

ставимы по основным параметрам состояния здоровья. В ходе исследования было отмечено следующие изменения характера стула у обследуемых больных. В контрольной группе примерно у половины больных стул оставался оформленным в течение всех трех осмотров (52,38, 42,86, 47,06%) Отличия от данной ситуации наблюдалась в основной группе, где первоначально оформленный стул был у 87,5%, а к третьему осмотру у всех больных отмечался оформленный стул. Однако следует отметить, что в контрольной группе к 3-му осмотру у 5,88% больных стул становился зеленым (т.е. приобретал патологические характеристики). В основной группе к 3-му осмотру все больные (100%) имели нормально окрашенный стул. В ходе клинических осмотров живота у обследуемых больных отмечалась положительная динамика как в основной, так и в контрольной группе, характеризующаяся значительным уменьшением болевого синдрома и урчания в животе. Из

патогенной микрофлоры высевались различные микроорганизмы: *E.coli*, энтерококки, протей. Следует отметить, что в контрольной группе достаточно стабильно высевалась *E.coli* (в 23,81, 14,29%, 33,33%, соответственно при 1, 2, 3-м осмотрах).

Дюфалак снижает риск развития антибиотик-ассоциированного дисбактериоза кишечника; эффект Дюфалака проявляется клиническим улучшением, нормализацией состава микрофлоры кишечника, а также восстановлением ее метаболической активности.

Таким образом, пациентам, получающим антихеликобактерную терапию, рекомендуется комбинированное назначение препаратов-пребиотиков (Дюфалак) с целью предотвращения развития антибиотик-ассоциированных нарушений микрофлоры кишечника или уменьшения степени их выраженности.

К вопросу об ультразвуковом исследовании при хронических диффузных заболеваниях печени

Жанова Э.М.

ПТМФ «Эко-Терминал Нурбай и К», Темиртау

При обследовании больных хроническими диффузными заболеваниями печени (ХДЗП) перед врачом стоят три основные диагностические задачи, определяющие тактику лечения и прогноз заболевания: этиология, активность процесса, стадия ХДЗП. Проведение ультразвукового исследования (УЗИ) в данной группе заболеваний дает ценную информацию о размерах и структуре печени, состоянии ее сосудов и желчных протоков, позволяет исключить очаговые изменения, но не позволяет определить этиологию и активность процесса. Довольно часто при УЗИ невозможно оценить и степень поражения паренхимы печени. Нами определен ряд трудностей, который определен результатами совместных обсуждений и консультаций со специалистами: гепатологами, УЗ-диагностики, морфологами возникающих при УЗИ ХДЗП и предлагаются возможные пути их преодоления.

Трудность 1. УЗИ не отражает степень активности ХДЗП и его этиологию. Путь преодоления: УЗИ не может объять необъятное! Определить активность и этиологию позволяют методы лабораторной диагностики и гистологическое исследование печени.

Трудность 2. Ультразвуковая картина изменений печени часто малоспецифична: сходное повышение эхогенности печени без значимого изменения ее структуры может наблюдаться при патологических изменениях, имеющих разную гистологическую картину. Кроме того, нельзя четко дифференцировать степень фиброзных изменений при УЗИ печени: например, при дистрофии печени при хронической химической интоксикации, при жировой инфильтрации печени без фиброзных изменений, умеренной степени фиброзных изменений печени и умеренной жировой инфильтрации печени при хроническом гепатите С. Путь

преодоления: при выявлении УЗИ признаков умеренных диффузных изменений печени при любом активном ХДЗП необходимо проведение пункционной биопсии печени. При отсутствии УЗИ признаков патологии печени, наличие выраженных фиброзных изменений и ЦП (цирроз печени) маловероятны.

Трудность 3. Расхождения в оценке стадии ХДЗП при гистологическом исследовании и УЗИ. Иногда гистологический диагноз ЦП ставится только на основании выявления фиброзных изменений без перестройки дольчатого строения печени (ложных долек) в биоптате, что является основой утверждений об «обратимости» ЦП. В этом случае УЗ-картина и заключение протокола УЗИ не будут совпадать с заключением гистологии. Путь преодоления – совместное обсуждение результатов клинико-инструментальных методов исследования специалистами различного профиля.

Трудность 4. Ограничение возможности дифференцировки очаговых изменений печени на фоне ХДЗП. Одной из частых причин смерти больных ЦП является развитие гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК). С учетом опыта нашей повседневной работы, при УЗИ не всегда можно даже и предположить развитие ГЦК. Основную трудность для УЗД часто представляют, как это ни парадоксально, крупные образования, занимающие большую часть доли печени. Путь преодоления: для своевременной диагностики ГЦК у больных ЦП необходимо проводить УЗИ каждые 6 мес., при подозрении на развитие ГЦК (в том числе при резком ухудшении состояния больного или при наличии других клинических признаков возможного онкопроцесса)- проведение КТ с внутривенным контрастированием, а также анализ альфа-фетопротеина.

Оптимизация метаболической терапии патологии печени

Жумадилова З.К., Баркибаева Н.Р., Кулмагамбетов А.О., Ашимова Ш.К., Бекишева А.Т.
Медицинский центр ГМУ г. Семей

Одним из главных направлений терапии заболеваний печени является фармакологическая коррекция универсальных, мультифакторных, разновременных звеньев патогенеза при всей их полиэтиологичности. Основным требованием в лечении является необходимость воздействия на все возможные механизмы патологии печени. А именно: повреждение плазматической мембраны и нару-

шение цитоскелета, дисфункцию митохондрий, утрату внутриклеточного ионного гомеостаза, активацию ферментов деградации веществ, окислительного стресса в следствии несоответствия прооксидантных и антиоксидантных ресурсов клетки. Целью настоящего исследования явилось определение эффективности применения комбинирования гепатопротективных средств, включающих в состав бифе-

нилдиметилдикарбоксилат, карнитина оротат, комплекс витаминов группы В.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе гастроэнтерологического отделения Медицинского центра ГМУ г. Семей. Объем исследования составили 30 больных, в том числе с токсическими (23,3%), вирусными (2%), аутоиммунными (6,7%) гепатитами, стеатогепатитами (13,3%), циррозами печени (40%). Средний возраст больных – 50,2±9,2 года, преимущественно это были мужчины (60%). В лечении больных применялись различные метаболические средства, представляющие собой как препараты комбинированного состава, так и отдельных средств на основе содержания полусинтетических флавоноидов расторопши, эссенциальных фосфолипидов, адеметионина. Для оценки эффективности лечения определяли динамику болевого, диспепсического, желтушного, холестатического, цитолитического, мезинхимально-воспалительного и др. клинических и лабораторных синдромов.

Результаты исследования. Уже на 2-3 сутки комбинированного применения бифенилдиметилдикарбоксилата,

карнитина оротата, комплекса витаминов группы В. больные отмечали улучшение самочувствия, уменьшение болевого и диспепсического синдромов. На 7-10 сутки объективно наблюдали устранение гепатомегалии, что подкреплялось положительной высоко достоверной динамикой биохимических показателей, прежде всего уровня билирубина – на 61%, активности трансаминаз: Алт – на 33% и могло служить критерием снижения воспалительного процесса. Оценка суммарной эффективности терапии с использованием комбинированных средств также свидетельствует о значительном преобладании терапевтического действия оказываемой гепатопротекции.

Таким образом, комбинация бифенилдиметилдикарбоксилата, карнитина оротата и комплекса витаминов группы В является собой высоко эффективный гепатопротекторное действие с противовоспалительной активностью, универсальность которого обусловлена возможностью применения при различных этиопатогенетических повреждениях ткани печени.

Метаболические изменения в клетках крови у детей с желудочно-кишечной патологией

Идрисова Л.М. Жумакаева К.Р.

Областной медицинский центр (г. Караганда)

Широкая распространенность желудочно-кишечной патологии у детей наличие бессимптомного течения, невозможность прогнозирования, возрастания риска осложнений патологии предопределяет актуальность исследований.

Одним из важнейших гомеостатических систем участвующая в регуляции желудочно-кишечного тракта является нейровегетативная и иммунная система.

Целью исследования явилось изучение метаболического статуса детей по активности фермента миелопероксидазы в нейтрофилах и содержание катехоламинов в эритроцитах периферической крови.

Материалы и методы

Всего обследовано 30 человек в возрасте 9-11 лет. Формирование групп детей с патологией желудочно-кишечного тракта проводилось на основании стандартного клинико-инструментального обследования в условиях Областного Медицинского Центра.

Группу сравнений составили 10 человек, у которых не выявлены патологии со стороны желудочно-кишечного

тракта.

Активность миелопероксидазы (донор: H₂O₂ оксидредуктазы) определяли по Грэхему-Кнорля в модификации Намазбаевой З.И. Базелюк Л.Г. (А.с. №1474512).

Содержание катехоламинов в эритроцитах по методу А.И. Мардарь, Д.П. Кладненко.

Результаты

Активность миелопероксидазы у всех детей основных группы были снижены в среднем на 38%.

Тогда как содержание катехоламинов в эритроцитах возрастало на 29%.

Полученные результаты свидетельствуют о снижении неспецифической резистентности организма и активации симпатико-адреналовой системы.

Полученные данные об изменении иммунной и нейровегетативной системы определяют их роль при данной патологии и позволяют наметить пути коррекции выявленных нарушений с использованием показателей активности миелопероксидазы и катехоламинов в эритроцитах.

Оценка баланса гастроинтестинальных гормонов у больных сахарным диабетом 2 типа

Идрисов А.С., Абылайулы Ж., Ошакбаев К.П.

НИИ Кардиологии и внутренних болезней

Цель. Оценить у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа баланс гастроинтестинальных гормонов (ГИГ) участвующих в местных регуляторных факторах агрессии и защиты слизистой оболочки желудка (СОЖ).

Материалы и методы. Обследовано 48 пациентов с СД 2 типа: из них пациенты с диагнозом СД 2 типа средний возраст, которых составил 52,6±1,0 года, длительность заболевания диабетом 10,1±0,8 лет (по полу мужчин 46,1 % и женщин 61,5 %). Пациенты разделены на 2 группы:

в 1-й 30 больных СД 2 типа у которых определено содержание ГИГ;

в 2-й группе 31 пациент без эндокринной патологии (13 мужчин и 18 женщин) в возрасте от 21 до 53 лет.

Всем пациентам при поступлении в клинику проводили общеклиническое обследование, согласно стандартам

диагностики высокоспециализированной медицинской помощи.

Пациенты, участвовавшие в исследовании предварительно подписывали информированное согласие на проведение исследования.

Эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией из слизистой оболочки антрального отдела желудка, осуществлялась эндоскопом фирмы Pentax (Япония, 2005) по стандартной методике. В гастробиоптатах иммуногистохимически исследовалось содержание ГИГ гастрин (Г), соматостатин (СТ), серотонин (СР) и мелатонин (МТ). Морфометрические исследования проводили на аппаратно-программном комплексе «ДиаМорф-Сито». Определялась в условных единицах (усл. ед.) интегральная оптическая плотность гранул (IOD).