

*Результаты исследования.* Установлено, что в острую фазу рецидива ЯБ отмечалось достоверное повышение паратирин крови ( $29,14 \pm 4,27$  пмоль/л при норме  $13,10 \pm 2,69$  пмоль/л), некоторое увеличение кальцитонина ( $18,40 \pm 3,9$  пмоль/л при норме  $14,78 \pm 2,37$  пмоль/л). Уровень кальция крови в этот период составил  $2,25 \pm 0,02$  ммоль/л, а фосфора —  $1,02 \pm 0,013$  ммоль/л, что достоверно выше, чем в норме ( $2,03 \pm 0,05$  и  $1,08 \pm 0,022$  ммоль/л соответственно).

В фазу рубцевания и эпителизации паратирин ( $18,33 \pm 1,67$  пмоль/л) и фосфор ( $1,06 \pm 0,008$  ммоль/л) крови нормализовались, в то время как кальцитонин ( $24,10 \pm 2,39$  пмоль/л) и кальций ( $2,15 \pm 0,03$  ммоль/л) крови оставались существенно повышенными.

В эксперименте выявлено, что травма солнечного сплетения вызывала острые эрозивные и язвенные поражения желудка, основой которых были микроциркуляторные и секреторные расстройства в слизистой оболочке. Выявленные изменения происходили на фоне повышения уровня кальция крови ( $3,41 \pm 0,03$  ммоль/л при норме  $3,36 \pm 0,01$  ммоль/л).

Введение паратирин в течение 3 дней до и 14 после травмы солнечного сплетения увеличивало развитие эрозивно-язвенных поражений в стенке желудка и существенно повышало уровень кальция крови ( $3,49 \pm 0,02$  ммоль/л,  $p < 0,05$ ).

Назначение кальцитонина в те же сроки предупреждало развитие микроциркуляторных, воспалительных и деструктивных изменений в слизистой оболочке желудка, способствовало нормализации уровня кальция крови ( $3,32 \pm 0,02$  ммоль/л,  $p > 0,1$ ).

*Заключение.* Полученные данные позволяют считать, что нарушения в кальцийрегулирующей системе могут иметь значение в патогенезе и саногенезе ЯБ и ее рецидивов. При этом повышение в острую фазу рецидива заболевания паратирин и кальция крови является патогенной, а последующее увеличение кальцитонина крови — саногенной реакцией организма.

## ИЗМЕНЕНИЯ ЦИТОКИНОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЖЕЛУДКА

Горяев В. М., Матвеева Л. В., к. м. н.

ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева», Саранск, Россия

E-mail: MatveevaLjubov1@mail.ru

*Цель* — изучить изменения цитокинов у больных раком желудка при хирургическом лечении.

*Материал и методы исследования.* Обследованы 20 больных со II стадией рака желудка и 30 клинически здоровых лиц без признаков обострения гастропатологии (контрольная группа).

5 мл крови забирали натощак из локтевой вены в сухую пробирку до операции и на 3-й день после гастрэктомии по Гиляровичу с лимфодиссекцией D1, центрифугировали. Иммуноферментным методом в сыворотке определяли уровни интерлейкина (ИЛ) — 1 $\beta$ , ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-10, интерферона

(ИФН) —  $\gamma$ , фактора некроза опухоли (ФНО) —  $\alpha$  с применением реагентов ЗАО «Вектор-Бест». Результаты статистически обработали.

*Результаты исследования.* У больных раком желудка были выявлены значимые ( $p < 0,05 - 0,001$ ) изменения цитокинов, не зависящие от пола и возраста пациентов. Уровень ИЛ-1 $\beta$  у больных превышал значения контрольной группы: до операции — на 89,5%, после гастрэктомии — на 286%. Уровень ИЛ-2 до операции у больных превышал значения здоровых лиц в 4 раза, после — на 382,4%. Количество ИЛ-4 у больных до и после операции статистически не отличалось, но превышало средние значения здоровых лиц на 138,5 и 122,1%. Количество ИЛ-10 у больных до операции было выше значений контрольной группы на 243,5%, после гастрэктомии — на 326%. Концентрация ИФН- $\gamma$  у больных до и после операции превышала значения контрольной группы на 439,5 и 309,2% соответственно. Количество ФНО- $\alpha$  у больных до операции было выше значений здоровых лиц в 7,2 раза, после гастрэктомии уменьшалось, но границ нормы не достигало.

*Заключение.* У больных раком желудка уровень цитокинов до операции превышал значения здоровых лиц. После хирургического лечения, не осложненного септическим процессом, концентрации ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-2, ИЛ-10 увеличились при снижении количества ИЛ-4, ИФН- $\gamma$ , ФНО- $\alpha$ . Данная динамика цитокинов свидетельствует о дисбалансе, необходимым для восстановления гомеостаза организма.

## ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБЕПРАЗОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Дзевисова Ф. С., к. м. н.; Базрова Ф. В., к. м. н.; Туаева Л. С.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, г. Владикавказ

E-mail: dzebisovaf@bk.ru

*Цель:* оценить терапевтический эффект препарата, безопасности и определение оптимальных схем лечения.

*Материал и методы исследования.* По результатам клинических исследований Рабепразол назначался по 20 мг в день однократно утром в течение 8 нед.

*Результаты исследования.* Улучшение эндоскопической картины оценивалось по заживлению эрозий в пищеводе. К окончанию курса лечения клиническое улучшение отмечено у всех больных. Эрозии зажили через 2 нед у половины больных, через 4 нед. — у 83% и через 8 нед. — у 94–100%. Эти показатели позволили обосновать для дальнейших исследований в качестве наиболее эффективной 8-недельную схему или схему 4 + 4: 4 нед. лечения эндоскопический контроль при отсутствии изменений прекращение лечения, при сохранении изменений еще 4 нед. лечения. Сравнение эффективности рабепразола в дозе 20 мг в день иранитидина 600 мг в день показало

достоверное преимущество первого препарата перед вторым. Применение рабепразола на протяжении 8 нед. у больных с эрозивной формой ГЭРБ значительно чаще приводило к полному купированию изжоги и заживлению эрозий, чем прием в течение того же времени ранитидина. Результаты заживления эрозий достоверно не отличались с тенденцией к повышению эффективности рабепразола у *H.pylori*-позитивных больных и при более тяжелом поражении пищевода. Так, у больных с III стадией ГЭРБ на 4-й неделе лечения эрозии заживали при приеме рабепразола в 84% случаев, омепразола — в 72,2%, на 8-й неделе аналогичные показатели также отличались: рабепразол — 88%, омепразол — 77,8%.

**Выводы.** Установлена высокая эффективность стандартной дозы рабепразола 20 мг и дозы омепразола 40 мг в отношении заживления эрозий в течение 4 и 8 нед. лечения. При этом рабепразол имеет преимущество перед омепразолом по скорости наступления клинического эффекта у больных с выраженной и очень выраженной изжогой.

## ОСОБЕННОСТИ ТРОФОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Жесткова Т. В.

ГБОУ ВПО «РязГМУ» Минздрава России, Рязань, Россия

**Цель исследования.** Анализ трофологического статуса больных язвенной болезнью (ЯБ) в современных условиях.

**Материал и методы исследования.** Обследованы 427 больных ЯБ в фазе обострения (306 мужчин и 121 женщина) в возрасте 20–83 года. Все они прошли обследование в соответствии со «Стандартами (протоколами) диагностики и лечения больных с заболеваниями органов пищеварения» (Приказ МЗ РФ № 125 от 17.04.1998 г.) и «Стандартами диагностики и терапии кислотозависимых заболеваний» (четвертое Московское соглашение, 2010 г.). Для оценки индекса массы тела (ИМТ) измеряли вес, рост. Дополнительно у 65 (55 мужчин и 10 женщин) провели калиперметрию кожно-жировых складок тела в 4 точках для расчета тощей и жирной массы тела по Durnin — Womersley. Соматический пул белка у больных ЯБ оценивался путем измерения окружности мышц плеча (ОМП), энергетический статус — по толщине кожно-жировой складки над трицепсом (КЖСТ).

**Результаты исследования.** У мужчин больных ЯБ нормальный ИМТ имели 159 больных ЯБ (52%), избыточный — 98 (32%) пациентов, ожирение 1-й степени — 27 (8,8%), ожирение 2-й степени — 2 (0,7%), ожирение 3 степени — 2 (0,7%) больных ЯБ. У 18 пациентов отмечался дефицит массы тела (5,9%). У женщин нормальный ИМТ имели 44 (36,4%), избыточную массу тела — 43 (35,5%), ожирение 1-й степени — 22 (18,2%), ожирение 2-й степени — 9 (7,4%), ожирение 3 степени — 3 больные ЯБ (2,5%). У мужчин чаще выявлялась ЯБДПК, чем

ЯБЖ в соотношении 3,4:1, а у женщин — 1,6:1. У мужчин с дефицитом массы тела это соотношение составляло 14:0, а у женщин с увеличением массы тела чаще была ЯЖ. При оценке компонентного состава тела у 65 больных оказалось, что соответствие показателя ИМТ проценту жировой массы тела выявлено у лиц с ожирением 1-й степени и дефицитом массы тела. Недостаточность соматического белка по показателю ОМП выявлена у 8 человек (12,3%), причем 62,5% из них имели нормальный ИМТ. Энергетическая недостаточность по КЖСТ выявлена у 18 человек (27,7%), причем 66,7% из них имели нормальный ИМТ.

**Выводы.** У 42,2% мужчин и 63,6% женщин больных ЯБ есть нарушения трофологического статуса в виде ожирения различной степени. В группе дополнительно обследованных 65 больных у 33,9% пациентов выявлена изолированная или сочетанная белково-энергетическая недостаточность.

## АНАЛИЗВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ (ГЭРБ) С КАРДИАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

Эфендиева М. Т., д. м. н., проф.;

Бадтиева В. А., д. м. н., проф.

ФГБУ «РНЦ медицинской реабилитации и курортологии». Москва, Россия

E-mail: emt12@mail.ru

**Цель исследования.** Оценка функционального состояния вегетативной нервной системы больных ГЭРБ I ст. с кардиальными проявлениями.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 90 пациентов ГЭРБ I ст. с кардиальными проявлениями, в возрасте от 18 до 48 лет. Диагноз верифицировали на основании анамнеза, клинической картины, ЭГДС, РН-мониторирования. Исследования вегетативной регуляции сердечного ритма проводили методом спектрального анализа при проведении суточного ЭКГ-мониторирования по Холтеру.

**Результаты исследования.** Общая мощность спектра ТР находилась в пределах нормы. В структуре ТР преобладала мощность спектра волн очень низкой частоты VLF, отражающая активность центральных эрготропных и гуморально-метаболических механизмов регуляции сердечного ритма, как в абсолютных значениях, так и в процентном отношении. Отмечено повышение относительного значения мощности спектра волн низкой частоты, отражающего активность симпатических центров продолговатого мозга, выраженной в нормализованных единицах LFn. Одновременно с этим