

(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., Воложанин 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 стеатозе 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.

1-ю группу составили 23 больных, которым в предоперационном периоде была произведена декомпрессия желчных путей путем наложения ЧЧХС. Во 2-й группе 13 больным декомпрессия не произведена. Средняя продолжительность операции составляла 4 ч 27 мин. Интервал до выполнения радикального вмешательства в 1-й группе в среднем составил 1,5 месяца, во 2-й группе — 14 дней.

Результаты. В 1-й группе послеоперационная летальность наблюдалась в 1 (4,3%) случае вследствие развития сепсиса. Во 2-й группе летальность не наблюдалась. В 1-й группе в структуре послеоперационных осложнений преобладало развитие парапанкреатита — 5 случаев (1,7%), этот показатель у больных второй группы составил 2 (15,4%). Наблюдались также другие виды осложнений в 1-й и во 2-й группе больных: свищи поджелудочной

железы — 1 (4,3%) и 1 (7,6%); желчные свищи — 1 (4,3%) и 1 (7,6%); нагноение послеоперационной раны — 2 (8,7%) и 1 (7,7%) соответственно. В обеих группах больных степень печеночной недостаточности, проявляющаяся клиническими и лабораторными изменениями биохимических показателей, особо не отличалась.

Выводы. Проведение у больных декомпрессии желчных путей при уровне общего билирубина в крови ниже 100 ммоль/л нецелесообразно, так как при этом увеличивается предоперационный интервал и создаются благоприятные условия для инфекционных агентов, что отражается в структуре послеоперационных осложнений. Кроме этого, выполнение оперативного вмешательства без предварительной декомпрессии предотвращает потерю необходимой для организма желчи.

Генетические особенности *Helicobacter pylori* у больных хроническим панкреатитом с сопутствующей хеликобактерной инфекцией

Цель исследования: изучить генетические особенности *Helicobacter pylori* у больных хроническим панкреатитом (ХП) с сопутствующей хеликобактерной инфекцией.

Материалы и методы. Обследованы 45 больных ХП различной этиологии. Группу контроля составили 16 человек, не имеющих диагностических признаков ХП, но с верифицированной инфекцией *H. pylori*. Диагностика инфекции *H. pylori* проводилась морфологическим методом, уреазным дыхательным тестом и методом иммуноблоттинга. Диагноз ХП устанавливался на основании клинических данных, данных лабораторных и инструментальных исследований. Статистическая компьютерная обработка проводилась с использованием пакетов прикладных программ Statistica for Windows 6.0.

Результаты исследования. У 15 больных ХП с сопутствующей инфекцией *H. pylori* и у 16 пациентов

из группы контроля определены генотипы *H. pylori* методом иммуноблоттинга. У 14 больных ХП (93,3%) выявлены высокоспецифичные белки наружной мембраны (ОМР) *H. pylori* р30 и р33; у 13 больных (86,7%) — уреазы А (р29) и ОМР р26, р17, р19. В группе контроля ОМР р30 выявлен у 7 пациентов (43,7%), ОМР р33 — у 4 пациентов (25%), высокоспецифичные ОМР р26, р17, р19, уреазы А (р29) — у 9 больных (56,2%).

Выводы. У больных ХП, инфицированных *H. pylori*, достоверно чаще среди факторов вирулентности микроорганизма встречаются: уреазы А — легкая субъединица уреазы (р29) и высокоспецифичные ОМР р30, р33, р26, р17, р19. Этот факт подтверждает некоторые гипотезы механизмов воздействия инфекции *H. pylori* на функциональное состояние поджелудочной железы.

Домрачева Е. В., Сарсенбаева А. С.
Южноуральский ГМУ, Челябинск, Россия

Нарушения функции печени при болезни Вильсона и аутоиммунном гепатите у детей

Цель исследования: определение степени нарушения функции печени и динамики ее изменений на фоне терапии при болезни Вильсона (БВ) и аутоиммунном гепатите (АИГ) у детей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 101 ребенка с БВ (средний возраст $12,3 \pm 2,9$ года), 40 детей с АИГ (средний возраст $12,3 \pm 0,5$ года) и 23 детей, которым была проведена трансплантация печени в ФГБУ РНЦХ им. академика Б. В. Петровского РАМН: 12 детей с БВ, 11 детей с АИГ (средний возраст $12,6 \pm 0,6$ года). Степень нарушения функции печени (ФП) определяли по балльной шкале, разработанной и запатентованной в ФГБУ «НЦЗД» РАМН.

Результаты. При БВ степень нарушения ФП снижена на $(40,6 \pm 1,2)\%$. У детей с циррозом печени (ЦП) в исходе БВ ФП была снижена на $(48,0 \pm 1,7)\%$, без ЦП — на $(35,0 \pm 1,4)\%$. У пациентов при АИГ степень нарушения ФП была снижена на $(31,2 \pm 2,2)\%$. У детей с циррозом печени (ЦП) в исходе АИГ ФП была снижена на $(39,3 \pm 2,5)\%$, без ЦП — на $(20,2 \pm 1,8)\%$. Через 6 месяцев на фоне стандартной терапии степень нарушения ФП при БВ снизилась до $(39,1 \pm 1,2)\%$, при АИГ — до $(19,1 \pm 1,6)\%$. У детей с ЦП в исходе БВ степень нарушения ФП снизилась до $(42,4 \pm 1,7)\%$,

у пациентов без ЦП при БВ степень нарушения ФП была снижена до $(36,4 \pm 1,6)\%$. У детей с ЦП в исходе АИГ степень нарушения ФП уменьшилась до $(21,2 \pm 2,0)\%$, без ЦП — до $(15,7 \pm 1,4)\%$. Через 12 месяцев на фоне стандартной терапии степень нарушения ФП при БВ уменьшилась до $(34,4 \pm 1,5)\%$, у пациентов с АИГ — до $(19,9 \pm 1,9)\%$. У детей с ЦП в исходе БВ степень нарушения ФП уменьшилась до $(36,8 \pm 2,3)\%$, у пациентов без ЦП — до $(31,8 \pm 1,8)\%$. У детей с ЦП в исходе АИГ степень нарушения ФП уменьшилась до $(20,6 \pm 2,0)\%$, у пациентов без ЦП при АИГ — до $(18,9 \pm 2,4)\%$. У детей, которым была проведена плановая трансплантация печени, степень нарушения ФП составила $(44,0 \pm 2,5)\%$: у детей с БВ $(44,0 \pm 3,7)\%$, с АИГ — $(43,0 \pm 3,7)\%$.

Заключение. У детей с БВ ФП в дебюте заболевания снижена на $(40,6 \pm 1,2)\%$, с АИГ — на $(31,2 \pm 2,2)\%$, что соответствует умеренным нарушениям функции печени. Нарушения ФП при БВ более выражены у пациентов со значительным снижением уровня церулоплазмينا, а также при ЦП в исходе БВ. У пациентов с АИГ более выражены нарушения ФП при ЦП. Тяжелые нарушения ФП (более 50%) могут быть критерием показаний к плановой трансплантации печени при БВ и АИГ у детей.

Евлюхина Н. Н., Волынец Г. В., Филин А. В., Пахомовская Н. Л.
Научный центр здоровья детей РАМН, Москва, Россия