

черной икре, что связывалось с особенностями питания населения региона. Впервые была обоснована эффективность применения специфической микробной гипосенсибилизации при ряде воспалительных заболеваний, разработано представление о значении благоприятной и неблагоприятной иммунологической ситуации в течении и исходах болезней пищеварительного тракта, апробирован и получил дальнейшее развитие для диагностики пищевой, микробной и тканевой аллергии оригинальный отечественный метод иммунотермометрии. Совместно с зав. кафедрой биохимии АГМИ, профессором Ю. С. Татариновым им в 1965 г. впервые в мире было установлено клиническое значение определения альфа-фетопroteинов в сыворотке крови для диагностики гепатомы. В настоящее время это фундаментальное исследование вошло в анналы мировой медицины.

В 1966 г. им была опубликована монография «Диагностика и лечение хронических заболеваний органов пищеварения», сохраняющая свою актуальность и служащая практическим руководством для нескольких поколений врачей — терапевтов и гастроэнтерологов.

УЧАСТИЕ ФОСФОЛИПИДОВ ПЛАЗМЫ КРОВИ В РЕГЕНЕРАЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

*Миллер Д. А., д. м. н, профессор;
 Миллер Т. М., научный сотрудник;
 Некрасова И. Л., доцент;
 Колесная Т. М., очный аспирант;
 Галочкина А. Б., очный аспирант*

Тверская ГМА, Россия

E-mail: miller.4747@mail.ru

Известно, что фракционный состав фосфолипидов клеточных мембран в значительной мере определяет их свойства, а конформационные изменения липидно-белкового бислоя при патологии влияют на процессы связанные с проницаемостью, секрецией, экспрессией рецепторов, репарацией мембран. Особенно важно изучение уровня содержания фосфолипидов мембран клеток при воспалительных и регенераторных процессах. Однако исследование уровня фосфолипидов плазмы крови, отражающих состояния клеточных мембран, у больных при обострении хронического гастрита практически не проводилось, что и явилось целью настоящей работы.

Обследовано 55 больных хроническим гастритом в период обострения и ремиссии, а также 20 здоровых добровольцев. Диагноз заболевания подтверждался гастроскопически и в гистологических препаратах биоптатов слизистой оболочки желудка. Для изучения спектра общих липидов и фосфолипидов в плазме крови был использован метод тонкослойной горизонтальной проточной хроматографии. Общее содержание фосфолипидов определяли

по фосфору. При этом выявлялись общие фосфолипиды и фракции — лизофосфотидилсерин, лизофосфотидилхолин, лизофосфотидилэтанолламин, сфингомиелин, фосфотидилхолин, фосфотидилинозитол, фосфотидилсерин, фосфотидилэтанолламин.

Изучение фосфолипидного спектра плазмы крови показало, что обострение заболевания сопровождается существенным повышением содержания общих фосфолипидов их фракций в 1.4 раза, кроме лизофосфатидилсерина и фосфатидилинозитола, которые понижались. В период ремиссии болезни по большинству изучаемых показателей наблюдалось существенное улучшение, выражающееся в достоверном их снижении в 2,5 раза по сравнению с периодом обострения, кроме показателей лизофосфотидилэтанолламина. В то же время фракция фосфотидилинозитола существенно повышалась. Сравнивая эти данные с уровнем фосфолипидов у здоровых людей, было обнаружено, что такие показатели фосфолипидного спектра плазмы крови как общие фосфолипиды, лизофосфотидилхолин, лизофосфотидилсерин, сфингомиелин, фосфотидилхолин, фосфотидилинозитол были достоверно или несколько сниженными, а лизофосфотидилэтанолламин — повышенными. Фракция фосфолипидов фосфотидилсерин, как и у здоровых, в плазме крови не определялась.

Таким образом, изучение уровня и спектра фосфолипидов в плазме крови при обострении хронического гастрита характеризует выраженные конформационные изменения происходящие в клеточных мембранах, в том числе и слизистой оболочки желудка. Они несколько приближались к норме в период его ремиссии, но не достигали значений у здоровых лиц. Это может свидетельствовать о продолжающихся изменениях в клеточных мембранах, связанных с воспалительным процессом в слизистой оболочке желудка и неполноценностью репаративной регенерации клеток слизистой оболочки желудка.

СИАЛОВЫЕ КИСЛОТЫ — ПОКАЗАТЕЛЬ АКТИВНОСТИ ВОСПАЛЕНИЯ СОЖ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

*Миллер Д. А., д. м. н, профессор;
 Миллер Т. М., научный сотрудник;
 Некрасова И. Л., доцент;
 Колесная Т. М., очный аспирант;
 Галочкина А. Б., очный аспирант*

Тверская ГМА, Россия

E-mail: miller.4747@mail.ru

Сиаловые кислоты (СК) являются полифункциональными соединениями, входящими в состав различных углеводсодержащих веществ, в частности являются составной частью буферной слизи слизистой оболочки желудка (СОЖ). В то же время наличие ее в составе белков, которые подвергаются распаду при воспалительных процессах, что

увеличивает уровень СК в кровотоке. Содержание СК в сыворотке крови применяется для установления степени активности воспаления при различных заболеваниях. Выявление динамики уровня СК при ХГ исследовалось недостаточно, что явилось целью настоящего исследования.

Материал и методы исследования. Обследовано 55 больных ХГ в период обострения и ремиссии. Среди них было 51% женщин и 49% мужчин (средний возраст 33 ± 10 лет). Определение уровней СК проводился в биохимической лаборатории на фотокolorиметре с применением стандартных наборов реагентов.

Результаты исследования. Исследование показало, что при обострении ХГ содержание СК в сыворотке крови составило $0,220 \pm 0,005$ оп. ед., а при ремиссии — $0,206 \pm 0,003$ оп. ед.. При этом они показатели достоверно отличались от показателей СК у здоровых лиц (26 чел.) — $0,166 \pm 0,003$ оп. ед. В то же время наиболее значительный подъем СК отмечался у пациентов с эрозивным поражением СОЖ.

Заключение. СК применяются при различных заболеваниях для определения активности воспалительного процесса. Изучения их уровня у больных ХГ показало, что при его обострении имеется достоверное повышение показателей СК, которые уменьшаются в период ремиссии, но не достигают значений у здоровых лиц. Таким образом, динамика уровня СК у больных ХГ является достоверным показателем активности воспаления и значительных структурных нарушений СОЖ и может с успехом применяться в клинической практике.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАРОДОНТИТОМ

Миллер Д. А., д. м. н, профессор;
Миллер Т. М., научный сотрудник;
Некрасова И. Л., доцент;
Колесная Т. М., очный аспирант;
Галочкина А. Б., очный аспирант
Тверская ГМА, Россия
E-mail: miller.4747@mail.ru

Клинические наблюдения показывают, что хронический гастрит (ХГ) сопровождается патологией слизистой оболочки (СО) полости рта. У них наиболее часто диагностируется хронический пародонтит (ХП), что оказывает существенное влияние на течение гастритического процесса.

Целью работы было выяснение состояния СО желудка (СОЖ) у больных ХГ, ассоциированным с ХП.

Материал и методы исследования. Для выполнения поставленной цели применялись гастроскопия, осмотр полости рта, проведение рентгенологического исследования зубного ряда. Обследовано 148

больных ХГ, у которых в 105 случаях определялся ХП различной степени тяжести. Среди них было 36,8% мужчин и 63,2% женщин. Средний возраст, которых соответственно составлял при легкой степени ХП 28 лет, при средней — 40, при тяжелой — 43 года. Морфологические изменения СО пародонта характеризовались цианотичностью межзубных десневых сосочков, наличием пародонтальных карманов, кровоточивостью десен, подвижностью зубов, выпадением их, выделением гноя из пародонтальных карманов. Это сочеталось с различной выраженности нарушением структуры СОЖ. Так, легкой степени ХП соответствовало наличие неатрофической формы ХГ, средней степени ХП — атрофическая очаговый или распространенная формы ХГ, а при тяжелой степени ХП диагностировали эрозивные формы ХГ на фоне атрофии СОЖ. В клинике больных, кроме жалоб на боли и диспепсические расстройства характерные для ХГ, присутствуют симптомы гнойного воспаления в полости рта: запах изо рта, подвижность и расшатывание зубов, нарушение функции жевания. Следует отметить, что средней степени тяжести ХП и особенно тяжелой в СОЖ наиболее часто встречались распространенные атрофические и эрозивные формы ХГ.

Заключение. ХГ часто сочетается с ХП различной степени тяжести. Более выраженным структурным повреждением СО пародонта соответствуют существенно чаще атрофические и эрозивные формы ХГ, что говорит о прямой связи этих заболеваний, поскольку они близко находятся структурно и функционально. Это указывает на необходимость ранней диагностики ХП при выявлении ХГ и проведения комплексного лечения направленного на ликвидацию воспалительного процесса в указанных отделах желудочно-кишечного тракта.

ЭРАДИКАЦИИ HELICOBACTER PYLORI У БОЛЬНЫХ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ. АСПЕКТЫ БЕЗОПАСНОСТИ

¹Лазебник Л. Б., ²Рустамов М. Н.

¹ Научное общество гастроэнтерологов России, г. Москва, Россия

² УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

E-mail: dr.rustamov@mail.ru

Цель исследования. Разработка комплексных программ медицинской реабилитации больных *Helicobacter pylori* (Hр) ассоциированной дуоденальной язвой (ДЯ) и оптимизация безопасных методов эрадикации Hр.

Материал и методы исследования. 250 пациентов с Hр-позитивной ДЯ были рандомизированы