

**Выводы.** КХЛ с МТБЭ не влияет на показатели моторно-эвакуаторной функции ЖКТ: сохраняется гипотонус желудка и подвздошной кишки, гипертонус ДПК и толстого кишечника, снижена перистальтика всех отделов ЖКТ.

### ГЗЗ. КИШЕЧНЫЙ ДИСБИОЗ И ХОЛЕСТЕРИНОВЫЙ КАЛЬКУЛЕЗ: ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ И ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

*Скрыпник И.Н., Скопиченко С.В.*

Украинская медицинская стоматологическая академия, Полтава

Повышение литогенных свойств желчи является основой для формирования холестеринового калькулеза. Способствующим для этого процесса является ощелачивание рН толстой кишки, что приводит к повышению активности 7-дегидроксилазы и метаболическому синтезу вторичных желчных кислот, а также снижению активности деконъюгаз при недостаточном росте бифидобактерий, что инициирует уменьшение экскреции и связывания холестерина. В результате увеличивается уровень холестерина в крови и опосредствовано повышаются литогенные свойства желчи. Адсорбция дезоксихолевой кислоты в кровь интенсивно повышает синтез холестерина в гепатоцитах и его содержание в пузырной желчи, в результате чего увеличиваются литогенные свойства желчи.

**Цель.** Показать взаимосвязь между кишечным дисбиозом (КД) и развитием холестеринового калькулеза, а также возможности фармакологической коррекции литогенных свойств желчи посредством назначения лактулозы (дуфалака) в сочетании с холеретиками ( гепабене, холагогум) или урсодезоксихолевой кислотой (УДХК) — урсосаном.

Обследовано 78 больных с синдромом раздраженного кишечника, ассоциированным с кишечным дисбиозом (КД) I степени, у 76 из которых имел место хронический холецистит (физико-химическая стадия холестеринового калькулеза). Больные были разделены на 4 группы в зависимости от лечебных комплексов: 1-я группа (16 чел.) — холагогум или гепабене, 2-я группа (21 чел.) — дуфалак + холагогум или гепабене; 3-я группа (19 чел.) — урсосан, 4-я группа (20 чел.) — урсосан + дуфалак. Литогенные свойства желчи оценивали по уровню желчных кислот, холестерина и их соотношению.

Установлено, что литогенные свойства желчи значительно уменьшались при лечении больных 2-й группы, в то время как в 1-й группе отмечалась положительная динамика. Применение урсосана (3-я группа) способствовало более выраженной положительной динамике изменения литогенных свойств, в то время как в 4-й группе отмечалась их нормализация. Так, холато-холестериновый коэффициент желчи у больных 1-й группы составлял —  $7,8 \pm 0,42$ ; 2-й —  $8,5 \pm 0,48$ ; 3-й —  $9,8 \pm 0,8$ ; 4-й —  $11,3 \pm 0,65$  при норме  $10,1 \pm 1,0$ . Назначение больным с холестериновым калькулезом холеретиков или урсосана приводит к умеренному или значительному изменению литогенных свойств желчи соответственно, но не влияет на микробиоценоз толстой кишки. Применение дуфалака устраняет литогенные свойства желчи (70% случаев на фоне холеретиков и в 100% случаев на фоне урсосан + дуфалак). У 58% больных с физико-химической стадией холестеринового калькулеза диагностиро-

ван КД I и II стадии. У 100% пациентов после включения дуфалака в лечебные комплексы наблюдалось снижение pH каловых масс до 5,5–5,8 и нормализация микробиоценоза толстой кишки. При этом устранялись явления кишечного дисбиоза, обусловленного повышенным ростом бактерий рода *Clostridium*. Это соответствует данным I.E. Wells и соавт. (2000), которые свидетельствуют о более высоком уровне 7-дегидроксилирующих фекальных бактерий, принадлежащих к роду *Clostridium*, у пациентов с желчными камнями. Действие дуфалака в отношении влияния на литогенные свойства желчи многогранно: 1) при кислых значениях pH в полости толстой кишки, создаваемых дуфалаком, снижается активность бактериальной 7-дегидроксилазы, в результате чего уменьшается синтез дезоксихолевой кислоты, приводя к уменьшению образования в печени холестерина и насыщения им пузырной желчи; 2) лактулоза стимулирует рост и нарастание биомассы *L. bifidum*, продуцирующих деконъюгазы амидов желчных кислот, в результате чего труднорастворимые метаболиты последних связывают в полости толстой кишки холестерин, экскретируя их с каловыми массами; 3) слабительный эффект — уменьшение транзита каловых масс по толстой кишке и вторичных желчных кислот.

## Г34. СПЕКТР ЖИРНЫХ КИСЛОТ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХОЛЕЛИТИАЗОМ В ЭВЕНКИИ

Тонких Ю.Л., Куперштейн Е.Ю., Цуканов В.В.

НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск

**Цель.** Проанализировать спектр жирных кислот в сыворотке крови при холелитиазе у коренных и пришлых жителей Эвенкии.

**Материал и методы исследования.** Выполнено поперечное эпидемиологическое исследование в Эвенкии при помощи 25-процентной случайной выборки, на основании списков населения методом УЗИ и холецистографии 910 человек. У 184 пациентов (88 коренных, 96 пришлых) проведено определение спектра и содержания жирных кислот в сыворотке крови методом газожидкостной хроматографии на приборе «Хром-5» с пламенно-ионизационным детектором.

**Результаты исследования.** Распространенность желчнокаменной болезни (ЖКБ) у коренных жителей Эвенкии составила 1,5 и 8,6% у пришлого населения ( $p < 0,001$ ). Содержание насыщенных жирных кислот у европеоидов с холелитиазом составило 53% в сравнении со здоровыми лицами — 47,1% ( $p < 0,001$ ), у монголоидов эти цифры составили, соответственно, — 53,3% и 45,6% ( $p < 0,05$ ). Содержание полиненасыщенных жирных кислот у монголоидов было значительно меньше у лиц с ЖКБ — 38,9% по сравнению со здоровыми лицами — 54,2% ( $p < 0,001$ ). У европеоидов с ЖКБ содержание полиненасыщенных жирных кислот составило 37,7%, у здоровых лиц — 42,9% ( $p < 0,02$ ). У европеоидов с ЖКБ соотношение насыщенных и ненасыщенных жирных кислот составило 1,2, а у здоровых лиц — 0,9 ( $p < 0,05$ ). У монголоидов коэффициент насыщенные/ненасыщенные жирные кислоты достоверно отличался у лиц с ЖКБ и здоровых лиц и составил, соответственно, — 1,1 и 0,7 ( $p < 0,001$ ).