

007. КАНДИДОЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.

Албегова Д.М., Шевяков М.А., Сайденкова М.С., Иншаков Л.Н.

Больница №46 Святой Евгении, МАПО, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: определить частоту и возможности эндоскопической диагностики кандидозного поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у жителей блокадного Ленинграда.

Материал и методы. В течение двух лет (2008-2009 гг.) выполнено 2045 фиброэзофагогастродуоденоскопий (ФЭГДС). Из 462 больных в возрасте от 60 до 92 лет у части была выполнена браш-биопсия, у другой – щипцовая биопсия из патологически измененной слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки в связи с подозрением на злокачественную опухоль, язву, эрозии, полипоз или кандидозное поражение. Диагноз кандидоза подтверждали при обнаружении в биоптате слизистой оболочки нитевидной формы грибов рода *Candida* – псевдомицелия.

Результаты. При цитоморфологическом исследовании биоптатов слизистой оболочки псевдомицелий *Candida* был обнаружен у 25 больных из 462 (5,4 %): в пищеводе – у 18 больных, в желудке – у 5, в двенадцатиперстной кишке – у 2. Кандидоз пищевода эндоскопически проявлялся гиперемией, фибринозными налетами, кровоточивостью и эрозиями слизистой оболочки. Факторами риска являлись злокачественная опухоль пищевода, бронхиальная астма, вирусный гепатит, гемобластозы, сахарный диабет, панкреатит, прием кортикостероидов. У одного больного кандидоз пищевода осложнился язвой пищевода, у четверых – стриктурой. Кандидоз желудка обнаружен при исследовании биоптатов из краев язв, эрозий, полипов и злокачественной опухоли желудка, а в двенадцатиперстной

кишке - из краев язвы. Макроскопическими признаками микотического поражения язв являлись большие размеры дефекта, наличие фибринозного налета и сопутствующего атрофического гастрита.

Выводы. У больных пожилого и старческого возраста, при наличии перечисленных факторов риска, кандидоз был выявлен у 5,4 % больных, что подтверждает необходимость обязательной микологической настороженности и выявления эндоскопических признаков кандидозного поражения верхних отделов ЖКТ у данной категории больных.

008. НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ПОЛИКЛИНИК Г.АЛМАТЫ

Алдашева Ж.А.

Алматинский Государственный институт усовершенствования врачей, кафедра питания и гастроэнтерологии, г. Алматы, Казахстан

Цель исследования: Изучить распространенность неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) среди пациентов, обращающихся к терапевтам поликлиник г.Алматы и выделить группы с различными формами НАЖБП (стеатозом, стеатогепатитом и циррозом в исходе стеатогепатита).

Материал и методы исследования: Всего было обследовано 1570 пациентов, из них мужчин-532, женщин-1038, средний возраст - $45,8 \pm 14,5$ лет, обращавшихся к терапевтам поликлиник по поводу различных заболеваний. Исследование проводилось в 2 этапа: 1). Регистрация пациентов и выявление факторов риска по НАЖБП; 2).Выявление НАЖБП среди лиц с факторами риска и выделение различных форм.

Регистрации подлежали все пациенты старше 18 лет (демографические данные, информация о сопутствующих заболеваниях, физикальное обследование). Пациентам с факторами риска проводились исследования (АЛТ, АСТ, билирубин, холестерин, триглицериды, ГГТП, сахар крови), УЗИ печени с определением критериев по классификации Бацкова С.С. (1995): гепатомегалия, повышенная эхоплотность, плохая визуализация диафрагмального контура, смазанность сосудистого рисунка, дистальное затухание ультразвука.

Результаты исследования: После 1-го этапа из исследования выбыло 687 (43,7%) человек, средний возраст - $34,8 \pm 6,7$ лет. Остальные 883 (56,3%) пациента с факторами риска НАЖБП подлежали 2-му этапу исследования. По результатам лабораторных исследований и данных УЗИ НАЖБП подтверждена у 462 пациентов, что составляет 52,3% от всех пациентов с факторами риска : мужчин -177 (38,3%), женщин – 285 (61,7%), в возрасте $54,0 \pm 11,7$ лет. Из 462 пациентов с НАЖБП со стеатозом печени было – 361 (78,1%) человек, со стеатогепатитом - 84 (18,2%), с циррозом в исходе стеатогепатита – 17 (3,7%). Распространенность НАЖБП в общей популяции составила – 29,2%, при этом на долю стеатоза приходится 22,9%, стеатогепатита – 5,3%, цирроза печени – 1%.

Выводы: 1. Факторы риска НАЖБП встречаются у 56,3% пациентов, обращающихся к терапевтам г.Алматы; 2. НАЖБП у пациентов с факторами риска

подтверждается в 52,3% случаев; 3. У больных с НАЖБП стеатоз печени выявляется в 78,1%, стеатогепатит – в 18,2%, цирроз печени в 3,7% случаев.

009. СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И ОПЫТ КОРРЕКЦИИ ПРОЯВЛЕНИЙ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТА У БОЛЬНЫХ СД 2 ТИПА

Алейникова Е.В.

ГОУ ВПО «ВГМУ Росздрава», г. Владивосток, Россия

Чаще всего неалкогольный стеатогепатит (НАСГ) регистрируется среди больных страдающих сахарным диабетом (СД), особенно в сочетании с ожирением и гиперлипидемией.

Цель настоящей работы состояла в оценке состояния липидного обмена и изучении эффективности применения препарата «Тиоктацид» в терапии НАСГ у больных СД 2 типа.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 27 больных СД 2 типа с НАСГ (19 женщины и 8 мужчин; средний возраст $56,4 \pm 8,7$ лет) с избыточной массой тела (ИМТ $34,7 \pm 5,6$ кг/м²). Больным проведено комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование. Кроме диеты и сахароснижающих препаратов пациентам назначали «Тиоктацид» в дозе 600 мг внутривенно капельно в течение 2 недель.

Полученные результаты. Выявлены значительные нарушения липидного обмена, проявляющиеся в увеличении содержания общего холестерина до $5,87 \pm 1,19$ ммоль/л, триглицеридов до $2,76 \pm 0,53$ ммоль/л, ХС ЛПНП до $3,74 \pm 0,25$ ммоль/л, коэффициента атерогенности до $2,23 \pm 0,13$, снижением уровня ХС ЛПВП до $1,12 \pm 0,04$ ммоль/л. В результате проведенного лечения отмечена положительная клиническая симптоматика, которая характеризовалась уменьшением проявлений астено-вегетативного синдрома в 95,4% случаев. При УЗИ не отмечено изменений размеров печени и эхографической структуры печеночной паренхимы. Компенсация сахарного диабета достигнута у 91,2% больных (уровень HbA1c составил $7,36 \pm 1,71$ %). Зарегистрировано достоверное снижение уровня АЛТ с $89,6 \pm 16,3$ МЕ/л до $39,2 \pm 6,7$ МЕ/л ($p < 0,05$), АСТ с $81,4 \pm 17,1$ МЕ/л до $41,6 \pm 8,3$ МЕ/л ($p < 0,05$). Отмечена тенденция к снижению уровня щелочной фосфатазы с 263 ± 43 МЕ/л до 198 ± 76 МЕ/л и g-глютамилтрансферазы с 196 ± 47 МЕ/л до 167 ± 58 МЕ/л ($p > 0,05$). Установлено положительное, хотя и статистически недостоверное, влияние на показатели липидного обмена, что характеризовалось снижением уровня триглицеридов (с $2,76 \pm 0,53$ ммоль/л до $2,31 \pm 0,78$ ммоль/л), ХС ЛПНП (с $3,74 \pm 0,25$ ммоль/л до $3,48 \pm 0,34$ ммоль/л), повышением уровня ХС ЛПВП (с $1,12 \pm 0,04$ ммоль/л до $1,19 \pm 0,09$ ммоль/л).

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о наличии гепатопротекторного эффекта у препарата «Тиоктацид», что позволяет рекомендовать его для использования в лечении НАСГ у больных сахарным диабетом.

010. РЕДКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ