

подходить к назначению данной группы препаратов и осуществлять тщательный динамический мониторинг.

47. Возможности методов молекулярной биологии в акушерстве, гинекологии и репродуктологии

Калинина Е. А., Зубарева Т. М.,
Волкунович Т. А., Малушко А. В.,
Комличенко Э. В., Ситкин С. И.,
Дедуль А. Г.

Северо-Западный ГМУ
им. И. И. Мечникова,
Санкт-Петербург, Россия,
e-mail: evgenia_kalinina@list.ru

В настоящее время ученые всего мира проявляют большой интерес к такой новой развивающейся науке, как метаболомика, которая занимается изучением метаболического профиля на уровне клетки, ткани, органа или организма. Метаболические исследования проводятся в различных отраслях медицины. Не осталось в стороне и такое направление, как акушерство, гинекология и репродуктология.

С помощью данной методики проводятся исследования, которые могут дать возможность более детального понимания патогенеза синдрома поликистозных яичников, выявления маркеров таких заболеваний, как рак шейки матки, эпителиальный рак яичника, наружный генитальный эндометриоз. Проводятся попытки изучения метаболического профиля фолликулярной жидкости для оценки качества ооцитов в программах экстракорпорального оплодотворения, а также возможность применения метаболомики для оценки факторов риска и разработки методов прогнозирования преждевременных родов.

Результаты этих исследований очень интересны и многообещающи. Например, при изучении метаболического профиля пациенток с раком шейки матки были выявлены маркеры, которые дали возможность выделить таких пациенток из группы здоровых женщин с чувствительностью и специфичностью 91,6% и 100% соответственно, в то время как чувствительность и специфичность жидкостной цитологии (современный золотой стандарт выявления рака шейки матки) составляют всего 80,6% и 88,9% соответственно. При попытке найти маркеры наружного генитального эндометриоза начальных стадий чувствительность и специфичность метаболомического метода составили 81 – 90% и 68 – 90% соответственно, в то время как единственный маркер данного заболевания, СА-125, повышается только при запущенных стадиях заболевания, а окончательная диагностика этой патологии возможна только при проведении лапароскопической диагностики, которая и является золотым стандартом выявления наружного генитального эндометриоза в настоящее время.

Метаболомический метод исследования еще далек от применения в клинической практике и требует дальнейшего изучения, однако, возможно, именно с его помощью удастся ответить на многие вопросы, до сих пор оставшиеся без ответа.

48. Роль антител к эластазе при хроническом панкреатите

Коваль В. Ю., Архий Э. Й., Изай Э. А.¹

Ужгородский национальный университет
(мед. ф-т), ¹Ужгородская областная
клиническая больница им. А. Новака,
Украина, e-mail: cowl.valya@yandex.ua

Цель исследования: изучить частоту выявления антител к эластазе при хроническом панкреатите.

Материалы и методы. Изучено наличие и количество антител к эластазе у 41 больного разными формами хронического панкреатита. Больные находились на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении Ужгородской областной клинической больницы им. А. Новака в 2012 – 2013 гг. Определение антител к эластазе проводили иммуноферментным методом с наборами тест-систем фирмы Demeditecs Diagnostics GmbH (Germany). В группу обследованных вошли 73% мужчин и 27% женщин. Возраст больных составил ($47,76 \pm 1,64$) года, длительность заболевания — ($6,24 \pm 1,05$) года.

Результаты и их обсуждение. При обследовании 41 больного хроническим панкреатитом у 31 (75%) обнаружен повышенный титр антител к эластазе. У 4 (10%) больных антитела к эластазе в сыворотке крови не определялись, у 6 (15%) больных их уровень был в норме — ($5,4 \pm 0,6$) U/ml. Уровень антител к эластазе был повышен при всех формах хронического панкреатита, но наиболее выраженным повышение было при хроническом кальцифицирующем панкреатите — ($88,8 \pm 4,7$) U/ml и хроническом псевдотуморозном панкреатите с нарушением экскреторной и инкреторной функции поджелудочной железы с выраженным болевым синдромом — ($113,4 \pm 7,1$) U/ml. При хроническом инфильтративно-фиброзном панкреатите он составил ($51,0 \pm 16,6$) U/ml, при хроническом псевдотуморозном панкреатите с нарушением экскреторной функции поджелудочной железы — ($31,1 \pm 6,0$) U/ml.

Выводы. Уровень антител к эластазе при хроническом панкреатите зависит от длительности заболевания и клинической формы хронического панкреатита.

49. Динамика прогрессирования диспластикозависимых проявлений со стороны органов пищеварения у пациентов с синдромом недифференцированной дисплазии соединительной ткани, подтвержденная десятилетним исследованием

Кокотова Е. П., Перетолчина Т. Ф.

Уральский ГМУ, Екатеринбург, Россия

Цель исследования: выяснить интенсивность диспластикозависимой патологии со стороны органов пищеварения у пациентов с синдромом недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) в десятилетней динамике.

Материалы и методы. Объект исследования — 88 пациентов. 1-я группа исследования: средний возраст пациентов ($35,1 \pm 7,9$) года; синдром НДСТ установлен в 2000 г., диспластикозависимые проявления со стороны органов пищеварения выявлены

по ФГДС и УЗИ. Группой сравнения (2-я группа исследования) являлась эта же группа пациентов, проконсультированных и повторно исследованных в 2010 г.

Результаты. По данным УЗИ в 2010 г. деформации желчного пузыря (ЖП) выявлены в 1,5 раза чаще, чем 10 лет назад — 60 (68%) и 40 (45%) при $p \geq 0,05$, в том числе перегиб ЖП: тела — 30 (34%) и 19 (22%), шейки — 7 (8%) и 4 (4,5%), S-образный ЖП — 17 (19,3%) и 13 (14,7%), перетяжка в ЖП — 6 (6,8%) и 3 (3,4%). По данным ФГДС в 2010 г. атрофический гастрит выявлен у 57 (64,7%), что несколько чаще, чем в 2000 г. — у 50 (57%). Рефлюксная болезнь (РБ) выявлена у трети пациентов, что достоверно чаще, чем 10 лет назад — 31 (35%) и 12 (13,6%) при $p \geq 0,05$, в том числе в виде дуоденогастрального рефлюкса и гастроэзофагеального рефлюкса: 20 (22,7%) — 9 (10,2%) и 11 (12,5%) — 3 (3,4%). Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы выявлена у 19 (20,5%), что несколько чаще, чем 10 лет назад — у 13 (14,7%).

Выводы. По результатам анализа течения диспепсической патологии у пациентов с синдромом НДСТ в десятилетней динамике выяснилось, что все маркеры фенотипа со стороны органов пищеварения имеют проградентное прогрессирующее течение, в большей степени прогрессировали деформации ЖП, в меньшей степени РБ.

50. Клинический случай: поражение печени, ассоциированное с НПВП

Колесова Т. А., Викулова О. В.,
Калужских И. А., Кулагина И. Г., Хуртова Н. И.
СОКБ им. М. И. Калинина, Самара, Россия

Больная М., 60 лет, пенсионерка, поступила в гастроэнтерологическое отделение с направительным диагнозом: «гепатит неуточненной этиологии».

При поступлении отмечала выраженную слабость, недомогание, желтушность кожных покровов, кожный зуд, боль и распирающие в правом подреберье, отеки на ногах, повышение температуры тела.

Анамнез жизни: образование среднее; алкоголь употребляет редко; не курит.

Анамнез заболевания. Заболевания печени отрицает. Развитие заболевания связывает с приемом диклофенака внутрь и в виде инъекций в мышцу в течение 5 дней по поводу боли в пояснице и суставах, без назначения врача. На фоне приема и введения препарата боль в пояснице уменьшилась, но появилась тяжесть в правом подреберье, а окружающие заметили появившуюся желтушность кожных покровов, но больная к врачу не обратилась, и лишь при нарастании желтухи и появившегося некротического отношения к своему здоровью больную госпитализировали вначале в районную больницу, а затем в гАО СОКБ им. М. И. Калинина.

При поступлении: Состояние больной тяжелое, выраженная желтушность кожных покровов и склер, следы расчесов на коже, единичные геморрагии. Не критична. Со стороны легких и сердца — без патологии. При пальпации — увеличение печени на 10 см из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. На ногах пастозность.

Больная обследована клинически, лабораторно, инструментально. В ОАК выявлен лейкоцитоз,

тромбоцитопения, увеличение СОЭ, в биохимических показателях гипербилирубинемия до 580 мкмоль/л за счет прямого, увеличение гамма-глобулинов, повышение АлАТ, АсАТ, ГГТП более 20 норм, ЩФ более 3 норм. Исследованы кровь на маркеры вирусных гепатитов — все маркеры отрицательные, кровь на АМА, ANA, ANCA — все отрицательные. При УЗИ брюшной полости и КТ признаки гепатомегалии, хронического панкреатита. ФГДС: ВРВП не выявлено. БДС не изменен. Эрозивный гастрит. Эрозивный дуоденит. НР+.

Осмотрена неврологом: энцефалопатия смешанного генеза.

Учитывая жалобы, анамнез, данные лабораторных и инструментальных методов исследования, больной выставлен клинический диагноз: «острый лекарственный гепатит высокой степени активности, индуцированный приемом диклофенака. Энцефалопатия смешанного генеза. Эрозивный гастрит, индуцированный приемом НПВС, ассоциированный с НР+, эрозивный дуоденит.

Больной назначена дезинтоксикационная терапия до 1,5 литров под контролем суточного диуреза, гептрал внутривенно 1600 мг в сутки, дюфалак до 60 мл в сутки, ГКС 60 мг в вену под прикрытием контролола 40 мг, урсосфальк 15 мг/кг. При динамическом наблюдении и контроле показателей крови через 5 дней выявлена значительная положительная динамика не только в общем состоянии больной, но и в биохимических показателях — снижение билирубина, АлАТ, АсАТ, ГГТП, гамма-глобулинов. В последующем продолжено лечение урсосфальком до 3 месяцев, дюфалаком в течение 2 месяцев с хорошим эффектом. Учитывая наличие у больной гастрита, ассоциированного с НР, в последующем проведена эрадикационная терапия первой линии (ИПП + амоксициллин + клацид + закофальк) в течение 10 дней.

Через 2 месяца состояние больной значительно улучшилось, биохимические показатели нормализовались.

51. Опыт применения препарата «Урсосфальк» в лечении больных с первичным билиарным циррозом

Колесова Т. А., Викулова О. В.,
Калужских И. А., Кулагина И. Г., Хуртова Н. И.
СОКБ им. М. И. Калинина, Самара, Россия

Цель исследования: оценить эффективность применения препарата «Урсосфальк» в лечении больных с первичным билиарным циррозом.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 25 больных, все женщины, средний возраст $(46,3 \pm 5,2)$ года. Все (100%) обследованы клинически, лабораторно, инструментально, пункционная биопсия печени выполнена 10 больным (40%). При оценке клинических симптомов все 25 больных отмечали кожный зуд различной степени интенсивности, сухость кожи, желтушность кожных покровов и склер, слабость, недомогание, тяжесть и распирающие в правом подреберье у 21 больной (84%). При объективном исследовании у 20 больных (80%) — ксантелазмы на веках, у 14 больных — ксантомы на внутренней поверхности ладоней. Гепатоспленомегалия у 100% больных. Асцит у 5 больных.