

**134. ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ  
ТОНКОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ  
БОЛЕЗНЬЮ**

Козлова Л.С., Зверева С.И.  
 Медицинский институт, г. Саранск, Республика  
 Мордовия

Цель исследования. Актуальность язвенной болезни (ЯБ) определяется не только большой распространенностью среди больных гастроэнтерологического профиля, в том числе и среди пациентов пожилого возраста, но и фармакоэкономическими аспектами. В последнее время наблюдается интенсификация медикаментозного воздействия на больного, что ведет не только к удорожанию стоимости лечения, но и к увеличению сочетанной патологии органов пищеварения. Поэтому в клинической картине больных ЯБ часто отмечаются признаки расстройства многочисленных функций тонкой кишки, что приводит к ухудшению эффективности лечения, удлинению сроков рубцевания язвы. В связи с этим целью нашего исследования было изучение динамики активности ферментов, реализующих мембранное пищеварение, в процессе лечения различными противоязвенными препаратами у больных ЯБ двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы. Нами было проведено обследование 150 больных ЯБ, получавших в качестве базисной терапии блокаторы  $H_2$ -рецепторов гистамина (1), антациды (2), их сочетание (3), ингибиторы протонной помпы (4) или цитопротекторы (5). Гидролитическая функция тонкой кишки изучалась с помощью определения активности мальтазы, щелочной фосфатазы, аминопептидазы М, глицил-L-лейцилдипептидазы в биоптатах слизистой оболочки тонкой кишки. Исследования были проведены в Лаборатории физиологии питания Института Физиологии РАН им. И. П. Павлова (г. С.-Петербург).

Результаты и их обсуждение. Согласно полученным результатам, характер и степень выраженности динамики активности кишечных ферментов зависят от вида проводимой терапии. Наиболее отчетливые позитивные изменения гидролитической функции тонкой кишки отмечались на фоне применения блокаторов  $H_2$ -рецепторов гистамина либо антацидов. Активность пищеварительных ферментов увеличилась в процессе лечения ( $p < 0,01$ ) в этих группах в среднем на 109% и 139% соответственно и достоверно превысила аналогичные значения в других группах на 63% – 170%. Самая низкая функциональная активность тонкой кишки, не имеющая существенных отличий от периода обострения, зафиксирована у больных, пролеченных ингибиторами протонной помпы. Нарушения пищеварительной функции тонкой кишки после лечения прогрессировали с увеличением длительности предшествующего язвенного анамнеза, независимо от вида проведенной терапии. Максимальная активность ферментов у пациентов с длительностью заболевания менее 5 лет отмечалась после лечения антацидами, а при более выраженном стаже ЯБ – после применения  $H_2$ -гистаминоблокаторов.

Заключение. Таким образом, динамика функционального состояния тонкой кишки в ходе лечения больных ЯБ зависит не только от естественного течения заболевания, его длительности, но и вида противоязвенной терапии, что необходимо учитывать

при лечении больных, особенно старших возрастных групп.

### 135. ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ И РЕМИССИИ

Козлова Н.М., Тюрюмин Я.Л., Тюрюмина Е.Э.  
 Кафедра факультетской терапии, ИГМУ, Институт  
 хирургии НЦ РВХ СО РАМН, г. Иркутск

Актуальность. Ранее нами была выявлена повышенная экспрессия циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2) в гладкомышечных клетках, стромальных и эпителиальных клетках желчного пузыря (ЖП) у больных хроническим калькулезным холециститом. Выявлена положительная корреляция между интенсивностью воспаления в стенке ЖП и выраженностью экспрессии ЦОГ-2 в гладкомышечных клетках, стенках сосудов, стромальных клетках и эпителиальных клетках стенки ЖП.

Цель работы. Изучить динамику функциональных изменений в гепатобилиарной системе у больных хроническим калькулезным холециститом (ХКХ) в стадии обострения и ремиссии с помощью динамической гамма-сцинтиграфии (ДГСГ).

Материалы и методы. Было обследовано 19 больных ХКХ: 13 больных ХКХ в стадии обострения, 6 больных ХКХ в стадии ремиссии и 12 практически здоровых людей (Кон). Динамическую гамма-сцинтиграфию печени и желчного пузыря (ЖП) проводили с помощью  $^{99m}Tc$  БРОМЕЗИДА. Ультразвуковое исследование печени и желчного пузыря проводили на цифровом ультразвуковом сканирующем комплексе Aloka PND 4000 с мультислотным датчиком 2.5-6.5 МГц. Значимость различий определяли по критерию Манна-Уитни.

Результаты. В стадии обострения у больных ХКХ Т-макс. печени было повышено до 12 мин ( $p < 0,04$ ) и T1/2 печени – до 45 мин ( $p < 0,003$ ) по отношению контролю. В стадии ремиссии у больных ХКХ Т-макс. печени было повышено до 14 мин ( $p < 0,04$ ) и T1/2 печени имело тенденцию к повышению до 50 мин ( $p = 0,075$ ) по отношению контролю. В стадии обострения у больных ХКХ Т-нач. желчного пузыря было повышено до 20 мин ( $p < 0,003$ ) и в стадии ремиссии у больных ХКХ-2 до 17 мин ( $p < 0,02$ ) по отношению контролю. В стадии обострения у больных ХКХ Т-макс. желчного пузыря было повышено до 33 мин ( $p < 0,005$ ) по отношению контролю и в стадии ремиссии у больных ХКХ снижалось до 21 мин ( $p > 0,05$ ) по отношению контролю. Эвакуаторная функция желчного пузыря была снижена в стадии обострения у больных ХКХ до 37% ( $p < 0,001$ ) и в стадии ремиссии у больных ХКХ до 44% ( $p < 0,03$ ) по отношению контролю. У больных ХКХ в стадии обострения толщина стенки ЖП была в 2 раза больше по сравнению со стенкой в стадию ремиссии ( $p < 0,01$ ). У больных ХКХ выявлена отрицательная корреляция между абсорбционной функцией ЖП (Т-нач. желчного пузыря) и толщиной стенки желчного пузыря ( $r = -0,71$ ,  $p < 0,05$ ).

Выводы: 1. Снижение накопительно-выделительной