

артралгии — в 57 % против 72 % у второй. Анемия встречалась лишь у 4 пациентов в первой группе, лейкопения — у 11 пациентов в первой группе и у 5 во второй. Уровень цитолиза повышался кратковременно в первой группе у 11 человек на фоне антибактериальной терапии. Достоверной разницы в уровне вирусной нагрузки на фоне противовирусной терапии выявлено не было, однако

тенденция к более высокому уровню цитолиза в первой группе прослеживалась.

Выводы. Назначение антибактериальной терапии на фоне начального этапа противовирусной терапии у пациентов с хроническим вирусным гепатитом С с синдромом цитолиза увеличивает степень субъективных проявлений интоксикации.

Послеоперационный болевой синдром после однопортовой и многопортовой лапароскопической холецистэктомии

Цель исследования: сравнительная оценка выраженности послеоперационной боли после однопортовой и многопортовой лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ).

Материал и методы. 68 больных с диагнозом желчекаменной болезни, хронического калькулезного холецистита разделили на 2 группы. В контрольную группу вошли 34 больных, подвергшихся многопортовой ЛХЭ, в основную группу — такое же число пациентов, перенесших однопортовую ЛХЭ. У всех пациентов до выполнения разрезов кожи проводилась местная инфильтрационная анестезия области введения троакаров на передней брюшной стенке. Также в начале процедуры производили инфузию местного анестетика — ропивакаина в правое поддиафрагмальное пространство, в конце операции — в это же пространство вводили физиологический раствор с последующей аспирацией. Выраженность боли в области

послеоперационных ран и в области плеча оценивали на 2, 6, 12, 24, 48 и 72 ч после операции с помощью визуальной аналоговой шкалы (VAS).

Результаты. Анализ баллов боли показал статистически значимое различие по выраженности абдоминальной боли на первые 12 ч, боли в области плеча — на первые 6 ч после операции. Больные в основной группе имели значительно меньше баллов боли, чем в контрольной группе ($p < 0,05$). В частности, у больных, подвергшихся однопортовой ЛХЭ, через 24 ч после операции не наблюдалось как абдоминальной боли, так и боли в области плеча.

Выводы. После однопортовой ЛХЭ выраженность боли в животе и в области плеча значительно меньше по сравнению с многопортовой ЛХЭ, а через 24 ч после операции боль отсутствует. В группе больных, перенесших однопортовую ЛХЭ, для снятия послеоперационного болевого синдрома потребовалась значительно меньшая доза обезболивающих.

Ранние послеоперационные результаты однопортовой и многопортовой лапароскопической холецистэктомии

Цель исследования: сравнение однопортовой и многопортовой лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) в раннем послеоперационном периоде.

Материал и методы. В исследование вошли 68 больных (57 женщин и 11 мужчин в возрасте от 37 лет до 71 года, средний возраст (47 ± 14) лет) с диагнозом хронического калькулезного холецистита. Больные были разделены на 2 группы: I группа — 34 больных, подвергшихся многопортовой ЛХЭ; II группа — 34 больных, перенесших однопортовую ЛХЭ.

Все операции выполнялись одной и той же бригадой хирургов. Пациентов информировали о технике хирургического вмешательства и получали письменное информированное согласие на операцию.

Результаты. При сравнении продолжительности хирургического вмешательства оказалось, что она статистически значимо дольше при выполнении однопортовой ЛХЭ ($p < 0,05$).

В послеоперационном периоде у 5 пациентов (у 3 — после многопортовой ЛХЭ, у 2 — после

однопортовой ЛХЭ) на 2–4 сутки наблюдалось желчеистечение по дренажу, установленному в правом подпеченочном пространстве. У этих больных выделение желчного пузыря из ложа сопровождалось значительными техническими трудностями. Желчеистечение разрешилось консервативными мерами. Ни у одного пациента не было показания к выполнению интраоперационной холангиографии.

Тошнота и рвота наблюдались у пациентов обеих групп (тошнота — у 18, рвота у 8 больных), но статистически значимого различия по этим показателям между однопортовой и многопортовой ЛХЭ не было выявлено ($p > 0,05$). В группе больных, перенесших однопортовую ЛХЭ, выраженность послеоперационной боли была меньше и потребовалась минимальная доза анальгетиков.

Выводы. Однопортовая ЛХЭ по сравнению с многопортовой отличается более легким течением раннего послеоперационного периода.

Экспресс-диагностика инфекции *Helicobacter Pylori*

Цель: апробация на клиническом материале от больных острым вирусным гепатитом (ОВГ) тест-систем для экспресс-диагностики инфекции *Helicobacter pylori*.

Материал и методы. На основе IgG-антител к ЛПС [Патент 2186394], антител к рекомбинантным белкам вакуолизирующего токсина (VacA) [Белый Ю.Ф. и др., 2005] и высокомолекулярным белкам (ВМБ, включая CagA) [Патент 2232989] разработаны тест-системы для экспресс-диагностики

инфекции *H. pylori*. Для выявления ЛПС/О-антигена использовали коаггутинацию (РКА) на стекле, для маркеров термоллабильных белков — РКА на иммунологических планшетах. Тестировано 420 проб (185 проб кала и 236 проб ЦИК), выделенных из сыворотки крови 5 % раствором ПЭГ 6000 от больных ОВГ различной этиологии. В контроле обследованы 42 практически здоровых донора крови.

Результаты. В копрофильтратах больных ОВГ О-антигены *H. pylori* найдены в 57,7 % проб

Алекберзаде А. В., Липницкий Е. М., Сундуков И. В., Бадалов Д. А. Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва, Россия

Алекберзаде А. В., Липницкий Е. М., Сундуков И. В., Бадалов Д. А. Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва, Россия

Белая О. Ф.¹, Зуевская С. Н.¹, Карманов М. И.¹, Белая Ю. А.², Петрухин В. Г.²
¹Первый МГМУ им. И. М. Сеченова МЗ РФ, ²НИИЭМ им. Н. Ф. Гамалеи МЗ РФ, Москва, Россия

(в виде моноинфекции — только в 10 %, в остальных случаях — одновременно с О-антигенами шигелл, сальмонелл или иерсиний), в составе ЦИК сыворотки крови — в 6,2 % проб. У доноров О-антиген *Helicobacter pylori* найден в 2 % проб копрофильтратов, а еще в 5 % проб — в сочетании с О-антигенами других возбудителей, что было достоверно ниже показателей у больных ОВГ. Маркер VacA найден у больных ОВГ в составе ЦИК сыворотки крови в 49,5 % случаев,

ВМБ — значительно чаще (72,7 %). У доноров эти маркеры выявлены не были.

Выводы. Набор для экспресс-диагностики, предназначенный для комплексного выявления важных факторов патогенности *H.pylori* — ЛПС/О-антигена, маркеров VacA и ВМБ (CagA) — характеризуется высокой чувствительностью при использовании копрофильтратов у больных ОВГ и дает возможность изучения специфического иммунного ответа к *H.pylori*.

Васильев Е. В., Вологжанин Д. А., Лантухов Д. В. Городская больница № 40, Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Пищевая непереносимость при неалкогольной жировой болезни печени

Цель: оценить влияние функционального состояния печени у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени на формирование пищевой непереносимости.

Материалы и методы. Обследованы 40 пациентов в возрасте 40–60 лет (мужчин 22, женщин 18) с неалкогольной жировой болезнью печени. Для оценки состояния печени использован комплекс методик, включающий тест ФиброМакс (BioPredictive (Франция), определение уровня аутоантител к аутоантигенам печени (технология «Иммункулус»), миграционной активности лейкоцитов в реакции с антигенами печени (перенхима, капсула), а также данные УЗИ.

Для выявления пищевой непереносимости использовалось определение миграционной активности лейкоцитов с 95 пищевыми антигенами с одновременным определением уровня специфических

циркулирующих иммунных комплексов. Учитывались общее количество продуктов питания, вызвавших сенсibilизацию, и максимальная выраженность сенсibilизации к отдельным пищевым антигенам.

Результаты. Установлено, что при выраженной стеатоза печени более чем S3 по SteatoTest (более 33 % гепатоцитов со стеатозом) латентную сенсibilизацию более чем к 20 продуктам питания имеет 45 % пациентов. При этом степень выраженности стеатоза коррелирует с количеством продуктов, к которым выявлена сенсibilизация.

Степень выраженности стеатоза также коррелирует с уровнем аутоантител к антигенам печени по технологии «Иммункулус». Наличие аутоантител отмечено у пациентов с наибольшей интенсивностью сенсibilизации к пищевым антигенам.

Волевач Л. В., Хисматуллина Г. Я., Камалова А. А., Гаузиева А. Т., Гурьев Р. А. Башкирский ГМУ, Уфа, Россия

Изучение двигательной функции желчного пузыря при патологии билиарной системы

Цель: изучить двигательную функцию желчного пузыря у пациентов молодого возраста с патологией билиарной системы.

Материал и методы. Двигательная функция желчного пузыря (ЖП) изучена у 34 пациентов с хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ) в сравнении с группой контроля, в которую были включены 30 здоровых лиц. Возраст обследуемых лиц от 18 до 35 лет. Диагноз верифицирован с помощью клиничко-лабораторных методов исследования. Двигательную функцию изучали на аппарате УЗИ «SHIMADZU» («SHD-500» Япония) через каждые 10 минут после дачи желчегонного «завтрака». Процесс сокращения желчного пузыря визуально был разделен на 3 фазы: подготовительную, фазу быстрого сокращения, фазу медленного сокращения.

Результаты. В ходе исследования у лиц молодого возраста преобладающими нарушениями моторики ЖП были снижение сократимости и показателя

двигательной функции (ПДФ) ЖП. Так, ПДФ от 0,35–0,49 был отмечен в 70,5 % случаев у пациентов ХНХ, в то время как в группе контроля этот показатель был в пределах 0,52–0,84, что соответствует нормативным данным. Было отмечено удлинение 2-й и 3-й фазы сокращения ЖП и увеличение 1-й фазы сокращения, что косвенно может свидетельствовать о гипертонусе сфинктера Одди. Сокращение ЖП на 50 % происходило через 45–90 мин. Гипертонически-гиперкинетическая форма дисфункции ЖП определялась всего у 3 пациентов ХНХ (8,8 %). Следует отметить, что наибольшие морфологические нарушения в структуре, архитектонике ЖП визуализировались у пациентов со сниженной контрактильной способностью ЖП.

Выводы. При изучении контрактильной способности ЖП у пациентов молодого возраста с ХНХ отмечено несколько типов нарушений моторики, однако преобладающими явились двигательные нарушения в виде снижения сократимости ЖП.

Джураев М. Д., Туйев Х. Н. Республиканский онкологический научный центр, Ташкент, Узбекистан

Гастропанкреатодуоденальная резекция при опухоли преампулярной зоны, осложненной механической желтухой

Цель исследования: улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения больных со злокачественными опухолями головки поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы. С 2006 по 2011 гг. в абдоминальном отделении РОНЦ 36 больным произведена гастропанкреатодуоденальная резекция. Мужчин было 24 (66,6 %), женщин — 12 (33,4 %). Средний возраст больных составил 52 года. Аденокарцинома головки поджелудочной железы

диагностирована у 29 (80,6 %) больных, аденокарцинома большого дуоденального сосочка — у 5 (13,8 %), злокачественная нейроэндокринная опухоль — у 2 (5,6 %) больных. Все больные поступили в стационар с явлениями механической желтухи. Уровень общего билирубина в крови у 1-й группы в среднем составил 212,26 ммоль/л, у 2-й группы — 101,45 ммоль/л. В зависимости от уровня общего билирубина использовалась тактика лечения двух видов, и больные были разделены на две группы.