

проявлений ГЭРБ с использованием ингибитора протонной помпы рабепразола (париета).

**Материалы и методы исследования:** 53 больных с орофарингеальными проявлениями гастроэзофагеальной рефлюксной болезни; проведение диагностического алгоритма: ЭГДС, тест с рабепразолом (париетом), консультация отоларинголога, консультации стоматолога.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) является одним из наиболее широко распространенных заболеваний органов пищеварения. Большое значение в клинике ГЭРБ имеют внепищеводные рефлюкс-ассоциированные состояния, ведущими из которых является рефлюкс-индуцированная орофарингеальная патология.

В нашем клиническом наблюдении орофарингеальные проявления ГЭРБ наблюдались у 53 пациентов. У всех пациентов клинически регистрировались эпизоды изжоги.

При выполнении ЭГДС у 73,6% была диагностирована НЭРБ, у 36,4% — эрозивный эзофагит. У 71,6% пациентов была выявлена патология ЛОР-органов: хронический гипертрофический фарингит (18 больных), хронический тонзиллит (11 больных), хронический ларингит (9 больных), у 15,7% — глоссит, у 12,7% — стоматит.

Проведенный рабепразоловый тест в течение 3 суток с использованием препарата «Париет» в дозе 20 мг был положителен у 92,45% больных в виде купирования или значительного уменьшения симптомов изжоги, 34% больных в последующем потребовалось увеличение дозы до 40 мг сутки. К концу 12-й недели курсового лечения рабепразолом (париетом) регистрировалось полное купирование симптомов изжоги и исчезновение орофарингеальных симптомов у 94,34% больных.

**Выводы.** Использование препарата «Париет» является высокоэффективным компонентом в терапии орофарингеальных проявлений рефлюксной болезни.

### 38. Опыт применения препарата «Закофальк®» у детей с острым лимфобластным лейкозом в период ремиссии с проявлениями колита неинфекционного генеза

Ефимова А. В., Шамин А. В.

СГДКБ № 1 им. Н. Н. Ивановой, Самара, Россия

**Цель исследования:** продемонстрировать опыт применения препарата «Закофальк® NMX» у детей с острым лимфобластным лейкозом в период ремиссии с проявлениями колита неинфекционного генеза как препарата с цитопротекторным действием.

**Материалы и методы.** В консультативном амбулаторно-поликлиническом отделении СГДКБ № 1 имени Н. Н. Ивановой наблюдались 17 детей в возрасте от 7 до 18 лет (11 мальчиков и 6 девочек), пролеченных согласно международным стандартам по поводу острого лимфобластного лейкоза с достижением стойкой ремиссии, с клиническими проявлениями неинфекционного колита. У всех пациентов были выражены клинические проявления, выявлена эндогенная интоксикация 1-й и 2-й степени, дисбиотические

нарушения кишечника, обусловленные дефицитом бифидобактерий и лактобактерий и с ассоциацией с условно патогенной микрофлорой.

В лечении были использованы по показаниям гепатопротекторы, энтеросорбенты, биопрепараты, ферменты. Закофальк® NMX всем пациентам назначался месячным курсом в стандартной дозировке — по 1 таблетке 3 раза в сутки до приема пищи. 8 пациентов получали монотерапию закофальком® NMX в стандартной дозе.

Критериями оценки эффективности терапии выбраны: клинический аспект, биохимические показатели эндогенной интоксикации (уровень эффективного альбумина), данные копрологического и бактериологического исследования кала. Учитывая гематологические особенности данной группы пациентов, контроль гемограммы проводился еженедельно.

**Результаты.** У всех пациентов получена положительная клиническая динамика в виде уменьшения астенического и купирования абдоминального болевого синдрома, уменьшения кратности и нормализации характера стула, лабораторно — улучшения показателей биохимического гомеостаза, пищеварительной функции кишечника. Нормализация клинической картины отмечена с 3–6-х суток начала терапии. Причем, учитывая анамнестические особенности, назначалось минимальное число препаратов в средней терапевтической дозе.

**Заключение.** По результатам проведенного обследования выявлена положительная клиническая и лабораторная динамика, ввиду чего препарат «Закофальк® NMX» может назначаться в комплексной терапии у детей с острым лимфобластным лейкозом в период ремиссии с проявлениями колита неинфекционного генеза как препарат с преимущественным цитопротекторным действием на слизистую оболочку толстой кишки. Также пациентам данной группы можно рекомендовать прием препарата «Закофальк® NMX», основываясь на таких особенностях антиканцерогенного механизма действия масляной кислоты, входящей в состав препарата «Закофальк® NMX», как регуляция экспрессии генов путем ингибирования гистондеацетилазы, что приводит к гиперацилированию гистонов и повышению доступности нуклеосомальной ДНК. Подавление пролиферации онкоклеток осуществляется и за счет усиления синтеза белка p21 WAF1/Cip1, блокирующего клеточный цикл в точке G1.

## Ж

### 39. Особенности клинико-лабораторных проявлений метаболического синдрома у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени и абдоминальным ожирением

Журавлева А. К.

Харьковский НМУ, Украина

**Цель:** изучить особенности метаболического синдрома (МС) у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) и абдоминальным ожирением (АО).

**Материалы и методы.** У 45 пациентов (17 мужчин) с НАЖБП оценивали антропометрические

показатели, липидный и углеводный обмен, плазменный уровень адипонектина (АН), ФНО- $\alpha$ . В зависимости от наличия АО пациенты разделены на группы: 1-я группа (n = 25) с наличием АО, 2-я (n = 20) — без АО.

**Результаты.** Среди пациентов с АО ожирение I ст. диагностировано у 64,0%, II — у 31,4% и III — у 4,6%. У 63,0% пациентов 2-й группы диагностирована избыточная масса тела, а у 37,0% выявлены нормальные значения индекса массы тела (ИМТ). Нарушения липидного обмена в 2,4 раза чаще встречались у больных с АО, чем в группе сравнения ( $p < 0,01$ ). При этом у 68,4% больных с АО была выявлена гиперхолестеринемия, у 20,7% — увеличение ХС ЛПНП, у 33,1% — снижение ХС ЛПВП, а гипертриглицеридемия — у 42,0% ( $p < 0,05$ ). Индекс НОМА-IR коррелировал с ИМТ ( $r = 0,3$ ;  $p < 0,001$ ), ОТ ( $r = 0,4$ ;  $p < 0,001$ ), ОТ/ОБ ( $r = 0,2$ ;  $p < 0,001$ ), уровнем ТГ ( $r = 0,3$ ;  $p < 0,001$ ). Уровень АН у пациентов без АО был в 1,4 раза выше, чем в группе сравнения ( $p < 0,05$ ). Уровень ФНО- $\alpha$  у больных с АО был в 2,1 раза выше, чем во 2-й группе ( $p < 0,05$ ), отрицательно коррелировал с уровнем ХС ЛПВП ( $r = -0,3$ ;  $p < 0,05$ ) и АН ( $r = -0,3$ ;  $p < 0,05$ ), а положительно — с ОТ ( $r = 0,3$ ;  $p < 0,05$ ) и НОМА-IR ( $r = 0,3$ ;  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Течение НАЖБП у пациентов с АО сопровождается более выраженными метаболическими нарушениями, что способствует раннему формированию МС, обусловленному дислипидемией, инсулинорезистентностью, развитием воспаления и гипoadипонектинемией.

#### 40. Изменения липидного профиля при изолированном и сочетанном течении хронического панкреатита и сахарного диабета типа 2

Журавлева Л. В., Шеховцова Ю. А.  
Харьковский НМУ, Украина

**Цель исследования:** изучение липидного профиля у пациентов с сочетанным течением хронического панкреатита (ХП) и сахарного диабета типа 2 (СД-2).

**Материалы и методы.** Исследовали показатели липидного обмена у 63 пациентов. В 1-ю группу (n = 20) были включены больные с сочетанным течением ХП и СД-2, во 2-ю (n = 21) — с ХП, в 3-ю (n = 23) — с СД-2. Средний возраст составил ( $52,1 \pm 2,8$ ) года,  $HbA1C < 7,5\%$ .

**Результаты.** Индекс массы тела (ИМТ) в среднем составил ( $25,8 \pm 4,2$ )  $кг/м^2$  во 2-й и ( $33,2 \pm 3,7$ )  $кг/м^2$  — в 1-й и 3-й группах ( $p < 0,05$ ). Дислипидемии достоверно чаще встречались в 1-й группе (67,4%), чем во 2-й и 3-й (44,2% и 52,3% соответственно;  $p < 0,05$ ). Гипертриглицеридемия выявлялась чаще у пациентов 1-й группы (76,3%) в сравнении с пациентами 2-й и 3-й групп (38,4% и 52,8% соответственно;  $p < 0,05$ ). Уровень ОХС во всех группах повышался пропорционально ИМТ ( $r = 0,39$ ;  $p < 0,05$ ). Соотношение ТГ/ХС ЛПВП в 1-й группе было на 38% выше, чем в 2-й, и на 22% выше, чем в 3-й ( $p < 0,05$ ). Показатель ХСЛПНП коррелировал с уровнем ОХС ( $r = 0,67$ ;  $p < 0,001$ ), с ИМТ ( $r = 0,38$ ;  $p < 0,001$ ), с индексом НОМА-IR ( $r = 0,18$ ;  $p < 0,001$ ).

**Выводы.** При сочетанном течении ХП с СД-2 наблюдается выраженная дислипидемия, взаимосвя-

занная с другими компонентами метаболического синдрома.

#### 41. Резистин и пигментный обмен у больных с неалкогольной жировой болезнью печени в сочетании с сахарным диабетом 2 типа

Журавлева Л. В., Огнева Е. В.  
Харьковский НМУ, Украина

**Цель исследования:** установить уровень резистина и его связь с показателями пигментного обмена у больных с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) и при ее сочетании с сахарным диабетом 2 типа (СД-2) с разным трофологическим статусом.

**Материалы и методы.** Обследованы 90 больных: 1-я группа (n = 20) — больные с изолированной НАЖБП, 2-я группа (n = 20) — больные с сочетанием НАЖБП и СД-2 с нормальной массой тела и 3-я группа (n = 50) — больные с коморбидной патологией и ожирением (индекс массы тела  $ИМТ \geq 30$   $кг/м^2$ ). Контрольная группа (n = 20) — практически здоровые лица. Показатели пигментного обмена определялись биохимическим методом (реактивы «Das spectroMed»). Уровень резистина определялся иммуноферментным методом (реактивы «BioVendor»).

**Результаты.** Средний уровень резистина достоверно ( $p < 0,001$ ) повышался во всех группах по сравнению с группой контроля, где он составил ( $4,87 \pm 0,11$ )  $нг/мл$ , уровень был наиболее высоким в 3-й группе — ( $10,0 \pm 0,1$ )  $нг/мл$  и значимо отличался от показателей в 1-й и 2-й группе — ( $7,56 \pm 0,21$ )  $нг/мл$  и ( $8,06 \pm 0,23$ )  $нг/мл$  соответственно. В 1-й группе корреляции не выявлены. Во 2-й группе резистин коррелировал с конъюгированным билирубином ( $r = 0,46$ ,  $p < 0,05$ ). В 3-й группе выявлена корреляция резистина с общим ( $r = 0,59$ ;  $p < 0,05$ ) и конъюгированным ( $r = 0,71$ ;  $p < 0,05$ ) билирубином.

**Выводы.** Полученные корреляционные связи между резистином и показателями пигментного обмена подтверждают роль исследуемого показателя в патогенезе НАЖБП, а именно, в прогрессировании синдрома цитолиза, особенно у больных с сопутствующим СД-2 на фоне ожирения. Повышенный уровень резистина в плазме крови может быть дополнительным фактором, отягощающим течение НАЖБП у больных с метаболическими нарушениями.

### 3

#### 42. Пожилой возраст как фактор риска полиморбидности у пациентов гастроэнтерологического профиля

Задорожная Н. А., Кьергаард А. В.

НГУ физической культуры, спорта и здоровья им. П. Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: zadorozhnaya\_10@mail.ru

**Цель исследования:** оценить особенности течения заболеваний гастроэнтерологического профиля в гериатрической практике; изучить с учетом полиморбидного фона влияние на функционально-морфологическое состояние ЖКТ применения неметаболических факторов у больных пожилого и старческого возраста с кислотозависимыми заболеваниями.