

и вегетативные расстройства. На момент проведения обследования, по данным анкетирования мы выявили относительно высокий процент лиц с такими жалобами, как наличие тревоги (46%), частое внутреннее напряжение (41%), рассеянное внимание (27%), «комок» в горле (35%), повышенная раздражительность (32%), повышенная утомляемость (35%). Даже небольшие физические нагрузки в быту, у данной категории молодых людей, приводят к нарушению адаптационных механизмов и нарушению функций организма, а затем и к заболеваниям, что и отражают полученные цифры: 38% студентов отметили боли в спине и суставах; 33% — усталость и утомляемость; 22% — головные боли; 15% — кожные заболевания и аллергии; 14% — желудочно-кишечные заболевания; 3% — сердечно-сосудистые заболевания; 2% — болезни обмена веществ; 1% — травмы; 1% — зубы.

Таким образом, питание студентов является несбалансированным, нерациональным, что определяет возникновение ожирения, гипертензии, гипергликемии, психоэмоциональной дезадаптации и способствует развитию заболеваний органов пищеварения. Коррекция характера питания студенческой молодежи является необходимым условием профилактики кардиогастроэнтерологической патологии и психоэмоциональных нарушений.

### **КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ АНТИБИОТИКОВ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ТОНКОЙ КИШКИ**

*Шулятьева Н. Н., Вахрушев Я. М., профессор*

*ГБОУ ВПО «ИГМА», г. Ижевск, УР*

*E-mail: 9121987@mail.ru*

**Цель исследования.** Изучить интестинальные клинические симптомы и копрологические показатели в динамике антибиотикотерапии больных внебольничной пневмонией в условиях стационара.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 60 пациентов с диагнозом внебольничная пневмония в возрасте 20 – 58 лет, находящихся на стационарном лечении. В обследовании пациентов использованы анамнестические, физикальные и лабораторные данные. В лечении 30 пациентов использован цефалоспорин 3-го поколения в дозе 2 – 4 г в сутки, 20 пациентов — макролид в дозе 500 мг в сутки и 10 пациентов получали комбинированную терапию. Продолжительность терапии составляла 7 – 10 дней.

**Результаты исследования.** 25 пациентов (42%) имели в анамнезе хронический панкреатит, язвенная болезнь желудка, хронический колит, хронический холецистит. При поступлении в стационар данные пациенты предъявляли жалобы на периодическую изжогу, тошноту, боли в эпигастрии, правом подреберье, околопупочной области, нарушение стула. На фоне приема антибиотиков (АБ) болевой и диспепсический синдромы участились: 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 появились креаторея и амилорея у 38% пациентов. 35% пациентов (58%) при использовании АБ впервые отметили снижение аппетита в 38% случаев, слабые ноющие боли в эпигастрии и околопупочной области в 23%, кашицеобразный стул в 54%, учащение стула в 16%. В кале выявлены креаторея, амилорея, дрожжевые грибки у 30% пациентов.

**Заключение.** Проведенные исследования показали, что АБ оказывают негативное влияние на функциональное состояние кишечника. В последующем предстоит выяснение механизмов поражения тонкой кишки при использовании АБ, для разработки патогенетически обоснованных средств их предупреждения.

### **НУТРИЦИОННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИ ОСЛОЖНЕННОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ.**

*Смирнова О. А., Костюченко Л. Н.,*

*Сагынбаева В. Э., Ручкина И. Н., Ивкина Т. И.*

*Московский клинический научно-практический центр (ЦНИИГ), Москва, Россия*

Среди характеристик иммунологического статуса, применяемых для оценки нутриционной недостаточности, авторы используют абсолютное число лимфоцитов, кожную реактивность на антигены и пр. (Пугаев А. В., Ачкасов Е. Е., 2007; Хорошилов И. Е., Панов П. Б., 2009 и др.). В то же время гуморальные иммунные проявления язвенного колита (ЯК) в качестве диагностического теста нутриционных нарушений исследованы недостаточно.

**Цель исследования:** Оценка иммунного статуса больных ЯК для подбора нутриционной коррекции в структуре основной терапии данной нозологии.

**Материал и методы:** Больные представлены 2 группами. 1-я группа (40 человек) получала терапию по алгоритму без контролируемой нутриционной коррекции по критериям алиментационно-волемического диагноза (АВД) и иммунограмм (группа контроля). 2-я группа (30 человек) получала в структуре основной терапии расчетную программу нутриционной коррекции под контролем АВД и иммунного статуса. Всем больным оценивались параметры алиментационно-волемического диагноза (АВД) и степень активности ЯК по Rachmilewitz. У всех больных с хирургически осложненным ЯК (перфорация — в 0,5% случаев, рецидивирующие кровотечения — 4%, гнойные осложнения — 5%) проводилась оценка функционального состояния иммунной системы и воспалительной реакции до лечения

и в конце госпитализации. Методом иммуноферментного анализа исследовались иммуноглобулины Ig G, Ig M, Ig A в сыворотке крови; молекулы межклеточной адгезии из суперсемейства sICAM-1, sICAM-2, sICAM-3; интерлейкин-6 и TFR-β. Другие стандартные биохимические пробы, а также клинико-лабораторные исследования выполняли с помощью известных методик. Статобработка выполнялась с помощью программы Statistic-6.

**Результаты:** При ЯК с различной активностью по Rachmilewitz параметры иммунного гуморального статуса коррелировали с нутриционной недостаточностью.

Введение препаратов нутриционного действия в сочетании с корректорами микробиоты позволило достичь более длительной ремиссии ЯК, улучшения качества жизни больного (по SF-26), сокращение койко-дней госпитализации.

**Вывод:** Оценка нутриционного статуса по параметрам гуморального иммунитета может служить достоверным ориентиром для подбора алиментарной составляющей в схемах лечения больных язвенным колитом.

## КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Низов А. А., д. м. н.; Якубовская А. Г.

ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Россия

E-mail: yakubgreg@mail.ru

**Цель исследования:** выявить распространенность и особенности диагностики и ведения больных язвенным колитом (ЯК) и болезнью Крона (БК) в Рязанской области, а также установить возможную связь клиники ЯК с наличием полиморфных вариантов генов TNF-α и NOD2/CARD15.

**Материал и методы исследования.** На основании анализа амбулаторных карт пациентов, находящихся на диспансерном учете по поводу ЯК и БК во всех поликлиниках г. Рязани, а также историй болезни специализированных отделений области за 1996 – 2012 гг. выявлены 288 больных ЯК и 43 — БК. 50 больных ЯК и 31 здоровый человек обследованы на предмет наличия полиморфных вариантов гена TNF-α (— 238G/A и -308G/A) и NOD2/CARD15 (Arg702Trp, Gly908Arg, Leu3020insC) методом ПЦР.

**Результаты исследования.** Распространенность ЯК равна 29,8, а заболеваемость 1,8 – 2,1 на 100 тысяч взрослого населения. Для БК эти показатели составили соответственно 4,5 и 0,3 – 0,5 на 100 тысяч населения. В основном ЯК и БК болеют горожане (259 чел., 78%). ЯК чуть чаще регистрируется у женщин (167 чел., 58%), а БК — у мужчин (28 чел., 65%). Средний возраст на момент включения в исследование равен для БК  $49,3 \pm 2,5$  года и для ЯК —  $49,9 \pm 1,0$  года. Четверть больных ЯК (64 чел.)

и БК (11 чел.) имели инвалидность по заболеванию кишечника. Дебют чаще отмечается с 12 до 40 лет (178 пациентов, 54%). Время верификации диагноза составило для ЯК  $18,9 \pm 2,5$  мес., а для БК  $29,5 \pm 4,2$  мес. ЯК протекал преимущественно с левосторонним поражением (139 чел., 59,4%), при БК преобладало изолированное поражение толстой кишки (25 чел.).

Генетический анализ не выявил различий распределения полиморфных вариантов генов TNF-α и NOD2/CARD15 между группой пациентов с ЯК и контролем. В то же время установлено более раннее развитие ( $p = 0,01$ ) и частые обострения ЯК (в 1,63 раза) у носителей аллеля -308 A гена TNF-α.

**Заключение.** Исследование показало региональные особенности ЯК и БК, которые заключаются в больших сроках верификации диагноза и редком вовлечении в процесс тонкой кишки при БК, а также высокой инвалидизации больных. Наличие аллеля -308A связано с более тяжелым течением ЯК, что определяет необходимость использования более активных схем терапии.

## ВЛИЯНИЕ СЕЛЕКТИВНЫХ КИШЕЧНЫХ АНТИБИОТИКОВ И СОВРЕМЕННЫХ ПРОБИОТИКОВ НА КИШЕЧНЫЙ МИКРОБИОЦЕНОЗ У БОЛЬНЫХ С ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

<sup>1</sup> Рустамов М. Н., <sup>2</sup> Рустамова Л. М.

<sup>1</sup> УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

<sup>2</sup> ГУ «Республиканский научно-практический центр» эпидемиологии и микробиологии, г. Минск, Республика Беларусь

E-mail: dr.rustamov@mail.ru

**Цель исследования.** Изучить микробиоценоз толстого кишечника у больных с дивертикулярной болезнью толстого кишечника, оценить антибактериальной активности селективного кишечного антибиотика рифаксимины и эффективность современных пробиотиков при коррекции кишечного дисбиоза у больных с дивертикулярной болезнью толстого кишечника.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 45 больных с дивертикулярной болезнью толстого кишечника, 28 женщин, 17 мужчин в возрасте 46 – 65 лет с длительностью заболевания свыше 10 лет. Всем пациентам кроме общеклинических исследований проведена фиброколоноскопия с биопсией и ирригоскопия толстого кишечника с двойным контрастированием бариевой взвесью, а также фиброгастроуденоскопия с биопсией, ультразвуковое исследование органов брюшной полости для исключения сопутствующей патологии. Видовой и количественный состав микрофлоры толстого кишечника изучали общепринятым методом для выявления аэробных и анаэробных микроорганизмов. В комплекс терапии был