

Результаты. При опросе детей выявлены сильные отрицательные корреляции — между степенью физического функционирования (ФФ) и пальмарной эритемой, сывороточными уровнями ЛДГ и ЩФ, что совпадало с жалобами детей на плохое общее самочувствие, повышенную утомляемость, ощущение тяжести в правом подреберье; между степенью ЭФ и ГТТ в сыворотке крови; между степенью социального функционирования (СФ) и уровнями КФК, ГТТ; между степенью ФШ и уровнем общего белка (показатель острого воспаления) в сыворотке крови, что совпадало с частыми эпизодами бактериально-вирусных инфекций, в связи с чем дети длительное время не посещали учебные заведения; общим баллом (ОБ) и уровнями ЛДГ, ЩФ в крови, наличием пальмарной эритемы.

При опросе родителей выявлена прямая сильная корреляция между показателем ФФ, ЭФ, ОБ и типами ГБ: I тип характеризовался самыми низкими показателями, а III и IV — наиболее высокими, что объясняется различной степенью тяжести течения этих типов; отрицательные связи — между ФФ, ОБ, возрастом и длительностью заболевания; между степенью ФФ, ЭФ, ОБ и уровнем холестерина в сыворотке крови; между показателем ЭФ и перкуторными размерами печени и сывороточным уровнем ГТТ; между показателем СФ и уровнями ЩФ, КФК и общего билирубина.

Выводы. ГБ согласно опросу родителей и детей приводит к ограничению всех параметров функционирования ребенка. На фоне течения заболевания и взросления, возможно, происходит ослабление родительского контроля, и дети начинают хуже соблюдать врачебные рекомендации. Все это приводит к ухудшению общего самочувствия за счет снижения физической активности ребенка, его эмоционального статуса и социальной адаптации.

III

126. Применение пребиотиков и полиферментных препаратов в комплексной терапии эрозивно-язвенных поражений кишечника у детей

Шапоренко Р. В., Шапоренко Н. С.
ДККБ, Краснодар, Россия

Цель: изучение клинической эффективности дюфалака и креона в комплексной терапии с препаратами 5-аминосалициловой кислоты у детей с эрозивно-язвенными поражениями кишечника, характеризующимися хроническим, неуклонно прогрессирующим течением с риском развития кишечных и внекишечных осложнений.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 32 больных с эрозивно-язвенными поражениями кишечника в возрасте от 3 до 17 лет. Диагноз был установлен с помощью колоноскопии. Пациенты были разделены на группы: 16 больных получали препараты 5-АСК в дозе 50 мг/кг/сут, 16 детей кроме основной терапии получали креон (10000) дробно и дюфалак в пребиотической дозе 3–5 мл на протяжении 2 месяцев с последующим снижением до полной отмены. При этом в динамике проводилась оценка выраженности кишечного синдрома, общеклинической и эндоскопической активности, лабораторных показателей.

Результаты. На фоне лечения 5-АСК наблюдалось снижение активности, клинико-эндоскопической ремиссии удалось достигнуть у 55% больных. На фоне лечения дюфалаком и креоном положительная динамика была выше, наблюдалось дальнейшее снижение активности, через 6 месяцев от начала лечения ремиссия достигнута у 71% больных.

Выводы. Полученные нами результаты позволяют рекомендовать дюфалак и креон для использования в комплексной терапии детей с эрозивно-язвенными поражениями кишечника.

127. Роль нейрогенеза в развитии наружного генитального эндометриоза

Шевелева Т. С., Гамзатова З. Х.,
Комличенко Э. В., Дедуль А. Г.

ФМИЦ им. В. А. Алмазова, СПбГУ (лечебный ф-т, каф. акушерства и гинекологии),
e-mail: sheveleva.ta@bk.ru

Эндометриоз — хроническое прогрессирующее рецидивирующее заболевание, характеризующееся ростом ткани, сходной по структуре и функции с эндометрием, за пределами границ нормальной локализации слизистой оболочки полости матки. Эндометриоз встречается у 10–15% женщин репродуктивного возраста и является одной из основных причин развития бесплодия и синдрома тазовых болей. Механизмы развития эндометриоза и связанной с ним патологической болевой импульсации до сих пор остаются недостаточно изученными, терапевтические подходы не всегда имеют достаточный эффект, в связи с чем в настоящее время перспективным является изучение различных звеньев патогенеза эндометриоз-ассоциированной тазовой боли.

Цель работы: изучение факторов нейрогенеза при эндометриозе.

Материалы и методы. В исследование включены 60 пациенток: 30 с наружным генитальным эндометриозом и 30 пациенток контрольной группы, которым будет выполнена лапароскопическая операция с биопсией очагов наружного генитального эндометриоза, неизменной тазовой брюшины и зуптоического эндометрия. Планируется выявить факторы нейрогенеза (NGF, BDNF, NT-3, NT-4/5, TrkA, p75NTR, NT-receptor-interacting proteins-MAGE, NDN) и их роль в генезе синдрома хронической тазовой боли при эндометриозе.

Выводы. Выявление значимых факторов нейрогенеза при наружном генитальном эндометриозе будет способствовать развитию ранних неинвазивных методов диагностики и патогенетической терапии эндометриоза.

128. HBsAg-негативная фаза хронического гепатита В у пациенток инфекционного стационара

Шиббаева Е. О., Понятишина М. В.

Санкт-Петербургский ГПМУ, Россия

Цель исследования: определить частоту встречаемости HBsAg-негативного хронического гепатита В (ХГВ) среди пациенток инфекционного стационара и охарактеризовать клиническое течение заболевания.

Пациенты и методы. В обследование включены 505 пациенток отделения № 29 КИБ им. С. П. Боткина, госпитализированных в 2010–2012 гг. Диагноз ХГВ установлен на основании стандартных клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования. Этиологическая принадлежность заболевания к HbSAg-негативной фазе моноинфекции подтверждена наличием HbSAb при отсутствии HbSAg и отсутствием маркеров гепатита А, С, D и ВИЧ-инфекции в сыворотке крови.

Результаты исследования. Частота встречаемости HbSAg-негативного гепатита среди пациенток с ХГВ составила 24,8% (n = 505): 27,4% случаев в 2010 г. (n = 168), 28,8% — в 2011 г. (n = 163), 18,4% — в 2012 г. (n = 174). Средний возраст пациенток составлял (57 ± 2) года, преобладали лица среднего (43,2%) и пожилого (33,6%) возраста. В 67,2% случаев диагностирована цирротическая стадия ХГВ класса В (35,7%) и класса С (47,6%) по шкале Child-Pugh. Клиническими маркерами суб- и декомпенсации цирроза были проявления отечно-асцитического, геморрагического синдромов и печеночной энцефалопатии. Средние показатели общего билирубина составили (113 ± 23) ммоль/л, АлАТ — (141 ± 37) ммоль/л, ПТИ — (77 ± 3)%, гамма-глобулинов — (22,3 ± 7,3)%, что, в целом, характерно для ХГВ. Летальных исходов у больных не наблюдалось.

Заключение. У четверти пациенток, госпитализированных в инфекционный стационар с диагнозом ХГВ, установлена HbSAg-негативная фаза. Заболевание протекает преимущественно в цирротической стадии с прогрессированием вплоть до декомпенсации.

129. К вопросу о профилактике желчнокаменной болезни

Шостак С. Е.

Тернопольский ГМУ им. Горбачевского, Украина, e-mail: svitlanadoc@rambler.ru

Целью исследования стало изучение эффективности использования препарата «Энерлив» в комплексных схемах лечения больных с билиарным сладжем (БС) для профилактики желчнокаменной болезни (ЖКБ).

Материалы и методы. Обследованы 35 пациентов с БС, 23 женщины и 12 мужчин, средний возраст которых составил (47,91 ± 0,07) года. Все больные были распределены на две группы, репрезентативные по возрасту и полу. Для лечения I группы (17 лиц) назначали урсосан по 10 мг/кг на ночь на 6 месяцев. II группе (18 лиц) дополнительно назначался энерлив по схеме: по 2 капсулы трижды в сутки — 1 месяц, дальше — по 1 капсуле трижды в сутки еще 1 месяц. После месячного перерыва терапию повторяли по предыдущей схеме. УЗД желчного пузыря (ЖП) проводили при госпитализации и через 6, 9 и 12 месяцев от начала лечения.

Результаты. У всех обследованных диагностировали гипотоническую дисфункцию желчного пузыря (ГД ЖП) с билиарным сладжем в ЖП (кристаллы или сгустки). Через 6 месяцев после лечения БС исчез у 10 (58,82%) больных I группы и у 15 (83,33%) — II. При этом ГД ЖП существенно не уменьшилась

у больных I группы, а во II группе было отмечено улучшение сократительной способности ЖП при незначительно увеличенном объеме последнего. Через 9 месяцев у 4 (40,0%) больных I группы БС появился снова, а во II группе выявили только ГД ЖП с однородной желчью в полости ЖП. Через 12 месяцев БС появился у 6 (60,0%) больных I группы и у 2 (13,33%) обследованных II.

Таким образом, проведенное нами исследование позволяет утверждать, что включение энерлива в алгоритм лечения больных с БС эффективно в плане предупреждения формирования БС и уменьшения проявлений гипотонической дисфункции желчного пузыря.

Выводы. Врачам общей практики можно рекомендовать использовать энерлив в комплексных схемах лечения больных с БС для профилактики развития желчнокаменной болезни.

130. Факторы риска хронического панкреатита у жителей города и села

Шостак С. Е., Стародуб Е. М., Романюк Л. Н.

Тернопольский ГМУ им. Горбачевского, Украина, e-mail: svitlanadoc@rambler.ru

Целью исследования стало сравнительное изучение частоты факторов риска развития хронического панкреатита (ХП) у жителей города и села.

Материалы и методы. Обследованы 65 пациентов с ХП (33 жителя города и 32 — села), средний возраст которых составил (60,35 ± 0,14) года.

Результаты. Наследственный ХП и ХП алкогольной этиологии одинаково часто встречался у жителей города и села (3,0% и 3,1%; 48,5% и 46,9%). Билиарный панкреатит чаще выявляли у жителей города (36,4% против 28,1%). Показатели по курению были выше среди жителей города за счет женщин (9,1% против 3,1%). В пищевом рационе у большинства больных жителей села доминировали углеводы и жиры на фоне уменьшения употребления белков. В городе большинство больных чаще питались в соответствии с рекомендациями лечащих врачей, то есть диета была более сбалансированной. С другой стороны, сельские больные чаще употребляли овощи и фрукты, выращенные на личных огородах, без добавок химикатов. Жители города ели овощи и фрукты реже, причем большая часть их была привезена с больших фермерских хозяйств, где часто применяют пестициды и стимуляторы роста. На психоэмоциональные перегрузки чаще жаловались жители города, хотя при анкетировании больных с помощью опросника ММРІ было выявлено, что независимо от места проживания психосоматические расстройства одинаково часто встречаются у лиц женского пола, среднего возраста (18,2% и 15,6%).

Выводы. Условия проживания, питания и привычки больных с ХП, проживающих в городах и селах, имеют существенные отличия, не предусмотренные в протоколах лечения этого заболевания. Поэтому врачам общей практики можно рекомендовать использовать индивидуальные подходы к диетическим и медикаментозным программам терапии ХП, а минздраву — разработать более современные протоколы, учитывающие все вышеприведенные данные.