

Биовестин А — жидкий пробиотик, содержащий бифидобактерии до 107 КОЕ/мл, применяли перорально по схеме производителя.

Результаты. Нарушение липидного обмена выявлено до начала терапии в 89,3% случаев. После приема пробиотика уровень ЛПВП повысился с $(1,13 \pm 0,41)$ ммоль/л до $(1,20 \pm 0,35)$ ммоль/л. ($p = 0,026$). Индекс атерогенности снизился с $5,01 \pm 1,80$ до $4,31 \pm 1,60$ ($p = 0,022$). Отмечено улучшение общего самочувствия, уменьшение болей в животе, тяжести в правом подреберье, проявлений метеоризма и положительное влияние на качество жизни (ролевое и социальное функционирование). При бактериологическом исследовании кала отмечалось снижение степени нарушений кишечного микробиоценоза. После лечения ОТ и ИМТ уменьшались достоверно.

Выводы. У пациентов с ожирением выявлены более тяжелые формы нарушенной кишечной микрофлоры с преобладанием бактерий *Firmicutes*. Биовестин А эффективен для коррекции микробиоценоза кишечника у больных с ожирением, улучшает липидный обмен и качество жизни.

111. Выявление висцеральных признаков дисплазии соединительной ткани у больных целиакией

Соловьева Е. А., Журавлева М. С., Шабанова А. А., Карпов А. А., Орешко Л. С.

СЗГМУ им. И. И. Мечникова (каф. пропедевтики внутренних болезней), Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: изучить структуру висцеральных признаков дисплазии соединительной ткани (ДСТ) у больных целиакией.

Введение. В последнее время внимание ученых стала привлекать проблема ДСТ и ее участие в возникновении различных патологий, в том числе и со стороны органов пищеварения. Фенотипические проявления дисплазии могут быть как в виде внешних признаков дисморфогенеза, так и в виде изменений со стороны внутренних органов — висцеральных признаков. Висцеральные признаки ДСТ играют роль в возникновении и патогенезе соматической патологии и могут усугублять ее течение. Отмечено, что при целиакии, генетически детерминированном заболевании тонкой кишки, часто встречаются признаки ДСТ. Диспластикозависимые изменения ведут к гетерогенности клинических проявлений заболевания и многообразию жалоб у пациентов в связи с тем, что распространение соединительной ткани в организме определяет полиорганность поражений. Вследствие этого требуется отдельная оценка таких изменений у больных целиакией.

Материалы и методы. Обследованы 50 человек, больных целиакией, из них у 37 человек (74%) выявлена недифференцированная ДСТ согласно критериям Т. Милковской-Димитровой и А. Каркашева (1985). Средний возраст больных составил 29,1 года. Соотношение числа мужчин и женщин 1:1,4. Всем больным было выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек с целью определения висцеральных признаков дисплазии соединительной ткани.

Результаты. Выявлено, что у 17 (34%) пациентов с целиакией по данным ультразвуковой диагностики определяются следующие диспластические изменения со стороны гепатобилиарной системы: у 6 человек (35%) — перегиб в области шейки желчного пузыря, у 4 (23,5%) — признаки дисфункции сфинктера Одди, у 4 (23,5%) — желчнокаменная болезнь, у 3 (18%) — деформация и изменение формы тела желчного пузыря. У 3 (6%) больных выявлены диффузные изменения поджелудочной железы. Также 20 (40%) пациентам был поставлен диагноз функционального расстройства билиарного тракта согласно сонографическим и клиническим данным. При ультразвуковом исследовании почек у 13 (26%) человек определялись следующие диспластические изменения: двухсторонний нефроптоз — у 2 (15,3%), правосторонний нефроптоз — у 6 (46%), гипертоничность почек — у 2 (15,3%), аномалия развития почек — у 1 (8%).

Выводы. Выявленные УЗИ признаки дисфункциональных изменений гепатобилиарной и мочевыделительной систем согласно классификационному подходу следует рассматривать как висцеральный синдром дисплазии соединительной ткани. Это обстоятельство имеет важный прикладной смысл и диктует необходимость включения в комплексную терапию больных целиакией препаратов магния.

112. Оценка степени тяжести дисплазии соединительной ткани у больных целиакией

Соловьева Е. А., Журавлева М. С., Шабанова А. А., Карпов А. А., Орешко Л. С.

СЗГМУ им. И. И. Мечникова (каф. пропедевтики внутренних болезней), Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: выявление фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани (ДСТ) у больных целиакией.

Введение. Проблема дисплазия соединительной ткани (ДСТ) вызывает в последнее время интерес в связи с увеличением частоты выявления синдрома ДСТ, которая колеблется от 26% до 80% в зависимости от группы исследования. Под термином «дисплазия соединительной ткани» понимают аномалию тканевой структуры со снижением прочности СТ органов и систем. Аномалия тканевой структуры сопровождается различными морфофункциональными нарушениями гомеостаза на тканевом, органном и организменном уровнях с развитием висцеральных нарушений (Кадурин Т. И., 2000, Земцовский Э. В., 2009). Имеются работы, доказывающие усугубляющую роль соединительнотканной дисплазии в формировании различных видов соматической патологии, в том числе и органов пищеварения (Коржов И. С., 2007, Нечаева Г. И., 2006). Известно влияние дисплазии соединительной ткани на раннее начало заболеваний желудочно-кишечного тракта, выраженность абдоминальных болей, воспалительных изменений слизистой оболочки желудка и кишечника и функциональную деятельность органов пищеварения (Орешко Л. С., 2012). Таким образом,