

Цель исследования: оценить частоту встречаемости изменений билиарной системы у больных с различными формами псориаза.

Примененные методы: биохимическое исследование крови, УЗИ, дуоденальное зондирование с исследованием биохимического состава желчи.

В исследование были включены 60 больных в возрасте 18 – 60 лет с распространенным псориазом в стадии прогрессирования, группу сравнения составили 30 пациентов с ограниченным вульгарным псориазом. Критерии исключения: заболевания печени аутоиммунной, алкогольной, вирусной этиологии.

При биохимическом исследовании крови повышение показателей АСТ, АЛТ в основной группе имело место у 63,3% исследуемых, в группе сравнения — у 20%, изменения уровня холестерина и липопротеидов в основной группе были у 71,7% исследуемых, в группе сравнения — у 36,7%. Признаки микролитиаза при биохимическом исследовании состава желчи выявлены у 68,3% в основной группе и у 26,7% в группе сравнения. Признаки калькулезного холецистита при УЗИ органов брюшной полости в основной группе обнаружены у 56,7% исследуемых, в группе сравнения — у 10%. У 18% исследуемых из основной группы не выявлено отклонений от нормы при использовании указанных методов обследования, в группе сравнения — у 59%.

Таким образом, выявляется корреляция между тяжестью кожных проявлений псориаза и выраженностью патологических изменений в гепатобилиарной системе.

103. Эндотелиальная дисфункция (ЭД) у больных с хроническим панкреатитом (ХП)

Русин В. И., Сирчак Е. С., Курчак Н. Ю.

Ужгородский национальный университет (мед. ф-т), Украина;
e-mail: szircsak_heni@bigmir.net

Цель исследования: оценить изменения показателей ЭД у больных с ХП после холецистэктомии (ХЭ).

Материалы и методы. Обследованы 36 больных с ХП после ХЭ, которые лечились в ЗОКБ им. А. Новака г. Ужгорода. Диагноз обострения ХП выставлялся с учетом жалоб, анамнестических, лабораторных и инструментальных методов исследования. ХП формировался на фоне билиарной патологии (у всех пациентов была выполнена ХЭ в пределах $(8,4 \pm 2,6)$ лет). Контрольную группу составили 20 фактически здоровых лиц.

ЭД изучали по методу, предложенному D. Selertajer, определяя эндотелий-зависимую (ЭЗВД) и эндотелий-независимую (ЭНВД) вазодилатацию плечевой артерии (ПА) с помощью УЗ дуплексного сканирования на аппарате HDI-1500 (США). Также определяли уровень фактора фон Виллебранда (ФФВ), одного из лабораторных маркеров ЭД, с помощью хромогенного анализа на аппарате Sysmex 500 и 560 (Япония).

Результаты. У больных с ХП после ХЭ обнаружили признаки ЭД, что проявлялось уменьшением показателей ЭЗВД до $(9,3 \pm 0,5)$ % против $(14,9 \pm 0,4)$ % у контрольной группы, а также ЭНВД до $(17,7 \pm 0,8)$ % против $(26,1 \pm 0,7)$ % у контрольной

группы, $p < 0,05$. Также установили увеличение уровня ФФВ до $(175,4 \pm 11,8)$ % у больных с ХП после ХЭ против $(97,2 \pm 10,2)$ % у контрольной группы, $p < 0,05$.

Итак, нарушение состояния эндотелия у больных с билиарной дисфункцией после ХЭ может рассматриваться как один из факторов, способствующих формированию/прогрессированию ХП у данного контингента пациентов. Дальнейшие исследования ЭД с целью их своевременного выявления и коррекции могут быть одним из звеньев профилактики поражений органов гепатобилиарной системы у больных после ХЭ.

Выводы. У больных с ХП после ХЭ наблюдается ЭД согласно результатам пробы с реактивной гиперемией ПА и показателей ФФВ.

104. Влияние питьевой минеральной воды на уровень гастрин крови у больных с гиперацидным синдромом

Рустамов М. Н., Лазебник Л. Б.

Белорусский ГМУ, Минск, Беларусь, МГМСУ, Москва, Россия

Цель работы. Изучить влияние питьевых минеральных вод (ПМВ) в монорегиме на уровень гастрин крови у больных с гиперацидным синдромом.

Материалы и методы. Обследованы 197 больных с ГС: 132 — с хроническим гастродуоденитом, 60 — с дуоденальной язвой, 5 — с двухсторонней поддиафрагмальной ваготомией. Больные принимали только сульфатную кальциево-магниево-натриевую ПМВ в монорегиме за 1,5 часа до приема пищи в течение 30 дней. Всем больным до и после курса лечения проведено определение содержания интестинального гормона гастрин в крови, ФГДС, рН-метрии.

Результаты. После лечения базальный рН в теле, антральном отделе желудка и двенадцатиперстной кишке (ДПК) существенно повысился, то есть произошло достоверное уменьшение кислотности в желудке ($p < 0,01$) до нормальных величин. После однократного приема 200,0 мл ПМВ у 5 больных с поддиафрагмальной ваготомией воспроизвелся аналогичный эффект для рН ДПК. Выявлено увеличение содержания гастрин в крови под влиянием однократного приема ПМВ у 44% больных. После лечения увеличилось содержание гастрин крови с $(45,73 \pm 1,93)$ нг/л до $(55,60 \pm 2,79)$ нг/л, $p < 0,01$, то есть до величин, не превышавших показателей нормы.

Заключение. ПМВ приводит к торможению секреторной функции желудка сложным путем, в механизме которого, очевидно, лежит процесс активации интестинальных гормонов, в частности, гастрин и секретин. Секретин обладает способностью тормозить выделение соляной кислоты желудочными железами, чем, на наш взгляд, можно объяснить снижение кислотности после приема ПМВ. Можно полагать, что лечебный эффект ПМВ во многом связан с их способностью активировать деятельность эндокринной системы пищеварительного тракта.

105. Диагностика Helicobacter pylori дыхательным ХЕЛИК-тестом

Рустамов М. Н., Лазебник Л. Б.

Белорусский ГМУ, Минск, Беларусь, МГМСУ, Москва, Россия

Цель работы: определить чувствительность и специфичность дыхательного ХЕЛИК-теста при диагностике *H. pylori*.

Материалы и методы. Обследованы 37 пациентов. Всем пациентам проводили ФГДС с множественными биопсиями из антрального отдела и тела желудка для дальнейшего определения микроорганизма *H. pylori* и дыхательный ХЕЛИК-тест. Для определения чувствительности и специфичности дыхательного ХЕЛИК-теста пациенты были разделены на две группы. В первую группу были включены 19 пациентов, у которых при эндоскопическом исследовании морфологически была обнаружена инфекция *H. pylori* различной степени контаминации, во вторую группу были включены 18 пациентов, у которых при морфологическом исследовании инфекция *H. pylori* не была обнаружена.

Результаты. При проведении неинвазивного дыхательного ХЕЛИК-теста у 18 из 19 пациентов первой группы тест был положительный, то есть исследование подтвердило присутствие *H. pylori*. Чувствительность дыхательного ХЕЛИК-теста составила 94,74%. Во второй группе только у одного из 18 *H. pylori*-негативных пациентов при дыхательном ХЕЛИК-тесте получен положительный результат. Специфичность метода составила 94,44%.

Заключение. Дыхательный неинвазивный метод ХЕЛИК-тест с индикаторной трубкой обладает высокой чувствительностью (94,74%) и специфичностью (94,44%). Метод может быть рекомендован как точный метод для диагностики и оценки эффективности проведенной эрадикации *H. pylori*. Положительный результат ХЕЛИК-теста при отрицательном результате гистологического метода можно объяснить тем, что при проведении ХЕЛИК-теста определяется не сам *H. pylori*, а продукты его жизнедеятельности, и он сам может быть не включен в биопсию. Метод неинвазивный, прост для применения, может быть использован в амбулаторных условиях, особенно при исследовании пациентов с противопоказаниями для проведения инвазивных методов диагностики *H. pylori*.

106. Использование нефармакологических факторов при эрадикации *H. pylori* у пациентов с дуоденальной язвой

Рустапов М. Н., Лазебник Л. Б.

Белорусский ГМУ, Минск, Беларусь, МГМСУ, Москва, Россия

Цель: изучить эффективность нефармакологических факторов при эрадикации *H. pylori* (*H. pylori*) у пациентов с дуоденальной язвой (ДЯ).

Материалы и методы. 250 пациентов с ДЯ, ассоциированной с *H. pylori*, случайным образом были разделены на 5 групп, по 50 человек в каждой. В течение 1 месяца I группа получала ингибитор протонного насоса (ИПН) + амоксициллин + кларитромицин; II — то же лечение + пробиотик (П); III — ИПН + П + углекислую хлоридно-гидрокарбонатную натриевую питьевую минеральную воду (ПМВ) за 1,5 ч до еды; IV — ИПН + П + хлоридную натриевую ПМВ за 1,5 ч до еды; V — ИПН + П. Всем больным проведены ФГДС, биохимический анализ крови, рН-метрия, исследование фекалий на дисбиоз кишечника (ДК).

Результаты. В I группе увеличилось количество больных с ДК и усугубилась ее степень. Во II группе уменьшилось количество больных с ДК, но в 8% случаев появились новые случаи ДК. В III, IV и V группах улучшился микробиоценоз кишечника (МК). Заживление ДЯ наблюдали в 82%, 84%, 86%, 84% и 78% случаев в I, II, III, IV и V группах соответственно. Эрадикация *H. pylori* составила 70%, 82%, 80%, 78% и 68% в I, II, III, IV и V группах соответственно. Повышение базального рН в желудке и двенадцатиперстной кишке отмечали во всех группах, более выраженное — в III группе. В I группе наблюдали повышение АлАТ, АсАТ, щелочной фосфатазы (ЩФ) и триглицеридов (ТГД). Во II группе таких изменений не наблюдали. В III, IV и V группах выявили снижение АлАТ, АсАТ, билирубина, ЩФ, холестерина и ТГД. Все результаты были достоверными.

Заключение. Стандартная терапия вызывает или усугубляет ДК, оказывает гепатотоксическое действие. Добавление П повышает эффективность эрадикации *H. pylori*, улучшает МК, но вызывает новые случаи ДК. ПМВ+П+ИПН является безопасным и эффективным способом эрадикации *H. pylori*, особенно у больных с патологией гепатобилиарной системы и толстой кишки.

С

107. Цирроз печени и поражение сердечно-сосудистой системы

Савельева Т. В., Эшмаков С. В., Васильев М. Ю.
Ижевская ГМА, Россия

Цель исследования: изучить частоту нарушений ритма сердца и проводимости у больных с вирусным и алкогольным циррозом печени (ЦП).

Материал и методы. Обследованы 36 пациентов в возрасте 34 – 55 лет с ЦП классов В и С по Child-Pugh без сопутствующей сердечно-сосудистой патологии: 17 пациентов с ЦП вирусной (HBV и HCV) этиологии — 1-я группа и 19 пациентов с алкогольным ЦП — 2-я группа. В контрольную группу вошли 15 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Суточное мониторирование ЭКГ выполнялось на аппарате «Миокард-холтер» (г. Саров).

Результаты. Согласно данным суточного мониторирования ЭКГ ЧСС в дневное время была достоверно выше у пациентов 2-й группы; у них же отмечено избыточное снижение ЧСС в ночные часы. Наджелудочковая экстрасистолия регистрировалась у 8 (47%) пациентов 1-й группы и у 12 (63,2%) больных 2-й группы, желудочковая экстрасистолия — у 4 (23,5%) и 13 (68,4%) пациентов соответственно ($p < 0,01$), из них у 4 — по типу би- и тригеминии; пробежки желудочковой тахикардии были зафиксированы у 4 (21%) пациентов этой же группы. Удлинение корригированного интервала QT максимальной продолжительностью до 0,59 сек (длительностью до 19,15 ч) определялось у 4 (21%) больных с алкогольным циррозом печени. Нарушения проводимости в виде преходящей атриовентрикулярной блокады 1 – 2 степени были зарегистрированы у 3 (17,6%) и 6 (31,6%) больных 1-й и 2-й групп соответственно. Снижение вариабельности сердечного ритма определялось у 5 (26,3%) пациентов 1-й группы и у 13 (68,4%) больных 2-й группы ($p < 0,05$). Субмаксимальной