

достоверными признаками ЦП, так как они характерны и для гепатитов, и для жирового гепатоза. Между тем определение узлов регенерации в структуре ткани печени были обнаружены только у 2/3 наших больных при том, что цирроз печени у всех больных был достоверным. Не смотря на то, что В и С классы тяжести по Чальду-Пью преобладали в 68% случаев, диаметр воротной вены соответствовал в среднем –  $11,85 \pm 2,3$  см. что не отражало портальной гипертензии. Напротив, изучение печеночной гемодинамики выявило значительное снижение линейной скорости кровотока в воротной вене от мин. 38,5% до макс. 65,83%, селезеночной вене – от 38,1% мин. до 57,31% макс. нормативных показателей. В то же время артериальные линейные скоростные параметры были приближены к

минимальным, снижение скорости кровотока было обнаружено на селезеночной артерии, но не отличалось достоверностью. Хотя при сравнении с максимально возможными линейными скоростями кровотока и в печеночных, и селезеночных артериях зафиксирован со значительным снижением более чем на 60% (на 63,84% печеночной артерии и 61,95% селезеночной артерии).

Таким образом, исследование печеночной гемодинамики, позволяющее объективизировать ультразвуковую диагностику циррозов печени, выявить на ранних стадиях формирования портальной гипертензии и оценить эффективность лечения, является обязательным условием при проведении лучевых методов диагностики в рамках скрининга хронических заболеваний печени.

## Роль *Helicobacter pylori* в клинике симптоматических гастроудоденальных кровотечений

*Батырова А.Н., Ералина С.Н., Абдухатов Б.А., Сейтпанов Д.К.*  
Центральная городская клиническая больница, г. Алматы

Цель работы: выяснить некоторые стороны вопроса о возможном влиянии НР-инфекции на частоту и интенсивность развития эрозивно-язвенных кровотечений и эффективности эрадикационной терапии.

Материалы и методы: обследовано 120 больных в возрасте от 18 до 72 лет (женщин 50 и мужчин 70) с различными хирургическими и терапевтическими заболеваниями, находившихся в отделении интенсивной терапии, которые разделены на три группы в зависимости от схем фармако-терапии. Первые две группы не получали эрадикационную терапию, третьей группе с первых суток после выявления НР-инфекции назначалась одна из трёхкомпонентных схем эрадикационной терапии согласно рекомендациям Маастрихтского консенсуса III. Наряду с общеклиническими наблюдениями были проведены: определение НР-инфекции в слизистой оболочке желудка с использованием неинвазивного уреазного дыхательного Гелик-теста, а также Хелпил-теста с биоптатами из слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка, полученными при эндоскопическом исследовании или интраоперационно.

Результаты: НР-инфекция выявлена у 80 (66%) больных с эрозивно-язвенными поражениями проксимального отдела ЖКТ, осложнёнными кровотечениями. У 40 больных

(34%) тест на НР-инфекцию оказался отрицательным. У 30 (37,5%) больных с рецидивом кровотечения выявлена НР-инфекция. Все больные, получившие лечение в стационарных условиях, через месяц были подвергнуты обследованию методом уреазного дыхательного Гелик-теста, который позволил установить, что среди больных 1-2 группы степень инфицированности осталась на прежнем уровне, а среди больных 3 группы отсутствие НР-инфекции констатировано в 92% случаях.

Выводы: в 93% случаев развития эрозивно-язвенных повреждений в проксимальном отделе ЖКТ обнаруживается развитие морфологических изменений с колонизацией слизистой оболочки желудка и ДПК микроорганизмом *Helicobacter pylori*, а также наличие НР-инфекции в слизистой оболочке желудка у больных, находящихся в критическом состоянии. Эрадикационная терапия способствует уничтожению НР-инфекции у 92% больных, предупреждает развитие кровотечений из эрозивно-язвенных повреждений слизистой оболочки ЖКТ с последующим рубцеванием. Отдалённые результаты обследования больных на наличие НР-инфекции через месяц после окончания лечения свидетельствуют о сохранении эрадикационной эффективности при правильном проведении лечения.

## Профилактика стресс-повреждений желудочно-кишечного тракта у больных в критических состояниях

*Батырова А.Н., Абдухатов Б.А., Бекматов М.Ж., Сейтпанов Д.К.*  
Центральная городская клиническая больница, г. Алматы

Цель работы: мы попытались прояснить некоторые стороны вопроса о возможном влиянии НР-инфекции на частоту и интенсивность развития эрозивно-язвенных кровотечений и выявить возможную взаимосвязь НР-инфекции с другими этиологическими и патогенетическими факторами.

Материалы и методы: обследовано 120 больных в возрасте от 18 до 72 лет (женщин 50 и мужчин 70) с различными хирургическими и терапевтическими заболеваниями, находившихся в отделении интенсивной терапии, которые разделены на три группы в зависимости от схем фармако-терапии. Первые две группы не получали эрадикационную терапию, третьей группе с первых суток после выявления НР-инфекции назначалась одна из трёхкомпонентных схем эрадикационной терапии согласно рекомендациям Маастрихтского консенсуса III. Наряду с общеклиническими наблюдениями были проведены: определение НР-инфекции в слизистой оболочке желудка с использованием

неинвазивного уреазного дыхательного Гелик-теста, а также Хелпил-теста с биоптатами из слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка, полученными при эндоскопическом исследовании или интраоперационно; определение рН желудочного содержимого при помощи индикаторной бумаги; неоднократное ЭГДС с целью контроля за динамикой заживления эрозий, язв и оценки результатов эрадикационной терапии.

Результаты: Из числа наблюдавшихся нами 120 пациентов у 80 (66%) установлено умеренное повышение уровня кислотности желудочного сока (средний уровень рН = 3-5), у остальных 40 (34%) больных – пониженный уровень кислотности (средний уровень рН = 8-9). Следует заметить, что у последних при ЭГДС был выявлен дуоденогастральный рефлюкс с наличием значительного количества желчи в желудке, чем, по-видимому, была обусловлена слабощелочная реакция желудочного содержимого.