

207. РОЛЬ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА, ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПОЛИПЕПТИДА И ГЛЮКАГОНА В ПАТОГЕНЕЗЕ РАКА ЖЕЛУДКА

Осадчук М.А., Балашов Д.В.

Военно-медицинский институт, Самара, Россия

Цель исследования – определить роль эпителиоцитов желудка, продуцирующих сосудистый эндотелиальный фактор роста, панкреатический полипептид и глюкагон в возникновении и течении опухолевых заболеваний желудка.

Материалы и методы. Всего обследовано 104 больных с заболеваниями желудка, ассоциированными с *H. pylori*: больные с язвенной болезнью желудка – 30 человек, хроническим атрофическим гастритом – 30 человек, аденоматозными полипами желудка в сочетании с хроническим атрофическим гастритом – 20 человек и раком желудка II (T1N2, T2N1, все M0) и III (T2N2, T3N1, T4N0 все M0) стадий – 24 человека. Группу сравнения составили 12 практически здоровых лиц. Больные и здоровые обследованы в динамике по единой программе, включающей клинические методы исследования, фиброгастродуоденоскопию, общее морфологическое и цитологическое, иммуногистохимическое исследования, гистиобактериоскопию. Иммуногистохимическое исследование проводили с использованием моноклональных мышиных антител к сосудистому эндотелиальному фактору роста, глюкагону и панкреатическому полипептиду (1:100, Novocastra).

Результаты и их обсуждение. Установлено, что хронический атрофический гастрит, аденоматозные полипы желудка и рак желудка кишечного типа связаны с персистенцией *H. pylori* и сопровождаются гиперплазией эпителиальных клеток желудка, секретирующих сосудистый эндотелиальный фактор роста, глюкагон и панкреатический полипептид. Для язвенной болезни желудка типична гипоплазия эпителиальных клеток желудка, секретирующих сосудистый эндотелиальный фактор роста, и эндокринных клеток, секретирующих глюкагон и панкреатический полипептид. В прогнозировании возникновения и течения, ассоциированных с *H. pylori* заболеваний, важное место занимают сосудистый эндотелиальный фактор роста, глюкагон и панкреатический полипептид, реализующие свои патологические свойства прямо или опосредованно через *H. pylori*, Vcl-2 и проапоптотный

белок VAX. Адекватно проведенная эрадикационная терапия у пациентов с хеликобактерассоциированными заболеваниями достоверно уменьшает количество клеток желудка, секретирующих сосудистый эндотелиальный фактор роста и практически не изменяет содержание эндокринных клеток желудка, продуцирующих глюкагон и панкреатический полипептид.

Выводы. Сосудистый эндотелиальный фактор роста, глюкагон и панкреатический полипептид играют важную роль в канцерогенезе, реализующего свое действие прямо или опосредованно через H. pylori.

208. АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Осадчук М.А., Осадчук А.М.

Самарский военно-медицинский институт, Самара, Россия

Самарский государственный медицинский университет Росздрава

Цель: оценить терапевтическую эффективность и безопасность применения артрофоона у больных с легким - и среднетяжелым течением неспецифического язвенного колита (НЯК) в сравнении с эффективностью и безопасностью салазопрепаратов.

Методы: обследовано 80 пациентов с неосложненным течением НЯК. Все больные с НЯК разделены на 2 равные группы. В 1 группе назначались малые дозы салафалька (2 г в сутки внутрь). Во 2 группе больных осуществлялся сублингвальный прием артрофоона (по 2 таблетке 4 раза в день). В группу сравнения вошло 20 больных с синдромом раздраженной кишки. Динамическое наблюдение за больными осуществлялось в течение 6 месяцев. Все пациенты обследовались по единой программе, включающей клинико-эндоскопические, лабораторные, морфологические и иммуноморфологические исследования биоптатов слизистой оболочки толстой кишки (СОТК) с определением индексов апоптоза (I_{АПТ}), пролиферирующего клеточного ядерного антигена (I_{PCNA}) и циклина D₁ (I_{CYCL-D1}).

Результаты: У пациентов 1 и 2 групп ремиссия НЯК достигалась за одинаковые сроки. В ходе дальнейшего 6 месячного наблюдения установлено, что в 1 группе больных обострение язвенного колита происходило у 11 (27,5%) больных, тогда как во 2 группе только у 3 (7,5%). В фазу ремиссии НЯК у больных 2 группы показатели клеточного обновления имели более выраженную тенденцию к нормализации, чем у пациентов 1 группы. Побочных реакций при применении артрофоона не наблюдалось. При применении салафалька у 2 (5%) пациентов отмечался кожный зуд, для купирования которого требовалось назначение блокаторов H₁-гистаминовых рецепторов.

Выводы: Применение артрофоона позволяет поддерживать ремиссию у большего числа пациентов с НЯК, чем терапия малыми дозами салафалька. При этом показатели клеточного гомеостаза (I_{АПТ}, I_{PCNA}, I_{CYCL-D1}) в периоде ремиссии НЯК у пациентов, получающих лечение артрофооном, были достоверно ближе к нормальным значениям, чем у больных, которым

проводилась терапия малыми дозами салафалька.

209. ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПРИ ЛЯМБЛИОЗЕ.

Осмаловская Е.А., Новикова В.П., Хомич М.М., Шабалов А.М.

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия (СПбГПМА), Санкт-Петербург, Российская Федерация

Цель исследования. Изучить взаимосвязь нарушения вегетативных дисфункций, нарушения сердечного ритма при лямблиозе. Оценить воздействие лямблиозной инвазии на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у детей. Определить эффективность коррекции нарушений вегетативного статуса при использовании различных схем терапии лямблиоза у детей.

Материалы и методы. Всего обследовано 144 ребенка в возрасте от 4 до 9 лет, проходивших обследование по поводу болей в животе и имеющие основной диагноз лямблиоз. Из них 70 мальчиков и 74 девочки. Наиболее представительна группа четырехлетних детей, в которую вошли 42 ребенка. Программа исследования включала в себя гастроэнтерологическое обследование всех детей по единому протоколу (анкетный, клинический, лабораторный и инструментальный методы), трехкратное обследование на лямблиоз путем микроскопии кала. Через месяц после проведения терапии детям был проведен контроль эрадикации лямблиоза по данным микроскопии и полимеразно-цепной реакции. Оценка вегетативной деятельности проведена с помощью компьютерного анализатора вариабельности сердечного ритма до и после лечения.

В качестве лечения лямблиоза использовалась одна из четырех схем: *Схема № 1.* Монотерапия антипаразитарным средством. *Схема № 2.* Первые 10 дней — ЭУБИКОР в сорбционной дозе. На фоне препарата на 7–10 день — антипаразитарное средство. Следующие 2 недели — ЭУБИКОР в пребиотической дозе. *Схема № 3.* Первые 10 дней — ЭУБИКОР в сорбционной дозе и гепатопротекторный препарат. На фоне препаратов на 7–10 день — антипаразитарное средство. Следующие 2 недели — ЭУБИКОР в пребиотической дозе и гепатопротекторный препарат. *Схема № 4.* Первые 10 дней — ЭУБИКОР в сорбционной дозе и гепатопротекторный препарат. На фоне препарата на 7–10 день — антипаразитарное средство. Следующие 2 недели — ЭУБИКОР в пребиотической дозе, гепатопротекторный препарат и ферментное средство.

Результаты и обсуждения. При анализе изменений в зависимости от схемы лечения, наибольший эффект от терапии при оценке общей мощности вариабельности сердечного ритма отмечен при использовании схемы № 4 (количество детей с нормальными значениями общей мощности вариабельности сердечного ритма увеличилось с 42% до 67%). При использовании остальных схем отмечен не столь очевидный эффект.

У детей, страдающих лямблиозом, чаще всего (в 56%) регистрировались сниженные показатели очень