

обнаружены достоверные признаки диастолической дисфункции левого и правого желудочков по данным эхокардиоскопии.

**Заключение.** У больных ЦП при ХМ ЭКГ регистрируются различные виды НР, которые наиболее выражены при ЦП класса С.

Лукашевич А. П., Шулятьева Н. Н.  
Ижевская ГМА, Россия

### Функциональное состояние тонкой кишки в динамике лечения больных хроническим панкреатитом антисекреторными препаратами

**Цель:** изучить влияние антисекреторных препаратов на процессы переваривания и всасывания в тонкой кишке при хроническом панкреатите (ХП).

**Материалы и методы.** Проведено исследование 106 пациентов (80 женщин и 26 мужчин в возрасте от 19 до 80 лет) с ХП, принимающих антисекреторные препараты на этапе стационарного лечения. Из антисекреторных препаратов больные получали комбинацию ингибитора протонной помпы (ИПП) омепразола и М-холинолитика платифиллина. Для оценки пищеварительной и всасывательной функции тонкой кишки исследовались анализы кала до и после лечения и результаты нагрузочных проб с глюкозой.

**Результаты.** Клиническими симптомами поражения тонкой кишки при ХП были нарушения стула в виде диареи, запора, чередования поносов и запоров, вздутие живота, урчание в животе, боли в околопупочной области, общая слабость, снижение массы тела, ломкость ногтей и выпадение волос.

При копрологическом исследовании у всех пациентов были обнаружены непереваренные частицы пищи: стеаторея встречалась у 52 больных (49%), креаторея — у 46 больных (43,4%), амилорея — у 38 больных (35,8%). На фоне антисекреторной терапии отмечалось увеличение частоты стеатореи до 54,7%, креатореи — до 52,8%, амилореи — до 45,4%, что констатирует снижение полостного пищеварения в тонкой кишке. Уровень гликемии натощак был повышен у 28 больных (26,4%) в сравнении с контролем, после перорального приема 50 г глюкозы прирост гликемии в крови был снижен у 18 (17%) больных, что свидетельствует о нарушении процессов всасывания в тонкой кишке.

**Заключение.** Проведенные исследования показали, что у 67,8% больных ХП, принимающих антисекреторные препараты, наблюдается повышение частоты нарушений процессов переваривания и всасывания в тонкой кишке.

Митушева Э. И., Кузьмин А. Л., Сайфутдинов Р. Г., Шаймарданов Р. Ш.  
Казанская ГМА, Россия

### Микробный состав желчи у больных после холецистэктомии

**Цель:** изучить микробный пейзаж желчи, взятой разными способами, у больных после холецистэктомии.

**Материалы и методы.** Обследованы 10 больных (средний возраст  $(54,0 \pm 8,4)$  года) с удаленным желчным пузырем. Давность холецистэктомии составляла 5–7 лет. Проведено бактериологическое исследование желчи, взятой двумя способами: 1-й — при фракционном дуоденальном зондировании, порция С; 2-й — путем катетеризации холедоха через большой дуоденальный сосочек (БДС) во время дуоденоскопии.

**Результаты.** По данным фракционного дуоденального зондирования у 9 больных выявлен гипотонус сфинктера Одди, у 1 — гипертонус. У всех пациентов отмечается гиперсекреторный тип желчеотделения. У всех больных выявлены микролиты, кристаллы билирубината кальция по данным микроскопии. Согласно бактериологическим исследованиям в посевах желчи порции С во всех случаях определялись бактерии семейства *Enterobacteriaceae*, в большинстве случаев (80%) высевались ассоциации микроорганизмов

*Escherichia coli* (70%), *Enterococcus faecalis* (30%), *Klebsiella* (20%), *Proteus* (10%).

В посевах желчи, полученных путем катетеризации холедоха из БДС во время дуоденоскопии, только в одном случае была высеяна *Escherichia coli* у больной с холестаазом, у остальных 9 больных микроорганизмы в желчи не выявлены. После проведенной катетеризации холедоха у больных в крови повысились показатели амилазы (до исследования  $(46 \pm 12)$  Ед./л, после —  $(134 \pm 16)$  Ед./л,  $p < 0,01$ ) и липазы (до исследования  $(38 \pm 8)$  Ед./л, после —  $(96 \pm 18)$  Ед./л,  $p < 0,05$ ).

**Выводы.**

1. Бактериологическое исследование желчи, полученной при дуоденальном зондировании, достоверно не отражает показатели микробной обсемененности желчи.
2. Эндоскопический способ забора желчи из холедоха более приближен к асептическим, но приводит к реактивным изменениям со стороны поджелудочной железы.
3. Микроорганизмы в желчи выявляются у больных с холестаазом.

Михайлова О. Д., Капитанова М. М., Вахрушев Я. М., Булычев В. Ф.  
Ижевская ГМА, Россия

### Хронический панкреатит и электрическая нестабильность миокарда

**Целью** настоящей работы явилось изучение состояния электрической нестабильности миокарда у больных хроническим панкреатитом (ХП) в сочетании с метаболическим синдромом (МС).

**Материалы и методы.** Обследованы 32 больных ХП в возрасте от 28 лет до 71 года с сопутствующим МС, диагностированным согласно современным критериям ВНОК (2009). Для оценки свертывающей системы определяли фибриноген по Рутбергу, протромбиновое время крови (протромбиновый индекс) по Квику, активированное частичное

тромбопластиновое время (АЧТВ) по стандартной методике. Состояние микроциркуляции изучалось с помощью конъюнктивальной биомикроскопии (КБМ) на щелевой лампе. У всех больных рассчитывали дисперсию интервала QT (разность между максимальным и минимальным его значениями в 12 стандартных отведениях) и корригированную дисперсию QT (QTcd) по формуле Базетта. Результаты исследований сравнивались с данными контрольной группы (10 практически здоровых лиц).