

Пациенты и методы. В обследование включены 505 пациенток отделения № 29 КИБ им. С. П. Боткина, госпитализированных в 2010–2012 гг. Диагноз ХГВ установлен на основании стандартных клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования. Этиологическая принадлежность заболевания к HbSAg-негативной фазе моноинфекции подтверждена наличием HbSAb при отсутствии HbSAg и отсутствием маркеров гепатита А, С, D и ВИЧ-инфекции в сыворотке крови.

Результаты исследования. Частота встречаемости HbSAg-негативного гепатита среди пациенток с ХГВ составила 24,8% (n = 505): 27,4% случаев в 2010 г. (n = 168), 28,8% — в 2011 г. (n = 163), 18,4% — в 2012 г. (n = 174). Средний возраст пациенток составлял (57 ± 2) года, преобладали лица среднего (43,2%) и пожилого (33,6%) возраста. В 67,2% случаев диагностирована цирротическая стадия ХГВ класса В (35,7%) и класса С (47,6%) по шкале Child-Pugh. Клиническими маркерами суб- и декомпенсации цирроза были проявления отечно-асцитического, геморрагического синдромов и печеночной энцефалопатии. Средние показатели общего билирубина составили (113 ± 23) ммоль/л, АлАТ — (141 ± 37) ммоль/л, ПТИ — (77 ± 3)%, гамма-глобулинов — (22,3 ± 7,3)%, что, в целом, характерно для ХГВ. Летальных исходов у больных не наблюдалось.

Заключение. У четверти пациенток, госпитализированных в инфекционный стационар с диагнозом ХГВ, установлена HbSAg-негативная фаза. Заболевание протекает преимущественно в цирротической стадии с прогрессированием вплоть до декомпенсации.

129. К вопросу о профилактике желчнокаменной болезни

Шостак С. Е.

Тернопольский ГМУ им. Горбачевского, Украина, e-mail: svitlanadoc@rambler.ru

Целью исследования стало изучение эффективности использования препарата «Энерлив» в комплексных схемах лечения больных с билиарным сладжем (БС) для профилактики желчнокаменной болезни (ЖКБ).

Материалы и методы. Обследованы 35 пациентов с БС, 23 женщины и 12 мужчин, средний возраст которых составил (47,91 ± 0,07) года. Все больные были распределены на две группы, репрезентативные по возрасту и полу. Для лечения I группы (17 лиц) назначали урсосан по 10 мг/кг на ночь на 6 месяцев. II группе (18 лиц) дополнительно назначался энерлив по схеме: по 2 капсулы трижды в сутки — 1 месяц, дальше — по 1 капсуле трижды в сутки еще 1 месяц. После месячного перерыва терапию повторяли по предыдущей схеме. УЗД желчного пузыря (ЖП) проводили при госпитализации и через 6, 9 и 12 месяцев от начала лечения.

Результаты. У всех обследованных диагностировали гипотоническую дисфункцию желчного пузыря (ГД ЖП) с билиарным сладжем в ЖП (кристаллы или сгустки). Через 6 месяцев после лечения БС исчез у 10 (58,82%) больных I группы и у 15 (83,33%) — II. При этом ГД ЖП существенно не уменьшилась

у больных I группы, а во II группе было отмечено улучшение сократительной способности ЖП при незначительно увеличенном объеме последнего. Через 9 месяцев у 4 (40,0%) больных I группы БС появился снова, а во II группе выявили только ГД ЖП с однородной желчью в полости ЖП. Через 12 месяцев БС появился у 6 (60,0%) больных I группы и у 2 (13,33%) обследованных II.

Таким образом, проведенное нами исследование позволяет утверждать, что включение энерлива в алгоритм лечения больных с БС эффективно в плане предупреждения формирования БС и уменьшения проявлений гипотонической дисфункции желчного пузыря.

Выводы. Врачам общей практики можно рекомендовать использовать энерлив в комплексных схемах лечения больных с БС для профилактики развития желчнокаменной болезни.

130. Факторы риска хронического панкреатита у жителей города и села

Шостак С. Е., Стародуб Е. М., Романюк Л. Н.

Тернопольский ГМУ им. Горбачевского, Украина, e-mail: svitlanadoc@rambler.ru

Целью исследования стало сравнительное изучение частоты факторов риска развития хронического панкреатита (ХП) у жителей города и села.

Материалы и методы. Обследованы 65 пациентов с ХП (33 жителя города и 32 — села), средний возраст которых составил (60,35 ± 0,14) года.

Результаты. Наследственный ХП и ХП алкогольной этиологии одинаково часто встречался у жителей города и села (3,0% и 3,1%; 48,5% и 46,9%). Билиарный панкреатит чаще выявляли у жителей города (36,4% против 28,1%). Показатели по курению были выше среди жителей города за счет женщин (9,1% против 3,1%). В пищевом рационе у большинства больных жителей села доминировали углеводы и жиры на фоне уменьшения употребления белков. В городе большинство больных чаще питались в соответствии с рекомендациями лечащих врачей, то есть диета была более сбалансированной. С другой стороны, сельские больные чаще употребляли овощи и фрукты, выращенные на личных огородах, без добавок химикатов. Жители города ели овощи и фрукты реже, причем большая часть их была привезена с больших фермерских хозяйств, где часто применяют пестициды и стимуляторы роста. На психоэмоциональные перегрузки чаще жаловались жители города, хотя при анкетировании больных с помощью опросника ММРІ было выявлено, что независимо от места проживания психосоматические расстройства одинаково часто встречаются у лиц женского пола, среднего возраста (18,2% и 15,6%).

Выводы. Условия проживания, питания и привычки больных с ХП, проживающих в городах и селах, имеют существенные отличия, не предусмотренные в протоколах лечения этого заболевания. Поэтому врачам общей практики можно рекомендовать использовать индивидуальные подходы к диетическим и медикаментозным программам терапии ХП, а минздраву — разработать более современные протоколы, учитывающие все вышеприведенные данные.