

Белорусский ГМУ, Минск, Беларусь, МГМСУ, Москва, Россия

**Цель работы:** определить чувствительность и специфичность дыхательного ХЕЛИК-теста при диагностике *H. pylori*.

**Материалы и методы.** Обследованы 37 пациентов. Всем пациентам проводили ФГДС с множественными биопсиями из антрального отдела и тела желудка для дальнейшего определения микроорганизма *H. pylori* и дыхательный ХЕЛИК-тест. Для определения чувствительности и специфичности дыхательного ХЕЛИК-теста пациенты были разделены на две группы. В первую группу были включены 19 пациентов, у которых при эндоскопическом исследовании морфологически была обнаружена инфекция *H. pylori* различной степени контаминации, во вторую группу были включены 18 пациентов, у которых при морфологическом исследовании инфекция *H. pylori* не была обнаружена.

**Результаты.** При проведении неинвазивного дыхательного ХЕЛИК-теста у 18 из 19 пациентов первой группы тест был положительный, то есть исследование подтвердило присутствие *H. pylori*. Чувствительность дыхательного ХЕЛИК-теста составила 94,74%. Во второй группе только у одного из 18 *H. pylori*-негативных пациентов при дыхательном ХЕЛИК-тесте получен положительный результат. Специфичность метода составила 94,44%.

**Заключение.** Дыхательный неинвазивный метод ХЕЛИК-тест с индикаторной трубкой обладает высокой чувствительностью (94,74%) и специфичностью (94,44%). Метод может быть рекомендован как точный метод для диагностики и оценки эффективности проведенной эрадикации *H. pylori*. Положительный результат ХЕЛИК-теста при отрицательном результате гистологического метода можно объяснить тем, что при проведении ХЕЛИК-теста определяется не сам *H. pylori*, а продукты его жизнедеятельности, и он сам может быть не включен в биопсию. Метод неинвазивный, прост для применения, может быть использован в амбулаторных условиях, особенно при исследовании пациентов с противопоказаниями для проведения инвазивных методов диагностики *H. pylori*.

#### 106. Использование нефармакологических факторов при эрадикации *H. pylori* у пациентов с дуоденальной язвой

Рустапов М. Н., Лазебник Л. Б.

Белорусский ГМУ, Минск, Беларусь, МГМСУ, Москва, Россия

**Цель:** изучить эффективность нефармакологических факторов при эрадикации *H. pylori* (*H. pylori*) у пациентов с дуоденальной язвой (ДЯ).

**Материалы и методы.** 250 пациентов с ДЯ, ассоциированной с *H. pylori*, случайным образом были разделены на 5 групп, по 50 человек в каждой. В течение 1 месяца I группа получала ингибитор протонного насоса (ИПН) + амоксициллин + кларитромицин; II — то же лечение + пробиотик (П); III — ИПН + П + углекислую хлоридно-гидрокарбонатную натриевую питьевую минеральную воду (ПМВ) за 1,5 ч до еды; IV — ИПН + П + хлоридную натриевую ПМВ за 1,5 ч до еды; V — ИПН + П. Всем больным проведены ФГДС, биохимический анализ крови, рН-метрия, исследование фекалий на дисбиоз кишечника (ДК).

**Результаты.** В I группе увеличилось количество больных с ДК и усугубилась ее степень. Во II группе уменьшилось количество больных с ДК, но в 8% случаев появились новые случаи ДК. В III, IV и V группах улучшился микробиоценоз кишечника (МК). Заживление ДЯ наблюдали в 82%, 84%, 86%, 84% и 78% случаев в I, II, III, IV и V группах соответственно. Эрадикация *H. pylori* составила 70%, 82%, 80%, 78% и 68% в I, II, III, IV и V группах соответственно. Повышение базального рН в желудке и двенадцатиперстной кишке отмечали во всех группах, более выраженное — в III группе. В I группе наблюдали повышение АлАТ, АсАТ, щелочной фосфатазы (ЩФ) и триглицеридов (ТГД). Во II группе таких изменений не наблюдали. В III, IV и V группах выявили снижение АлАТ, АсАТ, билирубина, ЩФ, холестерина и ТГД. Все результаты были достоверными.

**Заключение.** Стандартная терапия вызывает или усугубляет ДК, оказывает гепатотоксическое действие. Добавление П повышает эффективность эрадикации *H. pylori*, улучшает МК, но вызывает новые случаи ДК. ПМВ+П+ИПН является безопасным и эффективным способом эрадикации *H. pylori*, особенно у больных с патологией гепатобилиарной системы и толстой кишки.

## С

#### 107. Цирроз печени и поражение сердечно-сосудистой системы

Савельева Т. В., Эшмаков С. В., Васильев М. Ю.  
Ижевская ГМА, Россия

**Цель исследования:** изучить частоту нарушений ритма сердца и проводимости у больных с вирусным и алкогольным циррозом печени (ЦП).

**Материал и методы.** Обследованы 36 пациентов в возрасте 34–55 лет с ЦП классов В и С по Child-Pugh без сопутствующей сердечно-сосудистой патологии: 17 пациентов с ЦП вирусной (HBV и HCV) этиологии — 1-я группа и 19 пациентов с алкогольным ЦП — 2-я группа. В контрольную группу вошли 15 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Суточное мониторирование ЭКГ выполнялось на аппарате «Миокард-холтер» (г. Саров).

**Результаты.** Согласно данным суточного мониторирования ЭКГ ЧСС в дневное время была достоверно выше у пациентов 2-й группы; у них же отмечено избыточное снижение ЧСС в ночные часы. Наджелудочковая экстрасистолия регистрировалась у 8 (47%) пациентов 1-й группы и у 12 (63,2%) больных 2-й группы, желудочковая экстрасистолия — у 4 (23,5%) и 13 (68,4%) пациентов соответственно ( $p < 0,01$ ), из них у 4 — по типу би- и тригеминии; пробежки желудочковой тахикардии были зафиксированы у 4 (21%) пациентов этой же группы. Удлинение корригированного интервала QT максимальной продолжительностью до 0,59 сек (длительностью до 19,15 ч) определялось у 4 (21%) больных с алкогольным циррозом печени. Нарушения проводимости в виде преходящей атриовентрикулярной блокады 1–2 степени были зарегистрированы у 3 (17,6%) и 6 (31,6%) больных 1-й и 2-й групп соответственно. Снижение вариабельности сердечного ритма определялось у 5 (26,3%) пациентов 1-й группы и у 13 (68,4%) больных 2-й группы ( $p < 0,05$ ). Субмаксимальной

ЧСС не достигли 5 (26,3%) пациентов 1-й группы и 15 (78,9%) больных 2-й группы ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Нарушения ритма сердца и проводимости, а также снижение вариабельности сердечного ритма более характерны для ЦП алкогольной этиологии.

#### 108. Вариабельность сердечного ритма и нарушение проводимости у детей и подростков с синдромом Жильбера

Самохвал О. В., Дмитрачков В. В.,  
Былинский Н. Н., Юшко В. Д.

Белорусский ГМУ, Минск, Беларусь

**Цель исследования:** определить частоту, характер изменения сердечного ритма и нарушение проводимости у детей и подростков с синдромом Жильбера (СЖ).

**Материал и методы:** группа наблюдения (группа 1) — 21 ребенок с СЖ 7–17 лет, контрольная группа (группа 2) — 40 здоровых детей. Проводилось электрокардиографическое исследование.

**Обсуждение результатов.** Нарушения сердечного ритма и проводимости в группах 1 и 2 встречались в 81% и 12,5% случаев соответственно. Наиболее часто в обеих группах встречались аритмии, обусловленные нарушением функции синусового узла (СУ) — всего у 58,8% детей (а в группе 2 — у 60%). Из них: нестабильный синусовый ритм — у 50% среди детей в группе 1, 60% — в группе 2, миграция источника ритма в пределах предсердий — 10% (группа 1), синусовая брадикардия (в том числе брадиаритмия) — 50% (группа 1), правопредсердный ритм — 20% (группа 2). На ЭКГ регистрировались также случаи наличия синдрома ранней реполяризации желудочков (СРРЖ) в 35,3% случаев (группа 1) и 20% (группа 2). В группе 1 диагностированы различные варианты блокад — у 23,5% (из них атриовентрикулярные блокады 1–2 ст. — 25% только в группе 1); внутрижелудочковые блокады — в группе 1 — 75% (неполные, правой ножки пучка Гиса), в группе 2 в 60% случаев. Синдром удлинённого интервала QT обнаружен нами у 13,5% детей в группе 1 и у 2,5% пациентов в группе 2. В группе 1 встречались случаи регистрации феномена укороченного интервала PQ — 17,6% против 5% в группе 2. Выявленные ЭКГ-тенденции сохранялись среди детей с малыми аномалиями развития сердца (МАРС) из группы 1 и группы 2.

**Выводы.** Синдром нарушения ритма и проводимости у детей и подростков с СЖ встречается чаще, чем у здоровых сверстников (с преобладанием случаев нарушения ритма, которые обусловлены нарушением автоматизма синусового узла; СРРЖ и различных вариантов блокад).

#### 109. Пробиотики как средство коррекции интестинального биотопа на фоне воздействия химиотерапии у пациентов с раком легкого

Серкова М. Ю. 1, Авалуева Е. Б. 1, Орлов С. В. 2  
1СЗГМУ им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, 2Санкт-Петербургский ГМУ им. акад. И. П. Павлова, Россия

**Цель исследования:** усовершенствование технологий лечения пациентов с раком легкого, получающих химиотерапию, на основании использования пробиотического комплекса «Бактистатин» в схемах терапии.

**Материалы и методы:** 41 пациент с раком легкого. Больные получали первый цикл первой или второй линии химиотерапии. Пациенты основной группы ( $n = 21$ ) в течение 28 дней от начала курса химиотерапии получали пробиотический комплекс «Бактистатин» по 2 капсулы 2 раза в день. Пациенты контрольной группы ( $n = 20$ ) получали только химиотерапевтические препараты. Пациентам до и после лечения были проведены микробиологическое исследование фекалий и исследование метаболитов микроорганизмов в крови с помощью метода газожидкостной хроматографии — масс-спектрометрии.

**Результаты исследования.** Количество бифидобактерий в фекалиях было снижено у 73,1%, бактероидов — у 95,1%, кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью — у 80,4% пациентов. У 86% пациентов было обнаружено снижение уровня метаболитов бифидобактерий, у 93% — лактобактерий, у 90% пациентов была снижена общая микробная нагрузка и в крови обнаружены метаболиты патогенных микроорганизмов. На фоне курсов химиотерапии количественный состав облигатных микроорганизмов продолжал снижаться, в то время как после пробиотической поддержки уровень облигатных представителей просветной микробиоты сохранялся на прежнем уровне, а уровень метаболитов бифидобактерий в крови повысился у 52% пациентов.

**Заключение.** Назначение пробиотических препаратов на фоне курса химиотерапии предотвращает негативные изменения в микробиоценозе кишечника за счет поддержания исходного количества облигатных представителей как внутрипросветной, так и пристеночной микрофлоры кишечника.

#### 110. Особенности кишечного микробиоценоза при ожирении и подходы к коррекции

Солдатов Г. С. 1,3, Калмыкова А. И. 4,  
Кабилев М. Р. 2, Омельченко В. А. 3

ЦКБ СО РАН, ИХБФМ СО РАН, НГУ, ЗАО  
«Био-Веста», Новосибирск, Россия

**Цель исследования:** изучить особенности кишечного микробиоценоза при ожирении и исследовать эффективность жидкого пробиотика в коррекции выявленных нарушений.

**Материалы и методы.** Обследован 41 пациент с алиментарным ожирением и 20 — в группе контроля. Средний возраст обследованных ( $54,7 \pm 12,3$ ) года, индекс массы тела (ИМТ) ( $36,17 \pm 7,03$ ), объем талии (ОТ) ( $104,54 \pm 11,65$ ) см. Тяжесть нарушения микробиоценоза была более выраженной у пациентов с ожирением, при метагеномном анализе микробиоты при более тяжелой степени ожирения преобладали бактерии *Firmicutes*. Оценка качества жизни проводилась по опроснику SF-36. Определяли липидный спектр, состояние кишечной микрофлоры (бактериологический и метагеномный анализ), состояние печени (УЗИ, биохимические пробы).