

ЧСС не достигли 5 (26,3%) пациентов 1-й группы и 15 (78,9%) больных 2-й группы ($p < 0,05$).

Выводы. Нарушения ритма сердца и проводимости, а также снижение вариабельности сердечного ритма более характерны для ЦП алкогольной этиологии.

108. Вариабельность сердечного ритма и нарушение проводимости у детей и подростков с синдромом Жильбера

Самохвал О. В., Дмитрачков В. В.,
Былинский Н. Н., Юшко В. Д.

Белорусский ГМУ, Минск, Беларусь

Цель исследования: определить частоту, характер изменения сердечного ритма и нарушение проводимости у детей и подростков с синдромом Жильбера (СЖ).

Материал и методы: группа наблюдения (группа 1) — 21 ребенок с СЖ 7–17 лет, контрольная группа (группа 2) — 40 здоровых детей. Проводилось электрокардиографическое исследование.

Обсуждение результатов. Нарушения сердечного ритма и проводимости в группах 1 и 2 встречались в 81% и 12,5% случаев соответственно. Наиболее часто в обеих группах встречались аритмии, обусловленные нарушением функции синусового узла (СУ) — всего у 58,8% детей (а в группе 2 — у 60%). Из них: нестабильный синусовый ритм — у 50% среди детей в группе 1, 60% — в группе 2, миграция источника ритма в пределах предсердий — 10% (группа 1), синусовая брадикардия (в том числе брадиаритмия) — 50% (группа 1), правопредсердный ритм — 20% (группа 2). На ЭКГ регистрировались также случаи наличия синдрома ранней реполяризации желудочков (СРРЖ) в 35,3% случаев (группа 1) и 20% (группа 2). В группе 1 диагностированы различные варианты блокад — у 23,5% (из них атриовентрикулярные блокады 1–2 ст. — 25% только в группе 1); внутрижелудочковые блокады — в группе 1 — 75% (неполные, правой ножки пучка Гиса), в группе 2 в 60% случаев. Синдром удлинённого интервала QT обнаружен нами у 13,5% детей в группе 1 и у 2,5% пациентов в группе 2. В группе 1 встречались случаи регистрации феномена укороченного интервала PQ — 17,6% против 5% в группе 2. Выявленные ЭКГ-тенденции сохранялись среди детей с малыми аномалиями развития сердца (МАРС) из группы 1 и группы 2.

Выводы. Синдром нарушения ритма и проводимости у детей и подростков с СЖ встречается чаще, чем у здоровых сверстников (с преобладанием случаев нарушения ритма, которые обусловлены нарушением автоматизма синусового узла; СРРЖ и различных вариантов блокад).

109. Пробиотики как средство коррекции интестинального биотопа на фоне воздействия химиотерапии у пациентов с раком легкого

Серкова М. Ю. 1, Авалуева Е. Б. 1, Орлов С. В. 2
1СЗГМУ им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, 2Санкт-Петербургский ГМУ им. акад. И. П. Павлова, Россия

Цель исследования: усовершенствование технологий лечения пациентов с раком легкого, получающих химиотерапию, на основании использования пробиотического комплекса «Бактистатин» в схемах терапии.

Материалы и методы: 41 пациент с раком легкого. Больные получали первый цикл первой или второй линии химиотерапии. Пациенты основной группы ($n = 21$) в течение 28 дней от начала курса химиотерапии получали пробиотический комплекс «Бактистатин» по 2 капсулы 2 раза в день. Пациенты контрольной группы ($n = 20$) получали только химиотерапевтические препараты. Пациентам до и после лечения были проведены микробиологическое исследование фекалий и исследование метаболитов микроорганизмов в крови с помощью метода газожидкостной хроматографии — масс-спектрометрии.

Результаты исследования. Количество бифидобактерий в фекалиях было снижено у 73,1%, бактероидов — у 95,1%, кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью — у 80,4% пациентов. У 86% пациентов было обнаружено снижение уровня метаболитов бифидобактерий, у 93% — лактобактерий, у 90% пациентов была снижена общая микробная нагрузка и в крови обнаружены метаболиты патогенных микроорганизмов. На фоне курсов химиотерапии количественный состав облигатных микроорганизмов продолжал снижаться, в то время как после пробиотической поддержки уровень облигатных представителей просветной микробиоты сохранялся на прежнем уровне, а уровень метаболитов бифидобактерий в крови повысился у 52% пациентов.

Заключение. Назначение пробиотических препаратов на фоне курса химиотерапии предотвращает негативные изменения в микробиоценозе кишечника за счет поддержания исходного количества облигатных представителей как внутрипросветной, так и пристеночной микрофлоры кишечника.

110. Особенности кишечного микробиоценоза при ожирении и подходы к коррекции

Солдатова Г. С. 1,3, Калмыкова А. И. 4,
Кабилев М. Р. 2, Омельченко В. А. 3

ЦКБ СО РАН, ИХБФМ СО РАН, НГУ, ЗАО
«Био-Веста», Новосибирск, Россия

Цель исследования: изучить особенности кишечного микробиоценоза при ожирении и исследовать эффективность жидкого пробиотика в коррекции выявленных нарушений.

Материалы и методы. Обследован 41 пациент с алиментарным ожирением и 20 — в группе контроля. Средний возраст обследованных ($54,7 \pm 12,3$) года, индекс массы тела (ИМТ) ($36,17 \pm 7,03$), объем талии (ОТ) ($104,54 \pm 11,65$) см. Тяжесть нарушения микробиоценоза была более выраженной у пациентов с ожирением, при метагеномном анализе микробиоты при более тяжелой степени ожирения преобладали бактерии *Firmicutes*. Оценка качества жизни проводилась по опроснику SF-36. Определяли липидный спектр, состояние кишечной микрофлоры (бактериологический и метагеномный анализ), состояние печени (УЗИ, биохимические пробы).

Биовестин А — жидкий пробиотик, содержащий бифидобактерии до 107 КОЕ/мл, применяли перорально по схеме производителя.

Результаты. Нарушение липидного обмена выявлено до начала терапии в 89,3% случаев. После приема пробиотика уровень ЛПВП повысился с $(1,13 \pm 0,41)$ ммоль/л до $(1,20 \pm 0,35)$ ммоль/л. ($p = 0,026$). Индекс атерогенности снизился с $5,01 \pm 1,80$ до $4,31 \pm 1,60$ ($p = 0,022$). Отмечено улучшение общего самочувствия, уменьшение болей в животе, тяжести в правом подреберье, проявлений метеоризма и положительное влияние на качество жизни (ролевое и социальное функционирование). При бактериологическом исследовании кала отмечалось снижение степени нарушений кишечного микробиоценоза. После лечения ОТ и ИМТ уменьшались достоверно.

Выводы. У пациентов с ожирением выявлены более тяжелые формы нарушенной кишечной микрофлоры с преобладанием бактерий *Firmicutes*. Биовестин А эффективен для коррекции микробиоценоза кишечника у больных с ожирением, улучшает липидный обмен и качество жизни.

111. Выявление висцеральных признаков дисплазии соединительной ткани у больных целиакией

Соловьева Е. А., Журавлева М. С.,
Шабанова А. А., Карпов А. А., Орешко Л. С.
СЗГМУ им. И. И. Мечникова (каф.
пропедевтики внутренних болезней), Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: изучить структуру висцеральных признаков дисплазии соединительной ткани (ДСТ) у больных целиакией.

Введение. В последнее время внимание ученых стала привлекать проблема ДСТ и ее участие в возникновении различных патологий, в том числе и со стороны органов пищеварения. Фенотипические проявления дисплазии могут быть как в виде внешних признаков дисморфогенеза, так и в виде изменений со стороны внутренних органов — висцеральных признаков. Висцеральные признаки ДСТ играют роль в возникновении и патогенезе соматической патологии и могут усугублять ее течение. Отмечено, что при целиакии, генетически детерминированном заболевании тонкой кишки, часто встречаются признаки ДСТ. Диспластикозависимые изменения ведут к гетерогенности клинических проявлений заболевания и многообразию жалоб у пациентов в связи с тем, что распространение соединительной ткани в организме определяет полиорганность поражений. Вследствие этого требуется отдельная оценка таких изменений у больных целиакией.

Материалы и методы. Обследованы 50 человек, больных целиакией, из них у 37 человек (74%) выявлена недифференцированная ДСТ согласно критериям Т. Милковской-Димитровой и А. Каркашева (1985). Средний возраст больных составил 29,1 года. Соотношение числа мужчин и женщин 1:1,4. Всем больным было выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек с целью определения висцеральных признаков дисплазии соединительной ткани.

Результаты. Выявлено, что у 17 (34%) пациентов с целиакией по данным ультразвуковой диагностики определяются следующие диспластические изменения со стороны гепатобилиарной системы: у 6 человек (35%) — перегиб в области шейки желчного пузыря, у 4 (23,5%) — признаки дисфункции сфинктера Одди, у 4 (23,5%) — желчнокаменная болезнь, у 3 (18%) — деформация и изменение формы тела желчного пузыря. У 3 (6%) больных выявлены диффузные изменения поджелудочной железы. Также 20 (40%) пациентам был поставлен диагноз функционального расстройства билиарного тракта согласно сонографическим и клиническим данным. При ультразвуковом исследовании почек у 13 (26%) человек определялись следующие диспластические изменения: двухсторонний нефроптоз — у 2 (15,3%), правосторонний нефроптоз — у 6 (46%), гипертоничность почек — у 2 (15,3%), аномалия развития почек — у 1 (8%).

Выводы. Выявленные УЗИ признаки дисфункциональных изменений гепатобилиарной и мочевыделительной систем согласно классификационному подходу следует рассматривать как висцеральный синдром дисплазии соединительной ткани. Это обстоятельство имеет важный прикладной смысл и диктует необходимость включения в комплексную терапию больных целиакией препаратов магния.

112. Оценка степени тяжести дисплазии соединительной ткани у больных целиакией

Соловьева Е. А., Журавлева М. С.,
Шабанова А. А., Карпов А. А., Орешко Л. С.
СЗГМУ им. И. И. Мечникова (каф.
пропедевтики внутренних болезней), Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: выявление фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани (ДСТ) у больных целиакией.

Введение. Проблема дисплазия соединительной ткани (ДСТ) вызывает в последнее время интерес в связи с увеличением частоты выявления синдрома ДСТ, которая колеблется от 26% до 80% в зависимости от группы исследования. Под термином «дисплазия соединительной ткани» понимают аномалию тканевой структуры со снижением прочности СТ органов и систем. Аномалия тканевой структуры сопровождается различными морфофункциональными нарушениями гомеостаза на тканевом, органном и организменном уровнях с развитием висцеральных нарушений (Кадурин Т. И., 2000, Земцовский Э. В., 2009). Имеются работы, доказывающие усугубляющую роль соединительнотканной дисплазии в формировании различных видов соматической патологии, в том числе и органов пищеварения (Коржов И. С., 2007, Нечаева Г. И., 2006). Известно влияние дисплазии соединительной ткани на раннее начало заболеваний желудочно-кишечного тракта, выраженность абдоминальных болей, воспалительных изменений слизистой оболочки желудка и кишечника и функциональную деятельность органов пищеварения (Орешко Л. С., 2012). Таким образом,