

### 115. Гастроэнтерологические маски дебюта сахарного диабета у детей

Сорокина Н. В., Багирова Н. И., Шумейко Н. К.  
МГМСУ, Москва, Россия

Ежегодно в мире выявляется 78 тысяч детей с сахарным диабетом 1 типа. В Москве количество больных увеличилось с 13,6 до 16,8 на 100000. Нередко болезнь скрывается под маской других различных заболеваний.

**Цель исследования:** проанализировать причины госпитализации детей с сахарным диабетом 1 типа (СД) в дебюте заболевания в условиях непрофильного отделения.

**Материал и методы.** Проведено изучение истории болезни 14 детей (6 мальчиков, 8 девочек) с СД, поступивших в приемное отделение ДГКБ св. Владимира Москвы за прошедшие 4 года. У 12 из них СД 1 типа был выявлен впервые. Направляющими диагнозами были: острый абдоминальный синдром, дискинезия желчевыводящих путей, аппендицит, пневмония, острая кишечная инфекция, инфекционный мононуклеоз. Возраст больных составлял от 1 года до 14 лет. Поводом для госпитализации 5 больных были боли в животе, рвота, у 1 больного — рвота, диарейный синдром, у 1 — гепатомегалия. У 4 детей на высоте абдоминального синдрома была выявлена гипогликемия, что является специфичным для дебюта СД 1 типа у детей. При этом отмечалась быстрая смена кетоацидоза на гипогликемию и обратно в течение дня. У 4 детей боли в животе сочетались с симптомами дыхательной недостаточности в виде одышки и дыхания Куссмауля. В процессе наблюдения у 10 детей развился кетоацидоз, что послужило поводом для перевода в отделение реанимации. Все дети получали адекватную терапию, при стабилизации процесса были переведены в специализированный эндокринологический центр.

**Заключение.** СД 1 типа в 50% случаев имеет маски гастроэнтерологических заболеваний, что требует расширения показаний для определения уровня глюкозы и гликированного гемоглобина, особенно в случаях неясного абдоминального синдрома в сочетании с дыхательной недостаточностью.

### 116. Сравнительная эффективность рабепразола (препарат «Парие») и омепразола (препарат «Омез») у пациентов с неэрозивной рефлюксной болезнью

Стрижанова Е. В.  
КДЦ «Здоровье», Ростов-на-Дону, Россия

**Цель исследования:** сравнить эффективность применения рабепразола (препарат «Парие») и омепразола (препарат «Омез») у пациентов с неэрозивной рефлюксной болезнью (НЭРБ).

**Материалы и методы.** В исследование вошли 40 пациентов с НЭРБ. Все больные были разделены на 2 равные группы. В 1-й группе (n = 20) пациенты принимали рабепразол (париет) 10 мг, а во 2-й группе (n = 20) — омепразол (омез) 20 мг. Курс лечения в обеих группах составил 4 недели. Сравнимые группы не имели различий, которые могли бы оказать влияние на конечные результаты исследования (возраст,

соотношение числа мужчин и женщин, индекс массы тела, курение и другие факторы). В процессе верификации диагноза проводились фиброэзофагогастродуоденоскопия и 24-часовое рН-мониторирование с определением симптом-ассоциированной вероятности. В обеих группах оценивался процент пациентов с полным устранением изжоги (дневной и ночной), регургитации и других симптомов ГЭРБ через 1 и 4 недели лечения.

**Результаты.** Через 1 неделю лечения при использовании рабепразола (париета) 10 мг дневная изжога была устранена у 40% пациентов против 35% пациентов, принимавших омепразол 20 мг, а ночная изжога была устранена через 1 неделю соответственно у 36% и 27%. Обращают на себя внимание более низкие показатели устранения изжоги в течение первой недели применения омепразола в сравнении с рабепразолом. Через 4 недели устранение дневной изжоги при применении рабепразола 10 мг (препарат «Парие») отмечено у 65% вошедших в исследование больных, а ночной — у 57%, тогда как при использовании омепразола 20 мг (препарат «Омез») устранение дневной изжоги отмечено у 50% вошедших в исследование больных, а ночной — у 43%. Обращает на себя внимание более низкая эффективность применения омепразола 20 мг для устранения изжоги у пациентов с НЭРБ в сравнении с рабепразолом 10 мг. Более раннее и частое устранение регургитации отмечено при использовании рабепразола.

**Выводы.** Рабепразол 10 мг (париет) обладает более высокой эффективностью в устранении основного симптома НЭРБ в сравнении с омепразолом 20 мг (омез) через 1 и 4 недели лечения.

## Т

### 117. Эффективность безглютеновых хлебобулочных изделий в диетотерапии целиакии

Терновской Г. В.<sup>1</sup>, Кузнецова Л. И.<sup>1</sup>, Орешко Л. С.<sup>2</sup>, Шлейкин А. Г.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Санкт-Петербургский филиал ГОСНИИ хлебопекарной промышленности РАСХН, <sup>2</sup>СЗГМУ имени И. И. Мечникова, <sup>3</sup>Институт холода и биотехнологий СПб НИУ ИТМО, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: gregory@ternovskoy.com, oreshkol@yandex.ru

**Цель исследования:** клиническая апробация нового ассортимента безглютеновых хлебобулочных изделий в диетотерапии больных целиакией.

**Материал и методы.** Исследование проведено на 10 больных целиакией. Средний возраст 29 лет. Методы исследования: опрос пациентов, определение антител к глиадину Ig A и Ig G (AGA) методом двухсайтового ИФА, копрограмма по И. А. Алексеву-Беркману.

В работе использованы безглютеновые сорта хлеба: рисовый, рисово-кукурузный, рисово-гречневый, крахмально-соевый и яблочный, разработанные в Санкт-Петербургском филиале ГОСНИИ хлебопекарной промышленности. Содержание иммунореактивного глютена в изделиях составило менее 10 м. д. (по CODEX не более 20 м. д.), что соответствует

требованиям к изделиям, применяемым в диетотерапии целиакии. В ходе клинических испытаний оценка эффективности диетотерапии проводилась по динамике субъективных оценок, клинических проявлений, данных иммунологического исследования и показателей копрограммы.

**Результаты.** Установлено, что в течение исследования до и после применения в питании безглютенового хлеба у наблюдаемых пациентов статистически достоверных различий клинических проявлений и симптомов желудочной и кишечной диспепсии выявлено не было. Использование вышеперечисленного ассортимента хлеба не вызывало у больных целиакией повышения уровня AGA в крови и составляло не более 2,5 ед./мл, следовательно указанная продукция не стимулирует синтез гетероиммунных AGA и не способствует нарушению проницаемости кишечного барьера.

У больных целиакией после десятидневного употребления безглютенового хлеба в копрограмме не найдено признаков энтерального синдрома, что говорит об отсутствии негативного влияния безглютеновой продукции на процессы переваривания в кишечнике.

**Выводы.** Таким образом, применение нового ассортимента безглютеновых хлебобулочных изделий для патогенетического лечения больных целиакией показало их клиническую эффективность. Согласно полученным результатам, употребление указанной продукции не вызывает повышение реактивности иммунной системы.

Разработанный конкурентоспособный ассортимент хлебобулочных изделий и смесей для их производства не только эффективен для диетотерапии больных целиакией, но и выгодно отличается от представленных на рынке импортных и отечественных аналогов потребительскими свойствами, а также более низкой (не менее чем в 2 раза) ценой.

#### 118. Заболевания билиарного тракта у женщин

Трухан Д. И.<sup>1</sup>, Тарасова Л. В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Омская ГМА, <sup>2</sup>Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова, Чебоксары, Россия

Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей занимают одно из ведущих мест среди болезней органов пищеварения и встречаются у женщин в 3–10 раз чаще, чем у мужчин. Часто заболевания билиарного тракта впервые дебютируют у женщин во время беременности. К другим факторам, способствующим более частому развитию билиарной патологии у женщин, можно отнести: 1) влияние женских половых гормонов и гормональные дисфункции на пузырный и другие желчевыводящие протоки (демонстрацией подобной связи является появление клинических симптомов билиарной дисфункции непосредственно перед менструальным циклом и во время него); 2) прием пероральных контрацептивов и эстрогензаместительной терапии; 3) характерный для женщин «грудной» тип дыхания, при котором движения диафрагмы ограничены, что также может способствовать застою желчи по сравнению с «брюшным» типом дыхания у мужчин; 4) более частое применение низкокалорийных

диет с целью похудения, что также приводит к увеличению литогенности желчи; 5) большая распространенность среди женской половины населения психосоматических реакций в ответ на стресс и эмоциональные факторы.

### Ф

#### 119. Особенности проявлений стеатопанкреатита у больных с избыточной массой тела и ожирением

Феджага И. В.

Винницкий НМУ им. Н. И. Пирогова, Украина, e-mail: irynafedjaga@gmail.com

**Цель исследования:** выявить возможные клинические и лабораторные проявления стеатопанкреатита у больных с избыточной массой тела и ожирением.

**Материал и методы.** Нами были обследованы 56 больных с повышенной массой тела и ожирением, страдающих стеатопанкреатитом. У всех пациентов измеряли рост, массу тела, окружность плеча, окружность талии и бедер, толщину кожно-жировых складок. Проводили ультразвуковое исследование поджелудочной железы (ПЖ). В сыворотке крови определяли активность аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, щелочной фосфатазы, уровень общего билирубина, общего холестерина, холестерина липопротеидов низкой плотности (ХсЛПНП), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХсЛПВП). Уровень глюкозы оценивали натощак и через 2 часа после приема глюкозы. Наличие инсулинорезистентности устанавливали по уровню индекса НОМА.

**Результаты.** У 15 больных выявлено: стеатоз печени (3), стеатогепатит (7), холестероз желчного пузыря (5). Установлена прямая корреляционная связь средней силы между индексом массы тела и размерами ПЖ при сонографическом исследовании. У большинства больных выявлялась нечеткость контуров ПЖ с гипэхогенной и неоднородной паренхимой. Отмечалось абдоминальное ожирение. Болевой синдром выявлен у 10 пациентов. Среди пациентов наблюдался диспепсический синдром разной степени выраженности (52), диарейный синдром — у 49 пациентов. Гипергликемия натощак и нарушение толерантности к глюкозе выявлено у 19 больных, повышение индекса НОМА — у 35 больных. Нарушение жирового обмена отмечалось у 38 больных: повышение ТГ (14), повышение ХсЛПНП (27), снижение уровня ХсЛПВП (37).

**Выводы.** Стеатопанкреатит у больных с избыточной массой тела и ожирением характеризуется малосимптомным течением с наличием болевого, диспепсического синдрома и внешнесекреторной недостаточности ПЖ, нарушением жирового и углеводного обмена.

#### 120. Комплексная курортная терапия неалкогольной жировой болезни печени с применением магнитофореза даларгина

Федорова Т. Е., Ефименко Н. В.

ПГНИИК ФМБА России, Пятигорск, Россия

**Цель исследования:** изучить эффективность курортной терапии неалкогольной жировой болезни