

НОВОСИБИРСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
ЦЕНТРАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА СО РАН  
ИНСТИТУТ НЕОРГАНИЧЕСКОЙ ХИМИИ СО РАН

«УТВЕРЖДАЮ»

Ректор НМА  
Д.м.н., профессор  
А.В.Ефремов

«\_\_» декабря 1999 г.



«УТВЕРЖДАЮ»

Главный врач ЦКБ СО РАН  
Заслуженный врач РФ  
Э.А.Трубицина

«\_\_» декабря 1999 г.



«УТВЕРЖДАЮ»

Директор ИНХ СО РАН  
Академик, профессор  
Ф.А.Кузнецов

«\_\_» декабря 1999 г.



ОТЧЕТ

ИССЛЕДОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ПРОБИОТИКА БИОВЕСТИН-ЛАКТО  
В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЕ  
БОЛЬНЫХ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Научный консультант —

М.И.Лосева, д.м.н., профессор,  
зав.кафедрой госпитальной терапии  
педиатрического факультета НМА

Ответственные исполнители —

Г.С.Солдатова, к.м.н., зав.терапевтическим  
отделением ЦКБ СО РАН,

Л.Д.Шкляева, зав.баклабораторией ЦКБ СО РАН

Е.В.Свитич, зав.клинико-биохимической  
лабораторией ЦКБ СО РАН

Н.Ф.Захарчук, ведущий научный сотрудник,  
к.х.н., ИНХ СО РАН,

Н.С.Борисова, инженер-технолог ИНХ СО РАН

С.П.Виноградов, научный сотрудник ЦА СО РАН

*Продлен срок ИИР  
до 21.12.99*

21.12.99

## РЕЗЮМЕ

Проведено клинико-инструментальное и микробиологическое обследование онкогематологических больных после цитостатической и лучевой терапии. У всех 100% больных доказано отклонение во внутрипросветной микрофлоре, морфологии толстой кишки даже в период клинико-гематологической ремиссии после многократных курсов лучевой и полихимиотерапии.

Для коррекции микробиоценоза толстой кишки использовался комплексный препарат «Биовестин-лакто», содержащий в своем составе представителей нормальной микрофлоры человека — 2 штамма бифидо- и 1 штамм лактобактерий в высокой концентрации. Проведено двойное слепое плацебо-контролируемое исследование.

Применение «Биовестин-лакто» в реабилитации больных онкогематологическими заболеваниями позволяет в короткие сроки улучшать нормальный баланс микрофлоры кишечника, ликвидирует клинические симптомы поражения кишечника, положительно влияет на неспецифическую реактивность организма в результате стимуляции антиоксидантной системы защиты, повышает уровень сывороточного железа и гемоглобина в крови, регулирует уровень холестерина и улучшает липидный обмен макроорганизма, улучшает качество жизни.

Ключевые слова: микробиоценоз кишечника, пробиотики, гемобластозы в фазе ремиссии, реабилитация.

## ВВЕДЕНИЕ

Нарушение качественного и количественного соотношения микрофлоры кишечника в сторону увеличения патологической и резкого уменьшения нормальной микрофлоры определяется как дисбактериоз (Красноголовец В.Н., 1969, Билибин А.Ф., 1970, Вильшанская Ф.А., Штейнберг Г.Б., 1970, Пальцев А.И., 1996 и др.).

Дисбактериоз кишечника различной степени выраженности выявляется у 90% населения России по данным РАМН (Воробьев А.А. и соавт., 1996). Он возникает от разнообразных причин: характера питания, возраста, состояния окружающей среды, при пищевой аллергии и аллергических заболеваниях, у больных, длительно получающих антибактериальную терапию, от воздействия лучевой и цитостатической терапии, при гастроэнтерологической патологии.

Дисбактериоз кишечника является синдромом, всегда вторичным состоянием, приводящим к изменению внутренней среды кишки, нарушению процессов пищеварения с повреждающим воздействием на кишечную стенку, а вслед за структурными морфологическими изменениями развиваются и функциональные, проявляющиеся синдромом нарушенного всасывания (мальабсорбцией) и нарушением моторно-эвакуаторной функции в виде запоров или поносов.

Через дисбактериоз кишечника замыкается патологический порочный круг, который необходимо разорвать, чтобы предупредить прогрессирование поражения кишечника и его функций, а также для успешного лечения основного заболевания.

В своей работе мы использовали классификацию дисбактериоза кишечника, предложенную Митрохиным С.Д. (1997).

### **Характеристика степеней тяжести дисбактериоза толстой кишки**

1 степень тяжести — увеличено или уменьшено общее количество кишечных палочек. Кишечные палочки с атипичными свойствами отсутствуют. Количество бифидобактерий и лактобацилл не изменено. Дисбактериоз латентный, кишечные дисфункции не регистрируются.

2 степень тяжести — незначительно снижено количество бифидобактерий и лактобацилл. Наблюдаются количественные и качественные (появление форм с атипичными биологическими свойствами) изменения кишечных палочек. Высеваются в незначительном количестве условно-патогенные кишечные микроорганизмы. Дисбактериоз локальный (местный), субкомпенсированный, кишечные дисфункции, как правило, не наблюдаются.

3 степень тяжести — значительно снижение количества бифидобактерий ( $10^6$ ) в сочетании со снижением количества лактобацилл и резким изменени-

ем типичных свойств кишечных палочек (значительное преобладание гемолитических, лактозонегативных форм). Увеличение количества условно-патогенных бактерий с патогенными свойствами (гемолизирующих эшерихий и дрожжеподобных грибов рода *Candida* и др.). Дисбактериоз локальный (местный), декомпенсированный, кишечные дисфункции, как правило, наблюдаются.

4 степень тяжести — резкое снижение или отсутствие бифидобактерий, значительное уменьшение количества лактобацилл, резкое уменьшение количества или отсутствие кишечных палочек с типичными свойствами, значительное возрастание количества как облигатных, так и факультативных видов (в норме не встречающихся) кишечных бактерий и дрожжеподобных грибов с патогенными свойствами. Выявляются патогенные бактерии (сальмонеллы, шигеллы, иерсинии). Дисбактериоз распространенный (с бактериемией), декомпенсированный (с угрозой генерализации инфекции, сепсиса и септикопиемии), наблюдаются выраженные кишечные дисфункции.

Цитостатическая и лучевая терапия, применяемая у больных гемобластозами в различные периоды заболевания и имеющая небольшой порог токсической и лечебной дозы, приводит к нарушениям клеточного метаболизма, эндотоксикозу, неспецифическим повреждениям со стороны различных органов и систем организма не только в период ее проведения, но и в отдаленном периоде, и, в первую очередь, гастроинтестинального тракта, печени (М.И.Лосева и соавт., 1998, 1999, Т.И.Поспелова, 1998, В.А.Остапенко, 1994 и др.).

В условиях иммунодепрессии у больных гемобластозами, усиливающейся вследствие химиолучевой терапии, происходит гибель нормальной кишечной микрофлоры, расширяется спектр потенциально-патогенных микроорганизмов. Микрофлора кишечника у этих больных претерпевает значительные нарушения, изменяется их видовой и количественный состав при массивной терапии цитостатиками, антибиотиками, после лучевой терапии (В.А.Мартынова, соавт., 1981, Т.В.Толкачева и соавт., 1981, Солдатова Г.С. и соавт., 1997). Все это усиливает повреждение гастроинтестинального тракта, что ухудшает как ближайшие, так и отдаленные результаты лечения гемобластозов, определяет степень соматической декомпенсации и требует своевременной диагностики, диктует необходимость поиска и включения в комплекс реабилитационных мероприятий препаратов, направленных на восстановление нарушенных физиологических функций.

Для восстановления микробного баланса организма при дисбактериозе кишечника давно и успешно применяются биологические микробные препараты, в состав которых входят представители нормальной микрофлоры.

Учитывая, что бифидо- и лактобактерии составляют основную часть микрофлоры кишечника, главным средством лечения и профилактики дисбактериозов является терапия бифидо- и лактосодержащими препаратами.

В настоящее время в России известно несколько лечебных препаратов на основе бифидобактерий: сухой бифидобактерин, бифидумбактерин-форте, а также комплексные: бифилонг, содержащий два вида бифидобактерий, бификол, изготавливаемый на основе бифидобактерий и кишечной палочки, линекс, в состав которого входят бифидобактерии, ацидофильная палочка и энтерококки. Все эти препараты выпускаются в сухом виде с бактериальным титром  $10^7$  КОЕ и имеют срок хранения 1 год.

Комплексные бифидосодержащие препараты по сравнению с монопрепаратами обладают более выраженным клиническим эффектом, поскольку содержат более адекватный микробиоценозу кишечника набор бифидобактерий.

Трудоемкость и высокая стоимость сухих бактериальных препаратов привела к необходимости выпуска продуктов лечебно-профилактического назначения, содержащих бифидо- и лактобактерии в жидком виде.

Жидкие бифидо- и лактосодержащие продукты имеют еще некоторые другие преимущества перед сухими: во-первых, сухие препараты имеют низкий бактериальный титр —  $10^7$  КОЕ, в то время как новый отечественный препарат биовестин-лакто имеет титр не ниже  $10^8$  КОЕ. Во-вторых, жидкие бифидосредства содержат бактерии в физиологически активном состоянии, которые способны к колонизации уже через 2 часа после попадания в организм. Лиофилизированные бактерии сухих препаратов требуют 8-10 часов для перехода от анабиоза к активному физиологическому состоянию, но к этому времени большая их часть уже элиминируется из кишечника.

Недостатком жидких заквасок на основе одной культуры бифидобактерий является факт низкой приживаемости в кишечнике бактерий этой группы при запущенном дисбактериозе (ДБ), когда после короткого периода улучшения показателей микробиоценоза патологическое состояние возвращается.

В отличие от препаратов-эубиотиков, нелиофилизированные бактерии, входящие в состав биовестин-лакто, обладают высокой жизнеспособностью и, по данным микробиологического контроля, сохраняют ее в течение 3 месяцев. «Бифилин-лакто» — комплексный препарат, содержит 2 штамма бифидобактерий: фармакопейный *B.bifidum* 791, характерный для детей первого года жизни, находящихся на грудном вскармливании, и *B.adolescentis* МС-42Б обладающий высокой антагонистической активностью в отношении условно-патогенных и патогенных микроорганизмов и устойчивостью к терапевтическим дозам наиболее распространенных антибиотиков. Поскольку при воздействии на человека и его микрофлору повреждающих факторов (радиация, стрессы, химиопрепараты, антибиотики, промышленные выбросы

и т.д.) погибают, как правило, все представители нормофлоры, в состав «Биовестин-лакто», кроме бифидобактерий входят лактобактерии. При этом

используется фармакопейный штамм, известный своими позитивными свойствами при лечении дисбиозов человека — *L. plantarum* 8РАЗ.

Целью работы явилось изучение влияния комплексного пробиотика из живых бифидо- и лактобактерий «Биовестин-лакто», производства НПО «Био-Веста» в реабилитационной программе больных гемобластозами.

**Место проведения** — Клинические испытания проводились с сентября по ноябрь 1999 г. в Центральной клинической больнице СО РАН. Тиоловые и дисульфидные группы исследованы в Институте неорганической химии СО РАН. Статистическая обработка данных проведена совместно с сотрудниками ВЦ СО РАН.

### Методика

**Структура исследования и пациенты.** Моделью для исследования методом случайной выборки взяты 2 группы пациентов с онкогематологическими заболеваниями (гемобластозами) — лимфогранулематозом (ЛГМ), лимфосаркомами (неходжкинскими лимфомами (НХЛ)), острым лейкозом (ОЛ), находящиеся в фазе стойкой клинико-гематологической ремиссии не моложе 18 лет и не старше 65. Все больные в предшествующем периоде получали программную цитостатическую терапию, а при ЛГМ и НХЛ и лучевую терапию по поводу основного заболевания.

Всего в обследование были включены 50 пациентов, которые были разделены на 2 группы. Первую группу составили 30 больных, получавших «Биовестин-лакто» утром и вечером за 30 мин до еды в дозе 3 мл 2 раза в сутки сроком 21 день. Вторую группу составили 20 больных, получавших плацебо без бифидо- и лактобактерий, представляющего восстановленное обезжиренное молоко, подвергнутое автоклавированию в той же дозе, что и в первой группе.

Клинико-лабораторное и микробиологическое обследование проводили до начала и по окончании курса терапии через  $8 \pm 2$  дня. Клиническое испытание «Биовестин-лакто» проводили двойным слепым методом.

Критериями исключения из исследования были: абсолютное количество нейтрофилов менее  $2.0 \times 10^9$  г/л, уровень гемоглобина ниже 70 или 60 г/л для мужчин и женщин, соответственно, уровень аминотрансфераз более чем в три раза превышает верхнюю границу нормы; уровень общего билирубина в 3.5 раза превышает верхнюю границу нормы; уровень щелочной фосфатазы более чем в 3.5 раза превышает верхнюю границу нормы.

### Задачи исследования

Изучить влияние комплексного пробиотика «Биовестин-лакто»:

- на клинические проявления поражения гастроинтестинального тракта у больных онкогематологической патологией в фазе ремиссии в отдаленном периоде химиолучевой терапии;
- на общие клинические показатели крови (Er, Hb, цветовой показатель, лейкоцитарную формулу, СОЭ);
- на функциональное состояние печени с оценкой некоторых биохимических показателей крови;
- на неспецифическую резистентность организма (HS-группы, SS-группы, тиол-дисульфидное соотношение — ТДС);
- на состояние просветной микрофлоры толстой кишки;
- на копрограмму;
- на качество жизни.

**Лабораторные исследования.** Исходное обследование включало полный функциональный осмотр и клиническое обследование. У больных брали кровь для выполнения клинических и биохимических лабораторных анализов, определения тиол-дисульфидного состояния. Лабораторные анализы выполнялись в начале, когда оценивалось исходное состояние и после завершения исследования.

Лабораторные анализы включали: общий анализ крови, биохимические показатели — общий белок, общий билирубин, щелочную фосфатазу, аспараттрансаминазу (АсТ), аланинтрансаминазу (АлТ), общий холестерин,  $\alpha$ -холестерин, триглицериды, концентрацию молекул средней массы, определяемых на длинах волн 254 и 280 нм, сывороточное железо, изучался видовой и количественный состав микрофлоры толстой кишки, оценивалась копрограмма. Исследование микробиоценоза кишечника проводилось в соответствии с общепринятой бактериологической методикой, разработанной Р.В.Эпштейн-Литвак и Ф.Л.Вильшанской. Кроме того, дополнительно к методике в качестве обязательного условия проведения анализ из серий разведений проводились посевы на среду Калины для учета энтерококков, на среду Вильсон-Блера для выявления клостридий и на среду Бликфельдта для обнаружения лактобактерий. Оценивались полученные данные при сопоставлении их с показателями состава микрофлоры в 1 грамме фекалий здоровых людей (А.З.Смолянская, Л.П.Марко, 1982). Микрофлора кишечника оценивалась не ранее, чем через неделю после завершения лечения.

Клинические показатели включали астенический синдром, болевой абдоминальный синдром, дисфункцию кишечника.

У больных выполнено эндоскопическое исследование желудка и кишечника с эндоскопической и морфологической оценкой состояния слизистой.

Всем больным проведено исследование кислотопродуцирующей функции желудка (КОФ), изучалось наличие пилорического хеликобактера.

Поддерживалась еженедельная связь по телефону для оценки переносимости препарата. При каждом визите проводилось заполнение оценки жалоб и оценка качества жизни по опроснику EQRTC QLQ CORE 30, клиническое обследование.

**Основные показатели результативности.** В конце лечения проводили оценку эффективности и переносимости препарата. Эффективность проводимого лечения оценивалась по динамике клинического статуса, результатам лабораторных исследований, улучшению процессов антиоксидантной защиты, улучшению показателей микрофлоры толстой кишки, копрограммы, улучшению качества жизни больных.

Обработка данных исследования проводилась с использованием статического пакета SPSS 7.5. Для сравнения средних значений данных анализов исследуемых групп использовался непараметрический аналог t-критерия для независимых выборок — критерий Манна-Уитни. Для анализа лабораторных данных в исследуемых группах использовался критерий для связанных выборок — критерий Вилкоксона.

## Результаты

**Характеристика пациентов, участников испытания.** Все 50 пациентов, включенных в исследование, завершили это исследование.

По нозологическим группам и по полу больные, участвовавшие в клиническом исследовании, представлены в табл. 1.1.

Таблица 1.1

Структура обследуемых групп больных гемобластозами в фазе клинико-гематологической ремиссии по нозологии и полу

Исследуемая группа и препарат	Гематологический диагноз	Пол				Всего	%
		мужчины		женщины			
		n	%	n	%		
Группа 1 Биовестин- Лакто	Болезнь Ходжкина (ЛГМ)	4	21,1	15	78,9	19	63,3
	Неходжкинская лимфома	2	25,0	6	75,0	8	26,7
	Острый лейкоз	2	66,7	1	33,3	3	10,0
	Итого	8	26,7	22	73,3	30	100,0
Группа 2 Плацебо	Болезнь Ходжкина (ЛГМ)	6	42,9	8	57,1	14	70,0
	Неходжкинская лимфома	1	25,0	3	75,0	4	20,0
	Острый лейкоз			2	100,0	2	10,0
	Итого	7	35,0	13	65,0	20	100,0

Granal.xls/r1



В обеих исследуемых группах преобладали больные лимфогранулематозом в фазе клинико-гематологической ремиссии. Преимущественно это были женщины.

Распределение больных по группам и среднему возрасту представлено в табл. 1.2.

Таблица 1.2  
Средний возраст больных в исследуемых группах

Исследуемые группы	Ср.зн.	Ср.кв.откл.	Мин.	Макс.	N
Группа 1	42,1	12,8	20	64	30
Группа 2	39,5	16,6	21	65	20
По всем группам	41,0	14,3	20	65	50

Granal.xls/Дт2

Средний возраст исследуемых составил  $41 \pm 14,3$  года. В I группе больных, получавших «биовестин-лакто» он был равен  $42,1 \pm 12,8$ , во 2-й группе, где больные получали обезжиренное молоко без микробной флоры (плацебо), средний возраст равен  $39,5 \pm 16,6$  лет.

Из таблицы 1.3 следует, что среди больных основной исследуемой группы преобладали пациенты в возрасте 41-60 лет, во 2-й группе больных, получавших плацебо, преобладали пациенты в возрасте 21-20 лет. В целом в общих группах это были лица молодого возраста до 50 лет.

Таблица 1.3  
Распределение больных гемобластозами по возрасту

Исследуемые группы и препарат	Гематологический диагноз	Возраст												Всего n
		до 20		21-30		31-40		41-50		51-60		>60		
		n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	
Биовестин-лакто (Группа 1)	Болезнь Ходжкина (ЛГМ)	2	10,5	4	21,1	3	15,8	9	47,4			1	5,3	19
	Неходжкинская лимфома					2	25,0	1	12,5	4	50,0	1	12,5	8
	Острый лейкоз			1	33,3					2	66,7			3
	Итого	2	6,7	5	16,7	5	16,7	10	33,3	6	20,0	2	6,7	30
Плацебо (Группа 2)	Болезнь Ходжкина (ЛГМ)			7	50,0	1	7,1	2	14,3	3	21,4	1	7,1	14
	Неходжкинская лимфома			1	25,0			1	25,0	1	25,0	1	25,0	4
	Острый лейкоз			1	50,0							1	50,0	2
	Итого			9	45,0	1	5,0	3	15,0	4	20,0	3	15,0	20

Granal.xls/т3

Обе исследуемые группы не отличались по интенсивности воздействия повреждающих факторов, полученных больными ранее, до начала терапии «Биовестином-лакто». В группе 1, получавшей биовестин-лакто, среднее

число курсов полихимиотерапии (ПХТ) составило  $10.7 \pm 2.1$ , а в группе 2, получавшей плацебо —  $10.1 \pm 2$  (табл. 1.4).

Таблица 1.4

Распределение больных по числу курсов ПХТ

Группы исследуемых	Гематологический диагноз	Ср.значение	n	Ср.квадр.отклонение	Ошибка среднего	Мин.	Макс.
Группа 1 Биовестин-Лакто	Болезнь Ходжкина (ЛГМ)	9,7	18	9,0	2,1	4	44
	Неходжкинская лимфома	7,5	6	2,2	0,9	5	11
	Острый лейкоз	23,0	3	22,9	13,2	6	49
	Итого	10,7	27	10,7	2,1	4	49
Группа 2 Плацебо	Болезнь Ходжкина (ЛГМ)	8,9	14	4,4	1,2	3	22
	Неходжкинская лимфома	7,8	4	3,6	1,8	5	13
	Острый лейкоз	23,5	2	29,0	20,5	3	44
	Итого	10,1	20	9,0	2,0	3	44

Granal.xls/t14

Средняя доза облучения на брюшную полость (зону ниже диафрагмы) у этих больных составила  $68.8 \pm 12.4$  Гр. в первой группе и  $58.9 \pm 12.5$  Гр в группе сравнения (табл. 1.5).

Таблица 1.5

Распределение больных по дозе ТГТ(Гр) ниже диафрагмы

Группы исследуемых	Диагноз	Ср.значение	n	Ср.квадр.отклонение	Ошибка среднего	Мин.	Макс.
Группа 1	Болезнь Ходжкина (ЛГМ)	68,8	8	35,1	12,4	40	120
	Неходжкинская лимфома	0,0	0	0,0	0,0	0	0
Биовестин-Лакто	Острый лейкоз	0,0	0	0,0	0,0	0	0
	Итого	68,8	8	35,1	12,4	40	120
Группа 2	Болезнь Ходжкина (ЛГМ)	51,7	7	37,5	14,2	4	120
	Неходжкинская лимфома	75,7	3	47,1	27,2	25	118
Плацебо	Острый лейкоз	0,0	0	0,0	0,0	0	0
	Итого	58,9	10	39,5	12,5	4	120

Granal.xls/t15

Средние сроки, прошедшие от воздействия химиолучевой терапии представлены в таблице 1.6, из которой следует, что больные 1-й группы получали химиолучевую терапию  $45.2 \pm 4.5$  месяцев назад, а в группе плацебо  $56.4 \pm 8.1$  месяцев назад до начала терапии пробиотиком «Биовестин-лакто».

Таблица 1.6

Распределение больных по срокам, прошедшим от окончания воздействия последнего повреждающего фактора (химиолучевой терапии (мес)

Лекарств. Средство	Диагноз	Ср.значение	n	Ср.квадр. Отклонение	Ошибка среднего	Мин.	Макс.
Группа 1 Биовестин- Лакто	Болезнь Ходжкина (ЛГМ)	48,5	17	24,2	5,9	2	88
	Неходжкинская лимфома	35,8	6	23,1	9,4	3	63
	Острый лейкоз	45,7	3	12,9	7,4	31	55
	Итого	45,2	26	22,9	4,5	2	88
Группа 2 Плацебо	Болезнь Ходжкина (ЛГМ)	52,5	13	35,2	9,8	3	114
	Неходжкинская лимфома	45,8	4	28,1	14,0	10	74
	Острый лейкоз	103,0	2	4,2	3,0	100	106
	Итого	56,4	19	35,2	8,1	3	114

Granal.xls/t13

Средняя продолжительность ремиссии гематологического заболевания составляла  $67.5 \pm 10$  месяцев, в первой группе и  $63.3 \pm 9$  месяцев — во второй (табл. 1.7).

Таблица 1.7

Распределение больных по продолжительности гематологической ремиссии (мес).

Исследуемые группы	Диагноз	Ср.значение	n	Ср.квадр. Отклонение	Ошибка среднего	Мин.	Макс.
Группа 1 Биовестин- лакто	Болезнь Ходжкина (ЛГМ)	73,8	19	64,9	14,9	2	245
	Неходжкинская лимфома	57,4	8	33,7	11,9	20	118
	Острый лейкоз	54,7	3	15,5	9,0	39	70
	Итого	67,5	30	54,6	10,0	2	245
Группа 2 Плацебо	Болезнь Ходжкина (ЛГМ)	59,5	14	43,9	11,7	10	172
	Неходжкинская лимфома	58,5	4	30,4	15,2	13	77
	Острый лейкоз	101,5	2	6,4	4,5	97	106
	Итого	63,5	20	40,5	9,0	10	172

Granal.xls/t16

При углубленном клинико-инструментальном исследовании у одного больного диагностировано в среднем  $11.8 \pm 0.6$  болезней и в группе контроля  $11.4 \pm 0.6$  болезней (табл. 1.8).

Таблица 1.8

Распределение больных по числу выявленных заболеваний у одного больного

Исследуемые группы	Диагноз	Ср.значение	n	Ср.квадр. Отклонение	Ошибка среднего	Мин.	Макс.
Группа 1	Болезнь Ходжкина (ЛГМ)	12,4	19	2,8	0,7	7	18
	Неходжкинская лимфома	10,4	8	4,6	1,6	3	16
Биовестин-лакто	Острый лейкоз	12,0	3	1,0	0,6	11	13
	Итого	11,8	30	3,3	0,6	3	18
Группа 2	Болезнь Ходжкина (ЛГМ)	11,1	14	2,8	0,7	6	16
	Неходжкинская лимфома	11,0	4	2,2	1,1	9	14
Плацебо	Острый лейкоз	13,5	2	0,7	0,5	13	14
	Итого	11,4	20	2,6	0,6	6	16

Granal.xls/t17

Анализ детального клинико-инструментального и лабораторного обследования лиц с гемобластомами показал наличие у них поражение всех органов и систем организма.

В таблицах 1.9 и 1.10 представлены структура и частота встречаемости поражения внутренних органов у исследуемых групп больных. Наиболее часто встречаемая патология в обеих группах — поражение гастроинтестинального тракта. Удельный вес его составил 28,5% в 1-й группе и 27,6% во 2-й группе исследуемых (табл. 1.10). Хронический гастрит выявлен у 27 (90%) обследуемых 1-й группы и у 19 (95%) обследуемых 2-й группы; хронический неязвенный колит имелся у 23 (76,7%) 1-й и у 15 (75%) 2-й групп соответственно; дисбактериоз - у 100% пациентов обеих групп; язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки у 4 (13,3%), язвенная болезнь желудка у 2 (6,7%) пациентов 1-й группы и у 1 (5%) пациентов 2-й группы; хронический панкреатит - у 3 (10%) пациентов 1-й группы и у 1 (5%) пациентов 2-й группы (табл. 1.9).

На втором месте находились заболевания печени и желчевыводящих путей - удельный вес составил 15,2% в 1-й группе и 15,6% у 2-й группы исследуемых (табл. 1.10). Хронические лекарственно индуцированные гепатиты диагностированы у 26 (86,7%) 1-й и у 14 (70%) 2-й группы обследуемых; хронический холецистит у 7 (23,3%) пациентов 1-й и у 10 (50%) пациентов 2-й группы; дискинезии желчевыводящих путей у 14 (46,7%) в 1-й группе и у 12 (60%) пациентов 2-й группы; желчно-каменная болезнь у 4 (13,3%) обследуемых 1-й группы и у 1 (5%) 2-й; вирусный гепатит выявлен у 4 (13,3%) пациентов 1-й группы и не выявлен у 2-й группы обследуемых.

Третье место в частоте встречаемости занимали заболевания нервной системы, удельный вес составил 12% в 1-й и 14% у пациентов 2-й группы (табл. 1.10). Энцефалопатия и астено-неврастенический синдром выявлен у 12 (40%) больных 1-й группы, у 10 (50%) больных 2-й группы; энцефалополлинейропатия выявлена у 8 (26,7%) больных 1-й группы и у 5 (25%) 2-й

группы обследованных; остеохондроз позвоночника у 7 (23,3%) в 1-й группе и у 6 (30%) больных во 2-й группе (табл.1.9).

Таблица 1.9

Количество больных с поражением внутренних органов у больных ГМБ в отдаленном периоде клинико-гематологической ремиссии

	Поражаемые системы и выявленные заболевания (структура заболеваний)	Группа 1 (n=30)		Группа 2 (n=20)	
		количество больных		Количество больных	
		абс	%%	абс	%%
1	Гастроинтестинальный тракт	30	100.0	20	100
	– грыжа пищеводного отверстия диафрагмы	3	10.0	3	15
	– хронический гастрит	27	90.0	19	95
	– язвенная болезнь желудка	2	6.7	1	5.0
	– язвенная болезнь 12-п.кишки	4	13.3	1	5.0
	– хронический панкреатит	3	10.0	1	5.0
	– СРК			1	5.0
	– хронический неязвенный колит	23	76.7	15	75.0
	– дисбактериоз	26	86.7	20	100
	– полип кишечника	3	10.0		
– Гастроинтестинальный тракт: прочие	11	36.7	7	35.0	
2	Печень и желчевыводящие пути	29	96.7	18	90.0
	– дискинезии	13	43.3	12	60
	– хронический холецистит	6	20.0	10	50.0
	– желчнокаменная болезнь	4	13.3	1	5.0
	– хронический гепатит	26	86.7	14	70.0
	– вирусный гепатит	4	13.3		
– Печень и желчевыводящие пути: прочие	2	6.7	1	35.0	
3	Бронхолегочная система	3	10.0	7	35.0
	– хронический бронхит	2	6.7	6	30.0
	– Бронхолегочная система: прочие	2	6.7	2	10.0
4	Сердечно-сосудистая система	26	86.7	20	100.0
	– миокардиострофия	20	66.7	14	70.0
	– эндомикардиальный фиброз	7	23.3	2	10.0
	– перикардит			1	5.0
	– ИБС			3	15.0
	– синдром артериальной гипертензии	2	6.7	1	5.0
	– гипертоническая болезнь	3	10.0	1	5.0
	– Сердечно-сосудистая система: прочие	10	33.3	9	45.0
5	Мочевыводящая система	11	36.7	3	15.0
	– хронический пиелонефрит	5	16.7	3	15.0
	– мочекаменная болезнь	1	3.3		
	– Мочевыводящая система: прочие	8	26.7	2	10.0
6	Поражения нервной системы	24	80.0	18	90.0
	– энцефалопатия	12	40.0	10	50.0
	– энцефалополлинейропатия	8	26.7	5	25.0
	– астено-неврастенический синдром	12	40.0	9	45.0
	– остеохондроз	7	23.3	6	30.0
	– Поражения нервной системы: прочие	6	20.0	6	30.0
	– диффузный нетоксический зоб	4	13.3	2	10.0

Продолжение Таблицы 1.9

		Группа 1 (n=30)	Группа 2 (n=20)
--	--	-----------------	-----------------

	Поражаемые системы и выявленные заболевания (структура заболеваний)	количество больных		Количество больных	
		абс	%%	абс	%%
7	Эндокринная система	20	66.7	13	65.0
	– нарушение толерантности к глюкозе	16	53.3	12	60.0
	– узловой нетоксический зоб	2	6.7		
	– тиреоидит	1	3.3	2	10.0
	– киста щитовидной железы	3	10.0	1	5.0
	– Эндокринная система: прочие	4	13.3		
8	Паразитарные инфекции	1	3.3	1	5.0
	– лямблиоз	1	3.3	1	5.0
9	Инфекции лор-органов	5	16.7	2	10.0
	– хронический тонзиллит	1	3.3	1	5.0
	– Инфекции лор-органов: прочие	4	13.3	1	5.0
10	Аллергические заболевания	7	23.3	4	20.0
	– аллергия пищевая	1	3.3		
	– аллергия лекарственная	6	20.0	4	20.0
11	Иммунодефицит	19	63.3	10	50.0
	– Иммунодефицит	19	63.3	10	50.0
12	Болезни крови	3	10.0	1	5.0
	– анемия	3	10.0	1	5.0
12	Мужская половая сфера			4	57.1
	– снижение потенции			4	57.1
13	Женская половая сфера	18	81.8	10	76.9
	– хронический аднексит	2	9.1	1	7.7
	– снижение либидо			7	53.8
	– Женская половая сфера: прочие	20	90.9	7	53.8
14	Прочие болезни	3	10.0	4	20.0
	– Прочие болезни: прочие	4	13.3	4	20.0
	Всего больных в группе:	30		20	
	Женщин	22		13	
	Мужчин	8		7	

Частота встречаемости патологии сердечно-сосудистой системы среди других заболеваний составила 11,2% у пациентов 1-й и 12,8% пациентов 2-й группы (табл.1.10). Миокардиодистрофия диагностирована у 20 (66,7%) пациентов 1-й и у 14 (70%) пациентов 2-й группы. У 7 (23,3%) обследуемых 1-й группы и у 2 (10%) 2-й группы диагностирован эндомиокардиальный фиброз. Синдром артериальной гипертензии имел место у 2 (6,7%) больных 1-й группы и у 1 (5%) второй группы обследуемых; у 3 (10%) больных 1-й и у 1 (5%) больных 2-й группы выявлена гипертоническая болезнь I—II стадии; а у 3 (15%) больных 2-й группы диагностирована ИБС с явлениями стенокардии напряжения функциональный класс I—II (табл. 1.9).

Удельный вес бронхолегочной патологии составил 1,1% у пациентов 1-й группы и 3,3% у 2-й группы (табл. 1.10). Число больных, у которых диагностирован хронический бронхит было 2 (6,7%) в 1-й и 6 (30%) больных во 2-й группе (табл. 1.9).

Удельный вес патологии мочевыводящей системы составил 3,7% в первой и 2,1% во второй группе (табл. 1.10). Хронический пиелонефрит был диагностирован у 5 (16,7%) пациентов 1-й и у 3 (15%) пациентов 2-й группы; у 1

(3,3%) пациента 1-й группы выявлена мочекаменная болезнь (табл.1.9).

Удельный вес заболеваний женской половой сферы и снижение либидо составили 9,3% у 1-й и 6,2 у 2-й исследуемой группы. Нарушения менструального цикла имели место у 20 (90,9%) женщин 1-й и у 7 (53,8%) женщин 2-й группы, хронический аднексит — 2 (9,1%) в 1-й и 1 (7,7%) во 2-й группе. На снижение потенции жаловались 2 (25%) мужчин 1-й и 4 (57,1%) мужчин 2-й группы (табл. 1.9).

В структуре выявленной патологии частота поражения эндокринной системы составила 8% в 1-й и 7% во 2-й обследуемой группе (табл. 1.10). Нарушение толерантности к глюкозе имело место у 16 (53,3%) пациентов 1-й группы и у 12 (60%) пациентов 2-й группы; диффузный нетоксический зоб диагностирован у 4 (13,3%) пациентов в 1-й и у 2 (10%) пациентов 2-й группы; узловой нетоксический зоб диагностирован у 2 (6,7%) пациентов 1-й группы; тиреоидит у 1 (3,3%) пациента 1-й и у 2 (10%) пациентов 2-й группы; кисты щитовидной железы выявлены у 3 (10%) пациентов 1-й и у 1 (5%) пациента 2-й группы (табл. 1.9).

По 1 человеку в каждой группе в прошлом лечились по поводу лямблиоза. Аллергические заболевания выявлены у 5 (16,7%) больных 1-й и у 4 (20%) больных 2-й группы.

Нарушения в иммунологическом статусе выявлены у 19(63,3%) больных 1-й и у 10 (50%) больных 2-й группы (табл. 1.9).

Анемический синдром легкой степени тяжести выявлен у 3 (10%) больных 1-й группы и у 1 (5%) больного 2-й группы.

Таблица 1.10

Частота встречаемости поражения внутренних органов в исследуемых группах

	Поражаемые системы и выявленные заболевания	Группа 1 (n=30)		Группа 2 (n=20)	
		кол-во выявленных заболеваний	удельный вес	кол-во выявленных заболеваний	Удельный вес
1	Гастроинтестинальный тракт, в том числе:	107	28.5	67	27.6
	- грыжа пищеводного отверстия диафрагмы	3	0.8	3	1.2
	- хронический гастрит	27	7.2	19	7.8
	- язвенная болезнь желудка	2	0.5	1	0.4
	- язвенная болезнь 12-п. кишки	4	1.1		
	- хронический панкреатит	3	0.8	1	0.4
	- СРК			1	0.4
	- хронический неязвенный колит	23	6.1	15	6.2
	- дисбактериоз	30	8.0	20	8.2
	- полип кишечника	4	1.1		
	- Гастроинтестинальный тракт: прочие	11	2.9	7	2.9
2	Печень и желчевыводящие пути, в том числе:	57	15.2	38	15.6
	- дискинезии	14	3.7	12	4.9
	- хронический холецистит	7	1.9	10	4.1
	- желчнокаменная болезнь	4	1.1	1	0.4
	- хронический гепатит	26	6.9	14	5.8

Продолжение Таблицы 1.10

	Поражаемые системы и выявленные	Группа 1 (n=30)	Группа 2 (n=20)
--	---------------------------------	-----------------	-----------------



	заболевания	кол-во выявленных заболеваний	удельный вес	кол-во выявленных заболеваний	Удельный вес
	- вирусный гепатит	4	1.1		
	- Печень и желчевыводящие пути: прочие	2	0.5	1	0.4
3	Бронхолегочная система, в том числе:	4	1.1	8	3.3
	- хронический бронхит	2	0.5	6	2.5
	- Бронхолегочная система: прочие	2	0.5	2	0.8
4	Сердечно-сосудистая система, в том числе:	42	11.2	31	12.8
	- миокардиострофия	20	5.3	14	5.8
	- эндомиокардиальный фиброз	7	1.9	2	0.8
	- перикардит			1	0.4
	- ИБС			3	1.2
	- синдром артериальной гипертензии	2	0.5	1	0.4
	- гипертоническая болезнь	3	0.8	1	0.4
	- Сердечно-сосудистая система: прочие	10	2.7	9	3.7
5	Мочевыводящая система, в том числе:	14	3.7	5	2.1
	- хронический пиелонефрит	5	1.3	3	1.2
	- мочекаменная болезнь	1	0.3		
	- Мочевыводящая система: прочие	8	2.1	2	0.8
6	Поражения нервной системы, в том числе:	45	12.0	36	14.8
	- энцефалопатия	12	3.2	10	4.1
	- энцефалополлинейропатия	8	2.1	5	2.1
	- астено-неврастенический синдром	12	3.2	9	3.7
	- остеохондроз	7	1.9	6	2.5
	- Поражения нервной системы: прочие	6	1.6	6	2.5
7	Эндокринная система, в том числе:	30	8.0	17	7.0
	- нарушения толерантности к глюкозе	16	4.3	12	4.9
	- диффузный нетоксический зоб	4	1.1	2	0.8
	- узловой нетоксический зоб	2	0.5		
	- тиреоидит	1	0.3	2	0.8
	- киста щитовидной железы	3	0.8	1	0.4
	- Эндокринная система: прочие	4	1.1		
8	Паразитарные инфекции, в том числе:	1	0.3	1	0.4
	- лямблиоз	1	0.3	1	0.4
9	Инфекции лор-органов, в том числе:	5	1.3	2	0.8
	- хронический тонзиллит	1	0.3	1	0.4
	- Инфекции лор-органов: прочие	4	1.1	1	0.4
10	Аллергические заболевания, в том числе:	7	1.9	4	1.6
	- аллергия пищевая	1	0.3		
	- аллергия лекарственная	6	1.6	4	1.6
11	Иммунодефицит, в том числе:	19	5.1	10	4.1
	- Иммунодефицит	19	5.1	10	4.1
12	Болезни крови, в том числе:	3	0.8	1	0.4
	- анемия	3	0.8	1	0.4
13	Мужская половая сфера, в том числе:	2	0.5	4	1.6
	- снижение потенции	2	0.5	4	1.6
14	Женская половая сфера, в том числе:	35	9.3	15	6.2
	- хронический аднексит	2	0.5	1	0.4
	- снижение либидо	13	3.5	7	2.9
	- Женская половая сфера: прочие	20	5.3	7	2.9
15	Прочие болезни	4	1.1	4	1.6
	- Прочие болезни: прочие	4	1.1	4	1.6
	<b>Всего</b>	<b>375</b>		<b>243</b>	

Таким образом, в группе больных гемобластозами даже в фазе клинико-гематологической ремиссии высока частота общесоматической патологии, что может играть определенную роль в развитии рецидива основного заболевания, ухудшать качество жизни и отдаленный прогноз гематологического заболевания, что требует комплексных подходов к коррекции выявленных изменений.

Из общего числа обследованных профессиональные вредности имели 21 (70%) человек 1-й группы и 9 (45%) человек 2-й группы. Структура профессиональной вредности представлена в табл. 1.11.

Наибольшее число больных обеих групп 12 (24%) в качестве фактора риска развития гемобластоза имели службу в ракетных войсках и радиацию, на втором месте в обеих группах суммарно был контакт с химическими реактивами у 9 (16%) человек.

Таблица 1.11

Частота и структура профессиональной вредности у больных гемобластозами

Характер профессиональной вредности	Биовестин-лакто (n=30)						Плацебо (n=20)					
	Болезнь Ходжкина (n=19)		Неходжкинские лимфомы (n=8)		Итого (n=30)		Болезнь Ходжкина (n=14)		Неходжкинские лимфомы (n=4)		Итого (n=20)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Химические факторы	3	15.8	3	37.5	6	20.0	2	14.3	1	25.0	3	15.0
Тяжелые металлы	2	10.5	1	12.5	3	10.0						
Пылевой фактор			2	25.0	2	6.7	1	7.1			1	5.0
СВЧ-излучение	2	10.5			2	6.7	1	7.1			1	5.0
Радиация	4	21.1	1	12.5	5	16.7	3	21.4			3	15.0
Служба в ракетных войсках (мужчины)	3	75.0			3	10.9	1	16.7			1	5.0
Всего					21	70.3					9	45

При оценке социального статуса (табл. 1.12) выяснено, что большинство больных в обеих группах не работает по разным причинам — 17 (56,7%) человек 1-й группы и 12 (60%) больных 2-й группы, поэтому они могли регулярно выполнять рекомендации врача по лечению.

Таблица 1.12

Распределение больных по социальной принадлежности

Исследуемые группы	Гематологический диагноз	Социальный статус				Всего
		Не работает	Работает	Работает и учится	Учится	

		n	%	n	%	N	%	N	%	n
Группа 1 Биовестин- лакто	Болезнь Ходжкина (ЛГМ)	9	47.4	8	42.1			2	10.5	19
	Неходжкинская лимфома	6	75.0	2	25.0					8
	Острый лейкоз	2	66.7	1	33.3					3
	Итого	17	56.7	11	36.7			2	6.7	30
Группа 2 Плацебо	Болезнь Ходжкина (ЛГМ)	6	42.9	6	42.9	1	7.1	1	7.1	14
	Неходжкинская лимфома	4	100.0							4
	Острый лейкоз	2	100.0							2
	Итого	12	60.0	6	30.0	1	5.0	1	5.0	20

Granal.xls/t8

Большинство больных - 21 (70%) 1-й и 12 (60%) - 2-й группы имели инвалидность, преимущественно 2-й группы (Табл. 1.13).

Таблица 1.13

Распределение больных по наличию инвалидности

Исследуемые группы	Гематологический диагноз	Инвалидность						
		нет		2 группа		3 группа		Всего
		n	%	n	%	n	%	
Группа 1 Биовестин-лакто	Болезнь Ходжкина (ЛГМ)	7	36.8	11	57.9	1	5.3	19
	Неходжкинская лимфома	2	25.0	6	75.0			8
	Острый лейкоз			3	100.0			3
	Итого	9	30.0	20	66.7	1	3.3	30
Группа 2 Плацебо	Болезнь Ходжкина (ЛГМ)	8	57.1	6	42.9			14
	Неходжкинская лимфома			4	100.0			4
	Острый лейкоз			2	100.0			2
	Итого	8	40.0	12	60.0			20

В то же время при самооценке трудоспособности не способными к труду считали себя 20 (66,7%) больных 1-й и 9 (45%) больных 2-й группы. (Табл. 1.14)

Таблица 1.14

## Распределение больных по самооценке трудоспособности

Исследуемые группы	Гематологический диагноз	Считает себя трудоспособным				
		Нет		да		Всего
		n	%	N	%	
Группа 1 Биовестин-лакто	Болезнь Ходжкина (ЛГМ)	11	57.9	8	42.1	19
	Неходжкинская лимфома	7	87.5	1	12.5	8
	Острый лейкоз	2	66.7	1	33.3	3
	Итого	20	66.7	10	33.3	30
Группа 2 Плацебо	Болезнь Ходжкина (ЛГМ)	4	28.6	10	71.4	14
	Неходжкинская лимфома	3	75.0	1	25.0	4
	Острый лейкоз	2	100.0			2
	Итого	9	45.0	11	55.0	20

Таблица 1.15

## Распределение больных по пенсионной принадлежности в связи с возрастом и стажем работы

Исследуемые группы	Гематологический диагноз	На пенсии				
		Нет		Да		Всего
		n	%	N	%	
Группа 1 Биовестин-лакто	Болезнь Ходжкина (ЛГМ)	18	94.7	1	5.3	19
	Неходжкинская лимфома	6	75.0	2	25.0	8
	Острый лейкоз	3	100.0			3
	Итого	27	90.0	3	10.0	30
Группа 2	Болезнь Ходжкина (ЛГМ)	13	92.9	1	7.1	14
	Неходжкинская лимфома	3	75.0	1	25.0	4
Плацебо	Острый лейкоз	1	50.0	1	50.0	2
	Итого	17	85.0	3	15.0	20

Анализ семейного положения свидетельствовал о том, что почти половина больных детородного возраста не состоит в браке (табл. 1.16).

Таблица 1.16

## Распределение больных по семейному положению

Исследуемые группы	Гематологический диагноз	Состоит в браке				Всего
		нет		да		
		n	%	N	%	
Группа 1 Биовестин-лакто	Болезнь Ходжкина (ЛГМ)	9	47.4	10	52.6	19
	Неходжкинская лимфома	2	25.0	6	75.0	8
	Острый лейкоз	1	33.3	2	66.7	3
	Итого	12	40.0	18	60.0	30
Группа 2	Болезнь Ходжкина (ЛГМ)	7	50.0	7	50.0	14
	Неходжкинская лимфома	1	25.0	3	75.0	4
Плацебо	Острый лейкоз	1	50.0	1	50.0	2
	Итого	9	45.0	11	55.0	20

Для оценки влияния кислотообразующей функции желудка, хеликобактерной инфекции, морфологии гастроинтестинального тракта (желудка, кишечника) проведена внутрижелудочная рН-метрия трехканальными зондом с измерением рН в антральном отделе, теле и кардии желудка. Наличие *Helicobacter pylori* (H.p.) в слизистой желудка оценивалось по быстрому уреазному тесту, выполнена эндоскопия желудка, 12-перстной и толстой кишок, биопсия слизистой оболочки прямой и ободочной кишок.

Данные с оценкой кислотообразующей функции желудка во всех исследуемых группах представлены в таблице 1.17.

Таблица 1.17

Кислотообразующая функция желудка у больных исследуемых групп

Кислотообразующая функция желудка	Группа 1		Группа 2		Итого	
	N	%	N	%	N	%
Гиперацидность	4	15.4	3	18.8	7	16.7
Нормаацидность	6	23.1	2	12.5	8	19.0
Гипоацидность	12	46.2	7	43.8	19	45.0
Анацидность	4	15.4	4	25.0	8	19.0
Всего	26	100.0	16	100.0	42	100.0

В обеих исследуемых группах преобладали гипоацидность у 12 (46,2%) больных 1-й группы, у 7 (43.8%) больных 2-й группы, нормаацидность выявлена у 6 (23.1%) больных 1-й, у 2 (12,5%) больных 2-й группы, анацидное состояние определено у 4 (15,4%) больных 1-й группы и у 4 (25%) больных 2-й группы, гиперацидность диагностирована у 4 (15,4%) больных 1-й группы и у 3 (18,8%) больных второй группы.

Преобладание гипо- и анацидного состояния у пациентов исследуемых групп может отрицательно влиять на степень тяжести дисбактериоза у исследуемых групп больных, а гиперацидность - на эффективность терапии пробиотиками, поскольку кислое желудочное содержимое может на 1-2 порядка снижать бактериальный титр пробиотика.

Таблица 1.18

Распространенность Hр в исследованных группах

Hр	Группа 1 (Биовестин-лакто)		Группа 2 (Плацебо)	
	N	%	N	%
Hр-	14	56.0	13	81.3
Hр+	11	44.0	3	18.8
Всего	25	100.0	16	100.0

Частота хеликобактерной инфекции представлена в табл. 1.18. Показано, что *Helicobacter pylori* выявлен у 44% больных в 1-й исследуемой группе и у 18.8% 2-й, что значительно ниже, чем в общей популяции и может быть следствием массивных программ антибактериальной терапии, применяемых при лечении интеркуррентной инфекции как в острый период гематологиче-

ского заболевания, так и в фазе ремиссии на фоне иммунодепрессии.

Таблица 1. 19

Структура патологии желудка по данным эндоскопического обследования гастроинтестинального тракта в исследуемых группах больных гемобластозами.

Эндоскопические данные	Биовестин-лакто, n=28		Плацебо, n=18		Итого n=46	
	n	%	n	%	n	%
Эзофагит			1	5,6	1	2,2
ГПОД	4	14,3	5	26,3	9	19,1
Полип желудка			1	5,6	1	2,2
Пангастрит	2	7,1	2	11,1	4	8,7
Гастрит антральный	22	88,0	14	87,5	36	87,8
Дуодено-гастральный рефлюкс	5	17,9	5	27,8	10	21,7
Бульбит			2	11,1	2	4,3
Язва 12п.кишки ремиссия	2	7,1	1	5,6	3	6,5
Язва желудка ремиссия	1	3,6	1	5,6	2	4,3
Язва желудка обострение	1	3,6			1	2,2
Норма	1	3,6	4	22,2	5	10,9

Endosgel.xls/t1.

При эзофагогастродуоденоскопическом (ЭФГДС) исследовании в обеих группах преобладали явления антрального гастрита (у 88% в первой группе исследуемых и у 87.5% больных 2-й группы). Другим наиболее часто встречающимся симптомом при ЭФГДС является дуоденогастральный рефлюкс (выявлен у 17.9% больных 1-й и у 27.8% больных 2-й группы), грыжа пищеводного отверстия диафрагмы выявлена у 14.3% больных 1-й и у 26.3% больных 2-й группы. Все остальные изменения встречались редко и не являются значимыми в структуре выявленной патологии.