

больных с осложненным течением, которым проводилось оперативное вмешательство ($p < 0,05$). По нашему мнению, наиболее наглядным в определении уровня качества жизни является оценка состояния собственного здоровья самим больным. Этот уровень мы выявили по шкале «общего состояния здоровья» опросника SF-36. Оценка собственного здоровья у пациентов после операций и в группах без осложнений была более высокой, чем у больных ХП с осложненным течением без оперативного вмешательства. Суммировав данные составляющих шкал, мы не получили достоверных различий в показателе «физического компонента здоровья», однако, как и следовало ожидать, показатель «психического компонента здоровья» достоверно был выше в группе больных, перенесших операции ДО, ПДР ($p < 0,05$).

Заключение. Пациенты, перенесшие оперативное лечение, обладают более высокой самооценкой состояния здоровья, что наиболее вероятно связано со стойким купированием болевого синдрома, быстрой реабилитацией и как следствие, ранним возвращением к прежней социальной деятельности.

16. Билиарная недостаточность при хроническом панкреатите

Винокурова Л. В., Шустова С. Г., Дубцова Е. А.
ЦНИИ гастроэнтерологии МКНЦ, Москва, Россия

Цель: исследование состава желчных кислот у больных хроническим панкреатитом (ХП).

Материалы и методы. Обследованы 95 больных ХП в возрасте от 33 до 60 лет, из них у 55 больных выявлен алкогольный панкреатит (АП), у 40 — билиарный панкреатит (БП), 20 человек составили группу контроля. Из 55 больных АП у 32 отмечалось осложненное течение заболевания. В крови и дуоденальном содержимом определялся спектр желчных кислот.

Результаты. Выявлено уменьшение процента содержания конъюгатов холевой кислоты у всех больных ХП. Процент содержания гликохолевой кислоты в группах больных АП и БП находился приблизительно на одном уровне, соответственно, $(24,1 \pm 1,6)\%$ и $(23,7 \pm 3,7)\%$ ($p < 0,05$), тогда как в контроле он составлял $(36,4 \pm 2,4)\%$. При этом у больных АП отмечено более значительное, чем при БП, снижение содержания таурохолевой кислоты — до $(4,5 \pm 0,7)\%$ (в контроле $(9,2 \pm 0,7)\%$). С увеличением длительности заболевания у больных АП происходит снижение секреции желчи до 35%. При этом изменяется нормальное соотношение фракций К. ЖК в крови и желчи: снижалось процентное содержание (от суммы желчных кислот, ЖК) фракций, конъюгированных с глицином и таурином. Среди свободных ЖК в дуоденальной желчи больных ХП преобладала холевая кислота. Содержание литохолевой кислоты возрастает значительно как в желчи, так и в крови. С увеличением длительности заболевания (более 10 лет) в желчи больных АП также наблюдается значительное возрастание процентного содержания литохолевой кислоты — с $(3,1 \pm 0,6)\%$ ($p < 0,01$) до $(6,7 \pm 1,8)\%$ у больных АП. У больных БП в желчи содержание литохолевой кислоты увеличивается более чем в 2 раза ($p < 0,01$, $p < 0,05$). Своеобразие индивидуального состава конъюгированных ЖК

в дуоденальной желчи больных АП заключалось в снижении процента содержания (от общей суммы ЖК) таурохолевой, гликохолевой и гликодиоксихолановых кислот соответственно в 2, 1,5 и 1,4 раза. В целом для группы больных АП описанные изменения в составе конъюгатов являлись причиной несущественного снижения глицин/тауринового коэффициента. Однако с увеличением длительности заболевания наблюдалось более значительное снижение данного показателя — от $(5,0 \pm 1,0)$ ед. до $(3,0 \pm 0,7)$ ед. (или до 65% от уровня контроля), что указывает на нарушение процесса конъюгации ЖК с глицином в клетках печени.

Заключение. У больных ХП снижается процент содержания конъюгатов холевой кислоты (таурохолевой и гликохолевой) при значительном уменьшении процента содержания гликоконъюгатов и, особенно, гликодиоксихолановых кислот; содержание литохолевой кислоты увеличивалось в зависимости от длительности и тяжести заболевания ПЖ.

17. Результаты бактериологического исследования недоношенных новорожденных с некротическим энтероколитом

Вознюк И. Н., Матвеев А. В.

Крымский ГМУ им. С. И. Георгиевского, Симферополь, Россия

Некротический энтероколит (НЭК) — редкая, но вместе с тем основная причина смерти новорожденных с патологией ЖКТ. Тяжелая асфиксия, недоношенность, длительный безводный промежуток способствуют развитию НЭК. Важной остается и роль инфицирования, которое способно значительно усугубить течение НЭК.

Цель работы: изучить микробиологическую структуру НЭК у новорожденных.

Материалы и методы. В 2013 году в республиканской детской больнице на базе отделения анестезиологии и интенсивной терапии новорожденных (ОАИТН) пролечено 11 детей с НЭК разной степени тяжести. Все пациенты поступили из разных регионов Крыма в сопровождении выездной неонатальной анестезиологической бригады. С целью подбора адекватной антибактериальной терапии проводили микробиологическое исследование — определение патогена и его чувствительности к антибактериальным препаратам. Материалом для исследования послужил аспират из брюшной полости или гнойное содержимое, полученное во время операции. При необходимости исследование повторяли после операции.

Результаты. Все дети родились недоношенными. Девочки составили 18,2%, мальчики — 81,8%. Средняя масса тела составила $(2,33 \pm 0,30)$ кг. Оценка Апгар на 1-й минуте после рождения — $6,2 \pm 0,7$, на 5-й минуте — $7,1 \pm 0,5$. Возраст пациентов варьировал от 11 до 56 дней, средний — $(26,66 \pm 14,67)$ дня. При поступлении состояние детей оценивалось как тяжелое. Микробиологическое исследование показало, что основными патогенами являются грамотрицательные микроорганизмы. В 45,5% всех случаев доминировала *K. pneumoniae*, *E. coli* была выделена в 27,3%, а на долю *E. aerogenes* пришлось 9,1%. *P. aeruginosa* обнаружена в 18,2%, а *C. freundii* — в 9,1%.

