

требованиям к изделиям, применяемым в диетотерапии целиакии. В ходе клинических испытаний оценка эффективности диетотерапии проводилась по динамике субъективных оценок, клинических проявлений, данных иммунологического исследования и показателей копрограммы.

Результаты. Установлено, что в течение исследования до и после применения в питании безглютенового хлеба у наблюдаемых пациентов статистически достоверных различий клинических проявлений и симптомов желудочной и кишечной диспепсии выявлено не было. Использование вышеперечисленного ассортимента хлеба не вызывало у больных целиакией повышения уровня AGA в крови и составляло не более 2,5 ед./мл, следовательно указанная продукция не стимулирует синтез гетероиммунных AGA и не способствует нарушению проницаемости кишечного барьера.

У больных целиакией после десятидневного употребления безглютенового хлеба в копрограмме не найдено признаков энтерального синдрома, что говорит об отсутствии негативного влияния безглютеновой продукции на процессы переваривания в кишечнике.

Выводы. Таким образом, применение нового ассортимента безглютеновых хлебобулочных изделий для патогенетического лечения больных целиакией показало их клиническую эффективность. Согласно полученным результатам, употребление указанной продукции не вызывает повышение реактивности иммунной системы.

Разработанный конкурентоспособный ассортимент хлебобулочных изделий и смесей для их производства не только эффективен для диетотерапии больных целиакией, но и выгодно отличается от представленных на рынке импортных и отечественных аналогов потребительскими свойствами, а также более низкой (не менее чем в 2 раза) ценой.

118. Заболевания билиарного тракта у женщин

Трухан Д. И.¹, Тарасова Л. В.²

¹Омская ГМА, ²Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова, Чебоксары, Россия

Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей занимают одно из ведущих мест среди болезней органов пищеварения и встречаются у женщин в 3–10 раз чаще, чем у мужчин. Часто заболевания билиарного тракта впервые дебютируют у женщин во время беременности. К другим факторам, способствующим более частому развитию билиарной патологии у женщин, можно отнести: 1) влияние женских половых гормонов и гормональные дисфункции на пузырный и другие желчевыводящие протоки (демонстрацией подобной связи является появление клинических симптомов билиарной дисфункции непосредственно перед менструальным циклом и во время него); 2) прием пероральных контрацептивов и эстрогензаместительной терапии; 3) характерный для женщин «грудной» тип дыхания, при котором движения диафрагмы ограничены, что также может способствовать застою желчи по сравнению с «брюшным» типом дыхания у мужчин; 4) более частое применение низкокалорийных

диет с целью похудения, что также приводит к увеличению литогенности желчи; 5) большая распространенность среди женской половины населения психосоматических реакций в ответ на стресс и эмоциональные факторы.

Ф

119. Особенности проявлений стеатопанкреатита у больных с избыточной массой тела и ожирением

Феджага И. В.

Винницкий НМУ им. Н. И. Пирогова, Украина, e-mail: irynafedjaga@gmail.com

Цель исследования: выявить возможные клинические и лабораторные проявления стеатопанкреатита у больных с избыточной массой тела и ожирением.

Материал и методы. Нами были обследованы 56 больных с повышенной массой тела и ожирением, страдающих стеатопанкреатитом. У всех пациентов измеряли рост, массу тела, окружность плеча, окружность талии и бедер, толщину кожно-жировых складок. Проводили ультразвуковое исследование поджелудочной железы (ПЖ). В сыворотке крови определяли активность аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, щелочной фосфатазы, уровень общего билирубина, общего холестерина, холестерина липопротеидов низкой плотности (ХсЛПНП), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХсЛПВП). Уровень глюкозы оценивали натощак и через 2 часа после приема глюкозы. Наличие инсулинорезистентности устанавливали по уровню индекса НОМА.

Результаты. У 15 больных выявлено: стеатоз печени (3), стеатогепатит (7), холестероз желчного пузыря (5). Установлена прямая корреляционная связь средней силы между индексом массы тела и размерами ПЖ при сонографическом исследовании. У большинства больных выявлялась нечеткость контуров ПЖ с гипэхогенной и неоднородной паренхимой. Отмечалось абдоминальное ожирение. Болевой синдром выявлен у 10 пациентов. Среди пациентов наблюдался диспепсический синдром разной степени выраженности (52), диарейный синдром — у 49 пациентов. Гипергликемия натощак и нарушение толерантности к глюкозе выявлено у 19 больных, повышение индекса НОМА — у 35 больных. Нарушение жирового обмена отмечалось у 38 больных: повышение ТГ (14), повышение ХсЛПНП (27), снижение уровня ХсЛПВП (37).

Выводы. Стеатопанкреатит у больных с избыточной массой тела и ожирением характеризуется малосимптомным течением с наличием болевого, диспепсического синдрома и внешнесекреторной недостаточности ПЖ, нарушением жирового и углеводного обмена.

120. Комплексная курортная терапия неалкогольной жировой болезни печени с применением магнитофореза даларгина

Федорова Т. Е., Ефименко Н. В.

ПГНИИК ФМБА России, Пятигорск, Россия

Цель исследования: изучить эффективность курортной терапии неалкогольной жировой болезни

печени (НАЖБП) с применением магнитофореза даларгина.

Материал и методы. Обследованы 40 больных с НАЖБП в возрасте ($49,5 \pm 2,4$) года, 25 со стеатогепатитом, 15 — со стеатозом печени. Проведены клинические, биохимические, ультразвуковое исследования. Больные получали комплексную курортную терапию с использованием питьевой минеральной воды «Ессентуки-Новая», углекислосероводородных ванн (20 человек — 1 ЛК — контроль) и магнитофореза даларгина на область печени (20 человек — 2 ЛК).

Результаты исследования. После лечения у пациентов обеих групп прекратились или уменьшились боли в животе (82,8%), диспепсические симптомы (79,2%), астеновегетативные расстройства (64,2%), $p < 0,05$. У 90,9% больных отмечено снижение массы тела с ($97,1 \pm 2,8$) кг до ($93,9 \pm 2,4$) кг, $p < 0,05$, ИМТ — с $34,7 \pm 1,1$ до $33,4 \pm 0,8$, $p < 0,05$. Сравнительный анализ полученных результатов выявил преимущество 2 ЛК. Положительная динамика клинических показателей была на 18–20% более выражена в группе с применением магнитофореза даларгина. По данным печеночных проб отмечено снижение повышенных уровней АЛТ, билирубина и ГГТП соответственно у 88,9%, 83,3% и 90% больных 2 ЛК против 66,7%, 66,7% и 70% больных 1 ЛК, $p_{1-2} < 0,05$. Гиперхолестеринемия и гипертриглицеридемия снизилась соответственно у 88,2% и 87,5% пациентов 2 ЛК против 62,5% и 60% в контроле ($p_{1-2} < 0,05$). Повышенный уровень МДА снизился у 81,8% и 63,6% больных во 2 ЛК и 1 ЛК соответственно ($p_{1-2} < 0,05$). Улучшение печеночной гемодинамики отмечено у 90% больных 2 ЛК против 70% больных 1 ЛК ($p_{1-2} < 0,05$). Общая эффективность лечения составила 70% в 1 ЛК и 90% во 2 ЛК ($p_{1-2} < 0,05$).

Заключение. Применение магнитофореза даларгина на область печени в комплексной курортной терапии НАЖБП способствует улучшению функционального состояния печени, липидного обмена, нормализации окислительного гомеостаза и повышает эффективность лечения.

Х

121. Связь генотипа G/A-13914 с лактазной недостаточностью взрослых

Хабарова Ю.¹, Маттила К.², Исокоски М.³, Йярвела И.³

¹Северный ГМУ, Архангельск, Россия,

²Университет, Тампере, Финляндия,

³Университет Хельсинки, Финляндия,
e-mail: Yuliakaterina@rambler.ru

Цель исследования: определение распространенности генотипа лактазной недостаточности C/T-13910 среди пациентов с гастроинтестинальными симптомами, а также возможное выявление других генотипов, связанных с лактазной неустойчивостью.

Взрослый тип гиполактазии (лактазная неустойчивость) — одна из причин возникновения неспецифических гастроинтестинальных симптомов. Идентифицированы несколько вариантов генотипов, обуславливающих неустойчивость фермента лактазы. В европейской популяции наиболее часто встречается вариант генотипа C/T-13910.

В исследование были включены 148 пациентов с разнообразными гастроинтестинальными симптомами, русских по происхождению, родившихся на севере России. Каждому пациенту было проведено генотипирование для выявления варианта генотипа лактазной устойчивости/неустойчивости.

Результаты. Распространенность генотипа лактазной неустойчивости C/C-13910 среди обследованной группы пациентов составила 28,4%. Вариант G/A-13914 генотипа был идентифицирован у одной пациентки, являющейся также носителем генотипа C/C-13910, в основной позиции гена лактазы. В двух образцах биопсии, взятых у этой пациентки, активность лактазы была выше предела активности лактазы при взрослом типе гиполактазии.

Выводы. Редкий вариант генотипа G/A-13914 был идентифицирован у одной из пациенток, являющейся одновременно носителем более частого варианта генотипа лактазной неустойчивости C/C-13910. Поскольку G/A-13914 в гетерозиготном варианте был ассоциирован с более высоким уровнем лактазной активности, возможно, что именно этот генотип обеспечивает более высокий уровень лактазной активности у пациентки с генотипом C/C-13910. Необходимо проведение дальнейших исследований для прояснения функциональной роли этого варианта генотипа.

122. Профилактика дисбиоза толстой кишки при эрадикационной терапии

Хамрабаева Ф. И., Алиева Х. А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель исследования: изучить эффективность эрадикационной терапии в комплексе с пробиотиком (энтерожермина) для профилактики дисбиоза.

Материал и методы. В исследовании участвовали 102 больных с язвенной болезнью, ассоциированной с *Helicobacter pylori*. Всем пациентам проводилось эндоскопическое исследование с прицельной биопсией по общепринятой методике и исследование кала на дисбактериоз. Больные были разделены на 2 группы: 1-я группа получала трехкомпонентную терапию в комплексе с препаратом «Энтерожермина» по 3 флакона в сутки в течение 14 дней; 2-я группа получала трехкомпонентную терапию в течение 14 дней.

Результаты исследования. В группе пациентов, не использовавших пробиотики, значимых изменений состава микрофлоры кишечника не наблюдалось, однако выявлялось незначительное угнетение микробного роста всех представителей кишечной микрофлоры. У больных второй группы после курса эрадикационной терапии в комплексе с пробиотиком обнаружено достоверное ($p < 0,05$) увеличение количества бифидобактерий и лактобактерий. Также было выявлено достаточно выраженное уменьшение количества бактерий, относящихся к патогенной и условно патогенной микрофлоре. В совокупности эти изменения в конечном итоге приводили к уменьшению степеней дисбиоза кишечника во второй группе больных.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют, что применение энтерожермины предупреждает