

кислотности в желудке, мальабсорбции жиров поджелудочной железой, определения энергетического обмена в организме и ряд других. Определены перспективные 13С-ДТ, в том числе для оценки выведения из желудка жидкой пищи (с 13С-ацетатом натрия), роста бактерий в тонкой кишке (с 13С-ксилозой), а также сочетанные 13С-тесты функции желудка и воспалительных состояний.

Выводы. Разработанные тест-системы предназначены для массовой диагностики, включая проведение скрининговых исследований и диспансеризацию населения. Тесты неинвазивны, обладают высокой чувствительностью и специфичностью (до 100%). Внедрение 13С-ДТ открывает новые перспективы в диагностике гастроэнтерологических патологий.

97. Микробиологическое исследование содержимого пробиотических капсул, применяемых для профилактики и лечения антибиотик-ассоциированной диареи

Плотникова Е. Ю., Захарова Ю. В.
Кемеровская ГМА, Россия

Цель исследования: определить микробиологический состав капсул «ПроБиолог», а также антибиотикоустойчивость бактерий, входящих в состав препарата.

При микроскопическом изучении мазка по Граму из взвеси содержимого капсулы «ПроБиолог» установлено наличие двух морфотипов грамположительных бактерий: крупных, толстых плейоморфных палочек с закругленными концами, расположенных в виде «иероглифов», V-образно и короткими цепочками (род *Bifidobacterium*), а также тонких, слегка изогнутых палочек, расположенных одиночно или короткими цепочками (род *Lactobacillus*). Посторонних морфотипов бактерий в составе препарата выявлено не было.

L. acidophilus обладала резистентностью к следующим антибиотикам: амикацину, гентамицину, неомицину, цефтриаксону, цефтазидиму, меропенему, имипенему, промежуточной устойчивостью к офлоксацину, а чувствительностью к ципрофлоксацину, спарфлоксацину, амоксициллину, цефазолину, левомицетину, рокситромицину. *B. lactis* обладала устойчивостью к имипенему, меропенему, амикацину, гентамицину, неомицину, цефтриаксону, ципрофлоксацину, цефтазидиму, цефазолину, промежуточной устойчивостью к спарфлоксацину, рокситромицину, а чувствительностью только к амоксициллину.

Выводы. Препарат «ПроБиоЛог» является современным пробиотиком, который отвечает всем требованиям, предъявляемым к эффективным препаратам этой группы: обладает кислото- и антибиотикоустойчивостью, имеет достаточную дозировку для применения при профилактике и лечении антибиотик-ассоциированной диареи.

98. Инновационные подходы к анестезиологическому обеспечению абдоминального родоразрешения у пациенток с легочной гипертензией

Побединцева Ю. А., Кудлачев В. А.,
Баутин А. Е., Комличенко Э. В.

ФМИЦ им. В. А. Алмазова, Санкт-Петербург,
Россия

Цель работы: продемонстрировать инновационные подходы к анестезиологическому обеспечению при абдоминальном родоразрешении у пациенток с легочной гипертензией.

Материалы и методы. На примере восьми клинических наблюдений определен объем периоперационного мониторинга, выбор метода анестезиологического обеспечения, подходы к тактике назначения вазодилататоров малого круга кровообращения. Ведение пациенток осуществлялось в условиях стационара совместно анестезиологами-реаниматологами, акушерами-гинекологами, кардиологами. Проводился клинический, инструментальный и лабораторный мониторинг. Во всех случаях легочная гипертензия расценивалась как тяжелая. Все пациентки в дооперационном периоде получали ЛАГ-специфическую терапию (силденафил 60 мг в сутки). У семи пациенток было выполнено кесарево сечение, в одном случае — прерывание беременности по жизненным показаниям. Оперативные вмешательства выполняли в условиях эпидуральной анестезии с использованием инвазивного мониторинга гемодинамики.

Результатами нашей работы стали отсутствие летальности у данной категории пациенток, не было случаев остановки кровообращения, не было пациенток, потребовавших проведения инвазивной искусственной вентиляции легких. Не было летальных исходов среди новорожденных.

Заключение. Таким образом, применение современных медицинских технологий позволяет эффективно и безопасно проводить анестезиологическое обеспечение при абдоминальном родоразрешении у пациенток с тяжелой легочной гипертензией.

Р

99. Эндоскопические методы профилактики пищеводных кровотечений у больных с циррозом печени

Розанов В. Е., Болотников А. И.,
Калачнюк Т. Н., Архипов А. А., Васильев С. Б.,
Хайкин И. В.

КБ 123 ФМБА России, Одинцово, Россия

Цель исследования: оценить возможности эндоскопической профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода.

Материал и метод. Под нашим наблюдением находились 108 больных с циррозом печени и кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода. 33 пациента относились к функциональной группе Child-Pugh A, 66 — к группе Child-Pugh B, 9 — к группе Child-Pugh C.

Результаты. Лечение осуществляли эндоскопическим лигированием варикозно расширенных вен и склеротерапией. Процедуру проводили, используя паравазальное введение 1% раствора этоксисклерола или 3% раствор тромбовара. Препарат вводился на протяжении 6–10 см дистального отдела пищевода в объеме 10,0–15,0 мл в течение каждого сеанса так, чтобы сформировать циркулярный подслизистый отек в виде «муфты». Эндоскопические вмешательства проводили до достижения состояния

эрадикации. Количество сеансов склерозирования составило от 3 до 6.

Эрадикация варикозных вен пищевода достигнута в среднем через $(3,9 \pm 0,2)$ месяца после начала эндоскопического лечения у 92 больных: F0 — у 33 и F1 — у 59. У 16 пациентов в группе Child-Pugh B (7 человек) и Child-Pugh C (9 человек) с F3 возник рецидив и кровотечение.

Медикаментозная терапия заключалась в назначении соматостатина 100 мкг внутривенно болюсно, затем по 50 мкг/ч внутривенно в течение 48 ч. В дальнейшем переходили на подкожное введение 50–100 мкг каждые 8 ч. Продолжительность зависит от клинической ситуации в целом. Наряду с этим внутривенно вводили фамотидин по 20 мг 4 раза в сутки, от 2 до 10 дней с последующим переходом на прием внутрь в лечебной дозе.

Заключение. Полагаем, что эндоскопические методы облитерации варикозно расширенных вен пищевода, которые следует проводить сразу же после их выявления, создают предпосылки для длительной стойкой облитерации и одновременно являются профилактикой кровотечений.

100. Лечебная видеолaparоскопия при перфоративных пилородуоденальных язвах

Розанов В. Е., Кильдяшов А. В.,
Сторожилов В. А., Хайкин И. В.

Филиал № 4 3-й ЦВКГ им. А. А. Вишневого
МО РФ, Краснознаменск, КБ 123 ФМБА
России, Одинцово, Россия

Цель исследования: установить роль видеолaparоскопической техники в лечении перфоративных пилородуоденальных язв.

Материал и методы. Изучены 76 больных с перфоративными язвами и длительностью язвенного анамнеза $(5,8 \pm 1,1)$ года. По локализации выделяли перфорации пилорических и препилорических язв (тип III по Johnson), встретившиеся в 18 случаях, и язв двенадцатиперстной кишки, обнаруженные в 58 случаях. Всем больным было выполнено ушивание язв в сочетании с комбинированной ваготомией по T. Taylor с использованием видеолaparоскопической техники. Показаниями к данной операции явилось интраоперационное исследование кислотопродуцирующей функции желудка, выявившее непрерывное кислотообразование повышенной интенсивности при pH в теле $1,44 \pm 0,19$ и в антральном отделе $1,69 \pm 0,17$.

Результаты. Постваготомические моторно-эвакуаторные нарушения возникли в 15 случаях. По данным динамической радиоизотопной сцинтиграфии в 8 наблюдениях расстройства были легкими ($T_{1/2} < 90$ мин), в 4 — средней тяжести ($T_{1/2} > 90$ мин) и в 3 — тяжелыми ($T_{1/2} > 120$ мин). Лечение их осуществляли консервативными методами.

Заживление язв происходило в среднем через $(16,1 \pm 1,8)$ дня, что на 11,5 дня оказалось быстрее, чем при «традиционной» операции такого же характера ($p < 0,05$). Суммарные отдаленные результаты по критериям A. Visick, исследованные в сроки от 4 до 8 лет, составили: отличные — 67,1%, хорошие — 19,8%, удовлетворительные — 9,2%, неудовлетворительные — 3,9%.

Заключение. Полагаем, что полученные результаты в отношении частоты осложнений, редукции секреторной активности желудка, сроков заживления позволяют считать ушивание перфоративных язв в сочетании с операцией Тейлора с использованием видеолaparоскопической техники альтернативой «традиционным» операциям.

101. Механизмы развития травматического панкреонекроза

Розанов В. Е., Старожилов В. А., Хайкин И. В.
КБ 123 ФМБА России, Одинцово, филиал
№ 4 3-й ЦВКГ им. А. А. Вишневого МО РФ,
Краснознаменск, Россия

Цель исследования: установить роль апоптоза в механизмах развития травматического панкреонекроза.

Материал и методы. Изучены механизмы апоптоза полиморфноядерных лейкоцитов (ПЯЛ), взятых их ткани ПЖ во время операции по поводу ее травмы у 42 пострадавших. Процент ПЯЛ в состоянии апоптоза подсчитывали по программе STAT PASC. Fas-лиганд определяли с помощью антисывороток в реакции поверхностной иммунофлюоресценции. Использовали коммерческие наборы моноклональных антител к белкам p53, bcl-2, c-fos и c-myc. Морфологическую верификацию апоптозных клеток осуществляли как при светооптическом, так и ультраструктурном уровне.

Результаты. У пострадавших с панкреонекрозом выявлен апоптоз ПЯЛ, превышающий 15% (норма $(4,9 \pm 0,12)\%$), а также развивалась их функциональная недостаточность, связанная с угнетением их пролиферации. Особенно резкое снижение пролиферативного ответа клеток на стимуляцию митогеном — КоНА или анти-CD3-антителами наблюдали при инфицировании последнего ($r_{xy} = 0,71 \pm 0,02$; $p < 0,01$).

Также установлено, что повышение количества CD95+ клеток и уровня экспрессии на них Fas-рецептора, p53, c-fos и c-myc, являющихся «активаторами» апоптоза, на фоне снижения «блокаторов» апоптоза bcl-2 является реакцией, приводящей к гибели ПЯЛ ($r_{xy} = +0,78 \pm 0,01$; $p < 0,01$).

Подтверждением полученных данных стал корреляционный анализ, установивший высокую степень зависимости между долей ПЯЛ с морфологическими признаками апоптоза и уровнем экспрессии CD95+ (Fas, APO-1) ($r_{xy} = +0,81 \pm 0,02$; $p < 0,01$), c-fos и c-myc ($r_{xy} = +0,70 \pm 0,02$; $p < 0,05$), продукцией p53 ($r_{xy} = +0,69 \pm 0,01$; $p < 0,05$) и bcl-2 ($r_{xy} = +0,78 \pm 0,01$; $p < 0,01$).

Заключение. Полагаем, что усиление процесса апоптоза ПЯЛ, взятых из ПЖ, является прогностическим признаком развития панкреонекроза и его инфекционных осложнений.

102. Состояние билиарного тракта у пациентов с различными формами псориаза

Розумбаева Л. П., Козлова И. В., Бакулев А. Л.,
Быкова А. П.

Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского,
Россия