

больных с осложненным течением, которым проводилось оперативное вмешательство ( $p < 0,05$ ). По нашему мнению, наиболее наглядным в определении уровня качества жизни является оценка состояния собственного здоровья самим больным. Этот уровень мы выявили по шкале «общего состояния здоровья» опросника SF-36. Оценка собственного здоровья у пациентов после операций и в группах без осложнений была более высокой, чем у больных ХП с осложненным течением без оперативного вмешательства. Суммировав данные составляющих шкал, мы не получили достоверных различий в показателе «физического компонента здоровья», однако, как и следовало ожидать, показатель «психического компонента здоровья» достоверно был выше в группе больных, перенесших операции ДО, ПДР ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Пациенты, перенесшие оперативное лечение, обладают более высокой самооценкой состояния здоровья, что наиболее вероятно связано со стойким купированием болевого синдрома, быстрой реабилитацией и как следствие, ранним возвращением к прежней социальной деятельности.

#### 16. Билиарная недостаточность при хроническом панкреатите

Винокурова Л. В., Шустова С. Г., Дубцова Е. А.  
ЦНИИ гастроэнтерологии МКНЦ, Москва, Россия

**Цель:** исследование состава желчных кислот у больных хроническим панкреатитом (ХП).

**Материалы и методы.** Обследованы 95 больных ХП в возрасте от 33 до 60 лет, из них у 55 больных выявлен алкогольный панкреатит (АП), у 40 — билиарный панкреатит (БП), 20 человек составили группу контроля. Из 55 больных АП у 32 отмечалось осложненное течение заболевания. В крови и дуоденальном содержимом определялся спектр желчных кислот.

**Результаты.** Выявлено уменьшение процента содержания конъюгатов холевой кислоты у всех больных ХП. Процент содержания гликохолевой кислоты в группах больных АП и БП находился приблизительно на одном уровне, соответственно,  $(24,1 \pm 1,6)\%$  и  $(23,7 \pm 3,7)\%$  ( $p < 0,05$ ), тогда как в контроле он составлял  $(36,4 \pm 2,4)\%$ . При этом у больных АП отмечено более значительное, чем при БП, снижение содержания таурохолевой кислоты — до  $(4,5 \pm 0,7)\%$  (в контроле  $(9,2 \pm 0,7)\%$ ). С увеличением длительности заболевания у больных АП происходит снижение секреции желчи до 35%. При этом изменяется нормальное соотношение фракций К. ЖК в крови и желчи: снижалось процентное содержание (от суммы желчных кислот, ЖК) фракций, конъюгированных с глицином и таурином. Среди свободных ЖК в дуоденальной желчи больных ХП преобладала холевая кислота. Содержание литохолевой кислоты возрастает значительно как в желчи, так и в крови. С увеличением длительности заболевания (более 10 лет) в желчи больных АП также наблюдается значительное возрастание процентного содержания литохолевой кислоты — с  $(3,1 \pm 0,6)\%$  ( $p < 0,01$ ) до  $(6,7 \pm 1,8)\%$  у больных АП. У больных БП в желчи содержание литохолевой кислоты увеличивается более чем в 2 раза ( $p < 0,01$ ,  $p < 0,05$ ). Своеобразие индивидуального состава конъюгированных ЖК

в дуоденальной желчи больных АП заключалось в снижении процента содержания (от общей суммы ЖК) таурохолевой, гликохолевой и гликодиоксихолановых кислот соответственно в 2, 1,5 и 1,4 раза. В целом для группы больных АП описанные изменения в составе конъюгатов являлись причиной несущественного снижения глицин/тауринового коэффициента. Однако с увеличением длительности заболевания наблюдалось более значительное снижение данного показателя — от  $(5,0 \pm 1,0)$  ед. до  $(3,0 \pm 0,7)$  ед. (или до 65% от уровня контроля), что указывает на нарушение процесса конъюгации ЖК с глицином в клетках печени.

**Заключение.** У больных ХП снижается процент содержания конъюгатов холевой кислоты (таурохолевой и гликохолевой) при значительном уменьшении процента содержания гликоконъюгатов и, особенно, гликодиоксихолановых кислот; содержание литохолевой кислоты увеличивалось в зависимости от длительности и тяжести заболевания ПЖ.

#### 17. Результаты бактериологического исследования недоношенных новорожденных с некротическим энтероколитом

Вознюк И. Н., Матвеев А. В.

Крымский ГМУ им. С. И. Георгиевского, Симферополь, Россия

Некротический энтероколит (НЭК) — редкая, но вместе с тем основная причина смерти новорожденных с патологией ЖКТ. Тяжелая асфиксия, недоношенность, длительный безводный промежуток способствуют развитию НЭК. Важной остается и роль инфицирования, которое способно значительно усугубить течение НЭК.

**Цель работы:** изучить микробиологическую структуру НЭК у новорожденных.

**Материалы и методы.** В 2013 году в республиканской детской больнице на базе отделения анестезиологии и интенсивной терапии новорожденных (ОАИТН) пролечено 11 детей с НЭК разной степени тяжести. Все пациенты поступили из разных регионов Крыма в сопровождении выездной неонатальной анестезиологической бригады. С целью подбора адекватной антибактериальной терапии проводили микробиологическое исследование — определение патогена и его чувствительности к антибактериальным препаратам. Материалом для исследования послужил аспират из брюшной полости или гнойное содержимое, полученное во время операции. При необходимости исследование повторяли после операции.

**Результаты.** Все дети родились недоношенными. Девочки составили 18,2%, мальчики — 81,8%. Средняя масса тела составила  $(2,33 \pm 0,30)$  кг. Оценка Апгар на 1-й минуте после рождения —  $6,2 \pm 0,7$ , на 5-й минуте —  $7,1 \pm 0,5$ . Возраст пациентов варьировал от 11 до 56 дней, средний —  $(26,66 \pm 14,67)$  дня. При поступлении состояние детей оценивалось как тяжелое. Микробиологическое исследование показало, что основными патогенами являются грамотрицательные микроорганизмы. В 45,5% всех случаев доминировала *K. pneumoniae*, *E. coli* была выделена в 27,3%, а на долю *E. aerogenes* пришлось 9,1%. *P. aeruginosa* обнаружена в 18,2%, а *C. freundii* — в 9,1%.