

печени (НАЖБП) с применением магнитофореза даларгина.

Материал и методы. Обследованы 40 больных с НАЖБП в возрасте ($49,5 \pm 2,4$) года, 25 со стеатогепатитом, 15 — со стеатозом печени. Проведены клинические, биохимические, ультразвуковое исследования. Больные получали комплексную курортную терапию с использованием питьевой минеральной воды «Эссентуки-Новая», углекислосероводородных ванн (20 человек — 1 ЛК — контроль) и магнитофореза даларгина на область печени (20 человек — 2 ЛК).

Результаты исследования. После лечения у пациентов обеих групп прекратились или уменьшились боли в животе (82,8%), диспепсические симптомы (79,2%), астеноневротические расстройства (64,2%), $p < 0,05$. У 90,9% больных отмечено снижение массы тела с ($97,1 \pm 2,8$) кг до ($93,9 \pm 2,4$) кг, $p < 0,05$, ИМТ — с $34,7 \pm 1,1$ до $33,4 \pm 0,8$, $p < 0,05$. Сравнительный анализ полученных результатов выявил преимущество 2 ЛК. Положительная динамика клинических показателей была на 18–20% более выражена в группе с применением магнитофореза даларгина. По данным печеночных проб отмечено снижение повышенных уровней АЛТ, билирубина и ГГТП соответственно у 88,9%, 83,3% и 90% больных 2 ЛК против 66,7%, 66,7% и 70% больных 1 ЛК, $p_{1-2} < 0,05$. Гиперхолестеринемия и гипертриглицеридемия снизилась соответственно у 88,2% и 87,5% пациентов 2 ЛК против 62,5% и 60% в контроле ($p_{1-2} < 0,05$). Повышенный уровень МДА снизился у 81,8% и 63,6% больных во 2 ЛК и 1 ЛК соответственно ($p_{1-2} < 0,05$). Улучшение печеночной гемодинамики отмечено у 90% больных 2 ЛК против 70% больных 1 ЛК ($p_{1-2} < 0,05$). Общая эффективность лечения составила 70% в 1 ЛК и 90% во 2 ЛК ($p_{1-2} < 0,05$).

Заключение. Применение магнитофореза даларгина на область печени в комплексной курортной терапии НАЖБП способствует улучшению функционального состояния печени, липидного обмена, нормализации окислительного гомеостаза и повышает эффективность лечения.

Х

121. Связь генотипа G/A-13914 с лактазной недостаточностью взрослых

Хабарова Ю.¹, Маттила К.², Исокоски М.³, Йярвела И.³.

¹Северный ГМУ, Архангельск, Россия,

²Университет, Тампере, Финляндия,

³Университет Хельсинки, Финляндия,
e-mail: Yuliakaterina@rambler.ru

Цель исследования: определение распространенности генотипа лактазной недостаточности C/T-13910 среди пациентов с гастроинтестинальными симптомами, а также возможное выявление других генотипов, связанных с лактазной неустойчивостью.

Взрослый тип гиполактазии (лактазная неустойчивость) — одна из причин возникновения неспецифических гастроинтестинальных симптомов. Идентифицированы несколько вариантов генотипов, обуславливающих неустойчивость фермента лактазы. В европейской популяции наиболее часто встречается вариант генотипа C/T-13910.

В исследование были включены 148 пациентов с разнообразными гастроинтестинальными симптомами, русских по происхождению, родившихся на севере России. Каждому пациенту было проведено генотипирование для выявления варианта генотипа лактазной устойчивости/неустойчивости.

Результаты. Распространенность генотипа лактазной неустойчивости C/C-13910 среди обследованной группы пациентов составила 28,4%. Вариант G/A-13914 генотипа был идентифицирован у одной пациентки, являющейся также носителем генотипа C/C-13910, в основной позиции гена лактазы. В двух образцах биопсии, взятых у этой пациентки, активность лактазы была выше предела активности лактазы при взрослом типе гиполактазии.

Выводы. Редкий вариант генотипа G/A-13914 был идентифицирован у одной из пациенток, являющейся одновременно носителем более частого варианта генотипа лактазной неустойчивости C/C-13910. Поскольку G/A-13914 в гетерозиготном варианте был ассоциирован с более высоким уровнем лактазной активности, возможно, что именно этот генотип обеспечивает более высокий уровень лактазной активности у пациентки с генотипом C/C-13910. Необходимо проведение дальнейших исследований для прояснения функциональной роли этого варианта генотипа.

122. Профилактика дисбиоза толстой кишки при эрадикационной терапии

Хамрабаева Ф. И., Алиева Х. А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель исследования: изучить эффективность эрадикационной терапии в комплексе с пробиотиком (энтерожермина) для профилактики дисбиоза.

Материал и методы. В исследовании участвовали 102 больных с язвенной болезнью, ассоциированной с *Helicobacter pylori*. Всем пациентам проводилось эндоскопическое исследование с прицельной биопсией по общепринятой методике и исследование кала на дисбактериоз. Больные были разделены на 2 группы: 1-я группа получала трехкомпонентную терапию в комплексе с препаратом «Энтерожермина» по 3 флакона в сутки в течение 14 дней; 2-я группа получала трехкомпонентную терапию в течение 14 дней.

Результаты исследования. В группе пациентов, не использовавших пробиотики, значимых изменений состава микрофлоры кишечника не наблюдалось, однако выявлялось незначительное угнетение микробного роста всех представителей кишечной микрофлоры. У больных второй группы после курса эрадикационной терапии в комплексе с пробиотиком обнаружено достоверное ($p < 0,05$) увеличение количества бифидобактерий и лактобактерий. Также было выявлено достаточно выраженное уменьшение количества бактерий, относящихся к патогенной и условно патогенной микрофлоре. В совокупности эти изменения в конечном итоге приводили к уменьшению степеней дисбиоза кишечника во второй группе больных.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют, что применение энтерожермины предупреждает