

(в виде моноинфекции — только в 10 %, в остальных случаях — одновременно с О-антигенами шигелл, сальмонелл или иерсиний), в составе ЦИК сыворотки крови — в 6,2 % проб. У доноров О-антиген *Helicobacter pylori* найден в 2 % проб копрофильтратов, а еще в 5 % проб — в сочетании с О-антигенами других возбудителей, что было достоверно ниже показателей у больных ОВГ. Маркер VacA найден у больных ОВГ в составе ЦИК сыворотки крови в 49,5 % случаев,

ВМБ — значительно чаще (72,7 %). У доноров эти маркеры выявлены не были.

**Выводы.** Набор для экспресс-диагностики, предназначенный для комплексного выявления важных факторов патогенности *H.pylori* — ЛПС/О-антигена, маркеров VacA и ВМБ (CagA) — характеризуется высокой чувствительностью при использовании копрофильтратов у больных ОВГ и дает возможность изучения специфического иммунного ответа к *H.pylori*.

Васильев Е. В., Воложанин Д. А., Лантухов Д. В. Городская больница № 40, Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

### Пищевая непереносимость при неалкогольной жировой болезни печени

**Цель:** оценить влияние функционального состояния печени у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени на формирование пищевой непереносимости.

**Материалы и методы.** Обследованы 40 пациентов в возрасте 40–60 лет (мужчин 22, женщин 18) с неалкогольной жировой болезнью печени. Для оценки состояния печени использован комплекс методик, включающий тест ФиброМакс (BioPredictive (Франция), определение уровня аутоантител к аутоантигенам печени (технология «Иммункулус»), миграционной активности лейкоцитов в реакции с антигенами печени (перенхима, капсула), а также данные УЗИ.

Для выявления пищевой непереносимости использовалось определение миграционной активности лейкоцитов с 95 пищевыми антигенами с одновременным определением уровня специфических

циркулирующих иммунных комплексов. Учитывались общее количество продуктов питания, вызвавших сенсibilизацию, и максимальная выраженность сенсibilизации к отдельным пищевым антигенам.

**Результаты.** Установлено, что при выраженной стеатозе печени более чем S3 по SteatoTest (более 33 % гепатоцитов со стеатозом) латентную сенсibilизацию более чем к 20 продуктам питания имеет 45 % пациентов. При этом степень выраженности стеатоза коррелирует с количеством продуктов, к которым выявлена сенсibilизация.

Степень выраженности стеатоза также коррелирует с уровнем аутоантител к антигенам печени по технологии «Иммункулус». Наличие аутоантител отмечено у пациентов с наибольшей интенсивностью сенсibilизации к пищевым антигенам.

Волевач Л. В., Хисматуллина Г. Я., Камалова А. А., Гаузиева А. Т., Гурьев Р. А. Башкирский ГМУ, Уфа, Россия

### Изучение двигательной функции желчного пузыря при патологии билиарной системы

**Цель:** изучить двигательную функцию желчного пузыря у пациентов молодого возраста с патологией билиарной системы.

**Материал и методы.** Двигательная функция желчного пузыря (ЖП) изучена у 34 пациентов с хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ) в сравнении с группой контроля, в которую были включены 30 здоровых лиц. Возраст обследуемых лиц от 18 до 35 лет. Диагноз верифицирован с помощью клиничко-лабораторных методов исследования. Двигательную функцию изучали на аппарате УЗИ «SHIMADZU» («SHD-500» Япония) через каждые 10 минут после дачи желчегонного «завтрака». Процесс сокращения желчного пузыря визуально был разделен на 3 фазы: подготовительную, фазу быстрого сокращения, фазу медленного сокращения.

**Результаты.** В ходе исследования у лиц молодого возраста преобладающими нарушениями моторики ЖП были снижение сократимости и показателя

двигательной функции (ПДФ) ЖП. Так, ПДФ от 0,35–0,49 был отмечен в 70,5 % случаев у пациентов ХНХ, в то время как в группе контроля этот показатель был в пределах 0,52–0,84, что соответствует нормативным данным. Было отмечено удлинение 2-й и 3-й фазы сокращения ЖП и увеличение 1-й фазы сокращения, что косвенно может свидетельствовать о гипертонусе сфинктера Одди. Сокращение ЖП на 50 % происходило через 45–90 мин. Гипертонически-гиперкинетическая форма дисфункции ЖП определялась всего у 3 пациентов ХНХ (8,8 %). Следует отметить, что наибольшие морфологические нарушения в структуре, архитектонике ЖП визуализировались у пациентов со сниженной контрактильной способностью ЖП.

**Выводы.** При изучении контрактильной способности ЖП у пациентов молодого возраста с ХНХ отмечено несколько типов нарушений моторики, однако преобладающими явились двигательные нарушения в виде снижения сократимости ЖП.

Джураев М. Д., Туйев Х. Н. Республиканский онкологический научный центр, Ташкент, Узбекистан

### Гастропанкреатодуоденальная резекция при опухоли преампулярной зоны, осложненной механической желтухой

**Цель исследования:** улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения больных со злокачественными опухолями головки поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки.

**Материалы и методы.** С 2006 по 2011 гг. в абдоминальном отделении РОНЦ 36 больным произведена гастропанкреатодуоденальная резекция. Мужчин было 24 (66,6 %), женщин — 12 (33,4 %). Средний возраст больных составил 52 года. Аденокарцинома головки поджелудочной железы

диагностирована у 29 (80,6 %) больных, аденокарцинома большого дуоденального сосочка — у 5 (13,8 %), злокачественная нейроэндокринная опухоль — у 2 (5,6 %) больных. Все больные поступили в стационар с явлениями механической желтухи. Уровень общего билирубина в крови у 1-й группы в среднем составил 212,26 ммоль/л, у 2-й группы — 101,45 ммоль/л. В зависимости от уровня общего билирубина использовалась тактика лечения двух видов, и больные были разделены на две группы.