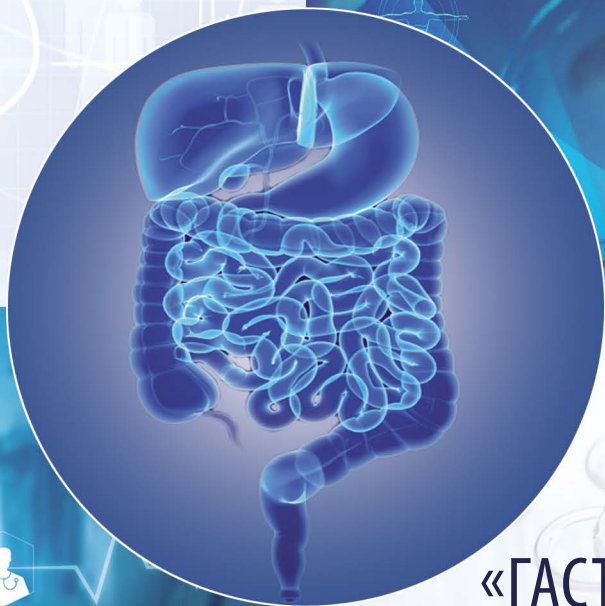


CONSILIUM MEDICUM

Том 25, 2023
VOL. 25, 2023. ПРИЛОЖЕНИЕ

ОСНОВАННАЯ НА ДОКАЗАТЕЛЬСТВАХ МЕДИЦИНА ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ

ТЕЗИСЫ 49-Й СЕССИИ
ЦНИИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ



«ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ:
НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ»

2–4 МАРТА 2023 ГОДА

CONSILIUM MEDICUM

ISSN 2075-1753 (PRINT)
ISSN 2542-2170 (ONLINE)

consilium.orscience.ru

ТОМ 25, 2023
Приложение

Рецензируемое научно-практическое периодическое печатное издание для профессионалов в области здравоохранения.
Год основания журнала – 1999.

В журнале публикуются национальные и зарубежные рекомендации, оригинальные работы, обзоры, а также лекции, материалы конференций, конгрессов, форумов, клинические случаи по наиболее актуальным научно-практическим проблемам современной медицины.

Журнал включен в перечень журналов ВАК, базу данных ВИНТИ, международную справочную систему «Ulrich's International Periodicals Directory», Научную электронную библиотеку (elibrary.ru), портал EBSCO, электронную библиотеку «CyberLeninka», платформу «Directory of Open Access Journals» (DOAJ). Журнал индексируется в следующих базах данных: Российский индекс научного цитирования Science Index, Dimensions.

Главный редактор журнала:

Фомин Виктор Викторович,
чл.-кор. РАН, д.м.н., профессор,
Первый Московский государственный
медицинский университет
им. И.М. Сеченова
(Сеченовский Университет),
Москва, Россия

Ответственные за выпуск:

Бордин Дмитрий Станиславович,
д.м.н., Московский клинический
научно-практический центр им. А.С. Логинова,
Московский государственный
медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия,
Тверской государственный медицинский
университет, Тверь, Россия

**Сабельникова
Елена Анатольевна**,
д.м.н., Московский
клинический научно-
практический центр
им. А.С. Логинова,
Москва Россия

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору
в сфере связи, информационных технологий и массовых
коммуникаций.

Свидетельство о регистрации: ПИ №ФС77-63969.

Периодичность: 12 раз в год.

УЧРЕДИТЕЛЬ: ЗАО «МЕДИЦИНСКИЕ ИЗДАНИЯ»

Издание распространяется бесплатно и по подписке.

Каталог «Пресса России» 29571.

Авторы, присылающие статьи для публикаций, должны быть
ознакомлены с инструкциями для авторов и публичным
авторским договором: consilium.orscience.ru

В статьях представлена точка зрения авторов, которая может
не совпадать с мнением редакции журнала. Редакция не несет
ответственности за содержание рекламных материалов.

Согласно рекомендациям Роскомнадзора выпуск и
распространение данного производственно-практического
издания допускаются
без размещения знака информационной продукции.

Полное или частичное воспроизведение материалов,
опубликованных в журнале, допускается только с письменного
разрешения редакции.

Все права защищены. 2023 г.

ИЗДАТЕЛЬ:

ООО «КОНСИЛИУМ МЕДИКУМ»

Адрес: 127055, Москва, а/я 106

Сайт: omnidocor.ru

Коммерческий отдел

E-mail: sales@omnidocor.ru

Телефон: +7 (495) 098-03-59

Работа с подписчиками:

subscribe@omnidocor.ru

РЕДАКЦИЯ

Адрес: 125252, Россия, Москва,
ул. Алабяна, д. 13, корп. 1

Телефон: +7 (495) 098-03-59

E-mail: editor@omnidocor.ru

Главный редактор издательства:

Борис Филимонов

Научный редактор:

Юлия Астраханцева

Литературный редактор-корректор:

Мария Манзюк

Дизайн и верстка:

Лариса Минченко



CONSILIUM
MEDICUM

OmniDoctor.ru

CONSILIUM MEDICUM

ISSN 2075-1753 (PRINT)
ISSN 2542-2170 (ONLINE)

consilium.orscience.ru

**VOL. 25, 2023
SUPPLEMENT**

Peer-reviewed scientific and practical periodical publication for health care professionals.
The Journal was founded in 1999.

The Journal publishes national and foreign recommendations, original works, reviews, as well as lectures, materials of conferences, congresses, forums, clinical cases on the most pressing scientific and practical problems of modern medicine.

The Journal has been included in the list of Russian Peer-Reviewed Scientific Journals, which publish major scientific results of dissertations for PhD degree. The Journal has been included in the Abstract Journal and VINITI databases, Ulrich's International Periodicals Directory, Scientific Electronic Library (elibrary.ru), EBSCO, CyberLeninka Electronic Library.

The Journal is indexed in Russian Science Citation Index (RSCI), Directory of Open Access Journals (DOAJ), Dimensions.

Editor-in-Chief:

Victor V. Fomin,

M.D., Ph.D., Professor, Corresponding
Member of the Russian Academy
of Sciences, Sechenov First
Moscow State Medical University
(Sechenov University), Moscow, Russia

Responsible for Issue:

Dmitry S. Bordin,

M.D., Ph.D., Loginov Moscow Clinical
Scientific Center, Yevdokimov Moscow
State University of Medicine
and Dentistry, Moscow, Russia,
Tver State Medical University, Tver, Russia

Elena A. Sabelnikova,

M.D., Ph.D., Loginov
Moscow Clinical
Scientific Center,
Moscow, Russia

The Journal is registered in Federal Service for Supervision
of Communications, Information Technology and Mass Media.

Registration number: ПИ №ФЦ77-63969.

Publication frequency: 12 times per year.

FOUNDER: MEDITSINSKIE IZDANIYA

The Journal content is free. Subscribe form is on the website.

Catalogue "Pressa Rossii" 29571.

Authors should acquaint themselves with the author guidelines
and the publishing agreement before submitting an article:

consilium.orscience.ru

The articles present authors' point of view that may not coincide
with the Editorial official standpoint. The Editorial Office assumes
no responsibility for promotional material content.

According to Roskomnadzor recommendations publication
and distribution of this practical edition are allowed without content
rating system sign.

Reproduction of published materials in whole or in part is prohibited
without the prior written consent of the copyright owner.

All rights reserved. 2023.

PUBLISHER: CONSILIUM MEDICUM

Address: P.O. box 106,
Moscow, Russia

Website: omnidocor.ru

Sales Department

E-mail: sales@omnidocor.ru

Phone: +7 (495) 098-03-59

Subscription:

subscribe@omnidocor.ru

EDITORIAL OFFICE

Address: 13k1 Alabiana st.,
Moscow, Russia

Phone: +7 (495) 098-03-59

E-mail: editor@omnidocor.ru

**Editor-in-Chief
of the Publishing House:**
Boris Filimonov

Science Editor:
Yulia Astrakhantseva

Literary Editor-Proofreader:
Maria Manziuk

Design and Layout:
Larisa Minchenko



**CONSILIUM
MEDICUM**

OmniDoctor.ru

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Аполихина И.А., профессор, д.м.н. (Москва)
Кузнецова И.В., профессор, д.м.н. (Москва)
Макацария А.Д., академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)
Подзолкова Н.М., профессор, д.м.н. (Москва)
Прилепская В.Н., профессор, д.м.н. (Москва)
Серов В.Н., академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)

АЛЛЕРГОЛОГИЯ И ИММУНОЛОГИЯ

Борзова Е.Ю., профессор, д.м.н. (Москва)
Ильина Н.И., профессор, д.м.н. (Москва)
Феденко Е.С., профессор, д.м.н. (Москва)

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

Карпищенко С.А., профессор, д.м.н. (Санкт-Петербург)
Косяков С.Я., профессор, д.м.н. (Москва)
Крюков А.И., чл.-кор. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)
Лопатин А.С., профессор, д.м.н. (Москва)
Морозова С.В., профессор, д.м.н. (Москва)
Овчинников А.Ю., профессор, д.м.н. (Москва)
Рязанцев С.В., профессор, д.м.н. (Санкт-Петербург)
Свиштушкин В.М., профессор, д.м.н. (Москва)

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

Бабанов С.А., профессор, д.м.н. (Самара)
Верткин А.Л., профессор, д.м.н. (Москва)
Дворецкий Л.И., профессор, д.м.н. (Москва)
Драпкина О.М., академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)
Козловская Н.Л., профессор, д.м.н. (Москва)
Леонова М.В., профессор, д.м.н. (Москва)
Морозова Т.Е., профессор, д.м.н. (Москва)
Сыркин А.Л., профессор, д.м.н. (Москва)
Сычѳв Д.А., академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)
Трухан Д.И., профессор, д.м.н. (Омск)
Ушкалова Е.А., профессор, д.м.н. (Москва)
Ших Е.В., профессор, д.м.н. (Москва)

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ И ДИЕТОЛОГИЯ

Андреев Д.Н., к.м.н. (Москва)
Бордин Д.С., профессор, д.м.н. (Москва)
Ивашкин В.Т., академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)
Ливзан М.А., чл.-кор. РАН, профессор, д.м.н. (Омск)
Маев И.В., академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)
Минушкин О.Н., профессор, д.м.н. (Москва)
Надинская М.Ю., доцент, к.м.н. (Москва)
Парфенов А.И., профессор, д.м.н. (Москва)
Пиманов С.И., профессор, д.м.н. (Витебск, Республика Беларусь)
Погожева А.В., профессор, д.м.н. (Москва)
Подымова С.Д., профессор, д.м.н. (Москва)
Щербаков П.Л., профессор, д.м.н. (Москва)

ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ

Конев Ю.В., профессор, д.м.н. (Москва)
Лазебник Л.Б., профессор, д.м.н. (Москва)
Ткачева О.Н., чл.-кор. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Адашкевич В.П., профессор, д.м.н. (Витебск, Республика Беларусь)
Гаджигорова А.Г., д.м.н. (Москва)
Жучков М.В., к.м.н. (Рязань)
Корсунская И.М., профессор, д.м.н. (Москва)
Олисова О.Ю., чл.-кор. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)

Тамразова О.Б., профессор, д.м.н. (Москва)
Халдин А.А., профессор, д.м.н. (Москва)

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Блохин Б.М., профессор, д.м.н. (Москва)
Бутров А.В., профессор, д.м.н. (Москва)
Молчанов И.В., профессор, д.м.н. (Москва)
Руднов В.А., профессор, д.м.н. (Екатеринбург)
Цыпин Л.Е., профессор, д.м.н. (Москва)
Шифман Е.М., профессор, д.м.н. (Москва)

ИНФЕКЦИИ И АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ

Белобородов В.Б., профессор, д.м.н. (Москва)
Сидоренко С.В., чл.-кор. РАН, профессор, д.м.н. (Санкт-Петербург)
Яковлев С.В., профессор, д.м.н. (Москва)

КАРДИОЛОГИЯ

Аронов Д.М., профессор, д.м.н. (Москва)
Барбараш О.Л., академик РАН, профессор, д.м.н. (Кемерово)
Беленков Ю.Н., академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)
Бойцов С.А., академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)
Бунин Ю.А., профессор, д.м.н. (Москва)
Мартынов А.И., академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)
Никифоров В.С., профессор, д.м.н. (Санкт-Петербург)
Остроумова О.Д., профессор, д.м.н. (Москва)
Терещенко С.Н., профессор, д.м.н. (Москва)
Чазова И.Е., академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)
Шляхто Е.В., академик РАН, профессор, д.м.н. (Санкт-Петербург)

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА

Коков Л.С., чл.-кор. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)
Синицын В.Е., профессор, д.м.н. (Москва)
Трофимова Т.Н., чл.-кор. РАН, профессор, д.м.н. (Санкт-Петербург)
Тюрин И.Е., профессор, д.м.н. (Москва)

НЕВРОЛОГИЯ

Бойко А.Н., профессор, д.м.н. (Москва)
Воробьева О.В., профессор, д.м.н. (Москва)
Гринь А.А., чл.-кор. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)
Гусев Е.И., академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)
Дамулин И.В., профессор, д.м.н. (Москва)
Демина Т.Л., профессор, д.м.н. (Москва)
Камчатнов П.Р., профессор, д.м.н. (Москва)
Крылов В.В., академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)
Левин О.С., профессор, д.м.н. (Москва)
Лихтерман Л.Б., профессор, д.м.н. (Москва)
Скворцова В.И., чл.-кор. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)
Федин А.И., профессор, д.м.н. (Москва)
Яхно Н.Н., академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)

НЕФРОЛОГИЯ

Котенко О.Н., к.м.н. (Москва)
Лысенко Л.В., профессор, д.м.н. (Москва)
Моисеев С.В., чл.-кор. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)
Чеботарева Н.В., профессор, д.м.н. (Москва)

ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

Артамонова Е.В., профессор, д.м.н. (Москва)
Каприн А.Д., академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)
Колядина И.В., профессор, д.м.н. (Москва)

Огнерубов Н.А., профессор, д.м.н. (Тамбов)
Поддубная И.В., академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)
Секачева М.И., профессор, д.м.н. (Москва)
Семиглазова Т.Ю., профессор, д.м.н. (Санкт-Петербург)

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

Авдеев С.Н., академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)
Белевский А.С., профессор, д.м.н. (Москва)
Визель А.А., профессор, д.м.н. (Казань)
Зайцев А.А., профессор, д.м.н. (Москва)
Илькович М.М., профессор, д.м.н. (Санкт-Петербург)
Княжеская Н.П., доцент, к.м.н. (Москва)
Курбачева О.М., профессор, д.м.н. (Москва)
Овчаренко С.И., профессор, д.м.н. (Москва)
Синопальников А.И., профессор, д.м.н. (Москва)
Степанян И.Э., профессор, д.м.н. (Москва)
Чучалин А.Г., академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)

РЕВМАТОЛОГИЯ

Алексеева Л.И., профессор, д.м.н. (Москва)
Насонов Е.Л., академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)
Шостак Н.А., профессор, д.м.н. (Москва)

РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ХИРУРГИЯ

Ерошкин И.А., профессор, д.м.н. (Москва)
Коков Л.С., чл.-кор. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)
Семитко С.П., профессор, д.м.н. (Москва)

УРОЛОГИЯ И АНДРОЛОГИЯ

Аляев Ю.Г., чл.-кор. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)
Забиров К.И., профессор, д.м.н. (Москва)
Коган М.И., профессор, д.м.н. (Ростов-на-Дону)
Кривобородов Г.Г., профессор, д.м.н. (Москва)
Лоран О.Б., академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)
Пушкарь Д.Ю., академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)

ФТИЗИАТРИЯ

Борисов С.Е., профессор, д.м.н. (Москва)
Мишин В.Ю., профессор, д.м.н. (Москва)
Шмелев Е.И., профессор, д.м.н. (Москва)

ХИРУРГИЯ

Богачев В.Ю., профессор, д.м.н. (Москва)
Дибиров М.Д., профессор, д.м.н. (Москва)
Золотухин И.А., профессор, д.м.н. (Москва)
Кириенко А.И., академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)
Кошкин В.М., профессор, д.м.н. (Москва)
Покровский А.В., академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)
Стойко Ю.М., профессор, д.м.н. (Москва)

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

Аметов А.С., профессор, д.м.н. (Москва)
Дедов И.И., академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)
Демидова И.Ю., профессор, д.м.н. (Москва)
Демидова Т.Ю., профессор, д.м.н. (Москва)
Мельниченко Г.А., академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)
Петунина Н.А., чл.-кор. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)
Трошина Е.А., чл.-кор. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)
Фадеев В.В., чл.-кор. РАН, профессор, д.м.н. (Москва)
Шестакова М.В., академик РАН, профессор, д.м.н. (Москва)

OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Inna A. Apolikhina, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Irina V. Kuznetsova, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Alexandr D. Makatsariya, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Natalia M. Podzolkova, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Vera N. Prilepskaya, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Vladimir N. Serov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)

ALLERGOLOGY AND IMMUNOLOGY

Elena Y. Borzova, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Natalia I. Iliina, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Elena S. Fedenko, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)

OTORHINOLARYNGOLOGY

Sergey A. Karpishchenko, prof., MD, PhD (Saint Petersburg, Russia)
 Sergei Ya. Kosyakov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Andrei I. Kriukov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Andrei S. Lopatin, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Svetlana V. Morozova, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Andrei Yu. Ovchinnikov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Sergey V. Ryazancev, prof., MD, PhD (Saint Petersburg, Russia)
 Valery M. Svistushkin, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)

INTERNAL MEDICINE

Sergei A. Babanov, prof., MD, PhD (Samara, Russia)
 Arkadii L. Vertkin, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Leonid I. Dvoretzky, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Oksana M. Drapkina, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Natalia L. Kozlovskaya, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Marina V. Leonova, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Tatiana E. Morozova, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Abram L. Syrkin, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Dmitrii A. Sychev, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Dmitry I. Trukhan, prof., MD, PhD (Omsk, Russia)
 Elena A. Ushkalova, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Evgenia V. Shikh, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)

GASTROENTEROLOGY

Alla V. Pogozheva, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Dmitrii N. Andreev, PhD (Moscow, Russia)
 Dmitrii S. Bordin, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Vladimir T. Ivashkin, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Maria A. Livzan, prof., MD, PhD (Omsk, Russia)
 Igor V. Maev, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Oleg N. Minushkin, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Maria Yu. Nadinskaia, PhD (Moscow, Russia)
 Asfold I. Parfenov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Sergei I. Pimanov, prof., MD, PhD (Vitebsk, Republic of Belarus)
 Svetlana D. Podymova, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Petr L. Shcherbakov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)

GERONTOLOGY AND GERIATRICS

Yurii V. Konev, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Leonid B. Lazebnik, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Olga N. Tkacheva, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)

DERMATOVENEROLOGY

Vladimir P. Adaskevich, prof., MD, PhD (Vitebsk, Republic of Belarus)
 Aida G. Gadzhigoroieva, MD, PhD (Moscow, Russia)
 Mikhail V. Zhuchkov, PhD (Ryazan, Russia)
 Irina M. Korsunskaya, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)

Olga Iu. Olishova, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Olga B. Tamrazova, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Aleksei A. Khaldin, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)

INTENSIVE THERAPY

Boris M. Blokhin, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Andrei V. Butrov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Igor V. Molchanov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Vladimir A. Rudnov, prof., MD, PhD (Ekaterinburg, Russia)
 Leonid E. Tsy-pin, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Efim M. Shifman, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)

INFECTION AND ANTIMICROBIAL THERAPY

Vladimir B. Beloborodov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Sergei V. Sidorenko, prof., MD, PhD (Saint Petersburg, Russia)
 Sergei V. Iakovlev, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)

CARDIOLOGY

David M. Aronov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Olga L. Barbarash, prof., MD, PhD (Kemerovo, Russia)
 Yurii N. Belenkov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Sergey A. Boytsov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Yurii A. Bunin, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Anatolii I. Martynov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Victor S. Nikiforov, prof., MD, PhD (Saint Petersburg, Russia)
 Olga D. Ostroumova, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Sergey N. Tereshchenko, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Irina E. Chazova, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Evgenii V. Shliakhto, prof., MD, PhD (Saint Petersburg, Russia)

DIAGNOSTIC RADIOLOGY

Leonid S. Kokov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Valentin E. Sinityn, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Tatiana N. Trofimova, prof., MD, PhD (Saint Petersburg, Russia)
 Igor E. Tyurin, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)

NEUROLOGY

Aleksei N. Boiko, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Olga V. Vorobeva, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Andrei A. Grin, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Evgenii I. Gusev, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Igor V. Damulin, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Tatiana L. Demina, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Pavel R. Kamchatnov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Vladimir V. Krylov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Oleg S. Levin, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Leonid B. Likhтерman, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Veronika I. Skvortsova, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Anatolii I. Fedin, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Nikolai N. Iakhno, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)

NEPHROLOGY

Oleg N. Kotenko, PhD (Moscow, Russia)
 Lidia V. Lysenko, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Sergey V. Moiseev, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Natalia V. Chebotareva, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)

ONCOLOGY

Elena V. Artamonova, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Andrey D. Kaprin, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Irina V. Kolyadina, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Nikolai A. Ognеrubov, prof., MD, PhD (Tambov, Russia)

Irina V. Poddubnaya, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Marina I. Sekacheva, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Tatiana Iu. Semiglazova, prof., MD, PhD (Saint Petersburg, Russia)

PULMONOLOGY

Sergei N. Avdeev, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Andrei S. Belevskii, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Aleksandr A. VizeI, prof., MD, PhD (Kazan, Russia)
 Andrei A. Zaitsev, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Mikhail M. Ilkovich, prof., MD, PhD (Saint Petersburg, Russia)
 Nadezhda P. Kniazheskaia, PhD (Moscow, Russia)
 Oksana M. Kurbacheva, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Svetlana I. Ovcharenko, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Aleksandr I. Sinopalnikov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Igor E. Stepanyan, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Aleksandr G. Chuchalin, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)

RHEUMATOLOGY

Ludmila I. Alekseeva, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Evgenii L. Nasonov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Nadezhda A. Shostak, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)

ENDOVASCULAR SURGERY

Ivan A. Eroshkin, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Leonid S. Kokov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Sergey P. Semitko, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)

UROLOGY AND ANDROLOGY

Yurii G. Aliaev, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Konstantin I. Zabirov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Mihail I. Kogan, prof., MD, PhD (Rostov-on-Don, Russia)
 Grigori G. Krivoborodov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Oleg B. Loran, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Dmitrii Yu. Pushkar, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)

PHTHISIOLOGY

Sergei E. Borisov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Vladimir Yu. Mishin, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Evgenii I. Shmelev, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)

SURGERY

Vadim Yu. Bogachev, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Magomed D. Dibirov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Igor A. Zolotukhin, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Aleksandr I. Kirienko, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Valery M. Koshkin, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Anatolii V. Pokrovskiy, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Yurii M. Stoyko, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)

ENDOCRINOLOGY

Aleksandr S. Ametov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Ivan I. Dedov, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Irina Yu. Demidova, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Tatiana Yu. Demidova, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Galina A. Melnichenko, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Nina A. Petunina, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Ekaterina A. Troshina, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Valentin V. Fadeev, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)
 Marina V. Shestakova, prof., MD, PhD (Moscow, Russia)

Тезисы 49-й сессии ЦНИИ гастроэнтерологии «Гастроэнтерология: настоящее и будущее» 2–4 марта 2023 года

Abstracts of the 49th session of the Central Research Institute of Gastroenterology «Gastroenterology: the present and the future» March 2–4, 2023

Для цитирования: Тезисы 49-й сессии ЦНИИ гастроэнтерологии «Гастроэнтерология: настоящее и будущее». 2–4 марта 2023 года. *Consilium Medicum*. 2023;25(Приложение):10–55. DOI: 10.26442/20751753.2023.5.202120

For citation: Abstracts of the 49th session of the Central Research Institute of Gastroenterology «Gastroenterology: the present and the future». March 2–4, 2023. *Consilium Medicum*. 2023;25(Suppl.):10–55. DOI: 10.26442/20751753.2023.5.202120

Доступно на сайте: https://omnidocor.ru/library/izdaniya-dlya-vrachey/consilium-medicum/cm2023/cm2023_5_pril/tezisy-49-y-sessii-tsnni-gastroenterologii-gastroenterologiya-nastoyashchee-i-budushchee-2-4-marta-2/

БОЛЕЗНИ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

| | |
|--|----|
| Применение пробиотиков для оптимизации эрадикационной терапии хеликобактерной инфекции. Насколько популярен этот способ среди практикующих врачей? | 10 |
| НПВП-гастропатия и роль экспрессии мотилина и соматостатина в ее развитии | 10 |
| Хроническая гипергликемия и выживаемость <i>Helicobacter pylori</i> при сахарном диабете | 10 |
| Использование видеокапсульной эндоскопии в диагностике хронической дуоденальной недостаточности..... | 11 |
| Гипогевзия при обострении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки | 11 |
| Лечение пациентов с полипами желудка в рутинной клинической практике | 11 |
| Развитие рН-импедансометрии верхних отделов желудочно-кишечного тракта в современных условиях | 12 |
| Поведенческие и пищевые предикторы развития рефлюксного синдрома у лиц молодого возраста..... | 12 |
| Оценка распространенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни..... | 12 |
| Маркеры снижения эффективности эрадикационной терапии у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа..... | 13 |
| Место мотилина в развитии моторных нарушений пищевой трубки при постпрандиальном дистресс-синдроме | 13 |
| Клинико-экспериментальные аспекты функциональных сдвигов в кальцийрегулирующей системе при гастродуоденальных язвах..... | 13 |
| Качество жизни и особенности восприятия болезни у пациентов с разными типами ахалазии | 14 |
| Влияние включения ребамипида в схемы эрадикационной терапии на качество жизни пациентов | 14 |
| Особенности психического статуса и нарушения сна больных с малыми грыжами пищеводного отверстия диафрагмы | 14 |
| Взаимосвязь нейрокинина А и субстанции Р с показателями моторики пищевода у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью | 15 |
| Концентрация антител к ацетилхолину у пациентов с дискинезией пищевода | 16 |

| | |
|---|----|
| Хронический атрофический гастрит: эффективность неинвазивного скрининга, ретроспективный этап..... | 16 |
| Психоэмоциональные особенности и копинг-стратегии у пациентов с хроническими гастроэнтерологическими заболеваниями..... | 16 |
| Показатели манометрии пищевода высокого разрешения у здоровых добровольцев: предварительные результаты многоцентрового исследования в России..... | 17 |

ПАТОЛОГИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

| | |
|---|----|
| Исследование всасывательной функции двенадцатиперстной кишки при хронической дуоденальной недостаточности..... | 18 |
| Варианты нарушений углеводного обмена у больных хроническим панкреатитом..... | 18 |
| Отличие структурных изменений в поджелудочной железе при хроническом панкреатите, сахарном диабете и воспалительных заболеваниях кишечника..... | 18 |
| Применение резонансной стимуляции для профилактики моторно-эвакуаторных нарушений и компартмент-синдрома при тяжелом остром панкреатите в стандартном и дистанционном форматах..... | 19 |
| IgG4-ассоциированный панкреатит: случай из практики..... | 19 |
| Оценка степени фиброза ткани поджелудочной железы при раке..... | 19 |
| Этиология острого панкреатита у ВИЧ-позитивных пациентов..... | 20 |
| Изучение взаимосвязи концентрации биологических маркеров и степени фиброза поджелудочной железы. Предварительные результаты..... | 20 |
| Предварительные результаты изучения взаимосвязи степени фиброза поджелудочной железы и лучевой диагностики..... | 20 |

ПАТОЛОГИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

| | |
|--|----|
| Об участии гормонов в патогенезе желчнокаменной болезни у пациентов пожилого возраста..... | 22 |
| Новые возможности профилактики желчнокаменной болезни..... | 22 |
| Желчнокаменная болезнь и цирроз печени: диагностическая и лечебная тактика..... | 22 |
| Оценка частоты гастроэнтерологической симптоматики у больных желчнокаменной болезнью в сочетании с сахарным диабетом 2-го типа или в сочетании с метаболическим синдромом..... | 23 |
| Динамика частоты диареи у больных желчнокаменной болезнью в ходе 10-летнего наблюдения..... | 23 |
| Динамика частоты запоров у больных желчнокаменной болезнью в ходе 10-летнего наблюдения..... | 23 |
| Гепатохолесцинтиграфия в определении особенностей пассажа желчи у пациентов с билиодигестивным анастомозом..... | 24 |

ПАТОЛОГИЯ ПЕЧЕНИ

| | |
|--|----|
| Острая печеночная порфирия. Состояние вопроса в Республике Татарстан..... | 25 |
| Оценка патогенетических маркеров формирования фиброза печени при неалкогольной жировой болезни печени..... | 25 |
| Двухлетняя выживаемость у пациентов с алкогольной болезнью печени в постковидном периоде..... | 25 |
| Трофологические нарушения и их патофизиология при первичном билиарном холангите..... | 26 |
| Лечение пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени с нарушением углеводного обмена..... | 26 |

| | |
|---|----|
| Состояние поглотительно-экскреторной функции печени у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени..... | 26 |
| Комплексное исследование функционального состояния тонкой кишки у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени..... | 27 |
| Об участии энтеральной микробиоты в нарушении липидного обмена у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени..... | 27 |
| Роль N-концевого фрагмента предшественника мозгового натрийуретического пептида в диагностике цирротической кардиомиопатии..... | 27 |
| Влияние полиморфизма <i>PNPLA3</i> на прогрессирование неалкогольной жировой болезни печени | 28 |
| Дефицит лизосомной кислой липазы: клиническая картина, диагностика и лечение на примере клинического наблюдения..... | 28 |
| Диагностическое значение антинуклеарного фактора при аутоиммунных заболеваниях печени... | 29 |
| Поглотительно-выделительная функция печени у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа..... | 29 |
| Особенности нарушений липидного обмена при первичном билиарном холангите | 29 |
| Оценка 8-ОН-дезоксигуанозина в качестве потенциального биомаркера дифференциальной диагностики стеатоза и стеатогепатита при неалкогольной жировой болезни печени | 30 |
| Особенности коррекции печеночной энцефалопатии у пациентов, перенесших трансюгулярное внутривенное портосистемное стентирование. Собственное клиническое наблюдение | 30 |
| Особенности течения вторичного АА-амилоидоза при циррозе печени | 30 |
| Взаимосвязь особенностей питания и метаболического поражения печени рабочих пылеопасных производств | 31 |
| Сравнительная эффективность оценки стеатоза печени у больных неалкогольной жировой болезнью печени с использованием различных технологий | 31 |
| Особенности терапии аутоиммунного гепатита у женщин репродуктивного периода..... | 31 |
| Особенности дебюта аутоиммунного гепатита у женщин в перименопаузальном периоде..... | 32 |
| Поражения желчных протоков у пациентов с аутоиммунным гепатитом..... | 32 |

ПАТОЛОГИЯ КИШЕЧНИКА

| | |
|---|----|
| Оценка экспрессии пептидов в слизистой оболочке толстого кишечника при дивертикулярной болезни | 33 |
| Повышение эффективности терапии синдрома избыточного бактериального роста пищевыми волокнами | 33 |
| Влияние концентрации антител к инфликсимабу на частоту потери ответа при чередовании оригинального препарата инфликсимаба и его биосимиляра у больных язвенным колитом..... | 33 |
| Концентрация зонулина у больных с воспалительными заболеваниями кишечника с наличием инфекции COVID-19 и без COVID-19 | 34 |
| α -1-Антитрипсин – маркер повышения проницаемости стенки кишки при язвенном колите и COVID-19-инфекции | 34 |
| Предиктор тромбоемболических осложнений у больных язвенным колитом тяжелого течения и меры их профилактики..... | 35 |
| Метаболический синдром как фактор риска развития колоректального рака | 35 |
| Синдром раздраженного кишечника и воспалительные заболевания кишечника – есть ли взаимосвязь? | 35 |
| Потенциальные механизмы развития синдрома раздраженного кишечника после инфекции COVID-19..... | 36 |
| Применение магнитно-резонансной энтерографии в оценке воспалительных заболеваний тонкой кишки..... | 36 |

| | |
|---|----|
| Язвенный колит и беременность | 36 |
| Активность дисахаридаз в подвздошной кишке в норме, при синдроме раздраженного кишечника и энтеропатии с нарушением мембранного пищеварения..... | 37 |
| Особенности мембранного пищеварения у больных с синдромом резецированного кишечника | 37 |
| Влияние ребамипида на активность карбогидраз тонкой кишки в зависимости от длительности лечения | 37 |
| Скрининг целиакии у молодых мужчин призывного возраста | 38 |
| Раннее развитие диссеминированного туберкулеза на фоне иммуносупрессивной терапии у пациента с болезнью Крона..... | 38 |
| Особенности ведения пациента с осложненным течением болезни Крона | 39 |
| Особенности течения клостридиальных колитов у больных после COVID-19 | 39 |
| Внекишечные проявления при тяжелом течении синдрома раздраженного кишечника с диареей..... | 39 |
| Диагностика синдрома избыточного бактериального роста в тонкой кишке. Новые возможности водородно-метанового дыхательного теста | 40 |
| Гастроинтестинальные симптомы как фактор риска синдрома избыточного бактериального роста в тонкой кишке у больных с воспалительными заболеваниями кишечника | 40 |
| Уравнение эффективности биологической терапии при язвенном колите | 41 |
| Поражения цитомегаловирусом и вирусом Эпштейна–Барр проксимальных отделов желудочно-кишечного тракта у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника, перенесших COVID-19 | 41 |
| Синдром повышенной эпителиальной проницаемости у больных язвенным колитом и ожирением..... | 41 |
| Висцеральная гиперчувствительность у лиц с повышенным уровнем стресса и депрессии | 42 |
| Реальная практика использования генно-инженерной биологической терапии: оценка эффективности и причины переключения | 42 |
| Системы поддержки для пациентов с синдромом раздраженного кишечника: обзор существующих программ..... | 43 |

ГЕНЕТИКА

| | |
|--|----|
| Экспрессия miR-1301-3p, miR-106A-5p, miR-129-5p, miR-647, miR-3613-3p в плазме пациентов с раком желудка | 44 |
| Опыт стандартизации цитологического исследования опухолей поджелудочной железы по материалу тонкоигольной пункции под контролем эндосонографии..... | 44 |
| Распространенность нейроэндокринных опухолей желудочно-кишечного тракта..... | 44 |
| Лимфома с первичным поражением тонкой кишки: клинические проявления и особенности диагностики | 45 |
| Современные возможности противоопухолевой терапии в лечении метастатического рака желудка..... | 45 |
| Опыт внедрения в Республике Карелии интраоперационного (on-site) цитологического исследования новообразований поджелудочной железы по материалам тонкоигольной пункции под контролем эндосонографии с анализом результатов | 46 |

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

| | |
|---|----|
| Минимально-инвазивная эзофагэктомия. Опыт 100 операций..... | 47 |
| Повторные робот-ассистированные антирефлюксные операции..... | 47 |
| Эндоскопические методики в лечении пациентов с неосложненной формой хронического лучевого проктита | 47 |
| Сравнительная оценка комбинированных рентгенохирургических методов лечения больных с очагами гепатоцеллюлярного рака небольших размеров | 48 |
| Зависимость параметров спайкообразования от метода фиксации при внутрибрюшном размещении эндопротезов у крупных животных: результаты пилотного исследования | 48 |
| Влияние этажа брюшной полости на спайкообразование при интраперитонеальном размещении эндопротезов у крупных животных: результаты пилотного исследования | 48 |
| Особенности хирургического лечения морбидного ожирения в сочетании с желчнокаменной болезнью..... | 49 |
| Расстройства пищеварения у пациентов после бариатрических операций..... | 49 |
| Способ предупреждения постманипуляционного панкреатита: первичные данные | 50 |

ЭНДСКОПИЯ

| | |
|--|----|
| Роль эндоскопических внутрипросветных вмешательств в лечении пациентов с подслизистыми новообразованиями желудка | 51 |
| Результаты эндоскопического лечения пациентов с дивертикулом Ценкера в одном центре..... | 51 |
| Эндоскопическое лечение эпителиальных неоплазий толстой кишки в клиническом госпитале ФКУЗ «МСЧ МВД РФ по г. Москве». Клинико-морфологическая характеристика | 51 |
| Перфорации при эндоскопических чреспапиллярных операциях | 52 |
| Модифицированная методика тракции при эндоскопической подслизистой диссекции | 52 |

РАЗНОЕ

| | |
|--|----|
| Топография массовых показателей слизистой оболочки тонкой кишки в норме, без и после введения ребамипида..... | 53 |
| Модель жирового гепатоза у крыс самцов линии Вистар и варианты его немедикаментозной коррекции | 53 |
| Морфологические варианты хронических гастритов по результатам исследования гастробиоптатов..... | 53 |
| Некоторые патофизиологические аспекты в формировании нарушений моторно-эвакуаторной функции желудка у пациентов с сахарным диабетом 1-го типа..... | 54 |
| Муцинозные опухоли аппендикса: клинико-морфологический анализ 20 случаев | 54 |
| Доклиническая оценка параметров биораспределения отечественного радиофармацевтического препарата ¹¹⁷ Lu-DOТА-TATE в органах желудочно-кишечного тракта крыс in vivo и ex vivo | 55 |
| Бактериальная ДНК крови здоровых детей и детей с ожирением на таксономическом уровне – род | 55 |

Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОБИОТИКОВ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ. НАСКОЛЬКО ПОПУЛЯРЕН ЭТОТ СПОСОБ СРЕДИ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ?

А.Г. Кононова, С.В. Колбасников

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, Тверь, Россия

Цель. Изучить частоту назначения пробиотиков в схемах эрадикации *Helicobacter pylori* и уточнить, какие пробиотические штаммы чаще используются в реальной клинической практике.

Материалы и методы. В исследовании приняли добровольное участие 386 практикующих врачей (264 терапевта, 52 гастроэнтеролога, 63 врача общей практики и 7 гериатров). Данные были получены на основе онлайн-опроса, включавшего позиции, предусматривавшие одиночный выбор из предложенных вариантов ответов.

Результаты. При анализе ответов респондентов выявлено, что большинство (88%) практикующих врачей назначают пробиотики при проведении эрадикационной терапии *H. pylori*. При этом пролонгированный курс пробиотиков более 14 дней рекомендуют 68% опрошенных. Следует отметить, что предпочтение отдается мультиштаммовым пробиотическим препаратам (74%) по сравнению с моноштаммовыми (26%). В зависимости от состава пробиотического препарата различные штаммы *Lactobacillus* рекомендуют 47% врачей, *Bifidobacterium* – 40%, *Saccharomyces boulardii* – 13%. Важно отметить, что не все опрошенные согласны с утверждением, что *H. pylori* требует обязательной эрадикации с использованием протокольных схем. Так, 8% специалистов считают, что выявление *H. pylori* не является показанием к проведению лечения, а 1% полагают, что *H. pylori* можно вылечить «народными» средствами.

Заключение. Пробиотики как адъюванты эрадикационной терапии *H. pylori* способны повысить ее эффективность и предупредить некоторые побочные эффекты антибактериальных препаратов. Практикующие врачи часто используют пробиотики в схемах эрадикации *H. pylori*, предпочитая мультиштаммовые препараты. Вместе с тем опрос выявил необходимость повышения приверженности специалистов соблюдению протоколов лечения в соответствии со стратегией «test-and-treat».

НПВП-ГАСТРОПАТИЯ И РОЛЬ ЭКСПРЕССИИ МОТИЛИНА И СОМАТОСТАТИНА В ЕЕ РАЗВИТИИ

М.А. Осадчук¹, Е.Д. Миронова¹, А.А. Хударова¹, Ю.С. Крылова^{2,3}, М.М. Осадчук⁴

¹ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия;

²ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия;

³ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия;

⁴ГБУЗ «ГП №52» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Введение. Установить уровни экспрессии мотилина (МТ) и соматостатина (СС) в слизистой оболочке желудка (СОЖ) у пациентов с НПВП-гастропатией.

Материалы и методы. Обследованы 153 пациента с НПВП-гастропатией. Все пациенты распределены по группам: 1-я группа – 51 человек с НПВП-гастропатией, вызванной приемом ацетилсалициловой кислоты; 2-я –

50 пациентов с НПВП-гастропатией, связанной с приемом селективных ингибиторов циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2); 3-я – 52 пациента без НПВП-гастропатии, принимающие селективные ингибиторы ЦОГ-2. Группу сравнения составили 40 практически здоровых людей. Участники исследования обследованы по единой программе: клинико-лабораторное, инструментальное, гистологическое и иммуноморфологическое исследования. Эзофагогастро-дуоденоскопия выполнялась перед началом терапии с прицельной биопсией из СОЖ и последующим проведением иммуногистохимического анализа.

Результаты. Пациенты всех групп были различимы по уровням экспрессии СС и МТ в СОЖ ($p < 0,05$). Среди пациентов с эрозивно-язвенными повреждениями желудка экспрессия СС была меньше, а МТ больше по сравнению с пациентами 3-й группы ($p < 0,05$). Во 2-й группе экспрессия этих гормонов была меньше, чем в 1-й группе ($p < 0,05$).

Заключение. Полученные результаты демонстрируют важную роль МТ и СС в возникновении НПВП-гастропатии. Полученные данные дают основание высказать мнение о наличии в СОЖ механизмов, сдерживающих развитие эрозивно-язвенных повреждений желудка посредством стабилизации функционирования местной гормональной системы.

ХРОНИЧЕСКАЯ ГИПЕРГЛИКЕМИЯ И ВЫЖИВАЕМОСТЬ *HELICOBACTER PYLORI* ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

И.В. Маев, В.И. Решетняк

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Проанализировать влияние хронической гипергликемии на выживаемость *Helicobacter pylori* у пациентов с сахарным диабетом (СД).

Материалы и методы. Собственные данные и данные научных публикаций основных электронных медицинских баз данных.

Основные положения. *H. pylori* встречается практически у 1/2 людей земного шара. Показано, что у пациентов с СД *H. pylori* выявляется более часто, чем в общей популяции, что сопровождается значительным увеличением риска развития *H. pylori*-ассоциированных заболеваний. Наряду с этим у пациентов с СД выявлена низкая эффективность эрадикационной терапии инфекции *H. pylori*. У больных СД отмечается взаимосвязь более высокой частоты выявляемости *H. pylori* и более низкой эффективности эрадикационной терапии с уровнем хронической гипергликемии. Точные механизмы этих явлений неизвестны. Для жизнедеятельности, роста и размножения *H. pylori* использует аминокислоты и карбоновые кислоты. Исследования, проведенные в 90-е годы прошлого столетия и позже, указывают на то, что *H. pylori* имеет ферментные системы, способные утилизировать и углеводы, в частности D-глюкозу. То есть у пациентов с СД и хронической гипергликемией *H. pylori* получает преимущества для роста, размножения и выживания, так как может использовать для своей жизнедеятельности не только аминокислоты, но и глюкозу. Предположение позволяет объяснить высокую частоту выявляемости *H. pylori* у больных СД, а также более низкую эффективность у них эрадикационной терапии. В связи с этим прежде чем проводить эрадикацию *H. pylori* у пациентов с СД, необходимо обязательное мониторинговое и целенаправленное коррекция уровня глюкозы крови и гликированного гемоглобина.

Заключение. Несмотря на то, что гипотеза требует дальнейших подтверждений с использованием биохимических, микробиологических, молекулярно-генетических и других

методов исследования, она уже сейчас имеет важное практическое значение для достижения успеха эрадикационной терапии.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВИДЕОКАПСУЛЬНОЙ ЭНДСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Я.М. Вахрушев¹, М.С. Бусыгина¹, П.В. Лебедев²

¹ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Ижевск, Россия;

²БУЗ УР «ГКБ №8» Минздрава Удмуртской Республики, Ижевск, Россия

Цель. Изучить возможности видеокапсульной эндоскопии (ВКЭ) в оценке характера и степени поражения двенадцатиперстной кишки (ДПК) при хронической дуоденальной недостаточности (ХДН).

Материалы и методы. В исследование включены 60 пациентов с ХДН (32 мужчины, 28 женщин). Средний возраст пациентов 37,6±2,3 года. В верификации диагноза, помимо клинических данных, использованы результаты рентгенологических, фиброгастродуоденоскопических и электрофизиологических исследований. Кроме того, проведена ВКЭ ДПК с помощью системы ОМОМ (Китай). Полученные при этом данные анализировали со скоростью 8–10 кадров в секунду с использованием Rapid[®] Reader (версия 7.0).

Результаты и обсуждение. При анамнезе выявлено, что все пациенты с ХДН отмечали диспептические симптомы, представленные у 34 (56,7%) пациентов отрыжкой, у 46 (76,6%) – чувством горечи во рту, у 32 (53,3%) – изжогой, метеоризмом – у 34 (56,6%) и кашицеобразным стулом – у 43 (71,6%) пациентов. У пациентов с ХДН при ВКЭ выявлены выраженные точечные лимфоангиоэктазии, длительное нахождение (38±2,5 мин) капсулы в дистальной части луковицы. Слизистая ДПК отечная, гиперемированная у 60 (100%) пациентов с ХДН. Сниженная перистальтика и гипотония луковицы ДПК выявлены у 56 (93,3%) пациентов. У 52 (86,6%) пациентов ДПК содержит прозрачную жидкость с примесью хлопьев мутной зеленоватой и белой слизи. В нисходящей части редкие точечные выраженные лимфангиоэктазии. В нижней горизонтальной части мутная желчь.

Заключение. Результаты проведенных исследований показали, что ВКЭ дает важную дополнительную информацию о поражении ДПК при ХДН.

ГИПОГЕВЗИЯ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

А.И. Ковешников

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, Тверь, Россия

Цель. Сравнить пороги вкусовой чувствительности (ПВЧ) у больных с рецидивом язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) и у здоровых людей.

Материалы и методы. Обследованы 55 больных (29 мужчин, 26 женщин, медиана возраста 32 года) в стадию эндоскопически подтвержденного обострения ЯБДПК, которые не имели в анамнезе осложнения ЯБДПК. Контрольную группу составили 50 здоровых лиц (28 мужчин, 22 женщины, медиана возраста 34 года). Всем испытуемым проводилась густометрия (оценка ПВЧ) к 4 вкусовым модальностям (горький, кислый, сладкий, соленый вкусы) методом капельных раздражений. Для оценки горького вкуса использовались растворы сульфата магния 8 концентраций, кислое – растворы лимонной кислоты, сладкого и соленого – растворы сахарозы и натрия хлорида соответственно. ПВЧ – наименьшая концентрация тестового раствора, которую испытуемый правильно интерпретирует

при 2-кратной пробе. Снижение ПВЧ называлось гипергевзией, а их повышение, т.е. притупление вкусовой чувствительности, – гипогевзией.

Результаты. По данным густометрии определены ПВЧ у обеих групп испытуемых. ПВЧ к горькому 0,58±0,04% тестового раствора при ЯБДПК и 0,61±0,04% ($p>0,05$) у здоровых лиц, к кислому – 0,15±0,02% при ЯБДПК и 0,26±0,03% ($p<0,05$) у здоровых, к сладкому – 0,55±0,13% при ЯБДПК и 0,51±0,08% ($p>0,05$) в контрольной группе, к соленому вкусу – 0,33±0,03% тестового раствора в основной группе и 0,18±0,02% ($p<0,05$) – в контрольной. Таким образом, выявлено повышение ПВЧ, т.е. гипогевзия, к кислому и соленому у больных с рецидивом ЯБДПК.

Заключение. Для обострения ЯБДПК характерно явление гипогевзии (притупление вкусовой чувствительности) к кислому и соленому вкусам. Это можно объяснять, во-первых, нарушением рефлекторных связей между языком и желудком при рецидиве ЯБДПК, во-вторых, нарушениями вегетативного равновесия. Кроме того, снижение вкусовой чувствительности к кислому может быть связано с гиперацидностью в желудке и кислыми рефлюксами в пищевод, что приводит к притуплению чувствительности рецепторов языка постоянным раздражением.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИПАМИ ЖЕЛУДКА В РУТИННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

И.Ю. Колесникова, А.С. Новикова

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, Тверь, Россия

Цель. Изучить существующую практику лечения больных с полипами желудка (ПЖ) в амбулаторно-поликлинических условиях.

Материалы и методы. В исследование включен 61 пациент с гиперпластическим ПЖ – ГПЖ (мужчин 10, женщин 51; возраст 29–68 лет) и 41 больной с аденоматозным ПЖ – АПЖ (9 мужчин, 32 женщины; возраст 31–71 год). Время наблюдения от выявления первого полипа до момента включения в исследование (направление на эндоскопическую полипэктомию) составило от 1 до 19 лет, в среднем 5,2±0,68 года. Изучались анамнестические данные о проводимой терапии, исследовался актуальный статус инфицирования *Helicobacter pylori*.

Результаты. Диагностика *H. pylori* выполнена 18 (29,5%) больным с ГПЖ и 16 (39,0%) пациентам с АПЖ, почти у всех обследованных обнаружена инфекция *H. pylori*. Проводилась эрадикационная терапия 1-й линии без контроля эффективности эрадикации. При включении в исследование инфицирование *H. pylori* выявлено у 32 (52,5%) больных с ГПЖ, у 29 (70,7%) пациентов с АПЖ, при этом у некоторых больных в анамнезе была неэффективная попытка эрадикации данной инфекции. Короткие курсы ингибиторами протонной помпы – ИПП (до 5 дней) получали 8 (13,1%) больных с ГПЖ и 9 (21,9%) пациентов с АПЖ, длительные курсы ИПП (2 нед и более) – 22 (36,1%) и 19 (46,3%) больных соответственно. ИПП назначались врачом 22 (53,7%) больным с АПЖ, самостоятельный прием отмечен только у 6 (14,6%) пациентов. При ГПЖ ИПП больные принимали вдвое чаще по собственному усмотрению – 20 (32,8%; $p_{\chi^2}<0,05$ по отношению к АПЖ), нежели по назначению лечащего врача, – 10 (16,4%; $p_{\chi^2}<0,05$ по отношению к АПЖ) респондентов. Спазмолитики, прокинетики, ферментные препараты на том или ином этапе лечения назначались больным с ГПЖ и АПЖ в 95,1 и 87,8% случаев соответственно.

Заключение. При амбулаторном ведении больных с АПЖ и ГПЖ недостаточно внимания уделяется диагностике и лечению с контролем эрадикации *H. pylori*, необоснованно часто назначаются ИПП, в том числе в рамках самолечения, а также спазмолитики, прокинетики и ферментные препараты.

РАЗВИТИЕ рН-ИМПЕДАНСОМЕТРИИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

А.В. Казаков, Н.В. Карасиков, А.В. Федичкин, М.М. Трифонов

ЗАО НПП «Исток-Система», Фрязино, Россия

Цель. В клинических рекомендациях Российской гастроэнтерологической ассоциации (РГА) по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни 2020 г. рН-импедансометрия рекомендована с наивысшими уровнями убедительности и достоверности доказательств в 6 ситуациях, в том числе при типичных клинических проявлениях без выраженных эндоскопических изменений и с нормальной морфологической картиной слизистой оболочки пищевода, перед планируемым оперативным лечением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и др. Аналогичные рекомендации имеются в международных консенсусах (Lion, Porto, ICARUS и др.). Сравнивая информацию об антирефлюксных операциях ряда клиник в регионах Российской Федерации и наличие в этих и даже соседних регионах приборов для рН-импедансометрии, можно предположить, что рекомендации РГА и международных консенсусов часто не выполняются. Основные причины – экономический аспект и отсутствие опыта работы у медицинского персонала.

Материалы и методы. Многоцветные ZpH-зонды собственной разработки заметно снижают стоимость одного исследования. Для упрощения эксплуатации рН-импедансометров и дополнительного снижения затрат предложено:

- реализация методики установки ZpH-зонда в пищеводе по скачку импеданса взамен манометрии или рентгена;
- возможность калибровки зондов без нагрева калибровочных растворов;
- возможность исследования ларингофарингеальных рефлюксов;
- реализовать автоматический расчет так называемых новых параметров: индекса пострефлюксной глоток-индуцированной перистальтической волны (PSPW) и среднего ночного базального импеданса (MNBI).

Работа выполнялась в тесном контакте с ведущими специалистами московских клиник.

Результаты. Реализованы и опробованы:

- метод регистрации повышения базового импеданса как маркера выявления верхнего края нижнего пищеводного сфинктера при рН-импедансометрии, позволяющий отказаться от манометрии или рентгена при установке ZpH-зонда;
- исследование ларингофарингеальных рефлюксов;
- метод «холодной» калибровки;
- автоматический расчет PSPW и MNBI.

Заключение. Проведенная работа открывает более широкие перспективы внедрения клинических рекомендаций РГА в регионах РФ.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ И ПИЩЕВЫЕ ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ РЕФЛЮКСНОГО СИНДРОМА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Т.Е. Джулай, Г.С. Джулай, Е.В. Машкина, Е.П. Дульнева
ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, Тверь, Россия

Цель. Изучение клинических проявлений и предикторов рефлюксного синдрома (РС) у молодых лиц.

Материалы и методы. Студенты Тверского ГМУ анонимно и добровольно на интернет-платформе Google Forms ответили на оригинальную анкету из 17 вопросов для оценки пищевого поведения и образа жизни, детализации проявлений РС. Отобраны 95 человек (мужчин – 29; женщин – 66) с признаками РС в возрасте от 18 до 25 лет.

Результаты. Изжогу испытывали 1/4 опрошенных (25,3%), преимущественно (20,0%) не чаще 3–4 раз в месяц. Редкие ночные эпизоды описывали 4,2% студентов, частые – 2,1%. Для купирования изжоги 88,4% респондентов не нуждались в антацидах, 2,1% принимали их ежедневно, 9,5% – несколько раз в неделю. Периодическую отрыжку воздухом отмечали 62,1% опрошенных, частую – 7,4%, постоянную – 2,1%. Першение в горле и осиплость голоса отмечали 10,5% респондентов, кислый привкус и жжение языка – 16,8%; только 2,1% заметили закономерную связь РС с поструральными факторами. Всего 40,0% опрошенных стремились к рациональному и сбалансированному рациону, у 22,1% в нем преобладали мясные продукты, у 6,4% – растительные, 31,5% не смогли четко оценить свои предпочтения. Кофе, чай и газированные напитки 46,3% студентов употребляли часто, 28,4% – постоянно, 25,3% – изредка. При этом 67,4% опрошенных не курили, курильщики вейпов и обычных сигарет представлены в 13,7% случаев. Сон на высокой подушке был комфортен для 56,8% респондентов, на плоской – для 39,0%, без подушки спят 4,2% студентов. Спортом не занимались 66,3% студентов, остальные предпочитали разные виды физической активности – силовые и кардиотренировки в спортзале, плавание, фитнес. При этом 57,9% опрошенных отрицали семейные случаи подтвержденной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, у остальных имелся как минимум один родственник с РС.

Заключение. Анализ проявлений РС у молодых лиц, его пищевых и поведенческих предикторов дает возможность на субклиническом этапе болезни рекомендовать профилактические меры, противодействующие его прогрессированию.

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

А.Ю. Горбунов, В.А. Зеленин, Е.В. Сучкова, М.А. Горбунова, К.Р. Галеева, Д.В. Курносова, Д.Р. Фаррахова

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Ижевск, Россия

Введение. Ежегодно в Удмуртской Республике регистрируется более 130 тыс. случаев заболеваний органов пищеварения среди взрослого населения, из них до 20% пациентов – с впервые установленным диагнозом, а более 40% из них состоят на диспансерном учете. При этом гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) является одним из наиболее распространенных заболеваний органов пищеварения.

Цель. Оценить частоту встречаемости ГЭРБ у пациентов гастроэнтерологического отделения больницы г. Ижевска.

Материалы и методы. Пролечены 830 пациентов с диагнозом ГЭРБ в гастроэнтерологическом отделении БУЗ УР «ГКБ №8 им. И.Б. Однопозова» г. Ижевска в период с 2019 по 2021 г. Верификация диагноза ГЭРБ осуществлялась на основании результатов эзофагогастродуоденоскопии и рентгеноскопии пищевода и желудка.

Результаты. По данным проведенного исследования среди пациентов с ГЭРБ мужчин было 58,52%, женщин – 41,48%. При этом среди мужчин диагноз чаще встречался в возрасте от 16 до 35 лет (34,07%), а среди женщин – от 56 до 75 лет (25,9%). ГЭРБ как основное заболевание диагностировалось у 135 пациентов. Из них в 2019 г. число больных составило 79 (58,52%), в 2020 г. – 22 (16,29%), в 2021 г. – 34 (25,19%) человека. ГЭРБ как сопутствующая патология отмечалась у 695 пациентов. Из них в 2019 г. число больных составило 399 (57,41%), в 2020 г. – 124 (17,84%) и в 2021 г. – 172 (24,75%) человека. Наиболее частой сопутствующей патологией являлись хронический панкреатит – 58,14%, хронический гастрит – 14,08% и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки – 13,95% случаев.

Заключение. Частота встречаемости ГЭРБ в условиях гастроэнтерологического отделения больницы г. Ижевска

как самостоятельного заболевания составила 16,3%. Мужчины болеют чаще, преимущественно в возрасте от 16 до 35 лет. В большинстве случаев ГЭРБ встречается как сопутствующая патология, что может быть связано с атипичным течением заболевания и поздней обращаемостью к гастроэнтерологам.

МАРКЕРЫ СНИЖЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА

Д.Д. Казарин, А.Е. Шкляев
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Ижевск, Россия

Введение. Состояние желудочно-кишечного тракта, особенно желудка, играет важную роль в компенсации сахарного диабета (СД). Основной причиной развития патологии желудка является бактерия *Helicobacter pylori*. Больные СД 2-го типа (СД 2) – группа риска по инфицированию *H. pylori* в силу нарушений секреции, моторики желудочно-кишечного тракта и угнетения иммунитета. Стандартная схема эрадикационной терапии (ЭТ) зачастую показывает низкую эффективность у пациентов с СД 2, в связи с чем актуальным является анализ показателей, позволяющих определить ее результат.

Материалы и методы. Обследованы 60 пациентов обоего пола в возрасте $60,4 \pm 3,9$ года с диагнозом хронического *H. pylori*-ассоциированного гастрита на фоне СД 2. Для выявления маркеров эффективности ЭТ проведен дисперсионный анализ с применением критерия Фишера, зависимая переменная – наличие *H. pylori*-инфекции после проведения ЭТ, а влияющие переменные – индекс массы тела, наличие сопутствующих заболеваний (ишемическая болезнь сердца, жировой гепатоз, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, хронический панкреатит), длительность СД, гликированный гемоглобин, выраженность гастроэнтерологической симптоматики по опроснику GSRS (абдоминальная боль, рефлюкс-синдром, диарейный синдром, диспептический синдром, констипационный синдром), серотонин сыворотки крови, уровень кислотопродукции.

Результаты. По данным проведенного дисперсионного анализа прогностическими маркерами недостаточной эффективности антихеликобактерной терапии у обследованных пациентов с СД 2 выступают высокие значения индекса массы тела ($F=16,7, p=0,00$), длительности СД ($F=11,1, p=0,036$), гликированного гемоглобина ($F=14,1, p=0,00$), а также выраженности рефлюкс-синдрома ($F=17,9, p=0,00$) и диспептического синдрома ($F=3,6, p=0,02$).

Заключение. Планирование ЭТ у пациентов с СД 2 с учетом выявленного набора клинико-лабораторных показателей позволит улучшить ее результативность и персонализировать подход к лечению этой категории пациентов.

МЕСТО МОТИЛИНА В РАЗВИТИИ МОТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОЙ ТРУБКИ ПРИ ПОСТПРАНДИАЛЬНОМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМЕ

А.Е. Шкляев, А.А. Шутова, Д.Д. Казарин
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Ижевск, Россия

Введение. Функциональная диспепсия (ФД) – частая патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). В Римских критериях IV выделено 2 варианта ФД: синдром боли в эпигастрии и постпрандиальный дистресс-синдром (ПДС). В идентификации варианта ФД может помочь профиль гормонов ЖКТ. Показан более высокий уровень мотилина в крови при ПДС.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 67 человек в возрасте $22,1 \pm 0,19$ года без органической патологии ЖКТ. Пациенты были распределены на 2 сопостави-

мые группы: с ПДС (33 человека) и практически здоровые (34 человека). Уровень мотилина определялся до и после питьевого теста, позволяющего оценить влияние водной нагрузки на клинико-функциональное состояние желудка.

Результаты. Исходно концентрация мотилина в крови пациентов с ПДС ($9811,67 \pm 61,14$ пг/мл) значимо не отличалась от уровня здоровых ($9664,81 \pm 140,36$ пг/мл; $p=0,417$). После питьевого теста его уровень в крови пациентов с ПДС и у здоровых лиц статистически значимо снизился ($9613,33 \pm 116,93$ пг/мл; $p=0,03$ и $9494,56 \pm 70,67$ пг/мл; $p=0,002$ соответственно). По результатам корреляционного анализа в группе здоровых установлена отрицательная связь между концентрацией мотилина в крови натощак и выраженностью рефлюкс-синдрома ($r=-0,639, p=0,014$), что связано с его антирефлюксным действием. В группе с ПДС обнаружена положительная корреляция между интенсивностью рефлюкс-синдрома и уровнем мотилина в крови до ($r=0,866, p=0,000$) и после питьевого теста ($r=0,866, p=0,000$), что свидетельствует о нарушениях мотилинотропного механизма регуляции моторики желудка. Также выявлена отрицательная связь между выраженностью диспептического синдрома и объемом выпитой в питьевом тесте жидкости у пациентов с ПДС, что свидетельствует о нарушении релаксационной аккомодации у лиц с ПДС.

Заключение. Анализ взаимосвязей уровня мотилина с клиническими проявлениями свидетельствует о нарушении мотилинотропного механизма регуляции моторики желудка у лиц с ПДС.

КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СДВИГОВ В КАЛЬЦИЙРЕГУЛИРУЮЩЕЙ СИСТЕМЕ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

Л.А. Фомина
ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет», Тверь, Россия

Введение. В патогенезе гастродуоденальных язв (ГДЯ) недооценивается состояние и значение кальцийрегулирующей системы (КРС).

Цель. Выяснить состояние КРС, кальциево-фосфорного баланса при ГДЯ, роль этих изменений в ульцерогенезе.

Материалы и методы. Обследованы 57 больных с ГДЯ, средний возраст – $34,9 \pm 10,7$ года, у которых проводились клиническое и эндоскопическое исследования, определялись паратгормон, кальцитонин, кальций и фосфор крови, изучались результаты внутрижелудочной рН-метрии, уровни пепсиногена и гастромукопротеидов желудочного сока. Экспериментальная часть включала 47 кроликов, разделенных на 3 группы: 15 животным с целью воспроизведения язв желудка наносилась травма солнечного сплетения (СС), 16 особей были в условиях комбинированного воздействия – травма СС и введение паратгормона, 16 – травма СС и применение кальцитонина. Через 14 дней от начала эксперимента анализировалась динамика изменений в слизистой оболочке желудка с подсчетом эрозивно-язвенного индекса (ЭЯИ), изучались кальций и фосфор крови у животных.

Результаты и обсуждение. Исследования показали, что ГДЯ сопровождалась функциональными сдвигами в КРС, проявляющимися значимыми повышением паратгормона и кальция, снижением фосфора крови. Этому сопутствовало увеличение кислото- и пепсиногенообразования, снижение уровня гастромукопротеидов в желудочном соке. Травма СС у кроликов сопровождалась развитием эрозивно-язвенных изменений желудка (ЭЯИ $1,7 \pm 0,7$). Введение животным паратгормона до и после травмы СС приводило к увеличению поражений желудка (ЭЯИ $4,7 \pm 0,7$), значимому ($p < 0,05$) повышению кальция и снижению фосфора крови по сравнению с предыдущими животными. Испол-

зование кальцитонина до и после травмы СС, напротив, существенно снижало поражения слизистой оболочки желудка (ЭЯИ $0,8 \pm 0,3$) и не вызывало развитие кальциево-фосфорного дисбаланса.

Заключение. Диспепсия позволила уточнить роль дисфункции КРС в язвенногенезе, определить рациональность коррекции выявленных изменений воздействием на различные ее звенья.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ ТИПАМИ АХАЛАЗИИ

Э.Р. Валитова¹, В.В. Огарев^{1,2}, Н.А. Сирота², О.И. Березина¹, Д.С. Бордин^{1,3}, А.А. Петров², Н.А. Бодунова¹

¹ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;

²ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия;

³ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, Тверь, Россия

Введение. Ахалазия – это хроническое заболевание пищевода, проявляющееся дисфагией, срыгиванием пищи и снижением веса, что может сопровождаться снижением качества жизни пациентов.

Цель. Изучить особенности восприятия болезни и качества жизни у пациентов с различными типами ахалазий.

Материалы и методы. Проведено обследование 67 пациентов с ахалазией, которое включало эзофагогастроуденоскопию, манометрию пищевода высокого разрешения, оценку качества жизни и комплексное психодиагностическое тестирование. Средний возраст всех пациентов составил $52,36 \pm 15,33$ года. Женщин – 54,2%, мужчин – 45,8%.

Результаты. По данным манометрии пищевода все пациенты были разделены на 3 группы: 1-я группа – с I типом ахалазии (20 больных), 2-я – со II типом (34 человека) и 3-я группа – с III типом (13 человек). Пациенты с I и II типами более осведомлены о своем заболевании, чем пациенты III типа, которые, в свою очередь, описывают свое заболевание как малопонятное. Оценка качества жизни показала, что следующие показатели (психический компонент здоровья, психологическое здоровье, социальное функционирование и общее здоровье) отличались статистической достоверностью. Пациенты с I типом заболевания в меньшей степени ощущают воздействие болезни на их эмоциональное состояние, утомляемость и социальную активность. Больные 2-й группы чаще испытывают тревожно-депрессивные переживания, а также ограничения социальных контактов, снижение уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния в сравнении с пациентами 1-й группы. Больные из группы 2 хуже оценивают свое состояние здоровья и перспективы лечения, чем пациенты группы 1.

Выводы. Пациенты с I типом ахалазии в меньшей степени воспринимают болезнь как малопонятную, поэтому качество жизни у них выше, чем в остальных группах. II тип ахалазии характеризуется более выраженным снижением качества жизни и повышенным уровнем тревожности и депрессии.

ВЛИЯНИЕ ВКЛЮЧЕНИЯ РЕБАМИПИДА В СХЕМЫ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

А.С. Багдасарян, А.К. Фоменко

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Оптимизация существующих схем терапии *Helicobacter pylori*-ассоциированного хронического гастрита приобретает сегодня особую значимость, и перспективным в этом направлении представляется добавление к схеме эрадикации гастропротектора ребамипида.

Цель – оценка изменения качества жизни (КЖ) пациентов с хроническим *H. pylori*-ассоциированным гастритом при добавлении ребамипида к стандартной тройной схеме эрадикации.

Материалы и методы. В исследование включены 54 пациента обоего пола (18–65 лет) с подтвержденным по данным фиброгастроуденоскопии диагнозом хронического гастрита, положительным результатом 13С-УДТ. Пациенты были рандомно 1:1 разделены на 2 группы по принципу добавления/недобавления ребамипида 100 мг 3 раза в день на 28 дней к стандартной 14-дневной тройной схеме эрадикации: кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки, Флемоксин Соллютаб 1000 мг 2 раза в сутки, Нексиум 20 мг 2 раза в сутки. В группу ребамипида включены 29 пациентов (12 мужчин, $48,58 \pm 3,28$ года; 17 женщин, $42,76 \pm 2,90$ года), группу контроля составили 29 человек (14 мужчин, $47,6 \pm 3,86$ года; 15 женщин, $43,58 \pm 3,12$ года). Для оценки КЖ был использован стандартный опросник SF-36, заполнявшийся пациентами исходно и через 28 дней после начала терапии. Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 3.0.7 («Статтех», Россия).

Результаты. Пациенты экспериментальной группы, принимавшие дополнительно ребамипид, отметили снижение показателей по данным опросника SF-36 со 100 ± 6 [доверительный интервал – ДИ 98; 103] пунктов исходно до 93 ± 5 [ДИ 91; 95] пунктов при окончании терапии, что позволяет судить об улучшении их КЖ за указанный период. Изменения были достоверны; $p=0,032$ ($p<0,05$). Показатели у пациентов группы контроля снизились со 101 ± 5 [ДИ 99; 103] пунктов исходно до 97 ± 5 [ДИ 95; 99] пунктов через 28 дней, однако различия не были достоверны ($p=0,339$).

Заключение. Дополнительное включение ребамипида в схемы стандартной тройной эрадикационной терапии достоверно улучшает КЖ пациентов, принимающих ребамипид в течение 28 дней.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА И НАРУШЕНИЯ СНА БОЛЬНЫХ С МАЛЫМИ ГРЫЖАМИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

И.А. Зябрева, Г.С. Джулай

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, Тверь, Россия

Цель. Изучить особенности психического статуса больных с малыми грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (МГПОД) и их связь с нарушениями сна.

Материалы и методы. Обследованы 68 пациентов с МГПОД (I–II степени) с наличием рефлюкс-эзофагита I–III степени по классификации Savary–Miller (мужчин – 25, женщин – 43, средний возраст 47 ± 13 лет). Базовые свойства личности больного оценивались по данным теста СМОЛ. Значения профиля от 65 до 80 Т-баллов указывали на умеренные невротические нарушения, показатели выше 80 Т-баллов – на выраженные психопатические расстройства. Для оценки нарушений сна использовалась шкала Ю.А. Александровского.

Результаты. В профилях СМОЛ наиболее высокие средние показатели выявлены по шкалам депрессии ($60,3 \pm 19,5$ Т-баллов) и ипохондрии ($57,9 \pm 15,7$ Т-баллов). При отсутствии или слабовыраженных нарушениях психической адаптации по шкале депрессии ($n=35$) пресомнический индекс был равен $4,7 \pm 2,1$ балла, интрасомнический – $5,3 \pm 1,9$, постсомнический – $4,7 \pm 1,7$, суммарный индекс – $14,6 \pm 4,9$. При умеренных невротических нарушениях ($n=25$) эти показатели составили $4,6 \pm 1,9$, $5,6 \pm 1,6$, $4,4 \pm 1,5$

и 14,5±3,9 балла соответственно. При выраженных психопатических расстройствах (n=8) индекс пресомнических нарушений сна был равен 5,5±1,4 балла, интрасомнических – 5,6±0,9, постсомнических – 5,0±1,8, суммарный индекс – 16,1±3,0. При отсутствии или слабовыраженных нарушениях психической адаптации по шкале ипохондрии (n=44) индекс пресомнии составлял 4,6±2,0 балла, интрасомнии – 5,5±1,7, постсомнии – 4,5±1,6, суммарный индекс – 14,6±4,5. При умеренном уровне невротических расстройств (n=24) данные показатели были равны 5,0±1,9, 5,3±1,7, 4,8±1,6 и 15,0±4,2 балла соответственно. Во всех случаях статистически значимых различий ($p < 0,05$) не установлено.

Заключение. Полученные данные указывают на отсутствие отчетливой взаимосвязи диссомний с преобладающими тенденциями в профиле личности больных с МГПОД – депрессивными и ипохондрическими, в отличие от ранее показанной нами их связи с ночными регургитациями.

ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕЙРОКИНИНА А И СУБСТАНЦИИ Р С ПОКАЗАТЕЛЯМИ МОТОРИКИ ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

С.В. Морозов, И.В. Ворожко

ФГБУН «Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи», Москва, Россия

Введение. Нейрокинин А (НКА) и субстанция Р (СП) могут быть ответственны за гиперреактивность дыхательных путей; известна зависимость их сывороточной концентрации у животных от закисления пищевода. Однако взаимосвязь между концентрацией НКА и СП в сыворотке крови и параметрами манометрии высокого разрешения и суточной пищеводной рН-импедансометрии (МП-рН) у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) изучена недостаточно.

Цель. Изучить различия в сывороточной концентрации НКА и СП у больных эрозивным эзофагитом (ЭЭ) и неэрозивной формой ГЭРБ (НЭРБ) и провести корреляционный анализ взаимосвязи между концентрациями этих веществ

и данными МП-рН и манометрии пищевода высокого разрешения (ВРПМ).

Материалы и методы. Материалом исследования служили данные обследования 88 больных ГЭРБ (31 – с ЭЭ и 57 – с НЭРБ). Диагноз ГЭРБ установлен в соответствии с Лионским консенсусом. Наличие аутоиммунных заболеваний, прием иммуносупрессоров, антисекреторных средств и препаратов, влияющих на моторику пищевода, являлись критериями исключения. Пациентам выполнялась ВРПМ с использованием 36-канальных твердотельных катетеров (Unisensor) и МП-рН (MMS). Концентрации НКА и СП в сыворотке крови определялись на анализаторе Sunrise со стандартными ИФА-наборами (BSM). Для сравнения результатов в группах ЭЭ и НЭРБ и для проведения корреляционного анализа использовалась непараметрическая статистика.

Результаты. Время с рН<4 (ВЭК) и количество высоких гастроэзофагеальных рефлюксов (ГЭР) были выше в группе ЭЭ в сравнении с НЭРБ (табл.), однако количество рефлюксов и концентрации НКА и СП достоверно не отличались. Среднее, минимальное и остаточное давление нижнего пищеводного сфинктера в покое (среднее по 10 глоткам воды 5 мл) было ниже в группе ЭЭ в сравнении с НЭРБ. Выявлена прямая зависимость между концентрацией СП в сыворотке крови и количеством ГЭР (коэффициент корреляции Спирмена $R=0,26$), ВЭК ($R=0,25$) и количеством ГЭР длительностью >5 мин ($R=0,35$). Концентрация НКА в сыворотке крови прямо коррелировала с количеством ГЭР>5 мин ($R=0,28$) и имела обратную зависимость с уровнями интегрального давления расслабления нижнего пищеводного сфинктера – НПС ($R=-0,32$), а также скоростью фронтального сокращения ($R=-0,38$). Корреляционных зависимостей с другими параметрами оценки функции пищевода для НКА и СП не выявлено.

Заключение. Сывороточные концентрации НКА и СП не зависят от наличия эзофагита у больных ГЭРБ. Установленные корреляционные зависимости могут свидетельствовать об участии НКА и вещества Р в патогенезе ГЭРБ.

Работа выполнена в рамках НИР №FGMF-2022-0005 Министерства науки и высшего образования РФ.

| Показатели оценки моторики и сывороточные концентрации НКА и СП у больных ГЭРБ | | | |
|--|----------------------------------|----------------------|---------------|
| | НЭРБ, n=57 Медиана [25%; 75%] | ЭЭ, n=31 | p |
| МП-рН | | | |
| количество ГЭР, n | 45 [30; 70] | 52 [35; 78] | 0,76 |
| кислые ГЭР, n | 24 [10; 41] | 32 [18; 53] | 0,39 |
| слабокислые ГЭР, n | 16 [10; 29] | 12 [8; 22] | 0,2 |
| высокие ГЭР, n | 10,5 [5; 24] | 17 [12; 26] | 0,07 |
| время с рН<4, %* | 4,3 [1,2; 11,6] | 8,8 [5; 12] | 0,02 |
| средние значения рН* | 5,5 [4,9; 5,7] | 5,2 [4,9; 5,6] | 0,4 |
| ГЭР длительностью >5 мин, n | 2 [0; 7] | 5 [0; 9] | 0,32 |
| ВРПМ | | | |
| среднее давление покоя НПС (в покое), мм рт. ст. | 32,5 [18; 41] | 21,5 [10; 29] | 0,08 |
| минимальное давление покоя НПС (в покое), мм рт. ст. | 14 [8; 19] | 10,5 [0; 13] | 0,07 |
| среднее давление покоя НПС (по 10 глоткам с 5 мл воды), мм рт. ст. | 28 [17; 32] | 18 [10; 21] | 0,03 |
| минимальное давление покоя НПС (по 10 глоткам с 5 мл воды), мм рт. ст. | 14 [8; 19] | 10,5 [0; 13] | 0,047 |
| остаточное давление НПС, мм рт. ст. | 16 [13; 22] | 10,5 [5; 13] | 0,0005 |
| % расслабления НПС | 23 [13; 36] | 26,5 [13; 39] | 0,67 |
| интегральное давление расслабления НПС (IRP4), мм рт. ст. | 14,7 [10,6; 18,6] | 7,4 [3,9; 11,6] | 0,46 |
| скорость фронтального сокращения (CFV), см/с | 3,9 [3,4; 4,8] | 4,2 [3,9; 5,1] | 0,46 |
| дистальный сократительный интеграл (DCI), мм рт. ст./см/с | 691 [415; 1140] | 775 [319; 919] | 0,61 |
| дистальная латентность (DL), с | 7,5 [6,8; 8,6] | 7,1 [6,6; 8,5] | 0,6 |
| неэффективная моторика пищевода, % | 31,5 | 35,5 | 0,7 |
| Сывороточные маркеры, нг/мл | | | |
| НКА | 0,65 [0,31; 1,62] | 0,68 [0,34; 1,31] | 0,73 |
| СП | 582,5 [437,4; 793,3] | 591,1 [457,1; 674,1] | 0,9 |

*В нижней трети пищевода.

КОНЦЕНТРАЦИЯ АНТИТЕЛ К АЦЕТИЛХОЛИНУ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСКИНЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

Э.Р. Валитова, А.С. Дорофеев, О.И. Березина
ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Введение. Считается, что в патогенезе ахалазии лежит патологическая аутоиммунная реакция, в ответ на которую происходит воспаление в нейромышечных ганглиях, в последующем приводящее к их атрофии. Стимуляция блуждающего нерва в норме приводит к перистальтическому сокращению пищевода, при ахалазии перистальтического сокращения не наблюдается, а наоборот, происходит повышение тонуса нижнего пищеводного сфинктера. Поэтому холинолитики противопоказаны к применению у больных с ахалазией. В связи с этим **цель** нашего исследования – изучить концентрацию антител к ацетилхолину у пациентов с различными типами ахалазии.

Материалы и методы. Проведено обследование 110 пациентов с ахалазией, 6 человек с диффузным эзофагоспазмом (ДЭС) или 8 – с гиперконтрактильным пищеводом (ГП) в возрасте от 22 до 76 лет. Обследование включало эзофагогастродуоденоскопию, манометрию пищевода высокого разрешения. Анализ концентрации антител к ацетилхолину в крови проводился полуколичественным методом на иммунофлуоресцентном анализаторе. Женщин – 58%, мужчин – 42%. В качестве контрольной группы взяты практически здоровые 22 человека.

Результаты. По данным манометрии пищевода высокого разрешения все пациенты с ахалазией разделены на 3 группы: 1-я группа – с I типом ахалазии (35 больных), 2-я – со II типом (54 человека) и 3-я группа – с III типом (21 человек). В группе сравнения были 8 пациентов с ГП и 6 – с ДЭС. Концентрация антител к ацетилхолину выше 0,45 нмоль/л считалась патологической. Средняя концентрация антител к ацетилхолину была в пределах нормы во всех исследуемых группах и статистической достоверностью не отличалась. Однако повышенный уровень антител встречался у 34% пациентов с I типом ахалазии, у 33% – со II типом, у 14% – с III типом ахалазии и у 35% здоровых лиц. В группе с ДЭС и ГП таких пациентов не было.

Заключение. Повышение уровня антител к ацетилхолину может косвенно свидетельствовать об их участии в патогенезе заболевания, но это требует дальнейшего изучения.

ХРОНИЧЕСКИЙ АТРОФИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕИНВАЗИВНОГО СКРИНИНГА, РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ ЭТАП

А.Г. Сушилова, И.Г. Бакулин, М.Ю. Серкова
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Ранняя неинвазивная диагностика предраковых заболеваний желудка на амбулаторном этапе, а именно хронического атрофического гастрита (ХАГ), является актуальной проблемой. Несмотря на общую тенденцию к снижению заболеваемости раком желудка (РЖ) в Российской Федерации, выявляемость РЖ на I стадии отмечается лишь в 12,4%, а частота диагностики РЖ на IV стадии составляет 39,9% случаев.

Цель. Определить эффективность скрининга ХАГ как предракового заболевания при использовании серологического метода определения пепсиногена I (PG-I), пепсиногена II (PG-II), гастрина-17 (G-17).

Материалы и методы. В исследование включены 395 человек в возрасте от 40 до 70 лет, участвовавших в диспансеризации взрослого населения Санкт-Петербурга. Средний возраст

составил 53±8,6 года. Всем участникам исследования выполнялось определение в сыворотке крови PG-I, PG-II, G-17 и антител к *Helicobacter pylori*. Лицам с «серологическими» признаками ХАГ выполнена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с хромоэндоскопией и биопсия слизистой оболочки желудка (СОЖ) по OLGA. Для обработки полученных данных использовались методы непараметрической статистики.

Результаты. Серологические признаки ХАГ выявлены у 49 (12,4%) человек, среди которых ЭГДС с биопсией СОЖ по OLGA выполнена 29 (59%) пациентам; средний возраст составил 58±8,6 года (20 человек от ЭГДС отказались). Среди пациентов с серологическими критериями ХАГ, кому выполнялись ЭГДС и биопсия СОЖ, морфологические признаки ХАГ выявлены в 96,7% случаев. У 27 (93%) из 29 человек выявлен ХАГ с преимущественным поражением тела желудка или атрофический пангастрит, в 7% (n=2) случаев диагностирован ХАГ в антральном отделе желудка. С учетом выполненных методов обследования (серологический метод, морфологический метод оценки СОЖ, расчетный) распространенность ХАГ среди взрослого населения от 40 до 70 лет составляет 12%.

Заключение. Морфологические признаки ХАГ выявлены у 96,7% пациентов с серологическими критериями атрофического гастрита, что говорит о высокой чувствительности определения серологических показателей PG-I, PG-II, G-17 для выявления атрофии СОЖ. Распространенность ХАГ среди взрослого населения от 40 до 70 лет составляет 12%.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И КОПИНГ-СТРАТЕГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

А.О. Савиных¹, А.С. Юдицкая¹, С.И. Радван¹, В.С. Делеви¹, Н.А. Бодунова², М.Г. Ивашкина^{1,2}, Л.Д. Фирсова²

¹ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия;

²ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Цель. Выявить взаимосвязь копинг-стратегий и степени контроля ситуации у пациентов с хроническими гастроэнтерологическими заболеваниями.

Материалы и методы. Обследованы 42 пациента (24 мужчины и 18 женщин в возрасте от 18 до 77 лет) в период госпитализации в ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» по поводу обострения хронического заболевания.

Методы исследования. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), тест жизнестойкости С. Мадди (адаптация Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой), опросник «Копинг-стратегии» Лазаруса. Статистическая обработка проводилась с использованием критерия Крускала–Уоллиса.

Результаты. У 52% испытуемых выявлены тревожно-депрессивные нарушения субклинического или клинического уровня выраженности. Различий по частоте выявления данных нарушений в разных возрастных группах не выявлено. По результатам методики «Тест жизнестойкости» испытуемые разделены на 2 группы: высокий уровень выраженности компонента контроля – 78,6% пациентов (1-я группа), средний и ниже – 21,4% (2-я группа). Различия по частоте достоверны при $p < 0,05$. Сравнение способов совладающего поведения показало достоверные различия ($p < 0,05$) в преобладании копинг-стратегии планирования решения проблемы у испытуемых 1-й группы (при сравнении средних значений копинга в группах 14 и 9 соответственно) и преобладание копинг-стратегии бегства-избегания у испытуемых 2-й группы (при средних значениях копинга 15 и 11 соответственно).

Заключение. У пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями отмечаются прямые корреляционные связи копинг-стратегии планирования решения проблемы с высоким уровнем контроля и копинг-стратегии бегства-избегания – с низким уровнем контроля. Полученные данные (в сочетании с оценкой психоэмоционального состояния пациента при обследовании) имеют практическое значение для выбора направленности психологического консультирования пациентов в период обострения гастроэнтерологического заболевания.

ПОКАЗАТЕЛИ МАНОМЕТРИИ ПИЩЕВОДА ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОЦЕНТРОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В РОССИИ

С.В. Морозов¹, Д.С. Бордин², Э.Р. Валитова², В.А. Исаков¹, М.М. Кирильцева³, А.А. Смирнов³

¹ФГБУН «Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи», Москва, Россия;

²ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;

³ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Оценить нормальные значения показателей манометрии пищевода высокого разрешения у лиц без клинических и/или инструментальных признаков заболеваний пищевода, проживающих в России.

Материалы и методы. Материалом исследования (рег. номер NCT03829865 на clinicaltrials.gov) послужили данные, полученные в ходе обследования лиц без признаков заболеваний пищевода, проживающих в России и давших письменное согласие на участие в исследовании. Всем участникам выполнялась манометрия пищевода высокого разрешения по протоколу Чикаго-3 и рекомендациям Российского совета экспертов по манометрии пищевода высокого разрешения. Для исключения наличия заболеваний пищевода использовались данные жалоб, анамнеза, а также инструментального обследования. Проведен анализ данных манометрии пищевода высокого разрешения в зависимости от возраста, пола, индекса массы тела и типа используемых зондов (водно-перфузионных – ВП или твердотельных – ТТ).

Показатели манометрии пищевода высокого разрешения у здоровых добровольцев

| | ТТ катетеры, n=32 Медиана [25%–75%] | ВП катетеры, n=11 |
|---|--|----------------------|
| Дистальный сократительный интеграл (DCI), мм рт. ст./с/см | 1290,2 [706,5–1639] | 1042 [919–1677] |
| Дистальная латентность (DL), с | 6,1 [5,8–6,7] | 6,9 [6,5–7,8]* |
| Скорость фронтального сокращения (CFV), см/с | 5,0 [4,2–5,8] | 4,5 [3,3–5,5] |
| Интегральное давление расслабления (IRP), мм рт. ст. | 12,6 [8,5–14,5] | 5 [4–8]* |
| Внутриоблюсное давление (IBP), мм рт. ст. | 5,2 [3–8,5] | 11 [9–14]* |

* $p < 0,05$.

Результаты. Были доступны данные обследования 43 человек: 32 (62,5% женщин) обследованы с использованием ТТ и 11 (63,6% женщин) – ВП зондов. Возраст лиц в группе ТТ был выше: $50,1 \pm 15,4$ года в сравнении с группой ВП: $24,7 \pm 5,8$ года; $p < 0,001$. Статистическая мощность исследования составила 53%. Показатели интегрального давления расслабления, дистальной латентности и внутриоблюсного давления существенно отличались у обследуемых в группах ТТ и ВП (табл.). Корреляционный анализ выявил прямую достоверную взаимосвязь между типом использованного зонда и данными внутриоблюсного давления (R по Спирмену 0,58), а также дистальной латентности ($R=0,46$). Обратная зависимость от типа зонда выявлена для интегрального давления расслабления ($R=-0,50$). Выявлена обратная взаимосвязь возраста пациентов со значениями дистальной латентности ($R=-0,31$), что может отражать возрастные физиологические особенности моторики пищевода.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о том, что у здоровых добровольцев имеются различия по показателям моторики пищевода при использовании различного типа катетеров. Промежуточный анализ данных выявил гетерогенность популяций обследованных по возрасту. Выявлены корреляционные зависимости между демографическими, антропометрическими данными и рядом параметров манометрии пищевода высокого разрешения. Требуется продолжение исследования с включением дополнительного числа пациентов.

Патология поджелудочной железы

ИССЛЕДОВАНИЕ ВСАСЫВАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

М.С. Бусыгина¹, П.В. Лебедев²

¹ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Ижевск, Россия;

²БУЗ УР «ГКБ №8» Минздрава Удмуртской Республики, Ижевск, Россия

Цель. Комплексное изучение всасывательной функции двенадцатиперстной кишки (ДПК) при хронической дуоденальной недостаточности (ХДН).

Материалы и методы. В исследование включены 60 пациентов с ХДН (32 мужчины, 28 женщин). Средний возраст пациентов 37,6±2,3 года. Контрольную группу составили 30 здоровых лиц. В верификации диагноза использованы результаты клинических, фиброгастродуоденоскопических и электрофизиологических исследований. Состояние резорбции оценивалось по уровню всасывания глюкозы с помощью анализатора «ЭКСКАН-Г» МГ-1. Тест начинался с определения уровня глюкозы в сыворотке крови натощак, затем через 15, 30 и 60 мин после нагрузки 50 г глюкозы, растворенной в 400 мл теплой воды. Проведена видеокапсульная эндоскопия с помощью системы ОМОМ. Результаты исследований проходили статистическую обработку с использованием IBM SPSS v. 17.0.

Результаты. Пациенты с ХДН отмечали диспептические симптомы, представленные у 34 (56,7%) пациентов отрыжкой, у 46 (76,6%) – чувством горечи во рту, у 32 (53,3%) – изжогой, метеоризмом – у 34 (56,6%) и кашицеобразным стулом – у 43 (71,6%). При изучении всасывательной функции ДПК при ХДН выявлено нарушение всасывания у 44 (74,1%) пациентов. Уровень глюкозы натощак у пациентов с ХДН (3,7±0,25 ммоль/л) был снижен по сравнению с группой здоровых лиц (4,4±0,17; $p=0,02$). В течение 15 и 30 мин прирост гликемии был снижен в сравнении с контрольной группой менее чем на 1,0 ммоль/л (0,4±0,087 и 0,2±0,034 ммоль/л; $p<0,05$). Уровень глюкозы при ХДН через 1 ч после приема глюкозы был статистически значимо ниже (1,81±0,011 ммоль/л; $p=0,0012$), чем в группе здоровых лиц (4,6±0,26 ммоль/л). При видеокапсульной эндоскопии выявлено длительное (38±2,5 мин) нахождение капсулы в луковице ДПК у пациентов с ХДН.

Заключение. Результаты проведенных исследований показали, что при ХДН по данным нагрузочных тестов с моносахаридами отмечено нарушение резорбции в ДПК.

ВАРИАНТЫ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Е.Ю. Ломакина, Е.А. Белоусова

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Москва, Россия

Цель. Определить частоту нарушения углеводного обмена и частоту инсулинорезистентности (ИР) у больных хроническим панкреатитом (ХП).

Материалы и методы. Всего 62 пациента с подтвержденным диагнозом ХП (мужчин 24, женщин 18; средний возраст 52±11,5 года) включены в моноцентровое открытое исследование, у 14 из них в анамнезе были операции по поводу основного заболевания. Наличие ИР оценивали по индексу НОМА (индекс ИР). Для этого исследовали уровень инсулина натощак методом ИФА и определяли уровень гликемии в венозной крови на автоматическом анали-

заторе AU 680 (Beckman Coulter). Индекс НОМА считали повышенным при показателе более 2,7.

Результаты. У 20 из 62 (32%) больных установлен диагноз сахарного диабета (СД) на фоне ХП. Из них индекс НОМА повышен у 70% (14) больных. Среднее значение индекса НОМА 5,3±2,19. У 6 (30%) больных этой группы повышение индекса НОМА не выявлено. У остальных 42 пациентов исследуемой группы СД не установлен, хотя у некоторых из них – 14% (6 человек) – периодически отмечалось повышение уровня глюкозы до 6,5 ммоль/л. Среди этих пациентов индекс НОМА был повышен у 33% (14), и нормальный показатель индекса НОМА – у 67% (28). Среднее значение индекса НОМА в этой группе составило 2,4±0,71.

Заключение. Наше исследование показывает, что характер нарушений углеводного обмена при ХП может быть различен. При установленном диагнозе СД у большей части больных отмечена ИР, что свидетельствует в пользу СД 2-го типа. Лишь у меньшей части пациентов (30%) СД, по-видимому, относится к панкреатогенному 3с типу. У 1/3 больных без клинически значимых нарушений углеводного обмена выявляется скрытая ИР по индексу НОМА. В этой группе следует проводить динамический контроль гликемии. Больным без ИР, но с эпизодическим повышением уровня глюкозы также следует проводить динамический контроль гликемии.

ОТЛИЧИЕ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ, САХАРНОМ ДИАБЕТЕ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА

Е.Ю. Ломакина, А.А. Будзинская, А.В. Левитская, Е.А. Белоусова

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Москва, Россия

Цель. Определить разницу в структурных изменениях поджелудочной железы (ПЖ) при хроническом панкреатите (ХП), сахарном диабете (СД) и воспалительных заболеваниях кишечника (ВЗК).

Материалы и методы. Проведено эндосонографическое исследование (ЭУС) ПЖ у 40 пациентов с язвенным колитом – ЯК (10 пациентов), болезнью Крона – БК (8 пациентов), СД (8 пациентов), ХП (8 пациентов). Контрольное исследование проведено у 6 пациентов без сопутствующей патологии верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. Всем больным проведены ЭУС с оценкой паренхимы и протоков ПЖ по классификации Rosemont, а также измерение коэффициента жесткости методом эластографии в головке, теле и хвосте ПЖ. Зоной сравнения для подсчета коэффициента жесткости ПЖ являлась парапанкреатическая клетчатка. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием критерия Стьюдента.

Результаты. Паренхиматозные и протоковые изменения в ПЖ были следующими: при ЯК у 90% пациентов выявлены паренхиматозные нарушения, протоковые – у 20%; при БК – 87,5 и 37,5% соответственно, при СД – 75 и 100%, при ХП – 75 и 25%. В контрольной группе выявлены только паренхиматозные критерии в 50% случаев. Статистически значимым в сравнении с контрольной группой оказалось различие количества изменений в паренхиме у больных ЯК и БК, тогда как патология протоков была значимо выше в группе больных СД. Коэффициент жесткости был статистически значимо выше у пациентов с БК в головке и теле ПЖ, в теле железы – при ЯК, в головке – при ХП.

Заключение. Результаты ЭУС демонстрируют разные структурные изменения ПЖ при различной патологии.

При ВЗК поражается преимущественно паренхима ПЖ, тогда как при ХП и СД – протоковая система. При этом фиброз ПЖ, отражением которого являются результаты эластомерии, наиболее выражен при ВЗК и СД в теле ПЖ, при ХП – в головке ПЖ.

ПРИМЕНЕНИЕ РЕЗОНАНСНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ И КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМА ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ В СТАНДАРТНОМ И ДИСТАНЦИОННОМ ФОРМАТАХ

И.П. Парфенов, В.С. Фомин, А.А. Бобылев, А.В. Шефер, Ф.В. Басов

ГБУЗ г. Москвы «ГКБ им. В.В. Вересаева» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Цель. Пилотный проект применения резонансной электростимуляции (РС) для коррекции внутрибрюшного давления (ВБД) и моторно-эвакуаторных нарушений при тяжелом остром панкреатите (ТОП) в стандартном (С) и дистанционном (Д) форматах.

Материалы и методы. Проанализирован результат лечения 99 больных ТОП. Половой деморфизм – преобладание мужского пола, средний возраст $41,3 \pm 4,7$ года. Выделены 3 группы: 1-я (n=43) – комплексное лечение ТОП с методом РС; 2-я (n=14) – комплексное лечение ТОП с методом РС в режиме С+Д; 3-я группа (n=42) – лечение ТОП строго согласно нормативным документам. Для объективизации: АРАСНЕ-II, ВБД, показатели ВАШ. Д-технологии представляли собой эмуляцию экрана основного монитора, контроль и онлайн-передачу команд для коррекции параметров РС.

Результаты. Для контроля нарушений перистальтической активности в группах проводился анализ моторно-эвакуаторных нарушений методом селективной полиграфии: отмечена исходно низкая активность возбудимых структур в группах. В дальнейшем в группах 1 и 2 применена РС. Исходные параметры ВБД соответствовали начальным проявлениям 2-й степени компартмент-синдрома ($p \geq 0,05$). На фоне лечения: у больных 1 и 2-й групп отмечен более быстрый регресс ВБД с нормализацией показателей к 7-м суткам лечения ($8,7 \pm 0,7$ и $8,9 \pm 0,6$ мм. рт. ст.; $p \leq 0,05$) в сравнении с группой 3 ($11,3 \pm 0,8$ мм рт. ст.; $p \leq 0,05$). Длительное повышенное ВБД способствовало росту инфицирования (38,1%) и сроков лечения в группе 3 в сравнении с группами 1 и 2 (20,9%, 21,4%; $p \leq 0,05$). Отмечена хорошая переносимость методики РС: улучшение самочувствия в сравнении с группой 3 ($p \leq 0,05$) по данным балльной оценки ВАШ с 3-х суток лечения.

Заключение. Оценка показателей ВБД и его нормализация при ТОП являются важными аспектами патогенетической терапии, способствуют снижению рисков инфицирования. Активное внедрение РС в различных форматах – стандартном и/или дистанционном – способствует улучшению лечения ТОП.

IgG4-АССОЦИИРОВАННЫЙ ПАНКРЕАТИТ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Д.Г. Исхакова¹, Д.О. Субхангулова², Д.Д. Сафина³, Л.М. Ибрагимов¹, Е.В. Хазова²

¹ГБУЗ «ГКБ № 7», Казань, Россия;

²ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия;

³ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Казань, Россия

Введение. IgG4-ассоциированный панкреатит (IgG4-АП) – редкое хроническое аутоиммунное заболевание, характеризующееся инфильтрацией поджелудочной железы (ПЖ) IgG4-клетками и повышением IgG4 в сыворотке крови.

Цель. Представить клинический случай IgG4-АП.

Материалы и методы. Изучены история болезни пациента Х., данные литературы.

Результаты. Пациент Х., мужчина 22 лет, госпитализирован в ГАУЗ «ГКБ №7» (03.2022) с диагнозом: IgG4-АП. Язвенный колит (ЯК), тотальное поражение толстого кишечника, обострение средней степени тяжести. Портальная гипертензия, малый асцит. Анемия легкой степени смешанной этиологии (железодефицитная анемия + анемия хронических заболеваний). Жалобы: неоформленный стул до 5 раз в сутки с примесью крови; снижение массы тела на 8 кг, повышение температуры тела до $37,7^\circ\text{C}$. Жалобы стал отмечать с 07.2021 после нескольких курсов антибиотиков. Трижды был госпитализирован с диагнозом: ЯК, реактивный панкреатит (11.2021). Получает препараты железа, Мезавант, отмечался положительный эффект от преднизолона 40 мг/сут. Лабораторные исследования: лейкоциты $15,42 \times 10^9/\text{л}$, скорость оседания эритроцитов 92 мм/ч, С-реактивный белок 127 мг/л, амилаза (крови – 421,8 Ед/л, мочи – 2687,1 Ед/л), IgG4 2,66 г/л (норма 0,1–1,3). Исключены: аутоиммунные заболевания печени (ANA, ASMA IgG, LKM-1 IgG – отрицательные, по данным эластографии печени – фиброз 0), первичный склерозирующий холангит (по магнитно-резонансной холангиопанкреатографии). ПЖ увеличена (ультразвуковое исследование: $22 \times 12 \times 24$ мм, рентгеновская компьютерная томография: $41,5 \times 29 \times 36,5$ мм, дольчатость сглажена; гепатоспленомегалия, внутрибрюшная лимфоаденопатия, малый асцит). На фоне проводимого лечения (Мезавант, Феррум ЛЕК, преднизолон 60 мг внутривенно, с переходом 50 мг внутрь) отмечалась положительная динамика (температура тела нормализовалась, частота стула в сутки снизилась).

Выводы. Представленный случай демонстрирует трудности диагностики IgG4-ассоциированных заболеваний. Описанное сочетание, ЯК и IgG4-АП, еще больше затрудняет дифференциально-диагностический поиск, но в то же время не исключает общность патогенеза аутоиммунной патологии у данных пациентов.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ФИБРОЗА ТКАНИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РАКЕ

Н.В. Макаренко, Е.И. Шурыгина, М.Г. Согомоян, Ю.Б. Никонова, Н.С. Карнаухов, С.Г. Хомерики

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Введение. Рак поджелудочной железы (ПЖ) – агрессивная опухоль с низкой выживаемостью, несмотря на современные методы лечения. Степень фиброза является независимым прогностическим фактором, связанным с повышенным риском метастазирования и худшей чувствительностью к химиотерапевтическим препаратам. Однако степень фиброза не всегда указывается в заключении врачей-патологоанатомов и не стандартизирована.

Цель – изучение выраженности фиброза ткани ПЖ при раке и сравнение двух оценочных шкал степеней фиброза.

Материалы и методы. Исследование проведено на материале 58 пациентов в возрасте 35–80 лет, прооперированных по поводу рака ПЖ. Материал изучен с применением стандартных гистологических и гистохимических методик. Степень фиброза ткани ПЖ оценивали с применением двух оценочных шкал: П.Н. Никитина и G. Kloppel. Определялась степень интралобулярного (ИЛФ), перилобулярного фиброза (ПЛФ) и их интегративный показатель (ИП). Статистическая обработка полученных данных проводилась с применением параметрических методов.

Результаты. При оценке степени фиброза по П.Н. Никитину легкая степень ПЛФ выявлена в 48,3% случаев, умеренная – в 31,0%, выраженная – в 19,0%, отсутствие фиброза – в 1,7%. ИЛФ с замещением менее 25% ацинарных долек наблюдался

в 65,5% случаев, с замещением 25–50% долек – в 15,5%, с замещением 50–75% долек – в 7,0% и с замещением более 75% долек – в 8,6%; ИЛФ отсутствовал в 3,4%. ИП фиброза ткани ПЖ со слабой степенью выявлен в 17,3% случаев, с умеренной – в 20,7%, с выраженной – в 12,0%; фиброзные изменения отсутствовали в 50,0%. Оценка фиброза по G. Kloppel с использованием 6-балльной системы градации выявила следующие данные: ПЛФ и ИЛФ на 1 балл – соответственно 29,3 и 41,4%, 2 балла – 17,3 и 13,8%, 3 балла – 5,2 и 3,4%, 4 балла – 13,8 и 18,9%, 5 баллов – 20,7 и 13,8%, 6 баллов – 12,0 и 7,0%, 0 баллов – по 1,7%. ИП фиброза ткани ПЖ со слабой степенью выявлен в 58,6% случаев, с умеренной – в 17,2%, с выраженной – в 22,5%; фиброзные изменения отсутствовали в 1,7%.

Заключение. При использовании обеих оценочных шкал выявлено, что в большинстве случаев определялся слабо выраженный фиброз ткани ПЖ, в 1/3 случаев – умеренный и выраженный. Отмечается более низкая чувствительность системы П.Н. Никитина к слабо выраженному фиброзу, в связи с чем увеличивается количество случаев с «отсутствием» фиброза при использовании этой шкалы по сравнению с данными, полученными при использовании системы G. Kloppel ($p \leq 0,05$). Высокая воспроизводимость оценочных шкал отмечается при умеренной и выраженной степени фиброза ($p > 0,05$). Таким образом, мы полагаем, что система G. Kloppel является оптимальной для определения минимальных фибротических изменений в ткани ПЖ.

ЭТИОЛОГИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА У ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

У.О. Гафаров¹, Д.В. Плоткин^{1,2}, М.Н. Решетников¹

¹ГБУЗ г. Москвы «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;

²ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Изучить факторы риска развития острого панкреатита (ОП) у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. Проанализированы анамнестические данные, результаты диагностики и лечения двух групп больных с ОП. В первую группу вошли 79 пациентов с ОП в сочетании с ВИЧ-инфекцией, которые поступили в клинику за период с 2017 по 2021 г. Вторую группу составили 558 пациентов с ОП и ВИЧ-негативным статусом.

Результаты. В группе ВИЧ-позитивных пациентов оказалось, что алиментарные факторы послужили причиной панкреатита у 31,7% больных, билиарные конкременты и гипертензия – у 16,5% пациентов, установить провоцирующие факторы заболевания не удалось в 16,5% наблюдений. У лиц, живущих с ВИЧ, лекарственные и инфекционные агенты вызывали ОП соответственно в 11,4 и 24,1% случаев. В группе ВИЧ-негативных пациентов лидировали алиментарные факторы (52,2%), желчнокаменную болезнь рассматривали как вторую главную причину ОП в 36,0% случаев, вирусные инфекции и следствия применения лекарственных препаратов составляли 1,6%, а у 10,2% больных причина ОП осталась неизвестной. Высокая частота инфекционной и лекарственной этиологии панкреатита в группе ВИЧ-положительных пациентов логически соотносится с иммунным статусом пациента. Как показало наше исследование, у больных с нормальным иммунным статусом в структуре причин ОП превалировала лекарственная этиология, а у пациентов с иммунодефицитом преобладали инфекционные причины (цитомегаловирус, туберкулез, ВИЧ).

Заключение. Этиологическая структура ВИЧ-ассоциированного ОП напрямую зависит от иммунного статуса пациента и во многом отличается от таковой у ВИЧ-негативных пациентов или больных, получающих антиретровирусную терапию.

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ КОНЦЕНТРАЦИИ БИОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ И СТЕПЕНИ ФИБРОЗА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Д.С. Бордин, Е.А. Дубцова, К.А. Лесько, Н.С. Карноухов, Н.В. Макаренко, А.С. Дорофеев, М.А. Кирюкова, Д.А. Салимгереева, Л.В. Винокурова

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Цель. Выявление взаимосвязи между степенью фиброза поджелудочной железы (ПЖ) концентрацией биологических маркеров по данным морфологического исследования и лабораторной диагностики.

Материалы и методы. Представлены первые результаты работы в рамках реализации научно-практического проекта в сфере медицины «Оценка степени фиброза поджелудочной железы как фактора прогноза течения ее патологии» (соглашение №2412-21/22 от 21.03.2022). Изучены результаты лабораторной и морфологической диагностики 73 пациентов с хроническим панкреатитом, доброкачественными и злокачественными образованиями ПЖ в возрасте от 25 до 84 лет (средний возраст 56,8 года), подвергшихся хирургическому лечению в 2022 г. Определена концентрация гиалуроновой кислоты (ГК), интерлейкина (ИЛ)-10 и 36 в венозной крови и проведено морфологическое исследование удаленных препаратов. При морфологическом исследовании оценены признаки фиброзного и воспалительного процесса в тканях ПЖ и степень пери- и интралобулярного фиброза ПЖ по Kloppel и Maillet.

Результаты. Выявлены межгрупповые различия между уровнями ИЛ-36 при группировке результатов согласно степени пери- и интралобулярного фиброза ($p=0,01$ и $0,0001$ соответственно), а также в зависимости от наличия воспалительных изменений в тканях (0,8 пг/мл против 4,6 пг/мл; $p=0,042$). Средние значения концентрации ГК отличались в зависимости от наличия в септах нервных стволиков (65,1 и 160,7 нг/мл; $p=0,034$), в группах пациентов, разделенных по наличию белковых пробок в протоках (65,2 и 119 нг/мл; $p=0,03$).

Заключение. Влияние на уровни биомаркеров имели увеличение количества нервных стволиков в септах, наличие белковых пробок в протоках ПЖ и развитие пери- и интралобулярного фиброза. Таким образом, предварительные результаты исследования свидетельствуют о наличии взаимосвязи между концентрацией ИЛ-36 и ГК с морфологическими признаками фиброза ПЖ.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ВЗАИМОСВЯЗИ СТЕПЕНИ ФИБРОЗА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ

Д.С. Бордин, Е.А. Дубцова, К.А. Лесько, Н.С. Карноухов, Н.В. Макаренко, М.А. Кирюкова, Д.А. Салимгереева, Л.В. Винокурова

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Цель. Выявление взаимосвязи между степенью фиброза поджелудочной железы (ПЖ) по данным морфологического исследования и компьютерной томографии (КТ).

Материалы и методы. Представлены первые результаты исследования в рамках реализации научно-практического проекта в сфере медицины «Оценка степени фиброза поджелудочной железы как фактора прогноза течения ее патологии» (соглашение №2412-21/22 от 21.03.2022). Мультифазовая КТ с внутривенным контрастированием выполнена 43 пациентам с хроническим панкреатитом,

доброкачественными и злокачественными образованиями ПЖ в возрасте от 25 до 84 лет, впоследствии подвергшихся хирургическому лечению в 2022 г. Морфологически оценена степень пери- и интралобулярного фиброза ПЖ по Kloppel и Maillet, а также дополнительные признаки фиброзного и воспалительного процесса в тканях ПЖ.

Результаты. Обнаружены межгрупповые различия между средними нормализованными коэффициентами контрастирования в венозную фазу и наличием метаплазии эпителия протоков (0,47 при метаплазии и 0,59 без метаплазии; $p=0,02$), а также при воспалении в тканях ПЖ (0,5 и 0,6; $p=0,017$). Отличаются значения соотношения контрастирования в группах перилобулярного фиброза ($p=0,024$). Получены межгрупповые отличия между зна-

чениями плотности ПЖ при КТ в нативную фазу в зависимости от наличия воспаления (40,8 ед. X и 33,1 ед. X; $p=0,01$) и метаплазии эпителия протоков ПЖ (41,2 ед. X и 33,1 ед. X; $p=0,008$) и при группировке по степени интралобулярного фиброза ($p=0,02$). Средние значения медианы градиента контрастирования отличались ($p=0,018$) у пациентов с белковыми пробками в протоках ПЖ (13,7) и без них (18,2).

Заключение. Влияние на изменения при КТ имели метаплазия эпителия протоков ПЖ, наличие в них белковых пробок и развитие перилобулярного фиброза. Таким образом, предварительные результаты исследования свидетельствуют о взаимосвязи между КТ-данными и морфологическими признаками фиброза ПЖ.

Патология желчного пузыря и желчных путей

ОБ УЧАСТИИ ГОРМОНОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Н.Н. Глазырина, Н.А. Хохлачева, О.Д. Михайлова
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Ижевск, Россия

Цель. Исследовать сопряженность изменений показателей гормонов крови, биохимического состава желчи и сократительной функции желчного пузыря (ЖП) при желчнокаменной болезни (ЖКБ) у пациентов пожилого возраста.

Материалы и методы. Обследованы 92 пациента в возрасте от 60 до 85 лет с начальной стадией ЖКБ. В верификации диагноза использованы данные ультразвукового исследования ЖП, определяли в желчи холато-холестериновый коэффициент (ХХК). Сократительную функцию ЖП исследовали методом холецистометрии по скорости опорожнения ЖП (СОЖП). Гормоны крови (гастрин, инсулин, кортизол, тиреотропный гормон – ТТГ) определяли методом иммуноферментного анализа. Контрольную группу составили 30 лиц, не имеющих болезней органов пищеварения, в возрасте от 60 до 73 лет.

Результаты. При ультразвуковом исследовании ЖП в 100% обнаружены признаки билиарного сладжа. В порциях В и С желчи ХХК составил в порции В 2,35 [1,82–2,89] ед ($p=0,0001$) и в порции С 0,015 [0,012–0,020] ед ($p=0,0001$) в сравнении с контролем (7,25 [6,97–7,37] ед и 5,69 [5,48–6,14] ед). Уменьшение СОЖП до 0,42 [0,33–0,48]/мин; $p=0,0001$ (при контроле 1,06 [1,01–1,08]/мин) свидетельствует о снижении сократительной функции ЖП. В сравнении с контролем у пациентов выявлена гипогастринемия, гиперинсулинемия, гиперкортизолемиа и увеличение уровня ТТГ. При проведении корреляционного анализа установлена прямая связь между ХХК порций В и С желчи и гастрином ($r=0,502$; $p=0,0001$ и $r=0,292$; $p=0,040$), обратная – между ХХК и инсулином ($r=-0,335$; $p=0,019$ и $r=-0,338$; $p=0,018$), ХХК и кортизолом ($r=-0,401$; $p=0,004$ и $r=-0,347$; $p=0,014$), ХХК и ТТГ ($r=-0,438$; $p=0,002$ и $r=-0,354$; $p=0,013$). Уровень гормонов крови влияет и на функциональное состояние ЖП: выявлена положительная зависимость между СОЖП и гастрином ($r=0,256$; $p=0,035$), отрицательная между СОЖП и инсулином ($r=-0,269$; $p=0,027$), СОЖП и кортизолом ($r=-0,244$; $p=0,045$), СОЖП и ТТГ ($r=-0,337$; $p=0,005$).

Заключение. У лиц пожилого возраста участие гормонов в патогенезе желчного камнеобразования осуществляется путем прессыщения желчи холестерином и снижением моторики ЖП.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Я.М. Вахрушев, Н.А. Хохлачева, А.Ю. Горбунов, Е.В. Сучкова, Н.Н. Глазырина
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Ижевск, Россия

Цель. Разработать прогностические таблицы по выделению пациентов с риском развития желчнокаменной болезни (ЖКБ).

Материалы и методы. Обследованы 385 пациентов с хроническим некалькулезным холециститом. Диагноз верифицирован на основании ультразвукового исследования желчного пузыря на аппарате S-ДН-500. Контрольную группу составили 50 практически здоровых лиц различного пола в возрасте 22–60 лет. Для построения модели вероятности развития ЖКБ применен метод логистического регрессионного анализа с использованием пакета

прикладных программ SPSS 13.0.1. Балльные прогностические таблицы разработаны на основании метода последовательного анализа Вальда.

Результаты. Первый этап работы – построение модели логистической регрессии на основании данных анамнеза. Пакет SPSS 13.0.1. автоматически исключает факторы, оказывающие незначительное влияние на логит-преобразование, оставляя только значимые ($p<0,001$), ранжируя признаки в соответствии с их вкладом в модель. Специфичность метода 82,0%, чувствительность – 90,1%, процент правильной классификации – 89,1%, точка разделения вероятности – 0,7. Второй этап работы: пациентам, у которых определена вероятность развития ЖКБ (точка разделения вероятности более 0,7), проводились диагностические исследования (дуоденальное зондирование, биохимическое исследование желчи, холецистометрия, определение в крови гормонов, липидов и расчет коэффициента атерогенности). Проанализированы количественные и качественные показатели, которые для построения балльной шкалы перекодированы в баллы (диагностические коэффициенты). В соответствии с суммой диагностических коэффициентов определена группа риска по развитию ЖКБ. Чувствительность модели – 98,02%, специфичность – 98,00%.

Заключение. Медико-социальный эффект внедрения разработанных прогностических таблиц, обладающих достаточно высоким уровнем точности, определяется совершенствованием мер превентивной медицины. Открываются перспективы своевременного выявления пациентов группы риска по развитию ЖКБ, которые дают возможность своевременной профилактики и лечения холелитиаза.

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ И ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ: ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА

И.Ю. Колесникова
ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, Тверь, Россия

Цель. Изучить распространенность желчнокаменной болезни (ЖКБ) у больных циррозом печени (ЦП), возможности лечения и профилактики заболевания.

Материалы и методы. В исследование включены 76 пациентов с ЦП (мужчин 28, женщин 48; возраст 32–64 года). Время наблюдения составило от 1 до 10 лет, в среднем – $6,1 \pm 1,38$ года. Среди обследованных у 32 (42,1%) диагностирован алкогольный ЦП, у 24 (31,6%) – вирусный, у 14 (18,4%) – ЦП в исходе первичного билиарного холангита, еще у 6 (7,9%) – ЦП в исходе аутоиммунного гепатита. Изучались анамнестические данные о наличии или отсутствии ЖКБ, проводимой терапии, сопоставлялись данные о наличии/течении ЖКБ и причине ЦП.

Результаты. На момент включения в исследование 6 (7,9%) пациентов перенесли холецистэктомию по поводу ЖКБ. Диагностирована ЖКБ различных стадий у 38 (50,0%) больных, общая распространенность составила 58%. На стадии билиарного сладжа заболевание диагностировано у 12 (15,8%) пациентов, бессимптомного камненосительства – у 18 (23,7%) больных, а у 8 (10,5%) пациентов была клиника хронического калькулезного холецистита. Чаще всего ЖКБ сопутствовала первичному билиарному холангиту, 14 (100%) больных, при ЦП в исходе аутоиммунного гепатита ЖКБ выявлена у 4 (66,7%) пациентов. При алкогольном ЦП ЖКБ диагностирована у 12 (37,5%) больных, а при вирусном – у 8 (33,3%) человек. В ходе наблюдения явления билиарного сладжа были успешно купированы назначением урсодезоксихолевой кислоты. По экстренным показаниям оперированы 3 пациента с хроническим калькулезным холециститом, в период

перационном периоде наблюдалось нарастание цитолиза и печеночно-клеточной недостаточности. Остальные 5 больных и 14 человек с бессимптомным камненосителем были оперированы в плановом порядке. При этом течение операции и послеоперационного периода спокойнее, осложнений не было.

Выводы. ЦП ассоциирован с ЖКБ в 58% случаев; на ранних стадиях (билиарный сладж) удается контролировать течение заболевания консервативно, при наличии конкрементов в желчном пузыре предпочтительнее плановое оперативное лечение.

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА ИЛИ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

И.Н. Григорьева¹, Т.Е. Нотова^{1,2}, Ю.В. Чикинев³, Т.С. Суворова³, Е.В. Логвиненко¹

¹Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины – филиал ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр „Институт цитологии и генетики СО РАН“», Новосибирск, Россия;

²ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», Новосибирск, Россия;

³ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Новосибирск, Россия

Цель. Оценить частоту гастроэнтерологической симптоматики у женщин с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) в сочетании с сахарным диабетом 2-го типа (СД 2) или метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы. Обследованы 43 женщины с ЖКБ+МС (средний возраст 47,8±5,6 года) и 42 женщины с ЖКБ+СД 2 (средний возраст 51,8±5,1 года); дизайн «серия случаев». Диагноз ЖКБ подтверждали при сонографии. Критерии МС соответствовали NCEP, АТР-III (2001 г.) в модификации АНА/NHLBI (2005 г.). СД 2 диагностировали согласно Клиническим рекомендациям РАЭ «СД 2 типа у взрослых» (2022 г.). Статобработку данных проводили при помощи программ SPSS (11.5).

Результаты. В группе ЖКБ+МС несколько реже наблюдались изжога (79,1% случаев), отрыжка (83,7%), горечь во рту (72,1%), тошнота (83,7%), вздутие живота (81,4%) по сравнению с группой ЖКБ+СД 2, где эти показатели были равны 92,8, 92,8, 78,5, 71,4 и 85,7% соответственно ($p>0,05$ для всех случаев). Больных группы ЖКБ+СД 2 существенно чаще беспокоила боль в правом подреберье (100 и 72,1% больных; $p<0,05$) и в мезогастррии (92,8 и 67,4%; $p<0,05$), чем в группе ЖКБ+МС. Различия по частоте запоров, диареи, смешанного варианта и характеру нарушений стула между больными обеих групп были незначимыми ($p>0,05$).

Выводы. Частота изжоги, отрыжки, горечи во рту, тошноты, вздутия живота, нарушений стула практически не различалась между группами ЖКБ+СД 2 и ЖКБ+МС, но болевой синдром в правом подреберье и в мезогастррии у больных ЖКБ+СД 2 встречался значительно чаще, чем у больных ЖКБ+МС, что, вероятно, можно объяснить более глубокими мультиорганными патологическими изменениями, в том числе гастроэнтерологическими, при СД 2 по сравнению с таковыми при гипергликемии натошак как критерию МС.

ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ ДИАРЕИ У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ХОДЕ 10-ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

Ю.В. Макарова, М.Ф. Осипенко, Н.В. Литвинова
ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Новосибирск, Россия

Цель. Проследить динамику частоты синдрома диареи на протяжении 10 лет наблюдения у больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ), получавших оперативное лечение, и у неоперированных больных, выявить прогностические факторы наличия синдрома диареи в отдаленные сроки после холецистэктомии (ХЭ).

Материалы и методы. Работа является фрагментом многолетнего проспективного наблюдения за больными после ХЭ по поводу ЖКБ, которая ведется на кафедре ПВБ ФГБОУ ВО НГМУ с 2003 г. В основную группу (1) больных ЖКБ, подвергшихся оперативному лечению, включены 113 человек до оперативного лечения, далее наблюдаемых проспективно. Пациенты группы 2 включали лиц с ЖКБ ($n=92$), не получавших оперативное лечение, с давностью установленного диагноза не менее 10 лет (ретроспективный анализ медицинской документации). В обеих группах оценивались клинические (гастроинтестинальные симптомы и пр.), анамнестические данные. Статистический анализ осуществлялся с применением пакетов программ Statistical Package for Social Sciences (SPSS 17.0).

Результаты. В группе 1 за 10 лет наблюдения возросла частота диарейного синдрома на 29,1%, с 0,88% ($n=1$) до 30,0% ($n=34$); $p=0,046$, тогда как в группе 2 – на 7,6% с 5,4% ($n=5$) до 13,0% ($n=12$); $p=0,511$, без статистической значимости. В ходе многофакторного регрессионного анализа выявлен независимый предиктор наличия синдрома диареи через 10 лет после ХЭ: увеличение массы тела после оперативного лечения (отношение шансов 2,4; $p=0,049$).

Выводы. В динамике 10-летнего наблюдения больных ЖКБ статистически значимый рост частоты диареи отмечен в группе после ХЭ в сравнении с неоперированными больными. Увеличение массы тела после оперативного лечения ЖКБ – фактор риска наличия диарейного синдрома.

ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ ЗАПОРОВ У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ХОДЕ 10-ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

Ю.В. Макарова, М.Ф. Осипенко, Н.В. Литвинова
ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Новосибирск, Россия

Цель. Проследить частоту синдрома запора на протяжении 10-летнего периода наблюдения у больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ), получавших оперативное лечение, и у неоперированных больных. Выявить прогностические факторы наличия запоров в отдаленные сроки после холецистэктомии (ХЭ).

Материалы и методы. Работа является фрагментом многолетнего проспективного наблюдения за больными после ХЭ по поводу ЖКБ, которая ведется на кафедре ПВБ ФГБОУ ВО НГМУ с 2003 г. В основную группу (1) больных ЖКБ, подвергшихся оперативному лечению, включены 113 человек до оперативного лечения, далее наблюдаемых проспективно. Пациенты группы 2 включали лиц с ЖКБ ($n=92$), не получавших оперативное лечение, с давностью установленного диагноза не менее 10 лет (ретроспективный анализ медицинской документации). В обеих группах оценивались клинические (гастроинтестинальные симптомы и пр.), анамнестические данные. Статистический анализ осуществлялся с применением пакетов программ SPSS 17.0.

Результаты. За 10 лет наблюдения достоверно возросла частота синдрома запора в группе после ХЭ на 25,6%, с 19,5% ($n=22$) до 45,13% ($n=51$); $p=0,001$, у неоперированных больных – на 6,5%, с 25,0% ($n=23$) до 31,5% ($n=29$); $p=0,317$, однако статистической значимости не получено. Логистический унивариантный анализ выявил факторы риска наличия запоров у больных через 10 лет после ХЭ: отягощенная наследственность по ЖКБ (отношение шансов 2,8; $p=0,045$) и возраст оперативного лечения старше 60 лет (отношение шансов 2,2; $p=0,040$).

Выводы. В динамике 10-летнего наблюдения больных ЖКБ статистически значимый рост частоты запоров выявлен в группе после ХЭ в сравнении с неоперированными больными. Отягощенная наследственность по ЖКБ и возраст оперативного лечения старше 60 лет – предикторы наличия синдрома запора в отдаленный период после ХЭ.

ГЕПАТОХОЛЕСЦИНТИГРАФИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАССАЖА ЖЕЛЧИ У ПАЦИЕНТОВ С БИЛИОДИГЕСТИВНЫМ АНАСТОМОЗОМ

Е.А. Васина, Л.В. Бондарь, Ю.В. Кулезнева

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Введение. По данным литературы, от 8 до 13% пациентов с билиодигестивными анастомозами (БДА), сформированными на петле по Ру по поводу доброкачественных и злокачественных заболеваний, испытывают клинические проявления холангита. При этом МРХГ-признаки стриктуры БДА могут отсутствовать. Для определения причины холангита необходимо оценить процесс пассажа желчи по внутрипеченочным желчным протокам, через зону анастомоза и далее по отводящей петле.

Цель. Анализ результатов гепатохолесцинтиграфии (ГХСГ) для оценки функционирования БДА в различных его отделах.

Материалы и методы. ГХСГ выполнена 97 пациентам с БДА без МРХГ-признаков стриктуры. У 70 (72%) пациентов при обращении была клиническая картина хронического рецидивирующего холангита; 27 (28%) жалобы не предъявляли. ГХСГ проводили натошак в положении на спине после внутривенного введения 0,5–1,0 мл радиофармпрепарата мебефенина, содержащего 150 МБк изотопа ^{99m}Tc . Для определения особенностей пассажа желчи производили построение кривых «активность – время» с различных зон анастомоза. Пики активности на кривой с области печени, соответствующие спаду активности на кривой от отводящей петли тонкой кишки, расценивались как рефлюксы «отводящая петля – БДА – внутрипеченочные желчные протоки».

Результаты. По результатам исследования пациенты с клинической картиной холангита в 70 (100%) случаях имели более 5 эпизодов рефлюксов из отводящей петли, которые были расценены как множественные. В группе пациентов без жалоб на момент исследования в 9 (33%) случаях определялись единичные рефлюксы (до 5 эпизодов). У 16 (67%) пациентов рефлюксы не зафиксированы. По результатам статистической обработки относительный риск составил 2,7 при 95% доверительном интервале 1,647–4,685, что показывает статистическую значимость рефлюксов из отводящей петли.

Выводы. Результаты исследования показали, что рефлюксы из отводящей петли во внутрипеченочные желчные протоки являются значимыми для развития холангита.

Патология печени

ОСТРАЯ ПЕЧЕНОЧНАЯ ПОРФИРИЯ. СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Р.Г. Сайфутдинов, В. Салыхова

Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Казань, Россия

Введение. Порфирии – группа наследственных заболеваний, в основе которых лежит недостаточность какого-либо одного фермента синтеза органической части гема – протопорфирина. Самая частая из острых порфирий (ОП) – острая печеночная порфирия (ОПП), при которой латентный генетический дефект при воздействии порфириногенных факторов проявляется избыточным накоплением в печени предшественников порфиринов δ-аминолевулиновой кислоты (АЛК) и порфобилиногена, обладающих выраженными нейротоксическими эффектами.

Цель. Поиск методов диагностики «предвестников» острой атаки и повышения эффективности терапии у пациентов с органным заболеванием – ОПП.

Материалы и методы. В Республике Татарстан на 2022 г. зарегистрированы 8 больных ОПП, что составляет 0,2 на 100 тыс. населения республики. Мы проанализировали течение болезни пациентов, страдающих ОПП, и пришли к выводу, что частота спонтанных обострений порфирии имеет большую вариабельность с промежутками от нескольких месяцев до нескольких лет, с чем связано значительное ухудшение качества жизни пациентов. Объективные причины низкой эффективности проводимого лечения: патогенетическая терапия ОП, направленная на ингибирование синтеза порфиринов, назначается слишком поздно; проводимое лечение не адекватно тяжести состояния больного и в целом почти не затрагивает патогенетические звенья заболевания.

Результаты. Выдвинута гипотеза и выявлены тенденции развития теории оценки эффективности лечения у пациентов с ОП и разработки высокочувствительных признаков – «предвестников» приступа ОП и ведения пациентов в доприступный период, во время приступа и после его купирования. В период «недиагностированной» начальной фазы атаки ОПП пациент не получает лекарственные препараты, способствующие облегчению течения приступа или его предупреждению. В таких случаях, по-видимому, целесообразно назначение гепатопротектора и сорбента. При их профилактическом применении, в свою очередь, можно было бы добиться снижения частоты обострения атак ОП и облегчения течения заболевания. Теоретически сорбент может связывать и выводить из организма токсические продукты (5-АЛК и порфобилиноген).

Заключение. Достижение успеха в лечении пациентов с ОПП – это поиск фармакотерапевтических средств для предотвращения приступов и облегчения их течения.

ОЦЕНКА ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ФОРМИРОВАНИЯ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Т.С. Кролевец, М.А. Ливзан

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, Омск, Россия

Цель. Изучить клинические и лабораторные маркеры формирования фиброза печени у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП), в том числе через оценку адипокинов и состояния кишечного барьера.

Материалы и методы. Проведено открытое сравнительное исследование 216 пациентов с НАЖБП мужского пола

(133 человека, 61,6%), среднего возраста 46 (41–57) лет. Пациенты с НАЖБП подвергались стандартному блоку обследований. Дополнительно оценивали уровень инсулина, С-пептида, лептина, его растворимых рецепторов, адипонектина в сыворотке крови и зонулина в кале. Фиброз печени оценен с помощью транзитной эластометрии. У 75 пациентов (34,7%) не выявлен фиброз печени, у 85 (39,4%) пациентов он соответствовал I стадии, у 44 (20,4%) пациентов – II и у 12 (5,6%) – III. Диагностическая ценность результатов исследования путем сравнительного и корреляционного методов проанализирована у пациентов с НАЖБП и различными стадиями фиброза с помощью пакета программ Microsoft Excel, Statistica 10.0.

Результаты. Все пациенты страдали абдоминальным ожирением (индекс массы тела $33,47 \pm 4,88$ кг/м², объем талии/объем бедер $1,1 \pm 0,09$). Обнаружена сильная корреляционная связь выраженности фиброза и абдоминального ожирения ($r_s = 0,510$, $p \leq 0,01$). Для пациентов с НАЖБП характерна гиперинсулинемия, гиперлептинемия и резистентность к ним (уровень инсулина составил $20,75 \pm 8,5$ мкМЕ/мл, НОМА-IR – $4,09 \pm 2,1$, лептина – $13,98 \pm 10,63$ нг/мл, уровень растворимых рецепторов к лептину ObR – $3,61 \pm 1,4$ нг/мл, индекс свободного лептина FLI – $436,9 \pm 140,5$). Пациенты с выраженными стадиями фиброза имели статистически значимо высокий НОМА-IR (t-знач = $-1,682$, $p \leq 0,01$), уровень инсулина (t-знач = $-1,364$, $p \leq 0,01$), С-пептида (t-знач = $-1,610$, $p \leq 0,01$) и ниже – адипонектина (t-знач = $0,988$, $p \leq 0,01$). Зонулин в кале для пациентов с НАЖБП выше в сравнении со здоровым контролем ($268,9 \pm 157,2$ нг/мл у пациентов с НАЖБП и 61 ± 46 нг/мл у здоровых). У пациентов с фиброзом печени выявлены более высокие значения зонулина в сравнении с пациентами без фиброза (t-знач = $-1,29$, $p \leq 0,01$).

Заключение. Фиброз печени у пациентов с НАЖБП ассоциирован с абдоминальным ожирением, резистентностью к инсулину и низким уровнем адипонектина. Зонулин в кале – потенциальный неинвазивный маркер повышенной проницаемости эпителиального кишечного барьера у лиц с НАЖБП. Формирование фиброза при НАЖБП связано с повреждением эпителиального кишечного барьера.

Источники финансирования. Работа подготовлена в рамках гранта Российского научного фонда №22-75-00014 (соглашение №22-75-00014 от 27 июля 2022 г.). Режим доступа: <https://rscf.ru/project/22-75-00014/>

ДУХЛЕТНЯЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

Е.Ю. Ситникова¹, Л.Ю. Ильченко¹, И.Г. Федоров^{1,2}, И.Г. Никитин¹

¹ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия;

²ГБУЗ «ГКБ им. В.М. Буянова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Установлено, что больные алкогольной болезнью печени (АБП) имеют повышенный риск тяжелого течения COVID-19 и неблагоприятного исхода (30-дневная летальность). Однако отдаленная выживаемость при АБП в постковидном периоде не анализировалась.

Цель. Изучить 3-, 6-месячную и 2-летнюю выживаемость у пациентов с АБП после перенесенной новой коронавирусной инфекции.

Материалы и методы. Проведено наблюдательное когортное ретроспективно-проспективное исследование (протокол ЛЭК №213 от 13.12.2021). В ретроспективную

группу (группа 1) включены 203 пациента с АБП, госпитализированных в ГБУЗ «ГКБ им. В.М. Буянова» за период с 01.04.2020 по 30.09.2020. Группу проспективного анализа (с 01.2022) составили 54 больных АБП (группа 2) с наличием антител к SARS-CoV-2 IgG. Вакцинированные от COVID-19 пациенты в исследование не включались. В группе 1 проводилась оценка 2-летней выживаемости с использованием электронных медицинских карт, в группе 2 – телефонный опрос через 3 и 6 мес после выписки.

Результаты. В группе 1 маркеры COVID-19 обнаружены у 26,6% (54/203) пациентов, из них: РНК SARS-CoV-2 – у 5,9% (12/203), IgG – у 20,7% (42/203). Двухлетняя выживаемость составила 25,9% (14/54) и различалась в зависимости от стадии поражения печени: при алкогольном гепатите – 50% (1/2); при циррозе печени (ЦП) класса В по Чайлду–Пью (Ч-П) – 55,6% (5/9), класса С по Ч-П – 18,6% (8/43). Трехмесячная выживаемость в группе 2 составила 61,1% (33/54), 6-месячная – 50% (27/54). При ЦП класса В по Ч-П 6-месячная выживаемость была выше, чем у пациентов с ЦП класса С по Ч-П (81,8%; 9/11 и 37,5%; 15/40 соответственно), а при алкогольном гепатите достигала 100%.

Заключение. Трехмесячная выживаемость у пациентов с АБП после COVID-19 составила 61,1%, 6-месячная – 50%, 2-летняя – 25,9%. Пациенты с ЦП класса С по Ч-П характеризовались наилучшим прогнозом в постковидном периоде.

ТРОФОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И ИХ ПАТОФИЗИОЛОГИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОМ БИЛИАРНОМ ХОЛАНГИТЕ

И.В. Маев, В.И. Решетняк

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Проанализировать накопленные данные по механизму развития недостаточности питания (НП) у пациентов с первичным билиарным холангитом (ПБХ).

Материалы и методы. Собственные и литературные данные основных электронных медицинских баз данных.

Основные положения. У пациентов с ПБХ как с установленным циррозом, так и без него развивается НП. Кожный зуд при ПБХ приводит к мучительной бессоннице, изменению эмоционального состояния, тревоге, потере аппетита с недостаточным поступлением пищевых ингредиентов. Снижается запас гликогена, развивается и нарастает энергетическая НП с клиническими проявлениями выраженной слабости, быстрой утомляемости, снижения работоспособности и ухудшения качества жизни пациентов с ПБХ. Нарастание холестаза и дефицит нутриентов у пациентов с ПБХ компенсаторно ускоряют процессы β -окисления жирных кислот. Недостаточное поступление желчных кислот в просвет кишечника у пациентов с ПБХ приводит к уменьшению абсорбции жирорастворимых витаминов и жиров, а также к дисбиозу. Развивается стеаторея, медленно прогрессирующее похудение с витаминно-минеральной недостаточностью. На стадии выраженного холестаза и повреждения желчными кислотами гепатоцитов постепенно развивается белково-энергетическая НП и саркопения. Для нейтрализации детергентного действия желчных кислот в общем кровотоке, в печени наблюдается повышенный синтез фосфолипидов, холестерина, липопротеинов, что сопровождается низким риском развития атеросклероза, сердечно-сосудистых событий и стеатоза печени. Прогрессирование печеночно-клеточной недостаточности в терминальной стадии ПБХ сопровождается повышенным катаболизмом висцерального пула белков, развитием портальной гипертензии и портосистемного шунтирования, что приводит к развитию отеков, асцита и печеночной энцефалопатии.

Заключение. Наряду с применением базисного лечения у пациентов с ПБХ необходимо проводить распознавание и предотвращение прогрессирования НП с учетом механизмов ее развития на различных стадиях заболевания.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ С НАРУШЕНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Я.М. Вахрушев, Е.В. Сучкова, А.Ю. Горбунов, Н.А. Хохлачева, А.П. Лукашевич

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Ижевск, Россия

Цель. Оценить эффективность комбинированной терапии у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) на стадии стеатоза.

Материалы и методы. Обследованы 65 больных НАЖБП на стадии стеатоза с сопутствующим нарушением толерантности к углеводам в возрасте от 48 до 67 лет. При обследовании больных наряду с общеклиническими данными использован ряд современных лабораторно-инструментальных исследований. Верификация диагноза НАЖБП на стадии стеатоза проводилась по результатам ультразвукового исследования с помощью аппарата SONIX OP (Канада), соноэластографии – на аппарате AIXPLORER (Франция). Всем пациентам выполнялось многофракционное дуоденальное зондирование с последующим биохимическим исследованием желчи. Результаты исследований сравнивались с данными контрольной группы. В лечении пациентов использована урсодезоксихолевая кислота внутрь вечером в дозе 10 мг на 1 кг массы тела в сочетании с метформином внутрь ежедневно в дозе 500 мг в течение 3 мес.

Результаты. У пациентов с НАЖБП на стадии стеатоза выявлены атерогенная дислипидемия, достоверное повышение уровня гликемии ($p=0,02$) и инсулинорезистентности ($p=0,01$), оцениваемое по уровню индекса НОМА-IR, в сравнении с контролем. Отмечено достоверное повышение уровня холестерина в порциях В и С желчи [на 79,9% ($p=0,001$) и 76,89% ($p=0,001$) соответственно], снижение содержания желчных кислот [на 46,74% ($p=0,001$) и 30,56% ($p=0,1$) соответственно]. Резкое снижение холатахолестеринового коэффициента в порциях В и С [на 90,55% ($p=0,001$) и 86,03% ($p=0,01$) соответственно] характеризует высокие литогенные свойства желчи. В ходе лечения наблюдалось достоверное снижение уровня холестерина в сыровотке крови на 19,6% ($p=0,04$), триглицеридов – на 25,4% ($p=0,001$). Достоверно снизился уровень гликемии на 17,3% ($p=0,02$) и уровень инсулинорезистентности, оцениваемый по достоверному уменьшению индекса НОМА-IR ($p=0,01$). Отмечено достоверное снижение содержания холестерина в порциях В и С желчи [на 7,63% ($p=0,001$) и 11,7% ($p=0,04$) соответственно], повышение уровня желчных кислот [на 28,6% ($p=0,001$) и 22,1% ($p=0,02$) соответственно] и достоверное повышение холатахолестеринового коэффициента [на 64,8% ($p=0,001$) и 59,4% ($p=0,001$) соответственно].

Выводы. Применение урсодезоксихолевой кислоты в сочетании с метформином при НАЖБП с сопутствующим нарушением толерантности к углеводам является патогенетически обоснованным.

СОСТОЯНИЕ ПОГЛОТИТЕЛЬНО-ЭКСКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Я.М. Вахрушев, Т.С. Косарева, Н.А. Хохлачева

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск, Россия

Цель. Комплексная оценка функционального состояния печени у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) по данным динамической гепатобилисцинтиграфии.

Материалы и методы. Обследованы 40 пациентов с НАЖБП на стадии стеатогепатоза, среди них 27 женщин и 13 мужчин в возрасте от 20 до 60 лет. Диагноз верифицирован на основании анамнеза, объективного обследования, лабораторных данных (показатели пигментного обмена, цитолиза, холестаза), результатов ультразвукового исследования печени, желчевыводящих путей. Контрольную группу составили 15 практически здоровых лиц в возрасте от 20 до 50 лет. Группы были уравновешены по полу и возрасту. Функциональное состояние печени изучалось с помощью динамической гепатосцинтиграфии с радиофармпрепаратом (РФП) Бромезида, ^{99m}Tc при помощи однофотонной эмиссионной компьютерной томографии Symbia T2 фирмы Siemens. Поглощательная функция печени оценивалась по времени максимального накопления РФП в печени (T_{\max}), экскреторная функция печени – по времени полувыведения РФП печеночными полигональными клетками ($T_{1/2}$ печени).

Результаты. При ультразвуковом исследовании печени у всех пациентов отмечены признаки стеатогепатоза, такие как неоднородность структуры тканей печени, повышение ее эхогенности, снижение плотности и звукопроводимости, нечеткость сосудистого рисунка (ухудшение визуализации ветвей портальной и печеночной вен). По данным динамической гепатобилисцинтиграфии у 33 (82,5%) пациентов наблюдалось статистически значимое повышение T_{\max} – $21,02 \pm 0,54$ мин; $p=0,032$ (при контрольных значениях $11,55 \pm 0,19$ мин). У 35 (87,5%) пациентов выявлено достоверное повышение $T_{1/2}$ печени – $38,6 \pm 0,23$ мин; $p=0,029$ (при контрольных значениях $15,48 \pm 0,22$ мин).

Заключение. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что при НАЖБП на стадии стеатогепатоза происходит снижение поглощательно-экскреторной функции печени. Полученные данные могут быть использованы в разработке патогенетически обоснованных методов лечения и профилактики прогрессирования НАЖБП.

КОМПЛЕКСНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

А.П. Лукашевич, Е.В. Сучкова, В.А. Зеленин, Т.Ю. Дмитриева, Е.Ф. Бутина, О.В. Пчеловодова, Я.М. Вахрушев
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск, Россия

Цель. Изучение пищеварительной и двигательной функции тонкой кишки, оценка энтеральной пристеночной микробиоты у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

Материалы и методы. Обследованы 54 пациента с НАЖБП на стадии стеатоза печени. НАЖБП устанавливали на основании ультразвукового исследования печени на анализаторе SONIX OP (Канада), использовали данные теста FibroMax и эластографии печени на аппарате AIXPLORER (Франция). Полостное, мембранное пищеварение и всасывание в тонкой кишке изучали с помощью нагрузочных проб с крахмалом, сахарозой и глюкозой. Двигательную функцию желудочно-кишечного тракта исследовали с помощью периферического электрогастроэнтерографии. Энтеральную пристеночную микробиоту оценивали с помощью газового хроматографа Agilent 7890 с масс-селективным и плазменно-ионизационным детекторами (Agilent Technologies, США).

Результаты. У 77,8% пациентов с НАЖБП выявлены клинические энтеральные симптомы. Нарушение гидролизно-резорбционного процесса в тонкой кишке представлено снижением полостного пищеварения, увеличением мембранного пищеварения и всасывания. Электрическая

активность тонкой кишки у 70% больных в постпрандиальном периоде низкая, между тонкой и толстой кишкой – дискоординация моторики, усугубляющаяся после пищевой стимуляции. Выявлено снижение ритмичности сокращений на частотах тощей, подвздошной и толстой кишки натошак и в постпрандиальном периоде. Отмечено уменьшение *Bifidobacterium*, *Lactobacillus* и *Lactococcus*, *Eubacterium* и *Propionibacterium*. Соотношение полезной микробиоты и условно-патогенной представлено преобладанием условно-патогенной.

Заключение. НАЖБП на стадии стеатоза сопровождается нарушением пищеварительной, всасывательной и двигательной функций тонкой кишки, изменением энтеральной пристеночной микробиоты.

ОБ УЧАСТИИ ЭНТЕРАЛЬНОЙ МИКРОБИОТЫ В НАРУШЕНИИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

А.П. Лукашевич, Е.В. Сучкова, Я.М. Вахрушев
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск, Россия

Цель. Изучение нарушений энтеральной микробиоты и липидного обмена у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

Материалы и методы. Обследованы 54 пациента с НАЖБП на стадии стеатоза печени. Диагноз устанавливали на основании ультразвукового исследования печени на анализаторе SONIX OP (Канада), использовали данные теста FibroMax и эластографии печени на аппарате AIXPLORER (Франция). Липидный обмен включал определение холестерина (ХС), холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), холестерина липопротеинов очень низкой плотности (ЛПОНП), триглицеридов (ТГ), коэффициента атерогенности. Энтеральную пристеночную микробиоту изучали на газовом хроматографе Agilent 7890 (США).

Результаты. У 83,3% пациентов с НАЖБП диагностирована гиперхолестеринемия, у 66,7% – гипертриглицеридемия, двукратное повышение ЛПОНП. Уровень ЛПНП превышал целевой уровень у 86,7% пациентов. Уровень ЛПВП был снижен у 100% пациентов. Коэффициент атерогенности превышал допустимые значения у всех пациентов. Общая бактериальная нагрузка у пациентов была значимо ниже по сравнению с контрольной группой за счет снижения полезной микробиоты – *Bifidobacterium*, *Lactobacillus* и *Lactococcus*, *Eubacterium* и *Propionibacterium*. При проведении корреляционного анализа выявлены отрицательные связи между содержанием полезной микробиоты и уровнем ХС ($r=0,55$, $p<0,05$) и ТГ ($r=0,41$, $p<0,05$) в крови, между количеством *Bifidobacterium* и уровнем ХС в крови ($r=0,59$, $p<0,05$), между количеством *Lactobacillus* + *Lactococcus* и уровнем ХС в крови ($r=0,46$, $p<0,05$). Выявлена положительная связь между содержанием *Actinomyces viscosus* и уровнем ХС ($r=0,38$, $p<0,05$), ТГ ($r=0,41$, $p<0,05$), ЛПНП ($r=0,26$, $p<0,05$) в крови, *Ruminococcus* и уровнем ХС ($r=0,33$, $p<0,05$) в крови.

Заключение. У пациентов с НАЖБП на стадии стеатоза диагностирована атерогенная дислипидемия. В формировании дислипидемии показано участие энтеральной пристеночной микробиоты.

РОЛЬ N-КОНЦЕВОГО ФРАГМЕНТА ПРЕДШЕСТВЕННИКА МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА В ДИАГНОСТИКЕ ЦИРРОТИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Б.Н. Левитан, Т.Р. Касьянова, А.Д. Мартынова
ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет», Астрахань, Россия

Цель. Установить диагностическое значение N-концевого фрагмента предшественника мозгового натрийуретического пептида (Nt-proBNP) при циррозах печени (ЦП), осложненных цирротической кардиомиопатией (ЦКМ).

Материалы и методы. У 80 больных ЦП и 20 здоровых лиц (контрольная группа) исследовали концентрацию Nt-proBNP в ЭДТА-плазме иммуноферментным методом (Biomedica, Германия). Всем больным проводили эхокардиографию на сканере ALOKA-5500 Prosaund (Япония). Измеряли переднезадний размер левого предсердия в диастолу (ПЗР ЛП), толщину перегородки и задней стенки левого желудочка (МЖП и ЗСЛЖ) в диастолу, среднее давление в легочной артерии. Для оценки диастолической функции ЛЖ рассчитывали максимальную скорость раннего (Е) и позднего (А) диастолического наполнения, их соотношение (Е/А), время изоволюмической релаксации (IVRT) и сокращения (IVCT) ПЖ.

Результаты. При ЦП наблюдался достоверный рост уровня Nt-proBNP – 51,2 [14,5; 123] фмоль/мл, по сравнению с контрольной группой – 11,3 [7,5; 16,2] фмоль/мл ($p < 0,001$). Сравнивали показатели Nt-proBNP с рядом общепринятых критериев ЦКМ. Выделены 2 группы больных: 1-я – со значениями $E/A < 1$ и $IVRT > 80$ мс (34%); 2-я – с $E/A > 1$ и $IVRT < 80$ мс (66%). В 1-й группе при наличии диастолической дисфункции ЛЖ уровень Nt-proBNP составил 105 [69; 165] фмоль/мл, во 2-й – 51 [16; 85] фмоль/мл ($p = 0,002$). При фракции выброса (ФВ) $< 55\%$, имевшей лишь у 13,7% больных ЦП, Nt-proBNP составил 86 [35; 116] фмоль/мл, а в группе с $ФВ \geq 55\%$ – 43 [14; 98] фмоль/мл ($p < 0,01$). Значения Nt-proBNP прямо коррелировали с величиной показателей массы миокарда ЛЖ ($r = 0,42$, $p = 0,02$) и индекса массы миокарда ЛЖ ($r = 0,35$, $p = 0,04$). У 15% больных был увеличен ПЗР ЛП > 38 мм. Установлены прямые корреляционные связи Nt-proBNP с ПЗР ЛП ($r = 0,41$, $p = 0,02$) и средним давлением в легочной артерии ($r = 0,43$), а также обратные – с ФВ ($r = -0,35$), Е ($r = -0,38$), Е/А ($r = -0,41$).

Заключение. В клинической практике диагностика нарастания концентрации Nt-proBNP у больных ЦП может использоваться в качестве одного из важных критериев ЦКМ.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА *PNPLA3* НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

С.Н. Мехтиев^{1,2}, О.М. Беркоз²

¹ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия;

²Гастроэнтерологический центр «Эксперт», Санкт-Петербург, Россия

Введение. Установлено, что G-аллель гена *PNPLA3* ассоциирован с повышенным уровнем жира и воспалением печени. В связи с этим полиморфизм *PNPLA3* рассматривается в качестве одного из факторов, обуславливающих гетерогенность фенотипов пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НЖБП). Однако данные о влиянии мутации на метаболический профиль и лабораторные показатели таких пациентов разнятся.

Цель. Оценить взаимосвязь мутации *PNPLA3* с показателями углеводного, липидного обмена, коагулограммы и обмена железа у пациентов с НЖБП.

Материалы и методы. В исследование включены 30 пациентов в возрасте 34–67 лет с диагнозом НЖБП. Измерялись антропометрические данные, выполнялись клинический, биохимический анализы крови, генетическое тестирование на *PNPLA3*, ультразвуковое исследование брюшной полости, фиброэластография печени. По итогам пациенты были разделены на 3 группы по генотипу *PNPLA3* (C/C, C/G и G/G). Достоверность различий между группами оценива-

лась по U-критерию Манна-Уитни. Достоверным считалось $p < 0,05$ (доверительный интервал 95%).

Результаты. Генотип C/C выявлен у 11 (36,7%) пациентов, C/G – 14 (46,7%) и G/G – 5 (16,7%). Пациенты с генотипом G/G имели значительно более высокий уровень общего холестерина и ЛПНП в сравнении с C/C-генотипом, а уровень апопротеина В в G/G-группе значимо превышал таковой у пациентов не только с C/C, но и с C/G-генотипом. Также получены достоверно более низкие значения протромбина по Квику в группе G/G-гомозигот в сравнении с C/G и C/C-генотипами. Отмечалась тенденция к более высоким показателям аланинаминотрансферазы, ферритина и мочевой кислоты у носителей G-аллеля.

Выводы. Таким образом, наличие G/G-гомозиготы *PNPLA3* сочетается с атерогенным липидным профилем, снижением белоксинтезирующей функции печени и более выраженными цитолизом, гиперферритинемией и гиперурикемией. Дальнейшее изучение полиморфизма *PNPLA3* у пациентов с НЖБП позволит более дифференцированно подходить к выбору терапии и определению прогноза пациентов с этим заболеванием.

ДЕФИЦИТ ЛИЗОСОМНОЙ КИСЛОЙ ЛИПАЗЫ: КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

А.Н. Иванов, Т.Ю. Хайменова

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Введение. Будучи орфанным заболеванием, дефицит лизосомной кислой липазы (ДЛКЛ) не всегда остается в фокусе внимания врачей, а пациенты длительное время наблюдаются с диагнозом неалкогольной жировой болезни печени, криптогенного стеатогепатита или цирроза печени.

Цель. На клиническом примере показать важность своевременной диагностики и лечения ДЛКЛ.

Материалы и методы. Представлен ретроспективный анализ редкого клинического наблюдения: сибсы, брат и сестра, 21 и 18 лет соответственно. С 3 лет отмечался дискомфорт в правом подреберье, гепатомегалия, повышение АЛТ/АСТ до 3–4 норм, дислипидемия. В 2008 г. при обследовании в Медико-генетическом научном центре исключены вирусные гепатиты В, С, гликогеновая болезнь печени. При энзимодиагностике: кислая липаза снижена до 18,9 нМ/мг/ч. В 2010 г. выявлена мутация гена *LIPA* с.894G>A, т.е. подтвержден диагноз ДЛКЛ, болезнь накопления эфиров холестерина. С 2013 г. получали ферментзаместительную терапию препаратом себелипаза альфа. В 2018 г. выявлены фиброз печени F2–3 по METAVIR и портальная гипертензия (варикозное расширение вен пищевода 1-й степени).

Результаты. В 2022 г. в ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» при контроле: нормализация печеночных трансаминаз, липидного профиля, разрешение портальной гипертензии, снижение стадии фиброза печени, таким образом, лечение препаратом себелипаза альфа привело к устойчивому улучшению состояния.

Заключение. Своевременная диагностика ДЛКЛ и назначение ферментзаместительной терапии помогают предотвратить трансформацию хронического гепатита в цирроз печени и достоверно улучшить прогноз. Следует помнить о группах молодых пациентов с семейной гиперхолестеринемией/ гиперлипидемией, неалкогольной жировой болезнью печени, криптогенными заболеваниями печени, в которых необходимо проводить дифференциальную диагностику с ДЛКЛ. Простым современным диагностическим методом выступает определение активности кислой липазы в сухом пятне крови и идентификация патогенных мутаций гена *LIPA*.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АНТИНУКЛЕАРНОГО ФАКТОРА ПРИ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

Е.Н. Александрова, А.С. Дорофеев, А.А. Новиков,
Ю.Г. Сандлер, К.Г. Салиев, Е.В. Винницкая

ГБУЗ «Московский клинический научный центр
им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Мос-
квы, Москва, Россия

Введение. Антинуклеарные антитела (АНА) – семейство аутоантител к компонентам клеточного ядра и цитоплазмы. АНА являются основным серологическим маркером аутоиммунных заболеваний печени (АИЗП). Эталонным скрининговым методом исследования АНА служит непрямая реакция иммунофлюоресценции (НРИФ) на HEp-2 клетках (НРИФ-HEp-2). АНА, определяемые с помощью НРИФ, обозначают как АНФ.

Цель. Изучить диагностическую ценность выявления АНФ в НРИФ-HEp-2 при АИЗП.

Материалы и методы. Исследованы сыворотки 118 больных АИЗП (51 – аутоиммунным гепатитом – АИГ, 19 – первичным билиарным холангитом – ПБХ, 48 – перекрестным синдромом – OVERLAP), 30 больных неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) и 30 здоровых доноров. Определение АНФ методом НРИФ-HEp-2 проводили с использованием коммерческого набора реагентов путем микроскопии образцов.

Результаты. АНФ чаще выявлялся при АИГ (78,4%), ПБХ (84,2%) и OVERLAP (72,9%), чем у больных НАЖБП (66,0%) и здоровых доноров (0%); $p < 0,05$. У большинства АНФ+ больных АИГ отмечались смешанные типы ядерного и цитоплазматического свечения (66,6%). Среди АНФ+ больных ПБХ частота цитоплазматического митохондриального свечения (АС-21) составляла 25,0%, смешанных типов свечения с наличием центрального (АС-3), множественно-точечного ядерного (АС-6) и митохондриального (АС-21) паттернов – 43,8%, других типов смешанного свечения – 18,8%. У АНФ+ больных OVERLAP преобладали митохондриальное (АС-21) – 22,9% – и смешанные типы свечения (68,6%), в том числе с присутствием паттернов АС-3, АС-6, АС-21. Среди АНФ+ больных НАЖБП отмечались преимущественно ядерный крапчатый (АС-4, 5) – 30,0% – и смешанные типы свечения (35%). При АИЗП диагностическая чувствительность АНФ составляла 68,6%, специфичность – 66,7%. Исследование АНФ являлось полезным тестом для диагностики АИЗП (отношение правдоподобия положительного результата 2,1; отношение правдоподобия отрицательного результата 0,5).

Выводы. Выявление АНФ в НРИФ-HEp-2 служит полезным скрининговым методом диагностики АИЗП.

ПОГЛОТИТЕЛЬНО-ВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Г.И. Ахмадулина¹, И.А. Курникова²

¹ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Ижевск, Россия;

²ФГАУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия

Цель. Обосновать необходимость проведения динамической гепатобилисцинтиграфии пациентам с сахарным диабетом 2-го типа (СД 2).

Материалы и методы. Обследованы 25 пациентов с СД 2. Средний возраст составил 54,0 [49,5–56,0] года, длительность диабета 7,0 [5,0–12,0] лет и уровень гликозилированного гемоглобина (HbA_{1c}) 9,85 [8,05–11,0]%. Обследуемым проведено биохимическое исследование крови: плазмами- нотрансфераза, аспаратаминотрансфераза. Ультразвуковое

исследование печени проводилось на аппарате «MyLabSeven» (Италия). Исследование поглотительно-эксcretорной функции печени осуществлялось с помощью динамической гепатобилисцинтиграфии. Статистическая обработка данных производилась с помощью пакета программ Statistica 6,0 американской фирмы StatSoft (1995 г.).

Результаты. Синдром цитолиза выявлен у 11 (44%) человек: аланинаминотрансфераза 59,0 [48,0–79,0] Ед/л, аспаратаминотрансфераза 52,0 [46,0–53,25] Ед/л. Признаки стеатоза печени по ультразвуковому исследованию обнаружены у 17 (68,0%) человек. Анализ результатов гепатобилисцинтиграфии выявил у 56,0% обследованных замедленную поглотительную функцию печени (T_{\max} 15,05 [14,0–16,5] мин), у 44,0% – эксcretорную ($T_{1/2}$ 55,0 [52,25–69,52] мин) и у 20% – ускоренную эксcretорную функцию ($T_{1/2}$ 26,0 [23,42–28,02] мин). ROC-анализ установил в качестве маркера замедленной поглотительной функции длительность диабета >6 лет [AUC 0,747 ($p < 0,05$)], замедленной эксcretорной – уровень HbA_{1c} >10,7% [AUC 0,773 ($p < 0,05$)], общего холестерина >4,38 ммоль/л [AUC 0,714 ($p < 0,001$)] и индекс массы тела >28,6 кг/м² [AUC 0,7247 ($p < 0,01$)]. Математическое моделирование выявило замедление T_{\max} при концентрации HbA_{1c} >8%, а удлинение $T_{1/2}$ – при давности диабета более 11 лет.

Заключение. Динамическая гепатобилисцинтиграфия является современным методом диагностики, позволяющим не только комплексно оценить функции печени, но и благодаря расчету прогностических маркеров функциональных нарушений гепатоцитов помочь в разработке индивидуальных планов профилактики и лечения.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ ПЕРВИЧНОМ БИЛИАРНОМ ХОЛАНГИТЕ

В.И. Решетняк, И.В. Маев

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-сто-
матологический университет им. А.И. Евдокимова»
Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Определить особенности дислипидемии при первичном билиарном холангите (ПБХ).

Материалы и методы. Собственные данные и данные научных публикаций основных электронных медицинских баз данных.

Основные положения. ПБХ является редким аутоиммунным холестатическим заболеванием печени. Дефицит аутоиммунной толерантности является критическим фактором начала и постепенного развития внутрпеченочного холестаза. Последний приводит к недостаточному поступлению желчных кислот в двенадцатиперстную кишку и, с другой стороны, к повышенному накоплению желчных кислот в гепатоцитах и плазме крови. Именно эти изменения в процессах желчевыделения у пациентов с ПБХ следует рассматривать в качестве первопричины нарушения липидного обмена при ПБХ. Недостаточное поступление желчных кислот в двенадцатиперстную кишку способствует ухудшению процессов эмульгирования жиров, мальабсорбции жирных кислот, моноглицеридов, жирорастворимых витаминов с развитием стеатореи и дисбиоза кишечной микрофлоры у пациентов с ПБХ. Уже на ранних стадиях заболевания это приводит к ускоренному β -окислению жирных кислот, которое направлено на компенсацию развивающейся энергетической недостаточности питания. Попадание желчных кислот в общий кровоток при ПБХ сопровождается дислипидемией. Механизм гиперлипидемии у пациентов с ПБХ отличается от такового при других состояниях, поскольку наряду с увеличением общего холестерина отмечается повышение уровня липопротеинов высокой плотности и появление необычного липопротеина X (Lp-X).

Заключение. Гиперхолестеролемиа и появление Lp-X является защитной реакцией организма, направленной на

инактивацию детергентного действия желчных кислот на мембранные структуры форменных элементов крови и эндотелиоцитов сосудов. Именно желчные кислоты, а не содержание общего холестерина определяет дислипидемию. Отсутствие при этом увеличения частоты сердечно-сосудистых событий может служить модельной системой для поиска и разработки новых способов лечения дислипидемий.

ОЦЕНКА 8-ОН-ДЕЗОКСИГУАНОЗИНА В КАЧЕСТВЕ ПОТЕНЦИАЛЬНОГО БИОМАРКЕРА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СТЕАТОЗА И СТЕАТОГЕПАТИТА ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

С.Д. Кравченко, Н.М. Козлова
ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет», Иркутск, Россия

Цель. Изучить роль 8-ОН-дезоксигуанозина (8-ОН-ДГ) в качестве потенциального биомаркера оксидативного стресса на разных стадиях неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП).

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Областной гериатрический центр». Объектом исследования являлись результаты определения 8-ОН-ДГ в плазме пациентов с НАЖБП. Для изучения возможной взаимосвязи проведен забор сыворотки у 110 пациентов, взятие анализов проводилось в течение 2 лет у пациентов с НАЖБП двух этнических групп с 2020 по 2022 г. Больные распределены на 4 группы: группа 1 – пациенты с НАЖБП этнической группы буряты (n=25), группа 2 – пациенты с НАЖБП этнической группы русские (n=25), группа 3 – пациенты с НАЖБП этнической группы буряты (n=25), группа 4 – пациенты с НАЖБП этнической группы русские (n=25). Были набраны две группы контроля – буряты (n=5), русские (n=5).

Результаты. У пациентов с НАЖБП во всех 4 группах отмечено повышение массы тела. Во всех группах у пациентов со стеатогепатитом и стеатозом выявлено преимущественно ожирение 1-й степени. У пациентов с неалкогольным стеатогепатитом этнической группы буряты достоверно в 3 раза выше показатель 8-ОН-ДГ в сыворотке, чем у пациентов с НАЖБП данной этнической группы ($p=0,05$). У пациентов с неалкогольным стеатогепатитом этнической группы русские достоверно в 2 раза выше показатель 8-ОН-ДГ в сыворотке, чем у пациентов с НАЖБП той же этнической группы ($p=0,05$). При сравнении показателей между этническими группами выявлено увеличение значения 8-ОН-ДГ у этнической группы русские у пациентов со стеатозом печени, при стеатогепатите достоверной разницы между этническими группами не выявлено.

Заключение. Полученные результаты подтверждают гипотезу о значимости биомаркера 8-ОН-ДГ для дифференциальной диагностики между стадиями НАЖБП – стеатозом и стеатогепатитом. В соответствии с этим утверждением необходимо задуматься о рассмотрении добавления биомаркера 8-ОН-ДГ в диагностическую панель для стадирования НАЖБП.

ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАНСЮГУЛЯРНОЕ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЕ ПОРТОСИСТЕМНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ. СОБСТВЕННОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

О.Н. Левина, П.А. Дроздов, С.В. Осипова, Л.Б. Кирикова
ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Цель. Осветить проблему коррекции печеночной энцефалопатии после трансюгулярного внутрипеченочного портосистемного стентирования (TIPS).

Клиническое наблюдение. Пациент Ш., 48 лет, с циррозом печени в исходе хронического вирусного гепатита С, без репликативной активности включен в лист ожидания трансплантации печени в связи с печеночной недостаточностью (MELD 15) и портальной гипертензией, с эпизодами кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. Исходно диагностирована печеночная энцефалопатия II (легкой) стадии по West-Haven, тест связывания чисел (ТСЧ) 88 с, концентрация аммиака в крови 99 мкмоль/л. Терапия включала прием лактулозы и L-орнитин-L-аспартата, за 12 нед наблюдения класс энцефалопатии не менялся. С целью коррекции портальной гипертензии пациенту выполнено TIPS, через 3 нед после вмешательства отмечено клинически значимое нарастание класса энцефалопатии до III стадии по West-Haven, скорость ТСЧ 123 с, концентрация аммиака в крови 99 мкмоль/л. С целью деконтаминации кишечника модифицирована терапия: пациент последовательно получал метронидазол 500 мг 3 раза в сут, затем рифаксимин 400 мг 3 раза в сут в течение 4 нед, далее прием препаратов проводился курсами по 10 дней 1 раз в мес. При контроле через 3 нед от начала лечения выявлено снижение степени энцефалопатии: I (латентная) стадия по West-Haven, ТСЧ 78 с, концентрация аммиака в крови 64 мкмоль/л. Достигнутый результат сохранялся в последующем и на фоне отмены L-орнитин-L-аспартата.

Выводы. Печеночная энцефалопатия, ассоциированная с TIPS, требует повторной систематической деконтаминации кишечника для снижения концентрации нейротоксинов, в том числе аммиака в крови. Курсовое применение метронидазола и рифаксимины эффективно снижает степень выраженности печеночной энцефалопатии и должно быть включено в обязательный алгоритм консервативной терапии после TIPS.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО АА-АМИЛОИДОЗА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Ч.С. Павлов^{1,2}, О.Н. Левина¹, С.В. Осипова¹, Л.Б. Кирикова¹
¹ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;

²ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Цель. Обсуждение динамики течения редкого осложнения цирроза печени – вторичного амилоидоза – на примере собственного клинического наблюдения.

Клиническое наблюдение. У пациентки М., 21 год, в 1996 г. (2 года) диагностирован врожденный фиброз печени, в 2000 г. (6 лет) проведено мезентерико-кавальное шунтирование в связи с варикозным расширением вен пищевода 3-й степени. С июля 2017 г. (23 года) начала отмечать эпизоды фебрильной лихорадки, выявлено повышение воспалительных маркеров [С-реактивный белок – СРБ – до 112,1 мг/л, лейкоцитоз – до 12,2 10⁹/л, протеинурия в моче, цилиндрурия, выявлен внутрипеченочный холестаз (в виде формирования «желчных озер» в правой и левой долях печени до 12×15 мм)]. При компьютерной томографии органов брюшной полости – выраженное неравномерное расширение внутрипеченочных желчных протоков. Биопсия печени 2018 г. – картина фиброза печени, кистозно-измененных протоков, внутрипеченочного холестаза. При эзофагогастродуоденоскопии выполнена биопсия двенадцатиперстной кишки – ДПК (слизистого и подслизистого слоя), гистологически при окрашивании конго красным выявлены скопления амилоида. Установлен диагноз: Врожденный фиброз печени, MELD 15. Портальная гипертензия, мезентерико-кавальное шунтирование от 2000 г. Рецидивирующий внутрипеченочный холестаз. Вторичный АА-амилоидоз ДПК. Проводились курсы антибак-

териальной, дезинтоксикационной терапии с положительным клиническим и лабораторным эффектом. В сентябре 2020 г. пациентке выполнена ортотопическая трансплантация печени. Снижение уровня СРБ отмечено через 4 нед. При контрольном проведении эндоскопического исследования ДПК и прямой кишки с биопсией слизистого и подслизистого слоя конгофильных масс не выявлено.

Выводы. Поскольку АА-амилоид образуется из сывороточного предшественника SAA (serum amyloid A) – острофазового белка, мониторинг СРБ может быть эффективным при контроле течения АА-амилоидоза. Лечение основного заболевания, контроль воспалительного процесса приводят к обратному развитию АА-амилоидоза.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОСОБЕННОСТЕЙ ПИТАНИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ РАБОЧИХ ПЫЛЕОПАСНЫХ ПРОИЗВОДСТВ

М.В. Шеенкова, О.А. Павлюк, А.В. Истомина
ФБУН «Федеральный научный центр гигиены им. Ф.Ф. Эрсмана» Роспотребнадзора, Мытищи, Россия

Введение. Актуальность изучения модифицируемых факторов риска неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) работающих во вредных условиях обусловлена высокой распространенностью заболевания. Ведущая роль в формировании НАЖБП отводится фактору питания. Изучение особенностей фактического питания является основой коррекции алиментарного статуса.

Материалы и методы. Обследованы 65 работников пылеопасных производств, средний стаж 22 года. Оценка фактического питания сопоставлена с МР 2.3.1.0253-21. Признаки НАЖБП определены на основании ультразвукового исследования печени, биохимического анализа крови. Рассчитывался коэффициент корреляции Пирсона (r).

Результаты. Признаки НАЖБП выявлены у 66% респондентов. По результатам оценки фактического питания рацион 50% обследованных превышал норму физиологической потребности по калорийности. Отмечалась слабая теснота связи между калорийностью рациона и наличием НАЖБП ($r=0,14$). Потребление жиров выше нормы определялось у 75% работников. Выявлена умеренная прямая корреляция между превышением употребления жиров и определением НАЖБП ($r=0,34$). Превышение нормы потребления углеводов выявлено в 14% случаев. Корреляционная связь между повышением уровня углеводов в рационе и НАЖБП слабая ($r=0,09$). В 91% случаев определялся недостаток пищевых волокон в рационе респондентов. Теснота связи между снижением употребления пищевых волокон и наличием НАЖБП средняя ($r=0,51$).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о значительном выявлении нерационального питания рабочих пылеопасных профессий. Признаки НАЖБП выявляются чаще у лиц с превышением физиологической нормы жиров и дефицитом пищевых волокон в рационе. Выявленные факты требуют дальнейшего изучения для разработки эффективной профилактики метаболических заболеваний печени.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОЦЕНКИ СТЕАТОЗА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

С.В. Морозов, В.А. Исаков
ФГБУН «Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи», Москва, Россия

Цель. Сравнить данные оценки выраженности стеатоза печени с использованием аппаратов «FibroScan 502» (EchoSens, Франция) и «iLivTouch FT200» (Wuxi Hisky Medical Technologies Co., Китай).

Материалы и методы. В исследование (рег. номер NCT05224037 на clinicaltrials.gov) включались пациенты с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП), давших письменное согласие на участие в исследовании. Всем участникам в один день выполнялось исследование на аппарате «Fibroscan 502» (EchoSens, Франция) с датчиками M или XL в зависимости от особенностей пациента (FS) и «iLivTouch FT200» (Wuxi Hisky Medical Technologies Co., Китай) – LT – со стандартным датчиком. Проведено сравнение эффективности обследования, а также анализ результатов, получаемых у пациентов с различными стадиями стеатоза печени. Нулевой гипотезой было отсутствие различий между данными, получаемыми при помощи обоих приборов.

Результаты. Были доступны результаты обследования 105 человек (58 женщин), средний возраст $52,8 \pm 12,6$ года, преимущественно с избытком массы тела и ожирением: индекс массы тела (Mean \pm SD) $32,3 \pm 9,48$ кг/м². Время, затраченное на получение одного успешного измерения, было меньше при использовании LT: $37,5 \pm 62,1$ с, чем FS: $43,2 \pm 65,2$ с; $p < 0,05$. При сравнении данных угасания эхосигнала по данным модуля CAP (FS) и UAP (LT) выявлена выраженная корреляция между значениями, получаемыми с использованием этих методов (R по Спирмену 0,77). В то же время получаемые значения отличались: $244,5 \pm 57,2$ дБ/м на LT в сравнении с $267,7 \pm 62,0$ дБ/м на FS; $p < 0,0001$. Слабые степени стеатоза сопровождалась большей конкордантностью значений: при S0-1 значения CAP (FS) составили $216 \pm 33,7$ дБ/м, а по LT – $214,4 \pm 44,9$ дБ/м; $n=52$, $p=0,07$. Однако для выраженных стадий стеатоза (S2+) значения угасания эхосигнала существенно отличались: FS $321,5 \pm 31,1$ дБ/м в сравнении с LT $277,5 \pm 51,0$ дБ/м; $n=50$, $p < 0,0001$. Совпадение в оценке стадии стеатоза по данным FS и LT наблюдалось для стадии S0 в 100%, S1 – в 8,3%, S2 – в 15,4%, S3 – в 40,5% случаев.

Выводы. Результаты оценки стеатоза печени, получаемые в ходе обследования больных НАЖБП при помощи аппаратов «iLivTouch» и «Fibroscan», тесно коррелируют друг с другом, однако имеется выраженная неоднородность получаемых данных при выраженных стадиях стеатоза. Вероятно, требуется выбор более оптимальных пороговых значений для диагностики стеатоза печени у больных НАЖБП при использовании аппарата «iLivTouch».

Работа выполнена в рамках НИР №FGMF-2022–0005 Министерства науки и высшего образования РФ.

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА

К.Г. Салиев, Ю.Г. Сандлер, Т.Ю. Хайменова, С.Н. Бацких, В.А. Кейян, Е.С. Сбикина, А.Н. Иванов, А.С. Дорофеев, С.Г. Хомерики, Е.В. Винницкая

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Цель. Проанализировать особенности иммуносупрессивной терапии (ИСТ) аутоиммунного гепатита (АИГ) у женщин репродуктивного периода (РП).

Материалы и методы. Ретроспективно проанализировано 204 истории болезни пациентов с АИГ за период с 2012 по 2022 г. Из них отобраны 110 пациенток с установленным диагнозом АИГ по критериям Международной группы по изучению АИГ (IAIHG), 2008 г. Возраст от 22 до 78 лет, медиана возраста 54 года. Группа перименопаузального периода (ПМП) выделена на основании критериев STRAW+10. Соотношение женщин РП и ПМП – 41:69.

Результаты. Пациентки из группы РП, получавшие терапию глюкокортикостероидами, составили 36 (88%) человек, а в группе ПМП – 50 (72%) человек. Биохимической ремис-

сии достиг 31 человек в группе РП (86%), в группе ПМП – 41 (82%); $p > 0,05$. Средний срок достижения биохимической ремиссии составил 3 мес в группе РП, 6 мес – в группе ПМП. Нежелательные явления наблюдались у 10 (27%) пациенток в группе РП и у 29 (58%) в группе ПМП ($p = 0,006$). Среди осложнений в группе РП чаще встречался синдром Кушинга: 7 (19%) человек vs 2 (4%) человек; $p = 0,021$. Регресс фиброза на фоне терапии отмечался у 12 (33%) пациентов в группе РП и у 21 (42%) пациента в группе ПМП; $p > 0,05$.

Выводы:

1. В группе РП требуется в среднем в 2 раза меньше времени для достижения биохимической ремиссии.
2. В группе РП реже развиваются нежелательные явления на фоне ИСТ, однако синдром Кушинга встречается чаще, чем в группе ПМП.
3. Процент достижение ремиссии и регресс фиброза на фоне ИСТ в группе РП не отличается от группы ПМП.

ОСОБЕННОСТИ ДЕБЮТА АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

К.Г. Салиев, Ю.Г. Сандлер, Т.Ю. Хайменова, С.Н. Бацких, В.А. Кейян, Е.С. Сбикина, А.Н. Иванов, А.С. Дорофеев, С.Г. Хомерики, Е.В. Винницкая

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Цель. Проанализировать особенности дебюта аутоиммунного гепатита (АИГ) у женщин перименопаузального периода (ПМП).

Материалы и методы. Ретроспективно проанализировано 204 истории болезни пациентов с АИГ за период с 2012 по 2022 г. Из них отобраны 110 пациенток с установленным диагнозом АИГ по критериям Международной группы по изучению АИГ (IAIHG), 2008 г. Возраст от 22 до 78 лет, медиана возраста 54 года. Группа ПМП выделена на основании критериев STRAW+10. Соотношение женщин репродуктивного периода (РП) и ПМП – 41:69 (чел).

Результаты. Средний период от дебюта до верификации диагноза в группе ПМП составил 2,34 года ($Q1-Q3=0-2,5$), максимальный – 18 лет, а в группе РП – 1,63 года ($Q1-Q3=0-3$), максимальный – 6 лет. Среди пациенток группы ПМП бессимптомный дебют отмечен у 46 (66,7%) и у 15 (36,6%) в группе РП; $p > 0,05$. Фульминантный гепатит реже встречался в группе ПМП: 2 (2,9%) человека vs 6 (14,6%) человек в группе РП; $p > 0,05$. Клинические неспецифические симптомы встречались у 23 (33,3%) пациенток в группе ПМП, а в группе РП – у 26 (63,4%); $p > 0,05$. Цирроз печени в дебюте встречался чаще в группе ПМП: 23 (33,3%) пациента против 4 (9,8%) пациентов в группе РП; $p > 0,05$. Гистологическая активность АИГ А2-3 по шкале METAVIR отмечена в группе ПМП у 54 (78,3%) человек и у 23 (56,1%) человек в группе РП; $p > 0,05$.

Выводы:

1. В среднем диагноз АИГ устанавливался дольше в группе ПМП, чем в группе РП.
2. Среди пациенток группы ПМП отмечена наиболее частая встречаемость бессимптомного дебюта.
3. В группе ПМП реже встречался фульминантный гепатит, чем в группе РП.
4. В группе ПМП АИГ чаще дебютировал с проявлений цирроза печени.
5. У пациенток в группе ПМП реже встречалась клиническая симптоматика, а гистологическая активность была достоверно выше, чем у женщин группы РП.

ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ У ПАЦИЕНТОВ С АУТОИММУННЫМ ГЕПАТИТОМ

Ю.Г. Сандлер, К.Г. Салиев, Е.В. Винницкая, С.Г. Хомерики, Ю.Б. Никонова, Е.Н. Александрова, А.С. Дорофеев, Т.Ю. Хайменова, С.Н. Бацких

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Введение. Поражение желчных протоков (ПЖП) не характерно для классического аутоиммунного гепатита (АИГ), но описано при других формах аутоиммунных заболеваний печени.

Цель. Изучить сходства и различия АИГ с ПЖП в сравнении с АИГ без ПЖП и оценить возможность сопутствующего первичного билиарного холангита (ПБХ) и первичного склерозирующего холангита (ПСХ) у пациентов с АИГ и ПЖП.

Материалы и методы. В исследование включены 102 пациента (все женщины) с диагнозом вероятного или достоверного АИГ по упрощенной и пересмотренной расширенной шкале оценки АИГ. По данным гистологии выделена группа пациентов с АИГ и ПЖП – 27/102 (26%) и АИГ без ПЖП – 75/102 (74%). Проанализированы следующие данные пациентов: возраст, наличие аутоиммунных антител (АТ), уровни иммуноглобулинов (IgG, IgM), биохимические показатели печени на момент биопсии (аланинами-нотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, γ -глутамил-транспептидаза, щелочная фосфатаза, билирубин), наличие фиброза печени (F), гистологическая активность (A), морфологический спектр ПЖП (дистрофия, инфильтрация, пролиферация, деструкция желчных протоков), терапия (иммуносупрессивная) и особенности биохимического ответа. Пациентам с холестазом и ПЖП проведена магнитно-резонансная холангиопанкреатография для исключения ПСХ.

Результаты и обсуждение. Почти у 1/4 пациентов с АИГ выявлены морфологические паттерны ПЖП, не характерные для классического АИГ, при отсутствии ПБХ и ПСХ (в том числе по данным магнитно-резонансной холангиопанкреатографии). Диагностические показатели расширенной балльной системы АИГ и ПЖП были несколько ниже, чем АИГ без ПЖП ($17,4 \pm 1,1$ vs $20,2 \pm 1,2$; $p < 0,05$), но соответствовали достоверному диагнозу АИГ. Пациенты с АИГ и ПЖП имели сходные лабораторные данные с группой АИГ без ПЖП, не ассоциированы с клинически значимым синдромом холестаза по уровню щелочной фосфатазы ($p = 0,114$). В группе АИГ и ПЖП уровень IgG повышен у 86% пациентов vs 79% АИГ без ПЖП; $p = 0,267$, при нормальных значениях IgM в обеих группах. АТ (ANA, ASMA) выявлены в 92% случаев АИГ и ПЖП vs 90% без ПЖП; $p = 0,192$, в то время как AMA, sp100 и gp210 были отрицательными в обеих группах. Биопсия печени выявила высокую активность (A3) в 59% (16/27) АИГ и ПЖП vs 32% (24/75) АИГ без ПЖП; $p = 0,013$. Разницы в наличии тяжелого F (3–4) у пациентов с высокой A (3) не получено; $p = 0,257$. Биохимический ответ на терапию встречался с одинаковой частотой в обеих группах. Однако в группе АИГ и ПЖП иммуносупрессивная терапия комбинировалась с урсодезоксихолевой кислотой.

Заключение. ПЖП у пациентов с АИГ, вероятно, отражают сопутствующие повреждения, связанные с более выраженным воспалительным процессом, а не переходным состоянием к холестатическому заболеванию или перекрестному синдрому. Чтобы укрепить эту гипотезу, необходимо собрать больше наблюдений.

Патология кишечника

ОЦЕНКА ЭКСПРЕССИИ ПЕПТИДОВ В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА ПРИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

Е.Д. Миронова^{1,2}, М.А. Осадчук¹, Ю.С. Крылова^{3,4}, П.В. Гуляев², Е.В. Сёмина²

¹ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия;

²ГБУЗ «Диагностический центр №5» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;

³ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия;

⁴ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Оценить экспрессию мотилина и вазоактивного кишечного пептида (ВИП) при дивертикулярной болезни толстого кишечника (ДБТК).

Материалы и методы. В исследование включены 45 больных с ДБТК и 30 практически здоровых человек, которые были обследованы по единой программе, включающей анамнестические данные, лабораторные (биохимический анализ крови и кал на кальпротектин), инструментальные (колоноскопия и ультразвуковое исследование органов брюшной полости) и иммуногистохимические методы диагностики. Экспрессия пептидов проводилась с использованием первичных антител к мотилину (PA5-76926, Invitrogen, USA) и ВИП (Ab22736, 1:800, Abcam, UK).

Результаты. Клиническая картина при ДБТК была представлена в виде функциональных нарушений: запор, боль по ходу толстого кишечника, вздутие живота и повышенное газообразование. Среди сопутствующих заболеваний наиболее часто верифицировались: сахарный диабет (40%), артериальная гипертония (64,4%), желчнокаменная болезнь (44,4%), неалкогольная жировая болезнь печени (55,5%) и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (60%). У больных с ДБТК зафиксировано снижение экспрессии ВИП и мотилина в слизистой оболочке толстого кишечника по сравнению с группой здоровых (17,31 против 34,67; $p < 0,05$ и 64,42 против 76,50; $p < 0,05$ соответственно).

Заключение. Снижение экспрессии ВИП и мотилина в слизистой оболочке толстого кишечника ассоциировано с развитием ДБТК. У данной категории больных часто верифицируют сахарный диабет, артериальную гипертонию, желчнокаменную болезнь, неалкогольную жировую болезнь печени и гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь, что требует проведения дополнительных исследований.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ СИНДРОМА ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА ПИЩЕВЫМИ ВОЛОКНАМИ

В.И. Пилипенко, В.А. Исаков

ФГБУН «Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи», Москва, Россия

Введение. Эффективность лечения синдрома избыточного бактериального роста антибиотиками составляет около 60%. Распространение плотности микробной массы зависит от эффективности дренирования содержимого кишки. Добавление растворимых пищевых волокон к стандартной схеме терапии рифаксиминном может способствовать более эффективной деконтаминации тонкой кишки.

Материалы и методы. У 40 пациентов водородно-метановым дыхательным тестом с лактулозой выявлен избыточный рост водородпродуцирующей флоры в тонкой

кишке. Оценка потребления пищевых волокон в домашних условиях осуществлялась методом 24-часового воспроизведения съеденной пищи. Пациенты были разделены по потреблению пищевых волокон на 2 подгруппы по 20 человек в каждой. В 1-й подгруппе с потреблением пищевых волокон более 30 г/сут пациенты получали рифаксимин 1200 мг/сут в 3 приема после еды в течение 10 дней, далее курс Энтерола 250 по 1 капсуле 3 раза в день в течение 3 нед. Во 2-й подгруппе с потреблением пищевых волокон 20–30 г/сут помимо назначения рифаксимины и Энтерола в аналогичной дозировке пациенты получали с пищей (в блюда с хорошим объемом распределения: вязкие каши, картофельное пюре и т.д.) в завтрак по 2,5 г порошка гуаровой камеди (Molecularmeal, Индия) в течение 10 дней. Контрольное исследование водородно-метановым тестом с лактулозой проводилось через 2–3 мес после завершения лечения.

Результаты. В клинических испытаниях положительный эффект применяемого лечения на частоту и консистенцию стула, а также на выраженность основных жалоб (вздутие живота, чувство неполного опорожнения кишечника, абдоминальную боль) наблюдался в обеих группах со 2-й недели терапии. У пациентов, получавших усиление терапии гуаровой камедью, эффективность составила 75% (15 из 20), в группе контроля – 55% (11 из 20). Ввиду малой численности исследуемых групп различия между ними не достигли уровня достоверности (критерий χ^2 1,777, $p = 0,183$).

Заключение. Назначение гуаровой камеди в дозе 2,5 г/сут пациентам с потреблением пищевых волокон в пределах 20–30 г/сут дополнительно к терапии рифаксимином позволяет добиться повышения эффективности терапии синдрома избыточного бактериального роста.

ВЛИЯНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ АНТИТЕЛ К ИНФЛИКСИМАБУ НА ЧАСТОТУ ПОТЕРИ ОТВЕТА ПРИ ЧЕРЕДОВАНИИ ОРИГИНАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА ИНФЛИКСИМАБА И ЕГО БИОСИМИЛЯРА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

М.Ю. Звяглова¹, О.В. Князев^{1,2}, А.В. Каграманова^{1,3}, А.А. Лищинская¹, Т.А. Баранова², И.А. Тишаева², А.Ф. Баба-ян¹, А.Н. Демченко¹, А.И. Парфенов¹

¹ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;

²ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, Москва, Россия;

³ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Введение. Биосимиляры – это аналоги биофармацевтических лекарственных средств с близкой, но не идентичной исходной молекулой. Биосимиляры открывают возможность более широкого доступа к приемлемому по цене лечению воспалительных заболеваний кишечника, при этом по эффективности и безопасности они сопоставимы с оригинальными препаратами. Однако переключение с оригинальных генно-инженерных биологических препаратов на биосимиляры требует изучения и анализа.

Цель. Определить концентрацию антител к инфликсимабу (ИФЛ) у пациентов с язвенным колитом (ЯК), получающих ИФЛ по одному торговому наименованию (ТН) и при чередовании ИФЛ и его биосимиляров, и выявить частоту потери ответа в течение года наблюдений.

Материалы и методы. В отделении воспалительных заболеваний кишечника ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» наблюдали 38 больных с воспалительными заболеваниями

кишечника, которые регулярно получали оригинальный препарат ИФЛ – 1-я группа (n=20); 2-я группа пациентов (n=18) чередовала оригинальный препарат ИФЛ и его биосимиляр. Уровень антител к ИФЛ в сыворотке крови перед очередным плановым введением препарата через 10 мес от момента включения в исследование проверяли иммуноферментным методом с помощью наборов Shikari Quantitative Determination of Infliximab (Q-INFLIXI) и Shikari Quantitative Determination of Antibodies to Infliximab (Q-ATI) (Matriks Biotek). Оценивали потерю ответа по клиническим, лабораторным и инструментальным данным. Сравнительный анализ проводили методом четырехпольных таблиц с использованием непараметрических статистических критериев.

Результаты. Из 20 больных ЯК 1-й группы у 3 (15,0%) выявлены антитела к ИФЛ, в среднем их концентрация составила 8,5±2,2 нг/мл (норма <5 нг/мл). Из 18 больных 2-й группы у 10 (55,5%) выявлены антитела к ИФЛ, в среднем 187,9±38,2 нг/мл (отношение шансов 0,141, 95% доверительный интервал 0,030–0,658, $\chi^2=6,923$; $p=0,023$). В течение года наблюдения среди пациентов 1-й группы, получающих оригинальный ИФЛ, потеря ответа произошла у 2 (10,0%) больных ЯК. Из пациентов 2-й группы потеря ответа произошла у 8 (10,0%); ОР 0,139; 95% доверительный интервал 0,025–0,785, $\chi^2=5,797$; $p=0,017$.

Выводы. Концентрации антител к ИФЛ выше у пациентов с ЯК при чередовании ИФЛ и его биосимиляров, чем у пациентов с ЯК, которые регулярно получают ИФЛ по одному ТН. Частота потери ответа при чередовании ИФЛ и его биосимиляров достоверно выше у пациентов с ЯК, которые регулярно получают препарат по одному ТН.

КОНЦЕНТРАЦИЯ ЗОНУЛИНА У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА С НАЛИЧИЕМ ИНФЕКЦИИ COVID-19 И БЕЗ COVID-19

Д.С. Кулаков^{1,2}, О.В. Князев^{1,3}, Р.Б. Гудкова¹, М.Е. Чернова¹, А.В. Каграманова^{1,2}, А.А. Лищинская¹, Б.А. Нанаева³, А.И. Парфенов¹

¹ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;

²ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;

³ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Зонулин – белок, способный обратимо повышать проницаемость кишечной стенки, изменяя структуру плотных контактов (tight junction) боковых поверхностей клеток кишечного эпителия. Определение фекального зонулина используют для неинвазивной оценки повышенной кишечной проницаемости. Нормальные значения зонулина в стуле (≤ 110 нг/мл) свидетельствуют об отсутствии повреждений ворсинчатой поверхности слизистой оболочки кишечника и нормальной плотности межклеточных контактов.

Цель. Определить уровень фекального зонулина (ФЗ) в кале больных с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) с обострением заболевания и наличием COVID-19 в остром периоде и без COVID-19 для оценки степени кишечной проницаемости.

Материалы и методы. Обследованы 34 больных с ВЗК без COVID-19 (медиана – Ме – возраста – 32 года) и 19 больных с ВЗК с наличием инфекции COVID-19 в остром периоде (Ме возраста – 44 года). Необработанные образцы кала больных были заморожены и хранились при температуре -80°C. ФЗ оценивали методом иммуноферментного анализа (IDK® Zonulin ELISA Kit, Immunodiagnostik AG,

Germany) в нг/мл. Референсные значения: <83,15 нг/мл – вариант нормы, 83,15–110 нг/мл – повышенный уровень, 110 нг/мл – высокий уровень.

Результаты. В образцах кала больных с ВЗК в период обострения без COVID-19 выявлены колебания ФЗ от 186,4 до 563,9 нг/мл (Ме – 326), среднее значение составило 333,4±16,9 нг/мл. В образцах кала больных с ВЗК в период обострения с наличием инфекции COVID-19 выявлены колебания ФЗ от 321,8 до 598,3 нг/мл (Ме – 469,9), среднее значение составило 464,9±16,4 нг/мл ($p=0,000001$).

Вывод. Повышение концентрации ФЗ в кале больных с ВЗК достоверно выше у больных с ВЗК с наличием инфекции COVID-19 в остром периоде, что свидетельствует о более высокой проницаемости кишечной стенки.

α -1-АНТИТРИПСИН – МАРКЕР ПОВЫШЕНИЯ ПРОНИЦАЕМОСТИ СТЕНКИ КИШКИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ И COVID-19-ИНФЕКЦИИ

Д.С. Кулаков^{1,2}, О.В. Князев^{1,3}, Р.Б. Гудкова¹, А.В. Каграманова^{1,2}, А.А. Лищинская¹, Б.А. Нанаева³, Н.В. Камзаракова¹, А.И. Парфенов¹

¹ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;

²ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;

³ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. α -1-Антитрипсин (ААТ) – это белок, являющийся главным ингибитором эластазы нейтрофилов и высвобождающийся при воспалительных процессах для снижения активности протеолитических ферментов в участках воспаления, показатель при диагностике заболеваний тонкого и толстого кишечника. ААТ играет важную роль в патогенезе и регуляции воспалительного процесса при воспалительных заболеваниях кишечника, может быть использован в качестве диагностических и прогностических маркеров у больных с поражением кишечника.

Цель. Определить уровень ААТ в сыворотке крови и в кале больных язвенным колитом (ЯК) с наличием COVID-19 и без COVID-19 для оценки степени активности воспаления в кишке.

Материалы и методы. Обследованы 42 больных ЯК с обострением заболевания без COVID-19 (медиана возраста – 32 года) с различной активностью заболевания согласно индексу активности Мейо (1-я группа) и 23 больных ЯК с наличием COVID-19 в остром периоде (2-я группа). В сыворотке крови и в кале определяли ААТ (α 1-Antitrypsin Clearance ELISA Immundiagnostik, Germany). Статистическая обработка проведена с использованием программы Statistica 6.0.

Результаты. В сыворотке крови больных ЯК с обострением заболевания без COVID-19 выявлены колебания ААТ от 355 до 3056 мкг/л (норма 900–1800 мкг/л), среднее значение составило 847,9±16,5 мкг/л. У больных ЯК с обострением заболевания и наличием COVID-19 в остром периоде колебания ААТ – от 645 до 4896 мкг/л (норма 900–1800 мкг/л), среднее значение – 2286,3±181,4 мкг/л ($p=0,000000$).

Диапазон концентрации ААТ в кале составил от 55 до 625 мкг/г кала (норма 25–35 мкг/г кала), в среднем 364,9±11,4 мкг/г кала. Диапазон концентрации ААТ в кале составил от 112 до 898 мкг/г кала (норма 25–35 мкг/г кала), в среднем 539,6±18,4 мкг/г кала ($p=0,000000$).

Заключение. Повышение ААТ в сыворотке крови и в кале больных с обострением ЯК и наличием инфекции COVID-19 в остром периоде достоверно выше, чем у больных ЯК без COVID-19, что свидетельствует о более высокой проницаемости кишечной стенки.

ПРЕДИКТОР ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ И МЕРЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

А.А. Лищинская¹, О.В. Князев^{1,2}, А.В. Каграманова^{1,3}, Г.А. Дудина¹, Н.В. Камзаракова¹, Н.А. Фадеева^{1,3}, К.К. Носкова¹, А.И. Парфенов¹

¹ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;

²ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, Москва, Россия;

³ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Введение. У пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) отмечено более частое развитие тромбоэмболических осложнений (ТЭО) по сравнению с общей популяцией.

Цель. Определить значение концентрации D-димера и оценить влияние гепаринопрофилактики на риски клинически значимых ТЭО у больных с тяжелой атакой тотального язвенного колита (ЯК).

Материалы и методы. В исследование включены пациенты с тотальным ЯК тяжелого течения, госпитализированные с апреля 2019 по май 2020 г. в отделение лечения ВЗК ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова». В течение 2019–2020 гг. обследованы 217 пациентов с тотальным ЯК тяжелого течения: в 2019 г. – 98 пациентов, в 2020 г. – 119 пациентов. Всем пациентам определяли концентрацию D-димера [N=0,0–0,50 мкг/мл] на момент госпитализации методом микролатексной агглютинации. Клинически значимые ТЭО визуализировали методом ультразвуковой доплерографии и компьютерной томографии. В 2020 г. в рамках НИР всем пациентам с тяжелой атакой тотального ЯК проводилась профилактика ТЭО низкомолекулярными гепаринами вне зависимости от наличия или отсутствия доказанных факторов высокого риска ТЭО. Проведен регрессионный анализ рисков ТЭО в зависимости от концентрации D-димера.

Результаты. ТЭО в течение периода наблюдения встречались у 18 (8,3%) пациентов; ни в одном случае не наблюдалось летального исхода. Уровень D-димера в группе больных с ТЭО составил от 1,0 до 3,8 мкг/мл, в группе больных без ТЭО – от 0,1 до 1,8 мкг/мл. Риск ТЭО выше в группе пациентов, имеющих концентрацию более 0,50 мкг/мл (отношение рисков 0,062; 95% доверительный интервал 0,113–0,034; χ^2 – 105,292; $p < 0,001$). Установлена сильная корреляционная связь между уровнем D-димера и риском ТЭО ($r=0,88$; $p < 0,001$). В 2019 г. частота клинически значимых ТЭО пациентов составила 14 (14,3%); в 2020 г. частота клинически значимых ТЭО пациентов составила 4 (3,4%); отношение рисков 4,250; 95% доверительный интервал 1,445–12,497; χ^2 – 8,431; $p=0,004$.

Выводы. У госпитализированных пациентов с ЯК значения D-димера имели сильную корреляционную связь с риском ТЭО. Профилактика низкомолекулярными гепаринами достоверно снижает риски ТЭО у пациентов с тотальным ЯК тяжелого течения.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

М.А. Осадчук, О.И. Митрохина, И.Н. Васильева
ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Цель. Определение частоты развития колоректального рака (КРР) у пациентов с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы. Проведено обсервационное ретроспективное исследование с включением 994 пациентов. Средний возраст участников составил 62,48±13,49 года. Критерием включения было наличие у пациентов МС на протяжении 10 лет и более. Для диагностики МС использовались рекомендации Всероссийского научного общества кардиологов по диагностике и лечению МС (2009 г.). Дополнительно оценивались уровни общего холестерина и холестерина липопротеидов низкой плотности. Статистический анализ связи компонентов МС с риском рака проводился с использованием параметрических и непараметрических методов программы SPSS 22.0 Inc, США, для Windows Microsoft Corporation.

Результаты. Онкопроцесс при МС развился у 185 пациентов, при этом выявлено 16 случаев колоректального рака, что составило 8,6% от всех случаев онкопатологии. По распространенности КРР занял среди женщин 3-е место, уступив раку эндометрия и молочной железы, а среди мужчин – 2-е, уступив раку предстательной железы. Вероятность развития КРР при ожирении 1-й степени (n=10) возростала до 62,5%. Рак чаще развивался у пациентов старшей возрастной группы с артериальной гипертензией и ожирением 1-й степени (31,2%, n=5). Риск развития онкопатологии снижался при указании на прием метформина.

Выводы. В исследовании продемонстрировано, что МС является фактором риска развития онкологических заболеваний, в том числе КРР. Наибольший риск связан с абдоминальным ожирением 1-й степени и возрастом пациентов. Сердечно-сосудистые заболевания и сахарный диабет в несколько раз увеличивают риск развития рака. Дислипидемия на развитие рака в указанный временной период не оказывает значимого влияния. Выявлено протективное влияние метформина на риск развития онкопатологии.

СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА – ЕСТЬ ЛИ ВЗАИМОСВЯЗЬ?

О.В. Ташян
ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Цель. На основании собственных данных и данных литературы рассмотреть взаимосвязь синдрома раздраженного кишечника (СРК) и воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК).

Материалы и методы. В исследование включены 213 больных с СРК, 38 больных с ВЗК в стадии ремиссии и 50 здоровых респондентов. Первая группа – 213 больных с СРК, соответствующих критериями Рим-III. Из них 46 больных – с СРК по варианту диареи, 20 больных – с СРК по варианту запоров, 59 больных – с СРК по смешанному варианту. Вторая группа – 38 больных с ВЗК в стадии ремиссии, подтвержденной эндоскопически и морфологически. Из них 28 больных с ВЗК в стадии ремиссии имели симптомы СРК, у 10 эти симптомы отсутствовали. Всем пациентам проведено рутинное клинико-лабораторное обследование, колоноскопия с морфологической оценкой и психометрическое тестирование по комплексу тестов, включающих следующие опросники: личностной и актуальной тревоги Спилберга, депрессии Бека, алекситимии TAS-26, соматизированных симптомов SOMS-2, качества жизни MOS-SF-36, ROME-III, индекса висцеральной чувствительности VSI. Исследование проводилось на базе отделения гастроэнтерологии УКБ №1 ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет).

Результаты. Выявлены сходные изменения в негастроэнтерологических ассоциированных симптомах, а также в показателях депрессии, тревоги и алекситимии при СРК и ВЗК. Отдельного рассмотрения заслуживают результаты

анализа VSI, повышенного у больных с СРК и ВЗК в стадии ремиссии с СРК-подобными симптомами. Независимый характер этого показателя позволяет рекомендовать его при диагностике и динамическом наблюдении у больных этих групп в качестве скринингового теста.

Выводы. В патогенезе СРК и ВЗК можно рассматривать несколько гипотез: СРК и ВЗК – две стороны одного патологического процесса; СРК – продрома ВЗК; СРК – overlap-синдром ВЗК; наличие СРК-подобных симптомов при ВЗК.

ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА ПОСЛЕ ИНФЕКЦИИ COVID-19

М.Г. Мнацаканян, Я.Ю. Фекина

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Введение. В литературе обсуждается возможное развитие синдрома раздраженного кишечника (СРК) после перенесенной новой коронавирусной инфекции COVID-19. В качестве причинных факторов рассматривают: вирус SARS-CoV-2, применение антибактериальных, глюкокортикостероидных, противовирусных и биологических препаратов в острую фазу заболевания, психологический стресс, связанный с заболеванием, и др.

Цель. Провести сравнительный анализ психометрических показателей, индекса висцеральной чувствительности (VSI) у пациентов с ранее установленным диагнозом СРК и пациентов с симптомами СРК, развившимися спустя 6 мес и более после COVID-19.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели обследованы 200 больных с различными гастроинтестинальными расстройствами через 6 мес после COVID-19. Из них диагноз СРК согласно Рим IV установлен у 14 (28%) больных – группа 1. В качестве сравнения обследованы 20 больных, перенесших тяжелую форму COVID-19 более 6 мес назад без гастроэнтерологических жалоб – группа 2; группа 3 – 40 больных с верифицированным диагнозом СРК до пандемии COVID-19. Группа контроля включала 50 здоровых респондентов. Оценивались показатели депрессии, тревоги, VSI.

Результаты. Сравнительный анализ показателей депрессии, тревоги, VSI не выявил статистически значимых различий у больных в группах 1 и 3 ($p > 0,05$), в то время как группа 2 не отличалась от здоровых респондентов ($p > 0,05$).

Заключение. Сравнительный анализ исследованных показателей не выявил значимых различий между здоровыми респондентами и больными, перенесшими COVID-19 без развития симптомов СРК. Психометрические показатели и VSI в группах 1 и 3 однотипно изменены, но между ними нет статистически значимой разницы ($p > 0,05$). С позиции биопсихосоциальной модели СРК можно полагать, что перенесенная новая коронавирусная инфекция COVID-19 явилась лишь разрешающим фактором формирования СРК. Вероятно, они могли бы сформировать СРК в дальнейшем без связи с новой коронавирусной инфекцией.

ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ЭНТЕРОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОНКОЙ КИШКИ

И.О. Щекотуров, Р.Ф. Бахтиозин, М.Г. Мнацаканян, И.В. Куприна

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Цель. Оценка возможностей применения магнитно-резонансного (МР) индекса активности (MARIA) воспалительного процесса в кишечнике у пациентов с болезнью

Крона (БК) и оценка его корреляции с эндоскопическим индексом оценки тяжести болезни Крона (CDEIS).

Материалы и методы. Нами обследованы 87 пациентов с БК, которые подверглись проведению МР-энтерографии и колоноскопии с определением индексов MARIA и CDEIS до и после терапевтического лечения. Для определения степени активности воспалительного заболевания кишечника (ВЗК) по данным магнитно-резонансной томографии оценивались следующие признаки: утолщение стенки более 3 мм, наличие язвенных дефектов, изменение окружающей жировой клетчатки и отек стенки кишки. Индекс MARIA определялся по формуле: $(1 \times \text{утолщение стенки} > 3 \text{ мм}) + (1 \times \text{отек}) + (1 \times \text{изменение окружающей жировой клетчатки}) + (2 \times \text{наличие изъязвлений})$.

Результаты. При значении индекса MARIA более 1 у пациентов с БК чувствительность методики составила 90%, а специфичность 81% (AUC 0,91, 95% доверительный интервал 0,88–0,94; $p < 0,001$). При значении индекса 2 или более с наличием язвенных дефектов чувствительность составила 85%, а специфичность 92% (AUC 0,94, 95% ДИ 0,91–0,96; $p < 0,001$). Отмечены высокие показатели корреляции между индексами MARIA и CDEIS ($R = 0,80$, $p < 0,001$).

Выводы. Индекс MARIA является точным и надежным инструментом в неинвазивном определении степени активности ВЗК и оценке ответа на терапию у пациентов с БК.

ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ И БЕРЕМЕННОСТЬ

В.В. Вишневецкая

ГАУЗ Московской области «Клинская областная больница», Клин, Россия

Воспалительные заболевания кишечника – ВЗК (язвенный колит и болезнь Крона) – заболевания неизвестной этиологии. За последние десятилетия отмечается высокий рост заболеваемости ВЗК во всем мире. Женщины с ВЗК составляют группу риска развития осложненной беременности. Такие пациентки встречаются на приеме у гастроэнтеролога. Больная С., 27 лет, считает себя больной с мая 2017 г., появился жидкий стул до 3–6 раз в сутки, с примесью крови; фиброколоноскопия: тотальный колит умеренной активности воспалительного процесса. Проводилась терапия глюкокортикостероидами (ГКС) 60 мг по схеме снижения, месалазин 4 г. На фоне терапии – улучшение состояния, однако после отмены ГКС – ухудшение состояния. В сентябре 2017 г. – вновь курс ГКС, подключение адалимумаба с положительным эффектом. В январе 2018 г. – рецидив заболевания. Назначен инфликсимаб и азатиоприн. В июне 2018 г. пациентка госпитализирована в ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» с обострением заболевания, беременность 8 нед. В течение всей беременности больная наблюдалась совместно с врачами ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих», гинекологом, гастроэнтерологом. В ноябре 2018 г. – родоразрешение путем кесарева сечения. В декабре 2018 г. больная самостоятельно продолжила прием преднизолона 10 мг без эффекта. Повторная госпитализация в ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» в феврале 2019 г. Принимая во внимание неэффективность адалимумаба и инфликсимба, назначена терапия ведолизумабом. С мая 2019 г. пациентка получает ведолизумаб, препараты 5-аминосалициловой кислоты, на фоне терапии состояние улучшилось. В 2021 г. наступает вторая беременность. Больная во время беременности наблюдается гинекологом, гастроэнтерологом, врачами ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих». Продолжает получать ведолизумаб до июля. В октябре 2021 г. родоразрешение кесаревым сечением на 39-й неделе, родился доношенный здоровый ребенок. Возобновление генно-инженерной биологической терапии (ГИБТ) – декабрь 2021 г. Сейчас пациентка чувствует себя хорошо – стул 1–2 раза без крови и слизи. Продолжает получать ГИБТ.

Заключение. Беременные с ВЗК должны наблюдаться совместно со специалистами специализированных учреж-

дений. Больным, получавшим ГИБТ до беременности, целесообразно продолжение ГИБТ во время беременности. Согласно инструкции применение ведолизумаба во время беременности допустимо, если потенциальная польза явно превосходит предполагаемый риск как для матери, так и для плода.

АКТИВНОСТЬ ДИСАХАРИДАЗ В ПОДВЗДОШНОЙ КИШКЕ В НОРМЕ, ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА И ЭНТЕРОПАТИИ С НАРУШЕНИЕМ МЕМБРАННОГО ПИЩЕВАРЕНИЯ

Е.А. Кондрашова, А.И. Парфенов, Н.И. Белостоцкий, Н.А. Фадеева

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Введение. Диагностика энтеропатии с нарушением мембранного пищеварения (ЭНМП) основана на определении активности дисахаридаз в слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки (СО ДПК). Сведения о диагностическом значении дисахаридаз в СО подвздошной кишки (ПК) в литературе отсутствуют.

Цель. Оценить активность дисахаридаз в СО дистального отдела ПК в норме и у пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК) и ЭНМП.

Материалы и методы. В исследование включены 8 пациентов с ЭНМП, 22 – с СРК и 11 человек без симптомов заболеваний органов пищеварения. Дизайн исследования включал анализ переносимости пищевых продуктов и активности сахаразы (С), глюкоамилазы (ГА), мальтазы (М) и лактазы (Л) в СО ДПК и ПК по методу Далквиста в модификации Н.И. Белостоцкого.

Результаты. У лиц контрольной группы активность ГА в СО ПК находилась в пределах 400–1540 (1075,45±123,06), М – 1720–5800 (3799,09±409,75), С – 55–490 (272,91±76,52), Л – 3–34 (15,09±3,03) нг/мг/мин и не имела статистически достоверных различий при сравнении с показателями активности в СО ДПК. У пациентов с СРК активность ГА в СО ПК находилась в пределах 248–1980 (1060±119,96), М – 507–5505 (3541±313,64), С – 2–277 (127,82±14,92), Л – 1–30 (7,77±1,47) нг/мг/мин. Снижение уровня М отмечено в 4,5% случаев, С – в 13,6%, а Л – в 95,4%, уровень ГА был в норме. У больных с ЭНМП активность С в СО ПК была в норме у 5 (62,5%), снижена – у 3 (37,5%). Активность ГА в ПК оставалась в норме у 6 (75%) пациентов, была снижена у 1 (12,5%), повышена у 1 (12,5%) пациента. Активность М в ПК была в норме у 6 (75%) пациентов, повышена у 2 (25%) пациентов. Активность Л в ПК была в норме у 1 (12,5%) пациента, снижена у 7 (87,5%) пациентов. Таким образом, обнаруженное у 7 пациентов с ЭНМП снижение активности тех или иных дисахаридаз в СО ПК дает основание предполагать у них нарушение мембранного пищеварения на всем протяжении тонкой кишки. У 2 больных активность ферментов в СО ПК оказалась повышенной, что позволяет предположить возможность формирования у них компенсаторной реакции по типу проксимодистального градиента, впервые описанного А.М. Уголевым и соавт. (1985 г.). Снижение активности дисахаридаз в СО ПК у пациентов с СРК дает основание предполагать у них ЭНМП.

Заключение. Исследование активности дисахаридаз в СО ПК расширяет возможности дифференциальной диагностики ЭНМП с СРК.

ОСОБЕННОСТИ МЕМБРАННОГО ПИЩЕВАРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ РЕЗЕЦИРОВАННОГО КИШЕЧНИКА

О.В. Ахмадулина¹, Т.Н. Кузьмина^{1,2}, Е.А. Сабельникова^{1,3}, Н.И. Белостоцкий¹, Е.В. Бауло¹, А.И. Парфенов¹

¹ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;

²ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;

³ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. У больных с синдромом резецированного кишечника развивается мальабсорбция, однако с течением времени наблюдается формирование компенсации различной степени, что может быть следствием индивидуальных возможностей восстановления функций слизистой оболочки тонкой кишки (СОТК) и показателей мембранного пищеварения.

Цель. Оценка показателей активности ферментов СОТК с определением их проксимодистального градиента у больных с синдромом резецированного кишечника после резекции тонкой кишки.

Материалы и методы. Обследованы 10 больных с синдромом резецированного кишечника после резекции тонкой кишки; длительность оперативного лечения составляла более 1 года у всех обследованных; из них 70% составили женщины, средний возраст – 38,5±12,5 года. У всех больных выявлены жалобы на жидкий стул, из них у 6 пациентов – до 3 раз в сутки, у 3 пациентов – 3 и более раз в сутки, у 8 – урчание в животе, при этом у 2 из них урчание сопровождалось вздутием живота. У 1 пациента отмечена редукция массы тела в течение последних 6 мес. По данным лабораторных маркеров белкового обмена у больных выявлены гипопроотеинемия и гипоальбуминемия, средние показатели общего белка крови составили 58,4±5,6 г/л, альбумин – 30,2±3,0 г/л. Изучались показатели мембранного пищеварения на основе определения активности карбогидраз СОТК (глюкоамилазы, мальтазы, лактазы и сахаразы), которая измерялась в нг глюкозы/мг тканей×мин методом Далквиста.

Результаты. При исследовании активности ферментов СОТК выявлены средние показатели активности ферментов в двенадцатиперстной кишке: уровень глюкоамилазы составил 168±120 нг глюкозы/мг тканей×мин, мальтазы – 1038±573 нг глюкозы/мг тканей×мин, сахаразы – 83±61 нг глюкозы/мг тканей×мин, лактазы – 18±14 нг глюкозы/мг тканей×мин, что показывает нормальные уровни активности ферментов. При этом у 4 больных оказалась пониженная активность глюкоамилазы, у 4 – мальтазы, у 3 – сахаразы, у 4 – лактазы. При определении проксимодистального градиента выявлено повышение показателей активности всех исследованных карбогидраз в подвздошной кишке у 2 больных, отмечена тенденция к нормализации показателей мальтазы и сахаразы к дистальному отделу тонкой кишки, пониженная активность глюкоамилазы и лактазы.

Выводы. Одной из причин нарушения усвоения нутриентов с проявлениями в виде частого жидкого стула, повышенного газообразования у больных с резецированной тонкой кишкой является понижение активности карбогидраз СОТК. Оптимальным методом лечения этих нарушений может быть правильно составленный рацион.

ВЛИЯНИЕ РЕБАМИПИДА НА АКТИВНОСТЬ КАРБОГИДРАЗ ТОНКОЙ КИШКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Е.В. Бауло, Н.И. Белостоцкий, А.И. Парфенов

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Введение. Энтеропатия с нарушением мембранного пищеварения (ЭНМП) – новая нозологическая единица, в ос-

нове которой лежит снижение активности одного или более ферментов слизистой оболочки тонкой кишки (СОТК).

Цель. Показать изменение активности ферментов СОТК у больных с ЭНМП под воздействием цитопротектора (ребамипид) в зависимости от продолжительности лечения.

Материалы и методы. Обследованы 84 пациента с клиническими симптомами ЭНМП. У каждого пациента взята биопсия из залуковичного отдела двенадцатиперстной кишки на исследование активности карбогидраз СОТК. Активность ферментов определяли по методу Далквиста в модификации Н.И. Белостоцкого.

Результаты. При изучении активности ферментов СОТК у пациентов до начала лечения получены следующие данные: среднее значение глюкоамилазы составило 104 нг глюкозы/мг ткани, мальтазы – 564, сахаразы – 49,6, лактазы – 13,2. Через 4 нед терапии ребамипидом выявлено увеличение глюкоамилазы от исходных значений (до лечения) в 1,8 раза ($p=0,001$), мальтазы – в 1,4 раза ($p=0,008$), сахаразы – в 1,3 раза ($p=0,0008$), лактазы – в 1,5 раза ($p=0,13$). При изучении карбогидраз СОТК через 8 нед обнаружено дальнейшее увеличение их активности. Так, глюкоамилаза увеличилась в 2,2 раза ($p=0,011$), мальтаза – в 1,8 раза ($p=0,002$), сахараза – в 1,7 раза ($p=0,0217$). Исключение составила лактаза, активность которой увеличилась в 1,3 раза ($p=0,449$) по сравнению с исходными данными, в отличие от 4-недельного курса терапии. При изучении активности ферментов после 12 нед терапии ребамипидом отмечено дальнейшее увеличение активности всех ферментов. Так, глюкоамилаза увеличилась в 3,2 раза ($p=0,0001$), мальтаза – в 3 раза ($p=0,0001$), сахараза – в 2,9 раза ($p=0,0001$), а лактаза – в 1,9 раза ($p=0,097$).

Заключение. Цитопротектор ребамипид, назначаемый в дозе 300 мг/сут, последовательно повышает активность карбогидраз СОТК через 4, 8 и 12 нед терапии.

СКРИНИНГ ЦЕЛИАКИИ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

А.М. Карелина¹, И.Г. Фёдоров^{1,2}, Л.Ю. Ильченко², Г.Г. Тотолян², И.Г. Никитин², П.В. Федотов³

¹ГБУЗ «Городская клиническая больница им. В.М. Буянова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;

²ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия;

³ООО «СЦЗ», Москва, Россия

Оценка состояния здоровья мужчин призывного возраста – важная государственная задача. Доля болезней органов пищеварения в 2019 г. в Москве у трудоспособного населения составила 6,8%, причем в последние годы отмечен значительный рост целиакии.

Цель. Скрининг целиакии у мужчин призывного возраста 18–27 лет.

Материалы и методы. За период с января по август 2022 г. в исследование включены 459 пациентов. Проведено обследование, включавшее клинико-лабораторные и инструментальные методы (ультразвуковое исследование органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопия, фиброколоноскопия, уреазный дыхательный тест). Для выявления целиакии с помощью метода иммуноферментного анализа в крови определяли антитела к глиадину (IgA, IgG), тканевой трансглутаминазе (anti-tTG IgG, IgA), деамидированным пептидам глиадина (anti-DGP IgG, IgA).

Результаты. Среди жалоб преобладали боли в эпигастрии – 69 (41,8%), тошнота – 5 (3%), отрыжка – 1 (0,6%), изжога – 1 (0,6%), запоры – 1 (0,6%), диарея – 2 (1,2%) пациента; их сочетание отмечено у 68 (41,2%), отсутствие жалоб – у 18 (10,9%) пациентов. Масса тела ниже 18,5 кг/м² наблюдалась у 39 (23,6%) пациентов. По дан-

ным иммуноферментного анализа в 165/459 (35,9%) случаях зарегистрированы повышенные уровни антител: у 14 (8,4%) – к глиадину IgA, у 43 (26,0%) – к глиадину IgG, у 12 (7,2%) – к anti-tTG IgA, у 21 (12,7%) – к anti-tTG IgG, у 7 (4,2%) – к anti-DGP IgA, у 12 (7,2%) – к anti-DGP IgG, а у 56/165 (33,9%) пациентов получено их различное сочетание. При эзофагогастродуоденоскопии в постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки у 64 (38,7%) обследованных наблюдалась отечная слизистая с очаговой поперечной гиперемией.

Заключение. Согласно клиническим рекомендациям Всемирной организации здравоохранения 2016 г. наличие целиакии можно предположить у 4,1% (19/459) обследованных мужчин призывного возраста. Планируется проведение морфологического исследования слизистой постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки. Всем пациентам с малосимптомным течением целиакии рекомендована аглютенная диета.

РАННЕЕ РАЗВИТИЕ ДИССЕМИНИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА НА ФОНЕ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТА С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

М.Ю. Тимановская¹, М.Д. Абдулкадырова¹, О.В. Князев^{1,2}
¹ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;

²ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Проведение иммуносупрессивной терапии пациентам с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) требует дополнительных методов мониторинга в связи с риском развития оппортунистических инфекций.

Цель. Представить клинический случай, иллюстрирующий сложности ведения пациента с болезнью Крона (БК) и туберкулезной инфекцией на фоне терапии анти-ФНО-α.

Материалы и методы. Пациент М. 54 лет наблюдался в отделении лечения ВЗК ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» с диагнозом «БК в форме илеоколита» на протяжении 5 лет. Ввиду развития гормональной зависимости с сентября 2020 г. начата генно-инженерная биологическая терапия (ГИБТ) препаратом анти-ФНО-α цертолизумаба пэгол. До начала терапии исключена туберкулезная инфекция: Диаскинтест – отрицательный. Спустя 2 мес после индукции ГИБТ появилась лихорадка до 39°C, потливость, выраженная общая слабость. При поступлении в стационар лабораторно: лейкоцитоз 13,2×10⁹ л, скорость оседания эритроцитов 86, С-реактивный белок 292. Позже появились жалобы на непродуктивный кашель. Мазок на SARS-COV-2 – отрицательный. По данным компьютерной томографии (КТ) в легких выявлены множественные очаги 1–2 мм, лимфаденопатия средостения; множественные очаги селезенки 3–19 мм, слабо накапливающих контраст. Проведены эзофагогастродуоденоскопия, илеоколоноскопия – данных за рецидив БК нет. Выполнена полимеразная цепная реакция биоптата слизистой толстой кишки на наличие ДНК *M. Tuberculosis* – не обнаружена. Проводилась терапия антибактериальными препаратами широкого спектра без эффекта. Через 10 дней отмечена отрицательная динамика по сравнению с предыдущим КТ-исследованием: увеличение количества и размеров очаговых поражений в легких и селезенке до 15 мм, лимфоузлы представлены конгломератами до 25 мм. Проведен Диаскинтест – гиперемия 10 мм – положительный. Выполнен Т-SPOT.TB – результат положительный. Установлен диагноз «гематогенно диссеминированный туберкулез». Пациент переведен в ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом», где проводилась противотуберкулезная терапия, на фоне которой вышеописанные симптомы регрессировали. Т-SPOT.TB – снизилось количество Т-лимфоцитов. При повторной

госпитализации в отделение лечения ВЗК ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» спустя год – рецидив БК, назначен генно-инженерный биологический препарат из группы антиинтегринов ведолизумаб, обладающий высоким профилем безопасности за счет селективного действия на кишечник.

Результаты. На фоне проводимой терапии достигнута клиничко-эндоскопическая ремиссия. Пациент наблюдается у фтизиатра, данных за реактивацию туберкулезной инфекции нет.

Заключение. Пациенты с ВЗК, получающие терапию препаратами анти-ФНО- α , должны наблюдаться совместно с фтизиатром с целью своевременного предупреждения развития туберкулезной инфекции. При выявлении туберкулеза терапия препаратами анти-ФНО- α должна быть отменена. По мере излечения производится подбор терапии селективными препаратами ГИБТ.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ БОЛЕЗНИ КРОНА

М.Ю. Тимановская¹, М.Д. Абдулкадырова¹, М.А. Данилов¹, О.В. Князев^{1,2}

¹ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;

²ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Продемонстрировать тактику ведения пациента с осложненным течением болезни Крона.

Материалы и методы. Пациент А. 33 лет на протяжении последних 8 лет перенес 9 операций на брюшной полости по поводу перфораций тонкой кишки. С жалобами на фебрильную лихорадку в течение 1,5 мес госпитализирован в отделение лечения воспалительных заболеваний кишечника ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова». По результатам колоноскопии патологии не выявлено. Выполнена КТ-энтерография: картина илеита (с вовлечением подвздошной кишки на всем протяжении), сигмоидита и проктита с формированием конгломерата петель подвздошной кишки, множественных межкишечных и слепых свищей, воспалительных инфильтратов межкишечно и в прямокишечнопузырном углублении. При попытке проведения диагностической пункции абсцесса малого таза получен гной в объеме 10 мл. От проведения оперативного лечения решено воздержаться ввиду высокого риска развития хирургических и гнойно-септических осложнений, а также резекции обширного участка тонкой кишки и формирования еюностомы, что в свою очередь приведет к развитию синдрома короткой тонкой кишки. Начата терапия системными глюкокортикостероидами (ГКС), продолжена антибактериальная терапия под контролем ультразвукового исследования кишечника не реже 1 раза в месяц и маркеров воспаления (С-реактивного белка, прокальцитонина, клинического анализа крови) с целью своевременной диагностики абсцедирования инфильтрата. На фоне терапии, спустя 4 дня, нормализовалась температура тела, лабораторно отмечалась тенденция к восстановлению белкового обмена, электролитных нарушений. Через 3 мес курс ГКС был завершен, по результатам контрольных обследований протяженность воспалительных изменений в тонкой кишке значительно уменьшилась, что позволило выполнить хирургическое лечение в объеме илеоцекальной резекции (удалено 35 см терминального отдела подвздошной кишки) с формированием илеотрансверзоанастомоза. В качестве противорецидивной терапии пациенту назначен препарат из группы анти-ФНО- α .

Результаты. В настоящее время достигнута клиничко-лабораторная ремиссия, планируется продолжить генно-инженерную биологическую терапию.

Заключение. При наличии инфильтрата брюшной полости необходимо проводить терапию ГКС под прикрытием антибактериальных препаратов и наблюдать пациента совместно с хирургами в динамике. Уменьшение протяженности воспаления в тонкой кишке позволило минимизировать объем резекции и предотвратить развитие синдрома короткой тонкой кишки.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КЛОСТРИДИАЛЬНЫХ КОЛИТОВ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ COVID-19

И.Н. Ручкина, Р.Б. Гудкова, А.А. Новиков, М.С. Иванова, А.И. Парфенов

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Цель. Изучить барьерную функцию кишечника у больных колитом, ассоциированного с *Clostridium difficile*, после перенесенного COVID-19.

Материалы и методы. Обследованы 98 больных в возрасте 32±5 лет с диареей (стул до 9±2 раза в сутки), развившейся после перенесенного COVID-19. Больные получали антибиотики по поводу активации бактериальной инфекции. Назначались стандартные лабораторно-инструментальные методы обследования. Токсины А, В *C. diff* определялись в кале с помощью иммуоферментного анализа. Микробиом кишечника изучался в посевах кала. Для диагностики избыточного бактериального роста в просвете тонкой кишки (SIBO) проводился дыхательный водородно-метановый тест.

Результаты. У 28,1% выявлен катаральный левосторонний колит, ассоциированный с *C. diff*, без признаков псевдомембран; у 19,4% – псевдомембранозный колит (ПМК) с тотальным поражением толстой кишки, тяжелого течения с метаболическими нарушениями (гипопротеинемия, железодефицитная анемия, полиэлектролитные нарушения). При ПМК в посевах кала отмечался выраженный дефицит облигатной микрофлоры и признаки SIBO, преимущественно за счет повышение метана до 98±11 ppm (норма ≤20 ppm). При ПМК выявлено повышение фекального зонулина до 450±50 (норма ≤107 нг/мл) и фекального α -1-антитрипсина до 380±70 (норма ≤50 мкг/г). При катаральном левостороннем колите, ассоциированном с *C. diff*, признаков SIBO не выявлено, показатели фекального зонулина и α -1-антитрипсина оставались в норме. В посевах кала обнаружен рост условно-патогенной микрофлоры в различных комбинациях, показатели облигатной микрофлоры снижены незначительно на 1–2 порядка.

Заключение. У 19,4% больных после перенесенного COVID-19 развился ПМК, тяжелое течение которого связано с нарушениями барьерной функции кишечника. При ПМК выявлен SIBO за счет высоких показателей метана вследствие активности анаэробной микрофлоры толстой кишки. Для восстановления барьерной функции кишечника в комплексную терапию ПМК следует включать энтенопротектор ребамипид. Для коррекции микробиоты кишечника показаны курсы сорбированных или поликомпонентных пробиотиков в течение 2–3 мес.

ВНЕКИШЕЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА С ДИАРЕЕЙ

А.А. Макарова, И.Н. Ручкина, Н.В. Ромашкина, Л.Х. Индейкина, А.И. Парфенов

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Цель. Изучить внекишечные проявления при тяжелом течении синдрома раздраженного кишечника с диареей (СРК-Д).

Материалы и методы. Обследованы 42 больных с СРК-Д тяжелого течения в возрасте 31 (25; 35) год, в исследуемой группе – преимущественно женщины (22). Диагноз соответствовал Римским критериям IV. При развитии гастроэнтерологических жалоб пациенты прошли обследование у соответствующих специалистов. Одновременно проводилась консультация психиатра для выявления психопатологических нарушений.

Результаты. У всех больных с СРК-Д тяжелого течения выявлены внекишечные проявления, и в результате обследования у специалистов установлены диагнозы: у 46% – гипervентиляционный синдром, у 2% – кардионевроз, у 14% – дисфункция мочевого пузыря, у 21% – сексуальная дисфункция, у 17% – фибромиалгия. После тестирования и осмотра психиатра выявлены психопатологические нарушения: у 82% – тревожный, у 12% – тревожно-депрессивный, у 6% – депрессивный синдромы. У 88% больных с СРК-Д тяжелого течения отмечалась канцерофобия. Учитывая расстройства личности больных, назначался антидепрессант под контролем психиатра и гастроэнтеролога. В результате 8-недельного курса антидепрессанта у всех больных достигнута положительная динамика в СРК-Д тяжелого течения. В меньшем проценте случаев повторно выявлялись внекишечные проявления: у 4,3% сохранялась сексуальная дисфункция и у 1,5% – гиперактивный мочевой пузырь. Проявления кардионевроза, фибромиалгии, гипervентиляционного синдрома полностью купировались. При повторной оценке личности больных психиатром лишь у 5% сохранялся тревожный-депрессивный синдром с минимальными клиническими проявлениями.

Заключение. Тяжелое течение СРК-Д связано прежде всего с изменением личностных характеристик больных и формированием психопатологических нарушений. Назначение антидепрессанта привело к формированию ремиссии СРК-Д тяжелого течения и купированию у большинства больных внекишечных проявлений, тревожного и тревожно-депрессивного синдромов. Развитие внекишечных проявлений у больных с СРК-Д связано с нарушением взаимодействия центральной с вегетативной и энтеральной нервной системой.

ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА В ТОНКОЙ КИШКЕ. НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВОДОРОДНО-МЕТАНОВОГО ДЫХАТЕЛЬНОГО ТЕСТА

Р.Г. Плавник

ООО «ИЗОКАРБ ЛАБЗ», Москва, Россия

Введение. Синдром избыточного бактериального роста (СИБР) в тонкой кишке является распространенной патологией, встречающейся как самостоятельно, так и в сочетании с другими заболеваниями. Диагностика СИБР до настоящего времени остается весьма трудной задачей, так как большинство диагностических тестов либо трудновыполнимы (посев асептического тонкокишечного аспирата, определение короткоцепочечных жирных кислот – КЖК в тонкокишечном аспирате), либо недостаточно информативны (определение КЖК в кале, индикана в моче). По данным Ю.А. Кучерявого и соавт. (2020 г.), базирующимся на рекомендациях ASCG, в последние годы основным доступным методом диагностики СИБР стал водородно-метановый дыхательный тест (ВМДТ). По данным Е. Mendoza и соавт. (2007 г.), чувствительность ВМДТ с лактулозой при условии правильного выполнения составляет 85,7%, специфичность – 90,9%. Вместе с тем применение ВМДТ в Российской Федерации до настоящего времени ограничивалось отсутствием зарегистрированных наборов реагентов для выполнения теста. В 2022 г. на рынок вышел российский набор «СИБРТЕСТ» с лактулозой (10 г), предназначенный для выполнения ВМДТ на приборе «GastroCH4ECK

Gastrolyser», Великобритания. Отличительной особенностью набора является возможность удаленного взятия проб выдыхаемого воздуха с сохранностью биоматериала до 7 сут без потери качества проб.

Материалы и методы. В рамках клинических испытаний набора «СИБРТЕСТ» проведено исследование диагностической информативности (чувствительности, специфичности, точности). В качестве теста сравнения выбран биохимический анализ кала на дисбактериоз (определение КЖК) методом газожидкостной хроматографии. Исследования выполнены 65 пациентам (40 – основная группа и 25 – контрольная).

Результаты показали диагностическую чувствительность 90,24%, специфичность 95,83% и точность 92,3%. С учетом неинвазивности, доступности, безопасности и возможности удаленного выполнения «СИБРТЕСТ» может быть рекомендован для диагностики СИБР, особенно в условиях, когда бактериологическое исследование тонкокишечного аспирата, взятого в асептических условиях, является недоступным.

ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ КАК ФАКТОР РИСКА СИНДРОМА ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА В ТОНКОЙ КИШКЕ У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Ю.А. Кулыгина, М.Ф. Осипенко

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Новосибирск, Россия

Цель. Изучить частоту синдрома избыточного бактериального роста (СИБР) и гастроинтестинальные симптомы, ассоциированные с ним у больных с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК).

Материалы и методы. В исследование вошли 152 больных с установленным диагнозом ВЗК (язвенный колит – ЯК и болезнь Крона – БК). Возраст больных с ВЗК колебался от 18 до 77 лет, средний возраст составил 38,5 [29,75; 52,25] года. Всем испытуемым для верификации СИБР проведен водородный дыхательный тест (ВДТ) на аппарате «Gastro+» с использованием лактулозы. У всех больных имеющиеся симптомы оценивались по Визуальной аналоговой шкале. Все статистические расчеты проводились в программе Rstudio (version 0.99.879 – © 2009-2016 RStudio, Inc., USA).

Результаты. Частота положительного ВДТ составила 48%, у больных с БК – 50,7% (n=36), у больных ЯК – 45,7% (n=37); p=0,626. Наличие СИБР у больных с ВЗК было ассоциировано с гастроинтестинальными и общими симптомами. Так, увеличение частоты диареи в сутки на 1 повышает шанс СИБР в 1,16 раза (95% доверительный интервал – ДИ 1,05–1,28; p=0,003), при этом для больных ЯК шанс СИБР выше (отношение рисков – ОР 1,39, 95% ДИ 1,16–1,72; p<0,001). Наличие вздутия у больных с ВЗК повышало риск СИБР в 30,84 раза (95% ДИ 12,45–89,38; p<0,001). Более значимая ассоциация выявлена у больных ЯК: она составила ОР 122,4 (95% ДИ 22,2–2312,87; p<0,001), чем у больных с БК – ОР 13,53 (95% ДИ 4,43–48,68; p<0,001). Наличие флатуленции у больных с ВЗК ассоциировано с наличием СИБР (ОР 31,42, 95% ДИ 13,48–80,33; p<0,001). Наличие СИБР у больных с ВЗК ассоциировано со снижением слабости (ОР 2,38, 95% ДИ 1,23–4,68; p=0,011). Также выявлено, что СИБР у больных с ВЗК ассоциирован с наличием снижения массы тела (в течение месяца до проведения ВДТ) – ОР 24,58, 95% ДИ 10,78–61,29; p<0,001, при этом снижение массы тела на 1 кг увеличивает шанс СИБР в 2,23 раза (95% ДИ 1,73–3,03; p<0,001).

Заключение. Таким образом, ВДТ может использоваться для дифференциальной диагностики обострения ВЗК от клинических проявлений, вызванных СИБР.

УРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

Д.Д. Казарин, М.С. Чупина, А.Е. Шкляев
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Ижевск, Россия

Введение. Изучение молекулярных механизмов воспаления при язвенном колите (ЯК) привело к разработке нового метода лечения – биологической терапии с применением моноклональных антител. Основной представитель данной группы препаратов – инфликсимаб. Опыт его клинического применения показывает, что, несмотря на высокую эффективность, в ряде случаев препарат не обеспечивает полный контроль заболевания.

Материалы и методы. Обследованы 52 пациента обоего пола в возрасте от 19 до 64 лет (средний возраст $34,76 \pm 2,13$ года) с диагнозом ЯК в активной форме болезни, проходящие терапию инфликсимабом. Для выявления маркеров, которые позволили бы на этапе первичной постановки диагноза спрогнозировать возможный ответ на терапию инфликсимабом, применен метод дискриминантного анализа с выведением дискриминантной функции.

Результаты. Спустя 3 года после начала терапии значительное улучшение динамики лабораторных и инструментальных показателей зафиксировано у 25 (48%) человек, наступление стойкой клинической ремиссии отмечалось у 10 (19,2%) человек, прогрессирование заболевания на фоне терапии – в 5 (9,6%) случаях, отсутствие динамики – в 12 (23%) случаях. Средний балл по шкале Мейо до начала терапии – $6,1 \pm 3,49$, после 3 лет применения инфликсимаба он снизился до $3,4 \pm 2,7$. Прогнозируемая эффективность биологической терапии: $-975,18 + 0,10 \times P_LCR + 13,95 \times \text{MONO}(\#) + 16,82 \times \alpha_2\text{-глобулины} - 52,88 \times \beta_2\text{-глобулины} + 7,33 \times \text{общий билирубин} + 0,90 \times \text{плотность мочи} - 2,74 \times \text{диарейный синдром}$. Точка отсечения в полученном уравнении – 0. Если в результате подстановки в формулу указанных показателей получится отрицательное значение – прогнозируется положительная динамика лечения, если положительное – отрицательная.

Заключение. Результаты расчета с использованием предложенного уравнения регрессии позволяют персонализировать лечебную тактику при ЯК, а также своевременно назначать более интенсивные схемы лечения пациентам с предполагаемой неэффективностью терапии инфликсимабом.

ПОРАЖЕНИЯ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСОМ И ВИРУСОМ ЭПШТЕЙНА–БАРР ПРОКСИМАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Г.В. Асадова^{1,2}, Г.Г. Бабаева¹, У.Р. Махмудов², Ф.В. Гулиев³
¹Азербайджанский институт усовершенствования врачей им. А. Алиева, Баку, Азербайджан;
²Modern Hospital, Баку, Азербайджан;
³Национальный центр онкологии, Баку, Азербайджан

Введение. Проблема оппортунистических инфекций при воспалительных заболеваниях кишечника (ВЗК) остается одной из актуальнейших в диагностике и терапии данной патологии.

Цель. Оценка частоты выявляемости цитомегаловируса (ЦМВ) и ЭпБ-поражений проксимальных отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у больных с ВЗК, перенесших COVID-19.

Материалы и методы. Обследованы 72 пациента с болезнью Крона (БК) и 69 пациентов с язвенным колитом (ЯК), перенесших COVID-19, у которых ранее не были выявлены ЦМВ и ЭпБ. Возраст пациентов 18–62 года (средний возраст $39,4 \pm 2,7$ года). Всем пациентам проводилось эндоско-

пическое обследование с определением ЦМВ и ЭпБ методом полимеразной цепной реакции в биоптатах слизистых с проксимальных отделов ЖКТ.

Результаты. При эндоскопическом обследовании выявлены более глубокие и распространенные язвенные поражения слизистой оболочки желудка у 27 пациентов с БК (ЦМВ+ 11 пац. 40,7%/15,3%; ЭпБ+ 12 пац. 44,4%/16,7%; ЦМВ и ЭпБ+ 4 пац. 14,8%/5,5%) и у 29 пациентов с ЯК (ЦМВ+ 12 пац. 41,4%/17,4%; ЭпБ+ 13 пац. 44,8%/18,8%; ЦМВ и ЭпБ+ 4 пац. 13,8%/5,8%); изменения в пищеводе – у 16 пациентов с БК (ЦМВ+ 7 пац. 43,7%/9,7%, ЭпБ+ 6 пац. 37,5%/8,3%; ЦМВ и ЭпБ+ 3 пац. 18,7%/4,2%) и у 19 пациентов с ЯК (ЦМВ+ 9 пац. 47,7%/13,1%, ЭпБ+ 6 пац. 31,6%/8,7%; ЦМВ и ЭпБ+ 4 пац. 21,1%/5,8%); в дуоденуме – у 49 пациентов с БК (ЦМВ+ 17 пац. 34,7%/23,6%, ЭпБ+ 23 пац. 46,9%/31,9%; ЦМВ и ЭпБ+ 9 пац. 18,4%/12,5%) и у 44 пациентов с ЯК (ЦМВ+ 17 пац. 38,6%/24,6%, ЭпБ+ 23 пац. 52,3%/33,3%; ЦМВ и ЭпБ+ 4 пац. 9,1%/5,8%). Случаи изолированных поражений у пациентов с БК: ЦМВ – в 35 (48,6%) случаях, ЭпБ – 41 (56,9%) случаев; у пациентов с ЯК: ЦМВ – в 38 (55,1%) случаях, ЭпБ – в 42 (60,7%) случаях. Сочетанные поражения: при БК – 16 (22,2%) случаев, локализации поражений: дуоденальная область (68,1%), желудок (37,5%), пищевод (22,2%); при ЯК – 12 (17,4%) случаев, локализация поражений: дуоденальная область (63,8%), желудок (42%), пищевод (27,5%).

Заключение. Частоты выявляемости ЦМВ и ЭпБ-поражений проксимальных участков ЖКТ у больных с ВЗК, перенесших COVID-19, составили 51,7% (ЦМВ), 58,9% (ЭпБ) и 19,9% (ЦМВ+ЭпБ), с наиболее выраженными поражениями в дуоденальной области (65,9%). Полученные данные позволяют нам рекомендовать необходимость более тщательной инспекции при эндоскопии у пациентов с ВЗК, перенесших COVID-19.

СИНДРОМ ПОВЫШЕННОЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ ПРОНИЦАЕМОСТИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И ОЖИРЕНИЕМ

Г.Р. Бикбавава¹, М.А. Ливзан¹, Н.С. Лисютенко¹, Т.В. Третьякова²

¹ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, Омск, Россия;

²БУЗОО «Областная клиническая больница», Омск, Россия

Введение. Заболеваемость язвенным колитом (ЯК) растет параллельно с пандемией ожирения. В последние годы появляется информация об общих предрасполагающих факторах к этим заболеваниям. Повышенная проницаемость кишечника играет решающую роль в патогенезе ЯК, предполагают, что это связано с аберрантным переносом антигенов через эпителиальный барьер с последующей активацией иммунной системы. Маркером проницаемости кишечника является зонулин, его патофизиологическая роль еще мало изучена, предполагают, что увеличение его содержания является важным шагом инициации воспалительного ответа.

Цель. Оценка распространенности избыточной массы тела и ожирения, уровня фекального зонулина у больных ЯК региона Западная Сибирь.

Материалы и методы. Проведено исследование типа «случай-контроль» 165 больных ЯК и 56 здоровых добровольцев. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывали по формуле: масса (кг)/рост (м²). У 40 больных определен уровень фекального зонулина. Для описания количественных показателей в исследуемых группах использовались значения медианы, 1 и 3-й квартили, качественных показателей – значения доли. Сравнение количественных показателей проводилось с использованием критерия Краскела–Уоллиса и Манна–Уитни, качественных признаков – χ^2 и кри-

терия Фишера. Предельный уровень ошибки определялся как $p < 0,05$.

Результаты. У 7,9% ($n=13$) больных ЯК ИМТ отмечен на уровне $< 18,5$ кг/м². У 49% ($n=80$) больных ИМТ составил 18,5–24,99 кг/м², в 43% ($n=71$) случаев – более 25 кг/м². Значимых гендерных различий ИМТ больных ЯК и контрольной группы нет. ИМТ пациентов с тяжелой атакой значимо меньше ИМТ пациентов с атакой средней степени тяжести (p для критерия Манна–Уитни 0,003). Исследование ИМТ у больных ЯК в зависимости от характера течения заболевания представлено на рис.



Обращает на себя внимание, что значений ИМТ в исследуемых подгруппах, соответствующих дефициту массы, не отмечается, медиана ИМТ у больных ЯК при обоих вариантах хронического течения заболевания близка к верхним показателям нормальных значений ИМТ. Уровень зонулина значимо выше у больных ЯК с ИМТ ≥ 25 ($p=0,04$). Значимой корреляции между значением фекального зонулина и степенью активности ЯК ($p=0,450$) не выявлено.

ВИСЦЕРАЛЬНАЯ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ У ЛИЦ С ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ СТРЕССА И ДЕПРЕССИИ

А.Е. Шкляев¹, Ю.И. Галиханова^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Ижевск, Россия;

²БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница» Минздрава Удмуртской Республики, Ижевск, Россия

Введение. Развитие функциональной диспепсии (ФД) на фоне висцеральной гиперчувствительности связано с расстройствами психоэмоциональной сферы, которые могут предшествовать дебюту клинической симптоматики.

Цель. Определить взаимосвязь депрессии и стресса с висцеральной гиперчувствительностью при ФД.

Материалы и методы. Для определения эмоционального состояния использовались психологические опросники (PSM-25, шкала депрессии Бека). Функциональное состояние желудка оценивали с помощью питьевого теста, который проводили натощак с питьевой водой разной температуры (25, 30, 35, 40°C) до чувства полного насыщения с фиксацией выпитых объемов. Статистическая обработка данных проводилась с помощью MS Excel, Statistica.

Результаты. Обследованы 36 человек, средний возраст – $22,1 \pm 0,4$ года. Симптомы ФД выявлены у 50% опрошенных. Повышенный уровень стресса обнаружен у 25,0%, депрессии – у 20% исследуемых. Показатель депрессии у лиц с ФД был выше, чем у исследуемых без ФД ($9,8 \pm 3,1$ и $4,5 \pm 4,1$ балла соответственно). У лиц с ФД также были самые высокие средние баллы по уровню стресса ($109,0 \pm 12,7$ балла). По данным питьевого теста определены значимые корреляционные связи между температурой употребляемой воды и ее объемом ($r=-0,966$, $p<0,05$), а также уровнем депрессии и стресса ($r=-0,990$, $p<0,05$ и $r=-0,953$, $p<0,05$). У всех обследуемых объем выпитой воды уменьшался при увеличении ее температуры ($p<0,05$). Особенно это выра-

жено у лиц с повышенным уровнем депрессии (уменьшение объема выпитой воды при температуре 30°C на 50%, 35°C – на 75%, 40°C – на 58,3% по сравнению с температурой 25°C) и стресса (уменьшение объема выпитой воды температурой 35°C на 51,8%, 40°C – на 69,3% по сравнению с температурой 25°C).

Выводы. Определены функциональные психоэмоциональные состояния, характеризующиеся снижением порога температурной чувствительности желудка при воздействии воды более высокой температуры, что характерно для лиц с высокими показателями стресса и депрессии.

РЕАЛЬНАЯ ПРАКТИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПРИЧИНЫ ПЕРЕКЛЮЧЕНИЯ

О.Ю. Барышева^{1,2}, К.Е. Егорова², А.М. Голубева², Т.В. Варламова¹, Д.Д. Варламова¹, А.П. Спасова^{1,2}, Г.П. Тихова¹

¹ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет» Минздрава России, Петрозаводск, Россия;

²ГБУЗ РК «Республиканская больница им. В.А. Баранова», Петрозаводск, Россия

Введение. Современная концепция ведения пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) заключается в своевременной диагностике, оценке факторов неблагоприятного прогноза, раннем назначении генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП), динамическом наблюдении за пациентами с регулярной оценкой эффективности и безопасности терапии.

Цель. Оценка эффективности и выживаемости ГИБП и причин переключения ГИБП в реальной клинической практике по данным регистра Республиканского центра ВЗК.

Материалы и методы. В исследование включены 54 пациента, 30 женщин, 24 мужчины, в возрасте от 18 до 66 лет, 33 больных с болезнью Крона, 21 – язвенным колитом, которые с 2009 по 2021 г. получали ГИБП.

Результаты. У 42 больных используемый ГИБП был первым и единственным, при этом сохранялась эффективность терапии, у 12 возникла потребность в переключении ГИБП. Среди эффективных в качестве первого препарата – все используемые в практике ГИБП. У 53% пациентов с неэффективностью первого ГИБП это были ингибиторы фактора некроза опухоли α . Всего 6 пациентов получают ГИБП в течение 5 лет и более, из них двое – 9 лет непрерывной и эффективной терапии одним ГИБП. Все переключения выполнены между различными по механизму действия классами препаратов. Среди причин неэффективности – первичная у 5 больных, потеря ответа (вторичная неэффективность) – у 6 больных и непереносимость (анафилактическая реакция на инфликсимаб) у 1 больной. Причины прекращения ГИБП: у 3 больных во время беременности в связи с отказом от продолжения эффективной терапии, у 1 больной – в связи с псориазиформными высыпаниями на голимумаб, у 1 больной – в связи с новой коронавирусной инфекцией по решению пациентки, у 2 больных с болезнью Крона – в связи с летальным исходом.

Заключение. Продемонстрирована высокая выживаемость на ГИБП при ВЗК, что может быть обусловлено правильным выбором препаратов, основанным на клинических особенностях пациента, отсутствием переключения с оригинальных ГИБП на биоаналоги, отсутствием отклонений в графике введений препаратов, обязательной комбинацией инфликсимаба с азатиоприном.

Исследование выполнено при финансовой поддержке Министерства науки и высшего образования Российской Федерации в рамках Соглашения №075-15-2021-665 на уникальной научной установке «Многокомпонентный программно-аппаратный комплекс для автоматизированного сбора, хранения, разметки научно-исследовательских

и клинических биомедицинских данных, их унификации и анализа на базе ЦОД с использованием технологий искусственного интеллекта» (регистрационный номер 2075518).

СИСТЕМЫ ПОДДЕРЖКИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА: ОБЗОР СУЩЕСТВУЮЩИХ ПРОГРАММ

Д.В. Попелло¹, О.В. Гаус², М.А. Ливзан², А.Д. Путинцев², Д.А. Гавриленко²

¹ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, Москва, Россия;

²ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, Омск, Россия

Введение. Необходимое условие эффективной курации больного с синдромом раздраженного кишечника (СРК) – повышение его информированности о сути заболевания и возможных подходах к лечению, включая модификацию характера питания и психоэмоционального статуса. На фоне цифровой трансформации отрасли здравоохранения и появления систем поддержки принятия врачебных решений сохраняется дефицит надежных источников информации и отсутствие аналогичных продуктов для пациентов.

Цель. Провести оценку существующего рынка программных продуктов, направленных на поддержку и сопровождение больных с СРК.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели осуществлен поиск на платформах Google Play, AppStore, RuStore.

Результаты. Мы обнаружили 25 англоязычных приложений для комплексной оценки состояния СРК, а также 3 русифицированных. Большинство (23) зарубежных приложений имеют структуру: информация о заболевании, чат для пациентов, оценка посредством валидированных опросников симптомов, психоэмоционального статуса, приложение FOODMAP, 2 – только диета FOODMAP. Особенностью русифицированных приложений является структура по сопровождению питания FOODMAP (представлен перевод), и одно приложение дополнено отслеживанием абдоминальной боли. Сопоставления дневника симптомов с оценкой моторных нарушений, частоты и выраженности абдоминальной боли, информирования пациента о симптомах «тревоги» и отслеживания полноценности рациона пациента ни одно из доступных приложений для отечественных пользователей не содержит. Накопленный клинический опыт и результаты научных исследований, реализуемых в нашем исследовательском центре, позволили выделить фенотипы СРК и предложить программы индивидуализированной курации больных с СРК (Гаус О.В., Ливзан М.А., 2022 г.), а также инициировать создание системы сопровождения пациентов с СРК, основными задачами которой является улучшение коммуникации «врач–пациент», осуществление дистанционного контроля за симптомами и коррекцией эпигенетических факторов заболевания.

Выводы. На российском рынке имеется потребность в создании и внедрении системы поддержки для пациентов с СРК.

Генетика

ЭКСПРЕССИЯ miR-1301-3p, miR-106a-5p, miR-129-5p, miR-647, miR-3613-3p В ПЛАЗМЕ ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ ЖЕЛУДКА

Е.А. Ветчинкина¹, И.В. Буре¹, А.И. Калинин², Е.Б. Кузнецова^{1,2}, А.Э. Киселева¹, Е.А. Алексеева¹, М.В. Немцова^{1,2}

¹ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия;

²ФГБНУ «Медико-генетический научный центр им. акад. Н.П. Бочкова», Москва, Россия

Цель. Оценить экспрессию микроРНК miR-1301-3p, miR-106a-5p, miR-129-5p, miR-647, miR-3613-3p, вовлеченных в регуляцию эпигенетических механизмов при раке желудка (РЖ), и оценить их потенциал в качестве диагностического маркера в плазме крови.

Материалы и методы. В исследование включены 19 образцов плазмы здоровых людей (контроль) и 41 образец плазмы пациентов с РЖ. Выделение тотальной РНК проводили с использованием Trizol (Life Technologies), получение кДНК методом обратной транскрипции проводили набором MiScript II RT Kit (Qiagen), оценку уровня экспрессии методом полимеразной цепной реакции в реальном времени – набором MiScript SYBR Green PCR Kit (Qiagen). Статистический анализ выполнен с использованием Statistica 13.1 и критериев: Шапиро–Уилка, t-критерия Стьюдента, Манна–Уитни. Значения $p < 0,05$ считались статистически значимыми.

Результаты. Средний уровень экспрессии miR-1301-3p в плазме пациентов с РЖ составил 10,8, в плазме контрольной группы – 9,7. Средний уровень экспрессии miR-106a-5p в плазме пациентов с РЖ составил 15,0, в плазме контрольной группы – 17,7. Средний уровень экспрессии miR-129-5p в плазме пациентов с РЖ составил 5,1, в плазме контрольной группы – 6,2. Средний уровень экспрессии miR-647 в плазме пациентов с РЖ составил 12,4, в плазме контрольной группы – 19,9. Средний уровень экспрессии miR-3613-3p в плазме пациентов с РЖ составил 11,8, в плазме контрольной группы – 13,4. При сравнении уровней экспрессии в плазме пациентов с РЖ с уровнем экспрессии в контрольной группе обнаружены статистически достоверные различия: miR-1301-3p ($p=0,003$), miR-106a-5p ($p=0,004$), miR-129-5p ($p=0,0006$), miR-647 ($p < 0,0001$), miR-3613-3p ($p=0,0003$).

Выводы. Полученные данные показывают потенциальную роль экспрессии исследуемых микроРНК в качестве маркеров плазмы крови для диагностики РЖ.

Работа выполнена при финансовой поддержке Российского научного фонда (грант №20-75-10117).

ОПЫТ СТАНДАРТИЗАЦИИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО МАТЕРИАЛУ ТОНКОИГОЛЬНОЙ ПУНКЦИИ ПОД КОНТРОЛЕМ ЭНДОСОНОГРАФИИ

К.К. Носкова, Е.Н. Колесова, М.В. Путова, М.В. Енаева, Д.Д. Коваленко, Е.В. Парфенчикова

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

В диагностике опухолей поджелудочной железы (ПЖ) цитологическая верификация тонкоигольных пунктатов (ТИП), полученных при эндосонографии (ЭУС), является решающим этапом диагностики, что делает важным поиск путей повышения диагностической точности.

Цель. Оценить возможности стандартизации цитологического исследования ЭУС пунктатов ПЖ.

Материалы и методы. С 2013 по 2022 г. в ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» проведено 1087 ЭУС ТИП опухолей ПЖ. Цитологическое исследование осуществлялось с помощью световой микроскопии, с увеличением $\times 10$ и $\times 100$. Фиксацию и окрашивание стеклопрепаратов проводили набором LEUCODIF 200 (Erba Lachema). Стандартизацию внедряли поэтапно. С 2020 г. в рутинную практику внедрена терминологическая система по панкреатобилиарной цитологии общества Папаниколау, что уменьшило количество неопределенных заключений и способствовало четкому пониманию диагностического алгоритма при получении неинформативного материала. Оценка адекватности препарата на месте (ROSE) проводится в ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» с 2016 г., что позволило продолжить проведение пункции до получения диагностического материала, а в случае необходимости определения гистотипа опухоли получать материал для дополнительных методов исследования. С 2016 г. внедрен алгоритм исследования кистозной жидкости, включающий в себя биохимическое исследование уровня амилазы, уровня раково-эмбрионального антигена, окраску на муцин при дифференциальной диагностике кистозных неоплазий, который позволяет с большей долей вероятности диагностировать муцинозную или немучинозную кистозную неоплазию при получении бесклеточных пунктатов.

Выводы. Внедрение в практику стандартизированных этапов цитологической диагностики ТИП позволяет повысить диагностическую информативность исследования и обеспечить единообразную терминологию и отчетность.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

И.Я. Мамедов оглы, И.Ю. Фейдоров, Т.М. Бикейкина
ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Актуальность. Распространенность нейроэндокринных опухолей (НЭО) неуклонно растет в течение последних десятилетий. Это связано в первую очередь с повышением доступности высококачественных методов диагностики.

Цель. Оценка распространенности НЭО желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) на примере регистра ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова».

Материалы и методы. Результаты наблюдения и лечения больных с НЭО ЖКТ из регистра ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова». Под наблюдением находились все больные, обратившиеся за помощью в ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова». При выявлении локальных форм проводилось радикальное хирургическое лечение, в случае невозможности оперативного лечения применялась системная противоопухолевая терапия.

Результаты. В настоящее время в ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» наблюдаются 602 пациента с НЭО различной локализации, среди которых 525 пациентов – с НЭО ЖКТ (87% от общего числа заболеваемости НЭО). Среди этих пациентов 171 (28%) мужчина и 431 (78%) женщина, средний возраст больных с НЭО ЖКТ – $59,1 \pm 14,5$ года. Средний период наблюдения составляет 38 мес (от 4 до 74). Наиболее часто НЭО ЖКТ локализовались в желудке – 173 (33%), поджелудочной железе (ПЖ) – 230 (44%), тонкой кишке – 59 (11%). Значительно реже НЭО выявлялись в других отделах ЖКТ: двенадцатиперстной кишке – 26 (5%) больных, червеобразном отростке – 7 (1%) больных, толстой и прямой кишке – 26 (5%) больных. Среди НЭО желудка преобладает 1-й тип по Всемирной организации здравоохранения – 142 пациен-

та, 2-й тип – 12 пациентов, 3-й тип – 19 пациентов. Всего 87 (50%) пациентам выполнено хирургическое лечение, 75 (43%) оставлены под динамическим наблюдением, 11 (7%) получают противоопухолевую терапию. Среди НЭО тонкой кишки у 28 (47%) больных первично диагностированы метастазы в печень, у 14 (24%) – локорегионарные метастазы, в 17 (29%) случаях диагностирована локальная опухоль. Всего 33 (56%) пациентам выполнено хирургическое лечение, 27 (46%) пациентов получают системную лекарственную противоопухолевую терапию аналогами соматостатина пролонгированного действия (АСС), в том числе в 5 случаях – эверолимус по поводу прогрессирования заболевания. Среди НЭО ПЖ у 92 пациентов диагностирована функционирующая опухоль, у 138 – нефункционирующая. Всего 88 (38%) больных оставлены под динамическим наблюдением, 74 (32%) пациентам проведено хирургическое лечение, 68 (28%) больных получают противоопухолевую терапию АСС, 4 пациента (2%) получили пептид-рецепторную радионуклидную терапию ¹⁷⁷Lu.

Выводы. Общая заболеваемость НЭО растет. В общей структуре преобладают НЭО ЖКТ. Чаще всего встречаются НЭО желудка, ПЖ, тонкой кишки. Среди НЭО желудка прогностически благоприятный 1-й тип по Всемирной организации здравоохранения. НЭО ПЖ часто выявляются на I стадии с индолентным доброкачественным течением. Среди опухолей тонкой кишки преобладают пациенты на распространенной стадии.

ЛИМФОМА С ПЕРВИЧНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ТОНКОЙ КИШКИ: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ

О.А. Парфенова^{1,2}, Н.И. Стулков^{1,2}, М.А. Вернюк², А.М. Червонцева², Н.Д. Кислый¹

¹ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия;

²Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Лимфопролиферативные заболевания (ЛПЗ) с первичным поражением тонкой кишки встречаются относительно редко (20–30% случаев) несмотря на то, что желудочно-кишечный тракт является наиболее частой локализацией экстраабдоминальных лимфом. В-клеточные лимфомы являются распространенным гистологическим типом, среди которых наиболее часто встречаются: диффузная В-клеточная крупноклеточная лимфома (ДВККЛ), лимфома Беркитта, связанная с ВИЧ, и фолликулярная лимфома. В связи с тем, что лимфома с первичным поражением тонкой кишки относительно других ЛПЗ встречается редко, данных о клинической картине заболевания и диагностических подходов недостаточно.

Цель. Изучить клинико-диагностические особенности ЛПЗ с первичным поражением тонкого кишечника.

Методы. Ретроспективно проанализированы данные пациентов, прошедших обследование и лечение в отделении высокодозной химиотерапии с блоком трансплантации костного мозга в МНИОИ им. П.А. Герцена – филиале ФГБУ «НМИЦ радиологии» за период с 2018 по 2020 г.

Результаты. Обследованы 15 пациентов, из них мужчин 9 (60%) и женщин 6 (40%). Средний возраст пациентов составил 54 года. До верификации диагноза основной жалобой была боль различной степени интенсивности: 9 (60%) пациентов госпитализированы в связи с наличием интенсивного болевого синдрома, 6 (40%) пациентов отмечали длительную неинтенсивную боль. У 14 из 15 (93,3%) пациентов отмечались В-симптомы: 12 (85,7%) пациентов жаловались на потерю веса, лихорадка выше 38°C наблюдалась у 5 (35,8%) пациентов, ночная потли-

вость – 3 (21,4%) пациентов, диарея – 5 (33,3%) больных. Всем 15 пациентам проведены мультиспиральная компьютерная томография с внутривенным контрастированием и лечебно-диагностическое оперативное пособие с последующим гистологическим и иммуногистохимическим исследованиями удаленной опухолевой ткани. Наиболее частым гистологическим вариантом была ДВККЛ (87% – 13 пациентов), в остальных случаях установлена лимфома Беркитта. По данным инструментальной диагностики 13 (86,6%) пациентам установлена IV стадия заболевания по Lugano, из них у 5 (38,4%) больных опухолевого образования было более 10 см, в остальных случаях (2 пациента – 13,4%) установлена II стадия заболевания. Наиболее часто была поражена подвздошная кишка – 53,4% случаев (8 пациентов), реже – тощая (5 пациентов – 33,3%) и двенадцатиперстная кишка (2 пациента, 13,3%). По данным трепанобиопсии костный мозг интактен у всех пациентов.

Вывод. Клиническая картина лимфомы тонкой кишки неспецифична, наиболее частым клиническим проявлением является интенсивный болевой синдром и триада В-симптомов. Диагностика осуществляется гистологическим и иммуногистохимическим методами. Чаще выявляется ДВККЛ с локализацией в подвздошной кишке.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ЖЕЛУДКА

М.Н. Нечаева, С.М. Молнар

ГБУЗ АО «Северодвинская городская клиническая больница №2 скорой медицинской помощи», Северодвинск, Россия

Введение. По данным проекта GCO раком желудка (РЖ) в 2020 г. заболели 1 089 103 человека, погибли 768 793. Традиционно РЖ считался заболеванием с невысокой чувствительностью к противоопухолевой терапии. Достижения современной медицины привели к развитию таргетной и иммунотерапии, что увеличило эффективность лечения этой нозологии.

Цель. Представить клинический опыт лечения метастатического РЖ.

Материалы и методы. У пациента 59 лет в 2019 г. выявлена аденокарцинома желудка, без экспрессии HER2neu. Диагноз: РЖ T2N3bM1 IV стадии. Метастазы в левый надпочечник, лимфоузлы ворот печени, малого сальника. По решению консилиума показана химиотерапия (ХТ).

Результаты. Проведена 1-я линия ХТ: оксалиплатин 208 мг + капецитабин 3000 мг/сут 14 дней, с 10.07.2019 по 06.01.2020, 8 курсов. Частичный ответ 02.10.2019, 27.12.2019. Лучевую терапию, оперативное лечение не получал. Первое прогрессирование в печень зарегистрировано 23.03.2020. Проведена 2-я линия ХТ: доцетаксел 65 мг + цисплатин 65 мг + фторурацил 3260 мг, с 03.04.2020 по 23.07.2020, 7 курсов. Ответ: стабилизация опухоли. Второе прогрессирование 10.08.2020 в печень. Проведена 3-я линия: иммунотерапия ниволумабом 165 мг 1 раз в 14 дней, с 12.08.2020 по 07.10.2020, 5 курсов. Ответ опухоли 20.10.2020 – гиперпрогрессирование, 3-е подтвержденное прогрессирование в печень и легкие. Проведена 4-я линия: химиотаргетная терапия: иринотекан 318 мг + капецитабин 3000 мг с 1 по 14-й дни, рамуцирумаб 432 мг в 1 и 8-й дни, с 22.10.2020 по 11.03.2021, 7 курсов. Частичный регресс опухоли от 23.12.2020, 03.03.2021. Далее пациент находился под наблюдением. Погиб 22.11.2021 в связи с прогрессированием. Выживаемость пациента составила 30 мес, дважды достигнут частичный ответ.

Выводы. Данный клинический случай показывает, что современная противоопухолевая терапия может быть эффективна даже при малочувствительных к ХТ опухолях.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ
КАРЕЛИИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО (ON-SITE)
ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
НОВООБРАЗОВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ ПО МАТЕРИАЛАМ ТОНКОИГОЛЬНОЙ
ПУНКЦИИ ПОД КОНТРОЛЕМ ЭНДОСОНОГРАФИИ
С АНАЛИЗОМ РЕЗУЛЬТАТОВ

В.В. Перов, П.А. Ефименко

ГБУЗ РК «Республиканский онкологический диспансер»,
Петрозаводск, Россия

Введение. Злокачественные новообразования поджелудочной железы (ЗНО ПЖ) являются одними из самых смертоносных видов рака: 5-летняя относительная выживаемость составляет всего 9%, большинство пациентов неоперабельны при постановке диагноза. Только 15–20% пациентов имеют шанс на радикальное хирургическое вмешательство. Заболеваемость ЗНО ПЖ в Республике Карелии (РК) составляет 13,8 на 100 тыс. населения (по данным 2020 г.), что сопоставимо с заболеваемостью по Северо-Западному федеральному округу и Российской Федерации. Доля ЗНО ПЖ, выявленных на поздних стадиях, в РК составляет 62%. Эндоскопическая ультрасонография с тонкоигольной пункцией (ЭУС ТИП) является безопасным и точным методом подтверждения диагноза рака ПЖ (РПЖ), что важно для начала адекватного и своевременного лечения.

Цель. Оценить возможность и информативность интраоперационного цитологического исследования (The rapid on-site evaluation «ROSE») для снижения доли неинформативного материала, оценить достоверность и чувстви-

тельность цитологического метода при морфологической верификации ЗНО ПЖ.

Материалы и методы. В двух крупных республиканских учреждениях ГБУЗ РК «Республиканская больница им. В.А. Баранова» и ГБУЗ РК «Республиканский онкологический диспансер» с февраля 2021 г. внедрен в практику и используется метод ЭУС ТИП при верификации образований ПЖ. Материал пункции распределяется на предметные стекла с адгезивной поверхностью, окрашивается по срочной методике Diff/Quick и исследуется в световом микроскопе врачом-цитопатологом во время выполнения процедуры (on-site), заключение формулируется в стандартизированной терминологии для панкреатобилиарной системы, разработанной обществом цитопатологии Папаниколау (PANC). На настоящее время выполнено ЭУС ТИП у 44 пациентов с образованиями ПЖ. Неинформативный материал составил 7% (4) PANC I; доброкачественная патология – 30% (16) PANC II; неопластические процессы – 4% (2) PANC IV; РПЖ – 59% (32) PANC VI. Формулировки «атипия неопределенного значения» (PANC III) и «подозрение на злокачественное новообразование» (PANC V) не использовались. Расчет показателей проводился путем цито-гистологических сопоставлений. Показатель чувствительности on-site цитологической диагностики составил 93%, специфичность – 100%.

Выводы. Таким образом, применение интраоперационного (on-site) цитологического исследования при проведении ЭУС образований ПЖ позволяет снизить процент неинформативного материала и является безопасным и точным методом подтверждения диагноза РПЖ, что важно для начала соответствующего лечения.

Хирургическая гастроэнтерология

МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНАЯ ЭЗОФАГЭКТОМИЯ. ОПЫТ 100 ОПЕРАЦИЙ

Р.Е. Израйлов¹, О.С. Васнев¹, С.А. Домрачев^{1,2}, М.А. Кошкин¹, Н.О. Соловьев¹

¹ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;

²ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Минимально-инвазивный доступ при выполнении эзофагэктомии предоставляет значительные преимущества перед традиционным открытым доступом. Благодаря уменьшению операционной травмы удается снизить частоту послеоперационных осложнений и ускорить восстановление пациента. Высокое разрешение при визуализации позволяет выполнять более прецизионную мобилизацию и лимфаденэктомию.

Материалы и методы. С 2011 по 2021 г. в ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» выполнено 100 минимально-инвазивных эзофагэктомий (МИЭ) по поводу злокачественных и доброкачественных заболеваний пищевода. Показанием к МИЭ у 55 пациентов являлся рак пищевода, у 12 больных – кардиоэзофагеальный рак. В 22 случаях МИЭ выполнена по поводу протяженных ожоговых стриктур и в 11 случаях – по поводу ахалазии кардии IV стадии. У 96 пациентов выполнена операция по типу McKeown и у 4 – по типу Ivor Lewis. У 90 пациентов в качестве трансплантата использовали желудочный стебель, в 10 случаях выполнена пластика толстой кишкой, у 73 больных сформирован аппаратный анастомоз и у 27 пациентов – ручной.

Результаты. Медиана времени операции составила 540 мин. Медиана кровопотери составила 100 мл. В послеоперационном периоде наблюдали 33 осложнения 3-й степени по Clavien–Dindo. При этом у 15 пациентов наблюдали несостоятельность анастомоза, а у 14 пациентов сформировалась стриктура анастомоза. Летальность составила 6%. Не выявлено статистически значимой разницы между методом формирования анастомоза, выбором трансплантата и частотой послеоперационных осложнений. При этом индекс массы тела более 25 достоверно был ассоциирован с большей частотой послеоперационных осложнений.

Заключение. МИЭ – безопасное и эффективное оперативное вмешательство как при злокачественных, так и при доброкачественных заболеваниях пищевода.

ПОВТОРНЫЕ РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫЕ АНТИРЕФЛЮКСНЫЕ ОПЕРАЦИИ

О.С. Васнев¹, Р.Е. Израйлов¹, С.А. Домрачев^{1,2}, М.А. Кошкин¹, Н.О. Соловьев¹

¹ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;

²ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Повторные антирефлюксные вмешательства сопряжены с техническими трудностями и большими рисками в сравнении с первичной операцией. Применение роботических систем при рефундопликации может потенциально снизить риск интра- и послеоперационных осложнений.

Материалы и методы. С 2019 по 2021 г. в ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» проходили лечение 6 пациентов, кото-

рым была выполнена повторная антирефлюксная операция с помощью роботической системы Da Vinci. Во всех случаях первично выполнена лапароскопическая фундопликация по Nissen. Показаниями к повторной операции были эрозивный эзофагит, рубцовая стриктура и тяжелая дисфагия. Данные осложнения развились вследствие миграции фундопликационной манжеты, неверного позиционирования манжеты – на желудке, а также соскальзывания манжеты и прорезывания швов.

У 4 пациентов выполнена робот-ассистированная рефундопликация с формированием манжеты по Toupet, у одного больного манжета сформирована по А.Ф. Черноусову и в одном случае выполнена гастропликация по Каншину по причине рубцовых изменений желудка и укорочения пищевода.

Результаты. Медиана времени операции составила 207,5 мин. Медиана кровопотери составила 75 мл. В раннем послеоперационном периоде у одного пациента наблюдали гастростаз, был установлен желудочный зонд, после разрешения гастростаза, на 8-е сутки зонд был удален. Активизацию и энтеральное питание начинали в 1-е сутки после операции. Среднее количество койко-дней составило 7. Летальных исходов не было.

Заключение. Применение роботической системы Da Vinci при повторных антирефлюксных вмешательствах позволяет достичь удовлетворительных результатов. Однако отсутствие общепринятых показаний к рефундопликации обуславливает трудности при внедрении данной методики. Этому также способствует высокая стоимость системы Da Vinci. При этом роботические системы предоставляют такие очевидные преимущества, как высокое разрешение визуализации в формате 3D, повышение точности манипуляций ввиду отсутствия физиологического тремора и удобство для оперирующего хирурга.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМОЙ ХРОНИЧЕСКОГО ЛУЧЕВОГО ПРОКТИТА

Е.А. Гришина, К.В. Шишин, А.В. Леонтьев
ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Цель. Изучение эффективности методики аргоноплазменной коагуляции (АПК) в лечении пациентов с хроническим лучевым проктитом (ХЛП) с клинической картиной рецидивирующего ректального кровотечения.

Материалы и методы. С 2020 по 2022 г. прооперированы 73 пациента с неосложненными формами ХЛП, во всех случаях применена методика АПК слизистой прямой кишки. Показанием к эндоскопическому лечению являлись рецидивирующие ректальные кровотечения. Мы не проводили оперативное вмешательство у пациентов с осложненными формами ХЛП (язвы, фистулы, перфорации), а также у пациентов с наличием воспалительных заболеваний толстой кишки в стадии обострения.

Результаты. У всех пациентов в первые сутки послеоперационного периода интенсивность кровотечения из прямой кишки снизилась. Через 3 мес для определения дальнейшей тактики лечения проводилась контрольная ректоскопия. У 43 (58,9%) пациентов к этому сроку кровотечение прекратилось, телеангиоэктазии полностью редуцировались. При сохранении клинической картины заболевания и полной эпителизации эрозивно-язвенных дефектов в прямой кишке пациентам требовалось проведение второго этапа оперативного вмешательства. Всего выполнено 30 (41,1%) повторных вмешательств, после чего

у всех пациентов выявлен полный регресс заболевания. Осложнений не выявлено. При наблюдении в течение года прогрессии заболевания не выявлено.

Выводы. Применение АПК в лечении пациентов с несложненными формами ХЛП является эффективным и безопасным, однако в случае циркулярного поражения прямой кишки пациентам требуется проведение нескольких этапов оперативного вмешательства.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КОМБИНИРОВАННЫХ РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОЧАГАМИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА НЕБОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

Э.О. Амхадов, О.В. Мелехина, А.Б. Мусатов, Ю.В. Кулезнева

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Введение. Пациенты с гепатоцеллюлярным раком (ГЦР) нередко не могут быть радикально оперированы. В таких случаях альтернативой хирургическому лечению являются минимально инвазивные методы, такие как локальные методы деструкции и трансартериальная химиоэмболизация (ТАХЭ). Радиочастотная абляция (РЧА) и ТАХЭ имеют свои показания и противопоказания. Вопрос комбинированного применения этих методов в мировой литературе изучен недостаточно.

Цель. Оценить эффективность комбинированной ТАХЭ с РЧА у больных с очагами ГЦР от 3 до 5 см.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 19 пациентов. Из них 8 пациентам с размерами очагов ГЦР от 3 до 4 см выполняли РЧА. Сочетание ТАХЭ и РЧА выполнили 11 пациентам с размером образований от 3 до 5 см. Группы были сопоставимы по возрасту и критериям BCLC. В группе РЧА пациенты имели более декомпенсированную функцию печени: 6 (75%) пациентов имели класс В по Чайлду–Пью, а в группе комбинированного лечения 3 (27%) пациента. Также проанализировано состояние функции печени по шкале ALBI, в соответствии с которой в группе РЧА были 3 пациента с 3-й степенью ее нарушения, в группе с комбинированными вмешательствами таких больных не было.

Результаты. У 2 пациентов из группы РЧА с классом цирроза СР-В и 3-й степенью нарушения функции печени по шкале ALBI наступила декомпенсация цирроза печени, и они умерли в течении 3 мес. Безрецидивный период в группе РЧА составил 24 мес, в группе комбинированного лечения – 32 мес. Трехлетняя выживаемость в группе РЧА составила 38%, в комбинированной группе – 100%; 5-летняя выживаемость в обеих группах не достигнута из-за недостаточного времени наблюдения.

Заключение. У пациентов с очагами ГЦР от 3 до 5 см использование сочетания РЧА с ТАХЭ позволяет добиться лучших результатов лечения. Использование шкалы ALBI позволяет прогнозировать декомпенсацию цирроза печени при планировании локальных методов деструкции.

ЗАВИСИМОСТЬ ПАРАМЕТРОВ СПАЙКООБРАЗОВАНИЯ ОТ МЕТОДА ФИКСАЦИИ ПРИ ВНУТРИБРЮШНОМ РАЗМЕЩЕНИИ ЭНДОПРОТЕЗОВ У КРУПНЫХ ЖИВОТНЫХ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

В.П. Армашов¹, А.М. Белоусов², П.А. Потапов³, Н.Л. Матвеев¹

¹ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия;

²ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия;

³ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Провести предварительную оценку влияния метода фиксации имплантов на спайкообразование при их внутрибрюшном размещении у крупных животных.

Материалы и методы. Исследование выполнено на 3 взрослых свиньях. При лапароскопии у каждого животного интраперитонеально устанавливали 6 эндопротезов (Фторэкс, Фторэкс с покрытием из карбоксиметилцеллюлозы, Реперен, Symbotex, Ventralight ST, пластина из децеллюляризированной брюшины). Для фиксации использовали спирали из поли-D, L-лактида (SorbaFix) или полиэфирэфиркетона и нержавеющей стали (CapSure). Через 45 сут выполняли лапароскопию, через 90 сут животных выводили из эксперимента. Оценивали количество имплантов с адгезией, площадь импланта, вовлеченную в спайки, вид и прочность сращений, проводили интегральную оценку спайкообразования по шкале M.P. Diamond.

Результаты. Количество имплантов со спайками при использовании нерассасывающихся фиксаторов к 45-м суткам после операции оказалось меньше в 2,34 раза (33,3% против 77,8%; $p=0,153$). К 90-м суткам указанный параметр при применении нерассасывающихся фиксаторов составил 11,1%, рассасывающихся – 66,7% ($p=0,050$). Шансы образования спаек в первом случае оказались ниже в 16 раз (95% доверительный интервал 1,315–194,623). Достоверные различия в пользу нерассасывающихся фиксаторов получены по таким параметрам, как площадь импланта, вовлеченная в спайки ($p=0,032$ и $0,013$ к 45 и 90-м суткам), внешний вид спаек ($p=0,037$ и $0,029$ к 45 и 90-м суткам), прочность спаек ($p=0,019$ к 90-м суткам), интегральная оценка спайкообразования ($p=0,010$ к 90-м суткам).

Заключение. Результаты пилотного исследования показали, что спайкообразование в зоне имплантов при внутрибрюшном размещении зависит от метода их фиксации, при этом адгезивный процесс выражен меньше при использовании нерассасывающихся фиксаторов.

ВЛИЯНИЕ ЭТАЖА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НА СПАЙКООБРАЗОВАНИЕ ПРИ ИНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОМ РАЗМЕЩЕНИИ ЭНДОПРОТЕЗОВ У КРУПНЫХ ЖИВОТНЫХ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

В.П. Армашов¹, А.М. Белоусов², П.А. Потапов³, Н.Л. Матвеев¹

¹ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия;

²ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия;

³ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Провести предварительную оценку влияния этажа брюшной полости на спайкообразование при внутрибрюшном размещении эндопротезов у крупных животных.

Материалы и методы. Исследование выполнено на 3 взрослых свиньях. При лапароскопии у каждого животного интраперитонеально устанавливали 6 эндопротезов (Фторэкс, Фторэкс с покрытием из карбоксиметилцеллюлозы, Реперен, Symbotex, Ventralight ST, пластина из децеллюляризированной брюшины). Для фиксации использовали спирали SorbaFix и CapSure. Через 45 сут выполняли лапароскопию, через 90 сут животных выводили из эксперимента. Оценивали количество имплантов с

адгезией, площадь импланта, вовлеченную в спайки, вид и прочность сращений, проводили интегральную оценку спайкообразования по шкале M.P. Diamond.

Результаты. Количество имплантов со спайками к 45-м суткам для эпигастрия составило 100,0%, мезогастрия – 50,0%, гипогастрия – 16,7% ($p=0,014$). К 90-м суткам показатель в эпигастрии составил 66,7%, в мезогастрii – 50,0%, в гипогастрии имплантов с спайками не выявлено ($p=0,048$). Достоверность на этом этапе оказалась выше при сравнении результатов в эпи- и гипогастрии ($p=0,043$). К 45-м суткам другие исследуемые показатели также имели достоверную зависимость от зоны локализации эндопротеза. Наибольшие значения отмечены в эпигастрии, наименьшие – в гипогастрии. Наиболее четко зависимость прослеживалась при интегральной оценке спайкообразования, где медиана в эпигастрии составила 6 (5–7), в мезогастрii – 2 (0–4), в гипогастрии – 0 (0–0) при $p=0,007$. К 90-м суткам зависимость уже не имела достоверного характера.

Заключение. Результаты пилотного исследования показали, что спайкообразование при интраперитонеальной установке эндопротезов зависит от этажа брюшной полости, при этом более выраженная адгезия отмечается в эпигастрии, менее выраженная – в гипогастрии.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ В СОЧЕТАНИИ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

В.Р. Станкевич, А.В. Смирнов, А.И. Злобин, Ю.В. Иванов
ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр» ФМБА России, Москва, Россия

Введение. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) у пациентов с морбидным ожирением (МО) встречается в 5 раз чаще, чем у людей с нормальной массой тела, что определяет большую социально-экономическую значимость данной проблемы.

Цель исследования. Изучить возможность, целесообразность и эффективность выполнения симультанных операций у пациентов с МО и ЖКБ.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 178 пациентов с МО, которым выполнено бариатрическое вмешательство лапароскопическим доступом. Возраст пациентов колебался от 18 до 68 лет, медиана составила 45 лет. Среди пациентов женщин было 98 (55%), мужчин – 80 (45%). Медианный индекс массы тела составил 45 кг/м². Все 178 пациентов наблюдались в течение года после операции. Пациенты были разделены на 3 группы. В 1-ю группу вошли 13 пациентов, оперированных по поводу ЖКБ ранее, до выполнения бариатрической операции, во 2-ю группу – 37 больных, у которых холелитиаз выявлен при первичном обследовании перед бариатрической операцией, 3-ю группу составили оставшиеся 128 пациентов без ЖКБ.

Результаты. При плановом обследовании после операции у пациентов 1-й группы признаков холедохолитиаза либо патологических изменений терминального отдела холедоха и большого дуоденального сосочка не выявлено. Во 2-й группе (37 из 165 – 22,4%) у 30 больных каменистость была бессимптомной. Из 37 больных с ультразвуковой картины холелитиаза 10 отказались от предложенной симультанной холецистэктомии в связи с полным отсутствием жалоб. Остальным 27 пациентам при бариатрической операции выполнена симультанная холецистэктомия. В послеоперационном периоде у 24 пациентов 3-й группы (18,75%) при ультразвуковом исследовании выявлена картина ЖКБ с наличием конкрементов в желчном пузыре. Таким образом, из 178 изученных пациентов в трех группах ЖКБ в ходе наблюдения установлена у 74 (41,6%).

Заключение. ЖКБ выявлена у 47,6% больных с МО: у 7,3% пациентов холелитиаза была в анамнезе, у 20,8% холелитиаз выявлен при подготовке к бариатрической операции и у 13,5% он развился в дальнейшем. При наличии холелитиаза у пациентов с МО показана бариатрическая операция и симультанная холецистэктомия. Симультанная холецистэктомия при бариатрической операции не представляет значительных технических трудностей, не приводит к значимому увеличению продолжительности операции и не сопровождается ростом числа послеоперационных осложнений. При наличии холелитиаза до бариатрической операции отказ от симультанной холецистэктомии связан с 30% риском развития осложнений ЖКБ. Прием препаратов урсодезоксихолевой кислоты после бариатрической операции в дозе 500 мг/сут при исходном отсутствии холелитиаза снижает риски его возникновения с 14,9 до 1,6%. При бессимптомном холелитиазе выполнение симультанной холецистэктомии связано с меньшими экономическими потерями, чем наблюдение.

РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВАРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

А.А. Кешведина, Ю.В. Иванов, В.Р. Станкевич,
А.В. Смирнов, А.И. Злобин, Е.С. Данилина

ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий» ФМБА России, Москва, Россия

Цель. Выявить распространенность функциональных и органических расстройств пищеварения у пациентов после бариатрических операций.

Материалы и методы. Проведено анкетирование и обследование 500 пациентов, которым выполнены бариатрические вмешательства за период с января 2019 по июнь 2022 г. на базе ФГБУ «ФНКЦ специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий». Среди них 1-ю группу исследования составили пациенты, перенесшие продольную резекцию желудка ($n=214$), вторую – гастрощунтирование по Ру ($n=286$). Период наблюдения составил от 6 мес до 1,5 лет. Статистическую обработку выполняли в Microsoft Excel.

Результаты. Всего 200 (82,9%) пациентов 1-й группы и 275 (96,1%) 2-й группы отметили умеренную выраженность (не более 2 раз в нед) таких функциональных расстройств пищеварения, как переносимость определенных продуктов, тошнота, рвота, диарея и демпинг-синдром после приема большого количества простых углеводов. При этом сильная выраженность симптомов (более 2 раз в нед) отмечена у 6 (2,8%) пациентов 1-й группы и у 11 (3,8%) – 2-й. Данные нарушения в большинстве случаев проходили самостоятельно в течение 6,5±4,5 мес. В то же время органическим расстройствам пищеварения более подвержены пациенты, перенесшие гастрощунтирование по Ру: у 8 (2,8%) человек отмечены стриктуры в области гастроэнтероанастомоза, что потребовало от 1 до 6 сеансов эндоскопического бужирования для увеличения просвета анастомоза до 12 мм. Кроме этого, у 1 (0,3%) пациента 2-й группы отмечено развитие пептической язвы гастроэнтероанастомоза, которая обусловила необходимость хирургического лечения.

Выводы. Все пациенты после бариатрических операций подвержены определенным расстройствам пищеварения различной степени выраженности. Функциональные нарушения не требуют медикаментозного лечения и обусловлены спецификой выполненной операции, которая диктует необходимость адаптации пациента к новому режиму питания. Органические расстройства пищеварения представляют более серьезную проблему, так как требуют проведения специфического хирургического лечения.

СПОСОБ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ
ПОСТМАНИПУЛЯЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА:
ПЕРВИЧНЫЕ ДАННЫЕ

П.А. Фролов¹, А.Г. Короткевич²

¹ГАУЗ «Кузбасская клиническая больница скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского», Кемерово, Россия;

²Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Новокузнецк, Россия

Введение. Постманипуляционный панкреатит – ПМП (пост-ЭРХПГ панкреатит) – остро протекающее воспаление поджелудочной железы, возникающее после проведения транспапиллярных диагностических или лечебных эндоскопических манипуляций. Частота развития ПМП составляет от 2,7 до 37%. Проблемы профилактики ПМП являются предметом дискуссий и множества исследований ведущих клиник во всем мире.

Цель. Улучшить результаты предупреждения ПМП.

Материалы и методы. В проспективное рандомизированное исследование включены 99 пациентов с патологией панкреатобилиарной зоны, проходивших лечение в отделении печеночной хирургии за 8 мес 2021 г., которым проводилась эндоскопическая ретроградная холан-

гиопанкреатография (ЭРХПГ). Мужчин было 27 (27%), женщин – 72 (73%), возраст – от 22 до 85 лет, средний возраст – $59,8 \pm 12,3$ года. Структура патологии: холедохолитиаз – 47 пациентов, механическая желтуха – 32, стеноз большого дуоденального сосочка – 11, холецистит – 4, панкреатит – 5. Под седацией ЭРХПГ выполнена 60 пациентам [женщин – 47 (78%)]. Пациенты по способу предупреждения ПМП были разделены на 2 группы: в 1-й группе (n=49) стандартная медикаментозная премедикация дополнена 2 постбульбарными блокадами раствором лидокаина 0,5% 10 мл до и после вмешательства (патент РФ №2779221, 05.09.2022), во 2-й группе (n=50) стандартная премедикация сочеталась с плацебо (2 блокады с раствором NaCl 0,9%). Контроль клинических проявлений ПМП и уровня амилаземии проводили каждые 12 ч до нормализации показателей.

Результаты. Развитие гиперамилаземии наблюдалось у 17 пациентов 1-й группы, у 12 – 2-й. Сроки регресса гиперамилаземии до 100 ед/л между 1 и 2-й группами составили $4,5 \pm 2,3$ сут против $6,8 \pm 1,9$ сут и достоверно отличались. Тяжелый ПМП отмечен в 4 случаях (по 2 в 1 и 2-й группах), все прооперированы. В 2 случаях выздоровление, 2 – смерть.

Заключение. Новая методика профилактики постманипуляционных осложнений ЭРХПГ является перспективной и требует дополнительной оценки.

Эндоскопия

РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВНУТРИПРОСВЕТНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОДСЛИЗИСТЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЖЕЛУДКА

К.В. Шишин, И.Ю. Недолужко, И.И. Хворова, Л.В. Шумкина

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Введение. Подход к лечению пациентов с подслизистыми новообразованиями желудка претерпел значительные изменения. Накопление опыта и развитие технологий привели к выходу за привычные принципы выполнения хирургической операции. Это неизбежно привело к повышению агрессивности внутрипросветных вмешательств, что способствовало активному изучению вопросов профилактики осложнений.

Материалы и методы. С 2013 по 2022 г. прооперированы 73 пациента с подслизистыми новообразованиями желудка. Средний размер опухоли составил 2,6 см. Показанием к операции являлись отрицательная динамика в процессе наблюдения в виде увеличения размеров опухоли или изменения ее характеристик, а также наличие клинических проявлений заболевания (кровотечение, дисфагия, боль в животе). Вмешательства включали в себя 26 эндоскопических диссекций в подслизистом слое, 34 тоннельные диссекции, 10 эндоскопических мышечных диссекций и 3 полнослойные резекции.

Результаты. Послеоперационных осложнений, требующих изменения тактики лечения или увеличивающих койко-дни, не зафиксировано. Основным интраоперационным нежелательным явлением стал карбоксиперитонеум, который регулировался умеренной подачей газа и активной аспирацией. Лишь 8 пациентам требовалась декомпрессия брюшной полости с использованием иглы Вереща. По результатам иммуногистохимического исследования чаще всего удаленные опухоли являлись гастроинтестинальными стромальными опухолями, фиброзно-воспалительными полипами, лейомиомами и липомами. Рецидивов заболеваний за весь период наблюдения не было.

Заключение. Эндоскопические операции являются мини-инвазивными и радикальными вмешательствами. Развитие современных технологий, накопление опыта и совместная работа анестезиологической и хирургической бригад позволяют выполнять операции с оптимальными временными затратами и минимальным количеством осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИВЕРТИКУЛОМ ЦЕНКЕРА В ОДНОМ ЦЕНТРЕ

И.А. Павлов, К.В. Шишин, И.Ю. Недолужко, А.В. Пятакова
ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Актуальность. До недавнего времени классическое хирургическое вмешательство казалось единственным правильным выбором в лечении пациентов с дивертикулом Ценкера (ДЦ). За последние десятилетия эндоскопия шагнула далеко вперед, тем самым создала новые способы лечения. Разработанные эндоскопические методики в настоящее время являются приоритетным выбором в лечении пациентов с ДЦ.

Материалы и методы. С июля 2014 по ноябрь 2022 г. прооперированы 268 пациентов. С 2014 по 2018 г. по стандарт-

ной методике выполнено 34 операции. Рецидив симптомов заболевания наблюдался у 11,7% пациентов, причиной являлся ограниченный объем продольной миотомии пищевода ниже уровня дна ДЦ, что привело к повторному оперативному вмешательству в 17,1% случаев. С февраля 2017 г. операции стали выполняться по тоннельной методике. Всего прооперированы 47 пациентов. Недостатком тоннельной операции является сохранение перегородки между ДЦ и пищеводом, представленной слизистой оболочкой при глубине ДЦ более 2 см. Это может быть причиной рецидива симптомов заболевания и необходимости повторного вмешательства. С учетом недостатков и преимуществ двух методик в марте 2018 г. разработана комбинированная методика, которая по настоящее время претендует быть универсальной и технически выполнимой у пациентов с ДЦ размером более 2 см. По данной методике пролечены 187 пациентов.

Результаты. Оперативные вмешательства по тоннельной и комбинированной методикам считались успешными, если при контрольном рентгенологическом исследовании не определялась остаточная полость дивертикула.

Выводы. Учитывая количество неудовлетворительных результатов после стандартной методики, данный вид операции не должен рассматриваться в качестве основного вмешательства. Наибольшая эффективность операции достигается выполнением верхне-пищеводной тоннельной миотомии ниже дна дивертикула. Таким образом, тоннельная и комбинированная методики являются приоритетными в эндоскопическом лечении.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ В КЛИНИЧЕСКОМ ГОСПИТАЛЕ ФКУЗ «МСЧ МВД РФ ПО Г. МОСКВЕ». КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Е.Э. Владимиров, Л.В. Домарев, О.В. Ефимова
ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД РФ по г. Москве», Москва, Россия

Цель. Оценить результаты эндоскопического лечения эпителиальных неоплазий (ЭН) толстой кишки в условиях отделения эндоскопии клинического госпиталя.

Материалы и методы. С января 2020 по декабрь 2022 г. на базе отделения эндоскопии КГ МСЧ МВД по г. Москве из 1063 выполненных плановых и экстренных колоноскопий в 750 исследованиях выявлены ЭН различной локализации. При этом в 2,5% (19) наблюдений у пациентов выявлялись от 2 до 7 новообразований. Перед эндоскопической манипуляцией каждое новообразование оценивалось по Парижской классификации опухолевых поражений толстой кишки, также определялся размер неоплазии, в ряде случаев производилась оптическая диагностика рельефа новообразования по классификации Kudo-NICE. Далее определялся метод удаления. Всего за указанный период времени в госпитале удалено и отправлено на морфологическое исследование 819 новообразований.

Результаты. По данным морфологического исследования: у 242 (29,5%) больных выявлен гиперпластический полип, 458 (55,9%) – тубулярная аденома с 1–2-й степенью дисплазии, у 104 (12,7%) – тубуло-ворсинчатая аденома, в 12 наблюдениях (1,5%) – зубчатый полип, в одном исследовании (0,12%) – нейроэндокринная опухоль, в 2 наблюдениях (0,24%) – тубулярные аденомы с фокусами аденокарциномы. Размер удаляемых новообразований колебался от 0,3 до 2,5 см и в среднем составлял 1,8±0,4 см. Все новообразования удалены единым блоком. При выполнении вмешательств у 102 (12,45%) пациентов отмечено развитие кровотечения, которое в 46 случаях остановлено при помо-

щи комбинированного гемостаза, а в 34 случаях – моногемостаз гемостатическими клипсами.

Выводы. Согласно полученным результатам в большинстве случаев ЭН имеют доброкачественный характер, удаление их единым блоком сопровождается минимальным количеством осложнений. Выбор вмешательства зависит от размера образования и характера изменений слизистой.

ПЕРФОРАЦИИ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ЧРЕСПАПИЛЛЯРНЫХ ОПЕРАЦИЯХ

А.Н. Вербовский, Е.С. Вакурова, Г.Р. Сетдикова, А.С. Балалыкин

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Москва, Россия

Введение. Перфорации, ассоциированные с эндоскопическими чреспапиллярными вмешательствами (ЧПО), являются редкими, но жизнеугрожающими осложнениями. В настоящее время эндоскопия является методом выбора в лечении таких осложнений.

Цель. Оценить частоту перфораций и факторы риска их развития при ЧПО.

Материалы и методы. В период с 2015 по 2022 г. выполнено 2043 ЧПО. Отмечено развитие 9 (0,44%) интраоперационных перфораций. Средний возраст больных составил 69,6 (41–98) года. Средний размер дефекта – 5,7 (1–20) мм. Типы перфорации по Starfer: тип I – 2 случая, тип II – 3 случая, тип III – 1 случай, тип IV – 3 случая. При типе I перфорации возникли под воздействием дистального конца эндоскопа и конца дилатационного баллона, сместившегося из желчного протока при нагнетании в его просвет жидкости. При типе II в 2 случаях повреждение стенки двенадцатиперстной кишки произошло при выполнении папиллотомии через Вирсунгов проток и в одном случае – при атипичной папиллотомии. Тип III перфорации был ассоциирован с баллонной дилатацией устья желчного протока. При IV типе в 2 случаях произошла перфорация желчного протока проводником и в одном случае – перфорация поджелудочной железы пластиковым стентом.

Результаты. Успех эндоскопического закрытия составил 66,67% (6/9). При типе I перфораций дефекты были закрыты клипсой OVESCO и с использованием лигирующей петли и клипс. При типе II в 2 случаях удалось закрыть дефект эндоскопическими клипсами. В 2 случаях перфораций IV типа установлены пластиковые стенты в гепатикохоледах. В остальных 3 (3/9 – 33,33%) случаях (тип II – 1, тип III – 1, тип IV – 1) выполнено хирургическое вмешательство. Не отмечено летальных исходов после эндоскопического закрытия дефектов. Хирургическая летальность составила 66,67% (2/3). Общая летальность – 22,22% (2/9).

Выводы. Перфорации, ассоциированные с ЧПО, представляют собой серьезные осложнения с низкой частотой встречаемости и высокой летальностью.

МОДИФИЦИРОВАННАЯ МЕТОДИКА ТРАКЦИИ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПОДСЛИЗИСТОЙ ДИССЕКЦИИ

А.Н. Вербовский, Е.С. Вакурова, Г.Р. Сетдикова, А.С. Балалыкин

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Москва, Россия

Введение. Метод эндоскопической подслизистой диссекции (ЭПД) признан эффективным в лечении эпителиальных новообразований желудочно-кишечного тракта. Однако метод ЭПД – затратный по времени и связан с высоким риском развития перфорации. Для решения этих проблем разработаны методики тракции. Они улучшают визуализацию подслизистого слоя, снижая риск осложнений, повышая уровень резекции en-bloc, R0 резекции, снижая операционное время и увеличивая скорость диссекции.

Цель. Оценка эффективности и безопасности модифицированной методики тракции опухоли при ЭПД в желудке.

Материалы и методы. Экспериментальное ретроспективное сравнительное исследование на биологических препаратах (свиные желудки). Выполнено 144 ЭПД тремя различными методами: метод стандартной ЭПД (С-ЭПД); ЭПД с методикой тракции клипсой и нитью (Т-ЭПД); ЭПД с модифицированной методикой тракции (М-ЭПД). В каждой группе по 48 вмешательств. Отличительной особенностью модифицированной методики тракции была фиксация нити клипсами по окружности всей опухоли, что обеспечивало визуализацию подслизистого слоя со всех сторон.

Результаты. Время диссекции было ниже в группе М-ЭПД – 4,89 [2–12] мин. В группах С-ЭПД и Т-ЭПД – 13,27 [4–31] мин и 9,37 [4–26] мин соответственно; $p=0,05$. Общее время операции было при М-ЭПД – 21,10 [12–31] мин, в отличие от С-ЭПД – 23,85 [12–48] мин и Т-ЭПД – 25,56 [13–49] мин; $p=0,002$. Скорость диссекции была максимальной в группе М-ЭПД – 0,48 [0,20–1,27] мин/см², в группе Т-ЭПД скорость составила 0,94 [0,47–2,06] мин/см², в группе С-ЭПД – 1,48 [0,56–4,10] мин/см²; $p=0,003$. Частота резекции en-bloc и перфораций составила 100 и 0% во всех 3 группах. НМО отмечен в 89,58% [43/48] при С-ЭПД, в 93,75% [45/48] при Т-ЭПД и в 100% [48/48] при М-ЭПД; $p>0,05$. Расслоение мышечных волокон отмечено в 25% [12/48] при С-ЭПД, 6,25% [3/48] при Т-ЭПД и 12,5% [6/48] при М-ЭПД; $p=0,389$.

Выводы. М-ЭПД позволяет лучше визуализировать подслизистый слой, сокращает время операции, время диссекции и увеличивает скорость диссекции.

Разное

ТОПОГРАФИЯ МАССОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОНКОЙ КИШКИ В НОРМЕ, БЕЗ И ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ РЕБАМИПИДА

Н.И. Белостоцкий, Е.В. Бауло, А.И. Парфенов
ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Основой функциональных различий по длине тонкой кишки (ТК) являются пролиферативные и синтетические особенности ее различных сегментов.

Цель. Установить характер распределения массовых показателей слизистой оболочки (СО) ТК в норме (от двенадцатиперстной кишки к подвздошной) без и после введения ребамипида.

Материалы и методы. Опыты проведены на крысах, самцах Wistar массой 250–350 г. Исследовались 3 группы животных: контроль (интактные, $n=5$), с введением ребамипида внутривентрикулярно ежедневно однократно в дозе 50 мг/кг ($n=5$) и 100 мг/кг ($n=5$) в течение 14 дней. После аутопсии проводилось взятие ТК, которая разделялась на 4 сегмента: сегмент №1 длиной 8 см (ТК1), остальная часть ТК разделялась на 3 одинаковых по длине сегмента (ТК2, ТК3, ТК4). Проводилось измерение массы тела животных, длины ТК, массы каждого из 4 сегментов, массы СОТК. Вычислялся коэффициент относительной массы (ОМ) СО каждого сегмента по отношению к массе тела животного, приходящейся на 1 см длины кишки. Достоверность изменений оценивалась с использованием критерия Манна-Уитни.

Результаты. В контрольной группе максимальная величина ОМ СО определялась в ТК1. Практически аналогичная величина была найдена в ТК2. Градиент распределения в процентах от максимального составил: 100-99-80-67% в каждом из 4 сегментов. Введение ребамипида в дозе 50 мг/кг сопровождалось снижением ОМ СО в ТК1 на 33% ($p<0,05$), тогда как в ТК2 ОМ СО не изменилась. В ТК3 и в ТК4 наблюдалось снижение ОМ СО на 10 и 17% ($p>0,05$). В результате произошло изменение градиента распределения ОМ СО, который составил 67-100-73-56% соответственно. Таким образом, произошло смещение максимального показателя ОМ СО из ТК1 в ТК2. Введение ребамипида в дозе 100 мг/кг сопровождалось возрастанием ОМ СО в ТК1 на 57% ($p<0,05$), в ТК2 – на 18% ($p>0,05$), в ТК3 – на 24% ($p<0,05$). В ТК4 рост ОМ СО составил 36% ($p<0,05$). В ТК в целом рост составил 38% ($p<0,05$) при сравнении с контрольной группой.

Выводы. В норме имеется проксимо-дистальный градиент распределения относительной массы СОТК с доминированием в проксимальных сегментах (двенадцатиперстная кишка и начальный сегмент тощей кишки) со снижением в каудальном направлении. Ребамипид в дозе 100 мг/кг активизирует пролиферацию эпителия СОТК и повышает относительные массовые показатели как в СОТК в целом, так и по всем сегментам ТК, что сопровождается изменением проксимо-дистального градиента массы СО со смещением максимума в начальный сегмент тощей кишки.

МОДЕЛЬ ЖИРОВОГО ГЕПАТОЗА У КРЫС САМЦОВ ЛИНИИ ВИСТАР И ВАРИАНТЫ ЕГО НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ

Т.А. Митюкова, А.А. Басалай, Т.Е. Кузнецова, О.Е. Полулях, Е.Н. Чудиловская, Н.С. Костюченко, Я.В. Щербаков, Е.В. Лемешко

ГНУ «Институт физиологии Национальной академии наук Беларуси», Минск, Республика Беларусь

Введение. Жировой гепатоз (ЖГ) – это распространенное патологическое состояние, возникающее при ожирении.

Цель. Осуществить экспериментальную модель ЖГ у крыс самцов линии Вистар и апробировать варианты его немедикаментозной коррекции.

Материалы и методы. Опыты проводились на половозрелых крысах – самцах линии Вистар и включали 2 этапа: I – моделирование ожирения и ЖГ с использованием высококалорийной диеты – ВКД (8 нед); II – коррекция ожирения и ЖГ путем перехода от ВКД на стандартную диету (ВКД/СтД) и умеренные физические нагрузки в виде бега на тредмиле в течение последующих 8 нед. Проводили оценку морфофункционального состояния печени и сравнивали следующие группы животных:

- 1) СтД (16 нед);
- 2) ВКД (16 нед);
- 3) СтД+бег (8/8 нед);
- 4) ВКД+бег (8/8 нед);
- 5) ВКД/СтД (8/8 нед);
- 6) ВКД/СтД+бег (8/8 нед).

Результаты. ВКД продолжительностью 16 нед вызывала висцеральное ожирение, жировое перерождение печени, дислипидемию и дисбаланс ферментативных процессов – гипербилирубинемия на фоне сниженной активности аспаратамиотрансферазы и аланинаминотрансферазы в сыворотке крови. Коррекция ожирения путем перехода на СтД приводила к полной нормализации биохимических показателей в сыворотке крови, причем физические нагрузки не вносили дополнительного существенного вклада в этот процесс. Переход ВКД/СтД способствовал частичному восстановлению гистоархитектоники печени с сохранением воспалительной инфильтрации органа. При переходе на стандартный рацион питания в сочетании с умеренными физическими нагрузками наблюдалось более выраженное восстановление гистоструктуры печени и признаки активной регенерации органа.

Заключение. Наиболее полноценным вариантом коррекции ЖГ является переход от высококалорийного питания к сбалансированному рациону в сочетании с умеренными физическими нагрузками.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРИТОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ГАСТРОБИОПТАТОВ

А.С. Тертычный, Т.Л. Лапина, Д.П. Нагорная, Н.В. Пачуашвили, П.В. Павлов, А.П. Кирюхин, А.А. Федоренко
ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Введение. Традиционно морфологическая диагностика считается наиболее точным методом диагностики хронического гастрита и даже рассматривается как «золотой стандарт». В нашем исследовании мы ретроспективно оценили распространенность различных вариантов гастритов на основании результатов морфологического исследования гастробиоптатов.

Материалы и методы. Всего в наше исследование включены 3162 пациента, которым в период с 2017 по 2022 г. проведено эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта со взятием биопсий. Патологоанатомическое исследование биоптатов проводили на основе обновленной Сиднейской системы с обязательным определением варианта гастрита.

Результаты. Чаще всего в исследуемой нами популяции, которая достаточно хорошо отражает население как Мо-

сквы, так и разных уголков нашей страны, диагностирован активный хеликобактерный гастрит (36,7%). В 28,4% случаев – хронический атрофический гастрит с кишечной метаплазией, при котором не удалось обнаружить инфекцию *H. pylori* даже с помощью высокочувствительных методов диагностики (иммуногистохимическое исследование); у 19,2% пациентов изменения в биоптатах носили минимальный или слабовыраженный характер и были близки к нормальным гистологическим характеристикам слизистой оболочки. Реактивная гастропатия встречалась в 7,6% случаев. Аутоиммунный гастрит занимает 4-е место по частоте встречаемости с достаточно высоким процентом наблюдений (8,6%).

Выводы. Полученные результаты подтверждают высокий процент хеликобактерного гастрита в отечественной популяции, который превышает таковой в Европе и Северной Америке (8–20%), но не достигает значений, характерных для азиатских стран (около 50%) и занимает промежуточное положение в мировой статистике хеликобактерного гастрита. Следует подчеркнуть высокий процент атрофических форм хронического гастрита в исследованной группе (34,8%), среди которых хеликобактерный гастрит занимал только 6,4%, а в большинстве случаев (28,4%) точную причину развития атрофии установить не удалось и диагноз формулировался как хронический мультифокальный атрофический гастрит (часть случаев, возможно, относилась к так называемому постхеликобактерному гастриту). По сути, этот гастрит, связанный с факторами окружающей среды и наследственной предрасположенностью, является преобладающим вариантом атрофического гастрита в отечественной популяции.

НЕКОТОРЫЕ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ФОРМИРОВАНИИ НАРУШЕНИЙ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-го ТИПА

Г.И. Ахмадуллина¹, И.А. Курникова²

¹ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Ижевск, Россия;

²ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия

Цель. Выявить клиничко-патофизиологические особенности нарушений моторно-эвакуаторной функции желудка у пациентов с сахарным диабетом 1-го типа.

Материалы и методы. Обследованы 47 пациентов с сахарным диабетом 1-го типа (20 мужчин и 27 женщин) без патологии пищеварительной системы на базе эндокринологического отделения БУЗ УР «1 РКБ» Ижевска. Средний возраст составил 34,0 [25,2–42,0] года, длительность диабета – 8,0 [2,75–13,7] года, концентрация гликозилированного гемоглобина – 8,8 [7,3–10,8]%. Для оценки моторно-эвакуаторной функции желудка проводилась динамическая гастросцинтиграфия. Тонус автономной нервной системы оценивался с помощью расчета вегетативного индекса (ВИ) Кердо. Концентрацию серотонина, гистамина определяли методом иммунохемилюминесцентного анализа. Статистическая обработка данных производилась с помощью пакета программ Statistica 6,0 американской фирмы StatSoft (1995 г.).

Результаты. Расчет ВИ Кердо выявил у 56,76% пациентов гиперсимпатикотонию ($\chi^2=17,82$, $p<0,0001$), у 35,14% – гиперпарасимпатикотонию ($\chi^2=6,46$, $p=0,011$). По данным гастросцинтиграфии у 48,1% пациентов обнаружена замедленная эвакуаторная функция желудка ($T_{1/2}=61,5$ [57,1–76,57] мин; $p=0,003$), у 37% – ускоренная ($T_{1/2}=35,1$ [33,2–37,9] мин; $p=0,002$), у 14,9% – нормальная ($T_{1/2}=43,45$ [41,85–45,1] мин). Время максимального накопления радиофармпрепарата в желудке у всех пациентов в пределах нормы ($T_{\max}=2,0$ [1,25–4,5] мин). У 64% пациентов с замедленной эвакуаторной функцией наблюдались гипоглике-

мии. ROC-анализ установил в качестве маркеров развития гипогликемии $T_{\max}>3$ мин (AUC 0,65, $p<0,05$) и $T_{1/2}>76,1$ мин (AUC 0,60, $p<0,05$). Математическое моделирование выявило замедление T_{\max} и $T_{1/2}$ при снижении концентрации гистамина и серотонина.

Заключение. Моторно-эвакуаторные нарушения желудка выявлены у 85,1% обследованных, обусловлены дисфункцией автономной нервной системы и, возможно, изменением концентрации серотонина и гистамина.

МУЦИНОЗНЫЕ ОПУХОЛИ АППЕНДИКСА: КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ 26 СЛУЧАЕВ

А.С. Журавлев¹, В.Ф. Бугаев^{1,2}, Е.А. Семеновых³, А.Х. Романов^{1,4}

¹Патологоанатомическая лаборатория ООО «ЮНИМ», Москва, Россия;

²ГБУЗ ЯО «Областная клиническая онкологическая больница», Ярославль, Россия;

³БУЗ УР «Республиканское патологоанатомическое бюро» Минздрава Удмуртской Республики, Ижевск, Россия;

⁴ФГБНУ «Научно-исследовательский институт морфологии человека им. акад. А.П. Авицына», Москва, Россия

Введение. Муцинозные опухоли аппендикса (МОА) – редкие опухоли, которые характеризуются накоплением слизи в просвете аппендикса, могут протекать бессимптомно, имитировать аппендицит или опухоль яичника.

Цель. Провести анализ МОА, диагностированных в нашей лаборатории.

Материалы и методы. Проанализирован архив патологоанатомических заключений лаборатории по ключевому слову «аппендикс», составлена выборка случаев МОА, проведен анализ их клинических и морфологических особенностей.

Результаты. Из 998 случаев аппендэктомий МОА выявлены в 26 (2,6%) случаях со следующими клиническими диагнозами: мукоцеле аппендикса (26,9%), рак аппендикса (11,5%), опухоль аппендикса (15,3%), аппендицит (15,3%), псевдомиксома брюшины (7,6%), рак слепой кишки (7,6%), опухоль яичника (15,8%). Средний возраст пациентов составил 54 года (24–79 лет). Женский пол преобладал в выборке (70,3% женщин против 29,7% мужчин). Во всех случаях проведено оперативное лечение. Объем операции в 42,3% был ограничен аппендэктомией, в 42,4% операционный препарат был представлен и другими органами (матка, придатки матки, слепая/ободочная толстая кишка, тонкая кишка, брюшина, большой сальник, лимфоузлы). В 9 случаях (34,6%) выявлена псевдомиксома брюшины. Гистологические типы МОА и стадия TNM были следующими: 18 случаев МОА низкой степени злокачественности (pTis 55,5%, pT3 5,5%, pT4a 11,5%, в 15,3% случаев стадию не удалось оценить), 3 случая (11,5%) МОА высокой степени злокачественности (pT1 33,6%, pT2 66,3%), в 4 случаях (15,4%) выявлена муцинозная карцинома (pT2 25%, pT3 25%, pT4a 25%, один не был простадирован), один неклассифицируемый случай. При пересмотре гистологических препаратов в одном случае была скорректирована степень злокачественности опухоли, в одном случае повышена стадия опухоли. Лимфоузлы представлены в 5 случаях (от 1 до 35 лимфоузлов, метастазы не выявлены). В 6 случаях выполнено иммуногистохимическое исследование для уточнения первичного источника опухоли. В одном случае выявлена синхронная нейроэндокринная опухоль тонкой кишки.

Выводы. МОА составляют малую долю в патологии аппендикса, могут имитировать клиническую картину аппендицита или опухоли яичника, а также протекать бессимптомно, что следует учитывать в дифференциальном диагнозе. Грозным осложнением МОА любой степени злокачественности является диссеминация слизи и клеток опухоли по брюшине с развитием псевдомиксомы.

ДОКЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ БИОРАСПРЕДЕЛЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО РАДИОФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА ^{177}Lu -DOTA-TATE В ОРГАНАХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА КРЫС IN VIVO И EX VIVO

А.В. Смирнова^{1,2}, Е.Ю. Григорьева¹, Н.Ю. Кульбачевская¹, А.А. Липенгольц¹, П.О. Варакса¹, Ю.А. Финогенова¹, К.Е. Шпакова¹, В.А. Скрибицкий¹, Ю.С. Лагодзинская¹, О.В. Максимова¹

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва, Россия;

²ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Введение. Впервые получены данные о биораспределении отечественного радиофармацевтического препарата для терапии нейроэндокринных опухолей ^{177}Lu -DOTA-TATE in vivo методом комбинированной позитронно-эмиссионной и рентгеновской компьютерной томографии (ПЭТ/КТ) и ex vivo.

Материалы и методы. Препарат из циклотронной радиохимической лаборатории ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» вводили крысам-самцам Wistar 180–200 г, внутривенно однократно – 146,58 МБк на животное; визуализация – микроПЭТ/КТ MiLabs VECTor6: ПЭТ 14 фреймов/7 мин + микроКТ; наблюдение: 15; 30; 45; 60 мин, 1,5; 3; 5; 7; 24; 8 и 72 ч. SUV определяли в динамике (PMod). Органы интереса: желудок, тонкая, толстая кишка, печень, поджелудочная железа, почки. Для оценки воздействия ^{177}Lu -DOTA-TATE формировали неполную гистологическую коллекцию (14 и 28-е сутки после введения). Для изучения распределения ex vivo крыс-самцов Wistar внутривенно однократно вводили 45 МБк на 1 кг веса животного. Радиометрию проводили через 0,25; 0,5; 1; 2; 4; 8; 24; 48; 72 ч, по 6 животных на точку. Фармакокинетические параметры: $C_{\text{max, \%ID/g}}$ – максимальная концентрация вещества в 1 г органа по отношению к введенному количеству, $T_{\text{эф}}$ – эффективный период полувыведения и MRT – среднее время удержания вещества в органе.

Результаты. Получены ПЭТ/КТ-изображения органов животных с введенным соединением, установлены основные параметры биологического распределения in vivo и ex vivo. Показана принципиальная возможность визуализации в динамическом режиме поджелудочной железы, невозможность определения динамики в желудке, тонком и толстом отделе кишечника. Основные параметры биораспределения: время распределения по организму 15 мин. $C_{\text{max, \%ID/g}}$ в поджелудочной железе 12,07 с длительным временем удержания ($T_{\text{эф}}$, MRT) – 9,03 и 10,77 ч соответственно и временем накопления 1 ч. Тонкая кишка: $C_{\text{max, \%ID/g}}=0,75$; $T_{\text{эф}}=10,65$; MRT=13,76 и 30 мин для накопления в органе. Толстая кишка: $C_{\text{max, \%ID/g}}=31,74$; $T_{\text{эф}}=1$ ч; MRT=20,14 ч. Печень: $C_{\text{max, \%ID/g}}=0,3$; $T_{\text{эф}}=19,86$ ч; MRT=10,24 ч. При комплексной морфологической оценке различий с группами контроля не выявлено.

Заключение. Проведена доклиническая оценка биораспределения ^{177}Lu -DOTA-TATE методом микроПЭТ/КТ, получены основные параметры биораспределения ex vivo. Данные доклинических экспериментов являются основой для разработки протокола проведения клинических исследований и должны учитываться при разработке клинических рекомендаций.

БАКТЕРИАЛЬНАЯ ДНК КРОВИ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ И ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ НА ТАКСОНОМИЧЕСКОМ УРОВНЕ – РОД

И.В. Кирилина^{1,2}, А.В. Шестопалов^{1,2}, А.М. Гапонов², С.А. Румянцев^{1,2}

¹ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия;

²ООО «ЦМЗ», Москва, Россия

Введение. Ожирение – мировая проблема здравоохранения. Поиск новых способов регулирования метаболизма и возможность воздействия на начальные звенья цепи – главная задача ученых.

Цель. Сравнение бактериальной ДНК на уровне родов в крови здоровых детей и детей с ожирением с использованием таргетного секвенирования гена 16S рРНК.

Материалы и методы. Объект исследования – периферическая кровь здоровых детей и детей с ожирением. Первая группа – 85 здоровых детей, вторая группа – 81 ребенок с экзогенно-конституциональным ожирением 1–3-й степени. Секвенирование участка v3-v4 гена 16S рРНК проводили на платформе Illumina MiSeq. Последовательности генов проанализированы в ПО QIIME, база данных Greengenes v. 13.8, порог сходства 97%. Анализ данных проводился с использованием непараметрических критериев в связи с отсутствием нормального распределения.

Результаты. В крови как здоровых детей, так и детей с ожирением выделялась бактериальная ДНК. Статистически значимо больше бактериальной ДНК крови у детей с ожирением выделялись: $p<0,001$ – *Sediminibacterium*; *Sphingomonas*; принадлежащий к семейству *Caulobacteraceae* неидентифицированный род; принадлежащий к семейству *Bradyrhizobiaceae* неидентифицированный род ($p=0,002$), принадлежащий к семейству *Comamonadaceae* неидентифицированный род ($p=0,012$), в то время как у здоровых детей статистически значимо больше выделялись: *Prevotella* ($p<0,001$); принадлежащий к семейству *Lachnospiraceae* неидентифицированный род ($p<0,001$); *Coprococcus* ($p=0,031$); *Ruminococcus* ($p=0,006$); принадлежащий к семейству *Methylobacteriaceae* неидентифицированный род ($p=0,005$).

Заключение. В результате проведенного исследования установлен состав микробиома крови у здоровых детей и особенности у детей с ожирением.

Вывод. При ожирении у детей изменяется состав бактериальной ДНК крови, что свидетельствует о нарушении взаимодействия макроорганизма с микробными сообществами различных локализаций, несмотря на очень похожий микробиом крови преобладающих родов.