

У 21% больных с ЯБ без ПМК было выявлено нормальное состояние пилорических желез, у 38% наблюдались умеренные значения индекса МПЖ, значительные изменения были у 7%. В отличие от больных с ПМК, резких изменений состояния пилорических желез не было.

Таким образом, особенностями течения ЯБ у больных с ПМК являются молодой возраст, острое начало, отсутствие сезонности обострений заболевания, преобладание Нр-негативной формы ЯБ над Нр-позитивной, наличие атрофического неактивного гастрита, множественность и большие размеры язвенных дефектов, длительный период рубцевания.

Атрофические изменения СО антрального отдела у больных с ПМК были более выражены и распространены. Нормальное состояние пилорических желез отмечено у 40%. Умеренные атрофические изменения выявлялись в 47% случаев, значительные – у 10%, резкая атрофия желез была у 3% пациентов с ЯБ и ПМК.

Для больных без ПМК атрофические изменения были менее характерны. Нормальные значения индекса МПЖ получены у 55%, умеренные значения – у 98%, значительные – у 7% больных. Резких изменений в состоянии пилорических желез выявлено не было.

#### Выводы

1. Идиопатический ПМК, один из признаков ДСТ, можно рассматривать как фактор риска развития ЯБ.

2. У больных с ПМК ЯБ чаще дебютирует кровотечением и имеет бессимптомное течение.

3. Более тяжелое течение ЯБ отмечалось у больных с Нр-негативной формой заболевания.

4. Установлено преобладание у больных с ПМК атрофических изменений СОЖ.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Клеменов, А. В. Недостаточность баугиниевой заслонки как висцеральное проявление недифференцированной дисплазии соединительной ткани / А. В. Клеменов, В. Л. Мартынов, Н. С. Торгушина // Тер. арх. - 2003. - № 4. - С. 44-46.

2. Клеменов, А. В. Внекардиальные проявления недифференцированной дисплазии соединительной ткани / А. В. Клеменов // Клин. мед. - 2003. - № 10. - С. 4-7.

3. Меркулов, Г. А. Курс патологической техники / Г. А. Меркулов // Изд. «Медицина». - 1969. - С. 68-69

4. Насонова, В. А. Органы пищеварения и системные заболевания соединительной ткани / В. А. Насонова // Клин. мед. - 1979. - № 10. - С. 5-10.

5. Особенности течения заболеваний органов пищеварения у больных с первичным пролапсом митрального клапана / И. В. Маев, А. Н. Казюлин, Е. Д. Вальцова // Клин. мед. - 2000. - № 1. - С. 22-26.

6. Пролапс митрального клапана как риск развития заболеваний органов пищеварения / И.

В. Маев, А. Н. Казюлин, Е. Д. Вальцова, И. Грибова // Врач. - 1998. - № 1. - С. 34-36.

7. Самсонов, В. А. Новые методы количественной оценки состояния железистого аппарата слизистой оболочки желудка / В. А. Самсонов // Архив патологии. - 1973. - № 8. - Т. 35. - С. 1-96.

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ОПУХОЛЕЙ ЛЁГКИХ, СРЕДОСТЕНИЯ, ПИЩЕВОДА

Хрячков В.В., Маторин В.А.

*Ханты-Мансийский государственный  
медицинский институт,  
Окружная клиническая больница  
Ханты-Мансийск, Россия*

Продлённая эпидуральная анальгезия является методом выбора у больных, оперированных на органах грудной клетки, так снижается вероятность возникновения послеоперационных осложнений (гиповентиляция, ателектазы, пневмония, тромбоз глубоких вен нижних конечностей).

**Цель работы:** сравнить результаты лечения острой послеоперационной постторакалотомической боли при применении продлённой ЭА комбинацией ропивакаина (или бупивакаина) и фентанила в режиме постоянной инфузии и морфина в режиме болюсного введения.

**Материал и методы:** в основу исследования положены результаты наблюдения в раннем послеоперационном периоде 30 пациентов, подвергшихся за период с января по октябрь 2007 года плановым пневмон-, билоб-, лобэктомиям, резекциям лёгких, экстирпациям и резекциям пищевода, операциям по поводу опухолей средостения.

Все пациенты оперировались в условиях сочетанной анестезии (эпидуральная анестезия + ингаляционная анестезия севофлюраном). Пункцию эпидурального пространства выполняли в положении пациента на боку в асептических условиях на уровне Th<sub>4</sub> – Th<sub>7</sub>. Катетер проводился краниально на глубину 4 см. Тест-доза 0,2% раствором наропина (или 0,25% раствором бупивакаина) дважды по 2,5 мл. Осложнений катетеризации ЭП не было. Пациентам I-ой группы (20 человек) эпидурально вводилась смесь, состоящая из 0,2% раствора ропивакаина (или 0,25% раствора бупивакаина) и фентанила (2,85 мг/кг). Скорость введения составляла 10 мл/час с дальнейшей коррекцией дозы по уровню гемодинамики и травматичности этапа операции. Пациентам II-ой группы (10 человек) эпидурально вводился морфин 1% - от 2 до 6 мг (0,08 – 0,1 мг/кг), разведённый в 5 – 10 мл 0,9% раствора NaCl. После индукции дормикумом 1 – 3 мг, фентанилом 2 – 4 мг/кг, диприваном 1 – 1,5 мг/кг и миорелакса-

ции эсмероном в дозе 0,5 – 0,6 мг/кг интубировалась трахея и проводилась ингаляционная анестезия севофлюраном аппаратом «Drager Primus» в режиме Low Flow. Все пациенты после операции поступали в отделение реанимации и находились под динамическим мониторингом аппаратами «Philips IntelliVue MP30». Пациентам I-ой группы в послеоперационном периоде продолжалось введение шприцевым дозатором смеси местного анестетика и фентанила. Пациентам II-ой группы через 12 – 24 часа после первой дозы, вводилась новая доза – от 2 до 4 мг морфина, разведённого в 5 – 10 мл 0,9% раствора NaCl. Оценку состояния больных и качества послеоперационного обезболивания осуществляли с помощью комплекса клинических критериев и мониторинга АД, ЧСС, ЧДД, SpO<sub>2</sub>, уровня сознания. Об интенсивности послеоперационной боли в динамике судили по шкале вербальных оценок: 0 баллов – боли нет; 1 балл – слабая боль при движении, в покое отсутствует; 2 балла – умеренная боль при движении, слабая в покое; 3 балла – сильная боль при движении, умеренная в покое; 4 балла – нестерпимая боль.

**Результаты:** у всех пациентов из обеих групп послеоперационный период прошёл довольно гладко. Пациенты экстубировались частично на операционном столе, частично в отделении реанимации по индивидуальным показаниям в зависимости от исходного статуса, возраста, длительности операции, кровопотери и т.д. Значимой разницы при лечении острой послеоперационной посттравматической боли у пациентов двух групп выявлено не было.

**Выводы:** сравниваемые методы анальгезии показывают свою жизнеспособность и имеют право на существование.

#### АНТАГОНИСТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ПРОБИОТИЧЕСКИХ ШТАММОВ

Червинец Ю.В., Червинец В.М., Самоукина А.М., Михайлова Е.С.

*ГОУ ВПО Тверская государственная  
медицинская академия Росздрава  
Тверь, Россия*

##### Введение

Одной из важнейших проблем современного здравоохранения является нарушение микробиоценоза желудочно-кишечного тракта (дисбактериоз), которое встречается у 70-90% населения большинства стран мира, в том числе и в России. Поэтому для профилактики и коррекции дисбактериозов крайне перспективным и экономически выгодным является создание доступных пробиотических препаратов.

**Цель:** оценить антагонистическую активность и биосовместимость перспективных для селекции потенциальных в качестве пробиотиков штаммов бифидобактерий и лактобактерий.

#### Материалы и методы

Исследовали антагонистическую активность пробиотических штаммов бифидобактерий (*Bifidobacterium bifidum* 791, *B. bifidum* 1, *B. longum* B379M, *B. longum* 2C) и лактобацилл (*Lactobacillus acidophilus* (helveticus ТШ) NK1) методом отсроченного антагонизма (Баженов Л.Г., 1997) по отношению к тест-культурам микроорганизмов: *Staphylococcus aureus* ATCC 25923, *Bacillus subtilis* 534, *E. coli* ATCC 25922, *Shigella sonnei* I фазы 941, *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 27853, *Klebsiella pneumoniae* K<sub>1</sub> 5054, *Candida albicans* ATCC 885-653. Биосовместимость бифидобактерий и лактобацилл между собой, представителями нормофлоры человека (14 музейных штаммов лактобацилл и энтерококков, выделенных из полости рта и фекалий здоровых людей) и другими пробиотическими штаммами (*Lactobacillus acidophilus*, выделенный из препарата «Линекс» (Словения), производственный штамм *L. plantarum* 8RA-3) изучали методами перпендикулярных штрихов и совместного культивирования на поверхности твердой питательной среды (по Н.А. Глушановой, 1999).

#### Результаты исследования

При определении антагонистической активности бифидобактерий и лактобацилл, была выявлена их высокая активность как по отношению грампозитивных, так и грамотрицательных микроорганизмов, особенно *B. subtilis*, *Shigella sonnei* и *Pseudomonas aeruginosa*. Однако в отношении дрожжеподобных грибов рода *Candida* испытываемые штаммы были не активны. Установлено, что исследуемые бифидобактерии и лактобациллы не оказывают антагонистического воздействия между собой. В результате определения антагонистической активности исследуемых бифидобактерий и лактобацилл по отношению к представителям нормофлоры человека и другим пробиотическим штаммам установлено отсутствие их взаимного антагонизма.

#### Выводы

Таким образом, изученные штаммы лактобацилл и бифидобактерий могут быть использованы в качестве пробиотических штаммов при создании безопасного и эффективного пробиотика.

#### МИКРОФЛОРА ПОЛОСТИ РТА ДЕТЕЙ 7-11 ЛЕТ

Червинец В.М., Гаврилова О.А., Червинец Ю.В., Самоукина А.М., Михайлова Е.С., Лебедев Д.В.

*ГОУ ВПО Тверская государственная  
медицинская академия Росздрава  
Тверь, Россия*

Изучение микрофлоры полости рта и разработка новых подходов к ее поддержанию и коррекции с целью профилактики и лечения вос-