

опросе респондентов, имеющих боли за грудиной выявлена их низкая обращаемость к врачу: 65% опрошенных не обращались к врачу по поводу данного симптома. Из 35% респондентов, обратившихся к врачу по поводу загрудинных болей в течение года сделали это 1-2 раза – 65,1%, 5-6 раз – 16,7%, 6-10 раз – 8,7%. более 10 раз – 9,5%. Несколько чаще к врачу по поводу загрудинных болей обращались респонденты с признаками ГЭРБ, чем без таковых (42,6% и 32,4% соответственно).

**Заключение.** Полученные данные свидетельствуют о большой распространенности симптома боли за грудиной, особенностях их клинических проявлений у лиц с признаками ГЭРБ и сложности дифференциальной диагностики болей пищевода и кардиального генеза. В этой связи представляется целесообразным проводить тщательное обследование пациентов, имеющих загрудинные боли с использованием не только методов для изучения функционального состояния сердечно-сосудистой системы, но и методов, позволяющих выявить наличие патологических гастроэзофагеальных рефлюксов и состояние слизистой оболочки пищевода.

#### 108. АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ОСТРОГО ТОКСОПЛАЗМОЗА

Зембатова С.Х.

ГОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования, кафедра инфекционных болезней, г. Москва, Россия

Токсоплазмоз может быть одной из причин длительного лихорадочного состояния, не поддающегося обычным средствам терапии. Повышение температуры может быть единственным объективным признаком токсоплазмозной инфекции, носить как постоянный, так и перемежающийся характер. У 2/3 больных лихорадка сопровождается увеличением лимфатических узлов. Чаще в процесс вовлекаются шейные, затылочные, подмышечные, реже- паховые лимфатические узлы, возможно увеличение медиастинальных, мезентериальных и других глубоких групп лимфоузлов.

Так, по данным Городского Центра по токсоплазмозу из 40 обследованных больных, единственной жалобой было длительное повышение температуры тела (от 6 мес. и более). Из них диагноз токсоплазмоза установлен у 8 пациентов (20%) - I группа, среди 36 больных с лимфаденитами- у 6 (16,6%) - II группа. Проводимое клиническое обследование больных, помимо общепринятого, включало консультации специалистов: гематолога, онколога, фтизиатра; по показаниям – проводилась биопсия лимфатического узла.

У пациентов I группы выраженной системной и органной патологии не отмечалось, в клинической картине преобладал интоксикационный синдром: снижение работоспособности, слабость, летучие боли в мышцах, суставах, познабливание. Температура повышалась до 37,5С- у 4 больных, до 38С- у 3, до 38,5С- у 1 больного.

У II группы больных на фоне повышенной температуры, интоксикационного синдрома наблюдалось увеличение периферических лимфатических узлов- шейных, подмышечных, паховых, до диаметра 1x1 см.

При пальпации лимфатические узлы мягкие, чувствительные, с подкожной клетчаткой не спаянные. Одновременно с увеличением лимфатических узлов отмечался гепатолиенальный синдром.

Всем больным проводилось иммунологическое обследование, в динамике РНИФ, ИФА, IgG, IgM. Наблюдаемые пациенты изначально имели положительные антитела класса IgM и IgG к токсоплазме, а также высокий титр антител в РНИФ (>1:1280).

У всех больных отмечался хороший терапевтический эффект от применения 1-2 курсов этиотропных препаратов: Фансидар или Бисептол по классической схеме и Фолиевой кислоты. При непереносимости препаратов группы перимитамин, назначался Ровамицин. После проведенного лечения нормализовалась температура, исчезли симптомы интоксикации, уменьшались в размерах лимфатические узлы. Все пациенты, которым был выставлен диагноз и проведена этиотропная терапия находятся на диспансерном учете в Центре по токсоплазмозу.

#### 109. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ГЕПАТОЦИТОВ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Иванов А.Г., Зорина В.А.

Кафедра внутренних болезней с курсами лучевых методов диагностики, лечения и военно-полевой терапии ИГМА, МЗ УР, г. Ижевск

**Актуальность:** циррозы печени являются одним из наиболее актуальных разделов гастроэнтерологии. Это связано с широкой распространенностью, тяжестью течения и высокой летальностью больных этой патологией. По данным экспертов Всемирной Организации Здравоохранения, циррозы печени занимают первое место среди причин смерти от болезней органов пищеварения (исключая опухоли). Несмотря на достижения в изучении этиологии и патогенеза циррозов печени, вопросы их диагностики и лечения на современном этапе окончательно не решены. Используемые в клинической практике методы изучения гепатобилиарной системы (ультрасонография, компьютерная томография) не всегда позволяют получить достаточно полную информацию о функциональном и анатомо-топографическом состоянии печени, внутрипеченочных желчных протоках, желчном пузыре, холедохе и сфинктере Одди. Длительное наблюдение за функциональным состоянием гепатобилиарной системы возможно только при помощи динамической гепатобилисцинтиграфии, принцип действия которой заключается в непрерывной регистрации процесса прохождения через гепатоциты и желчевыводительную систему внутривенно введенного радиофармацевтического препарата.

**Цель работы:** состояла в изучении функционального состояния гепатобилиарной системы у больных циррозом печени с помощью гепатобилисцинтиграфии.

**Материал и методы:** в соответствии с поставленной целью в комплексное клиническое исследование было включено 45 пациентов с циррозом печени вирусной (HBV, HCV, HDV), алкогольной, смешанной и криптогенной этиологии (классы А и В по Child-Pugh).