

ни у одного из них не было повышения активности амилазы в крови и диастазы мочи.

С помощью внутрижелудочной рН-метрии гиперацидное состояние установлено в 22,2%, гипоацидный гастрит в 11,2% случаев, а у 66,6% спортсменов – нормацидный гастрит.

У 7 спортсменов отмечены преходящие нарушения функций печени под влиянием чрезмерных физических нагрузок в виде изменения биохимических показателей крови, включая билирубин, АСТ, АЛТ и щелочной фосфатазы, креатинкиназы. Такая дизферментемия обусловлена повреждением мышечной ткани, так как органического поражения печени не зафиксировано ни у одного спортсмена. Статистически значимо функциональные расстройства ЖКТ преобладают у мастеров спорта и МСМК (77,7%) в сравнении со спортсменами первого разряда ( $\chi^2=4,660$ ,  $p=0,031$ ). Учитывая данные анамнеза, это связано с частыми переездами, сменой характера и режима питания, а также высокими физическими и психоэмоциональными нагрузками.

**Заключение.** В структуре болезней спортсменов Алтайского края патология органов пищеварения составляет 10,3%, статистически значимо преобладают функциональные нарушения билиарного тракта над органической патологией верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Полученные данные необходимо учитывать при проведении профилактических мероприятий и диспансеризации спортсменов высоких спортивных разрядов.

## 102. ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ЖИТЕЛЕЙ ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Журавлева Н.П.

Павлодарский филиал государственного медицинского университета, г. Семей, Республика Казахстан.

Болезни органов пищеварения (БОП) относятся к числу наиболее частой патологии в общей структуре заболеваемости населения. Актуальность проблемы современной гастроэнтерологии обусловлена распространенностью БОП, продолжающимся ростом частоты выявления новых случаев, их тяжелым и прогрессирующим течением, нередко приводящим к преждевременной инвалидности и смерти больных. За последние годы отмечен значительный рост БОП, особенно в крупных промышленных регионах Казахстана, к которым и относится Павлодарская область. Современной наукой и врачебной практикой накоплен большой опыт эффективной диагностики и лечения БОП. В результате исследования причин, механизмов и особенностей развития опухолей органов пищеварения (ОП) и тех болезней, которые предшествуют их развитию, сформировано новое направление в гастроэнтерологии – предраковая патология ОП. Казахстан относится к странам с высоким риском и частотой злокачественных новообразований, при этом первые места по величине показателей приходится на рак желудка, рак пищевода. Заболевания билиарной системы, поджелудочной железы,

гастроудоденальной зоны, занимают лидирующее место среди всех БОП.

В настоящее время одной из актуальных проблем здравоохранения является повышение квалификации врачей (ПКВ) для улучшения гастроэнтерологической помощи населению Республики Казахстан (РК). На Павлодарском факультете усовершенствования врачей (ФУВ) ежегодно проводятся тематические курсы ПКВ по заболеваниям ОП и эндоскопии желудочно-кишечного тракта. Кафедра терапии работает в тесном контакте с главными специалистами областного департамента здравоохранения. Ежегодно, начиная с 2005г, на кафедре терапии ФУВа или на местных базах в больницах города проводятся тематические циклы по БОП. Главная задача – обучить врачей новым, современным методам диагностики и лечения заболеваний органов пищеварения.

**Цель исследования.** Анализ частоты и структуры БОП среди жителей Павлодарской области за период 2007-2009 гг..

**Материалы и методы.** Изучена заболеваемость населения Павлодарской области по классам болезней, зарегистрированными впервые в жизни на 100 000 населения за последние 3 года.

**Результаты и их обсуждение.** Ежегодно отмечается увеличение число больных с БОП в Павлодарской области. По данным исследования отмечено, что общее число всех заболеваний в 2009 г. увеличилось на 1,7% по сравнению с 2007г. и составляет в 2009г. - 69983,3, что на 17,5% ниже республиканских данных. Количество больных с БОП, выявленных впервые за последние 3 года не изменилось и составляет 2770 на 100 тыс. населения, однако этот показатель на 25,1% ниже данных по РК, а среди сельских жителей (на 35,2%).

Изучая данные по отдельным нозологиям, отмечено, что количество больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, впервые выявленных за последние 3 года, колеблется в пределах 106,9 до 97,7 на 100 тыс. населения, что соответствует данным РК. Среди сельских жителей этот показатель за последние 2 года снизился на 11,8%. Заболеваемость населения Павлодарской области желчнокаменной болезнью холециститами, холангитами снизилась в 2009г. на 7,1% и составляет 239,7 на 100 тыс. населения, что на 34,2% ниже данных РК, особенно среди городских жителей (53,5%).

Количество вызовов к больным по поводу острого холецистита (ОХ), печеночной колики, острого панкреатитами (ОП) на последние 3 года увеличилось на 11%, по поводу обострения хронического холецистита (ХХ) почти в 2 раза. Количество вызовов по поводу такого осложнения ЯБ, как кровотечение увеличилось на 40%.

**Выводы.** Общее число заболеваний, зарегистрированными впервые в жизни на 100 тыс. населения Павлодарской области увеличилось в 2009 г. на 1,7% по сравнению с 2007г., но эти цифры ниже республиканских на 17,5%.

Количество больных с БОП за последние 3 года не изменилось, однако этот показатель на 25,1% ниже данных по РК, особенно среди сельских жителей. Заболеваемость желчнокаменной болезнью,

холециститами, холангитами на 34,2% ниже данных по РК, особенно среди городских жителей.

Отмечено увеличение количества вызовов по поводу обострений хронического холецистита в 2 раза, желудочно-кишечных кровотечений при язвенной болезни на 40%.

Современные темпы развития гастроэнтерологической науки предусматривают новые задачи, обеспечивающие высококвалифицированную лечебно-диагностическую помощь населению, особенно в крупных промышленных зонах Казахстана.

### 103. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА Е ВО ВРЕМЯ ВСПЫШКИ В НЕЭНДЕМИЧНОМ РАЙОНЕ

Зайцев О.В., Чиркина М.Е. Гастроэнтерологическое отделение МУЗ Центральная Городская больница г. Ковров.

В августе 2009г в г. Коврове Владимирской области выявлена вспышка острого вирусного гепатита Е. Гепатит Е – заболевание, распространенное в южных странах, в средней полосе встречался в виде единичных случаев. Ковровская вспышка стала первой в мире вспышкой гепатита Е в неэндемичной зоне, описанной в научной литературе.

Цель исследования: выявление клинических особенностей вирусного гепатита Е у пациентов в неэндемичной зоне.

Материалы и методы. Совместно с эпидемиологами НИИ Полиомиелита им. М.П. Чумакова (г. Москва) обследованы 12 пациентов, первоначально поступивших в период с 21.07 по 15.08.09 в гастроэнтерологическое и хирургическое отделения (пациенты поступали с диагнозами гепатит неуточненного генеза, механическая желтуха?) и 2 пациента инфекционного отделения. В процессе обследования у всех 14 пациентов выявлены антитела к вирусу гепатита Е IgM IgG У 3-х РНК – HEV, что явилось маркером вспышки гепатита Е. У всех исключены гепатиты А, В, С, инфицирование вирусом Эпштейна-Барр и ЦМВ. После подтверждения диагноза вирусного гепатита Е пациенты переведены в инфекционное отделение. Источником инфицирования всех больных, вероятно, стала некипяченая водопроводная вода. Оценивались возраст, пол, клинические и биохимические показатели крови, результаты УЗИ, ФГС длительность течения желтухи.

Результаты: поступившие пациенты до 60 лет 3 человека (не моложе 58 лет) от 61 до 70 – 6 человек и старше 70- 5 больных. Поражения беременных женщин не зафиксировано. У всех средне-тяжелое течение. Продромальный период длился от 7 до 11 дней. Отмечены желтушный синдром, при котором желтуха «не прогоняла» интоксикацию, как при вирусном гепатите А. Гипербилирубинемия от 5 до 24 норм. Высокий уровень активности АСТ и АЛТ от 10 до 67 норм. Холестатический синдром в 4-х случаях (у 2-х пациентов по УЗИ транзиторное расширение холедоха и внутрипеченочных желчных протоков, что служило поводом к первоначальному диагнозу «механическая желтуха»). Умеренно выраженный правоподреберный

болевым и диспепсические синдромы длительностью 1-2 недели. После его прекращения пациенты, несмотря на сохраняющуюся желтуху, чувствовали себя удовлетворительно. Желтушный период протекал длительно от 2-х до

3-х месяцев при удовлетворительном общем самочувствии больных. Дифференциальный диагноз до вирусологического подтверждения проводился с диагнозами: хронический гепатит, механическая желтуха, рак поджелудочной железы. Во всех случаях наступило выздоровление больных.

Выводы. Анализ клинической картины острого гепатита Е в неэндемичном районе выявил некоторые ее отличия:

- манифестация у пожилых пациентов.
- длительный желтушный период с высокими цифрами билирубина и трансаминаз,
- холестатический вариант с транзиторным расширением холедоха и внутрипеченочных желчных протоков.

Знание особенностей клинической картины гепатита Е, возможность появления вспышек этого гепатита в неэндемичной зоне позволяют вовремя его диагностировать, проводить адекватную дифференциальную диагностику и лечение этого заболевания.

### 104. СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И ГЕМОСТАЗА У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ИБС СОЧЕТАННОЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ.

Захарова Н.О., Лысенко А.И.

Кафедра гериатрии, ГОУ ВПО «СамГМУ», г. Самара

Частое сочетание у гериатрических пациентов ишемической болезни сердца (ИБС) с артериальной гипертонией (АГ) требует рассмотрения их взаимного влияния в контексте единого сердечно-сосудистого континуума. В патогенезе ИБС сочетанной с АГ важная роль отводится системе гемостаза и ремоделированию микроциркуляторного русла (МЦ).

Цель исследования: выявить особенности состояния микроциркуляции и показателей гемостаза у гериатрических больных, страдающих ишемической болезнью сердца в сочетании с артериальной гипертонией.

Материалы и методы. Обследовано 118 мужчин старческого возраста, проходивших обследование и лечение в Самарском областном клиническом госпитале для ветеранов войн. Средний возраст обследованных составил  $79,8 \pm 4,2$  лет. Все больные разделены на три группы: первую группу (контрольную) составили пациенты (n=32) без клинических проявлений и объективных инструментально-лабораторных изменений со стороны сердечно-сосудистой системы. Во вторую группу включены лица (n=42) страдающие ИБС, стабильной стенокардией напряжения II ф.кл., ХСН I ФК по NYHA. Третья группа представлена пациентами (n=44) с ИБС, стабильной стенокардией напряжения II ф.к., артериальной гипертонией 1-3 степени, ХСН I ФК по NYHA.

Исследование микроциркуляции осуществлялось с помощью аппарата ЛАКК-02 (НПП «Лазма, Москва).