



ISSN 2713-1912
EISSN 2713-1920

UNIVERSITY THERAPEUTIC JOURNAL



УНИВЕРСИТЕТСКИЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК
Т3, СПЕЦВЫПУСК, 2021

2021
VOLUME 3
SUPPLEMENT

UNIVERSITY THERAPEUTIC JOURNAL

2021, Volume 3, SUPPLEMENT

Scientific and practical journal

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор

Д.м.н., профессор **Юрий Павлович Успенский**

Заместитель главного редактора

Д.м.н., доцент **Ю.А. Фоминых** (СПб)

Академик РАН, д.м.н., профессор

А.В. Шабров (СПб)

Член-корр. РАН, д.м.н., профессор

М.М. Галагудза (СПб)

Член-корр. РАН, д.м.н., профессор

С.В. Орлов (СПб)

Член-корр. РАН, д.м.н., профессор

А.Н. Суворов (СПб)

Д.м.н., профессор **А.Н. Богданов** (СПб)

Д.м.н. **И.В. Вологдина** (СПб)

Д.м.н., профессор **Д.А. Вологжанин** (СПб)

Д.м.н., профессор **В.Р. Гольцов** (СПб)

Д.м.н., профессор **И.А. Горбачева** (СПб)

Д.м.н., профессор **Н.К. Горшунова** (Курск)

Д.м.н., доцент **С.В. Гречаный** (СПб)

Д.м.н., доцент **М.С. Григорович** (Киров)

Д.м.н., доцент **М.М. Гурова** (СПб)

Д.м.н., профессор **С.В. Дударенко** (СПб)

Д.м.н., профессор **Е.И. Ермоленко** (СПб)

Д.м.н., профессор **Л.А. Звенигородская** (Москва)

Д.м.н., профессор **Э.В. Земцовский** (СПб)

Рецензируемый

научно-практический журнал

University therapeutic journal
(Университетский
терапевтический вестник)

Основан в 2019 году
в Санкт-Петербурге

ISSN 2713-1912

eISSN 2713-1920

Выпускается 4 раза в год

Учредители:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России (адрес: Литовская ул., 2, Санкт-Петербург, 194100)

Фонд НОИ «Здоровые дети — будущее страны» (адрес: 197371, Санкт-Петербург, ул. Парашютная, д. 31, к. 2, кв. 53, Санкт-Петербург, 197371).

Фонд НОИ «Здоровые дети — будущее

журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (РОСКОМНАДЗОР),

ПИ № ФС77-76938 от 09 октября 2019 г.

Журнал реферируется РЖ ВИНИТИ

Проект-макет: Титова Л.А.

Электронная версия — <http://elibrary.ru>

Издатель, учредитель:

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России (адрес: Литовская ул., 2, Санкт-Петербург, 194100)

Фонд НОИ «Здоровые дети — будущее страны» (адрес: ул. Парашютная, д. 31, к. 2, кв. 53, Санкт-Петербург, 197371).

Титова Л.А. (выпускающий редактор)

Варламова И.Н. (верстка)

Адрес редакции: Литовская ул., 2, Санкт-Петербург, 194100;
тел/факс: (812) 295-31-55;
e-mail: tervestnik@mail.ru

EDITORIAL BOARD

Head Editor

Yury Pavlovich Uspenskiy, Prof., MD, PhD

Deputy chief editor

Y.A. Fominikh, MD, PhD (St. Petersburg)

A.V. Shabrov, Prof., MD, PhD, Academician of the Academy of Sciences of Russia (St. Petersburg)

M.M. Galagudza, Prof., MD, PhD, Corresponding member of the Academy of Sciences of Russia

S.V. Orlov, Prof., MD, PhD, Corresponding member of the Academy of Sciences of Russia

A.N. Suvorov, Prof., MD, PhD, Corresponding member of the Academy of Sciences of Russia

A.N. Bogdanov, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)

I.V. Vologdina, MD, PhD (St. Petersburg)

D.A. Vologzhanin, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)

V.R. Gol'tsov, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)

I.A. Gorbacheva, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)

N.K. Gorshunova, Prof., MD, PhD (Kursk)

S.V. Grechanyy, MD, PhD (St. Petersburg)

M.S. Grigorovich, MD, PhD (Kirov)

M.M. Gurova, MD, PhD (St. Petersburg)

S.V. Dudarenko, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)

E.I. Ermolenko, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)

L.A. Zvenigorodskaya, Prof., MD, PhD (Moscow)

E.V. Zemtsovskiy, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)

Статьи просить направлять по адресу:
tervestnik@mail.ru

Address for correspondence:

2, Литовская ул., St. Petersburg, 194100,
Russia. Tel/Fax: +7 (812) 295-31-55.

E-mail: tervestnik@mail.ru.

Формат 60 × 90/8. Усл.-печ. л. 3,5.

Тираж до 500 экз. Цена свободная.

Оригинал-макет изготовлен ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

Отпечатано ФГБОУ ВО СПбГПМУ
Минздрава России. Литовская ул., 2,

Санкт-Петербург, 194100.

Заказ 93. Подписано в печать 08.11.2021.

Дата выхода 16.11.2021.

Полное или частичное воспроизведение материалов, содержащихся в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции.

Ссылка на журнал «University therapeutic journal» обязательна.

UNIVERSITY THERAPEUTIC JOURNAL

Д.м.н., профессор **А.М. Королюк** (СПб)
Д.м.н., профессор **Н.Ю. Коханенко** (СПб)
Д.б.н., профессор **А.В. Лысенко**
(Ростов-на-Дону)
Д.м.н., профессор **В.Н. Марченко** (СПб)
Д.м.н., профессор **С.Н. Мехтиев** (СПб)
Д.м.н., профессор **В.Н. Минеев** (СПб)
Д.м.н., профессор **И.Б. Михайлов** (СПб)
Д.м.н., профессор **В.С. Мякотных** (Екатеринбург)
Д.м.н., профессор **В.П. Новикова** (СПб)
Д.м.н., профессор **А.Г. Обрезан** (СПб)
Д.м.н., доцент **Я.А. Орлова** (Москва)
Д.м.н., профессор **М.А. Осадчук** (Москва)
Д.м.н., профессор **М.Ф. Оsipенко** (Новосибирск)
Д.м.н., доцент **О.А. Осипова** (Белгород)
Д.м.н., проф. **В.Д. Пасечников** (Ставрополь)
Д.м.н., профессор **С.В. Петров** (СПб)
Д.м.н., профессор **А.О. Поздняк** (Казань)
Д.м.н., профессор **М.О. Ревнова** (СПб)
Д.м.н., профессор **Р.Г. Сайфутдинов** (Казань)
Д.м.н., доцент **А.А. Самсонов** (Москва)
Д.м.н., профессор **Н.Н. Смирнова** (СПб)
Д.м.н., профессор **Л.Н. Сорокина** (СПб)
Д.м.н., профессор **Р.И. Стрюк** (Москва)
Д.м.н., профессор **Г.А. Суслова** (СПб)
Д.м.н., профессор **А.В. Ткачев** (Ростов-на-Дону)
Д.м.н., профессор **В.И. Трофимов** (СПб)
Д.м.н., профессор **В.В. Тыренко** (СПб)
Д.м.н., доцент **В.Н. Федорец** (СПб)
Д.м.н. **И.Е. Хорошилов** (СПб)
Д.м.н., профессор **Л.П. Хорошинина** (СПб)
Д.м.н., профессор **Н.Л. Шапорова** (СПб)
Д.м.н., доцент **М.А. Шевяков** (СПб)
Д.м.н. **К.А. Шемеровский** (СПб)
Д.м.н., профессор **А.Н. Шишкин** (СПб)
Д.м.н., профессор **Ю.В. Шубик** (СПб)
Д.м.н., доцент **О.Б. Щукина** (СПб)
Д.м.н., профессор **А.С. Эйberman** (Саратов)
Д.м.н., профессор **Р.Р. Бектаева** (Казахстан)
Д.м.н., профессор **С.И. Пиманов** (Белоруссия)
PhD **M. Arumugam** (Дания)
PhD **M. Baldassare** (Италия)
Prof., MD, PhD **M. Leja** (Латвия)
Prof., MD **Y. Niv** (Израиль)
Prof., MD, PhD **A. Lawson** (Швеция)
К.м.н., доцент **Н.В. Барышникова** (СПб)
К.м.н. **А.В. Вовк** (СПб)
К.м.н. **А.С. Галенко** (СПб)
К.м.н. **Д.В. Захаров** (СПб)
К.м.н. **Д.Д. Зотов** (СПб)
К.м.н. **С.В. Иванов** (СПб)
К.м.н., доцент **В.А. Исаков** (СПб)

A.M. Korolyuk, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
N.Y. Kokhanenko, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
A.V. Lysenko, Prof., Dr. of biol. science, PhD
(Rostov-on-Don)
V.N. Marchenko, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
S.N. Mekhtiev, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
V.N. Mineev, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
I.B. Mikhaylov, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
V.S. Myakotnykh, Prof., MD, PhD (Yekaterinburg)
V.P. Novikova, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
A.G. Obrezan, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
Y.A. Orlova, MD, PhD (Moscow)
M.A. Osadchuk, Prof., MD, PhD (Moscow)
M.F. Osipenko, Prof., MD, PhD (Novosibirsk)
O.A. Osipova, Prof., MD, PhD (Belgorod)
V.D. Pasechnikov, Prof., MD, PhD (Stavropol)
S.V. Petrov, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
A.O. Pozdnyak, Prof., MD, PhD (Kazan)
M.O. Revnova, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
R.G. Sayfutdinov, Prof., MD, PhD (Kazan)
A.A. Samsonov, MD, PhD (Moscow)
N.N. Smirnova, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
L.N. Sorokina, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
R.I. Stryuk, Prof., MD, PhD (Moscow)
G.A. Suslova, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
A.V. Tkachev, Prof., MD, PhD (Rostov-on-Don)
V.I. Trofimov, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
V.V. Tyrenko, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
V.N. Fedorets, MD, PhD (St. Petersburg)
I.E. Khoroshilov, MD, PhD (St. Petersburg)
L.P. Khoroshinina, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
N.L. Shaporova, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
M.A. Shevyakov, MD, PhD (St. Petersburg)
K.A. Shemerovskiy, MD, PhD (St. Petersburg)
A.N. Shishkin, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
Y.V. Shubik, Prof., MD, PhD (St. Petersburg)
O.B. Shchukina, MD, PhD (St. Petersburg)
A.S. Eyberman, Prof., MD, PhD (Saratov)
R.R. Bektaeva, Prof., MD, PhD (Kazakhstan)
S.I. Pimanov, MD, PhD (Belarus)
M. Arumugam, PhD (Denmark)
M. Baldassare, PhD (Italy)
M. Leja, PhD (Latvia)
Y. Niv, Prof., MD (Israel)
A. Lawson, Prof., MD, PhD (Sweden)
N.V. Baryshnikova, PhD (St. Petersburg)
A.V. Vovk, PhD (St. Petersburg)
A.S. Galenko, PhD (St. Petersburg)
D.V. Zakharov, PhD (St. Petersburg)
D.D. Zотов, PhD (St. Petersburg)
S.V. Ivanov, PhD (St. Petersburg)
V.A. Isakov, PhD (St. Petersburg)

CONTENT

СОДЕРЖАНИЕ

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ IV РОССИЙСКОГО ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО КОНГРЕССА С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ РОССИИ ОТ РОЖДЕНИЯ ДО СТАРОСТИ»

28–29 октября 2021 года

<i>A. Н. Богданов</i>	<i>Ю. П. Успенский, Я. В. Соусова,</i>
<i>Helicobacter pylori</i> и гематологические заболевания	<i>З. Х. Гулунов</i>
4	К вопросу об особенностях рациона пациентов с метаболическим синдромом в зависимости от типа пищевого поведения 16
<i>А. Н. Ботезату, Н. И. Бодруг, В. С. Протопоп, Ч. А. Загорняну</i>	<i>Ю. П. Успенский, Ю. А. Фоминых, К. Н. Наджафова, А. В. Кощеев, А. М. Косарева, Д. Е. Никитина</i>
Клинико-параклинические особенности у пациентов при хроническом атрофическом гастрите..... 6	Применение комбинированной схемы с препаратами урсодезоксихолевой кислоты и мебеверина у пациентов с желчнокаменной болезнью, перенесших холецистэктомию..... 17
<i>Н. Т. Квачадзе, О. Ю. Поздникона, А. О. Прокопнева, Л. В. Скрипкина, О. П. Дуданова</i>	<i>Ю. П. Успенский, Ю. А. Фоминых, А. Г. Гнотов, К. Н. Наджафова, Д. Е. Никитина</i>
Хеликобактерная инфекция у лиц пожилого и старческого возраста с клиническими симптомами функциональной диспепсии..... 8	Качество жизни пациентов с желчнокаменной болезнью перед плановой лапароскопической холецистэктомией 19
<i>Н. А. Ларина, А. А. Шиповская, И. В. Курбатова, О. П. Дуданова</i>	<i>Ю. П. Успенский, Ю. А. Фоминых, К. Н. Наджафова, А. А. Гнотов, А. М. Косарева</i>
Хроническая болезнь почек у пациентов неалкогольной жировой болезнью печени с признаками метаболического синдрома 9	Психологический статус пациентов с желчнокаменной болезнью и плановой лапароскопической холецистэктомией 20
<i>Е. Н. Новикова, М. В. Кожина, Т. А. Колесова, Т. О. Астафьева, И. Г. Кулагина, О. В. Викулова, И. А. Калужских</i>	<i>Ю. А. Фоминых, Ю. П. Успенский, А. А. Гнотов, К. Н. Наджафова, Д. Е. Никитина</i>
Применение медицинского изделия «Альфаэзокс» у пациентов с эрозивным эзофагитом после гастроэктомии по поводу рака желудка 10	Дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс у пациентов, перенесших холецистэктомию 21
<i>С. И. Пиманов, И. А. Руцкая</i>	<i>Ю. А. Фоминых, Ю. П. Успенский, К. Н. Наджафова</i>
Ультразвуковая характеристика псевдомемброзного колита при инфекции COVID-19 11	<i>Д. Е. Никитина</i>
<i>О. Л. Пихур, Д. С. Тишков, Д. А. Черный</i>	
Состояние твердых тканей зубов у взрослых лиц разного возраста с воспалительными заболеваниями кишечника 13	
<i>Д. С. Тишков, О. Л. Пихур, О. Н. Чевычелова</i>	
Психологическая составляющая адаптационных возможностей стоматологических пациентов, страдающих язвенным колитом 15	
	Обмен липидов и желчных кислот у пациентов с желчнокаменной болезнью, перенесших холецистэктомию 22
	Правила для авторов 23

HELOCOBACTER PYLORI И ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Богданов Александр Николаевич^{1,2}

¹Санкт-Петербургский государственный университет. 199034, Санкт-Петербург, Университетская набережная, д. 7–9

²Городская больница № 40 Санкт-Петербурга. 197706, Санкт-Петербург, г. Сестрорецк, ул. Борисова, д. 9 лит. Б.

E-mail: anbmapo2008@yandex.ru

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *Helicobacter pylori*; MALT-лимфома, железодефицитная анемия; B_{12} -дефицитная анемия; идиопатическая тромбоцитопеническая пурпуря; патогенез; диагностика; лечение.

Инфекция *Helicobacter pylori* (НР) обнаруживается более чем у половины популяции и является важной причиной язвенной болезни и рака желудка. Более 30 последних лет интенсивно изучается взаимосвязь инфекции НР и внегастральной патологии, в том числе заболеваний системы крови.

С инфекцией НР наиболее часто ассоциируются В-клеточная лимфома маргинальной зоны слизистой оболочки лимфоидной ткани желудка (MALT-лимфома), железодефицитная анемия (ЖДА), B_{12} -дефицитная анемия и идиопатическая тромбоцитопеническая пурпуря (ИТП). Значительно реже сообщается о связи с другими гематологическими заболеваниями (автоиммунная нейтропения, плазмоклеточные дискразии, еще реже — геморрагический васкулит, антифосфолипидный синдром, острый лейкоз, миелодиспластический синдром).

MALT-лимфома — основной вариант экстранодальных неходжкинских лимфом, на долю которой приходится 30–40% экстранодальных лимфом и 5% первичных опухолей желудка. Установлена достоверная связь MALT-лимфомы желудка и инфекции НР, причем лишь один штамм НР способен стимулировать пролиферацию В-клеток. Открытие роли НР в патогенезе лимфом желудка радикально изменило лечение и прогноз больных MALT-лимфомами. Во всех современных рекомендациях эрадикация НР является терапией первой линии, которая особенно эффективна на ранних стадиях заболевания, тогда как на поздних стадиях необходима адъювантная противоопухолевая терапия (обычно используется ритуксимаб).

Железодефицитная анемия (ЖДА). Впервые связь ЖДА и НР была описана в 1991 году у 15-летней девушки с синкопальным состоянием на фоне ЖДА и НР-ассо-

цированного геморрагического гастрита. Эрадикационная терапия НР привела к купированию анемии без назначения препаратов железа. Данные, показывавшие, что эрадикация НР приводит к купированию ЖДА, были суммированы в нескольких рандомизированных контролируемых исследованиях и отражены в консенсусе на IV и V Маастрихтском симпозиуме по НР-инфекции. Вероятные механизмы развития ЖДА при НР включают: 1) увеличение потери железа вследствие окклюзивных кровопотерь; 2) поглощение СагА протеином НР железа из интерстициального голотрансферрина; 3) снижение секреции соляной кислоты при атрофическом НР-гастрите тела желудка со снижением абсорбции железа. В последние годы появились сомнения в связи между НР-инфекцией и ЖДА. С одной стороны, у НР-позитивных пациентов уровень гемоглобина, эритроцитов и эритроцитарных индексов достоверно ниже, чем у НР-негативных. В то же время при сравнительных исследованиях больших групп пациентов с верифицированной НР-инфекцией (уреазный дыхательный или серологический тест в сочетании с данными биопсии слизистой оболочки желудка) при исключении других причин ЖДА при эндоскопических исследованиях и НР-негативных пациентов влияния эрадикационной терапии на частоту ЖДА и дефицита железа не выявлено. В отечественных клинических рекомендациях по ЖДА у взрослых необходимость исследования на НР и ее эрадикации не упоминаются.

B_{12} -дефицитная анемия. В 1984 году было опубликовано первое сообщение о связи дефицита витамина B_{12} и НР-инфекции. В последующих работах частота дефицита витамина B_{12} при НР-ассоциированном хроническом гастрите по различным данным достигала

60–70%. Патогенез B_{12} -дефицитной анемии при НР-инфекции может быть обусловлен аутоиммунным атрофическим гастритом с мальабсорбцией витамина B_{12} . Большинство авторов отмечали ассоциацию между НР-позитивностью и концентрацией витамина B_{12} в сыворотке крови, однако сравнительных исследований по влиянию эрадикационной терапии на дефицит витамина B_{12} до настоящего времени не проводилось. В российских клинических рекомендациях по диагностике и лечению B_{12} -дефицитной анемии необходимость определения НР и ее эрадикации отсутствуют.

Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпурра (ИТП) может быть вторичной, триггером выступает врожденное или приобретенное заболевание, в том числе хроническая инфекция или аутоиммунное заболевание. Взаимосвязь ИТП и НР впервые показана в 1998 году, когда группа итальянских исследователей отметила значимое повышение уровня тромбоцитов у 8 из 11 больных ИТП после эрадикации НР без назначения глюкокортикоидов. Вероятный механизм патогенеза — молекулярная мимикрия тромбоцитов и антигенов НР (антигенов уреазы В НР и поверхностного гликопротеина тромбоцитов IIIa, что приводит к деструкции тромбоцитов), однако механизм данного феномена неясен. Ответ на эрадикацию НР зависит от влияния ряда факторов, в том числе штамма НР, генетических факторов и факторов окружающей среды. Большинство исследований, в которых отмечена эффективность эрадикации НР, проведено в странах с высокой распростра-

ненностью НР. В отечественных рекомендациях по ИТП указывается необходимость диагностики НР у больных с отягощенным язвенным анамнезом и/или клиническими проявлениями язвенной болезни, однако эрадикационная терапия не упоминается.

Другие гематологические нарушения, связанные с инфекцией НР, включают аутоиммунную нейтропению и дискразию плазматических клеток, редко — другие заболевания (геморрагический васкулит, антифосфолипидный синдром, острый лейкоз, миелодиспластический синдром). Связь между аутоиммунной нейтропенией и инфекцией НР подтверждается увеличением количества нейтрофилов после эрадикации НР у ряда пациентов, однако количество наблюдений невелико. Зависимость между инфекцией НР и дискразией плазматических клеток (моноклональная гаммапатия неясного генеза, множественная миелома, солитарная плазмоцитома, макроглобулинемия Вальденстрема) может быть следствием хронической антигенной стимуляции В-лимфоцитов структурными компонентами НР, но эта связь отмечается не всеми авторами.

Таким образом, значение инфекции *Helicobacter pylori* в патогенезе и необходимость эрадикационной терапии доказано только при MALT-лимфомах желудка. Роль *Helicobacter pylori* в развитии других гематологических заболеваний (железодефицитной анемии, B_{12} -дефицитной анемии, идиопатической тромбоцитопенической пурпурры и др.) нуждается в дальнейшем изучении, прежде всего на основе рандомизированных контролируемых исследований.

КЛИНИКО-ПАРАКЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АТРОФИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ

Ботезату Адриана Николаевна, Бодруг Николай Иванович,
Протопоп Виктория Степановна, Загорняну Чезар Артурович

Государственный медицинский и фармацевтический университет им. Николае Тестемицану Республики Молдова,
г. Кишинев, бд. Стефан Великий и Святой, 165

E-mail: adryana85@mail.ru

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: хронический атрофический гастрит; кишечная метаплазия желудка; дисплазия эпителия слизистой оболочки желудка; эндоскопическое исследование; серологическое исследование; *Helicobacter pylori*.

Введение. Несмотря на значительное сокращение заболеваемости раком желудка (РЖ) в прошлом веке, это заболевание остается одной из ведущих причин смерти от рака во всем мире: оно занимает 5-е место по заболеваемости и является 3-й ведущей причиной смерти от рака у обоих полов. В большинстве случаев РЖ диагностируется поздно, с ограниченными возможностями лечения, плохим прогнозом и 5-летней выживаемостью от 20 до 30%. Клиницисты не могут определить в среднем 15% РЖ, а некоторые исследования сообщают о частоте неудач до 25%.

Высокая смертность, неспецифическая клиническая картина, часто бессимптомное развитие с поздним проявлением симптомов в ходе заболевания и низкая выживаемость пациентов с РЖ, с одной стороны, повышенная распространенность предраковых поражений желудка (ПРЖ) и высокая ежегодная частота встречаемости (ПРЖ) у этих пациентов — хронический атрофический гастрит (ХАГ) (0,1–0,25%), кишечная метаплазия желудка (КМЖ) (0,25–0,34%), легкая дисплазия эпителия слизистой оболочки желудка (ЛД) и тяжелая дисплазия эпителия слизистой оболочки желудка (ТД) (6%) в течение 5 лет после постановки диагноза, с другой стороны, требуют раннего выявления и наблюдения за людьми с высоким риском развития РЖ. Эти меры важны для профилактики и раннего выявления РЖ, снижения смертности, увеличения выживаемости и улучшения качества жизни пациентов с РЖ. Более того, предраковые изменения слизистой оболочки желудка часто игнорируются в клинической практике или приводят к разной частоте наблюдения или лечения. Однако ранняя диагностика РЖ имеет благоприятный прогноз после эндоскопической резекции слизистой оболочки или

после эндоскопической диссекции подслизистой оболочки, при этом 5-летняя выживаемость достигает 90–95 %.

Целью исследования является оценка клинических особенностей и функциональной активности слизистой оболочки желудка в зависимости от морфологического типа хронического атрофического гастрита.

Материалы и методы. В исследование были включены 142 последовательно выбранных пациентов с ХАГ. Общая группа исследования была разделена на 3 части в соответствии с морфологическим типом поражения: 51 пациентов с ХАГ без КМЖ и без дисплазий желудка (ДЖ) (группа 1), 51 пациентов с ХАГ и КМЖ (группа 2) и 40 пациентов с ХАГ и ДЖ (группа 3).

Методы исследования и критерии диагностики.

Биохимические методы. Биомаркеры GastroPanel — пепсиноген-I (PG-I), пепсиноген-II (PG-II), гастрин-17 (G-17) и антитела к *Helicobacter Pylori* IgG (HP-IgG) — определялись с помощью коммерческого иммуноферментного анализа GastroPanel® (Анализатор: Seac-Radim, Alisei QS, Италия) в соответствии с инструкциями производителя, и было рассчитано соотношение пепсиноген-I/II (PGR). Текущая инфекция НР была обнаружена двумя методами: 1) гистологическим доказательством инфекции НР путем окрашивания по Гимзе и 2) уреазным тестом.

Инструментальные методы. С целью диагностики ХАГ были проведены следующие исследования:

1. Эндоскопия верхних отделов пищеварительной системы и взятие биопсий слизистой оболочки желудка были выполнены на эндоскопической системе Olympus® Evis Exera III с высокоэффективным эндоскопом

(GIF-HQ190, Olympus Medical SysteCorp, Токио, Япония). Ткань для биопсии собирали в соответствии с протоколом OLGA/OLGIM. Атрофия слизистой оболочки желудка (ХАГ) оценивалась эндоскопически в соответствии с классификацией Kimura–Takemoto: атрофия отсутствует (C0), легкая атрофия (C1–C2), умеренная атрофия (C3–O1) и тяжелая атрофия (O2–O3).

2. Морфологическое исследование. Использовали обычные методы окрашивания (гематоксилин и эозин по Карадзи, пикрофуксин по методу Ван-Гизона). Для характеристики КМЖ использовали дополнительные методы окрашивания: альциановый синий pH 2,5 / периодический алкиан Шиановой кислоты, альциановый синий–коллоидное железо / альциановый синий pH 2,5. Инфекция НР считалась положительной при наличии бактерий по крайней мере в одной из пяти проанализированных биопсий.

Результаты. Статистически значимых различий ($p > 0,05$) у пациентов исследуемых подгрупп не обнаружено. Хотя не было обнаружено значительных различий в частоте обвинений, анализ количества жалоб, упомянутых каждым пациентом, показал, что 3–5 симптомов упоминались всеми (100,0%) пациентами в подгруппе 3 исследования по сравнению с 92,1% пациентов в подгруппе исследования 1 ($p < 0,05$) и 90,2% пациентов в подгруппе исследования 2 ($p < 0,05$). Распро-

страненность диспепсии, наиболее частого симптома, присутствующего у 60,2% симптомных пациентов с ХАГ тела, была примерно в 2 раза выше, чем в общей популяции, что указывает на потенциальную роль ХАГ в возникновении диспепсии. Таким образом, ХАГ является многогранным заболеванием, так как может проявляться неспецифическим и вариабельным спектром желудочных и внеджелудочных симптомов. И поэтому необходимо выявить новые, неинвазивные, простые, доступные и экономичные методы скрининга предраковых поражений желудка.

Заключение. Оценка клинических признаков у людей с хроническим атрофическим гастритом выявила наличие основных симптомов у всех пациентов во всех трех подгруппах исследования. Частота и тяжесть этих симптомов также были сходными у пациентов во всех подгруппах исследования. Анализ количества обвинений, упомянутых каждым пациентом, показал, что 3–5 симптомов были отмечены всеми (100,0%) пациентами в подгруппе исследования 3, по сравнению с 92,1% пациентов в подгруппе исследования 1 ($p < 0,05$) и 90,2% пациентов в подгруппе исследования 2 ($p < 0,05$). Следовательно, пациенты с хроническим атрофическим гастритом и дисплазией эпителия слизистой оболочки желудка имеют более тяжелое состояние с более сурою клинической картиной и более высокой частотой неэффективности проводимого лечения.

ХЕЛИКОБАКТЕРНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕСИИ

Квачадзе Натия Тенгизовна¹, Поздникова Ольга Юрьевна², Прокопнева Алекса Олеговна², Скрипкина Лидия Валерьевна², Дуданова Ольга Петровна¹

¹Петрозаводский государственный университет. 185910, г. Петрозаводск, пр. Ленина, д. 33

²ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Петрозаводск». 185001, г. Петрозаводск, Первомайский пр., д. 17

E-mail: natia_sweet@mail.ru

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: функциональная диспепсия; *Helicobacter pylori*-инфекция; хронический гастрит; пожилой и старческий возраст.

Введение. Согласно рекомендациям Киотского и V Маастрихтского консенсусов, *Helicobacter pylori* (НР) является патогеном, который передается от человека человеку и вызывает хронический активный гастрит у всех колонизированных субъектов. Данная инфекция может привести к развитию язвенной болезни, атрофического гастрита, adenокарциномы желудка и мальтому, поэтому важным является стратегия «тестируй и лечи», но у лиц пожилого и старческого возраста с диспепсией без структурных изменений слизистой желудка данная тактика не получила строгой рекомендации, и в клинической практике не всегда должное внимание уделяется выявлению НР-инфекции у таких пациентов.

Целью исследования явилось определение частоты НР-инфекции и характера гистологических изменений в слизистой желудка при НР-инфекции у лиц пожилого и старческого возраста с клиническими признаками функциональной диспепсии.

Материалы и методы. Обследовано 52 пациента: 23 (44,2%) пожилого возраста и 29 (55,8%) — старческого возраста с клиническими признаками функциональной диспепсии. Всем пациентам (100%) выполнялась фиброгастродуоденоскопия, при которой не выявлялись макроскопические структурные изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Проводилось тестирование на наличие НР-инфекции с использованием разных методов: экспресс-теста на уреазу в биоптате желудка, дыхательного хелик-теста, выявления антигена НР в кале методом иммуноферментного анализа и серологического способа обнаружения в крови антител IgG к НР в повышенном титре. У 15 (28,8%) пациентов с

позитивными результатами НР-тестирования выполнялись биопсии слизистой оболочки минимум из двух участков — из антрального отдела и тела желудка с последующим гистологическим исследованием и оценкой наличия и степени воспалительной инфильтрации, атрофии желез, кишечной метаплазии и дисплазии.

Результаты. Признаки НР-инфекции обнаружены у 40 (76,9%) пациентов: у 19 (82,6%) пожилого возраста и у 21 (72,4%) старческого возраста. У всех (100%) НР-инфицированных пациентов, кому выполнялись биопсии из антрального отдела и тела желудка, при гистологическом исследовании выявлялась воспалительная преимущественно лимфоцитарная инфильтрация слизистой оболочки с примесью единичных сегментоядерных лейкоцитов: у 6 (40,0%) пациентов инфильтрация была умеренной, у 9 (60,0%) — выраженной с наличием лимфоидных фолликулов. Незначительная и умеренная атрофия желудочных желез в антральном отделе и теле желудка обнаружена у 4 (26,7%) пациентов и атрофия желез с кишечной метаплазией в антральном отделе — у 1 (6,7%) пациента. Дисплазии эпителия не выявлялось ни у кого из обследованных.

Заключение. Наличие признаков НР-инфекции отмечалось у 76,9% лиц пожилого и старческого возраста с симптомами желудочной диспепсии и отсутствием структурных изменений слизистой желудка при эндоскопии. У всех пациентов с НР-инфекцией при гистологическом исследовании выявлялся хронический активный гастрит, что обосновывало целесообразность проведения эрадикационной терапии для профилактики развития осложнений и инфицирования окружающих пациентов лиц. Истинная функциональная диспепсия наблюдалась только у 23,1% обследованных.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ С ПРИЗНАКАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Ларина Надежда Алексеевна¹, Шиповская Анастасия Андреевна¹,
Курбатова Ирина Валерьевна², Дуданова Ольга Петровна¹

¹ Федеральное государственное учреждение высшего образования «Петрозаводский государственный университет». 185000, г. Петрозаводск, проспект Ленина, д. 33

² Институт биологии ФГБУН «Карельский научный центр Российской академии наук». 185000, г. Петрозаводск, ул. Пушкинская, д. 11

E-mail: nostrick@inbox.ru

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: хроническая болезнь почек; неалкогольная жировая болезнь печени; стеатоз печени; стеатогепатит; фрагменты цитокератина-18.

Введение. Хроническая болезнь почек (ХБП) и неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) имеют общие перекрестные патофизиологические механизмы, в связи с чем эти два заболевания часто сопутствуют друг другу и взаимно отягощают клиническое течение. В развитии ХБП наряду с нарушением метаболизма жиров и углеводов играют тканевые антигены, освобождающиеся при повреждении гепатоцитов.

Целью исследования явилось определение частоты, тяжести ХБП и влияния различных метаболитов на почки при НАЖБП.

Материалы и методы. Обследовано 77 пациентов НАЖБП, которая верифицировалась на основании клинико-лабораторных, сонографических данных при исключении вирусного, алкогольного, лекарственного, аутоиммунного поражения печени. Оценивались: креатинин, расчетная скорость клубочковой фильтрации (СКФ), мочевая кислота, индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), печеночные функциональные тесты, общий холестерин (ОХ), липопротеины высокой (ЛПВП), низкой плотности (ЛПНП), триглицериды (ТГ), гликемия натощак. Методом ИФА определялись фрагменты цитокератина-18 (ФЦК-18) и туморнекротического фактора альфа (ТНФ- α). При наличии признаков печеночно-клеточного повреждения (повышенном уровне аминотрансфераз и ФЦК-18) и воспаления (повышенном уровне ТНФ- α) диагностировали стеатогепатит (СГ), среди обследованных лиц он выявлялся у 29 (37,7%), у остальных 48 (62,3%) диагностировали стеатоз печени (СП). Исключены из исследования пациенты, принимавшие статины и инсулиносенситайзеры.

Результаты. ХБП выявлялась у 33 (68,8%) больных СП и у 20 (68,9%) больных СГ. При СП ХБП2 диагностирована у 22 (45,8%) и ХБП 3а — у 11 (22,9%) пациентов; при СГ ХБП2 — у 9 (31,0%), ХБП3а — у 8 (27,6%) и ХБП3б — у 3 (10,3%) пациентов. При СП средний уровень креатинина составил $109,72 \pm 15,5$ мкмоль/л, СКФ — $68,15 \pm 11,1$ мл/мин, при СГ отмечалась тенденция к росту креатинина — $113,8 \pm 20,7$ ($p > 0,05$) мкмоль/л и снижению СКФ — $60,88 \pm 17,4$ мл/мин ($p > 0,05$). Уровень СКФ при СП негативно коррелировала с показателями ожирения: с ОТ $r = -0,62$ ($p < 0,05$) и с ИМТ — $r = -0,70$ ($p < 0,05$); при СГ появлялась обратная связь СКФ с метаболическими показателями: с общим холестерином — $r = -0,34$ ($p < 0,05$ и еще более тесная — с уровнем глюкозы — $r = -0,61$ ($p < 0,01$)). СКФ не коррелировала достоверно с показателями печеночно-клеточного повреждения и воспаления при СГ, но у пациентов ХБП3а и 3б по сравнению с пациентами с нормальной СКФ отмечался достоверный рост уровня ФЦК-18 — $325,6 \pm 79,1$ Ед/л против $210,8 \pm 50,7$ Ед/л ($p < 0,05$).

Заключение. При стеатозе печени и стеатогепатите ХБП выявлялась с одинаковой частотой — у 69% пациентов, но при стеатогепатите чаще выявлялись продвинутые стадии ХБП — 3а и 3б — у 37,9%, при СП — только 3а — у 22,9%. Снижение СКФ при стеатозе печени прямо зависело от степени абдоминального ожирения, а при стеатогепатите — от роста уровня гликемии, холестеринемии и фрагментов цитокератина — 18, отражающих интенсивность апоптоза печеночных клеток.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ИЗДЕЛИЯ «АЛЬФАЗОКС» У ПАЦИЕНТОВ С ЭРОЗИВНЫМ ЭЗОФАГИТОМ ПОСЛЕ ГАСТРОЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА ЖЕЛУДКА

Новикова Екатерина Николаевна¹, Кожина Марина Владимировна¹,
 Колесова Татьяна Александровна², Астафьева Татьяна Олеговна²,
 Кулагина Ирина Геннадьевна², Викулова Ольга Владимировна²,
 Калужских Ирина Александровна²

¹ Самарский областной клинический онкологический диспансер. 443031 г. Самара, ул. Солнечная, д. 50

² Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина. 443095, г. Самара, ул. Ташкентская, д. 159

E-mail: novicovsam@mail.ru

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: гастроэктомия; эзофагит; лечение.

Введение. Эрозивный эзофагит после гастроэктомии по поводу рака желудка является актуальной проблемой современной гастроэнтерологии. В проведенном исследовании бралась категория пациентов, которым было показано дальнейшее химиотерапевтическое лечения по поводу рака, соответственно сроки лечения эрозий пищевода были ограничены по времени.

Цель исследования. Оценить эффективность применения медицинского изделия «Альфазокс» у данной категории пациентов.

Материалы и методы: 17 пациентов мужского пола в возрасте от 37 лет до 62 лет включительно, с проведенной гастроэктомией по поводу рака желудка, находящихся на химиотерапевтическом лечении. Средний возраст в исследуемой группе составил 55 лет. Всем пациентам выполнялась ЭГДС.

В группу отобраны пациенты с проведенной ЭГДС до начала лечения медицинским изделием «Альфазокс» и проведенной контрольной ЭГДС через 14 дней.

Результаты. На фоне проводимого монокомпонентного лечения — прием «Альфазокс» троекратно после приема пищи и на ночь в течение 14 дней — при проведении контрольной ЭГДС на 14-й день лечения регистрировалась полная эпителизация эрозий у 11 пациентов, у 5 пациентов была положительная эндоскопическая картина с частичной эпителизацией эрозий, у 1 пациента — без эффекта.

Заключение. На фоне проводимой терапии у значительной части исследуемой группы (64,7%) достигнут желаемый клинический эффект в виде эпителизации эрозий пищевода.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА ПРИ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Пиманов Сергей Иванович¹, Руцкая Ирина Александровна²

¹ Витебский государственный медицинский университет. 210009, Республика Беларусь, г. Витебск, пр. Фрунзе, д. 27

² Витебская областная клиническая инфекционная больница. 210023, Республика Беларусь, г. Витебск, пр. Фрунзе, д. 73

E-mail: iporu@yandex.by

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: COVID-19; псевдомембранозный колит; ультразвуковое исследование; толстая кишка.

Введение. Появление псевдомембранозного колита (ПМК) у пациентов с COVID-19 существенно утяжеляет клиническую ситуацию. Оценка динамики ПМК имеет важное значение для ведения больных с коронавирусной инфекцией. Существует потребность в объективном контроле динамики ПМК в условиях наличия другой патологии, которая влияет на неспецифические клинико-лабораторные показатели активности воспалительного процесса. Учитывая тяжесть состояния пациентов и нередко экстраординарный характер оказания медицинской помощи в условиях пандемии, наиболее доступным инструментальным методом изучения стенки кишки является ультразвуковое исследование (УЗИ). Имеются единичные сообщения об ультразвуковой (УЗ) визуализации утолщения кишечной стенки при COVID-19, однако целенаправленное изучение таких изменений при ПМК ранее не проводилось.

Цель исследования: анализ эхографической картины слепой и ободочной кишки при ПМК на фоне инфекции COVID-19.

Материалы и методы. Обследовано 24 больных ПМК и инфекцией COVID-19 (1-я группа), 24 пациента с инфекцией COVID-19 (2-я группа) и 24 практически здоровых человек (3-я группа, контрольная). При наличии типичной клинической картины и результатов компьютерной томографии верификация вирусной инфекции COVID-19 осуществлялась положительным тестом ПЦР при исследовании назофарингеального мазка. Все больные ПМК имели анамнез по антибиотикотерапии, типичную клиническую картину и верификацию наличия токсина иммунохимическим тестом. УЗИ выполняли на аппаратах Logiq E9 (GE Healthcare, США) и Mindray M7 (Shenzhen Mindray Bio-Medical Electronics Co., Ltd, КНР) с конвексными 3,5–4,0 МГц и линейным 10,0 МГц датчиками. Специаль-

ная подготовка пациентов к исследованию не проводилась. При УЗИ оценивались следующие показатели: толщина стенки слепой и различных отделов ободочной кишки (восходящей, поперечной, нисходящей, сигмовидной); стратификация слоев; определялось, какой слой стенки кишки утолщен преимущественно; кровоток кишечной стенки с помощью допплеровского картирования по шкале Limberg; диаметр кишки и наличие свободной жидкости в брюшной полости. Критерием нормальной толщины кишечной стенки считали ее величину до 2 мм. Кроме того, с целью исключения мезотромбоза определяли проходимость чревного ствола, верхней брыжеечной артерии и портальных вен. Оценка отличий осуществлялась методами непараметрической статистики с использованием метода Краскела–Уоллиса. Данные представлены в виде медианы и 25%, 75% межквартильного интервала [Ме (25; 75)].

Результаты. Все пациенты 1-й группы имели утолщенную стенку ободочной кишки со значением до 11,2 мм. Среди пациентов 2-й группы, как правило, стенка кишки была не утолщена, однако в 6 случаях зарегистрировано ее утолщение до 5,3 мм. В 3-й группе утолщение кишечной стенки отсутствовало. В 1-й группе толщина стенки слепой, восходящей, поперечной, нисходящей и сигмовидной кишки составила 4,9 (3,9; 8,0) мм, 4,0 (3,0; 6,2) мм, 3,8 (2,8; 5,7) мм, 4,7 (4,0; 5,9) мм, 5,5 (4,4; 7,4) мм; во 2-й группе — 2,4 (1,8; 2,8) мм, 2,0 (1,7; 2,2) мм, 2,0 (1,6; 2,2) мм, 1,9 (1,5; 2,2) мм, 2,3 (1,9; 2,8) мм; в 3-й группе — 1,3 (0,9; 1,5) мм, 1,3 (1,0; 1,5) мм, 1,2 (1,0; 1,6) мм, 1,5 (1,2; 1,9) мм, 1,7 (1,4; 2,0) мм, соответственно. Толщина стенки кишки между пациентами 1-й и 2-й групп, а также 1-й и 3-й групп имела статистически значимое отличие ($p < 0,01$). В случае стратификации слоев стенки кишки происходило утолщение

преимущественно подслизистого слоя. Последующая эволюция эхографических изменений по мере прогрессирования ПМК заключалась в потере слоистости стенки и нарастании ее гипоэхогенности, снижении перистальтики и сглаживании, вплоть до исчезновения, гаустрации ободочной кишки. Если имел место выраженный воспалительный процесс, регистрировался кровоток в кишечной стенке и появление свободной жидкости в брюшной полости. При положительной динамике от успешного лечения ПМК отмечалось уменьшение толщины кишечной стенки, при отсутствии эффекта наблюдалось ее утолщение или сохранение изменений, а также увеличение диаметра толстой кишки. Положительная динамика УЗ-характеристик стенки ободочной кишки у пациентов с ПМК на фоне инфекции

COVID-19 соответствовала изменениям клинико-лабораторных данных, однако обычно наблюдалась некоторая задержка по времени структурных изменений.

Заключение. По данным УЗИ у пациентов с ПМК на фоне инфекции COVID-19 толщина стенки ободочной кишки существенно превышала аналогичные показатели у больных COVID-19 без признаков ПМК и у обследованных контрольной группы. Прогрессирование УЗ-признаков поражения ободочной кишки у пациентов с ПМК на фоне инфекции COVID-19 сопровождалось ухудшением клинического состояния пациентов и усугублением характерных лабораторных изменений. При положительном ответе на терапию ПМК на фоне инфекции COVID-19 происходит регрессия УЗ-изменений кишечной стенки.

СОСТОЯНИЕ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У ВЗРОСЛЫХ ЛИЦ РАЗНОГО ВОЗРАСТА С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Пихур Оксана Львовна¹, Тицков Денис Сергеевич¹, Черный Дмитрий Александрович²

¹ Курский государственный медицинский университет. 305041, г. Курск, ул. К. Маркса, д. 3

² Клиника эстетической медицины и цифровой стоматологии «Medall». 197136, Санкт-Петербург, Левашовский пр., д. 24

E-mail: pol0012@mail.ru

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: воспалительные заболевания кишечника; язвенный колит; кариес; некариозные поражения твердых тканей зубов; возраст.

Введение. Постоянный интерес к воспалительным заболеваниям кишечника (ВЗК) обусловлен тем, что, несмотря на многолетнее изучение этих болезней, их этиопатогенез полностью не раскрыт. Актуальность проблемы не подлежит сомнению и подтверждается ростом заболеваемости ВЗК среди лиц трудоспособного возраста, рецидивирующим течением, необходимостью проведения длительной терапии и неблагоприятным медико-социальным прогнозом. Язвенный колит занимает одно из ведущих мест среди воспалительных заболеваний кишечника по тяжести течения и частоте осложнений. В литературе имеются данные о разнообразных внекишечных поражениях различных органов и систем при развитии ВЗК, в том числе и челюстно-лицевой области. В настоящее время проблема оральных проявлений при ВЗК изучена недостаточно детально. Часто они ограничены хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом, рассматриваемым в качестве внекишечного проявления ВЗК в полости рта. Существующее положение вопроса определило **цель исследования:** изучение состояния твердых тканей зубов у пациентов с хроническим неспецифическим язвенным колитом в разных возрастных группах.

Материалы и методы. Проведено стоматологическое обследование 82 человек (43 женщины и 39 мужчин) в возрасте от 25 до 70 лет с хроническим неспецифическим язвенным колитом. Контрольная группа практически здоровых лиц составляла 80 человек (45 женщин и 35 мужчин) в возрасте от 18 до 75 лет. Все обследованные пациенты разделены на три возрастные группы: I — молодой (18–29 лет), II — средний (30–64 лет), III — пожилой (65–74 лет) возраст. Клиническое стоматологическое обследование включало в

себя опрос больного, внешний осмотр, обследование полости рта. Проведена оценка распространенности и интенсивности кариеса, распространенности некариозных поражений зубов и гигиенического состояния полости рта. Полученные в процессе исследования данные обработаны на персональном компьютере с помощью программной системы Statistica for Windows 8.0.

Результаты. Результаты проведенного обследования пациентов свидетельствуют о высокой распространенности кариеса зубов у больных с воспалительными заболеваниями кишечника, которая в старшей возрастной группе достигает максимальных значений по сравнению с контрольной группой (97 и 89%, соответственно). Кроме того, результаты исследования интенсивности кариеса зубов обследованных пациентов показывают, что у лиц разного возраста наблюдалась различная степень активности кариозного процесса. Так, I степень активности кариеса (индекс КПУ < 9 , компенсированная форма) выявлена у лиц молодого и среднего возраста как в контрольной группе, так и у больных ВЗК. У лиц пожилого возраста в группе контроля наблюдалась II степень активности кариеса, а у больных язвенным колитом — III степень активности кариеса (индекс КПУ > 16 , декомпенсированная форма). При анализе отдельных компонентов индекса КПУ оказалось, что уже в молодом возрасте у этих пациентов удалены зубы по поводу осложнений кариеса, и впоследствии компонент «У» значительно возрастал, особенно в пожилом возрасте.

Известно, что гигиеническое состояние полости рта является важным компонентом в возникновении и развитии кариозного процесса. Учитывая это, нами проведена оценка уровня гигиены полости рта у обследуе-

мых пациентов с помощью индекса гигиены J.C. Green, J.R. Vermillion (OHI-S). Из полученных данных следует, что достоверно значимых различий в уровне гигиены больных с язвенным колитом и в группе контроля обнаружено не было.

При исследовании некариозных поражений твердых тканей зубов, в том числе патологии, возникшей в период их развития в виде гипоплазии эмали, флюороза, и патологии, развивающейся после прорезывания зубов в виде эрозии эмали, клиновидных дефектов и повышенной стираемости зубов, получены следующие результаты. Чаще всего встречались повышенная стираемость зубов, клиновидные дефекты и эрозии как у больных с

ВЗК (23,2, 20,9, 19,8%, соответственно), так и в группе контроля (17,4, 18,0, 10,2%, соответственно). Однако у пациентов, страдающих язвенным колитом, распространенность данных патологий выше. Кроме того, установлены достоверные отличия по распространенности некариозных поражений зубов обследованных лиц в зависимости от длительности и частоты обострений ВЗК ($p < 0,001$).

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о том, что воспалительные заболевания кишечника являются междисциплинарной проблемой, требующей привлечения врачей различных медицинских специальностей для оказания своевременной и полноценной помощи пациентам.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Тицков Денис Сергеевич, Пихур Оксана Львовна, Чевычелова Ольга Николаевна

Курский государственный медицинский университет. 305041, г. Курск, ул. К. Маркса, д. 3

E-mail: pol0012@mail.ru

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: язвенный колит; стоматологическое лечение; психологическая адаптация.

Введение. Нарушения психологической адаптации как сложной многомерной системы приспособительных механизмов личности, возникающих в силу различных причин и обстоятельств и влияющих на результат проводимого лечения, в настоящее время являются одной из наиболее значимых проблем совместной деятельности врачей разных специальностей.

Цель исследования: оценить психологическую составляющую адаптационных возможностей стоматологических больных, страдающих хроническим неспецифическим язвенным колитом.

Материалы и методы. Обследовано 86 человек (40 мужчин и 46 женщин) в возрасте от 25 до 69 лет, страдающих хроническим неспецифическим язвенным колитом. При проведении плановых комплексных обследований по оценке адаптационных возможностей пациентам предлагалось тестирование, включающее в себя анкеты оценки уровня невротической астении, интегративный тест тревожности, анкету, оценивающую влияние стоматологического заболевания на качество жизни пациента, и опросник SF-36. Комплексное обследование проводилось на этапах стоматологического лечения. В 45,35% случаев (39 человек) пациенты проходили лечение по поводу сопутствующей гастроэнтерологической патологии. На основе полученных данных проводили анализ и интегральную оценку психологического статуса больных, определяли: психологические возможности пациента к адаптации сохранены, снижены или резко снижены. Полученные в процессе исследования данные

обработаны на персональном компьютере с помощью программной системы Statistica for Windows 10.0.

Результаты. По результатам психологического тестирования перед началом стоматологического лечения в группу с сохранным психологическим статусом отнесены 38,2% больных, в группу сниженного психологического статуса — 36,4%, в группу с резко сниженным статусом — 25,4%. После стоматологического лечения число пациентов, проходивших терапию у гастроэнтеролога по поводу язвенного колита, с резко сниженным психологическим статусом уменьшилось в 1,47 раза, а пациентов со сниженными психологическими возможностями — в 1,82 раз. При этом после стоматологического лечения число пациентов, не наблюдавшихся у гастроэнтеролога, с резко сниженным психологическим статусом уменьшилось в 1,15 раз и пациентов со сниженными психологическими возможностями — 1,56 раз.

Заключение. Психологическое тестирование в составе диагностического комплекса, используемого для оценки адаптационных возможностей пациента, позволяет выявить состояние психологической дезадаптации и динамику психологического состояния пациентов в процессе лечения. Общесоматический статус пациентов оказывает значительное влияние на психологическую составляющую адаптационных возможностей стоматологического больного. Таким образом, при проведении лечебно-профилактических стоматологических мероприятий у больных, страдающих язвенным колитом, необходимо использовать комплексный подход.

К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ РАЦИОНА ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Успенский Юрий Павлович^{1,2}, Соусова Яна Вячеславовна¹,
Гулунов Заурбек Хазбиеевич¹

¹Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

²Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8

E-mail: i.v.sousova@yandex.ru

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: метаболический синдром; пищевое поведение; рацион питания.

Введение. Ожирение выступает в качестве одного из ведущих механизмов в развитии каскада метаболических нарушений, в связи с чем выбор наиболее эффективных лечебных мероприятий, направленных на модификацию образа жизни и снижение массы тела пациента, становится приоритетной задачей.

Цель работы: оценить связь между характером рациона питания и особенностями пищевого поведения у пациентов с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы. Обследовано 150 пациентов с абдоминальным ожирением, диагноз МС устанавливался в соответствии с диагностическими критериями Международной диабетической федерации (IDF 2005 г.), Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК 2009 г.). Протокол обследования утвержден Этическим комитетом СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница», каждый пациент был с ним ознакомлен и подписал информированное согласие. На основании полученных данных отобрано 90 респондентов, средний возраст которых составил $40,5 \pm 6,4$ года (от 25 до 50 лет), среди них 53,3% (48) мужчин и 46,7% (42) женщин. Продолжительность течения МС в среднем составила $4,26 \pm 2,5$ года. Для определения типа пищевого поведения использовался валидизированный опросник

DEBQ. Рацион питания оценивался по специально разработанной анкете. Статистическая обработка данных выполнялась в программе SPSS Statistics 17.0.

Результаты. Повышенное содержание в рационе жиров животного происхождения, а также легкоусвояемых углеводов наблюдалось у 52,3 и 13,3% пациентов соответственно, в то время как сбалансированной по нутриентному составу диеты придерживались 34,4% опрошенных. В зависимости от варианта пищевого поведения сформированы 4 репрезентативные группы, между показателями которых проводился сравнительный анализ. Закономерностей в частоте выявляемости определенных пищевых предпочтений при наличии патологического пищевого поведения не отмечалось ($p > 0,05$). Значимой связи между рациональным типом питания и «здоровым» пищевым рационом тоже не обнаружено ($p = 0,970$).

Заключение. Отсутствие пристрастий к пище, богатой жирами животного происхождения и легкоусвояемыми углеводами, и сбалансированный рацион питания не исключают наличие у пациента с метаболическим синдромом патологической мотивации к употреблению пищи, что необходимо учитывать при выборе методов по коррекции его образа жизни.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ СХЕМЫ С ПРЕПАРАТАМИ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ И МЕБЕВЕРИНА У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ ХОЛЕЦИСТЕКТОМИЮ

Успенский Юрий Павлович^{1, 2}, Фоминых Юлия Александровна^{1, 2},
Наджафова Кямаля Низамитдиновна¹, Кощеев Антон Викторович³,
Косарева Анастасия Михайловна¹, Никитина Дарья Евгеньевна¹

¹ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

² Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8

³ СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»

E-mail: kyamalyok@yandex.ru

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: желчнокаменная болезнь; холецистэктомия; урсодезоксихолевая кислота; мебеверин.

Введение. Ведению пациентов с желчнокаменной болезнью, перенесших холецистэктомию, часто уделяется недостаточное внимание. Качество жизни таких больных может оставаться низким после выполнения вмешательства ввиду ряда органических и функциональных расстройств.

Целью работы было оценить эффективность и безопасность приема универсального гепатопротектора на основе урсодезоксихолевой кислоты Эксхол 500 мг и селективного спазмолитика на основе мебеверина Спарекс 200 мг у пациентов с желчнокаменной болезнью, перенесших холецистэктомию.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 40 пациентов, которым выполнялась плановая лапароскопическая холецистэктомия на базе 3-го хирургического отделения СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница». Первая группа (20 пациентов) — больные получали рекомендации по модификации образа жизни, соблюдению гипокалорийной диеты, а также дополнительно принимали урсодезоксихолевую кислоту (препарат Эксхол 500 мг) в суточной дозе 10 мг/кг, разделенной на 2 приема в течение 3 месяцев, в комбинации с мебеверином (препарат Спарекс 200 мг) по 2 раза в сутки в течение 1 месяца. Вторая группа (20 пациентов) — больные получали только рекомендации по модификации образа жизни и соблюдению гипокалорийной диеты. Всем пациентам до операции и через 3 месяца после нее оценивались гастроэнтологические жалобы с помощью опросника

GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale), качество жизни с помощью опросников SF-36 (The Short Form (36) Health Survey), и психологический статус по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale); выполнялось биохимическое исследование крови (аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза, щелочная фосфатаза, определение липидного спектра), ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, магнитно-резонансная холангипанкреатография (МРХПГ).

Результаты. После операции в первой группе пациентов наблюдалось более значимое снижение показателей уровней абдоминальной боли и диспепсии по шкале GSRS в сравнении со второй группой. В первой группе пациентов, получавшей препараты, отмечалось значительное снижение уровня депрессии по шкале HADS, при этом во второй группе наблюдалось повышение уровня депрессии в сравнении с предоперационными показателями, не доходящее, однако, до клинически значимых цифр. Снижение уровня тревоги после операции было одинаковым в обеих группах. Суммарные показатели физического и психологического здоровья, оцененные по опроснику качества жизни SF-36, показали значительно больший прирост в первой группе пациентов в сравнении со второй.

За период наблюдения в первой группе у всех пациентов наблюдалась нормализация

уровней ферментов печени, во второй группе уровни средние уровни ферментов снизились, но не у всех достигли нормальных значений. В первой группе у всех пациентов отмечалась нормализация показателей липидного спектра крови, в то время как во второй группе отмечено нарастание уровней атерогенных липидов. После окончания периода терапии достоверного уменьшения признаков стеатоза в группах не выявлено, что может быть связано с ограниченным периодом наблюдения (3 месяца). Через 3 месяца после холецистэктомии в обеих группах при повторной МРХПГ данных за холедохолитиаз не получено. У 1 па-

циента во второй группе сформировалась стриктура холедоха, у другого пациента второй группы выявлено нарастание размеров кисты поджелудочной железы с 6 до 40 мм, по поводу чего пациенты направлены на консультацию к хирургу.

Выводы. Комплексная схема, включающая назначение гепатопротектора на основе УДХК (Эксхол) и селективного спазмолитика (Спарекс), демонстрирует высокую эффективность и безопасность, и может быть рекомендована для ведения пациентов с желчнокаменной болезнью, перенесших холецистэктомию.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕРЕД ПЛАНОВОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМИЕЙ

Успенский Юрий Павлович^{1,2}, Фоминых Юлия Александровна^{1,2},
Гнотов Александр Александрович¹, Наджафова Кямаля Низамитдиновна¹,
Никитина Дарья Евгеньевна¹

¹Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

² Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8

E-mail: alexandr.gnutov@mail.ru

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: желчнокаменная болезнь; холецистэктомия; дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс.

Введение. Желчнокаменная болезнь является широко распространенным заболеванием во всем мире. В РФ по данным литературы число больных хроническим калькулезным холециститом достигает 20%, что создает значительную нагрузку на стационарные и амбулаторные медицинские учреждения.

Внедрение лапароскопической холецистэктомии и значительное сокращение количества открытых холецистэктомий привели к тому, что на сегодняшний день анализ качества жизни пациентов является неотъемлемой частью оценки хирургического лечения. Вместе с тем, несмотря на совершенствование малоинвазивных методик холецистэктомии, проблема постхолецистэктомического синдрома остается актуальной: так, по данным литературы, от 20 до 40% пациентов, перенесших холецистэктомию, отмечают появление абдоминальных болей или диспепсических явлений в течение 5 лет после хирургического вмешательства.

Цель исследования: оценка качества жизни пациентов с желчнокаменной болезнью перед проведением плановой лапароскопической холецистэктомии.

Материалы и методы. Были обследованы 47 пациентов, которым выполнялась плановая лапароскопическая холецистэктомия на базе 3-го хирургического отделения СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница». Средний возраст составил $50,3 \pm 11,8$ года. Всем пациентам до оперативного вмешательства по уда-

лению желчного пузыря выполнялась оценка качества жизни с помощью шкалы оценки желудочно-кишечных симптомов GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale).

Результаты. Опросник GSRS состоит из 15 вопросов, позволяющих оценить следующие параметры: абдоминальная боль, рефлюкс-синдром, диарейный синдром, диспептический синдром, синдром запоров. Средний показатель по шкале «абдоминальная боль» у пациентов с желчнокаменной болезнью перед плановой лапароскопической холецистэктомией составил 4,60, по шкале «рефлюкс-синдром» — 4,74, «диарейный синдром» — 4,91, «диспептический синдром» — 9,28, «синдром запоров» — 6,06.

Выявлено существенное снижение качества жизни по шкалам «диспептический синдром» и «синдром запоров». Полученные результаты соответствуют данным литературы, согласно которым диспепсические явления и кишечная брадиаритмия на фоне нарушения микробиоценоза толстой кишки встречаются у значительного числа пациентов с желчнокаменной болезнью.

Выводы. Оценка качества жизни с помощью специфических опросников при лапароскопической холецистэктомии позволяет объективизировать оценку состояния больного и проводить динамическое наблюдение с возможностью своевременного выявления постхолецистэктомического синдрома.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ПЛАНОВОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМИЕЙ

Успенский Юрий Павлович^{1, 2}, Фоминых Юлия Александровна^{1, 2},
Наджафова Кямаля Низамитдиновна¹, Гнотов Александр Александрович¹,
Косарева Анастасия Михайловна¹

¹Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

² Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8

E-mail: kyamalyok@yandex.ru

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: желчнокаменная болезнь; лапароскопическая холецистэктомия; психологический статус.

Введение. По данным разных авторов, желчнокаменной болезнью (ЖКБ) страдают 10–20% людей трудоспособного возраста. В России холелитиазом страдают 21,7% женщин и 12,5% мужчин.

Одним из наиболее распространенных и эффективных методов лечения ЖКБ является операция по удалению желчного пузыря. В результате совершенствования хирургических технологий в 90-х гг. XX века лапароскопическая холецистэктомия глубоко внедрилась в рутинную хирургическую практику, в том числе благодаря низкой частоте осложнений и благоприятным результатам вмешательства в послеоперационном периоде.

Однако исследования последних лет показали, что качество жизни части пациентов после холецистэктомии ниже, чем до операции, что связано с комплексом проявлений патологии системы пищеварения в послеоперационном периоде — постхолецистэктомическим синдромом. Терапевты расширянно толкуют данный синдром, включая в это понятие недиагностированную на догоспитальном этапе патологию, не только органическую, но и функциональную. А функциональные расстройства напрямую ассоциированы с изменениями психологического статуса.

Целью нашей работы была оценка психологического статуса пациентов с желчнокаменной болезнью перед проведением плановой лапароскопической холецистэктомии.

Материалы и методы. Были обследованы 48 пациентов, которым выполнялась плановая лапароскопическая холецистэктомия на базе 3-го хирургического отделения СПб

ГБУЗ «Елизаветинская больница». Всем пациентам до оперативного вмешательства по удалению желчного пузыря выполнялась оценка психологического статуса пациентов с помощью опросника госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Уровни тревоги и депрессии по шкале HADS определялись по сумме 7 вопросов, каждый из которых оценивается на 0–3 баллов. Чем выше показатели, тем более выражена тревога или депрессия. 8–10 баллов соответствуют субклинической тревоге/депрессии, 11 баллов и выше — клинически выраженной тревоге/депрессии.

Результаты. Из 48 пациентов у 8 (16,6%) результаты заполнения опросника соответствовали субклинической тревоге, у 3 (6,3%) — субклинической депрессии. Сумма баллов, соответствующая клинически выраженной тревоге, получена у 3 (6,3%) пациентов, клинически выраженной депрессии — у 4 (8,3%) пациентов. В общем, у 15 пациентов из 48 (31,2%) были выявлены нарушения психологического статуса. Такие пациенты находятся в высокой зоне риска функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта.

Выводы. Нарушения психологического статуса не являются редкостью у пациентов с ЖКБ без признаков острой хирургической патологии. Выявление признаков тревоги и депрессии может помочь в выявлении функциональных расстройств на этапе консервативной терапии и прогнозировании отдаленных результатов плановой холецистэктомии.

ДУОДЕНОГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ХОЛЕЦИСТЕКТОМИЮ

Фоминых Юлия Александровна^{1, 2}, Успенский Юрий Павлович^{1, 2},
Гнотов Александр Александрович², Наджафова Кямаля Низамитдиновна²,
Никитина Дарья Евгеньевна²

¹ Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8

² Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

E-mail: alexandr.gnutov@mail.ru

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: желчнокаменная болезнь; холецистэктомия; дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс.

Введение. Согласно данным литературы, нарушение нейрогуморальной регуляции моторики верхних отделов желудочно-кишечного тракта, возникающее после перенесенной холецистэктомии за счет непрерывного поступления желчи в просвет двенадцатиперстной кишки, а также за счет изменений в составе желчи, приводит к повышению частоты дуоденогастральных рефлюксов и повышению частоты транзиторных расслаблений нижнего пищеводного сфинктера. Вышеописанные патофизиологические изменения определяют повышенный риск развития дуоденогастроэзофагеального рефлюкса. Так, в исследовании, проведенном S. Kunsch и соавт. с использованием суточной pH-метрии и фиброоптической спектрофотометрии билирубина было показано, что у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и холецистэктомией в анамнезе достоверно чаще происходит заброс дуоденального содержимого в просвет пищевода, чем у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью без перенесенной холецистэктомии.

В последнее время уделяется большое внимание роли дуоденогастроэзофагеального рефлюкса в патогенезе гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и пищевода Барретта. Воздействие желчных кислот, входящих в состав дуоденогастроэзофагеального рефлюкса,

на многослойный плоский пищеводный эпителий обусловлено как прямым цитотоксическим эффектом, так и за счет увеличения экспрессии провоспалительных медиаторов, таких как интерлейкин-8, циклооксигеназа-2, простагландин Е. В работе R. Zhang было показано, что желчные кислоты могут ингибировать рост и индуцировать апоптоз культивируемых нормальных эпителиальных клеток слизистой оболочки пищевода человека. В исследованиях T. Liu и D. J. Morrow также было показано, что желчные кислоты увеличивают экспрессию транскрипционного фактора CDX2 как в нормальных плоскоклеточных клетках пищевода, так и в линиях клеток аденокарциномы. В популяционном ретроспективном когортном исследовании, проведенном J. Freedman с коллегами, было выявлено, что у пациентов с холецистэктомией в анамнезе имеется повышенный риск развития аденокарциномы пищевода по сравнению с пациентами без холецистэктомии.

Выводы. После холецистэктомии формируются анатомо-физиологические условия, в которых значительно повышается риск возникновения дуоденогастроэзофагеального рефлюкса. Необходимо проведение дальнейших исследований для изучения роли дуоденогастроэзофагеального рефлюкса в патогенезе заболеваний пищевода у пациентов, перенесших холецистэктомию.

ОБМЕН ЛИПИДОВ И ЖЕЛЧНЫХ КИСЛОТ У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЮ

Фоминых Юлия Александровна^{1, 2}, Успенский Юрий Павлович^{1, 2},
Наджафова Кымаля Низамитдиновна²

¹ Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8

² Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

E-mail: kyamalyok@yandex.ru

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: желчнокаменная болезнь; липопротеиды; желчные кислоты; холецистэктомия.

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) — одна из самых распространенных болезней системы пищеварения. Распространенность ЖКБ растет и составляет в развитых странах 10–15 %. По прогнозам ВОЗ, при сохранении современных темпов роста к 2050 году ЖКБ будет страдать 20 % населения.

Установлено, что обязательным условием камнеобразования является изменение свойств желчи — избыток в ней холестерина и/или недостаток желчных кислот, а также изменение их соотношения в желчи. Данные исследований липидного спектра крови больных ЖКБ значительно разнятся. По разным данным, наиболее выраженная дислипидемия обнаруживается на ранней физико-химической стадии ЖКБ и характеризуется наличием гиперхиломикронемии, гипер-β-липопротеинемии, гипо-α-холестеринемии и гипертриглицеридемии.

Желчные кислоты (ЖК) являются основной составной частью желчи, на их долю приходится около 60 % органических соединений желчи. Совершенствование методов исследования позволило получить новые сведения о ЖК, их метаболизме, энтерогепатической циркуляции, содержании в крови, тканях, желчи. У здоровых людей концентрация ЖК в крови весьма низкая и меняется в микромолярном диапазоне в зависимости от фазы пищеварения, возраста, пола, физиологического статуса. Количественное определение ЖК в сыворотке крови приобретает большое значение с целью диагностики и оценки эффективности лечения патологии гепатобилиарной системы.

Основным вариантом лечения ЖКБ остается хирургическое удаление желчного пузыря — холецистэктомия. Ежегодно в России проводится более 600 тыс. таких операций. Несмотря на эффективность и безопасность данного оперативного вмешательства, у ряда пациентов сохраняются жалобы, предшествовавшие холецистэктомии, или появляются новые.

Есть исследования, демонстрирующие, что холецистэктомия может способствовать нормализации липидного состава крови в ранние сроки после операции. В то же время результаты проведенных в последние десятилетия исследований свидетельствуют о том, что холецистэктомия сама по себе может вызывать неблагоприятные метаболические последствия.

После перенесенной холецистэктомии у пациентов нарушаются процессы нормальной циркуляции желчных кислот, которые, являясь естественными лигандами фарнезоидных X-рецепторов и прогнановых ксенорецепторов, отвечают за регуляцию активности ферментных и транспортных систем печени и подвздошной кишки, а также влияют на обмен глюкозы, липидов, ЖК и некоторых других веществ. Существуют крупные исследования, продемонстрировавшие более высокие значения индекса массы тела и окружности талии, триглицеридов, а также аминотрансфераз, токсиковой глюкозы у пациентов, которым была выполнена холецистэктомия по сравнению с пациентами с ЖКБ, которые не подвергались оперативному вмешательству. Таким образом, вопрос о влиянии ЖКБ и холецистэктомии на метаболизм остается дискутабельным.

ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ

Утв. приказом ректора
ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России от 15.10.19

НАСТОЯЩИЕ ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ ЯВЛЯЮТСЯ ИЗДАТЕЛЬСКИМ ДОГОВОРОМ

Условия настоящего Договора (далее «Договор») являются публичной офертой в соответствии с п. 2 ст. 437 Гражданского кодекса Российской Федерации. Данный Договор определяет взаимоотношения между редакцией журнала «University therapeutic journal» (Университетский терапевтический вестник) (далее по тексту «Журнал»), зарегистрированного Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (РОСКОМНАДЗОР), ПИ № ФС77-76938 от 09 октября 2019 г., именуемой в дальнейшем «Редакция» и являющейся структурным подразделением ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, и автором и/или авторским коллективом (или иным правообладателем), именуемым в дальнейшем «Автор», принявшим публичное предложение (оферту) о заключении Договора.

Автор передает Редакции для издания авторский оригинал или рукопись. Указанный авторский оригинал должен соответствовать требованиям, указанным в разделах «Представление рукописи в журнал», «Оформление рукописи». При рассмотрении полученных авторских материалов Журнал руководствуется «Едиными требованиями к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы» (Intern. committee of medical journal editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals // Ann. Intern. Med. 1997; 126: 36–47).

В Журнале печатаются ранее не опубликованные работы по профилю Журнала.

Журнал не рассматривает работы, результаты которых по большей части уже были опубликованы или описаны в статьях, представленных или принятых для публикации в

другие печатные или электронные средства массовой информации. Представляя статью, автор всегда должен ставить редакцию в известность обо всех направлениях этой статьи в печать и о предыдущих публикациях, которые могут рассматриваться как множественные или дублирующие публикации той же самой или очень близкой работы. Автор должен уведомить редакцию о том, содержит ли статья уже опубликованные материалы и предоставить ссылки на предыдущую, чтобы дать редакции возможность принять решение, как поступить в данной ситуации. Не принимаются к печати статьи, представляющие собой отдельные этапы незавершенных исследований, а также статьи с нарушением «Правил и норм гуманного обращения с биообъектами исследований».

Размещение публикаций возможно только после получения положительной рецензии.

Все статьи, в том числе статьи аспирантов и докторантов, публикуются бесплатно.

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РУКОПИСИ В ЖУРНАЛ

Авторский оригинал принимает редакция. Подписанная Автором рукопись должна быть отправлена в адрес редакции по электронной почте на адрес tervestnik@mail.ru. Автор должен отправить конечную версию рукописи и дать файлу название, состоящее из фамилии первого автора и первых 2–3 сокращенных слов из названия статьи.

СОПРОВОДИТЕЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

К авторскому оригиналу необходимо приложить экспертное заключение о возможности

опубликования в открытой печати (бланк можно запросить tervestnik@mail.ru).

Рукопись считается поступившей в Редакцию, если она представлена комплектно и оформлена в соответствии с описанными требованиями. Предварительное рассмотрение рукописи, не заказанной Редакцией, не является фактом заключения между сторонами издательского Договора.

При представлении рукописи в Журнал Авторы несут ответственность за раскрытие своих финансовых и других конфликтных интересов, способных оказать влияние на их работу. В рукописи должны быть упомянуты все лица и организации, оказавшие финансовую поддержку (в виде грантов, оборудования, лекарств или всего этого вместе), а также другое финансовое или личное участие.

АВТОРСКОЕ ПРАВО

Редакция отбирает, готовит к публикации и публикует переданные Авторами материалы. Авторское право на конкретную статью принадлежит авторам статьи. Авторский гонорар за публикации статей в Журнале не выплачивается. Автор передает, а Редакция принимает авторские материалы на следующих условиях:

- 1) Редакции передается право на оформление, издание, передачу Журнала с опубликованным материалом Автора для целей реферирования статей из него в Реферативном журнале ВИНИТИ, РНИЦ и базах данных, распространение Журнала/авторских материалов в печатных и электронных изданиях, включая размещение на выбранных либо созданных Редакцией сайтах в сети Интернет в целях доступа к публикации в интерактивном режиме любого заинтересованного лица из любого места и в любое время, а также на распространение Журнала с опубликованным материалом Автора по подписке;
- 2) территория, на которой разрешается использовать авторский материал, — Российская Федерация и сеть Интернет;
- 3) срок действия Договора — 5 лет. По истечении указанного срока Редакция оставляет за собой, а Автор подтверждает бесстрочное право Редакции на продолжение размещения авторского материала в сети Интернет;
- 4) Редакция вправе по своему усмотрению без каких-либо согласований с Автором заключать договоры и соглашения с третьими лица-

ми, направленные на дополнительные меры по защите авторских и издательских прав;

- 5) Автор гарантирует, что использование Редакцией предоставленного им по настоящему Договору авторского материала не нарушит прав третьих лиц;
- 6) Автор оставляет за собой право использовать предоставленный по настоящему Договору авторский материал самостоятельно, передавать права на него по договору третьим лицам, если это не противоречит настоящему Договору;
- 7) Редакция предоставляет Автору возможность безвозмездного получения справки с электронными адресами его официальной публикации в сети Интернет;
- 8) при перепечатке статьи или ее части ссылка на первую публикацию в Журнале обязательна.

ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА И ИЗМЕНЕНИЯ ЕГО УСЛОВИЙ

Заключением Договора со стороны Редакции является опубликование рукописи данного Автора в журнале «University therapeutic journal» и размещение его текста в сети Интернет. Заключением Договора со стороны Автора, т. е. полным и безоговорочным принятием Автором условий Договора, является передача Автором рукописи и экспертного заключения.

ОФОРМЛЕНИЕ РУКОПИСИ

Статья должна иметь (НА РУССКОМ И АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКАХ):

1. Заглавие (Title) должно быть кратким (не более 120 знаков), точно отражающим содержание статьи.
2. Сведения об авторах (публикуются). Для каждого автора указываются: фамилия, имя и отчество, место работы, почтовый адрес места работы, e-mail. Фамилии авторов рекомендуется транслитерировать так же, как в предыдущих публикациях или по системе BGN (Board of Geographic Names), см. сайт <http://www.translit.ru>.
3. Резюме (Summary) (1500–2000 знаков, или 200–250 слов) помещают перед текстом статьи. Резюме не требуется при публикации рецензий, отчетов о конференциях, информационных писем.

Авторское резюме к статье является основным источником информации в отечественных и зарубежных информационных системах и базах данных, индексирующих журнал. Ре-

зюме доступно на сайте журнала «University therapeutic journal» и индексируется сетевыми поисковыми системами. Из аннотации должна быть понятна суть исследования, нужно ли обращаться к полному тексту статьи для получения более подробной, интересующей его информации. Резюме должно излагать только существенные факты работы.

Рекомендуемая структура как аннотации, так и самой статьи IMRAD (для оригинальных исследований структура обязательна): введение (Introduction), материалы и методы (Materials and methods), результаты (Results), обсуждение (Discussion), выводы (Conclusion). Предмет, тему, цель работы нужно указывать, если они не ясны из заглавия статьи; метод или методологию проведения работы целесообразно описывать, если они отличаются новизной или представляют интерес с точки зрения данной работы. Объем текста авторского резюме определяется содержанием публикации (объемом сведений, их научной ценностью и/или практическим значением) и должен быть в пределах 200–250 слов (1500–2000 знаков).

4. Ключевые слова (Key words) от 3 до 10 ключевых слов или словосочетаний, которые будут способствовать правильному перекрестному индексированию статьи, помещаются под резюме с подзаголовком «ключевые слова». Используйте термины из списка медицинских предметных заголовков (Medical Subject Headings), приведенного в Index Medicus (если в этом списке еще отсутствуют подходящие обозначения для недавно введенных терминов, подберите наиболее близкие из имеющихся). Ключевые слова разделяются точкой с запятой.

5. Литература (References). Список литературы должен представлять полное библиографическое описание цитируемых работ в соответствии с NLM (National Library of Medicine) Author A. A., Author B. B., Author C. C. Title of article. Title of Journal. 2005;10(2):49–53. Фамилии и инициалы авторов в пристатейном списке приводятся в алфавитном порядке, сначала русского, затем латинского алфавита. В описании указываются ВСЕ авторы публикации. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрой в квадратных скобках. Ссылки на неопубликованные работы не допускаются.

Книга

Автор(ы) название книги (знак точка) место издания (двоеточие) название издательства (знак точка с запятой) год издания.

Если в качестве автора книги выступает редактор, то после фамилии следует ред.

Преображенский Б. С., Тёмкин Я. С., Лихачёв А. Г. Болезни уха, горла и носа. М.: Медицина; 1968.

Радзинский В. Е., ред. Перинеология: учебное пособие. М.: РУДН; 2008.

Brandenburg J.H., Ponti G.S., Worring A.F. eds. Vocal cord injection with autogenous fat. 3 rd ed. NY: Mosby; 1998.

Глава из книги

Автор (ы) название главы (знак точка) В кн.: или In: далее описание книги [Автор (ы) название книги (знак точка) место издания (двоеточие) название издательства (знак точка с запятой) год издания] (двоеточие) стр. от и до.

Коробков Г.А. Темп речи. В кн.: Современные проблемы физиологии и патологии речи: сб. тр. Т. 23. М.; 1989: 107–11.

Статья из журнала

Автор (ы) название статьи (знак точка) название журнала (знак точка) год издания (знак точка с запятой) том (если есть в круглых скобках номер журнала) затем знак (двоеточие) страницы от и до.

Кирющенков А. П., Совчи М. Г., Иванова П. С. Поликистозные яичники. Акушерство и гинекология. 1994; N 1: 11–4.

Brandenburg J. H., Ponti G. S., Worring A. F. Vocal cord injection with autogenous fat: a long-term magnetic resona. Laryngoscope. 1996; 106 (2, pt 1): 174–80.

Тезисы докладов, материалы научных конф.

Бабий А. И., Левашов М. М. Новый алгоритм нахождения кульминации экспериментального нистагма (миниметрия). III съезд оториноларингологов Респ. Беларусь: тез. докл. Минск; 1992: 68–70.

Салов И.А., Маринушкин Д.Н. Акушерская тактика при внутриутробной гибели плода. В кн.: Материалы IV Российского форума «Мать и дитя». М.; 2000; ч. 1: 516–9.

Авторефераты

Петров С. М. Время реакции и слуховая адаптация в норме и при периферических поражениях слуха. Автореф. дис... канд. мед. наук. СПб.; 1993.

Описание Интернет-ресурса

Щеглов И. Насколько велика роль микрофлоры в биологии вида-хозяина? Живые системы: научный электронный журнал. Доступен по: http://www.biorf.ru/catalog.aspx?cat_id=396&d_no=3576 (дата обращения 02.07.2012).

Kealy M. A., Small R. E., Liamputpong P. Recovery after caesarean birth: a qualitative

study of women's accounts in Victoria, Australia. BMC Pregnancy and Childbirth. 2010. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/47/>. (accessed 11.09.2013).

Для всех статей, имеющих DOI, индекс необходимо указывать в конце библиографического описания.

По новым правилам, учитывающим требования международных систем цитирования, библиографические списки (References) входят в англоязычный блок статьи и, соответственно, должны даваться не только на языке оригинала, но и в латинице (романским алфавитом). Поэтому авторы статей должны давать список литературы в двух вариантах: один на языке оригинала (русскоязычные источники кириллицей, англоязычные латиницей), как было принято ранее, и отдельным блоком тот же список литературы (References) в романском алфавите для Scopus и других международных баз данных, повторяя в нем все источники литературы, независимо от того, имеются ли среди них иностранные. Если в списке есть ссылки на иностранные публикации, они полностью повторяются в списке, готовящемся в романском алфавите.

В романском алфавите для русскоязычных источников требуется следующая структура библиографической ссылки: автор(ы) (транслитерация), перевод названия книги или статьи на английский язык, название источника (транслитерация), выходные данные в цифровом формате, указание на язык статьи в скобках (in Russian).

Технология подготовки ссылок с использованием системы автоматической транслитерации и переводчика.

На сайте <http://www.translit.ru> можно бесплатно воспользоваться программой транслитерации русского текста в латиницу. Программа очень простая.

1. Входим в программу Translit.ru. В окошке «варианты» выбираем систему транслитерации BGN (Board of Geographic Names). Вставляем в специальное поле весь текст библиографии на русском языке и нажимаем кнопку «в транслит».
2. Копируем транслитерированный текст в готовящийся список References.
3. Переводим с помощью автоматического переводчика название книги, статьи, посттитуляции и т.д. на английский язык, переносим его в готовящийся список. Перевод, безусловно, требует редактирования, поэтому данную часть необходимо готовить человеку, понимающему английский язык.

4. Объединяем описания в соответствии с принятыми правилами и редактируем список.
5. В конце ссылки в круглых скобках указывается (in Russian). Ссылка готова.

Примеры транслитерации русскоязычных источников литературы для англоязычного блока статьи

Книга

Avtor (y) Nazvanie knigi (znak tochka) [The title of the book in english] (znak tochka) Mesto izdaniya (dvoetochie) Nazvanie izdatel'stva (znak tochka s zapyatoy) god izdaniya.

Preobrazhenskiy B. S., Temkin Ya. S., Likhachev A. G. Bolezni ukha, gorla i nosa. [Diseases of the ear, nose and throat]. M.: Meditsina; 1968. (in Russian).

Radzinskiy V. E., ed. Perioneologiya: uchebnoe posobie. [Perineology tutorial]. M.: RUDN; 2008. (in Russian).

Глава из книги

Avtor (y) Nazvanie glavy (znak tochka) [The title of the article in english] (znak tochka) In: Avtor (y) Nazvanie knigi (znak tochka) Mesto izdaniya (dvoetochie) Nazvanie izdatel'stva (znak tochka s zapyatoy) god izdaniya]. (dvoetochie) stranisi ot i do.

Korobkov G. A. Temp rechi. [Rate of speech]. V kn.: Sovremennye problemy fiziologii i patologii rechi: sb. tr. T. 23. M.; 1989: 107–11. (in Russian).

Статья из журнала

Avtor (y) Nazvanie stat'i (znak tochka) [The title of the article in english] (znak tochka) Nazvanie zhurnala (znak tochka) god izdaniya (znak tochka s zapyatoy) tom (esli est' v kruglykh skobkakh nomer zhurnala) zatem (znak dvoetochie) stranitsy ot i do.

Kiryushchenkov A. P., Sovchi M. G., Ivanova P. S. Polikistoznye yaichniki. [Polycystic ovary]. Akusherstvo i ginekologiya. 1994; N 1: 11–4. (in Russian).

Тезисы докладов, материалы научных конф.

Babiy A. I., Levashov M. M. Novyy algoritm nakhozdeniya kul'minatsii eksperimental'nogo nistagma (minimetriya). [New algorithm of finding of the culmination experimental nystagmus (minimetriya)]. III s'ezd otorinolaringologov Resp. Belarus': tez. dokl. Minsk; 1992: 68–70. (in Russian).

Salov I. A., Marinushkin D. N. Akusherskaya taktika pri vnutriutroboj gibeli ploda. [Obstetric tactics in intrauterine fetal death]. V kn.: Materialy IV Rossiyskogo foruma «Mat' i ditya». M.; 2000; ch.1:516–9. (in Russian).

Авторефераты

Petrov S. M. Vremya reaktsii i slukhovaya adaptatsiya v norme i pri perifericheskikh porazheniyakh slukha. [Time of reaction and acoustical adaptation in norm and at peripheral defeats of hearing]. PhD thesis. SPb.; 1993. (in Russian).

Описание Интернет-ресурса

Shcheglov I. Naskol'ko velika rol' mikroflory v biologii vida-khozyaina? [How great is the microflora role in type-owner biology?]. Zhivye sistemy: nauchnyy elektronnyy zhurnal. Available at: http://www.biorf.ru/catalog.aspx?cat_id=396&d_no=3576 (accessed 02.07.2012). (in Russian).

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРАВИЛЬНОСТЬ БИБЛИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ НЕСЕТ АВТОР.

Остальные материалы предоставляются либо на русском, либо на английском языке, либо на обоих языках по желанию.

Структура основного текста статьи.

Введение, изложение основного материала, заключение, литература. Для оригинальных исследований — введение, методика, результаты исследования, обсуждение результатов, литература (IMRAD).

В разделе «методика» обязательно указываются сведения о статистической обработке экспериментального или клинического материала. Единицы измерения даются в соответствии с Международной системой единиц — СИ. Фамилии иностранных авторов, цитируемые в тексте рукописи, приводятся в оригинальной транскрипции.

Объем рукописей.

Объем рукописи обзора не должен превышать 25 стр. машинописного текста через два интервала, 12 кеглем (включая таблицы, список литературы, подписи к рисункам и резюме на английском языке), поля не менее 25 мм. Нумеруйте страницы последовательно, начиная с титульной. Объем рукописи статьи экспериментального характера не должен превышать 15 стр. машинописного текста; кратких сообщений (писем в редакцию) — 7 стр.; отчетов о конференциях — 3 стр.; рецензий на книги — 3 стр. Используйте ко-

лонтитул — сокращенный заголовок и нумерацию страниц, для помещения вверху или внизу всех страниц статьи.

Иллюстрации и таблицы. Число рисунков рекомендуется не более 5. В подписях под рисунками должны быть сделаны объяснения значений всех кривых, букв, цифр и прочих условных обозначений. Все графы в таблицах должны иметь заголовки. Повторять одни и те же данные в тексте, на рисунках и в таблицах не следует. Рисунки, схемы, фотографии должны быть представлены в расчете на печать в черно-белом виде или уровнями серого в точечных форматах tif, bmp (300–600 dpi), или в векторных форматах pdf, ai, eps, cdr. При оформлении графических материалов учитывайте размеры печатного поля Журнала (ширина иллюстрации в одну колонку — 90 мм, в 2 — 180 мм). Масштаб 1:1.

РЕЦЕНЗИРОВАНИЕ

Статьи, поступившие в редакцию, обязательно рецензируются. Если у рецензента возникают вопросы, то статья с комментариями рецензента возвращается Автору. Датой поступления статьи считается дата получения Редакцией окончательного варианта статьи. Редакция оставляет за собой право внесения редакторских изменений в текст, не искажающих смысла статьи (литературная и технологическая правка).

АВТОРСКИЕ ЭКЗЕМПЛЯРЫ ЖУРНАЛА

Редакция обязуется выдать Автору 1 экземпляр Журнала на каждую опубликованную статью вне зависимости от числа авторов. Авторы, проживающие в Санкт-Петербурге, получают авторский экземпляр Журнала непосредственно в Редакции. Иногородним Авторам авторский экземпляр Журнала высыпается на адрес автора по запросу от автора. Экземпляры спецвыпусков не отправляются авторам.

АДРЕС РЕДАКЦИИ

194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., 2
E-mail: tervestnik@mail.ru.



НЕЙРОИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ (С КУРСОМ ВИЧ)

Инфекционные заболевания нервной системы у детей часто встречаются и отличаются остротой развития, тяжестью течения, высокой летальностью и частотой резидуальных последствий, нередко приводящих к инвалидизации и социальной дезадаптации переболевших. К наиболее актуальным проблемам нейроинфекций (НИ) относятся бактериальные гнойные менингиты (БГМ), серозные менингиты, клещевые инфекции (КИ), демиелинизирующие заболевания нервной системы и ряд других заболеваний. Своёобразие рассматриваемой проблематики заключается в сочетании ряда факторов: развитие ребенка и его нервной системы и, гематоэнцефалического барьера, в частности возрастной чувствительности к возбудителю и возрастными особенностями иммунитета, особой чувствительностью ребенка разных возрастов противовирусным, антибактериальным, иммуномодулирующим препаратам.

Оригинальность данной программы заключается в том, что рассматриваются неврологические аспекты ВИЧ-инфекции и приводятся данные собственных многолетних наблюдений, проведенных на базе Федерального центра по оказанию помощи ВИЧ-инфицированным детям МЗ РФ.

Актуальность БГМ обусловлена не только повсеместным распространением в мире, тяжестью течения, частотой возникновения осложнений и высоким уровнем летальности, но и подавляющим количеством больных среди детей раннего возраста (более 50%). В настоящее время у детей первых 3 лет жизни преобладают менингиты менингококковой (48%), гемофильной (35,7%) и реже пневмококковой (9,2%) этиологии. Анализ летальности от БГМ показал, что в 86% — это дети 1-го года жизни, летальный исход у которых, как правило, наступил в 1 сутки госпитализации.

Другой важнейшей проблемой нейроинфекций сегодня являются клещевые инфекции (вирусный энцефалит, клещевой боррелиоз), для которых характерен полиморфизм клинических симптомов, а также латентные, бессимптомные формы болезни в начальные сроки заболевания и склонность к хронизации процесса по причине поздней диагностики и отсутствия специфической профилактики.

Нередко острые или хронические инфекционные заболевания становятся причиной развития симптоматической эпилепсии. Судорожный синдром, или острые симптоматические судороги, являются одним из наиболее грозных осложнений острой фазы различных нейроинфекций. Они могут быть следствием отека головного мозга, диффузных ишемически-гипоксических метаболических нарушений в мозговой ткани, поражения паренхимы мозговой ткани в результате прямого цитопатогенного действия инфекционных агентов или опосредованного через аутоиммунные или цереброваскулярные механизмы. В то же время симптоматические судороги могут указывать и на развитие тяжелых осложнений в ходе течения инфекций — формирование субдурального скопления, абсцесса или инфаркта мозга, внутримозговых геморрагий. Знание клинико-эпидемиологических особенностей развития и течения нейроинфекций у детей позволяет выделить основные группы «риска» для принятия своевременных адекватных терапевтических и профилактических мероприятий, обеспечить дифференцированный подход к реабилитации и диспансеризации больных. Необходимость включения дополнительной образовательной программы по нейроинфекциям у детей в программу последипломного усовершенствования врачей неврологов, инфекционистов и педиатров диктуется и другой причиной. Данный раздел медицинской науки находится на стыке нескольких специальностей: педиатрии, инфекционных болезней и неврологии, обучение которым происходит на нескольких кафедрах высших медицинских учреждений, в результате чего молодые врачи не получают единых знаний об инфекционных поражениях нервной системы. Постановка диагноза при нейроинфекциях основана на умении и логике последовательного мышления по синдромальному, топическому и нозологическому диагнозу. В этой связи в программу включены вопросы семиотики поражений центральной и периферической нервной системы, клинико-неврологические синдромы, современные способы диагностики, терапии и реабилитации переболевших нейроинфекцией.

Авторы:

д.м.н., профессор Пальчик А. Б., д.м.н., доцент Фомина М. Ю., к.м.н. Скрипченко Е.Ю.

В результате успешного выполнения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации выдаётся документ установленного образца – Удостоверение о повышении квалификации.

ЗАНЯТИЯ ПО МЕРЕ КОМПЛЕКТОВАНИЯ ГРУПП

Телефон: +7 (812) 416-52-25

Электронная почта: grmafpk@mail.ru

Адрес: г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д.2,
Административный корпус, 3-й этаж, кабинет 303

WWW.GPMU.ORG

