

Материалы и методы. Под наблюдением находились 80 пациентов с кислотозависимыми заболеваниями желудочно-кишечного тракта в возрасте от 65 до 85 лет (основная группа).

Лечебный комплекс включал: МИЛ-терапию от аппарата «Милта» на БАТ с длиной волны 890 нм, диапазоном излучения 800–900 нм, мощностью импульсов 4–7 Вт, с частотой 5 Гц, 15 мин, 10–12 процедур в сочетании с приемом фитосбора по 50 мл 3 раза в день за 30 мин до еды в течение 24 дней.

Состав фитосбора: кипрей, звербой продырявленный, тысячелистник, пустырник, мята перечная в соотношении 3:3:2:2:2.

Контрольная группа: 30 пациентов с аналогичной патологией, получавших магнито-лазерную терапию, но без приема фитосбора.

Результаты. На фоне проведенного лечения отмечалось улучшение объективно-клинической симптоматики. Отмечалось снижение уровня НР-инфекции. Исследование кислотообразующей функции желудка выявило отсутствие динамики средних значений базальной и стимулированной секреции, однако в обеих группах не было выявлено кислотостимулирующего действия. В основной группе отмечалось достоверное увеличение концентрации нуклеиновых кислот в полостной слизи с одновременным уменьшением ее в полостном соке ($p < 0,05$) и достоверное увеличение содержания фукозы в желудочном соке, что свидетельствовало об улучшении морфологического состояния слизистой желудочно-кишечного тракта.

Заключение. Эффективность лечения в основной и контрольной группе составила 98,8% и 65,3%. При этом в основной группе не наблюдалось развития патологической бальнеореакции, которая бы ограничивала применение физиофакторов в гериатрической практике.

И

43. Сравнительная эффективность методов определения количества жировой ткани в организме для диагностики недостаточности питания у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника

Иванов С. В.

СЗГМУ им. И. И. Мечникова,
Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: оценить эффективность методов биоимпедансного анализа (БИА) и калиперометрии для определения количества жировой ткани у пациентов с обострением воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), имеющих недостаточность питания по типу «алиментарный маразм».

Материалы и методы. В исследование были включены 56 пациентов в возрасте от 18 до 63 лет с обострением ВЗК, имеющих недостаточность питания по типу «алиментарный маразм». Количество жировой ткани определялось методами двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (ДРА), БИА и методом калиперометрии, затем результаты БИА и калиперометрии сравнивались с «золотым стандартом» — ДРА. Для статистического анализа использовались непараметрический парный критерий

Уилкоксона, коэффициент корреляции Спирмена и метод Уилсона.

Результаты исследования. У 16 пациентов определено количество жировой ткани в организме с помощью данных трех методов. Результаты БИА статистически не отличались от данных ДРА ($p = 0,469$), как и результаты калиперометрии ($p = 0,163$), но коэффициент корреляции Спирмена между данными БИА и ДРА ($\rho = 0,94$, $p < 0,001$) был значительно выше, чем между данными калиперометрии и ДРА $\rho = 0,73$, $p = 0,001$). При оценке динамики количества жировой ткани в организме после курса нутритивной поддержки (у 56 пациентов) установлено, что совпадение направленности изменения количества жировой ткани при использовании методов БИА и калиперометрии наблюдалось в 68% случаев (95% ДИ: 54,8%; 78,6%) — два метода демонстрируют различные результаты мониторинга количества жировой ткани.

Заключение. Метод БИА имеет преимущество в точности по сравнению с методом калиперометрии для исследования компонентного состава организма пациентов с ВЗК, имеющих недостаточность питания по типу «алиментарный маразм», как при однократном определении количества жировой ткани в организме, так и для динамической оценки жировой массы на фоне нутритивной поддержки.

44. Изменения микробиоты тощей кишки при хроническом панкреатите и особенности их коррекции

Изатуллаев Е. А., Савицкая И. С.

КазНМУ им. С. Д. Асфендиярова, Центр гастроэнтерологии и эндоскопии, Алматы, Казахстан

Цель исследования: изучить эффективность применения функционального пробиотического продукта, содержащего аэробы — ацидофильные лактобактерии — при синдроме избыточного бактериального роста (СИБР) у больных с хроническим панкреатитом (ХП).

Задачи исследования: установить наличие СИБР, его степень, качественный и количественный состав пристеночной и полостной микрофлоры путем микробиологического исследования аспирата и биоптата слизистой оболочки тощей кишки у больных хроническим панкреатитом; изучить проявления хронического панкреатита и эффективность приема исследуемого пробиотического продукта для коррекции микробиоты тощей кишки.

Диагностика. Всем больным проводилась интестиноскопия видеодуоденоскопом «Olympus» Ehexa CV-160 с аспирацией содержимого тонкой кишки и посевом аспирата на питательную среду, что считается «золотым стандартом» диагностики СИБР. Метод позволяет достоверно выявить СИБР, определить степень его тяжести, выявить качественный состав микробиоты.

Дизайн исследования. Исследования проводились до назначения продукта и через 3 недели (по завершении курса лечения). Одновременно оценивалась клиническая симптоматика хронического панкреатита.

В общей сложности в исследование включены 20 пациентов с хроническим панкреатитом и наличием СИБР, которым после принятия информированного

согласия назначался пробиотический продукт в соответствии с протоколом. Дозировка: по 500 мл в день (на 3 приема) до еды, комнатной температуры, что составляет 20 млн КОЕ *Lactobacillus acidophilus*. Продолжительность курса лечения 20 дней. Исследование проведено в амбулаторных условиях при обычном для больного питании и повседневном образе жизни.

Результаты. Установлено, что наличие СИБР при хроническом панкреатите нередко является причиной абдоминального болевого синдрома, недостаточно купируемого стандартной терапией.

Полученные данные показали, что микробиологически СИБР у данного контингента больных характеризовался повышением микробного числа до $10^6 - 7$ на 1 мл кишечного содержимого (1 г биоптата) против 10^4 в норме. При этом обнаруживалось преобладание анаэробной микрофлоры.

Курсовой прием функционального пробиотического продукта приводил к нормализации микробиоты тощей кишки и одновременно более эффективно купированию абдоминального болевого синдрома.

45. Печеночная недостаточность при резекции печени у больных с очаговыми образованиями печени

Исмаилов У.С., Мадатов К.А., Лим В.Г.

Республиканская клиническая больница №1, Ташкент, Узбекистан,
e-mail: rshtyim@yandex.ru

Острая послеоперационная печеночная недостаточность является одним из основных жизнеугрожающих осложнений при резекции печени.

Цель исследования: изучить вероятность и тяжесть печеночной недостаточности после резекции печени.

Материал и методы. В клинике наблюдались 22 пациента с очаговыми образованиями печени — 14 женщин (63,6%) и 8 мужчин (36,4%) в возрасте от 26 до 67 лет. Средний возраст больных составил $(55,9 \pm 6,3)$ года.

Очаговые поражения в исследуемых группах были представлены следующими нозологическими формами: доброкачественные образования — 4 больных (18,2%), злокачественные опухоли — 27 (81,8%). Для оценки тяжести острой печеночной недостаточности пользовались классификацией печеночной недостаточности, предложенной Гальпериным Э.И. (1978).

Результаты и их обсуждение. Резекции печени в объеме гемигепатэктомии выполнены у 2 (9,1%) пациентов, экономные резекции печени были выполнены у 20 (90,9%): трисегментэктомия — у 3, кавальная левосторонняя лобэктомия — у 4, сегментэктомии и атипичные резекции — у 13.

При анализе послеоперационного периода у пациентов после резекции печени можно отметить следующие особенности его течения: развитие печеночной недостаточности разной степени тяжести с четкой прямой корреляционной зависимостью от объема резекции ($r = 0,71$), тяжесть данного осложнения более выражена при злокачественном поражении ($\chi^2 = 6,23$, $p = 0,014$), так как удаляется не только очаг, но и функционирующая часть печени.

Вывод. Послеоперационная печеночная недостаточность является неизбежным специфическим осложнением резекции печени, и тяжесть в основном зависит от объема резекции органа. Профилактику печеночной недостаточности целесообразно начинать с предоперационного отбора пациентов и продолжать в интраоперационном и послеоперационном периодах.

К

46. Проблема лекарственного гепатита на фоне приема НПВС

Калачнюк Т.Н.

123 Клиническая больница ФМБА, Одинцово, Россия

Лекарственное поражение печени (ЛПП) — это поражение органа, вызванное лекарственными веществами, которые применяют по медицинским показаниям в терапевтических дозах. ЛПП составляют около 10% всех побочных реакций организма больного, связанных с применением фармакологических препаратов. По собственным данным, ЛПП на фоне приема нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) составляют 13,6% в структуре ЛПП и доля их неуклонно растет. Данный факт связан с доступностью этих лекарственных препаратов, их безрецептурным отпуском и навязчивой рекламой. Проведен анализ 19 случаев ЛПП, соотношение мужчин и женщин 2,16:1, средний возраст $(54,5 \pm 4,8)$ года. Пациенты принимали диклофенак, пироксикам, найз, средняя продолжительность лечения $(25,0 \pm 3,7)$ дня. Клиническая картина ЛПП характеризовалась общей слабостью, дискомфортом в правом подреберье, умеренной желтухой (31,6%) и кратковременным кожным зудом (5,3%). По биохимическому типу ЛПП в 47,4% имели гепатоцеллюлярный тип, в 26,3% — холестатический, в 26,3% — смешанный. У 12 (63,2%) пациентов выполнена пункционная биопсия печени, в 45% выявлены признаки внутрипортального фиброза. Следует отметить высокую частоту микровезикулярного стеатоза и выраженность некроза в центре долек. В последнее время участились случаи ЛПП на фоне кратковременного применения комбинированных жаропонижающих средств, характеризующиеся астеническим и умеренным цитолитическим синдромом. Препаратами выбора лечения ЛПП на фоне приема НПВС являются адеметионин и урсодезоксихолевая кислота в зависимости от биохимического типа поражения печени. На фоне терапии отмечается быстрая положительная динамика, причем клиническая опережает лабораторную. На фоне лечения достигается уменьшение индекса фиброза, рассчитываемого по дискриминантной счетной шкале Боначини.

Таким образом, в последнее время отмечается тенденция к учащению ЛПП на фоне приема НПВС. Эти ЛПП не имеют специфических клинических особенностей, протекают по различным биохимическим типам поражения печени, требуют дифференцированного подхода к гепатопротекторной терапии. Следует отметить, что в 45% случаев ЛПП осложняется развитием внутрипортального фиброза, что заставляет с большей избирательностью