

Результаты. Определение уровня СРБ проводили с целью изучения системного влияния *N. ruлогі на организм пациента. Исходные данные продемонстрировали, что у больных I и II групп по сравнению с больными III группы (контрольной) уровень СРБ достоверно выше — (7,6±3,7) мг/л > (1,9±1,4) мг/л, $p < 0,001$ и (6,6±3,8) мг/л > (1,9±1,4) мг/л, $p < 0,005$. На фоне проведенной эрадикационной терапии получены следующие результаты. Если у больных I группы уровень СРБ стал значимо меньше — (4,2±2,2) мг/л < (7,6±3,7) мг/л ($p < 0,01$), то у пациентов II группы — (5,4±2,8) мг/л <*

(6,6±3,8) мг/л ($p < 0,05$), т.е. снизился на (44,7±1,5)% и (18,2±2,2)% ($p < 0,05$) соответственно. В контрольной группе подобной динамики плазменной концентрации СРБ не выявлено.

Заключение. Известно, что уровень СРБ в крови является независимым прогностическим фактором развития инфаркта миокарда (Грацианский Н. А., 2002). В нашем исследовании установлено, что уровень СРБ белка значимо выше у больных ИБС с сопутствующей *N. ruлогі-инфекцией, а при эрадикации происходит его снижение, что подтверждает системные эффекты хеликобактериоза.*

Соловьева А. Г., Мартусевич А. К.
Нижегородский НИИ травматологии и ортопедии, Россия,
e-mail: cryst-mart@yandex.ru

Состояние оксидоредуктаз печени при холодовой травме при действии биологически активных веществ

Цель исследования: оценка активности энзимов митохондриальной фракции печени крыс при лечении холодовой травмы.

Материал и методы исследования. Под эфирным наркозом крысам линии Wistar ($n=25$) было нанесено воздействие сухим льдом циркулярно до границы верхней трети бедра. Крысы подразделены на 5 групп: в I группе производили лечение вазопростаном, во II группе — реополиглюкином и тренталом, в III — изотоническим физиологическим раствором, в IV — озонированным физиологическим раствором. Крысы V группы лечения не получали. На 14-е сутки эксперимента производили забор образцов печени, получали ее митохондриальную фракцию, в которой определяли активность лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и алкогольдегидрогеназы (АДГ).

Результаты. Установлено, что при холодовой травме вне зависимости от проводимого лечения обратная реакция по ЛДГ превышает прямую в 3 раза, а у интактных животных они сопоставимы. Эта ситуация сохраняется при введении хлорида

натрия. Применение вазопростана способствует резкому ускорению прямой реакции, на что указывает соотношение прямой и обратной реакций, приближающееся к 4,5. Использование реополиглюкина в сочетании с тренталом практически не снижает скорости прямой реакции по сравнению с группой, у которой лечение не производилось. Установлено, что использование озона позволяет достоверно ($p < 0,01$) снизить уровень коэффициента «прямая/обратная реакция» АДГ до значений, не отличающихся от показателей интактных животных ($p > 0,05$), что свидетельствует о его стабилизирующем влиянии на активность фермента. Эти изменения не находят отражения в экспериментах по исследованию активности АДГ при действии на митохондрии печени рассматриваемых веществ в условиях *in vitro*.

Заключение. Таким образом, оптимальным режимом терапии отморожений по параметру активности оксидоредуктаз крови является применение озонированного физиологического раствора.

Сучкова Е. В., Хохлачева Н. А., Вахрушев Я. М., Мосеева М. В.
Ижевская ГМА, Россия,
e-mail: stoxel@yandex.ru

К вопросу ранней диагностики и особенностей течения желчнокаменной болезни при сахарном диабете

Цель: изучение частоты развития холелитиаза с помощью тестов комплексной диагностики и особенностей его течения у больных сахарным диабетом.

Материалы и методы. Обследованы 116 больных сахарным диабетом I и II типа различной степени тяжести (мужчин 56, женщин 60, возраст от 25 до 67 лет). В верификации сахарного диабета помимо анамнестических и физикальных данных использованы результаты исследования в крови уровня глюкозы, инсулина и С-пептида, показатели глюкозо-толерантного теста. Всем больным проводилось УЗИ желчного пузыря, многофракционное дуоденальное зондирование с последующим микроскопическим и биохимическим исследованием желчи. В порциях «В» и «С» желчи определялась суммарная концентрация желчных кислот и холестерина, вычислялся холатохолестериновый коэффициент (ХХК). Контрольную группу составили 50 практически здоровых лиц в возрасте от 20 до 50 лет.

Полученные результаты. При УЗИ уплотнение и утолщение стенки желчного пузыря наблюдалось у 82 % пациентов, сочетание этой патологии с билируриным сладжем — у 56 % пациентов. В 85 % случаев при микроскопии желчи найдены кристаллы холестерина, характерные для первой (физико-химической) стадии холелитиаза. Наиболее значимым признаком, свидетельствующим о литогенности желчи и развитии первой (физико-химической) стадии холелитиаза, является выявленное у 94 % пациентов значительное снижение ХХК в порциях «В» и «С» — (1,28±0,02) ед. и (1,44±0,01) ед. соответственно в сравнении с контролем — (6,12±0,32) ед. и (7,04±0,25) ед. соответственно).

Заключение. При сахарном диабете в 94 % случаев наблюдается развитие холелитиаза, протекающее, как правило, в клинически неманифестированной форме и выявляемое лишь при проведении комплексного исследования.

Тарасова Л. В.¹, Трухан Д. И.²
¹Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова, Чебоксары,
²Омская ГМА, Россия

Гастроэнтерологические нарушения у пациентов с сахарным диабетом

Конец второго — начало третьего тысячелетия ознаменовались бурным ростом числа больных, страдающих сахарным диабетом (СД). Количество пациентов с СД в России, по мнению экспертов Международной диабетической федерации

(International Diabetes Federation, IDF), составляло на конец 2011 года 11,5 % взрослого населения, что соответствует приблизительно 12,6 млн. человек.

Гастроэнтерологические нарушения в той или иной степени имеются практически у всех больных