

хронической HCV-инфекции являются факторами высокого риска развития ГЦК.

**57. Неалкогольная жировая болезнь печени: особенности клинических проявлений и обменных нарушений у мужчин и женщин**

Кривошеев А. Б., Куимов А. Д.,  
Кондратова М. А., Куприянова Л. Я.,  
Тугулева Т. А.

Новосибирский ГМУ, Россия,  
e-mail: krivosheev-ab@narod.ru

**Цель исследования.** Оценить в сравнительном плане особенности клинического течения и обменных нарушений при неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) у мужчин (М) и женщин (Ж).

**Материалы и методы.** Обследованы 135 больных (90 мужчин и 45 женщин) в возрасте от 34 до 64 лет (средний возраст  $51,4 \pm 1,2$  года) с подтвержденным диагнозом НАЖБП.

**Результаты.** У всех пациентов верифицирован метаболический синдром (МС). Не обнаружено достоверных различий по абдоминальному ожирению ( $p > 0,5$ ). Индекс массы тела у Ж был достоверно выше ( $p < 0,02$ ). Артериальная гипертония (АГ) достоверно ( $p < 0,02$ ) чаще регистрировалась у М, но тяжелая степень и высокий класс риска в 1,5 раза чаще отмечался у Ж. Расстройства углеводного обмена регистрировались с одинаковой частотой, но сахарный диабет (СД) в 1,5 раза чаще выявлялся у Ж. Гипертриглицеридемия (ГТГ) достоверно ( $p < 0,005$ ) чаще обнаруживалась у Ж, степень ее выраженности была одинаковой у М и Ж. Расстройства порфиринового обмена как у М, так и у Ж проявлялись идентичными нарушениями и наблюдались у большинства обследованных, но чаще у М, соответственно в 65,6% и 51,1% случаев. У М регистрировались нарушения преимущественно на уровне предшественников порфиринов, в 46,7% случаев (у Ж — 17,8%), а у Ж в два раза чаще обнаруживались расстройства, свойственные формированию хронической печеночной порфирии — 33,3% (у М 17,8%).

**Выводы.** НАЖБП у М и Ж не имеет принципиальных клинических различий. Однако СД чаще наблюдается у Ж, а АГ — у М. ГТГ достоверно чаще обнаруживается у женщин, степень ее выраженности у М и Ж одинаковая. Дисметаболизм порфиринов чаще регистрируется у М на уровне предшественников порфиринов, у Ж — на стадии формировании печеночной порфирии.

**58. Гипоталамический контроль миоэлектрической активности пищеводно-желудочного сфинктера у кроликов в условиях голода и насыщения при наличии и отсутствии пищи**

Кромин А. А., Зенина О. Ю.

Тверская ГМА, Россия,  
e-mail: krominaa@mail.ru

**Цель исследования:** изучить влияние электростимуляции (ЭС) «центра голода» (ЦГ) латеральной гипоталамуса (ЛГ) на миоэлектрическую активность (МЭА) пищеводно-желудочного сфинктера (ПЖС)

у кроликов в условиях голода и насыщения при наличии и отсутствии пищи.

**Материал и методы.** Регистрацию МЭА ПЖС проводили в условиях свободного поведения у кроликов, предварительно накормленных или подвергнутых суточной пищевой депривации, в отсутствие или при наличии пищи в процессе ЭС ЦГ ЛГ. Статистической обработке подвергали временные параметры МЭА ПЖС. Достоверность различий оценивали по критерию Манна — Уитни (U).

**Результаты.** ЭС ЛГ у сытых и голодных кроликов в отсутствие пищи вызывает появление непрерывающегося поискового поведения, а при наличии пищи — результативного пищевого поведения. При этом оба вида поведения сопровождаются регулярной генерацией пачек потенциалов действия (ПД) мышцами ПЖС. Пачкообразная импульсная активность мышц ПЖС, возникающая у сытых животных во время поискового (в отсутствие пищи) и результативного пищевого поведения (при наличии пищи), обусловленного раздражением ЛГ, характеризуется постоянной частотой генерации пачек ПП на протяжении всего опыта (соответственно 4,11 цикл/мин и 7,32 цикл/мин), тогда как у голодных кроликов ее изменения носят двухфазный характер. На начальном этапе ЭС ЛГ у голодных животных в отсутствие и при наличии пищи мышцы ПЖС проявляют регулярную пачкообразную ритмику ПД, характеризующуюся низкой частотой (соответственно 3,69 цикл/мин и 4,01 цикл/мин), а на заключительном этапе частота ее существенно возрастает (соответственно до 8,46 цикл/мин и 7,43 цикл/мин).

**Выводы.** ЭС ЦГ ЛГ у сытых и голодных животных в отсутствие и при наличии пищи вызывает регулярную генерацию пачек ПД мышцами ПЖС, частота которой зависит от интенсивности искусственно вызванной и искусственно усиленной пищевой мотивации.

**59. Инновационные технологии в периоперационном периоде абдоминального родоразрешения у пациенток с врожденными и приобретенными пороками сердца**

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

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

**Цель исследования:** продемонстрировать инновационные технологии в периоперационном периоде абдоминального родоразрешения у пациенток с врожденными и приобретенными пороками сердца.

**Материалы и методы.** В исследование включены 100 беременных пациенток с различными пороками сердечно-сосудистой системы. Из них 21 беременная ранее перенесла хирургическую коррекцию приобретенных клапанных пороков, у 79 женщин были ВПС, причем у 33 — некорригированные. Сочетание беременности и исходной кардиальной патологии с ХСН 2–3 функционального класса по NYHA позволяло отнести пациенток к группе высоко-го анестезиологического риска. У всех пациенток интраоперационный мониторинг, дополнительно к стандартным компонентам, включал инвазивное

измерение артериального давления и центрального венозного давления. Постановка катетера Swan-Ganz выполнялась 30 раз. У 45 пациенток с врожденными пороками сердца контроль гемодинамических показателей осуществлялся с помощью мониторинга PiCCO 2 фирмы «PULSION medical system». Во время 12 анестезий проводилось транспищеводное ЭХОКГ исследование.

**Результаты.** В группе из 100 пациенток не было летальных исходов. Средний койко-день пребывания в отделении реанимации составил 1,9. Не было отмечено летальных исходов и осложнений у новорожденных.

**Заключение.** Таким образом, применение инновационных медицинских технологий позволяет безопасно проводить периоперационный период абдоминального родоразрешения у пациенток с врожденными и приобретенными пороками сердца.

#### 60. Сравнение различных методик оценки динамики фиброза печени у больных хроническим вирусным гепатитом С до и после противовирусной терапии

Кузнецов П. Л., Патлусов Е. П.

Уральский ГМУ, ВКГ ВВ МВД России, Екатеринбург, Россия

**Цель:** оценить антифибротическое действие противовирусной терапии у больных с хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС) по результатам применения различных методов определения фиброза печени.

**Материалы и методы.** Критерии включения: подтвержденный ХВГС, генотип 3а, проведенный 24-недельный курс интерферона-альфа 2b (3 млн МЕ через день) и рибавирина (13–15 мг/кг в сут). Оценка степени фиброза печени проведена методами: эластомерией, чрескожной пункционной биопсией печени (ЧПБП) (по METAVIR) и фибротестом до и после лечения. Обследованы 37 человек.

**Результаты.** До лечения при ЧПБП степень фиброза F0 зафиксирована у 4 человек, F1 — у 10, F2 — у 10, F3 — у 7, F4 — у 6. После терапии отмечалась степень фиброза F0 у 9 человек, F1 — у 15, F2 — у 6, F3 — у 2, F4 — у 5.

По данным эластомерии до терапии степень фиброза F0 отмечалась у 8 человек (среднее значение показателя эластичности — 4,1 кПа), F1 — у 9 (6,3 кПа), F2 — у 7 (8,5 кПа), F3 — у 7 (11,0 кПа), F4 — у 6 (20,6 кПа). По окончании терапии: F0 — у 12 человек, F1 — у 10, F2 — у 8, F3 — у 3, F4 — у 4. Серологические маркеры фиброза до лечения определялись у 8 человек как стадия F0, F1 — у 7, F2 — у 7, F3 — у 9, F4 — у 6. После лечения фибротест показал присутствие фиброза F0 у 11 человек, F1 — у 9, F2 — у 7, F3 у 6, F4 — 4.

**Заключение.** При проведении противовирусной терапии больным ХВГС 3а генотипа отмечалось улучшение показателей фиброза печени по всем методикам. У 15 человек (40,5%) уровень фиброза снизился на 1 порядок, у 1 человека (2,7%) — на 2 порядка, у 21 человека (56,8%) остался без изменений. Оценка фиброза ЧПБП показала большую чувствительность на начальных стадиях (F0-F2), в то время как эластомерия и фибротест — на поздних стадиях (F3-F4).

#### 61. Инсулиноподобный фактор роста-1 у детей с целиакией на фоне нутритивной поддержки

Курьянинова В. А., Климов Л. Я.,

Герасименко Е. С., Бобрышев Д. В., Стоян М. В.

Ставропольский ГМУ, Россия

Инсулиноподобный фактор роста-1 (ИФР-1) является одним из важнейших модуляторов роста и пролиферации тканей. Данные об уровне и динамике ИФР-1 у детей с целиакией (Ц) крайне немногочисленны.

**Цель исследования:** анализ динамики ИФР-1 у детей с Ц на фоне курса нутритивной поддержки (НП).

**Материал и методы.** Проведен анализ уровня ИФР-1 у 22 детей с Ц в возрасте от 2 до 10 лет, соблюдающих безглютеновую диету (БГД) в течение не менее 1 года. Больные разделены на три группы: первую составили 8 (36,4%) детей с острой БЭН, вторую — 9 (40,9%) детей с хронической БЭН, третью — 5 (22,7%) пациентов без БЭН. Больные в течение 1 мес дополнительно получали гиперкалорийную смесь в объеме 200 мл (300 ккал/сут).

**Результаты.** В контрольной группе уровень ИФР-1 составил ( $X \pm m$ ) ( $141,8 \pm 11,1$ ) мкг/л, у пациентов с Ц на фоне БГД — ( $98,0 \pm 9,6$ ) мкг/л ( $p < 0,01$ ). Несмотря на соблюдение БГД у детей с Ц секреция ИФР-1 не достигает уровня здоровых детей, в результате чего у многих из них сохраняется БЭН.

Анализ демонстрирует, что при острой БЭН уровень ИФР-1 составил ( $93,0 \pm 13,3$ ) мкг/л, при хронической БЭН — ( $78,5 \pm 11,6$ ) мкг/л, при отсутствии БЭН — ( $141,2 \pm 22,4$ ) мкг/л. Уровень соматомедина у детей с задержкой роста в 1,8 раза ниже, чем у здоровых ( $p < 0,05$ ) и в 1,8 раза ниже, чем у детей с Ц без БЭН ( $p < 0,05$ ).

Курс НП привел к росту ИФР-1 в 1,21 раза ( $p < 0,001$ ). При острой БЭН уровень ИФР-1 составил ( $103,6 \pm 13,5$ ) мкг/л ( $p > 0,05$ ), при хронической БЭН — ( $116,7 \pm 16,3$ ) мкг/л ( $p < 0,005$ ), при отсутствии БЭН — ( $157,8 \pm 32,5$ ) мкг/л ( $p > 0,05$ ).

**Выводы.** Определение ИФР-1 у детей с Ц, находящихся на БГД, может использоваться в качестве одного из критериев БЭН. Отсутствие прибавки роста на фоне БГД обусловлено снижением секреции ИФР-1. Курс НП у детей с Ц приводит к приросту уровня ИФР-1, в наибольшей степени выраженному при хронической БЭН.

## Л

#### 62. Полипы толстой кишки: возрастные, гендерные особенности

Лаптева Е. А., Козлова И. В., Бофанова Г. В.

Клиническая больница № 5, Пенза,

Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского, Россия

**Цель исследования:** определить возрастные, гендерные особенности полипов толстой кишки (ПТК).

**Материалы и методы.** Обследованы 96 пациентов (49 женщин и 47 мужчин в возрасте от 22 до 83 лет) с ПТК. Пациенты распределены по возрасту: от 22 до 40 лет, от 41 года до 50 лет, от 51 года до 70 лет, от 71 года до 83 лет.