

**131. ФАКТОРЫ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ
КЛИНИЧЕСКОЙ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ
КАРТИНЫ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРО-
ЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ
НА ПРИМЕРЕ ПАЦИЕНТОВ ПЕРМСКОЙ
КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ**

Китаева Е.А., Туев А.В., Хлынова О.В.

ГОУ ВПО ПГМА им. академика Е.А.Вагнера
Росздрава, г. Пермь, Россия.

Из литературы известно, что проблема гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в последнее время привлекает внимание ученых и практикующих врачей многих стран мира. Это связано, в первую очередь, с ростом распространенности ГЭРБ и широким спектром предъявляемых пациентами жалоб.

Цель исследования: изучить факторы риска развития и особенности клинических проявлений ГЭРБ у

пациентов, находившихся на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении Пермской краевой клинической больницы.

Материалы и методы. Обследовано 20 пациентов мужского пола в возрасте от 20 до 56 лет, страдающих ГЭРБ. Средний возраст обследуемых составил $33,35 \pm 8,48$ лет, средний ИМТ – $24,11 \pm 2,96$ кг/м². Средний стаж ГЭРБ составил $4,06 \pm 2,56$ лет. Впервые диагноз ГЭРБ был установлен в возрасте от 17 до 54 лет (средний возраст дебюта заболевания – $31,75 \pm 10,2$ лет). Среди обследованных пациентов курящими были 9 человек (45%). 8 человек (40%) занимались физическим трудом, 8 человек (40%) были лица умственного труда и 4 человек (20%) относили свою профессию к категории смешанного труда.

Всем пациентам, включенным в исследование, с целью детализации жалоб и определения факторов риска развития ГЭРБ, было проведено анкетирование. Для верификации диагноза проводилась эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС), рентгенография желудочно-кишечного тракта с барием, клиническое обследование.

Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере Intel Pentium Core2 DUO с использованием программы STATISTICA 6.0. Нулевая гипотеза отвергалась при значении уровня статистической значимости $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение: При детальном расспросе пациентов жалобы на изжогу выявлялись в 100% случаев. При этом 14 пациентов (70%) испытывали изжогу ежедневно, 6 пациентов (30%) указывали на появление изжоги более 3х раз в неделю. Наиболее частым провоцирующим фактором возникновения изжоги 70% респондентов (14 человек) назвали прием жирной, жареной пищи. У 15% пациентов (3 человека) изжога усиливалась при наклонах туловища после еды, 15% респондентов отметили возникновение изжоги на фоне погрешностей в питании в сочетании с курением. Для купирования изжоги 60% пациентов (12 человек) пользовались различными антацидами, 25% (5 человек) пациентов отмечали положительный эффект на фоне приема ингибиторов протонной помпы, и лишь в 15% случаев (3 человека) изжога проходила самостоятельно.

Жалобы на отрыжку кислым отметили 50% респондентов, отрыжка воздухом и съеденной пищей беспокоила 35% и 30% пациентов соответственно. Заброс пищи в пищевод при наклонах туловища отмечали 8 пациентов (20%). Боли в эпигастрии и за грудиной встречались в 50% случаев. Интересно, что у 70% пациентов (14 человек) отмечалось сочетание тех или иных симптомов.

Согласно данным ЭФГДС, у 45% пациентов были выявлены признаки катарального эзофагита, эрозивный эзофагит I и II ст. по эндоскопической классификации Savary-Miller выявлялся в 40% и 15% случаев соответственно. У 15% пациентов была обнаружена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Поведенный корреляционный анализ с использованием коэффициента ранговой корреляции r_s Спирмена выявил прямую взаимосвязь между курением и такими клиническими симптомами ГЭРБ, как изжога и отрыжка ($r=0,52$, $p=0,016$ и $r=0,52$, $p=0,023$ соответственно). Также прямая взаимосвязь установлена

между ИМТ и изжогой ($r=0,52$, $p=0,018$), ИМТ и эндоскопическими стадиями эзофагита ($r=0,57$, $p=0,007$).

Выводы. У пациентов с ГЭРБ среди эзофагеальных симптомов заболевания с разной степенью частоты встречаются изжога, отрыжка, боли в эпигастрии и за грудиной, а также их сочетание. Эндоскопические варианты патологии пищевода при ГЭРБ также неоднородны. Одними из наиболее часто встречающихся факторов риска развития ГЭРБ можно считать курение и избыточную массу тела.

132. КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ ЛЕПТОСПИРОЗОМ И ГЛПС.

Клочков И.Н., Мартынов В.А.

ГОУ ВПО Рязанский государственный медицинский университет им. академика И. П. Павлова МЗ РФ. г.Рязань. Российская Федерация.

Лептоспироз и ГЛПС одни из наиболее распространенных и тяжелых природно-очаговых зоонозных заболеваний, представляющих угрозу жизни больного. Тяжесть течения и прогноз при этих заболеваниях связаны с осложнениями, в число которых входят инфекционно-токсический шок, острая почечная недостаточность, печеночно-почечная недостаточность, геморрагический синдром, характеризующийся кровоизлияниями в жизненно важные органы, желудочно-кишечными кровотечениями, которые могут стать причиной летальных исходов. При этих заболеваниях нередко наблюдается симптоматика, обусловленная патологией ЖКТ которой не уделяется должного внимания.

Цель исследования – клинико-морфологическая характеристика эрозивно-язвенных поражений верхних отделов ЖКТ у больных лептоспирозом и ГЛПС.

Материалы и методы. В эндоскопическом кабинете инфекционного отделения Рязанской клинической больницы им. Н. А. Семашко обследовано 50 пациентов с лептоспирозом и ГЛПС. Из них: мужчин-33 и женщин-17 в возрасте от 16 до 71 года. В 60% случаев заболевание протекало в тяжелой и среднетяжелой, в остальных в легкой форме. ЭГДС проводилась в первые сутки госпитализации с забором материала на цитоморфологическое исследование и диагностику пилорического хеликобактериоза.

Результаты и обсуждения. В результате проведенных исследований выявлены: эрозивно-фибринозный эзофагит - у 3, поверхностный гастрит – у 15 пациентов, гастрит с геморрагическим компонентом - у 4, эрозивный гастрит - у 12, эрозивный бульбит – у 3, язва желудка - у 3, язва луковицы ДПК - у 10. Из них в 12 случаях наблюдалось сочетанное поражение желудка и луковицы ДПК. В 3 случаях выявлена угроза кровотечения из язвы луковицы ДПК.

Достоверных различий в частоте и выраженности поражений верхних отделов ЖКТ при лептоспирозе и ГЛПС не установлено. В то же время частота возникновения этих поражений была достоверно выше ($p < 0,05$) при более тяжелом течении основного