

(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 клинично-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.