

В то же время в литературе обсуждаются возможные патогенетические механизмы взаимосвязи изменений гастродуоденальной зоны с патологией гепатобилиарной системы.

С 2000 по 2004 гг. в ЦНИИ гастроэнтерологии было обследовано 1108 больных с ЖКБ.

Сочетание ЖКБ и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) выявлено у 195 пациентов, что составило 17,6% от всего количества обследованных больных.

Исследования показали, что соотношение мужчин и женщин в различных возрастных категориях при сочетании ЖКБ и ЯБ ДК было распределено следующим образом: от 20–29 — 1 : 5; от 30–39 — 1 : 1; от 40–49 — 1 : 2,5; от 50–59 — 1 : 3,5; от 60 и < 1 : 7. Таким образом преобладание женщин над мужчинами наиболее высоким было в возрастной категории более 60 лет.

Изучение анамнеза показало, что в 78,7% ЯБ ДК предшествовала ЖКБ (группа больных ЯБ ДК + ЖКБ), в то время как только в 21,3% первичной была выявлена ЖКБ (группа больных ЖКБ + ЯБ ДК).

В зависимости от возрастного и полового аспекта больные в группе ЯБ ДК + ЖКБ были распределены следующим образом: от 60 и выше мужчины 8% и женщины — 48,6%; от 50 до 59 — женщины — 16,8%, мужчины — 3,7%; от 40 до 49 женщины — 9,3%, мужчины — 4,7%; от 30 до 39 женщины — 1,8%, мужчины — 2,8%; от 20 до 29 — женщины — 3,7%, мужчины — 0,9%. Анализируя данные показатели в группе больных ЖКБ + ЯБ ДК можно отметить, что они мало отличаются от распространенности ЖКБ в популяции — частота ЖКБ значительно увеличивается с возрастом, особенно более 50 лет, что не является характерным для ЯБ ДК, протекающей самостоятельно.

Таким образом, исследования показали, что среди больных ЖКБ имеется достаточно большая группа пациентов пожилого и старческого возраста, сочетающаяся с ЯБДК. При этом ЖКБ значительно чаще предшествует ЯБ ДК (соотношение 4 : 1), что позволяет считать ЯБ ДК одним из факторов риска развития ЖКБ.

### **335. ЭССЕНЦИАЛЬНЫЕ ФОСФОЛИПИДЫ И ЛАКТУЛОЗА ЭФФЕКТИВНО УСТРАНЯЮТ ДИСЛИПИДЕМИЮ АТЕРОГЕННОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ В СОЧЕТАНИИ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ**

*Скрыпник И.Н., Маслова А.В., Вахненко А.В.*

Украинская медицинская стоматологическая академия, Полтава

Сочетание хронических диффузных заболеваний печени (ХДЗП) и атеросклероза требует длительного назначения гиполипидемической терапии, особенно у лиц пожилого возраста. Однако лечение статинами не всегда возможно и целесообразно ввиду их избирательного повреждающего действия на гепатоциты у больных с ХДЗП. Поэтому применение физиологических корректоров липидного обмена и гепатопротекторов является приоритетным направлением в гиполипидемической терапии.

**Цель.** Повысить эффективность лечения хронического алкогольного гепатита (ХАГ) в сочетании с дислипидемией атерогенного профиля путем включения в лечебные комплексы эссенциальных фосфолипидов (EPL) и лактулозы.

Обследовано 55 больных ХАГ мужского пола с сопутствующим атеросклерозом коронарных артерий, средний возраст  $49 \pm 4,3$  года. 1-я группа больных ( $n = 32$ ) получала EPL (эссенциале форте Н 1,8 г/сут) и лактулозу (дуфалак 20–30 мл/сут) на фоне базисной терапии, 2-я группа ( $n = 23$ ) — базисную терапию (нитраты, блокаторы, мочегонные, триметазидин). Курс лечения 6 месяцев.

У 25 (78%) больных 1-й группы через 2 недели отмечена редукция астенического синдрома, который сохранялся у 17 (73%) больных 2-й группы.

В 1-й группе к концу 3 месяца лечения значительно регрессировал воспалительно-деструктивный процесс в ткани печени: у 13 (40,6%) — снизился, у 19 (59,4%) нормализовался уровень АлАТ и АсАТ ( $p < 0,01$ ), уровень гамма-глобулинов ( $p < 0,05$ ), активность гамма-глутамилтранспептидазы снизилась в 3,8 раза ( $p < 0,01$ ), щелочной фосфатазы — в 2,5 раза ( $p < 0,01$ ).

Через 3 месяца в 1-й группе значительно улучшились показатели липидного обмена: снизился уровень общего холестерина в 1,4 раза ( $p < 0,05$ ), триглицеридов — в 1,3 раза ( $p < 0,01$ ), липопротеинов очень низкой плотности — в 1,2 раза ( $p < 0,05$ ) на фоне повышения концентрации апо-липопротеина-А в 1,2 раза ( $p < 0,05$ ).

Через 6 месяцев у всех больных нормализовали уровни триглицеридов, общего холестерина, активность АлАТ и АсАТ. В группе сравнения исследуемые показатели достоверно не изменялись. Эхоимеотическим эквивалентом улучшения/нормализации биохимических изменений явилось снижение эхоплотности ткани печени.

Длительное лечение больных с включением EPL и лактулозы приводило к полной нормализации литогенных свойств желчи, о чем судили по холато-холестероловому коэффициенту ( $9,2 \pm 0,6$  против  $7,1 \pm 0,5$  до лечения, норма  $9,2 \pm 0,6$ ;  $p < 0,05$ ) за счет снижения концентрации холестерина на фоне повышения содержания желчных кислот.

У 20 (62,5%) больных 1-й группы и 14 (60,9%) 2-й группы имел место синдром кишечного дисбиоза 1-й стадии. После лечения наблюдалась нормализация микробиоты кишечника у всех больных 1-й группы за счет включения лактулозы, которая повышает активность бактериальных деконоъюгаз в толстой кишке, снижает уровень атерогенных липопротеинов.

EPL и лактулоза — перспективный подход в лечении ХДЗП различной этиологии в сочетании с атеросклерозом коронарных артерий и дислипидемией атерогенного профиля обусловлен взаимопотенцирующим действием активных субстанций, что обеспечивает нормализацию клинико-биохимических показателей функционального состояния гепатоцитов и коррекцию липидного обмена. Комбинированная терапия EPL и лактулозой — альтернативный метод выбора для лечения больных пожилого и старческого возраста с ХДЗП и дислипидемией атерогенного профиля, а также у лиц всех возрастных групп при противопоказаниях или ограничениях к назначению статинов.