

пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями ниже, чем популяционные показатели. В ограничении жизнедеятельности пациентов была весьма выражена роль эмоциональных проблем: показатель RE у них почти в 2,5 раза ниже, чем у здоровых людей. Также отмечалось выраженное снижение показателей общего восприятия здоровья (GH), энергичности, настроения и жизнеспособности (VT), психического здоровья (MH). В качестве примера приводим анализ динамики показателей качества жизни одного из пациентов с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки. За период пребывания пациента в стационаре гастроэнтерологического отделения и последующего диспансерного наблюдения в амбулаторных условиях больной С. был обследован традиционными клиническими методами, включая инструментальное исследование (эзофагогастродуоденоскопия ЭФГДС), а также с биопсией слизистой оболочки гастродуоденальной зоны и УЗИ органов брюшной полости. При этом установлен клинический диагноз язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки с локализацией язвы в пилорической части желудка и язвы луковицы двенадцатиперстной кишки. Соответствующим образом меняется и характер показателя повышения качества жизни в ходе стационарного лечения, последующего периода ремиссии через 3 и 6 месяцев. Однако при повторном рецидиве и появления язвы луковицы 12-перстной кишки произошло существенное ухудшение показателей качества жизни больного по критериям «боль», «жизнедеятельность» и «социальное функционирование».

Выводы (Заключение). Таким образом, системный анализ полученных нами материалов в сопоставлении с аналогичными данными зарубежных и отечественных авторов показывает, что все параметры шкал опросника SF-36 достаточно корректно соответствуют характеру и степени выраженности клинических симптомов большинства заболеваний системы органов пищеварения. Полученные результаты свидетельствуют, что в период ремиссии язвенной болезни происходит полное восстановление ранее нарушенных функций и наблюдается феномен «психологического маятника», ведущий к временной гипероценке больным своего физического, эмоционального и социального статуса. Факт повышенного уровня качества жизни у больных язвенной болезнью в фазе ремиссии отмечен и другими исследователями.

107. КАРДИАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГАСТРО-ЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Зверева С. И., Козлова Л. С.

Медицинский институт, г. Саранск, Республика Мордовия

Цель исследования: изучить распространенность и клинические особенности кардиальных проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

Материал и методы. Исследование проведено в рамках Многоцентрового исследования Эпидемиологии Гастроэзофагеальной Рефлюксной болезни в России («МЭГРЕ»). В ходе исследования изучалась эпидемиология ГЭРБ в г. Саранске. Для объективизации

полученной информации использовался метод интервьюирования с использованием переведенного на русский и культурально адаптированного опросника Клиники Мейо. Статистическая обработка полученных материалов проведена с применением пакета программы Statistica 6.0. Критерием статистической достоверности был уровень $p < 0,05$. Определялись средние значения, стандартные отклонения. Достоверность различий непараметрических данных оценивалась по χ^2 Пирсона.

В исследование вошли 1400 жителей г. Саранска в возрасте от 17 до 75 лет (средний возраст – $35,3 \pm 13,2$ лет), в том числе 478 мужчин (средний возраст – $34,8 \pm 13,8$ лет) и 922 женщины (средний возраст $32,5 \pm 12,8$ лет). ГЭРБ диагностировали, руководствуясь Монреальским консенсусом (2006) на основании симптомов рефлюкса (изжога, отрыжка, боль в эпигастральной области) с учётом частоты и длительности возникновения эпизодов изжоги без применения дополнительных методов обследования.

Результаты и их обсуждение. Анализ результатов показал, что типичный для ГЭРБ, симптом – изжогу с разной частотой и степенью выраженности отмечали 49,6% респондентов. Диагностически значимые изжога и/или регургитация с частотой 1 раз в неделю и более в течение последних 12 месяцев выявлены у 139 (9,9%) респондентов. Боль за грудиной разной интенсивности и частоты отмечали 360 (25,7%) респондентов в возрасте от 18 до 85 лет (средний возраст – $38,8 \pm 15,0$ лет), из них частое появление боли за грудиной (1 раз в неделю и чаще) наблюдалось у 64 респондентов (17,8%). Распространенность данного симптома была выше среди опрошенных имеющих признаки ГЭРБ (43,9%) по сравнению с респондентами без признаков ГЭРБ (23,7%) ($p < 0,05$). При изучении условий, способствующих возникновению боли за грудиной выявлено, что в 46% случаев предшествовала физическая нагрузка. 13 % опрошенных появление симптома связывали с приемом пищи или изменением положения тела (горизонтальное, наклоны вперед). У 22% респондентов боли за грудиной возникали как при физической нагрузке, так и после приема пищи или изменении положения тела. 19% респондентов, имеющих данный симптом, не отмечали связи появления боли за грудиной с названными факторами. Выявлена зависимость условий возникновения боли за грудиной от наличия у респондентов симптомов, присущих ГЭРБ. Достоверно чаще боли за грудиной возникали после приема пищи и/или изменения положения тела и при сочетании приема пищи и физической нагрузки. С одной стороны, такое сочетание условия возникновения симптома значительно затрудняет дифференциальную диагностику болей за грудиной кардиального и пищеводного происхождения, с другой – может указывать на сочетание двух заболеваний у одного больного. В ходе исследования изучались способы купирования загрудинных болей респондентами. Выявлено, что респонденты с частой изжогой и /или регургитацией для купирования боли за грудиной чаще использовали нитраты, чем антацидные препараты, в то время как респонденты, не имеющие признаков ГЭРБ с этой целью достоверно чаще использовали антациды. Этот факт еще раз подчеркивает трудность дифференциальной диагностики кардиальных проявлений ГЭРБ и ИБС. При

опросе респондентов, имеющих боли за грудиной выявлена их низкая обращаемость к врачу: 65% опрошенных не обращались к врачу по поводу данного симптома. Из 35% респондентов, обратившихся к врачу по поводу загрудинных болей в течение года сделали это 1-2 раза – 65,1%, 5-6 раз – 16,7%, 6-10 раз – 8,7%. более 10 раз – 9,5%. Несколько чаще к врачу по поводу загрудинных болей обращались респонденты с признаками ГЭРБ, чем без таковых (42,6% и 32,4% соответственно).

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о большой распространенности симптома боли за грудиной, особенностях их клинических проявлений у лиц с признаками ГЭРБ и сложности дифференциальной диагностики болей пищевого и кардиального генеза. В этой связи представляется целесообразным проводить тщательное обследование пациентов, имеющих загрудинные боли с использованием не только методов для изучения функционального состояния сердечно-сосудистой системы, но и методов, позволяющих выявить наличие патологических гастроэзофагеальных рефлюксов и состояние слизистой оболочки пищевода.

108. АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ОСТРОГО ТОКСОПЛАЗМОЗА

Зембатова С.Х.

ГОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования, кафедра инфекционных болезней, г. Москва, Россия

Токсоплазмоз может быть одной из причин длительного лихорадочного состояния, не поддающегося обычным средствам терапии. Повышение температуры может быть единственным объективным признаком токсоплазмозной инфекции, носить как постоянный, так и перемежающийся характер. У 2/3 больных лихорадка сопровождается увеличением лимфатических узлов. Чаще в процесс вовлекаются шейные, затылочные, подмышечные, реже- паховые лимфатические узлы, возможно увеличение медиастинальных, мезентериальных и других глубоких групп лимфоузлов.

Так, по данным Городского Центра по токсоплазмозу из 40 обследованных больных, единственной жалобой было длительное повышение температуры тела (от 6 мес. и более). Из них диагноз токсоплазмоза установлен у 8 пациентов (20%) - I группа, среди 36 больных с лимфаденитами- у 6 (16,6%) - II группа. Проводимое клиническое обследование больных, помимо общепринятого, включало консультации специалистов: гематолога, онколога, фтизиатра; по показаниям – проводилась биопсия лимфатического узла.

У пациентов I группы выраженной системной и органной патологии не отмечалось, в клинической картине преобладал интоксикационный синдром: снижение работоспособности, слабость, летучие боли в мышцах, суставах, познабливание. Температура повышалась до 37,5С- у 4 больных, до 38С- у 3, до 38,5С- у 1 больного.

У II группы больных на фоне повышенной температуры, интоксикационного синдрома наблюдалось увеличение периферических лимфатических узлов- шейных, подмышечных, паховых, до диаметра 1x1 см.

При пальпации лимфатические узлы мягкие, чувствительные, с подкожной клетчаткой не спаянные. Одновременно с увеличением лимфатических узлов отмечался гепатолиенальный синдром.

Всем больным проводилось иммунологическое обследование, в динамике РНИФ, ИФА, IgG, IgM. Наблюдаемые пациенты изначально имели положительные антитела класса IgM и IgG к токсоплазме, а также высокий титр антител в РНИФ (>1:1280).

У всех больных отмечался хороший терапевтический эффект от применения 1-2 курсов этиотропных препаратов: Фансидар или Бисептол по классической схеме и Фолиевой кислоты. При непереносимости препаратов группы перимитамин, назначался Ровамицин. После проведенного лечения нормализовалась температура, исчезли симптомы интоксикации, уменьшались в размерах лимфатические узлы. Все пациенты, которым был выставлен диагноз и проведена этиотропная терапия находятся на диспансерном учете в Центре по токсоплазмозу.

109. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ГЕПАТОЦИТОВ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Иванов А.Г., Зорина В.А.

Кафедра внутренних болезней с курсами лучевых методов диагностики, лечения и военно-полевой терапии ИГМА, МЗ УР, г. Ижевск

Актуальность: циррозы печени являются одним из наиболее актуальных разделов гастроэнтерологии. Это связано с широкой распространенностью, тяжестью течения и высокой летальностью больных этой патологией. По данным экспертов Всемирной Организации Здравоохранения, циррозы печени занимают первое место среди причин смерти от болезней органов пищеварения (исключая опухоли). Несмотря на достижения в изучении этиологии и патогенеза циррозов печени, вопросы их диагностики и лечения на современном этапе окончательно не решены. Используемые в клинической практике методы изучения гепатобилиарной системы (ультрасонография, компьютерная томография) не всегда позволяют получить достаточно полную информацию о функциональном и анатомо-топографическом состоянии печени, внутрипеченочных желчных протоках, желчном пузыре, холедохе и сфинктере Одди. Длительное наблюдение за функциональным состоянием гепатобилиарной системы возможно только при помощи динамической гепатобилисцинтиграфии, принцип действия которой заключается в непрерывной регистрации процесса прохождения через гепатоциты и желчевыводительную систему внутривенно введенного радиофармацевтического препарата.

Цель работы: состояла в изучении функционального состояния гепатобилиарной системы у больных циррозом печени с помощью гепатобилисцинтиграфии.

Материал и методы: в соответствии с поставленной целью в комплексное клиническое исследование было включено 45 пациентов с циррозом печени вирусной (HBV, HCV, HDV), алкогольной, смешанной и криптогенной этиологии (классы А и В по Child-Pugh).