

гормонов сыворотки крови (гастрина, инсулина, кортизола) проведено методом хемилюминесцентного иммуноферментного анализа с помощью анализатора IMMULITE фирмы «Siemens» (Великобритания).

Результаты исследования. В итоге проведенного исследования нами выявлено достоверное повышение уровня гастрин у больных с ГЭРБ в сочетании с ХОБЛ — (71,6±6,8) пг/мл ($p<0,05$) по сравнению с результатами контрольной группы — (52,7±3,9) пг/мл. Базальный уровень кортизола у пациентов с сочетанной патологией был достоверно выше

по сравнению с показателями контрольной группы — (364,8±22,3) нмоль/л и составил (751,0±76,1) нмоль/л ($p<0,001$). Средний уровень инсулина в нашем исследовании у пациентов с ГЭРБ в сочетании с ХОБЛ был существенно понижен — (30,3±0,5) пмоль/л ($p<0,001$) по сравнению с контрольной группой — (118,5±12,5) пмоль/л.

Выводы. Изменение уровня гормонов у больных ГЭРБ в сочетании с ХОБЛ свидетельствует об утяжелении течения ГЭРБ. Полученные данные важны для понимания патогенеза, диагностики и лечения ГЭРБ с сопутствующей патологией.

Шулятьева Н.Н., Лукашевич А.П., Вахрушев Я.М.
Ижевская ГМА, Россия

Клинико-функциональная оценка тонкой кишки при использовании антибактериальной терапии при внебольничной пневмонии

Цель исследования: сравнительное изучение клинических энтеральных проявлений при парентеральном и пероральном использовании кларитромицина при внебольничной пневмонии.

Материалы и методы. Обследованы 50 пациентов (возраст 18–35 лет) с внебольничной пневмонией, находящихся на стационарном лечении. В лечении 30 пациентов использован кларитромицин в дозе 500 мг в сутки парентерально, 20 пациентов получали кларитромицин в дозе 500 мг в сутки перорально. Продолжительность лечения составляла 5–7 дней. В обследовании пациентов использованы помимо анамнестических и физических данных результаты лабораторных исследований. В оценке функционального состояния тонкой кишки используются нагрузочные тесты с моно-, ди- и полисахаридами.

Результаты. В группе пациентов, получающих кларитромицин парентерально, слабые ноющие боли в эпигастрии и околопупочной области

отметили 23 % больных, кашицеобразный стул — 54 %, учащение стула до 2–4 раз в сутки — 16 %. В кале выявлены креаторея и амилорея у 30 % пациентов, стеаторея у 15 %. В группе пациентов, получающих препарат перорально, слабые ноющие боли в эпигастрии и околопупочной области отметили 60 % исследуемых, кашицеобразный стул — 72 %, учащение стула до 2–4 раз в сутки — 46 %. В анализе кала креаторея, амилорея, дрожжевые грибки обнаружены у 38 % пациентов, стеаторея — у 24 %.

Заключение. В ходе проведенных исследований было установлено, что пероральный прием кларитромицина оказывает более негативное влияние на функциональное состояние тонкой кишки. Уточнение этапа характера нарушения пищеварительной и всасывательной функции тонкой кишки позволит определить патогенетически обоснованные способы коррекции энтеропатий, индуцированных антибактериальными препаратами.

Щелоченков С.В.
Тверская ГМА, Россия

Коморбидная патология органов пищеварения и неалкогольная жировая болезнь печени

Цель исследования: изучить влияние коморбидных патологических состояний органов пищеварения и ряда проявлений метаболического синдрома на вероятность формирования неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП).

Материал и методы. В исследование включены 308 больных с жалобами на диспепсические расстройства и абдоминальные боли. Проведен расчет отношения шансов возникновения НАЖБП при ее коморбидном течении с различными патологическими состояниями органов пищеварения в группе из 198 больных (100 женщин и 98 мужчин) с сонографическими признаками НАЖБП (I группа) сравнительно с группой из 110 человек (92 женщины и 18 мужчин) без таковых (II группа).

Результаты. Избыточная масса тела отмечена у 66,0 % пациентов I группы (чаще встречалась у женщин, чем у мужчин — 73,0 % и 59,2 % соответственно) и лишь у 19,1 % обследованных II группы (преобладала у мужчин — 27,8 %, тогда как у женщин 17,9 %). Расчет отношения шансов развития

НАЖБП показал, что вероятность развития НАЖБП у лиц с избыточной массой тела в 8,4 раза выше, чем у пациентов с нормальным весом. Вероятность возникновения НАЖБП повышается при наличии сахарного диабета 2 типа (в 2,72 раза), хронического холецистита (в 1,74 раза), постхолецистэктомического синдрома (в 1,6 раза), хронического панкреатита (в 2,75 раза), язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (в 1,6 раза), различных вариантов хронического гастрита (в 2,3 раза), хронического дуоденита (в 1,44 раза). Повышения частоты развития НАЖБП при дискинезии желчевыводящих путей не выявлено.

Выводы. Вероятность развития НАЖБП значительно возрастает у лиц с избыточной массой тела, сахарным диабетом 2 типа, органическими поражениями панкреатобилиарной зоны, а также при воспалительных заболеваниях слизистых оболочек гастродуоденальной зоны. Функциональные расстройства билиарной системы не оказывают влияния на вероятность развития НАЖБП.