

Учитывая некоторую боязнь эндокринологов не использовать препараты метформина при любой гепатобилиарной патологии, данные наших результатов не исключают возможность применения метформина при заведомо известной патологии паренхимы печени и желчевыводящей системы, протекающих в состоянии ремиссии и без ухудшения исходных лабораторных показателей. По мнению ряда авторов, метформин не связывается с белками плазмы, не подвергается биотрансформации и не инактивируется в печеночной ткани, экскретируется с мочой в неизменном

виде. Его сахароснижающий эффект не связан с нарушением функции митохондриальной мембраны, в том числе окислительной, а направлен, в первую очередь, на улучшение транспорта глюкозы через мембрану клетки (2,3). Тем не менее, достоверное снижение ряда биохимических показателей, в первую очередь, липидного обмена, нельзя приписать действию только метформина. Скорее всего, это совокупный эффект улучшения показателей гликемии, соблюдения режима питания, регулярного контроля за больными, обучения их принципам самоконтроля.

THE THERAPY WITH METFORMIN AND HEPATIC FUNCTIONAL STATE IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS OF 2 TYPE

D.E. Nimaeva, T.P. Syzhik

(The Department of Faculty Therapy of ISMU,
Republican Center for Medical Prophylaxis HM of Buryat Republic)

In the article are presented the features of hepatic functional state in the patients with diabetes mellitus of 2 type, who received the preparations of metformin during 10-12 weeks. On the background of improvement of carbohydrate metabolism there has been revealed the reliable decrease of a number of biochemical indices, first — lipid metabolism. Little increase in the levels of ALT, AST, GGT, AP as well as the indices of biotransformational function did not show statistical reliability and was in normal limits, including the patients with involved hepatobiliary structures.

О ДОЛБИЛКИН А.Ю. -

СТЕПЕНЬ ОБСЕМЕННОСТИ *HELICOBACTER PYLORI* У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ, ПОСТУПИВШИХ НА САНАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

А.Ю. Долбилкин

(Кафедра факультетской терапии ИГМУ, зав. — Ф.И. Белялов)

Резюме. Установлено, что у больных с антральным и диффузным атрофическим гастритом, поступивших на санаторно-курортное лечение на курорт «Аршан», как правило, была выявлена умеренная степень обсеменения *Helicobacter pylori*.

Ключевые слова. Хронический гастрит, морфология, *Helicobacter pylori*.

Цель работы. Оценка степени обсеменности *Helicobacter pylori* у больных хроническим гастритом при поступлении на лечение курорт «Аршан».

Исследование проведено до и после санаторного курса лечения на курорте «Аршан» у 34 больных хроническим гастритом: традиционное клиничко-лабораторное, фиброгастроскопия, морфологическая оценка состояния слизистой с выявлением и оценкой степени инфицированности *H. pylori*

У большинства (в 52,9%) больных обнаружен при поступлении хронический антральный атрофический гастрит с метаплазией эпителия слизистой желудка. Диффузный атрофический гастрит с метаплазией установлен в 11,8 % случаев, катаральный поверхностный без атрофии — в 26,4%. Без изменений слизистая желудка при наличии клинических данных за гастрит найдена в 8,8% случаев.

Самое большое количество (94,8%) больных, у которых была обсеменность *H. pylori* отмечена при хроническом антральном гастрите с метаплазией эпителия слизистой желудка, особенно при диффузном (100%). При этом, при антральном была обсеменность

— у большинства умеренной (33,3%) и выраженной (27,7%) степени, а при диффузном (в 75,0%) — умеренной. Инфицированность *H. pylori* легкой (единичная) степени выявлена в 33,3% и 25,0%, и не было обсеменности — в 5,6% и 25,0% соответственно. При поверхностном гастрите в 44,4% случаев нашли умеренной степени обсеменность, а в 55,6% — отсутствие таковой. У трех больных, имевших нормальную эндоскопическую картину слизистой, была обнаружена обсеменность *H. pylori*. При этом у 2 умеренной степени и у одного — легкой.

Таким образом, категория больных хроническим гастритом, поступивших на лечение курорта «Аршан», большинство, имела эндоскопически атрофический антральный или диффузный процесс с метаплазией слизистой желудка. При этом, у большинства больных была обнаружена обсеменность слизистой желудка *H. pylori*, чаще в умеренной и выраженной степени, даже у лиц, имевших эндоскопически нормальную слизистую. Однако следует отметить, что в половине случаев не обнаружена обсеменность желудка при поверхностном гастрите и в одном — при антральном атрофическом.

THE DEGREE OF INFECTING WITH *HELICOBACTER PYLORI* IN CHRONIC GASTRITIS IN THE PATIENTS, ADMITTED TO SANATORIUM - RESORT TREATMENT

A.U. Dolbilkin

(The Department of Faculty Therapy of ISMU)

It has been shown, that in patients with diffuse atrophic gastritis, who received the treatment on the Resort «Arshan», as a rule, there has been revealed the moderate degree of infecting with *Helicobacter pylori*.

© ШКУРИНСКАЯ М.П., СИЗЫХ Т.П., СОНГОЛОВ В.И., ПОЛЯНСКАЯ Л.А. -

ИСХОДНОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПОСТУПАЮЩИХ НА САНАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НА КУРОРТ «АРШАН»

М.П. Шкуримская, Т.П. Сизых, В.И. Сонголов, Л.А. Полянская
(Кафедра факультетской терапии ИГМУ, зав. — д.м.н. Ф.И. Белялов;
курорт «Аршан» Бурятии, гл. врач — В.И. Сонголов)

Резюме. В статье приводятся клиничко-лабораторные данные о детях, страдающих хронической патологией билиарной системы.

Ключевые слова. Патология желчевыводящих путей, клиника, курорт «Аршан», дети.

В настоящее время в российском здравоохранении активно углубляются профилактические аспекты деятельности [1], а вторичная профилактика заболеваний прочно вошла в алгоритм лечения самых разнообразных нозологических форм (И.Е. Оранский, 1988). Детям, страдающим хроническими заболеваниями (в том числе и органов пищеварения), необходим целый комплекс восстановительных мероприятий. Наиболее показано для таких детей санаторно-курортное лечение (В.А. Соболев, Л.И. Чекалин, 2002).

В структуре болезней желудочно-кишечного тракта дискинезии желчевыводящих путей (ДЖВП) и хронический холецистит (Е.С. Филиппов с соавт., 1998) занимают одно из ведущих мест. По данным некоторых авторов (Я.М. Луцкого с соавт.,) ДЖВП и дисфункция гепатоцитов обнаружены в 38% (!) случаев всех обследованных детей, поэтому проблема санаторно-курортного лечения такой патологии видится актуальной. Здесь следует отметить, что эффективность санаторно-курортной терапии напрямую зависит от состояния, в котором больной ребенок прибывает на курорт. Мы поставили себе задачу исследовать исходные клиничко-лабораторные и инструментальные показатели у детей с патологией желчевыводящих путей, поступающих на лечение в санаторий «Саяны» курорта «Аршан» Бурятской республики.

Всего было обследовано 140 детей. Из них 24 ребенка без заболеваний желудочно-кишечного тракта (здоровая группа), 28 — с хроническим холециститом и 88 — с ДЖВП. Возраст детей был от 7 до 17, средний составил 13 лет. По половому признаку среди больных с патологией билиарного тракта преобладали девочки ($p < 0,05$). Интересно, что процентная доля больных женского пола возрастает сопряженно с утяжелением степени поражения желчевыводящих путей.

Среди субъективных жалоб у всех детей ведущими были следующие, боли в правом подреберье (80%), нарушение психо-эмоциональной сферы (85,4%), го-

речь во рту (32%), расстройство стула (64%) и диспептические явления в верхних отделах желудочно-кишечного тракта — отрыжка, тошнота, рвота (56%). Указанный симптомокомплекс наблюдался более чем у трети детей в начале курса лечения. И только 6 из 116 детей не предъявляли никаких жалоб при опросе, но при этом имели объективные, лабораторные и/или инструментальные признаки ДЖВП. При сравнении подгрупп выявлено, что у больных с ХХ достоверно чаще встречались горечь во рту, тошнота и расстройство стула ($p < 0,05$).

Объективный статус при ХХ характеризовался болезненностью в правом подреберье и положительным симптомом Керра у каждого третьего ребенка, симптом Орнтера был положителен у двух третей обследованных. При ДЖВП эти показатели были ниже: соответственно в 30% и 37% случаев. У абсолютного большинства больных во всех труппах отмечалась обложенность языка и субиктеричность склер и мягкого неба, но при ХХ степень выраженности их была достоверно больше ($p < 0,04$).

Показатели периферической крови у детей с заболеваниями желчевыводящих путей достоверно не отличались от группы здоровых. Это закономерно, т.к. при функциональных расстройствах реакции со стороны общего анализа крови обычно не наблюдается, а дети с ХХ направляются на курорт в фазе ремиссии. В то время как в биохимических тестах выявлено достоверное повышение билирубина, щелочной фосфатазы, глюкозы и общего белка. Если билирубин и щелочная фосфатаза — это общепризнанные маркеры холестаза [3], то повышение уровня глюкозы может отражать напряженное состояние поджелудочной железы как наиболее интимно связанного с печенью и желчевыводящей системой органа [7]. Также относительная гипергликемия может быть следствием эрготропной реакции обмена веществ, направленной на энергетическое обеспечение адаптационно-компен-