРАМИ РИСКА

А.А. Киреева¹, Н.А. Фадеева¹, И.Д. Лоранская²

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

²ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Оценить распространенность фиброза при неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) у пациентов с ожирением после бариатрических операций с использованием шкалы NFS (Nonalcoholic Fatty Liver Disease Fibrosis Score) и изучить ее ассоциации с коморбидностью и факторами риска.

Материалы и методы. В работе использованы данные историй болезни прооперированных пациентов по поводу ожирения (гастрошунтирование) на базе ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» в период с 2023 по 2024 г.: выборки из неорганизованного мужского и женского населения в возрасте 19–67 лет. Включены 100 респондентов, из них 68 женщин и 32 мужчины. У 78% пациентов по данным ультразвукового исследования выявлен стеатоз печени. Для оценки распространенности НАЖБП использовали шкалу NFS, рассчитанную по формуле L. Adams и соавт. (Adams LA, George J, Bugianesi E, et al. Complex non-invasive fibrosis models are more accurate than simple models in non-alcoholic fatty liver disease. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2011;26(10):1536-43). Высокий индекс NFS $\geq 0,676$ считали выраженным фиброзом печени.

Результаты. Высокий индекс NFS $\geq 0,676$ выявлен у 9 человек среди пациентов с ожирением, из них 5 мужчин и 4 женщины. У 7 из 9 человек были признаки стеатоза по данным ультразвукового исследования. Многофакторный анализ ассоциаций высокого индекса NFS у мужчин и женщин показал корреляционную связь с коморбидностью: 7 пациентов имели в анамнезе жизни сахарный диабет 2-го типа и гипертоническую болезнь. Индекс был значимо связан с низкой физической активностью в 100% случаев, однако сильной связи с курением выявлено не было – всего 1 пациент. Также наличие фиброза не имело связи с возрастом: повышение индекса NFS выявлено у пациентов 35–66 лет.

Заключение. Несмотря на наличие ожирения 2–3-й степени и стеатоза печени, пациенты до и после бариатрических операций имеют достаточно невысокие риски формирования значимого фиброза печени (F3–F4). Высокий индекс NFS $\geq 0,676$ наиболее распространен среди мужчин, значимо ассоциируется с коморбидностью, а также имеет выраженную корреляционную связь с низкой физической активностью у мужчин и женщин.

ФАКТОРЫ РИСКА ОСТЕОПОРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ БИЛИАРНЫМ ХОЛАНГИТОМ

А.В. Тимошенко¹, Е.В. Винницкая¹, Е.А. Орлова¹, Т.Н. Кузьмина¹, Т.Ю. Хайменова¹, Е.М. Десяцкова²

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

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

Введение. Остеопороз (ОП) является распространенным осложнением первичного билиарного холангита (ПБХ), однако факторы риска ОП изучены не достаточно.

Цель. Оценить факторы, потенциально влияющие на развитие ОП у пациентов с ПБХ.

Материалы и методы. Обследованы 59 пациентов с ПБХ. В группу с ОП вошли 43 человека, средний возраст составил 63 ± 7 лет, в контрольную группу пациентов без ОП – 16 человек, средний возраст 44 ± 12 лет. Всем пациентам проведена денситометрия, фиброэластометрия, определялось значение фазового угла биоимпеданса, уровень физического благополучия оценивался согласно результатам опросника SF-36. Статистическая обработка данных производилась с помощью IBM SPSS Statistics v.27.0 (США).

Результаты. По наличию ОП пациенты были разделены на 2 группы (гр): гр ОП+ ($n=43$) и ОП- ($n=16$). В гр ОП+ стадия фиброза печени F4 встречалась почти в 8 раз чаще, чем в гр ОП-. Факторы, потенциально влияющие на развитие ОП: возраст ($F=53,84$ при $p < 0,001$), наличие постменопаузы ($F=30,05$ при $p < 0,001$), фазовый угол биоимпеданса ($F=15,48$ при $p < 0,001$) и показатель физического благополучия по результатам опросника SF-36 ($F=11,33$ при $p=0,001$). Относительный риск (ОР) развития ОП значимо возрастает у пациенток $\geq 54,5$ года [$\chi^2=28,15$ при $p < 0,001$, ОР 13,65 (3,43; 54,26)] и имеющих величину фазового угла биоимпеданса $\leq 5,85$ [$\chi^2=6,26$ при $p=0,012$, ОР 2,99 (1,19; 7,53)]. Также повышенный риск развития ОП отмечается в период постменопаузы [$\chi^2=20,37$ при $p < 0,001$, ОР 17,78 (2,51; 126,01)] и при пониженном уровне физического благополучия по SF-36 [$\chi^2=9,79$ при $p=0,002$, ОР 5,91 (1,47; 23,72)].

Заключение. Риск развития ОП среди пациенток с ПБХ старше 54,5 года, имеющих величину фазового угла биоимпеданса меньше 5,85, с пониженным уровнем физического благополучия (согласно результатам опросника SF-36) требует более тщательного подхода к профилактике и лечению ОП.

ПОКАЗАТЕЛИ КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ

К.А. Саламех

ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», Луганск, Россия

Введение. В развитии и прогрессировании неалкогольного стеатогепатита (НАСГ) установлена значимая роль метаболических и иммунологических нарушений, в частности нарушения клеточного звена иммунитета.

Цель. Изучение влияния общепринятого лечения на показатели клеточного звена иммунитета у больных НАСГ.

Материалы и методы. Обследованы 68 пациентов с диагнозом НАСГ в возрасте от 35 до 59 лет, из них 25 (36,7%) мужчин и 43 (63,3%) женщины. Все больные получали общепринятое лечение.

Кроме общеклинических исследований у обследованных больных НАСГ изучали показатели клеточного иммунитета, а именно количество Т-, В-лимфоцитов, субпопуляций Т-хелперов/индукторов и Т-супрессоров/киллеров в цитотоксическом тесте с моноклональными антителами. Функциональная активность Т-лимфоцитов оценивалась

по данным реакции бласттрансформации (РБТЛ) с фитогемагглютинином (ФГА) с ее использованием микрометодом.

Результаты. До начала лечения у обследованных больных кратность снижения количества Т-клеток (CD3+) составляла 1,4 раза ($p < 0,05$) по отношению к норме. Количество CD4+ лимфоцитов (Т-хелперов/индукторов) было снижено в 1,2 раза ($p < 0,05$). Иммунорегуляторный индекс CD4/CD8 снижался в 1,17 раза ($p < 0,05$). Кратность снижения показателя РБТЛ с ФГА составляла 1,71 раза ($p < 0,05$). При повторном изучении иммунологических показателей после проведения общепринятого лечения установлено: количество Т-клеток (CD3+) составляло $55,7 \pm 1,5\%$, что было в 1,24 раза ниже нормы ($p < 0,05$). Содержание Т-хелперов/индукторов (CD4+) составляло $38,3 \pm 1,0\%$, т.е. было в 1,19 раза ниже нормы ($p < 0,05$). Иммунорегуляторный индекс CD4/CD8 после завершения курса лечения составлял $1,87 \pm 0,03$, что в 1,08 раза ниже нормы. Показатель РБТЛ с ФГА оставался ниже нормы в 1,43 раза ($p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о недостаточной эффективности общепринятого лечения больных НАСГ, что требует дальнейшей разработки рациональных методов лечения данной патологии.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НЕИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ФИБРОЗА И СТЕАТОЗА ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Р.М. Брехунец, Д.Т. Дичева
ФГБОУ ВО «Российский университет медицины»
Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Оценка диагностической точности предиктивных индексов стеатоза (FLI, ST) и фиброза печени – ФП (FIB-4, APRI, NFS) по сравнению с транзитной эластометрией (ТЭ) у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

Материалы и методы. В исследование включались пациенты с диагнозом НАЖБП. Всем им выполнена оценка индексов фиброза и стеатоза печени, ТЭ. Сравнение диагностической точности индексов фиброза и стеатоза печени проводилось с ТЭ как с референтным методом. Также проводилась кистевая динамометрия для определения силы хвата рук (СХР).

Результаты. Включены 142 пациента с НАЖБП. Оптимальное пороговое значение для индекса FIB-4 $> 1,94$ для дифференцировки выраженного ФП и цирроза (F3–F4): показатель AUC = 0,643, чувствительность 34,78%, специфичность 90,62. Для индекса APRI оптимальное пороговое значение $> 0,44$ для дифференцировки выраженного ФП и цирроза (F3–F4): показатель AUC = 0,615, чувствительность 54,35%, специфичность 67,71. Для индекса NFS оптимальное пороговое значение $> 26,38$ для дифференцировки выраженного фиброза и цирроза печени (F3–F4): показатель AUC = 0,681, чувствительность 58,7%, специфичность 79,1. Для индекса ST оптимальное пороговое значение $> 0,054$ для дифференцировки выраженного стеатоза печени (S2–S3): показатель AUC = 0,713, чувствительность 45,63%, специфичность 87,18. Для СХР выявлена значимая обратная корреляционная связь между СХР по данным кистевого динамометра и количественным показателем плотности паренхимы печени по данным ТЭ (кПа) ($r = -0,2879$, $p = 0,0005$).

Заключение. Наиболее высокую диагностическую точность при идентификации выраженного ФП и цирроза (F3–F4) показали такие предиктивные индексы, как FIB-4 (AUC = 0,643) и NFS (AUC = 0,681). Предиктивный индекс FLI (AUC = 0,686) и ST (AUC = 0,713) продемонстрировали значимую диагностическую точность при идентификации выраженного стеатоза печени (S2–S3). СХР может использоваться как дополнительный метод, позволяющий дифференцировать пациентов с выраженным фиброзом и циррозом печени (F3–F4) (AUC = 0,718).

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ХОЛАНГИТА У ЛИЦ МУЖСКОГО ПОЛА

К.Г. Абсандзе, Е.В. Винницкая, Ю.Г. Сандлер,
Т.Ю. Хайменова

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

Введение. Классическая форма первичного билиарного холангита (ПБХ) встречается преимущественно у женщин. Исследований по изучению особенностей течения ПБХ у мужчин представлено значительно меньше. Известно, что мужчины хуже отвечают на терапию урсодезоксиголевой кислотой (УДХК), имея неоптимальный ответ (НО), 59% vs 80%, поэтому мужской пол является фактором риска неблагоприятного течения ПБХ.

Цель. Изучение особенностей течения ПБХ у лиц мужского пола.

Материалы и методы. Ретроспективно и проспективно обследованы 167 пациентов с ПБХ (средний возраст составил $63,57 \pm 10,39$ года), находившихся на лечении в отделении заболеваний печени ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» с 2017 по 2019 г. Пациенты-мужчины с ПБХ составили 7,8% (13/167) всех пациентов с ПБХ. Практически у всех пациентов мужского пола – 93,3% (12/13) – отмечался НО на терапию УДХК. Для сравнения: у женщин НО составил 70,3% ($n = 119$). Средние показатели синдрома холестаза у мужчин были более выражены, чем у женщин (щелочная фосфатаза 497 Ед/л vs 312 Ед/л, $p < 0,001$; γ -глутамилтранспептидаза 550 Ед/л vs 144 Ед/л, $p < 0,001$; общий билирубин 37,9 vs 19,2, $p < 0,001$). У пациентов-мужчин с ПБХ по сравнению с женщинами наиболее распространено бессимптомное течение заболевания (66,7% vs 15,1%, $p < 0,001$), гиперпигментация (75% vs 14,3%, $p < 0,001$), значительно чаще наблюдалась тяжелая стадия фиброза (91% vs 47,1%, $p < 0,001$). В связи с этим в мужской группе высока частота поздней инициации терапии УДХК (81,2%). Иммуноопосредованные заболевания не встречались в мужской группе.

Заключение. Для мужчин характерно более длительное бессимптомное течение ПБХ, выраженный холестаз (как по лабораторным, так и по клиническим критериям) и тяжелая стадия фиброза при постановке диагноза. Рекомендуются обследовать пациентов-мужчин с холестатическим синдромом для исключения ПБХ.

СЛУЧАЙ ЛЕКАРСТВЕННОГО ГЕПАТИТА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ПЕМБРОЛИЗУМАБОМ

С.М. Сороколетов, А.Ю. Лукин, О.Н. Левина, С.В. Осипова,
А.С. Унку, Л.Б. Кирикова

ГБУЗ «Московский многопрофильный научно-клинический центр им. С.П. Боткина» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Цель. Продемонстрировать целесообразность применения высоких доз преднизолона на старте терапии лекарственного поражения печени тяжелой степени.

В связи с распространением биологической терапии все чаще в клинической практике встречается иммуноопосредованные нежелательные реакции, ассоциированные с ее применением. Стандартная схема терапии осложнений включает назначение кортикостероидов в дозе 0,5–2 мг/кг преднизолона, в зависимости от степени тяжести реакции, с постепенным уменьшением дозы. Длительность терапии и точки контроля состояния пациентов не определены.

Пациентка Г., 75 лет, в марте 2023 г. оперирована по поводу меланомы кожи пяточной области справа П.Аст., рТ26НОМО, с последующей терапией пембролизумабом в дозе 200 мг внутривенно (12 курсов, последний 19.10.2023).

При лабораторном мониторинге отмечено нарастание аспартатаминотрансферазы (АСТ) и аланинаминотрансферазы (АЛТ) до 3 верхних границ нормы, повышение уровня билирубина. Пациентка предъявляла жалобы на слабость, кожный зуд, пожелтение склер. При госпитализации: АСТ 1640 Ед/л, АЛТ 633 Ед/л, билирубин общий 180 ммоль/л, билирубин прямой 93 ммоль/л, креатинин 493 ммоль/л. По результатам клинико-лабораторной диагностики установлен диагноз «острый лекарственный гепатит, острый интерстициальный нефрит, связанный с применением моноклональных антител». Начато лечение преднизолоном в дозе 120 мг/сут внутривенно в течение 4 дней, 90 мг внутривенно в течение 2 дней, 60 мг/сут перорально с постепенным снижением дозы на 5 мг 1 раз в 3 дня. На фоне терапии отмечено снижение уровня маркеров цитолиза и холестаза, восстановление почечной функции достигнуто на 11-й день терапии. Нормализация показателей цитолиза и холестаза достигнута на 28-й день.

Заключение. Таким образом, применение преднизолона инфузионно, в дозе 120 мг на старте терапии иммуноопосредованного печеночно-почечного повреждения тяжелой степени, позволило достичь быстрого ответа на терапию, восстановления функции печени и почек и купирования симптомов.

ФАКТОРЫ РИСКА САРКОПЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ БИЛИАРНЫМ ХОЛАНГИТОМ

А.В. Тимошенко¹, Е.В. Винницкая¹, Е.А. Орлова¹, Т.Н. Кузьмина¹, Т.Ю. Хайменова¹, Е.М. Десяцкова²

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

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

Введение. Саркопения оказывает негативное влияние на качество жизни и прогноз пациентов с первичным билиарным холангитом (ПБХ), однако факторы риска саркопении недостаточно изучены.

Цель. Оценить факторы, потенциально влияющие на развитие саркопении у пациентов с ПБХ.

Материалы и методы. Обследованы 64 пациентки с ПБХ. В группу с саркопенией вошли 16 человек, средний возраст составил 61±10 лет, в группу без саркопении – 48 человек, средний возраст – 56±12 лет. Всем пациентам проведена денситометрия, фиброэластометрия, биоимпедансометрия, уровень физического благополучия оценивался с помощью опросника SF-36, скрининг саркопении – с помощью SARC-f. Статистическая обработка данных производилась с помощью IBM SPSS Statistics v.27.0 (США).

Результаты. Показано, что группы пациенток с подтвержденной саркопенией и без саркопении в целом сходны по структуре фиброзных изменений печени [$p(\chi^2) < 0,05$]. Выявлены факторы, потенциально влияющие на развитие саркопении: рост пациентки ($F=9,72$ при $p=0,003$), наличие остеопороза и сниженный показатель физического благополучия по результатам опросника SF-36 ($F=9,23$ при $p=0,003$). Относительный риск (ОР) развития саркопении значимо возрастает у пациенток, имеющих рост ниже 158,5 см [p (Манна-Уитни) = 0,003, ОР=1,350], при наличии остеопороза (ОР=1,59), при пониженном уровне физического благополучия согласно результатам SF-36 [p (Манна-Уитни) 0,004, ОР=1,260]. Иными словами, риск развития саркопении среди пациенток ростом ниже 158,5 см выше почти в 1,4 раза, при наличии остеопороза – в 1,6 раза, а с пониженным уровнем физического благополучия (согласно результатам SF-36) – почти в 1,3 раза.

Заключение. Риск развития саркопении среди пациенток с ПБХ с остеопорозом, ростом менее 158,5 см и пониженным

уровнем физического благополучия по результатам опросника SF-36 требует более тщательного подхода к профилактике и лечению саркопении.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Е.В. Сучкова, Е.В. Главатских, А.П. Лукашевич, Е.Ф. Бутина, Н.А. Хохлачева, А.Ю. Горбунов

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

Цель. Изучить структурно-функциональные особенности сердца у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

Материалы и методы. Нами обследованы 130 пациентов, получающих лечение в БУЗ УР «ГКБ №8» г. Ижевска. В группу наблюдения вошли 100 пациентов с неалкогольной стеатозом и ожирением различной степени выраженности. Средний возраст составил 55,6±5,3 года. Среди обследованных пациентов 60 (60%) женщин и 40 (40%) мужчин. Полученные результаты сравнивали с данными контрольной группы, которую составили 30 пациентов с нормальной массой тела без поражения печени по типу неалкогольного стеатоза. Обследование пациентов включало проведение эхокардиографического обследования (ЭхоКГ).

Результаты. У пациентов с ожирением и НАЖБП чаще выявлялся аортальный кальциноз: у 47% (у группы контроля – 30%). Увеличение конечного систолического объема (КСО) наблюдалось в 81% случаев (в группе с нормальным весом – у 33% обследуемых), а систолическая дисфункция левого желудочка (ЛЖ) определялась у 32% пациентов (в контрольной группе – у 27%). Увеличение конечного диастолического объема (КДО) ЛЖ при наличии избыточной массы тела выявлено у 89% пациентов, тогда как с нормальной массой тела – у 27% больных. Утолщение задней стенки ЛЖ отмечено у 76% пациентов с НАЖБП и ожирением (контроль – 40% пациентов). Увеличение толщины межжелудочковой перегородки (МЖП) выявлено у 91% пациентов (у 37% с нормальной массой тела). Уменьшение фракции выброса ЛЖ у пациентов группы наблюдения отмечено в 30% случаев (в контрольной группе – 27%). Легочная гипертензия выявлена в 68% случаев (контроль – 43%).

Ишемическая болезнь сердца наблюдалась у 39% пациентов с НАЖБП и ожирением (с нормальной массой тела – у 20%), тогда как гипертоническая болезнь отмечалась в 91% случаев (в сравнении с 47% пациентов с нормальной массой тела).

В группе пациентов с НАЖБП избыточная масса тела выявлена у 36 (36%), ожирение 1-й степени – у 28 (28%), 2-й степени – у 25 (25%), 3-й степени – у 11 (11%) человек. Отмечено, что частота встречаемости следующих структурно-функциональных изменений по ЭхоКГ: кальциноз аорты, увеличение КДО ЛЖ, КСО ЛЖ, снижение фракции выброса, увеличение задней стенки ЛЖ, увеличение МЖП, легочная гипертензия, систолическая дисфункция ЛЖ, а также заболеваемость ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью нарастала у пациентов группы наблюдения по мере увеличения степени ожирения.

Заключение. Таким образом, метаболические нарушения в организме по типу ожирения, стеатоза печени сопровождаются изменением структуры сердца и его функциональных характеристик. По мере повышения массы тела увеличивается частота встречаемости структурно-функциональных изменений сердца и сердечно-сосудистых заболеваний.

Патология кишечника

МИКРОНУТРИЕНТНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА, ПОЛУЧАЮЩИХ БИОЛОГИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ

В.И. Пилипенко, В.А. Исаков, И.В. Ворожко
ФГБУН «Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи», Москва, Россия

Недостаточность микронутриентов распространена у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) и очень значима для них ввиду влияния на метаболическую активность микробиома и выраженность иммунной активации.

Цель. Оценить микронутриентную обеспеченность у пациентов с ВЗК, получающих биологическую терапию, и выполнить корреляционный анализ уровней микронутриентов и диетологических переменных их рационов.

Материалы и методы. Обследованы 44 пациента с ВЗК, получающих биологическую терапию препаратом ведолизумаб (31 человек – пациенты с неспецифическим язвенным колитом – НЯК, 13 человек – с болезнью Крона – БК, продолжительность анамнеза заболевания $7,5 \pm 6,2$ года). У всех участников методом суточного воспроизведения собирались данные о фактическом питании. Блюда полученных рационов преобразовывали в составляющие продукты согласно закладке блюду, которые суммировали по массе за день и сопоставляли с нормами потребления согласно концепции пирамиды здорового питания для вычисленной калорийности рациона. В качестве интегрального показателя качества питания выполнена оценка рационов участников с помощью критериев индекса здорового питания редакции 2020 г. (HEI 2020), отражающая в процентах степень соответствия оптимальному рациону согласно рекомендациям по здоровому питанию. На второй день поступления в стационар всем участникам исследования выполнен анализ крови на содержание микронутриентов: К, Na, Cl, Mg, Zn, P, Ca, Fe, ретинола, токоферола, витаминов K_1 , B_1 , B_2 , B_{12} , фолата, D и С.

Результаты. Анализ фактического питания показал отсутствие достоверных различий параметров питания у пациентов в подгруппах БК и НЯК. HEI 2020 рационов изучаемых подгрупп был несколько ниже у пациентов с БК, но не достиг уровня достоверности различий ($42,1 \pm 11,7$ против $38,0 \pm 12,1$). Почти у 1/2 участников выявлен дефицит железа (38,6%), фолата (40,9%), витаминов D (50%) и B_1 (50%). Результаты анализа корреляционных связей между диетологическими переменными оценки фактического питания участников исследования и их уровнями обеспеченности микронутриентами позволили заключить, что потребление пациентами с ВЗК простых сахаров отрицательно коррелирует с уровнем железа ($-0,32$, $p=0,03$), уровнем цинка ($-0,37$, $p=0,008$), уровнем витамина D ($-0,31$, $p=0,04$) и фолиевой кислоты ($-0,36$, $p=0,04$), общего жира – с калием ($-0,32$, $p=0,03$) и витамином B_{12} ($-0,38$, $p=0,016$), в то время как потребление томатов, огурцов, кабачков положительно коррелировало с уровнем железа ($0,48$, $p=0,001$), капусты – с уровнем цинка ($0,32$, $p=0,03$), лесных ягод – с витамином D ($0,33$, $p=0,03$), цитрусовых фруктов – с тиамином ($0,38$, $p=0,013$), яиц – с фолатом ($0,33$, $p=0,03$).

Заключение. Данное исследование обосновывает необходимость регулярного контроля уровня некоторых микронутриентов (железа, фолата, витаминов D и B_1) в сыворотке крови пациентов с ВЗК. Большая часть пациентов с ВЗК нуждается в повышении качества питания для устранения из рациона провоспалительных пищевых компонентов, восстановления пищевого разнообразия и усиления обеспеченности микронутриентами, что может

позволить снизить риски негативной динамики течения заболевания.

Финансирование: ПНИ FGMP-2023-0008.

ВЛИЯНИЕ ВЫСОКОКАЛОРИЙНОЙ ДИЕТЫ НА МИКРОБИОТУ КИШЕЧНИКА КРЫС

Т.А. Митюкова, А.Э. Пыж, А.А. Басалай, О.Е. Полулях, Н.С. Костюченко, А.Е. Бартош

ГНУ «Институт физиологии Национальной академии наук Беларуси», Минск, Республика Беларусь

Введение. Известно, что состав рациона питания может повлиять на микробиоту кишечника. О.М. Драпкина и О.Н. Корнеева [2016] показали, что у лиц с ожирением изменяется баланс между бактериями класса *Firmicutes* и *Bacteroidetes*, что, в свою очередь, является одним из патогенетических факторов при развитии ожирения и метаболического синдрома.

Цель. Определить количество основных представителей микробиоты в содержимом толстого кишечника у крыс, получающих высококалорийную диету (ВКД).

Материалы и методы. Эксперименты проводились на половозрелых крысах-самцах Вистар с соблюдением правил биоэтики. Группа стандартной диеты – СтД ($n=13$) получала стандартный рацион вивария, а группа ВКД ($n=14$) – высококалорийную диету в течение 16 нед. Рацион ВКД содержал избыточное количество жиров животного происхождения. Калорийность пищевого состава ВКД превосходила СтД на 45% и дополнительно включала 10% раствор фруктозы вместо питьевой воды. Микробиологические исследования выполняли методом посева, используя прижизненное содержимое толстого кишечника крыс. Статистическую обработку проводили в программе Statistica 12.0.

Результаты. У крыс-самцов, получавших ВКД, выявлено 3-кратное ($p<0,001$) увеличение массы висцеральной жировой ткани по сравнению с группой на стандартном питании. Применение ВКД вызвало статистически значимое нарастание титров *Escherichia coli* на 49,1% ($p<0,01$), *Candida albicans* на 48,5% ($p<0,01$) и *Enterococcus* spp. на 18,9% ($p<0,01$) в содержимом прямой кишки крыс по отношению к контрольной группе.

Заключение. Потребление высококалорийной диеты, включающей дополнительное количество жиров животного происхождения и легко усвояемых углеводов, сопровождалось развитием висцерального ожирения и изменением количественных пропорций микроорганизмов толстого кишечника у крыс-самцов Вистар в сторону нарастания условно патогенной микрофлоры.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕЛЕМОНИТОРИНГА У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА: TIGE-RUS (TELEMONITORING FOR IBD GOODNESS EXAMINATION IN RUSSIA)

Д.А. Ахмедзянова¹, М.Г. Мнацаканян², А.В. Владзимирский¹, Ю.Ф. Шумская¹, Р.В. Решетников¹

¹ФБУЗ «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;

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

Введение. У пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) снижено качество жизни (КЖ) и ухудшено психологическое состояние даже в периоды ремиссий, что требует коррекции. В настоящее время активно

исследуется эффективность применения телемедицинских технологий у пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями, однако оценка результативности телемониторинга (ТМ) для пациентов с ВЗК не проводилась.

Цель. Оценка результативности ТМ для улучшения КЖ и психологического состояния у пациентов с ВЗК по сравнению с очным наблюдением.

Материалы и методы. Рандомизированное проспективное когортное исследование. После стационарного лечения пациенты с ВЗК рандомизированы в телегруппу и группу очного наблюдения. ТМ осуществлялся с помощью веб-сайта, содержащего информацию о ВЗК, модуль для заполнения опросников активности заболевания и чат с врачом-гастроэнтерологом. На включении и через 6 мес наблюдения пациенты заполняли набор опросников: для определения клинической активности заболевания (SCCAI/HBI), КЖ (общего и связанного с ВЗК) (SIBDQ; WHOQOL-26), приверженности терапии (GMAS), оценки висцеральной чувствительности (VSI), наличия тревоги и депрессии (HADS), алекситимии (TAS-26), удовлетворенности медицинской помощью (PSQ-18). Далее проведено сравнение между группами.

Результаты. Включены 68 пациентов: 32 в телегруппе (женщин – 18) и 36 – в очной (женщин – 12). Медиана возраста – 30,5 года [25; 41]. На включении группы не отличались ни по одному из оцениваемых параметров. Через 6 мес наблюдения в телегруппе статистически значимо снизились показатели тревоги ($p=0,025$), депрессии ($p=0,04$) и висцеральной чувствительности ($p=0,013$), а также более выражено повысилась приверженность терапии ($p=0,006$).

Заключение. Применение ТМ сопоставимо с очным наблюдением по достижению клинической ремиссии, влиянию на КЖ и удовлетворенность медицинской помощью, при этом превосходит его в вопросе повышения приверженности терапии, снижения уровня тревоги, депрессии и висцеральной чувствительности.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТАВА ТЕЛА ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА: ПИЛОТНОЕ КРОСС-СЕКЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Ю.Ф. Шумская¹, А.К. Сморгачева¹, М.Г. Мнацаканян², А.В. Петрайкин¹, К.Ю. Беженова¹, Р.В. Решетников¹

¹ГБУЗ «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;

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

Введение. Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) включают в себя болезнь Крона (БК) и язвенный колит (ЯК). У пациентов с ВЗК в зависимости от нозологии и ее тяжести может развиваться мальнутриция, что приводит к изменению показателей состава тела. Компьютерная томография органов брюшной полости (КТ ОБП) выполняется пациентам с ВЗК в рамках обследования, по ее данным можно оценить показатели состава тела и использовать их для расширения диагностических возможностей.

Цель. Оценка использования показателей состава тела, определенных по данным КТ ОБП, для дифференциальной диагностики БК и ЯК, неинвазивной оценки атаки ВЗК.

Материалы и методы. Выполнено кросс-секционное исследование. У пациентов с ВЗК по данным КТ ОБП на срезе уровня L_{III} оценены следующие показатели состава тела: выраженность висцерального (VFA, толщина в мм), подкожного (SFA, толщина в мм) и внутримышечного (IFA) жира, площадь скелетной мускулатуры

(SMA), также рассчитан процент IFA от суммы SMA и IFA. Проведено сравнение показателей между пациентами с ЯК и БК, а также между пациентами в атаке и ремиссии ВЗК. Для определения пороговых показателей использован ROC-анализ.

Результаты. Включены 50 пациентов, 20 (40%) женщин. У 30 (60%) пациентов – БК, у 20 – ЯК. Медиана возраста – 38 лет [31; 47,5]. При сравнении отношения толщин подкожного и висцерального жира пациенты с БК имели на 0,2 единицы меньший показатель ($p=0,006$), при этом по показателю SFA/VFA, а также другим показателям состава тела не отличались от пациентов с ЯК. Пациенты с атакой ВЗК на момент выполнения КТ имели меньше IFA ($p=0,03$), а также меньший показатель процента внутримышечного жира относительно всей жировой ткани ($p=0,016$). Пороговый показатель для предсказания атаки: IFA – 3,9 см² (AUROC 0,69), процент внутримышечного жира – 5% (AUROC 0,69).

Заключение. Определение показателей состава тела по данным КТ ОБП у пациентов с ВЗК имеет потенциал в целях проведения дифференциальной диагностики между БК и ЯК, а также неинвазивной оценки активности заболевания.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

А.А. Лищинская¹, О.В. Князев¹, А.В. Каграманова^{1,2}, Н.А. Фадеева^{1,3}, Г.А. Дудина¹, Н.В. Лазука¹, К.К. Носкова¹, А.И. Парфенов¹

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

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

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

Частота венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) при воспалительных заболеваниях кишечника (ВЗК) примерно в 3 раза выше, чем в общей популяции, и приводит к увеличению риска смертности в 2 раза. Максимальный риск ВТЭО является самым высоким во время госпитализации пациента в стационар.

Цель. Сравнительная оценка совокупного риска развития венозных ВТЭО у стационарных пациентов с язвенным колитом (ЯК) с первичной профилактикой и без первичной профилактики ВТЭО.

Материалы и методы. В 2020 г. антикоагулянтная терапия пациентам с ЯК осуществлялась в случае развития остро венозного тромбоза, а в 2022 г. первичная тромбопрофилактика у пациентов с ЯК с умеренным и высоким риском ВТЭО проводилась в соответствии с данными, полученными при ранее проведенном анализе факторов риска развития ВТЭО у пациентов с ВЗК, находящихся в стационаре. Профилактика ВТЭО пациентам с ЯК проводилась надрупарином кальция в дозе 0,3 мл/2850 МЕ антиХа (НМГ) в сутки подкожно на протяжении всего пребывания в круглосуточном стационаре.

Результаты. Всех пациентов с ЯК, поступивших в отделение патологии кишечника в 2020 и 2022 г., распределили на подгруппы в зависимости от степени риска ВТЭО на очень низкую, низкую, умеренную и высокую согласно шкале Сарпини. Среди госпитализированных пациентов с ЯК в 2020 и 2022 г. – преимущественно больные с высоким риском ВТЭО – 462 (52,1%) и 554 (56,9%), несколько меньше пациентов с умеренным риском ВТЭО – 253 (28,5%) и 281 (28,9%), с низким риском ВТЭО – 104 (11,7%) и 87 (8,9%) и очень низким риском ВТЭО – 68 (7,7%) и 51 (5,2%). В 2020 г. венозные

тромбозы диагностированы у 16 (1,8%) пациентов с ЯК, из них венозные тромбозы нижних конечностей диагностированы у 3 (0,3%) пациентов, венозные тромбозы верхних конечностей – у 7 (0,8%), тромбоэмболия ветвей легочной артерии – у 2 (0,2%), сочетанные тромбозы – у 4 (0,5%). В 2022 г. венозные тромбозы диагностированы у 5 (0,5%) пациентов с ЯК, из них венозные тромбозы нижних конечностей диагностированы у 1 (0,1%) пациента, венозные тромбозы верхних конечностей – у 3 (0,3%), тромбоэмболия ветвей легочной артерии – у 1 (0,1%). Таким образом, первичная профилактика НМГ достоверно снижает риск ВТЭО у госпитализированных пациентов с ЯК (ОР 0,285, 95% ДИ 0,103–0,774, $X^2=6,917$; $p=0,009$).

Заключение. Полученные нами результаты демонстрируют, что первичная профилактика НМГ достоверно снижает риск развития ВТЭО у госпитализированных в круглосуточный стационар пациентов с ЯК.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ

А.Ф. Бабаян, Л.Д. Фирсова, О.В. Князев, А.И. Парфенов
ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Медицинское сопровождение пациентов с язвенным колитом (ЯК) в отделении патологии кишечника ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» обеспечивал медицинский психолог, который в тренингах помогал пациентам с ЯК справиться с влиянием болезни на общее самочувствие и состояние, а также выявлял психоэмоциональные моменты, которые могли повлиять на течение заболевания. Медицинский психолог проводил в отделении диагностические и коррекционные занятия, прогнозируя возможные риски ухудшения психологического состояния пациента.

Цель. Оценить влияние психологического сопровождения у пациентов с ЯК на приверженность лекарственной терапии.

Материалы и методы. Из 1000 пациентов с ЯК, которым проведено анкетирование по оценке приверженности лекарственной терапии, 874 (87,4%) после выписки из стационара через 6 мес повторно проведено анкетирование. Медицинский психолог проводил в отделении диагностические и коррекционные занятия, прогнозируя возможные риски ухудшения психологического состояния пациента.

Результаты. Среди 874 пациентов, которым проведено повторное анкетирование, 498 (56,9%) имели низкую приверженность лекарственной терапии; 180 (20,6%) пациентов с ЯК с низкой приверженностью лекарственной терапии имели психологическое сопровождение, 318 (79,4%) пациентов из группы низкой приверженности не имели психологического сопровождения. По данным повторного анкетирования пациентов с ЯК в группе имевших психологическое сопровождение уровень приверженности повысился на 22,48%. Так, 112 (62,2%) пациентов по данным опросника Мориски–Грин имели высокую приверженность лекарственной терапии после коррекционных занятий с медицинским психологом, у 68 (37,8%) пациентов с ЯК сохранялась низкая приверженность лекарственной терапии. В группе пациентов без психологического сопровождения, согласно повторному анкетированию, уровень приверженности повысился на 8,8%: из 318 пациентов только 44 (13,8%) повысили приверженность лекарственной терапии, а у 274 (86,2%) сохранялась низкая приверженность (ОШ 10,108, 95% ДИ 6,527–15,654, $X^2=122,848$; $p<0,001$).

Заключение. Психологическое сопровождение у пациентов с ЯК повышает приверженность лекарственной терапии через 6 мес наблюдения.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ НА ДОСТИЖЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ

А.Ф. Бабаян, Л.Д. Фирсова, О.В. Князев, А.И. Парфенов
ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

В настоящее время в концепцию глубокой ремиссии у пациентов с язвенным колитом (ЯК) включены не только достижение клинической ремиссии, но и эндоскопическое заживление слизистой оболочки толстой кишки (СОТК) и нормализация лабораторных маркеров воспаления.

Цель. Оценить повышение приверженности лекарственной терапии посредством психологического сопровождения на достижение эндоскопической ремиссии.

Материалы и методы. Медицинское сопровождение пациентам с ЯК в отделении патологии кишечника ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» обеспечивал медицинский психолог. Из 1000 пациентов с ЯК, которым проведено анкетирование по оценке приверженности лекарственной терапии, 874 (87,4%) после выписки из стационара через 6 мес повторно проведено анкетирование и сделаны клинические лабораторные и инструментальные исследования. Среди 874 пациентов, которым проведено повторное анкетирование, 498 (56,9%) имели низкую приверженность лекарственной терапии; 180 (20,6%) пациентов с ЯК с низкой приверженностью лекарственной терапии имели психологическое сопровождение, 318 (79,4%) пациентов из группы низкой приверженности не имели психологического сопровождения.

Результаты. По данным повторного анкетирования пациентов с ЯК в группе имевших психологическое сопровождение уровень приверженности повысился на 22,48%. Так, 112 (62,2%) пациентов по данным опросника Мориски–Грин имели высокую приверженность лекарственной терапии после коррекционных занятий с медицинским психологом, у 68 (37,8%) пациентов с ЯК сохранялась низкая приверженность. В группе пациентов без психологического сопровождения, согласно повторному анкетированию, уровень приверженности повысился на 8,8%: из 318 пациентов только 44 (13,8%) повысили приверженность лекарственной терапии, а у 274 (86,2%) сохранялась низкая приверженность (ОШ 10,108, 95% ДИ 6,527–15,654, $X^2=122,848$; $p<0,001$). В соответствии с полученными нами данными также имелись различия в эндоскопическом заживлении СОТК в группах пациентов с психологическим сопровождением и без него. Из 180 пациентов в группе с психологическим сопровождением эндоскопическое заживление СОТК (Мейо 0) имелось у 85 (47,2%) пациентов, в группе без психологического сопровождения – у 99 (31,1%) пациентов (ОШ 1,979, 95% ДИ 1,358–2,885, $X^2=12,092$; $p<0,001$).

Заключение. Повышение приверженности лекарственной терапии посредством психологического сопровождения способствует эндоскопическому заживлению СОТК и развитию эндоскопической ремиссии.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ НА ДОСТИЖЕНИЕ БЕССТЕРОИДНОЙ РЕМИССИИ

А.Ф. Бабаян, Л.Д. Фирсова, О.В. Князев, А.И. Парфенов
ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Примерно у 20% пациентов с язвенным колитом (ЯК) имеется хроническое активное заболевание (хроническое непрерывное течение), часто требующее нескольких

курсов системного приема глюкокортикостероидов (ГКС) для достижения ремиссии, за которым следует рецидив симптомов во время снижения дозы стероидов или вскоре после их отмены. Хотя краткосрочный контроль симптомов может быть достигнут с помощью лечения стероидами, этот паттерн лекарственной реакции, известный как стероидозависимость, приводит к важным осложнениям лечения, в то время как значительной доле пациентов требуется колэктомия. Соответственно, потребность в назначении ГКС рассматривается как один из основных критериев эффективности проводимой терапии ЯК.

Цель. Оценить влияние повышения приверженности лекарственной терапии посредством психологического сопровождения на достижение бесстероидной ремиссии.

Материалы и методы. Медицинское сопровождение пациентов с ЯК в отделении патологии кишечника ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» обеспечивал медицинский психолог. Из 1000 пациентов с ЯК, которым проведено анкетирование по оценке приверженности лекарственной терапии, 874 (87,4%) после выписки из стационара через 6 мес повторно проведено анкетирование и сделаны клинические лабораторные и инструментальные исследования. Среди 874 пациентов, которым проведено повторное анкетирование, 498 (56,9%) имели низкую приверженность лекарственной терапии; 180 (20,6%) пациентов с ЯК с низкой приверженностью лекарственной терапии имели психологическое сопровождение, 318 (79,4%) пациентов из группы низкой приверженности не имели психологического сопровождения.

Результаты. В нашем исследовании имелись различия в потребности назначения ГКС в группах пациентов с психологическим сопровождением и без него. Из 180 пациентов в группе с психологическим сопровождением потребность в назначении ГКС имела у 16 (8,9%) пациентов, в группе без психологического сопровождения – у 97 (30,5%) пациентов (ОШ 4,499, 95% ДИ 2,554–7,925, $X^2=29,391$; $p<0,001$).

Заключение. Повышение приверженности лекарственной терапии посредством психологического сопровождения повышает вероятность развития бесстероидной ремиссии у пациентов с ЯК.

АУТОИММУННЫЕ АНТИТЕЛА В ДИАГНОСТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

А.В. Каграманова^{1,2}, О.В. Князев¹, Г.В. Лукина¹, А.А. Новиков¹, Е.Н. Александрова¹, А.И. Парфенов¹

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

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

Цель. Определение уровня в сыворотке крови специфических аутоиммунных антител у больных анкилозирующим спондилитом (АС).

Материалы и методы. Обследованы 78 пациентов с АС, диагностированным согласно модифицированным Нью-Йоркским критериям (1984 г.): 50 мужчин и 28 женщин; медиана и интерквартильный размах (25–75-й перцентиль) возраста – 44 [34,0–49,0] года; длительность заболевания – 12,0 [5,0–20,0] лет; BASDAI – 5,3 [4,5–6,4]; ASDAS скорости оседания эритроцитов – 3,6 [3,0–4,4]; ASDAS С-реактивного белка – 3,7 [2,8–4,5]; 40% HLA-27 положительных. У 22% больных АС диагностировано воспалительное заболевание кишечника – ВЗК (болезнь Крона – БК и язвенный колит – ЯК). В контрольную группу вошли 64 здоровых донора (ЗД). Атипичные перинуклеарные антинейтрофильные цитоплазматические антитела (pANCA) выявляли с помощью непрямой иммунофлуоресценции.

С помощью иммуноферментного анализа определяли сывороточные уровни антител IgA/IgG к *Saccharomyces cerevisiae* (ASCA), антител IgA/IgG к гликопротеину 2 (GP2), антител IgG к катепсину G, лактоферрину, эластазе и бактерицидному белку, повышающему проницаемость (BPI).

Результаты. Пациенты с АС без признаков ВЗК и АС с ВЗК (АС/ВЗК) имели значительно более высокие уровни в сыворотке крови IgA ASCA, IgA анти-GP2, антиэластазных антител, чем ЗД (4,5; 2,6–6,4 Ед/мл и 4,9; 3,7). -7,3 Ед/мл против 0,6–2,6 Ед/мл, $p=0,0008$, $p=0,001$; 0,8–5,5 Ед/мл и 1,2; 0,9–11,8 Ед/мл против 0,7; $p=0,007$, $p=0,02$; 5,9–9,9 Ед/мл и 9,1; 8,5–10,5 Ед/мл против 5,6; 4,7–8,3 Ед/мл, $p=0,01$, $p=0,003$. Средняя концентрация антител против катепсина G была выше у пациентов с АС/ВЗК, чем у пациентов с АС (0,8; 0,5–1,0 Ед/мл против 0,4; 0,3–0,6 Ед/мл, $p=0,02$). При АС и АС/ВЗК встречаемость антиэластазных антител (23,0%, 33,0%) была выше, чем у ЗД (0%, $p=0,05$, $p=0,01$). IgA анти-GP2 статистически чаще встречались у больных АС/ВЗК, чем у ЗД (27,0% против 0%, $p=0,025$). Пациенты с АС/ВЗК продемонстрировали более высокую распространенность pANCA (36,0%) и антител против BPI (36,0%) по сравнению с группой АС (4,8%, $p=0,005$ и 8,0%, $p=0,02$) и ЗД (8,0%, $p=0,02$ и 0%, $p=0,008$).

Заключение. Результаты данного исследования показывают, что повышенные уровни IgA ASCA, IgA анти-GP2, антиэластазных антител встречаются одинаково часто как при изолированном АС, так и при АС/ВЗК, и могут служить потенциальными биомаркерами для прогнозирования воспаления кишечника на ранней стадии. При АС/ВЗК наиболее полезными диагностическими маркерами были атипичные антитела pANCA, IgA ASCA, IgA анти-GP2, антиэластазы и анти-BPI антитела.

СТРУКТУРА И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ В НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

М.В. Злобин¹, Д.А. Абудлганиева²

¹ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко», Нижний Новгород, Россия;

²ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия

Цель. Определить распространенность сопутствующей патологии у госпитализированных пациентов с язвенным колитом (ЯК).

Материалы и методы. В ретроспективное исследование включены 67 лиц с ЯК, старше 18 лет, госпитализированных в 2023 г. в ГБУЗ НО «НОКБ им. Н.А. Семашко» и имеющих период непрерывного наблюдения 12 мес.

Результаты. Средний возраст отобранной популяции составил 43,2±1,7 года. По результатам анализа выявлена следующая распространенность сопутствующей патологии: сердечно-сосудистой – 19,4%, желудочно-кишечной – 91%, нефрологической – 4,5%, эндокринной – 4,5%, органов дыхания – 0%, онкологической – 1,5%.

Среди сердечно-сосудистых заболеваний нозологическая структура представлена следующим образом (в порядке убывания встречаемости): гипертоническая болезнь (84,6%), ишемическая болезнь сердца (30,7%), инфаркт миокарда в анамнезе (30,7%), хроническая сердечная недостаточность (30,7%); патология желудочно-кишечного тракта – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (52,4%), язвенная болезнь (5%), неалкогольная жировая болезнь печени (31,1%), панкреатит (47,5%); заболевания мочевыводящей системы – мочекаменная болезнь (100%); эндокринологическая патология – сахарный диабет (100%).

Отдельно оценена частота коморбидной патологии у пациентов с ЯК. Доля лиц с отсутствием сопутствующих нозологий составила 25,4%, с наличием одной коморбидной патологии – 25,4%, с двумя – 29,8%, тремя и более – 19,4%.

Заключение. Полученные данные показали, что у пациентов Нижегородской области с ЯК преобладающая частота коморбидной патологии – 2 нозологических единицы (29,8%), при этом подавляющее число сопутствующих заболеваний регистрируется в системе желудочно-кишечного тракта (91%), на втором месте – сердечно-сосудистой системы (19,4%).

ИЗМЕНЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Э.Р. Мясоутова¹, Л.М. Купкенова¹, Д.И. Абдулганиева², Н.Г. Шамсутдинова²

¹ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Республики Татарстан, Казань, Россия;

²ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), к которым относятся болезнь Крона (БК) и язвенный колит (ЯК), – хронические, рецидивирующие заболевания неясной этиологии, характеризующиеся иммунным воспалением слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) с развитием местных и системных осложнений. Наряду с поражением органов ЖКТ для ВЗК характерны и внекишечные проявления, вызванные системным действием иммунопатологических механизмов: поражение опорно-двигательной системы, нарушения зрения, поражение кожи и слизистых оболочек и др. К числу внекишечных проявлений при БК/ЯК относится и поражение костной системы в виде нарушения минеральной плотности костной ткани (МПК) с возможным развитием остеопороза (ОП).

Цель. Оценить особенности изменений МПК, уровней маркеров костного ремоделирования (костной резорбции и костеобразования) и уровня 25-гидроксивитамина D у пациентов молодого возраста с ВЗК.

Материалы и методы. Обследованы 106 пациентов с верифицированным диагнозом ВЗК: у 47 больных – БК, у 59 – ЯК; мужчины – 56, женщины – 50. Средний возраст пациентов составил 29 [25; 35] лет. Средний возраст дебюта ВЗК – 23 [19,5; 29] года. Всем пациентам проведено общеклиническое обследование, а также двухабсорбционное рентгеноденситометрическое исследование поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости справа и слева с определением МПК и костного минерального содержания (bone mineral content – BMC), определение параметров костной резорбции – Beta-Cross laps (C-концевые телопептиды коллагена I типа), уровня 25-гидроксивитамина D, а также определение маркеров формирования костного матрикса P1NP и остеокальцина. Полученные данные соотносились с базой данных NHANES III.

Результаты. Средний показатель Z-критерия (L_I-L_{IV}) составил -0,3 [-1,3; 0,5]. Средний показатель Z (шейка бедра) составил -0,3 [-1,4; 0,7]. Среднее значение МПК на уровне поясничного отдела позвоночника (L_I-L_{IV}) составило 1,276 [1,17; 1,49] г/см². Среднее общее BMC составило 54,21 [44,98; 60,78] г. Среднее значение МПК на уровне шейки правой бедренной кости составило 0,98 [0,93; 1,19] г/см². Среднее значение общего BMC в том же месте составило 25,11 [23,18; 29,45] г. Среднее значение МПК на уровне шейки левой бедренной кости составило 0,96 [0,92; 1,14]. Среднее суммарное значение BMC составило 26,34 [22,97; 29,13]. У 13,2% (14 из 106) пациентов выявлено снижение костной массы ниже хронологического возраста. Среднее значение уровня 25-гидроксивитамина D составило 13,65 [7,91; 18,35] нг/мл. Среднее значение маркера костной резорбции Beta-Cross laps составило 0,54 [0,31; 0,84] нг/мл. Среднее значение маркера формирования

костного матрикса P1NP составило 57,42 [43,35; 80,85] нг/мл, остеокальцина – 19,4 [11,347; 24,83] нг/мл.

Заключение. Несмотря на молодой возраст, значительная часть больных (13,2%) имеют отклонения МПК от нормальных значений, уровень 25-гидроксивитамина D существенно ниже нормального уровня в популяции, выявлена достоверная отрицательная корреляция между P1NP и МПК (L_I-L_{IV}) (r=-0,54), а также тенденция между уровнем остеокальцина и МПК (L_I-L_{IV}) (r=-0,48). Абсолютные значения МПК и костного минерального содержания отличаются от значений при сопоставлении с референсным интервалом базы данных NHANES III.

ИЗМЕНЕНИЯ БАРЬЕРНОЙ ФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ТОНКОЙ КИШКИ

Р.Б. Гудкова, И.Н. Ручкина, О.В. Ахмадуллина, А.С. Дорофеев, А.И. Парфенов

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

Введение. У пациентов с резецированной тонкой кишкой жалобы часто связаны с диареей, потерей массы тела и с повышенной проницаемостью. Маркерами повреждения энтероцитов тонкой кишки являются антитела к глютену (АГА), тканевой трансглутаминазе (АТтТГ) и белок, связывающий жирные кислоты (I-FABP), характерные для целиакии. Восстановление слизистой оболочки (СО) связано с противовоспалительным белком альфа-1-антитрипсином (А1АТ).

Цель. Изучить серологические маркеры проницаемости СО АГА, АТтТГ, I-FABP и А1АТ у больных после резекции тонкой кишки (РК).

Материалы и методы. Обследованы 25 больных с пострезекционным синдромом с диареей и потерей массы тела, из них 3 (12%) мужчины (48 лет) и 22 (88%) женщины (53 лет) (РК). Контрольная группа (КГ) – 16 здоровых пациентов, 2 (6,7%) мужчины и 14 (93,3%) женщин в возрасте 49 лет. В сыворотке крови определяли антитела: к тканевой трансглутаминазе (IgA/IgG АТтТГ), к глиадину (IgA/IgG АГА), верхний предел референсного интервала (ВПРИ) ≤10,0 Ед/мл; I-FABP – Nuncult Biotech ВПРИ ≤952 пг/мл, А1АТ ВПРИ ≤180 мкг/л, нижний предел референсного интервала (НПРИ) ≤90 мкг/л (по данным фирмы-изготовителя).

Результаты. При РК показатели проницаемости кишки и воспаления были повышены: IgA АГА у 15 (60%) больных; IgG АГА – у 4 (16%) и IgG АТтТГ – у 8 (32%) по сравнению с концентрацией антител в КГ (p<0,05). Выявленная активация иммунной системы нарушает барьерную функцию СО и приводит к развитию клинических симптомов. При расширении оценки кишечной проницаемости выявлены повышенные уровни I-FABP у 10 (40%) больных по отношению к КГ (p≤0,05). Уровень А1АТ у 8 (32%) больных был повышен по сравнению с КГ (p<0,05). При РК у 4 (16%) выявлено снижение концентрации А1АТ ниже значений НПРИ, показатели достоверно отличались от КГ (p<0,05), что свидетельствует о нарушенном кишечном барьере.

Заключение. Изменения барьерной функции СО тонкой кишки после резекции обусловлены активацией иммунитета и повышенной проницаемостью, требующими терапии с энтеропротектором.

ВНЕКИШЕЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА: АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА

В.Ш. Стамболцян, И.Г. Бакулин, Б.И. Асланов
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Представления о патогенезе и прогнозе течения внекишечных проявлений (ВКП) при воспалительных заболеваниях кишечника (ВЗК) ограничены, как и знания о факторах, влияющих на развитие и течение данных состояний.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 149 пациентов Северо-Западного центра ВЗК: из них 63 (42,3%) человека – с язвенным колитом (ЯК), 84 (56,4%) – с болезнью Крона (БК). ВКП наблюдались у 46 (30,9%) человек, среди которых 22 (14,8%) имели 2 и более ВКП. С помощью анкетирования выявлялись факторы риска и их взаимосвязь с клиническим течением заболевания, а также с внекишечными проявлениями.

Результаты. При анализе частоты встречаемости ВКП в зависимости от течения ВЗК выявлено, что у 27 (58,7%) пациентов с тяжелым течением ВЗК выявлялись ВКП (95% доверительный интервал – ДИ 4,649–24,980; $p < 0,001$), при этом при тотальной форме ЯК в отличие от других локализаций ВКП встречались статистически значимо чаще ($p = 0,018$). Кроме того, при ЯК статистически значимые различия ($p = 0,002$) выявлены при оценке частоты ВКП в зависимости от тяжести течения; наличие двух и более ВКП (95% ДИ 1,714–18,156) было ассоциировано с тяжелой атакой ЯК, в остальных случаях корреляции были статистически незначимы. Данные о применении лекарственных препаратов в анамнезе показали, что длительность применения нестероидных противовоспалительных препаратов в течение 3–5 лет и более до манифестации ВЗК ассоциирована с наличием ВКП ($p < 0,05$). У пациентов с неэффективностью тиопуринов ($p = 0,029$), стероидозависимостью ($p = 0,01$) ВКП наблюдались статистически значимо чаще. При анализе анамнеза на предмет применения системных глюкокортикостероидов (ГКС) выявлено, что у 54,3% пациентов, нуждающихся в подключении ГКС в схемы лечения, были диагностированы ВКП (95% ДИ 2,190–9,866; $p < 0,001$). Анализ взаимосвязи частоты обострений ВЗК за последний год ($p = 0,038$) и наличия анемии ($p = 0,013$) выявил статистически значимую связь с ВКП.

Заключение. У пациентов с тяжелым течением ВЗК значительно чаще наблюдаются ВКП, особенно при тотальной форме ЯК. Длительное применение нестероидных противовоспалительных препаратов до установки диагноза, использование системных ГКС, неэффективность тиопуринов и развитие стероидозависимости при установленном ВЗК могут быть ассоциированы с наличием ВКП и наоборот. Полученные данные могут быть использованы для оптимизации лечения и разработки профилактических мероприятий.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

Н.В. Ручкина, А.А. Макарова, И.Н. Ромашкина, Л.Х. Индейкина, А.И. Парфенов

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

Введение. Синдром раздраженного кишечника (СРК) у 85–90% больных развивается после стрессовых ситуаций, приводящих к нарушению взаимодействия оси «головной мозг – кишечник» и формированию функционального заболевания.

Цель. Изучить качество жизни у больных с СРК с диареей (СРК-Д) тяжелого течения и методы лечения.

Материалы и методы. Обследованы 34 больных с СРК-Д тяжелого течения с медианой (Ме) возраста 28 (26; 34) лет, диагноз соответствовал Римским критериям IV, тяжесть течения СРК определялась согласно классификации D. Drossman. Качество жизни определяли по опроснику MOS SF-36, для изучения личности больных проводилось

тестирование по шкале Бека. Для сравнения качество жизни определялось у 25 здоровых добровольцев без заболевания органов пищеварения (контрольная группа). Статистические расчеты проводились по Statistica 12.

Результаты. У всех больных с СРК-Д выявлено низкое качество жизни: физический компонент качества жизни Ме 29,8 (26,2; 35,3), контрольная группа Ме 58,6 (56,1; 61,8); $p < 0,05$; психический компонент качества жизни Ме 41,3 (38,2; 49,6), контрольная группа Ме 82,0 (67,0; 87,0); $p < 0,05$; общее состояние здоровья Ме 37,1 (35,2–44,7), контрольная группа Ме 82,1 (67,3; 87,0); $p < 0,05$. По данным шкалы Бека уровень тревоги достигал Ме 38 (31; 45) баллов, в группе контроля Ме 11 (9; 13); $p < 0,05$. После консультации психиатра назначен 8-недельный курс антидепрессанта, после завершения которого уровень тревоги снизился до Ме 19 (17; 23); $p < 0,05$. Больные изменили свое отношение к функциональному заболеванию кишечника, и улучшились показатели качества жизни: физический компонент качества жизни Ме 51,8 (49,2; 59,5); $p < 0,05$; психический компонент качества жизни Ме 79,1 (66,1; 82,3); $p < 0,05$; общее состояние здоровья Ме 74,5 (70,2; 81,3); $p < 0,05$.

Заключение. На основании проведенного тестирования у всех больных с СРК-Д тяжелого течения отмечалась низкая физическая и социальная активность, субъективно пациенты оценивали свое состояние как тяжелое. На основании шкалы Бека в исследуемой группе выявлен высокий уровень патологической тревоги. Следовательно, низкое качество жизни у больных с СРК-Д тяжелого течения связано с высоким уровнем тревоги, которая потребовала консультации психиатра и назначения антидепрессанта.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТА С МИКРОСКОПИЧЕСКИМ КОЛИТОМ

Р.Р. Савзиханова¹, Д.Г. Исхакова², Е.В. Хазова¹, Л.М. Ибрагимова², Ю.А. Казыханова², Н.А. Данилова², Н.О. Хаертдинова², Р.Н. Кулагин²

¹ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Москва, Россия;

²ГАУЗ «Городская клиническая больница №7 им. М.Н. Садыкова», Казань, Россия

Введение. Микроскопический колит (МК), наряду с другими воспалительными заболеваниями кишечника, является частой причиной водянистой диареи при нормальных или почти нормальных данных эндоскопии.

Цель. Представить фенотипы пациентов с МК.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ 47 историй болезни пациентов с МК (44±16,7 года, 74,5% женщин) отделения гастроэнтерологии ГАУЗ «ГКБ №7 им. М.Н. Садыкова» г. Казани за 2022–2024 гг. Коллагеновый тип МК (КК) верифицирован у 74,47%, лимфоцитарный (ЛК) – у 25,53% пациентов. Обработка данных проводилась в Jami.

Результаты. Жалобы пациентов, госпитализированных с МК: диарея – 83% (>20 раз в сутки у 2,1%), слабость – 36,2%, тошнота – 25,5%, ложные позывы к акту дефекации – 10,6%, запоры – 8,5%. Дефициты сопутствовали 28,3% пациентов, 17% – аллергия, 14,9% – анемия, 10,6% – целиакия, 6,4% – дефицит В₁₂ и колоноптоз, 4,3% – гастроптоз.

Пациенты с КК чаще, чем с ЛК, были 45–59 лет (21,9 и 0%, $\chi^2 = 3,85$; $p = 0,049$), отмечали диарею (96,9 и 53,3%, $\chi^2 = 13,7$; $p < 0,001$), ложные позывы к дефекации (26,7 и 10,6%, $\chi^2 = 5,95$; $p = 0,015$), аллергию (25 и 0%, $\chi^2 = 4,52$; $p = 0,034$).

Пациенты с ЛК отличались от пациентов с КК запорами (26,7 и 0%, $\chi^2 = 9,33$; $p = 0,002$), тошнотой (46,7 и 15,6%, $\chi^2 = 5,18$; $p = 0,023$), слабостью (60 и 15,6%, $\chi^2 = 5,42$; $p = 0,02$), дефицитами (57,1 и 15,6%, $\chi^2 = 8,28$; $p = 0,004$). Пациентам с ЛК чаще сопутствовала анемия (33,3 и 6,3%, $\chi^2 = 5,91$; $p = 0,015$), целиакия (26,7 и 3,1%, $\chi^2 = 5,95$; $p = 0,015$), дефицит В₁₂ (20 и 0%, $\chi^2 = 6,84$; $p = 0,009$), колоноптоз (20 и 0%, $\chi^2 = 6,84$; $p = 0,009$), гастроптоз (13,3 и 0%, $\chi^2 = 4,46$; $p = 0,035$).

Выводы

1. МК чаще диагностируется у женщин, в $\frac{3}{4}$ случаев по типу КК.

2. КК выявляется в 45–59 лет, характеризуется диареей ($p < 0,001$), ложными позывами к дефекации ($p = 0,015$), аллергией ($p = 0,045$).

3. В клинике ЛК присутствуют запоры ($p = 0,002$), тошнота ($p = 0,023$), слабость ($p = 0,02$), анемия ($p = 0,015$), целиакия ($p = 0,015$), дефицит V_{12} и колоноптоз ($p = 0,009$), гастроптоз ($p = 0,035$).

ЛАБОРАТОРНЫЙ МАРКЕР ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КИШЕЧНИКА

А.И. Ковешников

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

Цель. Описание клинического случая больного с аденоматозными полипами толстого кишечника и вариантов их ранней диагностики.

Материалы и методы. История болезни пациентки, находящейся на стационарном лечении в ГБУЗ «Тверская областная клиническая больница» в сентябре 2023 г., современные клинические рекомендации по гастроэнтерологии.

Результаты. Женщина, 57 лет, поступила в гастроэнтерологический стационар с жалобами на метеоризм, чувство тяжести в нижних отделах живота; без тошноты и рвоты, эпизоды чередования закрепления и послабления стула, вышеуказанные жалобы нарастали в течение года. Наследственный анамнез не отягощен. При объективном осмотре выявлена небольшая болезненность в левой подвздошной области.

Проведенное обследование: клинический анализ крови и мочи, копрограмма – в пределах нормы. Назначено исследование кала на онкомаркеры, в частности на фекальную М2-пируваткиназу, результат – 9 ЕД/мл при норме до 4 ЕД/мл.

Колоноскопия – тотальный осмотр: дивертикулез сигмовидной кишки; эпителиальное новообразование слепой кишки. Гистологическое исследование – тубулярная аденома с дисплазией эпителия низкой степени.

По результатам обследования поставлен диагноз: Аденоматозный полип слепой кишки, дисплазия 1-й степени. Дивертикулярная болезнь толстой кишки, неполная ремиссия.

Таким образом, исследование на М2-пируваткиназу может быть использовано при определении стадии и прогноза заболевания, а также для оценки показаний к проведению колоноскопии. Для подтверждения диагноза пациенты с положительным результатом должны быть направлены на дополнительные лабораторные и инструментальные обследования.

Несмотря на большую диагностическую ценность, исследование не является заменой колоноскопии, которая считается «золотым стандартом» при подозрении на рак толстой или прямой кишки.

Заключение. Фекальная М2-пируваткиназа – ранний маркер доброкачественных новообразований кишечника. Несмотря на то что данный онкомаркер не заменяет проведение колоноскопии, он может использоваться для скрининга и выбора дальнейшей тактики обследования пациента.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕТАНА В ОПРЕДЕЛЕНИИ СИНДРОМА ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА В ТОНКОЙ КИШКЕ

А.А. Макарова¹, Л.Х. Индейкина^{1,2}, И.Н. Ручкина¹, Е.А. Сабельникова¹, С.Ю. Сильвестрова¹, Т.А. Косачева¹, А.И. Парфенов¹

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

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

Синдром избыточного бактериального роста (СИБР) – повышение количества или нарушение состава микробиоты в тонкой кишке. В основе дыхательного теста лежит определение водорода (H_2) и метана (CH_4), образующихся при бактериальной ферментации углеводов до моносахаридов. Чувствительность дыхательного водородно-метанового теста с лактулозой (ВМТЛ) варьирует в пределах 44–100%, специфичность – 31–68%.

Цель. Определить значение ВМТЛ в диагностике СИБР у пациентов с функциональными заболеваниями кишечника.

Материалы и методы. Обследованы 150 больных с функциональной патологией кишечника, диагнозы соответствовали Римским критериям IV: синдром раздраженного кишечника (СРК) с диареей (СРК-Д), СРК с запором (СРК-З), СРК со смешанными проявлениями (СРК-С) и функциональным запором (ФЗ). Из них 70 женщин с медианой возраста 48 (34; 56) лет и 80 мужчин в возрасте 38 (32,5; 47) лет. Диагностика СИБР проводилась по определению концентрации H_2 и CH_4 в выдыхаемом воздухе на газовом анализаторе, в единицах parts per million (ppm). Критерием диагностики СИБР являлось повышение показателей H_2 более 20 ppm и CH_4 выше 10 ppm в сравнении с базовыми значениями.

Результаты. Обследованы 150 больных с диагнозом СРК-Д, СРК-З, СРК-С, ФЗ. СИБР диагностирован у 124 (82,6%) из 150 больных. Из них у 82 больных с СРК-Д выявлено повышение уровня H_2 (66,1%); сочетание повышенной продукции H_2 и CH_4 – у 23 больных (18,5%), из них у 10,4% ($n=13$) – СРК-С и 8,1% ($n=10$) – ФЗ. У 19 больных СИБР связан только с изолированным повышением CH_4 (15,4%), из них 6,4% ($n=8$) – с СРК-З и 9% ($n=11$) – с ФЗ.

Заключение. Среди 150 больных у 124 (82,6%) диагностирован СИБР. Из них у 66,1% пациентов выявлено повышение концентрации H_2 . Определение изолированного повышения CH_4 в выдыхаемом воздухе позволило увеличить частоту выявления СИБР на 15,4%. Сочетание H_2 и CH_4 при диагностике СИБР позволяет комплексно оценить биоценоз кишечника и решить вопрос о медикаментозной терапии. Своевременная диагностика и лечение СИБР у пациентов с функциональными заболеваниями приводит к положительной динамике и улучшению качества жизни.

АССОЦИАЦИЯ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА И ЦЕЛИАКИИ (РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОЦЕНТРОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

Ю.Г. Сандлер, А.С. Чегодарь, Е.В. Винницкая, С.Н. Бацких, Н.А. Бодунова

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

Введение. Пациенты с аутоиммунным гепатитом (АИГ) имеют повышенный риск развития других иммуноопосредованных заболеваний: коэффициент распространенности 9,92; 95% доверительный интервал (ДИ) 6,21–15,83. Некоторые исследования (Haggård L, Glimberg I, 2021) показали, что распространенность целиакии у пациентов с АИГ выше (2,8–7,5%), чем в общей популяции (около 1%), а поэтому необходим скрининг у данной категории больных.

Цель. Определить распространенность целиакии у больных АИГ.

Материалы и методы. В исследование включены 153 пациента (96% женщин) с верифицированным диагнозом АИГ. Всем пациентам выполнено исследование по идентификации генетических детерминант целиакии (HLA-типирование с оценкой DQA1, DQB1), определение антител

(ат) к тканевой трансглутаминазе – ТТг (IgG и IgA), проведена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с биопсией из залуковичных отделов двенадцатиперстной кишки.

Результаты. У 53 (10%) пациентов с АИГ выявлены гены целиакии: в 89% случаев – *HLA-DQ2* и в 11% – *HLA-DQ8*. Данной категории пациентов проведено исследование на ат к ТТг, а также ЭГДС с биопсией из залуковичных отделов двенадцатиперстной кишки. В 5,6% случаев (3 человека) выявлены ат к ТТг, и в 3,7% случаев (2 человека) диагноз целиакия подтвержден генетически, серологически и морфологически. Два пациента (мужчина и женщина, возраст 20 и 31 год соответственно), которым установлен диагноз целиакии, находились на иммуносупрессивной терапии, однако имели недостаточный биохимический ответ. При дальнейшем наблюдении за пациентами в течении 6 мес на фоне аглутеновой диеты и продолжающейся иммуносупрессивной терапии зафиксирован полный биохимический ответ.

Заключение. Исследование по изучению вероятности патогенетической связи АИГ и целиакии продемонстрировало более высокую распространенность целиакии среди пациентов с АИГ по сравнению с общей популяцией. *HLA-DR3*, экспрессируемый при АИГ, имеет сильную связь с *HLA-DQ2* и может объяснять связь между этими заболеваниями. Соблюдение строгой безглютеновой диеты может даже способствовать ремиссии АИГ. Результаты нашего исследования позволяют рекомендовать проведение расширенного скрининга на целиакию среди пациентов с АИГ.

СЛОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

И.Ю. Колесникова

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрова России, Тверь, Россия

Цель. Провести анализ подбора терапии у пациентки преклонного возраста, страдающей болезнью Крона (БК).

Материалы и методы. Приведено собственное клиническое наблюдение сложности подбора базисной терапии БК у женщины 72 лет.

Результаты. Женщина 72 лет обратилась с жалобами на боли в животе, выраженную слабость, неустойчивый стул, потерю массы тела за полгода на 7 кг. При колоноскопии выявлен терминальный илеит в стадии язв-трещин, гистологически без гранулем, дивертикулярная болезнь толстой кишки. Больной назначен будесонид на 12 нед, азатиоприн, месалазин и курсовое лечение рифаксимин (с учетом сопутствующей дивертикулярной болезни). Через 1 мес больная отметила улучшение самочувствия, уменьшение болей в животе, тенденцию к нормализации стула. Через 4 мес от начала лечения пациентка обратилась к гастроэнтерологу с жалобами на выраженный афтозный стоматит, нарушающий питание, боли в животе, потерю массы тела на 3 кг. При контрольной колоноскопии сохранились язвы-трещины. Проведена замена базисной терапии на метотрексат, продолжено лечение месалазином, антибактериальная терапия рифаксимин, назначалась фолиевая кислота, ферменты, спазмолитики, энтеральное дополнительное питание. На фоне лечения в течение 4 мес отмечены выраженные побочные эффекты в виде тошноты-рвоты, снижения скорости клубочковой фильтрации до 45 мл/мин (сопутствующие гипертоническая болезнь и хроническая болезнь почек). В качестве базисной терапии назначен 6-меркаптопурин. При динамическом наблюдении в течение 2 мес отмечено снижение уровня лейкоцитов до $2,5 \times 10^9/\text{л}$. При контрольной колоноскопии эндоскопической ремиссии нет. Врачебным консилиумом принято решение воздержаться от назначения препаратов генно-инженерной терапии, учитывая высокие риски в старшей возрастной группе; назначен повторный курс будесонида и половинная доза 6-меркаптопурина.

Заключение. Существуют объективные сложности подбора базисной терапии БК у людей пожилого возраста в связи с повышением риска неблагоприятных лекарственных явлений препаратов иммуносупрессивного действия.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ВЗДУТИЕМ ЖИВОТА

И.А. Шоломицкая-Гулевич, Н.В. Капралов, В.И. Курченкова

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

Цель. Изучить клинические особенности и психологический статус пациентов с функциональным вздутием живота и проанализировать их различия по степени тяжести метеоризма при функциональных желудочно-кишечных расстройствах (ФЖКР).

Материалы и методы. Обследованы 96 пациентов с ФЖКР в возрасте от 24 до 68 лет ($37,4 \pm 4,33$). Среди больных было 42 мужчины и 54 женщины. Контролем служили 34 пациента с ФЖКР без вздутия живота в возрасте $25,2 \pm 2,53$ года (М:Ж=11:23). Средняя продолжительность жалоб у больных, включенных в исследование, составляла 3,7 года. Диагноз вздутия живота выставлен на основании Римских критериев IV. Степень тяжести вздутия живота классифицировали как минимальную, умеренную или тяжелую. Для оценки характера симптомов вздутия живота, дефекации, депрессии, беспокойства, соматизации и нарушений сна использовали специфические опросники. Связи между тяжестью вздутия живота, клиническими характеристиками и подтипами ФЖКР проанализированы в одномерном и многомерном моделировании.

Результаты. Минимальная степень вздутия живота зарегистрирована у 36 (37,5%) пациентов, умеренная – у 34 (35,4%), а тяжелая – у 26 (27,1%). Среди больных с тяжелым метеоризмом преобладали женщины молодого возраста. В этой же группе чаще отмечали сопутствующую функциональную диспепсию ($p < 0,05$). При многовариантной регрессии у пациентов, которые соответствовали критериям функционального запора и функциональной диспепсии, шансы сильного вздутия живота были на 80 и 125% выше соответственно по сравнению с вздутием живота с проявлениями от минимального до умеренного. Тяжесть метеоризма имела прямую корреляционную зависимость с молодым возрастом, тяжестью боли в животе, наличием запора, а также с изменениями в психологическом статусе ($p < 0,05$).

Заключение. Выраженный метеоризм наиболее часто встречается в молодом возрасте, у пациентов с выраженным болевым синдромом в животе, запорами и психологическими нарушениями. Тяжелое вздутие живота чаще регистрировали у пациентов с критериями функционального запора и функциональной диспепсии.

ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ТОНКОЙ КИШКИ

О.В. Ахмадулина, Т.Н. Кузьмина, Н.И. Белостоцкий, А.И. Парфенов

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

У пациентов после резекции тонкой кишки выявляются нарушения пищеварения, которые проявляются клиническими и лабораторными нарушениями и рассматриваются в рамках синдрома нарушенного всасывания различной степени тяжести. Исследование изменений мембранного пищеварения в данной группе больных позволит улучшить лечение.

Цель. Оценка клинической картины и мембранного пищеварения у пациентов, перенесших резекцию тонкой кишки.

Материалы и методы. Обследованы 22 больных с синдромом резецированного кишечника после резекции тонкой кишки; из них после резекции тощей кишки – 4 больных, после резекции подвздошной кишки – 18 больных, длительность оперативного лечения составляла более 1 года у всех обследованных больных; из них 68,2% составили женщины, средний возраст – 51,2±17,0 лет. У 20 больных выявлены жалобы на жидкий стул 3 раз в сутки и более, урчание в животе, 16 пациентов предъявляли жалобы на вздутие живота. По данным лабораторных показателей у 20 пациентов выявлена гипопроteinемия, из них у 9 – гипоальбуминемия, у 17 – железодефицитная анемия, у 5 – латентный дефицит железа. Электролитные нарушения: гипокалиемия выявлена у 8 пациентов, гипокальциемия – у 4 пациентов с резецированной тонкой кишкой.

Проводилось исследование активности дисахаридаз слизистой оболочки тонкой кишки (СОТК) как показателей мембранного пищеварения (глюкоамилазы, мальтазы, лактазы и сахаразы) на уровне двенадцатиперстной кишки и терминального отдела подвздошной кишки, активность которых измерялась в нг глюкозы на 1 мг ткани в минуту методом А. Далквиста.

Результаты. При исследовании активности ферментов СОТК в двенадцатиперстной кишке у 22 пациентов пониженный уровень активности глюкоамилазы выявлен у 3 пациентов, активности мальтазы – у 1 пациента, пониженный уровень активности сахаразы – у 1 пациента, активности лактазы – у 16 пациентов.

При исследовании активности ферментов СОТК в терминальном отделе подвздошной кишки у 6 пациентов пониженный уровень активности мальтазы выявлен у 1 пациента, снижение активности сахаразы – у 1 пациента, снижение активности лактазы – у 3 пациентов, снижения активности глюкоамилазы не выявлено. Таким образом, у большинства пациентов выявлялся пониженный уровень лактазы в верхних отделах тонкой кишки и в подвздошной кишке, корреляционно значимой частоты снижения активности других исследованных ферментов не выявлено.

Заключение. По данным исследования пищеварительной функции у большинства пациентов, перенесших резекцию тонкой кишки, выявлено снижение активности лактазы. Достоверного снижения активности других дисахаридаз не отмечено. Пациентам после резекции тонкой кишки показано назначение персонализированной диеты с повышенным содержанием белка. Одной из рекомендаций может явиться исключение цельного молока; возможно рассмотрение назначения препаратов лактазы.

ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МИКРОСКОПИЧЕСКОГО КОЛИТА

М.Э. Ахмедова¹, Т.Н. Кузьмина¹, Н.А. Фадеева¹⁻³, Э.И. Алиев¹, Н.С. Карнаухов¹, И.А. Ли¹, С.Г. Хомерики¹, А.И. Парфенов¹

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

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

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

Введение. Эпидемиологические данные за последние 15 лет свидетельствуют о неуклонном повышении распространенности и заболеваемости микроскопическим

колитом (МК). В настоящее время МК среди других заболеваний кишечника является одной из наиболее актуальных точек пересечения интересов практической и фундаментальной медицины и требует дальнейшего изучения.

Цель. Определить частоту встречаемости МК среди пациентов с заболеваниями кишечника, изучить факторы риска, предрасполагающие к развитию МК, и клинические особенности течения данного заболевания.

Материалы и методы. Проанализированы данные 6421 пациента, обратившегося в ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» в период 2022–2023 гг. с заболеваниями кишечника. Все пациенты были обследованы, в том числе проводились эзофагогастродуоденоскопия с биопсией слизистой оболочки нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки и илеоколоноскопия с лестничной биопсией.

Результаты. Частота встречаемости МК среди пациентов с заболеваниями кишечника составила 0,9% (n=54), из них с лимфоцитарной формой МК – 0,5% (n=34, мужчин – 14, женщин – 20), коллагенозной формой – 0,4% (n=20, мужчин – 7, женщин – 13). Средний возраст пациентов составил 47,2±28,1 года.

В отличие от ранее известных установленных факторов риска, таких как возраст старше 65 лет, в нашем исследовании 70,4% больных составили лица молодого (n=27) и среднего (n=11) возраста. Пациентов старше 60 лет было не более 30% (n=16).

Установлено также, что женский пол является значимым фактором риска развития МК. В нашем исследовании не выявлено значимых гендерных различий для лимфоцитарной формы МК, при этом коллагенозная форма МК в 2 раза чаще отмечалась у пациентов женского пола.

В 70,3% случаев (n=38) пациенты принимали лекарственные препараты, ассоциированные с развитием МК: ингибиторы протонной помпы (n=19), нестероидные противовоспалительные препараты (n=9), антиагреганты (n=10), селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (n=2).

У пациентов с МК в 62,9% случаев имелись другие аутоиммунные заболевания и их сочетания: аутоиммунный тиреодит – 25,9%, целиакия – 16,6%, аутоиммунный атрофический гастрит – 9,3%, псориаз – 7,4%, ревматоидный артрит – 3,7%, спондилоартрит, бронхиальная астма, атопический дерматит, витилиго, сахарный диабет 1-го типа – по 1,9%.

В 42,5% случаев у пациентов с МК выявлена желчнокаменная болезнь на различных стадиях, что обусловлено нарушением энтерогепатической циркуляции желчных кислот.

Клиническими симптомами у большинства пациентов были диарея – 87,0%, боль в животе – 94,4%, вздутие – 72,2%, общая слабость – 81,4%, снижение массы тела – 51,9%. При этом индекс массы тела у всех пациентов был в среднем 22,4±1,9. Лишь у одного пациента имелось ожирение 1-й степени.

Провоспалительные маркеры (С-реактивный белок, уровень лейкоцитов крови, скорость оседания эритроцитов, фибриноген) у всех пациентов были в пределах референсных значений (p<0,05).

Уровень фекального кальпротектина у большинства пациентов был выше нормы, но имел статистически меньшие значения по сравнению с пациентами с воспалительными заболеваниями кишечника и составил 172±35 мкг/г (p<0,05).

Заключение. Частота МК среди пациентов с заболеваниями кишечника составила 0,9%. Медиана возраста дебюта МК составила 47,2 года. Также в нашем исследовании не выявлено значимых гендерных различий для лимфоцитарной формы МК. Эти данные отличаются от традиционных факторов риска МК, таких как пожилой возраст и женский пол.

ОСОБЕННОСТИ СПЕКТРА БАКТЕРИАЛЬНЫХ МЕТАБОЛИТОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ И СПЕКТРА АМИНОКИСЛОТ КРОВИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.Ю. Сильвестрова, О.А. Смирнова, Т.Н. Кузьмина, А.В. Сергеева, М.А. Игнатъева, Е.М. Коляго

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

Изучение состояния иммунитета поджелудочной железы (ПЖ) привело к открытию существования кишечных бактерий, подавляющих иммунитет при раке ПЖ (РПЖ). Так, было показано, что *Lactobacillus* влияют на функцию макрофагов, метаболизируя незаменимую аминокислоту (АК) триптофан в индолы, активирующие арилуглеводородный рецептор, что приводит к подавлению противоопухолевого иммунитета в ПЖ.

Цель. Оценка характера и интенсивности метаболических процессов в толстой кишке (ТК) у больных раком ПЖ в сопоставлении со спектром АК крови.

Материалы и методы. Обследованы 14 больных РПЖ до операции. При этом 7 пациентам не проводилась химиотерапия (гр. 1), а другим 7 была назначена комбинированная химиотерапия (гр. 2). Всем пациентам выполнялись исследования метаболической активности микрофлоры ТК по данным содержания короткоцепочечных жирных кислот (КЖК) – уксусной, пропионовой, масляной, валериановой, капроновой, изомаляной, изовалериановой и изокапроновой – в копрофильтратах методом газожидкостной хроматографии. В крови больных методом жидкостной хроматографии определялись отдельные АК: глутамин, аланин, триптофан.

Результаты. У 70% больных отмечается снижение метаболической активности микрофлоры ТК в среднем на 30%. Особенностью структуры бактериальных метаболитов (БМ) гр. 1 было статистически незначимое снижение концентрации изоксилот протеолизической части БМ – (Ме 0,4518 vs N 0,65, NS), тогда как у больных гр. 2 эти показатели были повышены более чем в 2 раза как абсолютные значения (Ме 1,55 мг/г vs 0,65 мг/г, $p < 0,024$). Так, их доля в суммарной концентрации БМ: Ме 21,98% vs 5,9%, $p < 0,01$. В спектре аминокислот выделяется незаменимая АК триптофан, концентрация которой превышает норму (N: 30–90 мкмоль/л) в 2 раза: гр. 1 – Ме 204,2 мкмоль/л vs N; гр. 2: 193,5 мкмоль/л vs N; $p < 0,01$.

Заключение. Повышение доли изо-КЖК – патогенной части БМ – и высокая концентрация триптофана в крови могут способствовать как развитию воспаления, так и подавлению иммунитета в ПЖ.

РАССТРОЙСТВА ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ЦЕЛИАКИЕЙ

С.В. Быкова¹, Е.А. Сабельникова^{1,2}, Д.А. Дегтерев¹, Л.Д. Фирсова¹, А.И. Парфенов²

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

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

От того, насколько быстро и эффективно пациент адаптируется к новому образу жизни, осознает важность пожизненного и строго соблюдения аглутеновой диеты, будет зависеть дальнейшее течение целиакии. Однако у пациентов с впервые установленным диагнозом целиакии еще до начала соблюдения аглутеновой диеты наблюдаются проблемы с психической адаптацией, что, вероятнее всего, связано с течением заболевания, наличием жалоб и сложностями диагностики.

Цель. Оценить особенности психоэмоциональных нарушений у пациентов с впервые выявленной глютеновчувствительной целиакией.

Материалы и методы. Обследованы 48 пациентов с глютеновчувствительной целиакией; группу контроля составили 20 человек, не имеющих заболеваний желудочно-кишечного тракта. Проведен сбор жалоб, оценивающих состояние психоэмоциональной сферы. Для уточнения расстройств психической адаптации применялось психодиагностическое тестирование с применением Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), оценки личностной и ситуативной тревожности (опросник Спилбергер-Ханина).

Результаты. У пациентов с впервые выявленной целиакией имеется широкий спектр жалоб: повышенное беспокойство – 36 (75%) больных, постоянное внутреннее напряжение – 28 (58,3%) больных, раздражительность – 34 (70,8%), тревога – 29 (60,4%), страх по поводу состояния здоровья – 31 (64,6%), навязчивые мысли негативного содержания – 29 (60,4%), снижение настроения – 21 (43,7%), нарушение сна – 25 (52%), слабость и быстрая утомляемость – 42 (87,5%), ощущение подавленности – 17 (35,4%). Представленные данные свидетельствуют о большом количестве жалоб как тревожного (повышенное беспокойство – 75%, слабость и быстрая утомляемость – 87,5%, раздражительность – 70,8%, страх по поводу состояния здоровья – 64,6%), так и депрессивного спектра (навязчивые мысли негативного содержания – 60,4%, нарушение сна – 52%). При проведении тестирования у большинства (72,8%) пациентов с целиакией наблюдается повышение уровня тревоги различной степени выраженности, что значительно отличается от контрольной группы (15,0%); $p < 0,01$. Эмоциональные расстройства депрессивного спектра (как субклиническая, так и клинически значимая депрессия) выявлены у 13 (27,0%) пациентов с целиакией, что также достоверно отличается от контрольной группы ($p = 0,05$). Большинство больных целиакией демонстрировали как ситуационную (72,9%), так и личностную тревожность (66,7%), что существенно отличалось от контрольной группы. При этом уровень ситуационной тревожности был умеренным у 51,2% пациентов с целиакией, в то время как 43,75% пациентов имели высокий уровень личностной тревожности.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что у больных с впервые выявленной целиакией имеются расстройства психологической адаптации, поэтому в процесс наблюдения за ними необходимо включать консультацию и наблюдение психолога.

ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ ДИСАХАРИДАЗ ТОНКОЙ КИШКИ МОЖЕТ ОБОСНОВЫВАТЬ ПРИМЕНЕНИЕ ДИЕТЫ FODMAP: ОПЫТ ГБУЗ «МКНЦ ИМ. А.С. ЛОГИНОВА»

С.В. Быкова, С.Р. Дбар, Е.А. Сабельникова, Н.И. Белостоцкий, А.И. Парфенов

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

Известно, что у больных с синдромом раздраженного кишечника (СРК) переход на диету low-FODMAP способствует уменьшению выраженности кишечных симптомов вследствие снижения нагрузки на ферментные системы тонкой кишки и повышения активности карбогидраз.

Цель. Оценить влияние диеты low-FODMAP на динамику активности дисахаридаз у больных с СРК с симптомами пищевой непереносимости.

Материалы и методы. В исследование включены 20 больных с СРК в возрасте от 18 до 50 лет [медиана 32,0 года, Q1=27,0, Q3=38,0, p -value (Шапиро-Уилка) $< 0,05$]. У больных собраны жалобы, проанализирован диетический анамнез с акцентированием на непереносимость продуктов FODMAP и возникновение/усиление клинических симптомов при употреблении в пищу молочных продуктов.

Всем больным выполнена эзофагогастродуоденоскопия с биопсией из залуковичного отдела двенадцатиперстной кишки с целью определения активности четырех кишечных карбогидраз: лактазы, сахаразы, мальтазы и глюкоамилазы по методу Далквиста в модификации Н.И. Белостоцкого. Контрольная группа состояла из 30 условно здоровых человек, сопоставимых по возрасту и полу с обследованными больными с СРК. Среди них 10 мужчин и 20 женщин (средний возраст – 31,2±9,2 года). Активность кишечных ферментов в данной группе была в пределах референсных значений. Статистическую обработку данных проводили с применением компьютерной программы Statistica 8.0 (StatSoft Inc, США).

Результаты. Проведенный анализ ферментативной активности показал, что исходно уровень кишечных карбогидраз у больных с СРК ниже по сравнению с показателями контрольной группы: в группе больных с СРК активность глюкоамилазы 64,0 (39,0–104,2) vs в контрольной группе 489,5 (231,5–699,3); $p < 0,01$; активность мальтазы 455,0 (308,5–528,0) vs в контрольной группе 886,5 (754,5–1146,0); $p < 0,01$; активность сахаразы 29,5 (19,0–37,6) vs в контрольной группе 124,0 (94,0–210,0); $p < 0,01$; активность лактазы 6,5 (4,0–10,3) vs в контрольной группе 55,5 (43,0–77,3); $p < 0,01$. Через 2 мес после соблюдения диеты low-FODMAP активность всех исследованных ферментов увеличилась, хотя статистически значимое увеличение отмечено только для лактазы [6,5 (4,0–10,3) vs 10,0 (6,0–13,0)] и сахаразы [(29,5 (19,0–37,3) vs 37,0 (30,8–44,0)]; $p < 0,05$.

На фоне соблюдения диеты low-FODMAP наблюдалось клиническое улучшение в виде уменьшения жалоб на боли, вздутие, урчание в животе, тошноту и диарейный синдром, однако статистическая разница выявлена только для вздутия живота и диареи ($p < 0,05$).

Заключение. Снижение субстратной нагрузки на ферментные системы слизистой оболочки тонкой кишки способствует уменьшению клинических симптомов у больных с СРК с непереносимостью продуктов, содержащих FODMAP, и открывает перспективу для дальнейшего изучения отдельной нозологической формы – энтеропатии с нарушением мембранного пищеварения.

ТРУДНОСТИ СЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЦЕЛИАКИИ

С.В. Быкова¹, Е.А. Сабельникова^{1,2}, К.К. Носкова¹, А.А. Новиков¹, А.С. Дорофеев¹, Р.Б. Гудкова¹, А.И. Парфенов¹

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

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

Целиакия (глютеновая энтеропатия) – это системное заболевание, характеризующееся аутоиммунной энтеропатией, которая возникает при употреблении глютена у людей с генетической предрасположенностью: наличием специфических циркулирующих аутоантител и гаплотипами антигена лейкоцитов человека. Классические клинические проявления включают диарею и синдром нарушенного всасывания, однако заболевание может также проявляться внекишечными симптомами, такими как остеопороз, железодефицитная анемия и гипертрансаминаземия, или протекать совершенно бессимптомно. Скрининг на целиакию не рекомендуется для населения в целом и должен проводиться в группах высокого риска. Диагностика целиакии сложна и основана на серологических тестах, гистологическом исследовании тонкой кишки и генетическом тестировании. Особую сложность вызывает диагностика серонегативной целиакии, а также уточнение диагноза у серопозитивных пациентов, которые самостоятельно перешли на безглютеновую диету (БГД) до гистологического

обследования. Подтверждение диагноза серонегативной целиакии возможно только после исключения других состояний, сопровождающихся атрофией слизистой оболочки тонкой кишки (СОТК), и положительной динамики в виде нормализации морфологической структуры на фоне БГД. При подозрении на серонегативную целиакию должны быть исключены такие заболевания, как аутоиммунная энтеропатия (положительные антитела к энтероцитам), общий переменный иммунодефицит, болезнь Крона, эозинофильный гастроэнтерит, инфекционные заболевания (болезнь Уиппла, Г. лямблии, туберкулез, ВИЧ-ассоциированная энтеропатия и тропический спру), избыточный бактериальный рост, лимфопролиферативные заболевания и энтеропатия, связанная с приемом лекарств. Необходимо проанализировать лекарственный анамнез. Патология серонегативного варианта целиакии до сих пор не ясна, но некоторые исследования показали, что высокое сродство антител к антигенам приводит к тому, что антитела задерживаются в собственной пластинке слизистой оболочки и не поступают в кровотоки.

Диагностика целиакии только на основании положительных серологических маркеров более 10 норм, что допустимо у детей, невозможна у взрослых, так как проведение эзофагогастродуоденоскопии с последующим гистологическим изучением биоптатов важно не только для окончательного подтверждения диагноза целиакии, но и в сложных случаях дифференциальной диагностики, а также рефрактерного течения:

- 1) высокие титры антител к тканевой транскламиназе могут быть ложноположительными у пациентов с аутоиммунными заболеваниями, такими как тиреоидит, сахарный диабет 1-го типа, заболевания соединительной ткани;
- 2) выявление сопутствующих заболеваний, таких как аутоиммунных гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, при диагностике хеликобактерной инфекции, лимфоцитарного или коллагенозного колита;
- 3) дифференциальный диагноз аденокарциномы тонкой кишки или Т-клеточной лимфомы, ассоциированной с энтеропатией (EATL);
- 4) комплексное обследование бессимптомных пациентов, чтобы убедиться в правильности диагноза;
- 5) оценка состояния СОТК при дальнейшем наблюдении, в том числе и при рефрактерной целиакии.

Генетическое тестирование не требуется для диагностики целиакии, оно играет важную роль для исключения целиакии, поскольку отсутствие HLA-DQ2/8 имеет практически 100-процентную отрицательную прогностическую ценность. Это особенно полезно для серонегативных пациентов, пациентов, соблюдающих безглютеновую диету, которые отказываются от эндоскопии.

Заключение. В настоящее время серологические маркеры являются одним из главных инструментов диагностики целиакии с высокой прогностической значимостью, хорошей воспроизводимостью и надежностью. Однако подтверждение диагноза целиакии у взрослых требует проведения гистологического исследования, даже в случае серонегативной целиакии.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БИОПТАТОВ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА

А.С. Тertychnyy¹, Х.М. Ахриева², Н.В. Пачуашвили¹, Л.С. Урусова¹, Н.С. Маренич³

¹ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия;

²ФГБОУ ВО «Ингушский государственный университет» Минобрнауки России, Магас, Россия;

³ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница» Департамента здравоохранения Московской области, Москва, Россия

Введение. В повседневной патологоанатомической практике большое количество биоптатов подвздошной кишки поступает для морфологической диагностики с направляемым диагнозом «болезнь Крона» (БК), и с каждым годом таких биоптатов становится все больше. В части случаев эти биоптаты являются одиночными с учетом отсутствия видимых поражений в других отделах желудочно-кишечного тракта, а сопроводительная клиническая информация ограниченной.

Цель. Провести анализ консультативного и текущего диагностического биопсийного материала для определения диагностической ценности биоптатов подвздошной кишки и возможного спектра морфологических изменений, обнаруживаемых у больных с подозрением на воспалительные заболевания кишечника (ВЗК).

Материалы и методы. Мы проанализировали результаты изучения биоптатов подвздошной кишки, которые поступали в централизованное патологоанатомическое отделение Клинического центра ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет) за период с 2022 по 2024 г. для текущей диагностики, а также для проведения консультаций готовых гистологических препаратов. За это время изучено 568 биоптатов подвздошной

кишки от 154 пациентов и дополнительно пересмотрено 200 готовых гистологических препаратов от 48 консультативных пациентов.

Результаты. При изучении биоптатов подвздошной кишки вариант гистологической нормы верифицирован у 112 пациентов, очаговый активный илеит – в 42 случаях, а хронический активный илеит – в 63 случаях. Хронический активный илеит с морфологическими изменениями, крайне подозрительными в отношении БК, установлен в 47 (23%) наблюдениях. Тем самым можно сделать заключение, что вероятность постановки диагноза БК по результатам изучения биопсии подвздошной кишки остается невысокой.

Заключение. Постановка диагноза хронического илеита требует от патологоанатома поиска и обнаружения достоверных признаков хронизации, к которым помимо структурной перестройки и плазматизации клеточного инфильтрата, которые не всегда легко определяются в неориентированных биоптатах и обладают плохой воспроизводимостью между специалистами, следует отнести обнаружение псевдопилорической метаплазии, гиперкринию, обнаружение микрогранулем и эпителиоидных гранулем. Обнаружение этих изменений является серьезным аргументом в пользу регионарного илеита при БК, но окончательно трактовать эти изменения патологоанатом должен в контексте клинической информации и подтверждающих данных визуальных методов диагностики.

Хирургическая гастроэнтерология

РИСК РАЗВИТИЯ САРКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ БАРИАТРИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

О.В. Галимов¹, В.О. Ханов¹, А.Г. Сафаргалина¹, Ф.Р. Нагаев², Д.М. Минигалин²

¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, Россия;

²ФГБОУ ВО «Клиника БашГМУ» Минздрава России, Уфа, Россия

Введение/Цель. Определить риск развития и прогрессирования саркопии у бариатрических пациентов после лапароскопической продольной резекции желудка (ЛПРЖ) и после лапароскопического гастроэнтероанастомозирования (ЛГШ) по Ру.

Материалы и методы. Проведен анализ современной научной литературы, клинических рекомендаций и выявления проблем в диагностике саркопии, выборе метода лечения и послеоперационного ведения таких больных. Авторами проанализированы 30 пациентов с морбидным ожирением. Всем больным на дооперационном (амбулаторном) этапе выполнялся стандартный алгоритм обследований, включающий антропометрическое исследование, исследование общего и биохимического анализов крови (глюкоза крови, общий белок, альбумин, липидограмма). Для определения степени саркопии выбран метод определения с помощью компьютерной томографии области головы и шеи (Патент №2815157 С1 Российская Федерация, МПК А61В 6/00, А61В 5/107. Способ диагностики саркопии у больных с морбидным ожирением: №2023133127: заявл. 14.12.2023; опублик. 11.03.2024).

Результаты. Индекс массы тела в двух сравниваемых группах не имел статистических различий и составил в среднем 37,2 и 40,6 кг/м². При контрольных исследованиях через 3, 6, 12 мес наблюдались удовлетворительные результаты снижения массы тела в обеих группах. По результатам проводимого нами исследования в группе после ЛПРЖ через 12 мес после операции выявлено 53,4% случаев саркопии против 40% на дооперационном этапе. В группе ЛГШ по Ру через 12 мес – 60% против 26,7% на дооперационном этапе.

Заключение. Бариатрические вмешательства приводят к значительным изменениям состава тела, касающимся не только потери жировой массы, но также снижения массы скелетных мышц. В группе ЛГШ по Ру прогрессирование признаков саркопии было более выражено по сравнению с группой пациентов, которым проведена ЛПРЖ. Таким образом, пациенты после бариатрических операций могут подвергаться риску развития или прогрессирования саркопии. Также, учитывая зависимость развития саркопии от выбранного оперативного метода вмешательства, необходимо обследование пациентов на дооперационном этапе для выбора более безопасного хирургического вмешательства.

УДАЛЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ СРЕДНИХ РАЗМЕРОВ НА ШИРОКОМ ОСНОВАНИИ ПРИ АМБУЛАТОРНОЙ КОЛОНОСКОПИИ: БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

А.Н. Ташкинов¹, А.В. Пырх¹, Е.Д. Федоров²

¹КГБУЗ КДЦ «Вивея» Минздрава Хабаровского края, Хабаровск, Россия;

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

Введение. В клинических рекомендациях различных обществ гастроинтестинальной эндоскопии отсутствует единство мнений об оптимальном методе удаления доброкачественных эпителиальных новообразований (ДЭН) толстой кишки среднего размера на широком основании при амбулаторной колоноскопии, что связано с более высокой частотой удаления фрагментами и более низкой частотой радикальности (R0) вмешательства по сравнению с образованиями менее 10 мм.

Материалы и методы. С 1 января 2017 г. по 31 декабря 2022 г. проведено удаление 123 эпителиальных новообразований толстой кишки средних размеров (10–15 мм) на широком основании у 109 пациентов методами электроэксцизии (65) и «холодной» эксцизии (58). Группы статистически значимо не отличались по полу, среднему возрасту пациентов, а также по локализации, среднему размеру, макроскопическому типу новообразований и морфологическому строению.

Результаты. Процент удаления ДЭН единым блоком методом электроэксцизии был статистически незначимо ($p>0,05$) выше (84,6%) по сравнению с удалением методом холодной эксцизии (67,2%), частота радикальности (R0) вмешательства составила соответственно 78,5 и 68,9% ($p>0,05$), показатель рецидивов в сроки наблюдения 12,0±7,8 мес составил соответственно 5,3 и 6,1% ($p>0,05$). Нежелательные последствия после электроэксцизии наблюдались статистически значимо чаще ($p<0,05$), чем после «холодной» эксцизии: 8/63 (12,7±4,2%) и 1/46 (2,2±2,1%) соответственно, причем после удаления ДЭН методом «холодной» петли такие осложнения, как отсроченное кровотечение, постполипэктомический синдром и перфорация, не наблюдались.

Заключение. Метод «холодной» эксцизии при удалении ДЭН толстой кишки на широком основании размерами 10–15 мм сопровождается статистически незначимо менее высокой эффективностью (удаление единым блоком, радикальность вмешательства R0 и частота рецидивов), но сопровождается статистически значимо менее высокой частотой нежелательных последствий по сравнению с электроэксцизией.

ВНУТРИПРОТОВАЯ ПАПИЛЛЯРНАЯ МУЦИНОЗНАЯ НЕОПЛАЗИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

В.Е. Херай, А.Н. Ванькович, А.А. Королева, П.В. Тараканов, Д.Е. Коваленко, Д.В. Фисенко, М.Г. Ефанов

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

Введение. Внутривнутрипротоковая папиллярная муцинозная неоплазия желчных протоков (IPNB) – одна из мало изученных нозологий в структуре опухолей желчных протоков. В связи с редкой встречаемостью заболевания отсутствуют крупные рандомизированные клинические исследования, стандартизирующие дооперационную диагностику и объем хирургического лечения.

Материалы и методы. В исследование включены 22 пациента с IPNB, прооперированные с 2016 по 2024 г. Изучались периоперационные и отдаленные результаты.

Результаты. Более 1/2 пациентов с IPNB прооперированы с использованием минимально инвазивных методик. Около 50% пациентов перенесли обширные хирургические вмешательства. У 1/2 пациентов ранний послеоперационный период протекал без осложнений. Доля тяжелых осложнений (Clavien–Dindo >II) составила 92% (от пациентов с

осложнениями). У 36% пациентов имели место билиарные осложнения (желчная фистула, биллома и др.), как правило, в результате несостоятельности билиодигестивного анастомоза. Госпитальная летальность отсутствовала. Выживаемость пациентов с IPNB была достоверно лучше по сравнению с пациентами с IPNB-карциномой ($p=0,027$). Пациенты с дисплазией не достигли медианы выживаемости. Медиана выживаемости пациентов с инвазивной опухолью составила 22 мес. Структуру летальности пациентов с IPNB составляют не только летальность от послеоперационных осложнений и инвазивности опухоли, но и летальность от тяжелого холангита и печеночной недостаточности в результате обтурации желчных протоков муцином.

Выводы. В структуре заболеваемости IPNB примерно 1/2 пациентов имеют ассоциированную с IPNB инвазивную карциному. Прогноз неблагоприятный, но в случаях IPNB-карцином зависит не только от наличия злокачественного компонента, но и от осложнений, связанных с гиперпродукцией муцина. В связи с редкостью заболевания необходимо накопление опыта, в том числе многоцентрового, для поиска оптимальных диагностических и тактических решений.

ЭТАЛОННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВОРОТНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЫ

П.В. Тараканов, А.А. Королева, А.Н. Ванькович, Д.Е. Коваленко, Д.В. Фисенко, М.Г. Ефанов

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

Введение. Оценка результатов лечения с использованием эталонного результата (ЭР) широко используется в хирургии печени. Ограниченное число исследований посвящено оценке достижения ЭР хирургического лечения воротной холангиокарциномы. Результаты этих исследований противоречивы.

Цель. Оценка частоты достижения ЭР после резекции у пациентов с воротной холангиокарциномой, включая изучение факторов, влияющих на достижение и недостижение ЭР (нЭР), и оценка влияния достижения ЭР на выживаемость.

Материалы и методы. В исследование включены пациенты с воротной холангиокарциномой, оперированные с 2013 по 2024 г. Для оценки достижения ЭР использовались следующие критерии: отсутствие осложнений $\geq 3b$ по Clavien-Dindo, R0-резекция: длительность госпитализации не более 29 дней (75% перцентиль по выборке), отсутствие 90-дневной повторной госпитализации, отсутствие 90-дневной летальности. Оценивалось влияние ЭР на выживаемость, а также методом бинарной логистической регрессии оценивалось влияние факторов на достижение ЭР.

Результаты. Изучены данные 191 пациента. Частота достижения ЭР составила 42,4%. Причины нЭР: сроки госпитализации (18,8%), положительный хирургический край (24,4%), повторная госпитализация и 90-дневная летальность (21,9 и 9,5% соответственно), осложнения $\geq 3b$ (31,5%). Медиана общей выживаемости в группах ЭР и нЭР составила 29 и 18 мес ($p=0,001$). Медиана безрецидивной выживаемости в группах ЭР и нЭР составила 23 и 14 мес ($p=0,07$). Факторами, достоверно влияющими на нЭР, были: возраст пациента ($p=0,034$), тяжелый холангит: G1 и G2 по Токийским критериям ($p=0,030$), кровопотеря ($p=0,016$), критерий T4 по классификации TNM ($p=0,028$).

Заключение. Достижение ЭР положительно влияет на общую и безрецидивную выживаемость. Учет факторов недостижения ЭР имеет важное прогностическое значение при планировании хирургического лечения пациентов с воротной холангиокарциномой.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭТАЛОННОГО РЕЗУЛЬТАТА В РАДИКАЛЬНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВОРОТНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЫ

П.В. Тараканов, А.А. Королева, А.Н. Ванькович, Д.Е. Коваленко, Д.В. Фисенко, М.Г. Ефанов

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

Введение. Хирургическое лечение воротной холангиокарциномы связано с большой частотой послеоперационных осложнений и неблагоприятных исходов даже в специализированных центрах. Целью исследования было определение факторов, влияющих на достижение эталонного результата (ЭР) хирургического лечения, а также разработка математической модели оценки вероятности достижения ЭР.

Материалы и методы. В исследование включены пациенты, оперированные по поводу воротной холангиокарциномы с 2013 по 2024 г. ЭР считался достигнутым при одновременном отсутствии осложнений $\geq 3b$ по Clavien-Dindo, при достижении R0-резекции: длительности госпитализации не более 29 дней (75-й перцентиль по выборке), отсутствии 90-дневной повторной госпитализации и летальности. Методом бинарной логистической регрессии оценивалось влияние факторов на достижение ЭР с последующим построением наиболее чувствительной и специфичной модели логистической регрессии.

Результаты. Изучены данные 191 пациента. В многофакторном анализе выявлены факторы, достоверно влияющие на недостижение ЭР: возраст пациента ($p=0,034$), тяжелый холангит (G1 и G2 по Токийским критериям; $p=0,030$), кровопотеря ($p=0,016$), опухолевая стадия T4 ($p=0,028$). При построении ROC-кривой AUC модели составил 0,715. Для увеличения чувствительности и специфичности модели добавлены факторы с уровнем значимости $p \leq 0,5$: индекс массы тела ($p=0,5$, $v=-0,026$), билиарное дренирование ($p=0,48$, $v=-0,582$), продолжительность операции ($p=0,06$, $v=-0,004$), ASA ≥ 3 ($p=0,26$, $v=-0,443$), роботический доступ ($p=0,06$, $v=1,590$), правосторонняя и расширенная резекция ($p=0,48$, $v=0,58$), число анастомозированных желчных протоков ($p=0,23$, $v=0,231$). Для указанной модели AUC составил 0,795.

Заключение. Учитывая большое число и сложное взаимодействие предикторов исхода лечения пациентов с воротной холангиокарциномой, учет только статистически достоверных факторов может быть недостаточен для построения прогностических моделей. Необходимо также учитывать клиническую значимость изучаемых факторов в совокупности с оценкой их статистического влияния.

БИЛИАРНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

П.В. Тараканов, А.А. Королева, А.Н. Ванькович, Д.Е. Коваленко, Д.В. Фисенко, М.Г. Ефанов

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

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

Материалы и методы. В исследование включены периперационные данные пациентов, которым выполнена резекция печени и внепеченочных желчных протоков по поводу опухолей желчных протоков перихилярной локализации с

2013 по 2024 г. Оценивались частота и тяжесть билиарных осложнений (по шкале ISGLS). Произведена оценка отдаленной выживаемости в зависимости от развития осложнений. При помощи бинарной логистической регрессии оценивались факторы, влияющие на развитие билиарных осложнений.

Результаты. Изучены данные 254 пациентов с различными опухолями, включая 191 (75%) воротную холангиокарциному, 40 (15,7%) внутривенечечных холангиокарцином, 11 (4,3%) внутрипротоковых папиллярных опухолей и 12 (5%) других опухолей. Робот-ассистированные резекции выполнены у 49 (19%) пациентов. Билиарные осложнения 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%). Летальные исходы при развитии билиарных осложнений наступили у 3 (1,2%) пациентов. У пациентов с билиарными осложнениями 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 билиарных осложнений ($p=0,20$).

Заключение. Выявление предикторов билиарных осложнений 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 ПРИ ВОРОТНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЕ

П.В. Тараканов, А.А. Королева, А.Н. Ванькович, Д.Е. Коваленко, Д.В. Фисенко, М.Г. Ефанов

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

Введение. Робот-ассистированные резекции (РАРП) по поводу воротной холангиокарциномы активно внедряются рядом клинических центров. Однако в настоящее время существуют лишь единичные исследования, сравнивающие результаты роботического и открытого доступа при хирургическом лечении воротной холангиокарциномы.

Материалы и методы. Изучены пациенты с воротной холангиокарциномой, оперированные с 2013 по 2024 г. РАРП выполнены 39 пациентам. Для сопоставления групп использовался метод псевдорандомизации в соотношении 1:1. Оценивались основные периоперационные результаты, а также общая и безрецидивная выживаемость.

Результаты. Изучены результаты лечения 189 пациентов. После выполнения псевдорандомизации отмечалось сопоставление робот-ассистированной и открытой групп по следующим параметрам: возраст [60 (56–67); 59 (50–69) лет; $p=0,44$], мужской пол (16, 18; $p=0,82$), ECOG-статус ($p=0,37$), ASA-статус ($p=0,31$), тип Bismuth I–II (18, 25%; $p=0,58$), TNM-стадия заболевания ($p=0,63$), число обширных резекций печени (95, 92%; $p=0,64$).

Робот-ассистированная и открытая группы не различались по величине кровопотери: 440 (250–500), 488 (200–500) мл; $p=0,78$; продолжительность оперативного вмешательства была выше в робот-ассистированной группе: 652 (570–687), 514 (440–600) мин; $p=0,001$. Число R0-резекций

и число удаленных лимфоузлов было выше в группе РАРП ($p=0,09$ и $0,03$ соответственно).

Робот-ассистированная и открытая группы не различались по числу значимых послеоперационных осложнений (>II, Clavien–Dindo) ($p=0,52$) и билиарных осложнений ($p=0,22$).

Медиана общей выживаемости после РАРП составила 44 мес, после открытых – 55 мес ($p=0,619$). Медиана безрецидивной выживаемости после РАРП составила 14 мес, после открытых резекций – 27 мес ($p=0,619$).

Заключение. Робот-ассистированный доступ демонстрирует лучшие результаты по частоте R0-резекций и числу удаленных лимфатических узлов, не увеличивая число послеоперационных осложнений и летальность.

РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ВОРОТНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЕ. КРИТЕРИИ ОТБОРА ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ РОБОТИЧЕСКОГО ДОСТУПА

П.В. Тараканов, А.А. Королева, А.Н. Ванькович, Д.Е. Коваленко, Д.В. Фисенко, М.Г. Ефанов

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

Введение. Робот-ассистированные резекции при воротной холангиокарциноме выполняются ограниченным количеством центров. В настоящее время не существует критериев отбора пациентов для применения роботического доступа. Цель исследования – определение критериев отбора пациентов для роботического доступа.

Материалы и методы. Произведена оценка достижения эталонного результата (ЭР) в робот-ассистированной и открытой группах с выявлением различий между предоперационными параметрами пациентов. Для оценки достижения ЭР использовались критерии: отсутствие осложнений $\geq 3b$ по Clavien–Dindo; R0-резекция; длительность госпитализации не более 29 дней (75-й перцентиль по выборке); отсутствие 90-дневной повторной госпитализации; отсутствие 90-дневной летальности. Также произведен анализ конверсий робот-ассистированного доступа.

Результаты. С 2013 по 2024 г. 40 пациентов прошли лечение робот-ассистированным и 151 пациент – открытым доступом. Частота достижения ЭР в робот-ассистированной группе составила 55%, в открытой группе – 39% ($p=0,07$). В робот-ассистированной группе меньше пациентов с оценкой физического статуса по ECOG >1 ($p=0,01$), стадией TNM III–IV ($p=0,07$), билиарных дренирований ($p=0,01$). При этом группы не различались по возрасту, полу, индексу массы тела пациентов, по числу обширных резекций печени и правосторонних гемигепатэктомий, а также по числу анастомозированных желчных протоков. После выравнивания пациентов по отличиям частота достижения ЭР в роботической группе составила 55%, в открытой группе – 50% ($p=0,67$). Из 40 робот-ассистированных резекций в 7 (7,5%) наблюдениях имела место конверсия доступа в открытый: у 6 (15%) пациентов ввиду необходимости сосудистой резекции и реконструкции, у 1 (2,5%) пациента по причине кровотечения.

Заключение. Робот-ассистированный доступ оправдан у соматически неотягощенных пациентов. Сосудистая инвазия, требующая резекции и реконструкции, в настоящее время является ограничением роботического доступа.

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОГО ЖЕЛЧНЫМ СВИЩОМ

А.Х. Бабаджанов¹, А.Г. Базарбаев¹, Г.З. Салиев², С.С. Иброхимов¹

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. В. Вахидова, Ташкент, Узбекистан;

²Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Цель. Изучить клинико-диагностические особенности течения эхинококкоза печени (ЭП), осложненного желчным свищом (ЖС), для улучшения диагностики и хирургического лечения.

Материалы и методы. Исследованы результаты лечения 412 пациентов с ЭП (2021–2024 гг.) из двух медицинских учреждений: РСНПМЦХ (264 пациента) и АГМИ (148 пациентов). Проведен анализ 399 эхинококковых кист с оценкой локализации, размеров и формы.

Результаты. Частота развития ЖС составила в РСНПМЦХ 20,1% (53 из 264), в АГМИ – 18,2% (27 из 148). ЖС диагностировались преимущественно интраоперационно: в РСНПМЦХ – 16,7%, в АГМИ – 13,5%. В послеоперационном периоде осложнение выявлялось: в РСНПМЦХ – 1,9%, в АГМИ – 2,7%. Прорыв в желчные протоки наблюдался: в РСНПМЦХ – 1,5%, в АГМИ – 2,0%.

Выявлена зависимость между стадией кисты и частотой формирования ЖС: при СЕ1 – 3,6% (3 из 84), при СЕ2 – 14,8% (32 из 216), при СЕ3 – 31,6% (25 из 79), при СЕ4 – 60,6% (20 из 33 пациентов).

Кисты с ЖС имели характерные особенности: чаще прилегали к воротам печени – 47,2% случаев против 12,8% при кистах без свищей, имели неправильную форму в 39,6% случаев против 15,6% и сопровождалась клиническими проявлениями в 54,7% случаев против 26,5%. При локализации кист с ЖС преобладало поражение правой доли печени – 67,9%, реже наблюдалось поражение левой доли – 20,8% и билобарная локализация – 11,3%.

Заключение. ЖС являются частым осложнением ЭП, требующим особого внимания из-за риска поздней диагностики. Установлена прямая зависимость между стадией кисты и формированием свища. Определены характерные особенности: локализация в правой доле, прилегание к воротам печени, неправильная форма и наличие клинической симптоматики. Результаты позволяют оптимизировать диагностику и хирургическое лечение ЭП с ЖС.

РОЛЬ ПРОКАЛЬЦИТОНИНА В СТРАТИФИКАЦИИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ХОЛАНГИТА

А.В. Суман¹, И.В. Мишин^{1,2}, К.А. Шербатюк-Кондур¹, С.П. Суман²

¹Государственный университет медицины и фармации им. Н. Тестемизану, Кишинев, Молдова;

²Институт ургентной медицины, Кишинев, Молдова

Введение. Острый холангит (ОХ) представляет собой патологическое состояние, возникающее вследствие бактериальной контаминации желчи на фоне обструкции желчных протоков. Прогрессирование ОХ обуславливает стремительную генерализацию инфекции (билиарный сепсис) и развитие полиорганной недостаточности. В литературе наметилась тенденция поиска воспалительных маркеров в определении степени тяжести ОХ.

Цель. Оценка роли прокальцитонина (PCT) в стратификации степени тяжести ОХ.

Материалы и методы. Проанализированы результаты использования PCT в стратификации степени тяжести ОХ у 77 пациентов, из которых: I группа (легкий ОХ) – 43% (n=33), II группа (средний ОХ) – 40% (n=31) и III группа (тяжелый ОХ) – 17% (n=13). Средний возраст пациентов с ОХ составил 66,2±17,8 года (95% доверительный интервал – ДИ 36,3–66,3). Длительность заболевания составила 14,1±2,3 ч (95% ДИ 10,2–18,6). Сывороточный уровень PCT определялся иммуноферментным методом (PCT ELISA

Kit), и показатели информативности данного воспалительного маркера определялись с использованием кривых ROC (Receiver Operating Curve), AUC (Area under the ROC curve). Степень тяжести ОХ определялись согласно Tokyo Guidelines 2018 (TG 2013/2018).

Результаты. При сравнении уровня PCT в различных группах установлены статистически достоверные ($p < 0,0001$, тест ANOVA) различия: I гр. – 0,7±0,15 нг/мл (95 ДИ 0,5–1,8) vs II гр. – 1,7±0,35 нг/мл (95% ДИ 1,8–3,5) vs III гр. – 6,67±2,22 нг/мл (95% ДИ 4,0–18,0). Согласно кривым ROC для PCT показатель AUC=0,815 (95% ДИ 0,68–0,94; $p < 0,0003$), и при значении (cut off) $\geq 6,2$ информативность теста составила: чувствительность – 90% и специфичность – 56%.

Заключение. PCT следует рассматривать как оптимальный маркер в стратификации степени тяжести ОХ и определении оптимального времени проведения декомпрессии желчных путей.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

А.А. Спартак, Т.В. Хоробрых, И.В. Ивашов, В.Г. Агаджанов, А.В. Грачалов

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

Цель. Улучшить результаты комбинированного лечения пациентов с осложненными формами местно-распространенного рака дистального отдела желудка за счет использования лапароскопически-ассистированного доступа.

Материалы и методы. В исследование включены 100 пациентов, прооперированных в объеме дистальной субтотальной резекции желудка с использованием лапароскопически-ассистированного (n=46, группа I) и открытого (n=54, группа II) доступов.

Результаты. Лапароскопически-ассистированный доступ позволяет улучшить непосредственные результаты лечения: снизить уровень интраоперационной кровопотери с 182,31±98,01 до 127,6±49,86 мл ($p = 0,004$); уменьшить частоту ранних послеоперационных осложнений с 29,6 до 19,5% ($p < 0,05$); сократить сроки активизации пациентов с 2,35 до 2,0 дня ($p < 0,05$); сократить длительность аналгезии наркотическими препаратами с 2,48 до 1,15 дня ($p < 0,05$); сократить сроки пребывания пациентов в отделении интенсивной терапии с 3,59±2,29 до 2,57±1,2 дня и послеоперационный койко-день с 10,98±2,54 до 9,83±1,12 дня ($p < 0,05$). Использование лапароскопически-ассистированного доступа достоверно не уменьшило: среднее количество удаленных лимфоузлов (в группе I – 27±7,92, в группе II – 23,17±6,04; $p = 0,01$); частоту R0-резекции, которая была достигнута у 45 (97,8%) пациентов I группы и у 50 (92,5%) пациентов группы II ($p > 0,05$); общую 3-летнюю выживаемость, которая в группе I составила 65,2%, в группе II – 64,8% ($p = 0,94$); 3-летнюю безрецидивную выживаемость, которая составила 60,9% в I группе и 61% в группе II ($p = 0,89$).

Заключение. Использование лапароскопически-ассистированного доступа у пациентов с осложненными формами местно-распространенного рака дистального отдела желудка целесообразно для улучшения непосредственных результатов лечения, при соблюдении принципов онкологического радикализма.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АПОСТЕМАТОЗА ПЕЧЕНИ С БЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ

Е.Н. Баранова, Ф.Б. Керимова

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет», Кемерово, Россия

Введение. Апостематоз печени – прогностически неблагоприятное полиэтиологическое заболевание, летальность которого достигает 11–31%. В России холангиогенные абсцессы встречаются в 40–50% случаев. По статистике ГАУЗ «Кузбасская клиническая больница скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского», в Кемерове холангиогенный генез абсцессов в печени выявляется в 30–35% случаев.

Материалы и методы. Проведен анализ клинического случая обращения неработающего мужчины 34 лет, поступившего в стационар с желтухой (билирубин 323 мкмоль/л), цитолизом (аспартатаминотрансфераза – АСТ 876 Ед/л, аланинаминотрансфераза – АЛТ 724 Ед/л), лейкоцитозом (24×10^9 /л), двусторонней полисегментарной пневмонией, по данным ультразвукового исследования органов брюшной полости – мелкими конкрементами в желчном пузыре, множественными абсцессами печени без признаков билиарной гипертензии. До обращения в стационар желтушный синдром и лихорадка появились за 3 нед. В анамнезе длительное злоупотребление алкоголем. К врачам не обращался, бригаду скорой медицинской помощи вызвал сосед, увидев больного.

Как причина образования абсцессов дифференцировались описторхозный холангит, нагноение кист печени, осложненная форма желчнокаменной болезни с холедолитиазом, стенозом большого дуоденального сосочка с развитием гнойного холангита.

Результаты. Несмотря на отсутствие билиарной гипертензии на данным ультразвукового исследования, проведена магнитно-резонансная холангиопанкреатография, выявлен холедолитиаз. Выполнена ретроградная холангиопанкреатография с эндоскопической папиллосфинктеротомией, холедохолитэкстракцией, установлен транспапиллярный дренаж. В кале яиц описторхоз не найдено. На фоне консервативного лечения температура тела нормализовалась, желтушный синдром регрессировал (билирубин 48 мкмоль/л), цитолиз уменьшился (АСТ 74 Ед/л, АЛТ 61 Ед/л). Пневмония трактовалась как проявление сепсиса, на фоне антибактериальной терапии разрешилась. Абсцессы печени регрессируют.

Заключение. Позднее обращение в стационар больного с билиарной гипертензией ведет к осложнениям в виде присоединения острого холангита и множественных абсцессов печени. Разрешение билиарной гипертензии у больного с апостематозом печени положительно влияет на исход заболевания.

ЭТАЛОННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ОТКРЫТЫХ И МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

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

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

Цель. Оценка эталонного результата (ЭР), его предикторов и влияния на выживаемость после открытых (ОРП) и минимально инвазивных резекций печени (МИРП) у пациентов с метастазами колоректального рака (КРР).

Материалы и методы. В ретроспективное когортное исследование включены больные КРР, которым по поводу метастатического поражения печени выполнены ОРП и МИРП с 2014 по 2024 г. ЭР оценивали по критериям, предложенным В. Görges и соавт. Изучены демографические и периоперационные показатели, частота достижения ЭР и влияющие на это факторы, а также общая (ОВ) и безрецидивная (БРВ) выживаемость.

Результаты. Изучены результаты 342 пациентов, включая 167 ОРП и 175 МИРП, группы были сопоставимы по демографическим характеристикам. Сложность операций по критериям IWATE между группами не различалась. Кровопотеря была достоверно ниже в группе МИРП (240 мл) в сравнении с ОРП (450 мл); $p < 0,001$. После МИРП частота достижения ЭР была достоверно выше: 62,6% против 50,3% в группе ОРП; $p = 0,02$. Медиана ОВ была статистически значимо выше в группе пациентов, достигших ЭР: 42 мес против 29 мес ($p = 0,02$); 5-летняя выживаемость при достижении ЭР составила 37%, а у пациентов, не достигших ЭР, – 24%. Достижение ЭР не оказывало влияния на БРВ (14 мес, 17 мес; $p = 0,48$). В общей группе меньшая кровопотеря и меньшее время операции ассоциированы с увеличением частоты достижения ЭР; $p > 0,001$. Пол, возраст, индекс массы тела не оказывали достоверного влияния на достижение ЭР.

Заключение. Достижение ЭР приводит к достоверному улучшению показателей ОВ у данной категории больных. Можно сделать вывод, что минимально инвазивный доступ у таких пациентов имеет потенциал в улучшении ОВ, поскольку оказывает статистически значимое влияние на достижение ЭР.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОЛОГИЧНОЙ ФРАГМЕНТИРОВАННОЙ ЖИРОВОЙ ТКАНИ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИАНАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

И.А. Никитина^{1,2}, А.В. Леонтьев^{1,2}, М.А. Данилов¹, М.А. Орлюк²

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

²Университет «Синергия», Москва, Россия

Введение. В настоящее время не существует единого подхода к лечению пациентов с периаанальными проявлениями болезни Крона (БК) в виде свищей прямой кишки. Несмотря на большое число различных методик хирургического лечения, от мини-инвазивных и сфинктерсберегающих операций до радикальной проктэктомии, до сих пор частота рецидивов свищей и неудовлетворенность лечением пациентов остается крайне высокой. Применение регенеративных технологий может улучшить результаты лечения пациентов с БК в виде аноректальных свищей.

Цель. Улучшить результаты лечения периаанальных свищей у пациентов с БК путем применения аутологичной фрагментированной жировой ткани (АФЖТ).

Материалы и методы. В ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» разработана методика применения АФЖТ при аноректальных свищах на фоне БК. Первым этапом проводился забор жировой ткани объемом до 200 мл из передней брюшной стенки пациента. Затем выполнялась очистка и фрагментация при помощи набора LIPOSTEM. Полученная АФЖТ вводилась посредством инъекций вокруг свищевого хода. Трех пациенткам со сложными транссфинктерными свищами, образовавшимися на фоне БК, был применен данный метод лечения.

Результаты. Интраоперационных и послеоперационных осложнений в раннем и отдаленном периодах не было. При контрольном обследовании через 3 мес после инъекционного введения АФЖТ у 2 пациенток зафиксирована полная эпителизация свища, у 3-ей больной отмечено уменьшение в размере внутреннего свищевого отверстия в 2 раза.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что применение АФЖТ – перспективная методика в лечении пациентов с периаанальными свищами у пациентов на фоне БК. Однако требуется дальнейшее изучение безопасности и эффективности применения АФЖТ у данной категории пациентов.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОСВОЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ САМООБУЧЕНИИ И В ПРОЦЕССЕ ПРОГРАММЫ МЕНТОРИНГА

М.Г. Ефанов, Д.Е. Коваленко

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

Введение. Длительность кривой обучения хирурга без опыта лапароскопических резекций печени под руководством самообучившегося хирурга экспертного уровня недостаточно изучена.

Цель. Сравнить кривую обучения лапароскопической резекции печени по программе менторинга с кривой самообучения экспертного хирурга.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование результатов лапароскопических резекций печени, выполненных в период с 2015 по 2020 г. хирургом экспертного уровня (далее хирург 1) и хирургом, обучавшимся по программе наставничества (хирург 2). Использован метод кумулятивных сумм для оценки динамики индекса сложности и периоперационных результатов в процессе кривой обучения обоих хирургов. Оценка индекса сложности резекции выполнена согласно критериям IWATE.

Результаты. Общее число резекций, выполненных хирургами 1 и 2 (174 и 37 соответственно), разделено на 3 периода обучения. Продолжительность начального периода у хирурга 1 составила с 1-й по 20-ю резекцию, периода расширений показаний – с 21-й по 40-ю резекцию. Продолжительность начального периода у хирурга 2 составила с 1-й по 16-ю резекцию, периода расширений показаний – 17-й по 37-ю резекцию. В начальном периоде у хирургов не выявлено различий в индексе сложности резекций: 5,5 (4,5–9) / 4 (3–6) ($p=0,131$), интраоперационной кровопотере: 200 (50–350) / 150 (50–200) мл ($p=0,505$) и частоте осложнений: 3 (15%) / 3 (18%) ($p=0,552$) соответственно. Время резекции у хирурга 1 было достоверно больше, чем у хирурга 2: 310 (255–445) / 195 (120–275) мин ($p=0,007$). При сравнительном анализе 2-го периода у хирурга 1 индекс сложности был достоверно выше: 9 (6,5–11) / 5 (4–7) ($p=0,008$). Не выявлено отличий в частоте послеоперационных осложнений: 4 (20%) / 3 (15%) ($p=0,507$). У хирурга 2 в периоде расширения показаний отмечена достоверно более низкая интраоперационная кровопотеря: 100 (50–200) / 300 (175–500) ($p=0,033$) и более низкое среднее время оперативного вмешательства: 190 (125–300) / 460 (337–570) ($p=0,002$) соответственно.

Заключение. Длительность кривой обучения лапароскопическим резекциям печени укорачивается в программе наставничества. Отмечена тенденция к уменьшению времени операции и кровопотери в программе наставничества.

СРАВНЕНИЕ БЛИЖАЙШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ОТКРЫТЫХ ИЗОЛИРОВАННЫХ РЕЗЕКЦИЙ I СЕГМЕНТА ПЕЧЕНИ

П.В. Тараканов, А.А. Королева, А.Н. Ванькович, Д.Е. Коваленко, Д.В. Фисенко, М.Г. Ефанов

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

Актуальность. Изолированная резекция I сегмента (S_1) печени является технически сложным оперативным вмешательством ввиду особенностей расположения и сложного взаимоотношения с магистральными сосудами. В современной литературе описано около 250 лапароскопических резекций S_1 печени, а число сравнительных исследований не более 10.

Цель. Сравнение ближайших периоперационных результатов лапароскопических и открытых резекций S_1 печени.

Материалы и методы. В исследование включены пациенты, оперированные с 2015 по 2024 г., которым выполнялась изолированная резекция S_1 печени и не выполнялись симультанные вмешательства. Оценивались основные интраоперационные параметры, а также число и структура послеоперационных осложнений и продолжительность госпитализации.

Результаты. В исследование включены 20 пациентов, из которых у 11 (55%) были злокачественные новообразования (ЗНО) и у 9 (45%) – доброкачественные, 15 (75%) пациентов оперированы лапароскопически, 5 (25%) выполнена открытая резекция. Пациенты в двух группах были сопоставимы по полу ($p=0,075$), возрасту ($p=0,290$), индексу массы тела ($p=0,956$), ASA-статусу ($p=1,000$), размеру опухоли ($p=0,338$), а также по числу ЗНО ($p=0,56$).

Сегментэктомия S_1 выполнена в лапароскопической группе и открытой – 10 (66,7%) и 2 (40%); $p=0,347$. Прием Прингла – 4 (26,7) и 1 (20); $p=1,000$. Кровопотеря – 124±150 и 154±95; $p=0,953$. Время операции – 262±105 и 220±57; $p=0,413$. R1-резекции – 1 (10%) и 0; $p=0,920$. Продолжительность госпитализации – 6,6±1,8 и 6,2±1,9; $p=0,678$. Тяжелые послеоперационные осложнения по Clavien–Dindo отсутствовали.

Заключение. Лапароскопические резекции S_1 печени демонстрируют положительные ближайшие результаты, обладая преимуществами минимально инвазивного доступа. Для получения более достоверных данных необходимо продолжение накопления опыта.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВОВ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЫ

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

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

Актуальность. Эффективность методов лечения рецидивной внутрипеченочной холангиокарциномы (РВПХК) оценивается противоречиво и требует дальнейшего изучения.

Цель. Оценить результаты лечения больных РВПХК.

Материалы и методы. В исследование включены 104 больных, перенесших резекцию печени по поводу ВПХК. Проанализированы частота и сроки возникновения РВПХК, результаты комбинированного лечения.

Результаты. РВПХК возникли у 57 (54,8%) больных. Структура рецидивов включала внутрипеченочные у 30 (52,6%), внепеченочные у 12 (21,1%), сочетанные рецидивы – у 15 (26,3%) больных. Среди рецидивов связь с зоной резекции имела место у 7 (12,3%) пациентов. Рецидив в сроки до 6 мес возник у 16 (15,4%), от 6 мес до 1 года – у 16 (15,4%), более 1 года – у 25 (24%) больных. Комбинированное лечение применено у 24 (42,6%) больных (сочетание хирургического или локорегионарного лечения с химиотерапией/иммунотерапией). Повторные резекции печени и локорегионарное лечение проводились только пациентам с внутрипеченочным рецидивом. У 7 (23,3%) больных были выполнены повторные резекции печени. Критериями отбора для резекций считали: безрецидивный период >12 мес, отсутствие метастазов в лимфоузлы, отсутствие внепеченочных рецидивов. Из локальных методов лечения чаще применяли трансартериальную химиоэмболизацию (ТАХЭ) и радиочастотную абляцию (РЧА), чаще совместно, у 12 (40%) пациентов. Достоверной разницы между частотой резекции и применением других локальных методов не отмечено ($p=0,165$). Всем пациентам проводилась системная химиотерапия, в том числе иммунотерапия (35,3%). Пятилетняя общая выживаемость при РВПХК независимо от локализации рецидива составила 26% (медиана 53 мес), у пациентов с комбинированным

лечением – 40% (57 мес), у пациентов только с системной химиотерапией – 19% (53 мес).

Заключение. Применение комбинированных методов лечения с расширением показаний к локальным методам позволяет улучшить результаты лечения при РВПХК.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭТАЛОННОГО РЕЗУЛЬТАТА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЫ

Д.В. Фисенко, Н.Н. Брицкая, А.А. Королева, П.В. Тараканов, А.Н. Ванькович, Д.Е. Коваленко, М.Г. Ефанов

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

Актуальность. Резекции печени при внутривнутрипеченочной холангиокарциноме (ВПХК) сопряжены с высоким риском осложнений, в связи с чем актуальной является разработка модели эталонного результата (ЭР), включая оценку предикторов достижения ЭР.

Цель. Определить факторы, влияющие на достижение ЭР, разработать уравнение бинарной логистической регрессии с оценкой вероятности достижения ЭР.

Материалы и методы. В исследование включены пациенты с ВПХК, оперированные в период с 2015 по 2023 г. Достижение ЭР считалось при одновременном отсутствии интраоперационных осложнений ≥ 2 класса, осложнений ≥ 3 по Clavien–Dindo, желчной фистулы класса В и С (ISGLS), госпитальной летальности, повторной госпитализации в течение 30 дней, R1-резекции. С использованием бинарной логистической регрессии оценивались факторы, влияющие на достижение ЭР. По результатам совокупности факторов выявлена наиболее чувствительная и специфичная модель логистической регрессии.

Результаты. Изучены данные 104 пациентов. При однократном логистическом анализе выявлены факторы, достоверно влияющие на недостижение ЭР: стадия TNM \geq III ($p=0,014$), желтуха ($p=0,001$), холангит ($p=0,017$), мультифокальность опухоли ($p=0,001$), сосудистая ($p=0,017$) и билиарная ($p=0,000$) резекции, длительность оперативного вмешательства ($p=0,000$), размер опухоли ($p=0,002$). При проведении многофакторного логистического регрессионного анализа выявлена комбинация трех факторов, достоверно оказывающих негативное влияние на достижение ЭР: длительность операции ($p=0,001$), размер опухоли ($p=0,003$), желтуха ($p=0,013$). При построении ROC-кривой AUC модели составил 0,892. На основании указанных факторов построено уравнение логистической регрессии по прогнозированию вероятности достижения ЭР:

$$P=1/(1+e^{-z}),$$

$e = 2,71828$ (основание натурального логарифма); $Z = -2,026$ (1 – если желтуха, 0 – если нет) - 0,009 время операции (мин) - 0,030 размер опухоли (мм).

Заключение. Полученная модель анализа является достоверно значимой в качестве прогнозирования возможного недостижения ЭР у пациентов с ВПХК.

ЭТАЛОННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЫ

Д.В. Фисенко, Н.Н. Брицкая, А.А. Королева, П.В. Тараканов, А.Н. Ванькович, Д.Е. Коваленко, М.Г. Ефанов

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

Актуальность. Растет количество исследований, в которых предлагаются модели эталонного результата (ЭР) для резекций печени. Оценка достижения ЭР после резекции

печени по поводу внутривнутрипеченочной холангиокарциномы (ВПХК) изучена недостаточно.

Цель. Оценить частоту достижения ЭР после резекций печени у больных ВПХК, влияние факторов на достижение ЭР, влияние ЭР на выживаемость.

Материалы и методы. В исследование включены пациенты с ВПХК, оперированные в период с 2015 по 2023 г. Оценка достижения ЭР резекции печени проводилась с использованием следующих критериев: отсутствие интраоперационных осложнений ≥ 2 класса, осложнений ≥ 3 по Clavien–Dindo, желчной фистулы класса В и С (ISGLS), госпитальной летальности, повторной госпитализации в течение 30 дней, R1-резекции. Оценивалось влияние ЭР на выживаемость, а также методом бинарной логистической регрессии оценивалось влияние факторов на достижение ЭР.

Результаты. В исследование включены 104 пациента. ЭР был достигнут у 40 (38,5%) больных. Факторами, достоверно влияющими на недостижение ЭР (нЭР), были: стадия TNM \geq III ($p=0,014$), желтуха ($p=0,001$), холангит ($p=0,017$), сосудистая ($p=0,017$) и билиарная ($p=0,000$) резекции. Показатель достижения ЭР у больных ВПХК при резекциях печени без сосудистых и билиарных реконструкций составил 57,2%. Медиана общей выживаемости для ЭР и нЭР составила 53 и 25 мес соответственно. Несмотря на отсутствие достоверно значимых различий выживаемости, отмечается тенденция к улучшению общей выживаемости у больных, достигших ЭР ($p=0,076$).

Заключение. Внедрение в клиническую практику комплексной модели ЭР – эффективный способ оценки качества, а также планирования хирургического лечения больных ВПХК.

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОТКРЫТЫХ, ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫХ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Н.О. Соловьев, М.Г. Ефанов, О.С. Васнев, Р.Е. Израилев, В.В. Цвиркун, И.Е. Хатков

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

Цель. Сравнение результатов открытых (ОПДР), лапароскопических (ЛПДР) и робот-ассистированных (РПДР) панкреатодуоденальных резекций у больных протоковой аденокарциномой головки поджелудочной железы.

Материалы и методы. В ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» с 2007 по 2024 г. выполнено 700 ПДР, из них 550 ЛПДР. В ретроспективное когортное исследование включены 184 пациента, которым выполнена ПДР с 2017 по 2023 г. Изучены демографические и периоперационные показатели, общая выживаемость (ОВ).

Результаты. В исследование включено 42 ОПДР, 112 ЛПДР и 30 РПДР, группы сопоставимы по полу, возрасту, индексу массы тела, шкале ASA, риске панкреатической фистулы (ПОПФ) по шкале UA-FRS. Время операции было статистически значимо больше при РПДР – 613 мин, ЛПДР – 440 мин, ОПДР – 445 мин ($p<0,001$). Средняя кровопотеря во всех группах составила 200 мл. Частота послеоперационных осложнений Clavien–Dindo ≥ 3 (ОПДР – 33%, ЛПДР – 17,8%, РПДР – 30%), показатели индекса кумулятивных осложнений CCI (ОПДР – 21,7, ЛПДР – 18,8, РПДР – 21,1), ПОПФ В+С (ОПДР – 26%, ЛПДР – 9%, РПДР – 13%) и летальности (ОПДР – 2,3%, ЛПДР – 1,7%, РПДР – 3%) между группами статистически не различались. Число удаленных лимфоузлов, n (ОПДР – 18, ЛПДР – 19, РПДР – 17), частота R0-резекций (ОПДР – 84%, ЛПДР – 88%, РПДР – 90%) и

длительность стационарного лечения, дни (ОПДР – 13,5, ЛПДР – 12, РПДР – 13) были сопоставимы. Медиана ОВ в группе ОПДР составила 23 мес, в группе ЛПДР – 29 мес, в группе РПДР – 24 мес, эти показатели статистически не различались.

Заключение. Полученные результаты определяют паритет как минимально-инвазивного, так и открытого доступа при ПДР у данной категории больных, и отвечают принципам международных консенсусов. Основными условиями достижения хороших результатов ПДР являются выполнение операции в высокопоточковых специализированных центрах и преодоление кривой обучения.

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОТКРЫТЫХ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Н.О. Соловьев, Д.Е. Коваленко, М.Г. Ефанов, О.С. Васнев, Р.Е. Израйлов, В.В. Цвиркун, И.Е. Хатьков

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

Цель. Сравнение результатов открытых (ОПДР) и лапароскопических панкреатодуоденальных резекций (ЛПДР) у больных протоковой аденокарциномой головки поджелудочной железы.

Материалы и методы. В ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» с 2007 по 2024 г. выполнено 700 ПДР, из них 550 ЛПДР. В ретроспективное когортное исследование включены 154 пациента, которым выполнена ПДР с 2017 по 2023 г. Изучены демографические и периоперационные показатели, общая выживаемость (ОВ).

Результаты. В исследование включено 42 ОПДР, 112 ЛПДР, группы сопоставимы по полу, возрасту, индексу массы тела, шкале ASA, риске панкреатической фистулы (ПОПФ) по шкале UA-FRS. Среднее время операции не различалось: ЛПДР – 440 мин, ОПДР – 445 мин. Средняя кровопотеря во всех группах составила 200 мл. Частота послеоперационных осложнений Clavien–Dindo ≥ 3 была достоверно больше в группе ОПДР (ОПДР – 33%, ЛПДР – 17,8%); $p < 0,039$, при этом показатели индекса кумулятивных осложнений CCI (ОПДР – 21,7, ЛПДР – 18,8), ПОПФ В+С (ОПДР – 26%, ЛПДР – 9%) и летальности (ОПДР – 2,3%, ЛПДР – 1,7%) между группами статистически не различались. Число удаленных лимфоузлов, n (ОПДР – 18, ЛПДР – 19), частота R0-резекций (ОПДР – 84%, ЛПДР – 88%) и длительность стационарного лечения, дни (ОПДР – 13,5, ЛПДР – 12) были сопоставимы. Медиана ОВ в группе ОПДР составила 23 мес, в группе ЛПДР – 29 мес, эти показатели статистически не различались.

Заключение. Абсолютное большинство изученных параметров было сопоставимо при ОПДР и ЛПДР, что определяет безопасность и эффективность лапароскопического доступа, в том числе с точки зрения соблюдения онкологических принципов, при условии выполнения таких операций в высокопоточковых специализированных центрах.

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОТКРЫТЫХ И РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫХ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Н.О. Соловьев, А.Н. Ванькович, М.Г. Ефанов, В.В. Цвиркун, И.Е. Хатьков

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

Цель. Сравнение результатов открытых (ОПДР) и робот-ассистированных (РПДР) панкреатодуоденальных резекций (ПДР) у больных протоковой аденокарциномой головки поджелудочной железы.

Материалы и методы. В ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» с 2007 по 2024 г. выполнено 700 ПДР, из них 550 лапароскопических. В ретроспективное когортное исследование включены 72 пациента, которым выполнена ПДР с 2017 по 2023 г. Изучены демографические и периоперационные показатели, общая выживаемость (ОВ).

Результаты. В исследование включено 42 ОПДР и 30 РПДР, группы сопоставимы по полу, возрасту, индексу массы тела, шкале ASA, риске панкреатической фистулы (ПОПФ) по шкале UA-FRS. Среднее время операции было статистически значимо больше в группе РПДР – 613 мин, ОПДР – 445 мин ($p < 0,001$). Средняя кровопотеря во всех группах составила 200 мл. Частота послеоперационных осложнений Clavien–Dindo ≥ 3 (ОПДР – 33%, РПДР – 30%), показатели индекса кумулятивных осложнений CCI (ОПДР – 21,7, РПДР – 21,1), ПОПФ В+С (ОПДР – 26%, РПДР – 13%) и летальности (ОПДР – 2,3, РПДР – 3%) между группами статистически не различались. Число удаленных лимфоузлов, n (ОПДР – 18, РПДР – 17), частота R0-резекций (ОПДР – 84%, РПДР – 90%) и длительность стационарного лечения, дни (ОПДР – 13,5, РПДР – 13) были сопоставимы. Медиана ОВ в группе ОПДР составила 23 мес, в группе РПДР – 24 мес. Эти показатели статистически не различались.

Заключение. Абсолютное большинство изученных параметров было сопоставимо при ОПДР и РПДР. Полученные результаты определяют безопасность и эффективность робот-ассистированного доступа, в том числе с точки зрения соблюдения онкологических принципов, при условии выполнения таких операций в высокопоточковых специализированных центрах. Следует отметить, что РПДР были выполнены на этапе прохождения кривой обучения, таким образом потенциальные преимущества РПДР могут быть выявлены при дальнейшем накоплении опыта.

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫХ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Н.О. Соловьев, Д.В. Фисенко, М.Г. Ефанов, О.С. Васнев, Р.Е. Израйлов, В.В. Цвиркун, И.Е. Хатьков

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

Цель. Сравнение результатов лапароскопических (ЛПДР) и робот-ассистированных (РПДР) панкреатодуоденальных резекций (ПДР) у больных протоковой аденокарциномой головки поджелудочной железы.

Материалы и методы. В ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» с 2007 по 2024 г. выполнено 700 ПДР, из них 550 ЛПДР. В ретроспективное когортное исследование включены 142 пациента, которым выполнена ПДР с 2017 по 2023 г. Изучены демографические и периоперационные показатели, общая выживаемость (ОВ).

Результаты. В исследование включено 112 ЛПДР и 30 РПДР, группы сопоставимы по полу, возрасту, индексу массы тела, шкале ASA, риске панкреатической фистулы (ПОПФ) по шкале UA-FRS (ЛПДР – 15%, РПДР – 12,5%). Среднее время операции было статистически значимо больше в группе РПДР – 613 мин, ЛПДР – 440 мин ($p < 0,001$). Средняя кровопотеря во всех группах составила 200 мл. Частота послеоперационных осложнений Clavien–Dindo ≥ 3 , (ЛПДР – 17,8%, РПДР – 30%), показатели индекса кумулятивных осложнений CCI (ЛПДР – 18,8, РПДР – 21,1), ПОПФ В + С

(ЛПДР – 9%, РПДР – 13%) и летальности (ЛПДР – 1,7%, РПДР – 3%) между группами статистически не различались. Число удаленных лимфоузлов (ЛПДР – 19, РПДР – 17) было статистически значимо больше в группе ЛПДР ($p < 0,05$), частота R0-резекций (ЛПДР – 88%, РПДР – 90%) сопоставима, длительность лечения в отделении анестезиологии-реанимации была достоверно больше после РПДР – 3 дня, ЛПДР – 1 день ($p = 0,02$). Частота гастростаза статистически не различалась (ЛПДР – 24,3%, РПДР – 26%; $p > 0,7$). Частота конверсий была выше в группе РПДР, $n = 5$ (16%), в сравнении с ЛПДР, $n = 2$ (1,7%); $p < 0,001$. Медиана ОВ в группе ЛПДР составила 29 мес, в группе РПДР – 24 мес ($p > 0,6$), 5-летняя ОВ составила 27,5% в обеих группах.

Заключение. Выявлены преимущества лапароскопического доступа в частоте конверсий, времени операции, количестве удаляемых лимфоузлов и реанимационном койко-дне, которые наиболее вероятно были обусловлены этапом прохождения кривой обучения РПДР. Данные преимущества не влияли на отдаленные результаты, в частности выживаемость.

ЭТАЛОННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ОТКРЫТЫХ, ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫХ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Н.О. Соловьев, П.В. Тараканов, М.Г. Ефанов, В.В. Цвиркун, И.Е. Хатьков

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

Цель. Оценка эталонного результата (ЭР, TO – textbook outcome), его предикторов и влияния на выживаемость после открытых (ОПДР), лапароскопических (ЛПДР) и робот-ассистированных (РПДР) панкреатодуоденальных резекций (ПДР) у больных протоковой аденокарциномой головки поджелудочной железы.

Материалы и методы. В ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» с 2007 по 2024 г. выполнено 700 ПДР, из них 550 ЛПДР. В ретроспективное когортное исследование включены 184 пациента, которым по поводу рака головки поджелудочной железы выполнена ПДР с 2017 по 2023 г. ЭР оценивали в соответствии с определением DPCG (Dutch Pancreatic Cancer Group). Изучены демографические и периоперационные показатели, частота достижения ЭР и влияющие на это факторы, а также общая выживаемость.

Результаты. Выполнены 42 ОПДР, 112 ЛПДР и 30 РПДР, эти группы были сопоставимы по демографическим характеристикам, а также большинству интра- и послеоперационных показателей. ЭР удалось достичь в 57% ОПДР, 70% ЛПДР, 63% РПДР, указанные показатели статистически не различались. Пол, возраст, индекс массы тела, механическая желтуха и метод ее разрешения, время операции и объем кровопотери не оказывали достоверного влияния на достижение ЭР. Плотность ткани поджелудочной железы была достоверно ассоциирована с достижением ЭР (72% – плотная, 48% – мягкая); $p = 0,002$.

Медиана общей выживаемости была выше в группе пациентов, у которых удалось достичь ЭР: 28 мес против 21 мес, однако данные различия не были статистически значимы ($p = 0,691$), 5-летняя выживаемость при этом не имела достоверной корреляции с достижением ЭР и составила 28%.

Заключение. Достижение ЭР имеет потенциал в увеличении медианы выживаемости после ПДР у данной категории больных. Не выявлено факторов, на которые возможно оказать влияние на дооперационном этапе для увеличения частоты достижения ЭР, что требует дальнейшего изучения. Можно предположить, что в большинстве случаев решение о выборе оперативного доступа было верным, поскольку

обеспечило высокий процент достижения ЭР, особенно при лапароскопических операциях.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ОТКРЫТЫХ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ

Н.О. Соловьев, А.А. Королева, М.Г. Ефанов, В.В. Цвиркун, И.Е. Хатьков

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

Цель. Оценка качества жизни (КЖ) больных раком головки поджелудочной железы после открытых (ОПДР) и лапароскопических (ЛПДР) панкреатодуоденальных резекций (ПДР).

Материалы и методы. В ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» с 2007 по 2024 г. выполнено 700 ПДР, из них 550 ЛПДР. В проспективное когортное исследование включены 29 больных раком головки поджелудочной железы, которым выполнена ПДР с 2023 по 2024 г. Использованы специфичные опросные листы EORTC QLQ-C30 и EORTC QLQ-PAN26, изучено КЖ на до- и послеоперационном этапе, а также демографические и периоперационные показатели, их взаимосвязь с КЖ.

Результаты. Выполнены 18 ЛПДР и 11 ОПДР. Группы были сопоставимы по демографическим характеристикам, а также большинству интра- и послеоперационных показателей. Пациенты после ЛПДР отметили статистически значимое улучшение эмоционального благополучия (ЕФ) через 6 мес в сравнении с ОПДР ($p = 0,004$). Удовлетворенность медицинской помощью (SA) также быстрее нарастала с 1 по 3-й месяц в группе ЛПДР ($p = 0,0015$), данные различия нивелировались через 6 мес после операции. Боль (РА) сильнее нарастала в группе ОПДР с 1 по 3-й месяц ($p = 0,004$) и быстрее регрессировала к 6-му месяцу ($p = 0,004$). Снижение массы тела в первый месяц после операции статистически значимо больше беспокоило пациентов после ОПДР ($p = 0,039$), данные различия нивелировались к 6-му месяцу ($p = 0,015$). Вздутие живота (BF) и нарушение вкусового восприятия (TA) на 3-й месяц были достоверно более выражены в группе ЛПДР ($p < 0,03$), в другие периоды времени эти показатели не различались.

Заключение. ЛПДР имеет определенные преимущества с 1 по 3-й месяц после операции, в частности прирост показателей удовлетворенности медицинской помощью, менее выраженный прирост показателей боли и снижения массы тела при сравнении с ОПДР. При этом на 3-м месяце после операции пациенты после ЛПДР отметили более выраженные вздутия живота и нарушения вкусового восприятия. Данные различия нивелированы через 6 мес после операции. Абсолютное большинство показателей КЖ оказались сопоставимы через 6 мес после операции независимо от доступа.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Н.О. Соловьев, А.А. Королева, М.А. Колупаева, М.Г. Ефанов, В.В. Цвиркун, И.Е. Хатьков

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

Цель. Оценка качества жизни (КЖ) больных раком головки поджелудочной железы после панкреатодуоденальной резекции (ПДР).

Материалы и методы. В ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» с 2007 по 2024 г. выполнено 700 ПДР, из них

550 лапароскопических. В проспективное когортное исследование включены 29 больных раком головки поджелудочной железы, которым выполнена ПДР с 2023 по 2024 г. Исползованы специфичные опросные листы EORTC QLQ-C30 и EORTC QLQ-PAN26, изучено КЖ на до- и послеоперационном этапе, а также демографические и периоперационные показатели, их взаимосвязь с КЖ.

Результаты. Выполнены 29 лапароскопических и открытых панкреатодуоденальных резекций. При анализе КЖ в общей группе выявлено достоверное ($p < 0,001$) улучшение показателей общего состояния здоровья (QL) с 1 по 6-й месяц после операции. Показатели физического благополучия (PF) достоверно снижались через 1 мес и возвращались на дооперационный уровень через 6 мес ($p < 0,001$). Панкреатогенная боль (PP) и метеоризм (FL) достоверно снижались с 1 по 6-й месяц после операции – ПО ($p = 0,04$ и $0,02$). Также пациенты сообщали о достоверном уменьшении тревожности в 1-й месяц ПО ($p = 0,003$). Удовлетворенность медицинской помощью и показателем личной жизни достоверно возрастали через 6 мес ПО ($p = 0,04$ и $0,003$). Удовлетворенность физическим состоянием достоверно снизилась вплоть до 6 мес ПО ($p = 0,02$). Высокие показатели тошноты, рвоты, бессонницы и сухости во рту на дооперационном этапе были статистически значимо ассоциированы с клинически значимыми осложнениями $CD > 3$ ($p < 0,001$). Пациенты, столкнувшиеся с такими осложнениями, сообщали о достоверно более выраженных симптомах нарушения пищеварения и вкусового восприятия через 3 мес ПО ($p < 0,001$), данные симптомы нормализовались через 6 мес ПО.

Заключение. Панкреатодуоденальная резекция у больных раком головки поджелудочной железы не приводит к ухудшению КЖ. В большинстве случаев удается добиться улучшения или возвращения КЖ на дооперационный уровень в течение 6 мес.

ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОТКРЫТЫХ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Н.О. Соловьев, А.А. Королева, М.А. Колупаева, М.Г. Ефанов, В.В. Цвиркун, И.Е. Хатьков

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

Цель. Сравнение стоимости хирургического лечения больных протоковой аденокарциномой головки поджелудочной железы, в частности открытых (ОПДР) и лапароскопических (ЛПДР) панкреатодуоденальных резекций (ПДР).

Материалы и методы. В ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» с 2007 по 2024 г. выполнено 700 ПДР, из них 550 ЛПДР. В ретроспективное когортное исследование включены 128 пациентов, которым выполнена ПДР с 2017 по 2023 г., и проанализирована стоимость лечения. Изучены демографические и периоперационные показатели, экономическая эффективность (ЭФ) и ее взаимосвязь с достижением эталонного результата (ЭР). Последний оценивали в соответствии с определением DPCG (Dutch Pancreatic Cancer Group).

Результаты. В исследовании включено 43 ОПДР и 85 ЛПДР, медианная стоимость лечения между группами статистически значимо не различалась и составила 308 тыс. руб. в группе ОПДР и 318 тыс. руб. в группе ЛПДР. При этом, независимо от оперативного доступа, достижение ЭР было связано с достоверным уменьшением стоимости лечения, которая составила для пациентов, достигших ЭР, 304 тыс., для не достигших ЭР – 332 тыс. ($p < 0,01$). При дальнейшем анализе выявлено, что в группе ЛПДР достижение ЭР не оказывало статистически значимого влияния на ЭФ,

стоимость лечения пациентов после ЛПДР, достигших ЭР, составила 313 тыс., не достигших – 328 тыс. Напротив, достижение ЭР в группе ОПДР было достоверно ассоциировано с уменьшением стоимости лечения – 293 тыс., и для не достигших ЭР – 356 тыс. Не было статистически значимых различий в стоимости лечения пациентов, достигших ЭР, между группами ЛПДР и ОПДР.

Заключение. Лапароскопический доступ не приводит к увеличению стоимости хирургического лечения больных раком головки поджелудочной железы. ЭФ ЛПДР и ОПДР сопоставима. ЭФ достоверно улучшается при достижении ЭР независимо от доступа.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННЫХ РАН В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

С.М. Чудных¹⁻³, Х.А. Абдувосидов^{1,3,4}, В.С. Егоров^{1,2}, А.В. Сницарь⁵, А.С. Камруков⁶

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

²ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Россия;

³ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет», Тверь, Россия;

⁴ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет» (РОСБИОТЕХ), Москва, Россия;

⁵ГБУЗ «ГКБ №29 им. Н.Э. Баумана» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;

⁶ФГБОУ ВО «Московский государственный технический университет им. Н.Э. Баумана (национальный исследовательский университет)», Москва, Россия

Цель. Изучить эффективность высокоинтенсивного импульсного широкополосного оптического облучения при лечении инфицированных ран.

Материалы и методы. Экспериментальное исследование выполнено на 195 половозрелых крысах-самцах линии Vistar. Далее моделировали суточную инфицированную рану смесью культур *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Candida albicans*.

Ежедневно всем животным в послеоперационном периоде после снятия швов проводили ежедневный туалет раны раствором хлоргексидина 0,1%. Животным 1-й группы ($n = 65$) лечение дополнено высокоинтенсивным импульсным широкополосным оптическим облучением (ВИШО), аппаратом, разработанным НИИ энергетического машиностроения МГТУ им. Н.Э. Баумана, снабженным импульсной ксенонной лампой типа ИНП 5/60, работающей в импульсно-периодическом режиме с частотой импульсов 5 Гц и средней электрической мощностью 100 Вт. Средняя мощность излучения лампы в УФ-С диапазоне спектра (200–280 нм) составляла 3 Вт, импульсная мощность УФ-С излучения – 24 кВт.

Животным 2-й группы ($n = 65$) обработка ран дополнена традиционным УФ-облучением (ОУФК-01 «Солнышко») и наложением на рану повязки с раствором хлоргексидина 0,1%. Облучение проводилось также в течение 10 дней.

Животным 3-й группы ($n = 65$) проводили только ежедневный туалет раствором антисептика.

Для оценки эффективности проводимого лечения выполнено бактериологическое (метод секторных посевов по Голду–Родману на чашки Петри с кровяным агаром, а также со средами Эндо и Сабура) и цитологические исследования [оценка основных клеточных элементов: лейкоцитов (с определением доли разрушенных клеток), лимфоцитов, моноцитов с макрофагами, полибластов и фибробластов], для которых определены контрольные точки до начала лечения и на 3, 7, 10, 14, 21-й дни лечения. Проведены морфологическое (свето-микроскопическое и

электронно-микроскопическое) и планиметрическое (по методу О.А. Навакатиняна) методы исследования контрольными точками в день до начала лечения, на 7, 14, 21-й дни лечения.

Результаты. Применение ВИШО в сравнении с традиционным УФ-лечением и местным лечением в более ранние сроки статистически достоверно снижает контаминацию грамположительных и грамотрицательных патогенных микроорганизмов. К 3-му дню лечения на фоне ВИШО ран имелась статистически значимое уменьшение контаминации *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae* и *Pseudomonas aeruginosa* по сравнению с 3-й группой ($p=0,0003$, $\chi^2=18,6$; $p=0,0025$, $\chi^2=14,3$ и $p=0,01$, $\chi^2=11$ соответственно). К 7-му дню в 1 и во 2-й группах в результате лечения у 1/2 или большинства животных наблюдалась полная деконтаминация ран от *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*. В 1-й группе животных в большинстве случаев выявлено полное очищение ран от синегнойной палочки. По сравнению с предыдущими сроками контроля к 10-му дню практически у всех животных 1-й группы отмечалась полная деконтаминация ран от всех видов микрофлоры. В этот период во 2-й группе также отмечалось снижение контаминации ран микрофлорой, при этом у большинства животных наблюдали полное очищение. Статистический анализ показал, что результаты снижения контаминации

ран к 10-му дню лечения в 1 и 2-й группе по отношению к золотистому стафилококку и клебсиеллы пневмонии значительно отличаются от результатов в 3-й группе.

ВИШО купирует воспалительную реакцию тканей, активизирует местную иммунную реакцию и ускоряет процессы ремоделирования соединительной ткани, а также способствует очищению раны, активизируя иммунокомпетентные клетки, и переходу раны в фазу регенерации.

Скорость и степень эпителизации и, соответственно, уменьшение площади ран на каждом этапе контроля также статистически значимо выше.

Площадь ран на 21-й день лечения внутри каждой группы статистически значимо уменьшалась по сравнению с предыдущим днем контроля. В 1-й группе раневая поверхность была равна 15 (15; 16) мм² ($p<0,0001$ по сравнению с показателями во 2 и 3-й группах), когда во 2-й группе – 22 (21; 24) мм² ($p<0,0001$ по сравнению с показателями в 3-й группе), и в третьей группе 24 (23; 26) мм².

Заключение. Таким образом, проведенное экспериментальное исследование доказало несомненную целесообразность использования ВИШО в лечении гнойных ран. Разработанная нами методика облучения гнойных ран достоверно подтверждается бактериологическим, цитологическим, морфологическим и планиметрическим методами исследованиями.

Методы диагностики

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВИРСУНГОЛИТИАЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЦИФРОВОГО ХОЛАНГИОСКОПА SPYGLASS

О.В. Галимов¹, В.О. Ханов¹, Р.Ф. Ганиев², А.Г. Сафаргалина¹, Ф.Р. Нагаев²

¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, Россия;

²ФГБОУ ВО «Клиника БашГМУ» Минздрава России, Уфа, Россия

Введение. В последние годы наблюдается увеличение различных клиничко-морфологических форм хронического панкреатита с особенностями его клинических проявлений. Наиболее сложными в диагностике, лечении и реабилитации являются пациенты с вирусунголитиазом. Одним из «золотых стандартов» в диагностике и лечении патологических состояний панкреатобилиарной системы является эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ).

Цель. Оценка возможности и преимущества использования эндоскопической системы прямой визуализации «SpyGlassDSII» при проведении вирусунгоскопии с вирусунголитоекстракцией.

Материалы и методы. Нами применена система прямой визуализации панкреатического протока с использованием эндосистемы «SpyGlassDSII» фирмы BostonScientific, USA, которая существенно дополнила диагностические и эндотерапевтические возможности ЭРХПГ. Критериями для отбора и включения в клиническую группу стали пациенты с хроническим панкреатитом, осложненным вирусунголитиазом. Проведено 11 вирусунгоскопий с использованием данной системы.

Результаты. Из 11 больных у 8 обнаружился неподвижный конкремент, при этом им выполнена лазерная литотрипсия с последующей вирусунголитоекстракцией. У 3 больных с подвижными конкрементами использовалась корзинка для «мягкой» литотрипсии. Все конкременты располагались в проекции головки поджелудочной железы. В течение первых суток послеоперационного периода больные оценивали свое состояние как удовлетворительное, отмечая незначительную или терпимую болезненность в области эпимезогастрия. Отказ от наркотических анальгетиков был на 2-е сутки. Средняя продолжительность госпитализации составляла от 5 до 7 дней.

Заключение. Выполнение ЭРХПГ с применением системы прямой визуализации «SpyGlassDSII» существенно расширило диагностические и лечебные внутрипросветные эндоскопические возможности ЭРХПГ, что отразилось в более гладком течении постманипуляционного периода, снижении длительности госпитализации. В частности, система «SpyGlassDSII» как метод прямой визуализации является перспективной для лечения хронических панкреатитов с наличием конкрементов в протоковой системе поджелудочной железы. Техника ее выполнения не является трудной для специалиста, владеющего методикой традиционных транспапиллярных вмешательств. Она позволяет проводить мини-инвазивные манипуляции на главном панкреатическом протоке, что является альтернативой открытому хирургическому вмешательству.

РАЗРАБОТКА МОДЕЛИ МАШИННОГО ОБУЧЕНИЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Я.М. Вахрушев¹, М.С. Бусыгина¹, М.С. Брычкина²

¹ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Ижевск, Россия;

²ФГБОУ ВО «Ижевский государственный технический университет им. М.Т. Калашикова», Ижевск, Россия

Цель. Разработать модель машинного обучения для определения стадий хронической дуоденальной недостаточности (ХДН).

Материалы и методы. Обследованы 100 больных (женщин – 47, мужчин – 53) с ХДН, средний возраст 34,6±4,7 года. На основе видеоэзофагогастродуоденоскопии, рентгеноскопии, манометрии, электрогастроэнтерографии, определения гормонов, оценки вегетативного гомеостаза и определения резорбционной функции двенадцатиперстной кишки (ДПК) получены данные, характеризующие 3 стадии ХДН. Программирование проходило с использованием Python, Pandas, Matplotlib, Scikit-learn, методов опорных векторов и случайного леса. Использовался набор данных размерности 9 столбцов-признаков, ключевой – «Стадия», на 100 строк-наблюдений.

Результаты. В результате проведенных исследований получен набор данных, состоящий из 13 параметров по каждому из 100 пациентов. Модели машинного обучения необходимо было построить на основе неинвазивных исследований, поэтому для дальнейшего исследования оставлены следующие данные: частота сокращений ДПК натошак и постпрандиально, Р желудка/Р ДПК, коэффициент ритмичности, гастрин, инсулин, индекс напряжения, резорбционная функция, стадия. При использовании логистической регрессии, методов опорных векторов и случайного леса выявлено хорошее разделение по классам – стадиям. Все 8 компонент объясняли 100% дисперсии, на первую компоненту приходится 63,2% дисперсии, на вторую – 22,4%. Суммарная объясненная дисперсия по 2 компонентам составила 85,6%, что позволяет утверждать: сохранение только двух главных компонент позволяет эффективно захватывать основную структуру распределения данных. Модель Random Forest состояла из 1 дерева, поэтому для достижения цели нагляднее было использовать «Дерево решений» по двум параметрам: гастрин и частота сокращений ДПК натошак.

Заключение. Применение метода машинного обучения по специально подобранным критериям позволяет неинвазивным способом определить стадию ХДН.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ТОНКОИГОЛЬНОЙ ПУНКЦИИ ПОД ЭНДОСОНОГРАФИЧЕСКИМ КОНТРОЛЕМ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДА ROSE В ДИАГНОСТИКЕ ОЧАГОВЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

О.А. Гусарова, М.В. Орлова, Е.В. Парфенчикова, Л.Б. Рахметова, Д.Д. Коваленко, К.К. Носкова

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

Введение. Тонкоигольная биопсия (ТАБ) поджелудочной железы (ПЖ) под эндосонографическим контролем (эндоУЗИ) является методом выбора при необходимости получения диагностического материала с целью верификации новообразований ПЖ. Один из ключевых показателей – минимальный порог получения тканевого материала при пункции 85%, с целевым показателем в 90%. Метод ROSE (Real-time On-site Evaluation) позволяет проводить оценку полученного материала в режиме реального времени, что улучшает диагностическую информативность.

Цель. Оценить использование метода ROSE в верификации очаговых новообразований ПЖ под контролем эндоУЗИ.

Материалы и методы. ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» за 2024 г. ТАБ под контролем эндоУЗИ выполнена 378 пациентам с очаговыми новообразованиями ПЖ, возраст которых варьировал от 32 до 78 лет (средний возраст – 55 лет). Пункции проводились с использованием метода ROSE, позволяющего цитологу оценивать полученный материал непосредственно во время манипуляции. Анализ результатов цитологического исследования проводился с целью первичной оценки информативности биоптата.

Результаты. В 94,1% (n=356) случаев получен информативный материал, позволивший установить диагноз: злокачественный процесс – 75,6% (n=286), доброкачественные изменения (псевдотуморозный панкреатит, аутоиммунный панкреатит, доброкачественные кистозные неоплазии) – 18,5% (n=70). В 4,5% (n=17) случаев из-за отягощенного соматического статуса пациента и/или наличия усугубляющих информативность пункции факторов (крупная опухоль с распадом, ограниченное количество безопасных траекторий для проведения иглы, выраженная васкуляризация опухоли, наличие стента в гепатикохоledoхе, кальцинаты в паренхиме ПЖ) с учетом первичного ложноотрицательного результата потребовалось повторное проведение ТАБ в отсроченном периоде. В 1,4% (n=5) случаев материал был неинформативен после повторных попыток.

Заключение. Применение метода ROSE в ТАБ ПЖ под эндоУЗИ позволяет достичь целевых показателей получения информативного материала и достоверно диагностировать как злокачественные, так и доброкачественные новообразования. Несмотря на наличие случаев, требующих повторной пункции, обусловленных преимущественно топографическими факторами, метод ROSE способствует оптимизации процедуры и снижению количества ложноотрицательных результатов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЫСТРОЙ ОЦЕНКИ МАТЕРИАЛА НА МЕСТЕ В МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ

Я.Ю. Воропаева, М.В. Путова, Е.Н. Колесова, А.В. Никаноров, Б.А. Садыков, К.К. Носкова

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

Введение. Толстоигольная биопсия является важнейшим диагностическим инструментом для верификации первичных и вторичных новообразований панкреатобилиарной зоны. Для подготовки к данной манипуляции требуется

ряд обязательных лабораторных тестов и обследований с ограниченным актуальным сроком, поэтому так важно получить полноценный диагностический гистологический материал с первого раза. Одним из путей повышения информативности исследования может стать быстрая оценка материала на месте.

Цель. Определить роль цитологической диагностики отпечатков трепан-биоптатов поджелудочной железы (ПЖ) и печени.

Материалы и методы. В период с января 2022 по декабрь 2023 г. в ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» проведено 125 трепан-биопсий новообразований ПЖ для 115 больных и 375 трепан-биопсий новообразований печени для 315 больных с использованием метода быстрой цитологической оценки препарата на месте. Среди больных 173 мужчины и 257 женщин, средний возраст составил 63 года. Гистологическая верификация получена во всех случаях. При получении трепан-биоптата материал отпечатывали на стекле, окрашивали экспресс-методом. При отсутствии диагностически значимого материала трепан-биопсию повторяли.

Результаты. Гистологически верифицированы образования ПЖ: аденокарцинома – 91 (79%), нейроэндокринные опухоли – 10 (8,6%), доброкачественные образования – 6 (5%), лимфома – 1 (0,8%), злокачественные неэпителиальные новообразования – 1 (0,8%), тяжелые дисплазии – 2 (1,6%), мезенхимальные опухоли – 2 (1,6%), неинформативный материал – 3 (2,6%) случая.

Гистологически верифицированы следующие образования печени: ГЦР – 21 (6,7%), ХЦР – 26 (8,3%), метастатические поражения – 214 (67,9%), доброкачественные образования – 49 (15,5%), прочие злокачественные образования – 5 (1,6%).

Общая диагностическая точность цитологической диагностики в данных локализациях составила 91,0%, чувствительность – 94,0%, специфичность – 55,5%. Повторная пункция потребовалась в 9 случаях при трепан-биопсии новообразований ПЖ, что повысило информативность гистологической диагностики на 7,2%, и в 56 случаях при трепан-биопсии новообразований печени, что повысило информативность гистологической диагностики на 14,9%.

Заключение. Цитологическое исследование эффективно для повышения информативности гистологического материала новообразований панкреатобилиарной зоны. Метод быстрой оценки материала на месте позволяет своевременно получить информативный материал, а также снизить затраты и психологический дискомфорт пациента, связанные с необходимостью повторного получения материала.

Разное

СУБЪЕКТИВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Т.Е. Джулай, В.Н. Силаев
ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, Тверь, Россия

Цель. Оценить в отдаленные сроки после бариатрических операций (БО) по поводу ожирения III–IV степени субъективные ощущения и метаболический статус пациентов.

Материалы и методы. Для анализа эффективности БО создана оригинальная анкета из 25 вопросов на платформе «Google Формы». Опрошены 27 жителей Твери от 25 до 60 лет (мужчин – 18,5%, женщин – 81,5%), которым в клинике ФГБОУ ВО «Тверской ГМУ» в 2021–2023 гг. проведены БО: мини-гастрошунтирование (51,9% случаев), продольная резекция желудка (37,0%), гастрощунтирование (11,1%). Средний возраст больных на момент БО – 46,7 года. Опрос проведен через 3 мес после БО у 7,4% респондентов, через полгода – у 51,9%, через год – у 40,7%.

Результаты. Исходная масса тела пациентов до БО 82–237 кг: <100 кг – у 14,8%, 100–150 кг – 59,3%, 150–200 кг – 22,2%, >200 кг – 3,7%. Индекс массы тела колебался в пределах 35,2–66,2 кг/м², потеря массы тела – от 22 до 94 кг: в среднем за первые 3 мес после БО – 24 кг, за 6 мес – 40,8 кг, за год – 46,9 кг. Признаки нутритивной недостаточности отсутствовали в 85,2% случаев; 92,6% пациентов принимали различные витаминно-минеральные комплексы. Инсулинорезистентность отмечена у 11,1% пациентов, сахарный диабет – у 7,4%, артериальная гипертензия – у 5,9%.

Эпигастральный дискомфорт во время еды выявлен у 37,0% пациентов, повторяющаяся изжога – у 41,0%. Демпинг-синдром отсутствовал у 40,7%, в 44,4% случаев отмечены его редкие эпизоды, в 14,8% случаев – 1–2 раза в неделю. У 26% пациентов после БО дефекация не нарушена, диарея с различной частотой отмечалась в 40,7% наблюдений, запоры – в 33,3%.

Боль в спине и суставах конечностей отмечали 33,3% пациентов, причем 14,8% постоянно принимали анальгетики, в 11,1% случаев потребовались операции на позвоночнике или эндопротезирование суставов. Выпадение волос отмечено в 25,9% наблюдений уже в первые 3 мес после БО, в 18,5% случаев алопеция сохранялась до года.

Заключение. Оценка результатов БО должна проводиться как по динамике массы тела, так и по параметрам метаболического статуса организма и субъективным ощущениям. Наряду с существенным снижением массы тела и положительной динамикой метаболического статуса БО приводили к формированию ранее не существовавших демпинг-синдрома, желудочной и кишечной диспепсии.

ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

М.В. Шеенкова, И.В. Яцына
ФБУН «Федеральный научный центр гигиены им. Ф.Ф. Эрисмана» Роспотребнадзора, Мытищи, Россия

Введение. Здоровье профессиональной группы медицинских работников (МР) – свойство организма сохранять требуемые психофизиологические качества, обеспечивающие высокую работоспособность. Высокая интеллектуальная и эмоциональная напряженность труда МР, сменная работа способствуют развитию функциональных

заболеваний органов пищеварения, частота развития которых сопоставима с распространенностью среди взрослого населения России. Вышеперечисленное диктует необходимость совершенствования лечебно-профилактических мероприятий.

Цель. Изучение эффективности психосоматической коррекции функциональных заболеваний органов пищеварения МР.

Материалы и методы. 42 МР женского пола от 28 до 60 лет с функциональными заболеваниями органов пищеварения (функциональная диспепсия – ФД, синдром раздраженного кишечника – СРК) случайным образом разделены на две группы: 1-я группа (20 человек) – к стандартной медикаментозной терапии добавили 14 сеансов аппаратно-программного комплекса для коррекции психосоматического состояния (регистрационное удостоверение №ФСР 2012/14162 от 03.03.2023), входит в стандарты оснащения отделения медицинской реабилитации), 2-я группа (22 человека) – только медикаментозная терапия. Группы сопоставимы по возрасту и стажу работы. Динамический контроль через 14 дней. Статистическая обработка с применением критерия хи-квадрата Пирсона.

Результаты. Динамический контроль через 14 дней в группе пациентов, получавших сеансы психосоматической коррекции, выявил отсутствие ФД и СРК у 11 (55%) человек; $p < 0,05$. Среди пациентов 2-й группы при повторном обследовании улучшение состояния отмечено у 4 (18,2%) человек; $p > 0,05$. Таким образом, отмечено статистически значимое снижение доли больных с ФД и СРК среди пациентов 1-й группы при повторном обследовании.

Заключение. Использование психосоматической коррекции при ФД и СРК является перспективным направлением оптимизации лечебно-профилактических мероприятий в профессиональной группе МР.

ЭНДОЦИТОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ЭЗОФАГИТА У ДЕТЕЙ: СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ

А.О. Меркулова¹, А.Ю. Харитонов¹, А.А. Шавров^{1,2}, М.П. Шалатонин³

¹ГБУЗ «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии – Клиника доктора Рошаля» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;

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

³ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Введение. Эозинофильный эзофагит (ЭоЭ) – распространенная причина дисфагии у взрослых и детей. Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с гистологическим подтверждением эозинофилии (не менее 15 клеток) требует взятия 6 биоптатов слизистой оболочки пищевода для первичной диагностики, контрольного наблюдения и оценки эффективности лечения. Эндоцитоскопия (ЭЦ) позволяет выполнить оптическую биопсию *in vivo*.

Цель. Оценить эффективность ЭЦ в диагностике ЭоЭ.

Материалы и методы. За 2023–2024 г. в отделении эндоскопии ГБУЗ НИИ НДХиТ 20 пациентам с подозрением на ЭоЭ (19 мальчиков, 1 девочка) в возрасте от 10 до 17 лет (14,5±2 года) проведено 28 ЭЦ. Исследования проводились на эндоскопической системе Olympus Evis Lucera Elite и Evis X1 видеогастроскопом GIF-H290EC с функцией оптического увеличения до 520. Для гистологического подтверждения

эозинофильной инфильтрации выполнялась таргетная биопсия в зонах эндомикроскопии.

Результаты. Полученные ЭЦ результаты распределены на 2 группы: эозинофильная инфильтрация более 15 клеток в поле зрения эндоскопа и отсутствие и/или минимальная инфильтрация до 15 клеток. В 1-ю группу вошло 11 ЭЦ, в 9 из которых диагноз подтвердился гистологически. Во 2-й группе – 17 ЭЦ, в 13 из которых ЭоЭ морфологически исключен. Чувствительность ЭЦ в диагностике ЭоЭ у детей составила 69%, специфичность – 87%, положительная прогностическая ценность – 81%, отрицательная прогностическая ценность – 76%.

Заключение. Возможности ЭЦ в диагностике и мониторинге эозинофильного воспаления слизистой оболочки пищевода у детей представляются перспективными, поскольку методика позволяет снизить количество биопсий, заменить случайные биопсии прицельными, исключить ложноотрицательные результаты и оценить эффективность лечения. Полученные нами результаты эффективности ЭЦ в диагностике ЭоЭ являются субоптимальными и требуют накопления опыта с увеличением числа пациентов и исследований, совершенствования таргетной биопсии, исключения терапии за 3 нед до исследования.