

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,

из множества причин формирования особенностей течения целиакии дисплазия соединительной ткани заслуживает особого внимания. В связи с этим, предсуществующие диспластикозависимые изменения негативно влияют на течение целиакии — хронического заболевания органов пищеварения, обусловленного генетической предрасположенностью.

Материалы и методы. Обследованы 40 больных целиакией. Средний возраст больных составил 26,7 года (от 18 лет до 41 года). Соотношение мужчин и женщин составило 1:2,3. Выявление недифференцированной ДСТ проводилось согласно критериям Т. Милковской-Димитровой и А. Каркашева (1985). Для оценки тяжести ДСТ применялась балльная оценка значимости отдельных фенотипических признаков ДСТ, предложенная Л. Н. Аббакумовой. У всех пациентов диагноз целиакии был установлен на основании данных фиброгастродуоденоскопии, гистологического исследования и HLA-типирования крови.

Результаты. По результатам обследования выявлено, что у 30 (75%) больных целиакией наблюдались клинически значимые фенотипические проявления ДСТ: приросшие мочки уха у 9 (30%) человек, асимметрия носовой перегородки у 9 (30%), слабость мышц живота у 9 (30%), легкоранимая кожа у 11 (37%), различные искривления позвоночника у 17 (57%), деформации грудной клетки у 8 (27%). С учетом балльной оценки выраженности отдельных фенотипических признаков у 6 (20%) пациентов выявлена легкая степень ДСТ, у 15 (50%) — средняя степень, у 9 (30%) — тяжелая.

Выводы. Выявленные внешние фенотипические признаки недифференцированной ДСТ у больных целиакией оказывают значимое влияние на клиническое течение, что необходимо учитывать при комплексном подходе к лечению больных целиакией.

113. К лечению больных с дисбиозом кишечника и кожными проявлениями

Солоница Л. П.

ООО «Гастро», Сургут, Россия,
e-mail: solonicav@mail.ru

Цель исследования: оценить эффективность комплексной терапии заболеваний ЖКТ, сочетающихся с дисбиозом кишечника (Д) и кожными проявлениями.

Материал и методы: 96 больных с различными кожными проявлениями, имеющих различную стадию Д, следующих возрастных групп: до 1 года — 7 детей, от 1 до 3 лет — 16, 4–10 лет — 12, 11–15 лет — 18, 16–30 лет — 19 человек, 31–50–24. Кожные проявления: атопический дерматит — 66 (69%), аллергический дерматит — 25 (26%), детская экзема — 2 (2%), рецидивирующая крапивница — 3 (3%). Диагноз Д устанавливался на основании клинических данных и результатов исследования микрофлоры кала. У всех больных отмечено снижение количества бифидобактерий ниже 10⁸, лактобактерий ниже 10⁷, появление условно патогенной микрофлоры, эшерихий с гемолитическими свойствами до 90%, лактозоотрицательных — до 60%, стафилококка — до 10⁵–10⁶, *Candida* — 10⁶–10⁷. Помимо Д у больных старше 14 лет имелся гастрит с сохраненной

и пониженной секреторной функцией (12 человек), хронический холецистит, ЖКБ (12 человек), хронический колит (14 человек), описторхоз, лямблиоз (19 человек).

Результаты. Патогенетическое лечение сводилось к лечению основного заболевания с использованием про- и пребиотиков, желчегонных, биопрепаратов, антипаразитарных средств, иммуностимуляторов, поливитаминов. Исчезновение кожных проявлений и клинических симптомов Д отмечалось, начиная с 10-го дня. Бактериологически положительный эффект наблюдался в среднем через 4 недели в виде нормализации бифидобактерий (до 10⁸-10⁹), лактобактерий (до 10⁷-10⁸), исчезновения условно патогенной флоры, стафилококка, гемолизирующих и лактозонегативных эшерихий.

Выводы. Комплексное патогенетическое лечение заболеваний ЖКТ, Д кишечника с использованием пре- и пробиотиков, биопрепаратов, желчегонных и антипаразитарных средств способствует исчезновению кожных проявлений.

114. Применение нутрицевтиков при комплексном лечении заболеваний ЖКТ

Солоница Л. П.

ООО «Гастро», Сургут, Россия, e-mail:
solonicav@mail.ru

Цель исследования: изучить результаты применения БАД фирмы «Глорион» в комплексном лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Материалы и методы. Под наблюдением находились 68 больных с различными заболеваниями ЖКТ в возрасте от 18 до 66 лет. Больные получали одновременно с традиционным лечением БАД фирмы «Глорион» (Новосибирск) «Индол плюс» по 1 капсуле 2 раза в день 2 месяца, «ДИГ-актив» по 1 капсуле 2 раза в день. Среди больных хронический гепатит (ХГ) диагностирован у 4, хронический холецистит — у 21, гастродуоденит — у 28, желчнокаменная болезнь (ЖКБ) — у 15. Диагностика заболеваний проводилась на основании данных анамнеза, объективного обследования, клинических и биохимических исследований крови и мочи, иммунологических исследований, данных ультрасонографии. Контрольная группа (15 человек) получала только традиционное лечение. Наблюдение проводилось в течение 3 месяцев. Была изучена динамика клинических проявлений, уровень липидов, трансминаз, билирубина, щелочной фосфатазы, сонографических проявлений.

Результаты. Отмечено клиническое улучшение уже со второй недели лечения. Определялась нормализация липидного обмена, снижение общего холестерина на 3,6%, ЛПНП на 6,8%, увеличение ЛПВП на 10,9%. Отмечено снижение билирубина и АЛТ (на 10,2% и 16,4% против 6,2% и 10,2% в контрольной группе), щелочной фосфатазы на 8,8% против 4,8% в контроле. Через 3 месяца отмечено улучшение УЗ проявлений.

Заключение. Использование нутрицевтиков фирмы «Глорион» в комплексном лечении заболеваний ЖКТ повышает его эффективность. Необходимо расширение показаний для их применения.