

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

заболевания и взаимосвязана со степенью выраженности почечного синдрома и уровнем азотемии.

При микроскопическом исследовании отмечается очаговая или диффузная лейкоцитарная и лимфоцитарная инфильтрация межжелудочковой соединительной ткани и собственной пластинки различной степени выраженности. Характерны изменения сосудов микроциркуляторного русла, заключающиеся в резко выраженном полнокровии и утолщения стенок капилляров. На фоне полнокровных сосудов обнаруживались очаговые кровоизлияния, преимущественно в поверхностных отделах слизистой оболочки различной протяженности. При цитологическом исследовании мазков-отпечатков отмечена существенная пролиферация клеток покровно-ямочного эпителия на фоне большого количества клеточных элементов воспаления, что является проявлением компенсаторно-приспособительных процессов в слизистой оболочке желудка.

В 36,7% эрозивно-язвенные поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта были ассоциированными с *Helicobacter pylori*. «Обсемененность» слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori* была незначительной. На ряду со спиральными присутствовали и кокковые формы. В этих же случаях отмечены признаки атрофии покровно-ямочного эпителия с развитием склеротических процессов в строме.

Заключение. Таким образом, у больных лептоспирозом и ГЛПС, закономерно выявляются изменения слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта, от минимальных (поверхностный гастрит), до эрозивно-язвенных, соответствующие тяжести течения основного заболевания и выраженности почечного синдрома. Морфологические изменения слизистой желудка, при этих инфекционных заболеваниях были неспецифичными и характеризовались изменениями сосудов микроциркуляторного русла, увеличением количества внутриэпителиальных лимфоцитов и очаговыми кровоизлияниями, приводящими к острому эрозивным повреждениям эпителия. Указанные изменения имеют неспецифический характер, а в части случаев в механизмах поражения ЖКТ может иметь значение *Helicobacter pylori*.

133. НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ (НЖБП) И КОМПОНЕНТЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (АГ)

Кожин П.М., Антонов Д.А.

Клиника Научного Центра Клинической и Экспериментальной Медицины СО РАМН, г. Новосибирск, Российская Федерация.

Неалкогольная жировая болезнь печени является одним из самых распространенных заболеваний в гепатологии, приводящим к ухудшению качества жизни, повышению риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, независимо от других предикторов и проявлений метаболического синдрома, инвалидизации и смерти.

Целью исследования являлось изучение особенности сочетания неалкогольной жировой болезни печени с гипертонической болезнью и ее взаимосвязь с компонентами метаболического синдрома.

Материалы и методы. Обследовано 64 пациента с гипертонической болезнью 2-3 стадии, 2й степени, средний возраст 53,85±1,29 года. Диагноз АГ ставился в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения и Международного общества по изучению артериальной гипертонии (ВОЗ/МОАГ) 1999 года. Определялись следующие показатели: индекс массы тела (который определяли как отношение массы тела (кг) к росту в квадрате (м²)), объем талии, показатели липидного спектра (общий холестерин, триглицериды, а-хлестерин, липопротеины низкой плотности), гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТП), мочевого кислота, глюкоза в капиллярной крови, скорость клубочковой фильтрации, индекс массы миокарда по формуле PENN. Группу сравнения составил 31 пациент без жировой болезни печени, средний возраст 54,6±1,72 года и 33 пациента с жировой болезнью печени средний возраст 53,0±1,97 года.

Результаты: Различия между контрольной группой и пациентами с жировой болезнью печени были получены относительно индекса массы тела $p < 0.01$ 27,78±0,62 34,37±1,20 кг/м², объема талии $p < 0.01$ 93,62±2,09 107,12±2,93 см, скорости клубочковой фильтрации $p < 0.01$ 74,48± 2,32 78,85±2,22 мл/мин, ГГТП $p < 0.05$ 67,34± 25,40 72,73±19,35 Ед/л. Анализ частоты сочетания жировой болезни печени от стадии гипертонической болезни установил отсутствие достоверных отличий, различия получены по уровню триглицеридов $p < 0.01$ 1,59±0,10 2,47±0,28 ммоль/л, а-холестерина $p < 0.05$ 1,45± 0,06 1,32±0,22 ммоль/л, липопротеинов низкой плотности $p < 0.05$ 3,79±0,16 3,20±0,19 ммоль/л, скорости клубочковой фильтрации $p < 0.05$ 98,83±4,67 96,30± 10,14 мл/мин, соответственно для 2й и 3й стадии. Различия между пациентами без жировой болезни печени и при ее наличии при 2й стадии получены по индексу массы тела $p < 0.01$ 28,11±0,95 32,82±1,21 кг/м², ГГТП $p < 0.01$ 39,52±12,38 81,89±30,07 Ед/л, а-холестерина $p < 0.05$ 1,57±0,08 1,35±0,09 ммоль/л, скорости клубочковой фильтрации $p < 0.01$ 86,18±4,63 109,58±6,93 мл/мин соответственно; при 3й стадии по индексу массы тела $p < 0.01$ 27,91± 1,98 38,96± 3,59 кг/м² и общему холестерину $p < 0.05$ 5,16± 0,40 6,16± 0,19 ммоль/л соответственно.

Таким образом, неалкогольная жировая болезнь печени у пациентов с гипертонической болезнью характеризуется более выраженными метаболическими изменениями в липидном спектре, сопровождается повышенным уровнем независимых предикторов сердечно-сосудистого риска, таких как индекс массы тела, объем талии, ГГТП, по сравнению с пациентами, страдающими гипертонической болезнью без сочетания с неалкогольной жировой болезнью печени; что диктует необходимость разработки мероприятий и программ по дифференцированному подходу к первичной и вторичной профилактики данных синдрома.

134. ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ ТОНКОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ