

исследований на НР рассчитаны чувствительность ( $Se=92,6\%$ ), специфичность ( $Sp=95,5\%$ ) и общая точность ( $As=94,0\%$ ) аэроионного НР-теста.

**Заключение.** Аэроионный НР-тест является нерадиоактивным методом определения контаминации

и контроля НР-эрадикации; отличается высокой чувствительностью и специфичностью, может рекомендоваться для первичного скрининга и контроля эрадикационной терапии при заболеваниях пищеварительной системы на всех этапах лечения.

### Неинвазивный аэроионный контроль результатов лечения кислотозависимых заболеваний пищеварительной системы

**Цель исследования:** оценка результатов внедрения метода неинвазивного аэроионного исследования кислотности желудка.

**Материал и методы.** Компьютерная аэроионная рН-метрия желудка (КАЖ) предложена на основании опыта разработки и внедрения в практику неинвазивных диагностических устройств многофункционального назначения на кафедре семейной медицины и гастроэнтерологии Запорожской МАПО. В работе использован диагностический аэроионный комплекс (АИДК) на базе системы ЩИТ (ЗАО «Харьковское ОКБА «Химвтоматика», 2007) с комплексом газоанализаторов. Датчики преобразуют сведения о содержании ионов пробы воздуха в электрический импульс. Благодаря специально разработанному программному обеспечению проводится регистрация высоты электрического импульса (MV) с его преобразованием в абсолютные цифровые значения с графическим отображением на дисплее компьютера в единицу реального времени. КАЖ проводится пациентам

при первичном обследовании и в процессе терапии; метод позволяет оценить базальный и стимулированный уровни желудочного кислотообразования, провести нужные диагностические тесты. Сопоставление полученных за период 2007–2012 гг. результатов с данными стандартных зондовых исследований у 652 пациентов с кислотозависимыми заболеваниями (КЗЗ) органов пищеварения дало возможность рассчитать чувствительность ( $Se=96,6\%$ ), специфичность ( $Sp=98,4\%$ ) и общую точность ( $As=96,2\%$ ) КАЖ.

**Заключение.** Внедрение в практику новых технологий требует экспертной оценки промежуточных и конечных результатов их применения. КАЖ является неинвазивным методом высокой чувствительности и специфичности и может применяться для первичного скрининга, индивидуального подбора нутриентов и антисекреторных препаратов, а также динамического контроля результатов лечения КЗЗ пищеварительной системы в процессе терапии.

Решетилов Ю. И., Дмитриева С. Н., Гуз Н. П., Цапрыка О. Ф.  
Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины, Украина,  
e-mail: fatina-09@mail.ru

### Особенности распространенности и структуры патологии пищеварительной системы, нарушений пищевого статуса и фактического питания среди посетителей центра здоровья

**Цель исследования:** изучение и анализ распространенности и структуры гастроэнтерологической патологии, пищевого статуса и фактического питания среди посетителей Центра здоровья.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением в течение 2012 года находились более 15 тысяч пациентов, посетивших ГКП № 4 г. Воронежа (38% мужчин, 62% женщин). Средний возраст наблюдавшихся составил ( $46,8 \pm 6,5$ ) года. Всем им проводились опрос и комплексное стандартное обследование Центра здоровья, оценка пищевого статуса и фактического питания, анкетирование по специально разработанной анкете. В работе использовались в том числе статистические отчетные данные.

**Результаты.** Согласно статистической обработке полученных данных, избыточную массу тела имели 28% пациентов, ожирение — 25%, нарушения пищевого статуса отмечались у 62%. Патология пищеварительной системы выявлена у 42% обследованных, причем в 75% случаев — у пациентов

с избыточной массой тела и ожирением. Структура патологии пищеварительной системы среди обследованных: 18% — патология пищевода и желудка, 18% — поджелудочной железы, 9% — билиарного тракта, 11% — печени, 4% — кишечника, 42% — сочетанная патология. Нарушения фактического питания наблюдались у 48% из общего количества обследованных и у 92% из числа пациентов с гастроэнтерологической патологией.

**Заключение.** Патология пищеварительной системы, нарушения пищевого статуса и фактического питания широко распространены среди посетителей Центра здоровья. Большинство пациентов с избыточной массой тела, ожирением и гастроэнтерологической патологией нуждаются в коррекции питания и пищевого статуса, индивидуальных консультациях, диспансерном наблюдении. Полученные данные следует учитывать при проведении профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий.

Романова М. М., Зуйкова А. А.  
Воронежская ГМА им. Н. Н. Бурденко, Россия

### Уровень С-реактивного белка у пациентов с сочетанием язвенной болезни и ишемической болезни сердца и влияние на него эрадикационной терапии

**Цель исследования:** уточнение уровня С-реактивного белка (СРБ) при сочетании гастродуоденальной и кардиологической патологии и ее коррекции эрадикацией хеликобактера.

**Материал и методы исследования.** В исследовании были включены 182 пациента с ишемической болезнью сердца (ИБС), 147 из которых дополнительно имели *Helicobacter pylori*-ассоциированную

язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. 105 больным с сочетанной патологией (I группа) проводили стандартную эрадикационную терапию, а 42 пациентам — только антисекреторное лечение. Кроме того, все больные получали лечение по поводу ИБС. У всех пациентов оценивали уровень СРБ до и по окончании лечения.

Симонова Ж. Г., Мартусевич А. К.<sup>1</sup>, Тарловская Е. И.  
Кировская ГМА, <sup>1</sup>Нижегородский НИИ травматологии и ортопедии, Россия,  
e-mail: cryst-mart@yandex.ru

**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 билиарным 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.<sup>1</sup>, Трухан Д. И.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова, Чебоксары,  
<sup>2</sup>Омская 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