

В опытах *in vitro* установлено, что введение экзогенного лизоцима в перевиваемую культуру ткани Her-2 и Hela сопровождалось дегенеративными изменениями опухолевых клеток. Рост и размножение фибробластов нормальной эмбриональной культуры ткани оставались без изменений. Интратуморальное введение лизоцима экспериментальным крысам сопровождалось лизисом мукополисахаридных оболочек (тени клеток), высвобождением плазмы (отек ткани), появлением некроза и паранекроза клеток опухоли, фокусов ядерного детрита и лизиса экстрацеллюлярного матрикса. При интенсивном встраивании лизоцима в липидный бислой в нём зарождаются дефекты, приводящие к разрушению мембран. Деструкция опухоли может сопровождаться усилением перекисного окисления. Введение даже малых доз лизоцима в опухоль повышает максимальную интенсивность хемилуминисцентного свечения в плазме крови животных. Правомерно предположить, что введение больших доз лизоцима может сопровождаться обширной деструкцией опухоли и тяжёлой перекисидацией липидов. При этом «мощная свободно-радикальная атака» превышает физиологические антиоксидантные возможности организма, оказывая повреждающее действие на значительном расстоянии от места образования первичных радикалов. Введение лизоцима в опухоль в дозе 50 мг сопровождалось её деструкцией, связанной с мембранотропным эффектом лизоцима и гибелью животных. Контрольные животные без опухоли после внутрибрюшинного введения лизоцима в таких же дозах, как в опыте, оставались здоровыми.

Заключение. Для эффективного использования экзогенного лизоцима, который избирательно освобождает организм от раковой опухоли, необходимо превентивное назначение антиоксидантных средств.

086. РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ ВНУТРИПЕЧЁНОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Дробот Е.В., Горбань В.В.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

В настоящее время в силу высокой информативности, малого времени проведения исследования и безопасности для пациента интегральная, или тетраполярная реография, является популярным методом выявления патологий различных органов и систем человеческого организма.

Цель настоящего исследования: изучить характер внутрипечёночного кровотока (Q) у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) в базальном и постпрандиальном периодах и оценить диагностическую ценность исследования Q у больных ЯБДК.

Материалы и методы. Обследовано 40 практически здоровых людей в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст $26,1 \pm 1,4$ года), составивших контрольную группу (КГ) и 195 больных ЯБДК в возрасте от 18 до 58 лет (средний возраст $34,2 \pm 1,5$ лет). Исследование Q проводили утром натощак, а также через 15, 60, 120

минут после смешанной пищевой нагрузки, общей калорийностью 590,1 ккал.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что в КГ объёмная скорость Q варьирует в достаточно широком диапазоне - от 21,8 до 97,7 мл/мин.100 см³ и в среднем составила $60,9 \pm 2,7$ мл/мин.100 см³. Для определения норматива величины Q использовали двухсигмальную зону колебаний. С учётом округления он составил 26-96 мл/мин. 100 см³. В ходе дальнейшего изучения регионарного кровотока установлено, что диапазон колебаний индивидуальных значений Q у больных ЯБДК значительно шире, чем в КГ и составляет 16,7 - 297 мл/мин.100см³. Сопоставление коэффициентов вариации наглядно демонстрирует эти различия: в КГ он составил 28,7% против 55% соответственно, у больных ЯБДК.

Выявлено, что у больных ЯБДК величина Q в базальном периоде в среднем на 95,1% выше, чем в КГ (здесь и далее приводятся только статистически значимые отличия, $p < 0,05$). При этом у 62% пациентов показатель Q превышает верхнюю границу нормы, а у 38% - находится в пределах нормальных колебаний.

Далее изучено влияние смешанной пищи на Q в КГ и у больных ЯБДК. В результате исследования установлено, что прием смешанной пищи сопровождается усилением регионарного кровотока – постпрандиальная гиперемия. Так, через час после приема смешанной пищи Q увеличивается в КГ в среднем на 45,3%. Далее, используя двухсигмальную зону колебаний гемодинамического показателя установлен норматив роста Q в постпрандиальном периоде, который составил 18-73%. На основании полученных данных определён критерий адекватного постпрандиального гемодинамического ответа (АПГО): увеличение Q в пределах установленных нормативов. Соответственно патологическим постпрандиальным гемодинамический ответ (ППГО) считается в случае снижения величин Q после пищевого воздействия или увеличения его, но ниже установленного норматива. У больных ЯБДК через час после смешанной пищи Q увеличивается в среднем только на 17% и ППГО выявлен в 51% случаев.

Для решения вопроса о том, несет ли оценка гемодинамических параметров дополнительную дифференциально-диагностическую информацию, мы проанализировали результаты исследований, проведенных у 150 больных: 85 лиц с активной дуоденальной язвой, 20 - с хроническим Нр ассоциированным гастритом антрального отдела желудка, 20 - с активной язвой тела желудка и 25 - с хроническим панкреатитом.

Так, повышение базального Q у больных ЯБДК обладает высокой специфичностью по отношению ко всем сравниваемым группам больных (70-97,5%). Чувствительность теста составляет 87%, его эффективность варьирует от 78,5 до 92,2%, предсказуемая ценность положительного результата от 74,3 до 97,2%, причем особенно высока она по отношению к КГ и больным хроническим панкреатитом. При оценке динамики Q в постпрандиальном периоде установлено, что чувствительность теста ППГО равна 65%, его эффективность по отношению к лицам КГ, больным хроническим гастритом, язвенной болезнью

желудка варьирует от 80% до 82,5%. Предсказуемая ценность положительного результата - от 92,8% до 100%. Что же касается информативности упомянутого теста по отношению к больным хроническим панкреатитом, то она достаточно низка; специфичность - 44%, эффективность - 54,5%, а предсказуемая ценность положительного результата - 53,7%.

Вывод. Из представленных данных следует, что для больных ЯБДК характерно повышенное кровенаполнение печени и нарушение динамика внутрипечёночного кровотока в постпрандиальном периоде. Выявленные гемодинамические особенности достаточно специфичны для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и, следовательно, могут рассматриваться в качестве дополнительного метода диагностики язвенной болезни.

087. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА И ОСТЕОПЕНИИ У БОЛЬНЫХ ЖКБ И ПЕРЕНЕСШИХ ХОЛЕЦИСТОЭКТОМИЮ

Дроздов В.Н. Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, г. Москва

По данным наших исследований дефицит минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у больных с ЖКБ и перенесших холецистэктомию выявляется в 57,4%, в том числе остеопороз в 12% случаев.

Цель исследования: оценить эффективность различных форм бифосфонатов при лечении остеопении и остеопороза у больных с ЖКБ и ПХЭС.

Материалы и методы исследования. В обследование было включено 15 женщин, из них 5 (33,3%) с ЖКБ и 10 (66,7%) с ПХЭС.

Средний возраст составил $64 \pm 9,3$. Менопауза отмечена у всех обследованных. Всем больным проводилась двуэнергетическая рентгеновская денситометрия на аппарате LunaG до лечения и через 6 месяцев после назначения терапии. Больные были разделены на 3 группы. Первой группе назначался фосафанс (алендронат+колекальциферол) 70 мг 1 раз в неделю, второй группе бонвива (ибандронат) 150 мг 1 раз в месяц, третьей группе назначалась акласта (золендронат) 100 мл внутривенно однократно.

Результаты исследований. В первой группе средний возраст женщин составил $64,5 \pm 6,7$ лет, длительность менопаузы $16,8 \pm 2,4$ лет, средний Т- критерий позвоночника до лечения $-2,6 \pm 0,8$, бедра $-1,6 \pm 0,7$. Во второй группе женщины были моложе, средний возраст $61,4 \pm 11,1$ лет и продолжительность менопаузы у них была короче в среднем - $12,6 \pm 7,6$ лет. Нарушение МПКТ было менее выражено, средний Т критерий позвоночника $-1,7 \pm 0,7$, средний Т критерий бедра $-1,6 \pm 0,7$. В третьей группе женщины были старше, средний возраст $66 \pm 10,3$ лет, с более длительной менопаузой $18,7 \pm 5,7$. Изменения МПКТ были более выраженные- средний Т критерий позвоночника $-3,2 \pm 1,7$, Т бедра $-1,9$.

После 6 месяцев лечения у больных первой группы, принимавших фосаванс, отмечается повышение среднего Т- критерия позвоночника $-2,5 \pm 0,6$ и Т бедра $-1,3 \pm 0,8$. При лечении второй группы препаратом бонвива Т- критерий позвоночника $-1,7 \pm 0,7$, Т бедра $-1,6 \pm 0,7$. У

больных, которым вводили акласту средние показатели Т позвоночника составили $-2,9 \pm 1,7$, Т бедра $-1,8 \pm 1,0$.

Таким образом прирост МПКТ составил: в первой группе по Т- критерию позвоночника 3,75%, по Т -бедра 23,7%. Во второй группе по Т- позвоночника 7,28%, по Т бедра 96,7%. В третьей группе Т позвоночника 11,5%, Т бедра 60,3%.

Вывод. Наилучшие результаты при лечении остеопении и остеопороза смешанного генеза были выявлены при назначении золендроната и ибандроната. При лечении данными препаратами прирост МПКТ отмечался в большем проценте случаев. Наиболее медленный прирост МПКТ был отмечен при лечении алендронатом, что обуславливает его меньшую эффективность.

088. ПРИМЕНЕНИЯ ЭССЕНЦИАЛЬНЫХ ФОСФОЛИПИДОВ В ТЕРАПИИ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТА У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Дударева Л.А., Ткачев А.В., Вовк В.О.

ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет Росздрава», Ростов –на –Дону, Россия

Цель исследования. Оценить гепатопротекторную эффективность применения эссенциальных фосфолипидов в терапии неалкогольного стеатогепатита у больных метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Обследовано 30 пациентов (14 – мужчин, 16 – женщин) с неалкогольным стеатогепатитом в возрасте $49,67 \pm 12,21$ лет. Срок наблюдения 12 недель. В ходе исследования оценивали клиническую симптоматику (тяжесть и боли в правом подреберье, диспептический и астенический синдромы). Выполняли УЗИ печени в динамике, оценивали изменение показателей АЛТ, АСТ, билирубина, щелочной фосфатазы, ГГТП. Все пациенты получали по 2 капсулы Фосфоглива 3 раза в день за 30 минут до еды на протяжении 84 дней. Для анализа использовали программу Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение: Достоверно выявлено уменьшение болевой симптоматики (75% – до начала лечения, 5% – после лечения), снижение выраженности пальпаторной болезненности (75% – до начала лечения, 5% – в конце лечения), проявлений астенического синдрома с 85% до начала лечения, до 40% после терапии. Отмечалось достоверное ($p < 0,01$) снижение уровня трансаминаз в сравнении с исходным (АСТ $1,90 \pm 0,6$ – до лечения и $0,73 \pm 0,27$ – после лечения; АЛТ $1,97 \pm 0,87$ – до лечения и $0,71 \pm 0,25$ – после лечения); размеры печени по данным УЗИ составили для правой доли печени $168,67 \pm 12,75$ мм – до лечения, $167,71 \pm 11,86$ мм – после лечения, для левой доли печени до лечения $68,63 \pm 12,65$ мм и $67,63 \pm 12,84$ мм – после лечения. Достоверных изменений в ту или иную сторону со стороны липидного профиля, показателей гликемии получено не было. Побочных эффектов у обследованной группы не наблюдалось.

Выводы. Применение эссенциальных фосфолипидов при неалкогольном стеатогепатите значительно уменьшает проявления астенического и болевого синдромов у подавляющего числа пациентов с