

Наряду с изучением вышеупомянутых ФР ЖКБ и их ассоциации с частотой холелитиаза, мы провели исследование по выявлению возможной ассоциации описторхоза и ДЖВП с желчнокаменной болезнью.

Распространенность ЖКБ среди железнодорожников положительно ассоциировала ($r=+0,48$; $p<0,01$) с высокой распространенностью описторхоза в исследуемой популяции (по данным стандартного опроса и проведенного иммуноферментного анализа на описторхии у 1886 чел., которые дали положительную реакцию антигена в разведении 1:400). Оказалось, в общей популяции (7752 чел.) распространенность ЖКБ составила 12%, тогда как среди респондентов с выявленным описторхозом она зарегистрирована в 21,7% случаев. Кроме того, у респондентов с ЖКБ в сочетании с описторхозом в 22,7% обнаружены функциональные расстройства желчевыводящих путей (ДЖВП). Проведенным многофакторным регрессионным анализом установлена достоверно значимая ассоциация ЖКБ с описторхозом, как ФР: СО (соотношение) – 6,31; OR (относительный риск) – 5,83; доверительные пределы $1,84 < OR < 18,48$; $\chi^2 - 8,32$; $p < 0,0039$ по Фишеру.

Выводы. В популяции железнодорожников Западной Сибири высокая распространенность ЖКБ и основных факторов риска. Риск развития ЖКБ ассоциируется с такими ФР, как гиперлипидемия (ГЛД), ИМТ, НТГ, сочетанность от 2 до 5 ФР, а также с немодифицируемыми ФР – возраст, пол, беременность (роды). Установлена достоверно значимая ассоциация ЖКБ с описторхозом, который, на наш взгляд, должен рассматриваться, как патогенетический ФР для ЖКБ.

Выявленные ФР, ассоциируемые с ЖКБ, позволяют формировать группы «высокого риска» развития холелитиаза и проводить активные профилактические мероприятия, направленные на коррекцию модифицируемых ФР и формирование здорового образа жизни.

148. ДИНАМИКА СИНДРОМА БОЛИ В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ СПИНЫ ПРИ ДОРСОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С НОРМАЛЬНЫМ, ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ И ОЖИРЕНИЕМ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ.

Кузьменко Н.Ю., Алексеев Н.Ю., Алексеев Ю.Н.

ГОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Взаимосвязь между ожирением и клиническими проявлениями синдрома боли в нижних отделах спины (БНС) представлена в литературе противоречиво. Ряд авторов придерживается мнения, что и ожирение и избыточная масса тела повышают риск развития БНС, индекс массы тела (ИМТ) тесно связан с таким показателем, как обращаемость за медицинской помощью по поводу острой и хронической БНС. Ожирение и БНС могут быть коморбидными состояниями, которые объединяются общими факторами риска. Ожирение более вероятно у людей, которые ведут малоподвижный образ жизни. БНС может также приводить к снижению физической активности, а следовательно, к повышению массы тела.

Цель исследования. Оценить результаты комплексного лечения синдрома боли в нижних отделах

спины (БНС) при дорсопатии у больных с различным ИМТ.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 82 пациента мужского пола с БНС (дорсопатия без признаков неврологического дефицита), которые по индексу массы тела (ИМТ) были разделены на 3 группы: 26 пациентов с нормальным весом ($ИМТ \leq 29,9 \text{ кг/м}^2$), 34 пациента с избыточным весом ($ИМТ 25 - 29,9 \text{ кг/м}^2$) и 22 пациента страдающих ожирением ($ИМТ \geq 30 \text{ кг/м}^2$). Средний возраст пациентов составлял 37 лет (диапазон, 18-60 лет), достоверных различий по возрасту между исследуемыми группами не было ($p > 0,05$).

У всех пациентов до и после лечения оценивали интенсивность боли с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), а также показатели шкал опросника физических расстройств Освестри и опросника оценки качества жизни SF-36.

Комплексное лечение БНС включало в себя: ношение пациентом мягкого корсета, в период острых болей, нестероидные и антигистаминные препараты и физиотерапевтическое лечение в виде 10-15 процедур вакуумно-мембранного мышечно-скелетного вытяжения (ВСМВ) по методике Ю.Н. Алексеева патенты РФ (№ 2118148 от 27.08.1998, № 2166923 от 20.05.2001, № 2199300 от 27.02.2003). Факторами, воздействующими на организм больного, при лечении ВСМВ являются локальное отрицательное давление (ЛОД) и дозированные механические воздействия сжимающего и растягивающего характера. Воздействие ЛОД сопровождается значительными местными сдвигами кровообращения, перераспределением крови, и тканевой жидкости. ЛОД раскрывает капилляры, повышает транспорт кислорода в поврежденную область, усиливает биосинтез АТФ в мышцах и способствует нормализации их тонуса. А дозированные механические воздействия сжимающего и растягивающего характера стимулируют энергетический обмен, пролиферативную и биосинтетическую активность клеток, коллагено- и эластогенез способствуя восстановлению поврежденного хряща в фиброзном кольце и пульпозном ядре. Теоретической основой медико-биологических эффектов, вызываемых механическими воздействиями является открытие Г.А. Илизарова № 11271 от 25.12.1985.

Результаты и их обсуждение. Средние показатели интенсивности боли и средние значения, самостоятельно оцениваемых шкал физических расстройств, полученные до начала лечения, у больных БНС с нормальным весом тела, у больных с избыточным весом тела и с ожирением не выявили статистически значимых различий. Во всех исследуемых группах лечение закончилось значительным улучшением всех параметров восстановления ($P < 0,005$; парный t-тест). Интенсивность боли по ВАШ до начала лечения составляла в среднем 54,2% (SD 6,4), после лечения среднее значение ВАШ составило 24 (SD 9,8). Выявлена положительная сильная корреляция значений общего показателя разделов Освестровского опросника с самооценкой больными эффективности проведенного лечения.

Выводы.

1 Интенсивность боли у больных БНС при дорсопатии не зависит от веса тела.

2. Результаты комплексного лечения синдрома БНС при дорсопатии не имеют статистически значимых отличий у больных с нормальным весом, избыточным весом и ожирением, как по показателям интенсивности боли, так и по средним значениям показателей шкал физических расстройств Освестровского опросника и SF-36.

149. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА И ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

Кузьмина О.А., Таланова О.С., Холева А.О., Савоненкова Л.Н., Арямкина О.Л.

Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

Во всем мире прогрессивно увеличивается заболеваемость гастроэнтерологической патологией и внелегочным туберкулезом, в том числе абдоминальным. Вместе с тем в 2/3 случаев абдоминальный туберкулез диагностируется в ЛПУ общего профиля, при доступности эндоскопических и сонографических методов исследования он его диагностика основывается преимущественно на морфологических и бактериологических критериях. В ходе диагностического поиска проводится исключение широкого спектра терапевтической патологии. Требуется оптимизация проведения лечебно-диагностического поиска при существующих стандартах диагностики и лечения заболеваний. В силу объективных причин изменяется клиника и течение большинства нозологических форм. Изучение проблемы полиморбидности чрезвычайно актуально и требует пристального внимания клиницистов в связи повсеместно регистрируемым ухудшением эпидемиологических показателей.

Целью настоящей работы явилось изучение частоты встречаемости и структуры неспецифических и специфических заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта при туберкулезе.

Материалы и методы. Дизайн исследования – ретро- и проспективное, рандомизированное исследование, проведенное методом сплошной выборки за период 1990-2009 годы. Обследованы 187 больных абдоминальным туберкулезом в возрасте $40,7 \pm 1,56$ лет (95% ДИ 36,4-44,1) и 670 из 1229 больных туберкулезом легких (54,5%), выписанных из стационара за 2003-2004 гг. в возрасте $47,1 \pm 0,53$ лет (95% ДИ 46,1-48,2 лет). Диагноз туберкулеза и сопутствующей ему неспецифической соматической патологии устанавливали согласно стандартам диагностики данных заболеваний с использованием комплекса клинических, лабораторных и инструментальных исследований. Фактические данные подверглись статистической обработке с использованием лицензионных статистических пакетов STATISTICA 6.0, SPSS 13.0.

Результаты и их обсуждения. Абдоминальный туберкулез классифицировали как туберкулез гастроинтестинального тракта, абдоминального лимфатического аппарата, паренхиматозных органов, серозных оболочек. Диагностирован туберкулез пищевода (n=2, 1,07%), желудка (n=7, 3,74%) и двенадцатиперстной кишки (n=4, 2,14%), из них у одного – в комбинации туберкулеза пищевода и желудка одновременно. Туберкулез легких представлен

преимущественно инфильтративной, диссеминированной и милиарной формами.

И абдоминальному туберкулезу (АТ) и туберкулезу легких (ТЛ), протекающему с соматической полиморбидностью сопутствовали Нр-ассоциированный хронический гастрит (44,4% и 29,6%), гастродуоденит (25% и 13,4%; ($\chi^2=6,7$, $p<0,001$), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (18,1% и 24,1%), ГЭРБ (12,5% и 19,4%) преимущественно с РЭ I-II степеней.

Гастродуоденальная патология, сопутствующая АТ и ТЛ проявлялась синдром диспепсии - болями в эпигастральной области, тошнотой, периодически возникающей рвотой, приносящей облегчение, язвенным анамнезом. Эрадикационная терапия и применение антисекреторных препаратов способствовали купированию симптоматики. При АТ язвенная болезнь с одинаковой частотой как предшествовала развитию специфических абдоминальных поражений, так и присоединялась к нему ($p>0,05$). У большинства больных ТЛ язвы располагаются в желудке, реже ($\chi^2=5,63$, $p<0,05$) – в двенадцатиперстной кишке. При АТ язвы локализуются в органах с равной частотой. При АТ и при ТЛ осложнения язвенной болезни развиваются с одинаковой частотой.

Клиника ГЭРБ представлена изжогой, симптомы туберкулез пищевода - дисфагия и постоянная тупая прекардиальная боль при нерезко выраженной изжоге. При ФГДС – инфильтрация, просовидные высыпания. По гистологическим данным диагностирован инфильтративный эзофагит.

Туберкулез желудка проявляется стойким эпигастральным болевым синдромом, тошнотой, реже рвотой, реже повторными кровотечениями. Туберкулезный дуоденит проявлялся длительным диспепсическим синдромом преимущественно в виде болей в пилородуоденальной области. Диагностированы инфильтративно-язвенный и инфильтративный туберкулез желудка и инфильтративный туберкулезный дуоденит.

Заключение. Таким образом, на репрезентативном материале выявлены различия специфических и неспецифических заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта при туберкулезе, протекающем в полиморбидности.

150. КЛИНИКО – ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЯМБЛИОЗА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Кузьмина Т.Ю., Тихонова Е.П., Толстикова Е.Н.

Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого

МУЗ «Городская поликлиника №4», г. Красноярск, Россия

Актуальность. Лямблиоз не всегда устанавливается при первичном обращении пациента в амбулаторно-поликлиническое учреждение. Зачастую больные месяцами лечат аллергические заболевания (рецидивирующую крапивницу, атопические дерматиты), гастроэнтерологическую патологию (функциональные расстройства кишечника, синдром раздражённой кишки с диареей, синдром мальабсорбции