

районом с наиболее высокой заболеваемостью ЯБ является РК. В 2012 г. общая заболеваемость ЯБ желудка и ДПК населения региона составила 2200,9 случая на 1000 чел. населения, что соответствует уровню 2011 г. (2201,2 случая на 1000 чел. населения) и превышает аналогичный показатель в 2010 г. на 3,3%. Общая заболеваемость ЯБ желудка и ДПК населения Карелии в 2 раза выше, чем в других регионах Европейского Севера и в 2–2,5 больше, чем в РФ в целом. Наименьшая общая заболеваемость ЯБ желудка и ДПК на Европейском Севере за 2012 г. отмечена в НАО, а первичная — в Вологодской области. При этом в Мурманской и Архангельской областях в течение последних 3 лет отмечается снижение общей заболеваемости ЯБ.

Сложившаяся в РК ситуация с высокой общей заболеваемостью населения ЯБ желудка и ДПК диктует необходимость изучения данного вопроса и поиск путей решения этой проблемы.

## О

### 89. Оценка качества жизни при язвенной болезни в профессиональных группах работников железнодорожного транспорта

Оганезова И. А., Прудиева Т. В.

СЗГМУ им. И. И. Мечникова,  
Санкт-Петербург, Отделенческая клиническая  
больница на станции Минеральные Воды  
ОАО РЖД, Пятигорск, Россия

**Цель исследования:** охарактеризовать параметры качества жизни (КЖ) при язвенной болезни (ЯБ) в профессиональных группах работников железнодорожного транспорта (ЖД) и их связь с клиническими особенностями рецидива заболевания.

**Материалы и методы.** Были сформированы 3 обобщенные подгруппы ЖД: машинистов (14 человек), проводников (18 человек) и работников пути (20 человек). Для оценки качества жизни использовали опросник MOS SF-36.

**Результаты.** Системообразующими факторами КЖ у ЖД были общее психическое (МН) и физическое здоровье (PF), а также социальное ролевое функционирование (SF), оценка которого достоверно уменьшалась по мере увеличения продолжительности заболевания ( $r_{SF}$ -давность ЯБ =  $-0,66$ ;  $p = 0,043$ ). Самые низкие значения физической работоспособности (PF), жизнеспособности (VT), эмоционального состояния (RE), психического здоровья (МН) выявлены в группе проводников. При анализе корреляционных матриц установлены значимые связи между параметрами КЖ и клинико-анамнестическими данными, в частности, давностью ЯБ. Так, в группе машинистов системообразующим показателем КЖ была оценка респондентами психического здоровья ( $r_{МН}$ -давность ЯБ =  $-0,94$ ;  $p = 0,019$ ). В группе проводников наиболее существенные корреляционные связи были образованы показателем социального функционирования (SF) ( $r_{SF}$ -давность ЯБ =  $-0,66$ ;  $p = 0,043$ ). В группе работников пути установлены связи между параметрами физического функционирования (PF), возрастом и профессиональным стажем:  $r_{PF}$ -возраст =  $-0,72$ ;  $p = 0,029$ ;  $r_{PF}$ -профстаж =  $-0,68$ ;  $p = 0,041$ .

Таким образом, среди основных причин снижения КЖ при ЯБ помимо проявлений самого заболевания больные отмечают необходимость ограничительного поведения, нарушение социальных контактов и трудности в профессиональной сфере.

### 90. Особенности стоматологического статуса у больных целиакией

Орешко Л. С., Дерябина Л. В.

СЗГМУ им. И. И. Мечникова (каф.  
пропедевтики внутренних болезней),  
Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оценить состояние зубов и зубной эмали у больных целиакией.

Целиакия относится к мультифакториальным заболеваниям, отличительной особенностью которых является то, что наследственная предрасположенность к болезни имеет полигенную основу. Развитие и клиническая симптоматика в каждом конкретном случае определяется суммарным действием множества генных локусов и факторов внешней среды. Это заболевание сопровождается синдромом мальабсорбции, сопровождающимся нарушением пристеночного пищеварения и всасывания питательных веществ в тонкой кишке. Несмотря на то, что в последние годы целиакия может протекать без ярких клинических проявлений, у ряда больных отсутствует диарея, стеаторея, часто в клинической картине наблюдаются у больных целиакией признаки минерало-витаминной недостаточности. Известно, что уровень минеральных компонентов в организме определяет минерализацию зубов, и их недостаток неблагоприятно сказывается на состоянии зубов и прилегающих костных тканей. При структурной неполноценности эмали и дентина и повышенной сопротивляемости тканей пародонта происходит патологическая стираемость зубов при морфологической полноценности эмали и дентина, сниженной толерантностью пародонта — поражение его тканей. Вышеизложенное свидетельствует об актуальности проблемы и диктует необходимость проведения исследования этой категории пациентов.

**Результаты работы.** Были осмотрены 16 человек в возрасте от 24 до 54 лет с диагнозом целиакии, установленным на основании результатов клинико-анамнестического, генетического, инструментального исследований, морфологического изучения биоптата слизистой оболочки кишки.

Больные предъявляли жалобы, обусловленные желудочной и кишечной диспепсией: тошнота, отрыжка, изжога, вздутие, метеоризм, боли в животе.

Целенаправленное обследование зубочелюстной системы больных показало, что у 100% обследованных выявлена патологическая стираемость зубной эмали. Согласно классификации А. Л. Грозовского у 14 пациентов выявлена горизонтальная форма повышенной стираемости зубов, у 2 больных — фронтальная форма, при этом у 11 пациентов определялась I степень, у 5 — II степень повышенной стираемости эмали. Исследование у 5 больных выявило скученность зубов, которая расценивалась как стоматологические проявления синдрома дисплазии соединительной ткани и сочеталась с другими признаками дисплазии соединительной ткани у этих пациентов.

У 2 пациентов диагностирована частичная адентия. У одного пациента с заболеванием, сопровождающимся синдромом мальабсорбции, выявлена вторичная адентия. У 2 пациентов наблюдались признаки заболевания пародонта. Гигиеническое состояние у пациентов было расценено как удовлетворительное.

**Выводы.** Таким образом, выявленные зубочелюстные аномалии диктуют необходимость выделения пациентов с целиакией в диспансерную группу для наблюдения и оказания высокоспециализированной стоматологической помощи.

#### 91. Современные возможности профилактики стеатогепатита у больных с метаболическим синдромом

Осадчук М. А., Осадчук М. М., Урюпин А. А., Буторова Л. И.

ПГМУ им. И. М. Сеченова, Городская поликлиника № 109, Москва, Россия

**Цель исследования:** оценить безопасность и эффективность терапии урсодоксихолевой кислотой (УДХК) в комбинации с симвастатином (СС) при лечении дислипидемии у больных с неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ) и метаболическим синдромом (МС).

**Материал и методы.** Обследованы 30 пациентов с МС и НАСГ, подтвержденным клинико-лабораторными и ультразвуковыми исследованиями, и лабораторно доказанной атерогенной дислипидемией. Средний возраст мужчин составил ( $52 \pm 12$ ) лет, женщин — ( $66 \pm 12$ ) лет. Всем больным были проведены биохимический анализ крови, осуществлен серологический скрининг вирусного гепатита (HBsAg, анти-НСV), исследовался липидный спектр крови (триглицериды, общий холестерин, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП), уровень глюкозы натощак. Инструментальное обследование включало УЗИ и/или КТ органов брюшной полости. Обследование проводилось на этапе скрининга и/или включения пациента в исследование и через 30 дней на фоне лечения.

**Результаты.** На фоне совместной терапии СС и УДХК через 30 дней не зафиксировано ни одного случая превышения значений АЛТ и АСТ в исходном периоде, напротив, наметилась тенденция к снижению среднего значения уровня маркеров цитолиза: через 30 дней средний уровень АЛТ понизился до ( $55 \pm 15$ ) МЕ/л, АЛТ — до ( $45 \pm 15$ ) МЕ/л. У 7 (23,3%) пациентов отмечена нормализация АЛТ и АСТ.

**Выводы.** Таким образом, комбинированная терапия статинами и УДХК у пациентов с МС и НАСГ позволяет малыми и средними дозами статинов достичь эффективного снижения уровня общего холестерина и ХС ЛПНП с одновременным нивелированием побочных эффектов статинов.

#### 92. НПВП-гастропатия: факторы риска возникновения и пути профилактики

Осадчук М. М., Урюпин А. А., Гольшков С. Б.

Городская поликлиника № 109, Москва, Россия

**Цель исследования:** определить значимые факторы риска возникновения и пути профилактики НПВП-гастропатии.

**Материал и методы.** Обследованы 42 больных с НПВП-гастропатиями. Группу сравнения составили 24 больных с хроническим атрофическим гастритом. Возраст больных колебался от 56 до 74 лет. Все обследованные страдали стенокардией напряжения 2 функционального класса, в связи с чем получали ацетилсалициловую кислоту в суточной дозе 100 мг в сутки. Диагноз НПВП-гастропатии базировался на анамнестических и эндоскопических (наличие эрозивно-геморрагического гастрита) данных. В работе учитывались следующие факторы риска: объем талии и индекс массы тела, гепатомегалия, наличие гиперхолестеринемии, артериальной гипертензии, курение, прием алкоголя, прием статинов и гипотензивных препаратов, повышение уровня АЛАТ и АСАТ в плазме крови.

**Результаты.** НПВП-гастропатия достоверно чаще возникала у лиц, длительно принимающих аспирин, страдающих стеатогепатитом, при повышении уровня липопротеидов низкой плотности, курящих, злоупотребляющих алкогольными напитками, принимающих антагонисты кальция. Значительно реже НПВП-гастропатия возникала у больных, получающих бета-адрено-блокаторы и статины. Не выявлены значимые различия в возникновении НПВП-гастропатии в зависимости от массы тела и степени повышения артериального давления.

**Выводы.** Среди факторов риска возникновения НПВП-гастропатии наиболее значимыми выступают курение, злоупотребление алкоголем, повышение уровня холестерина низкой плотности, прием антагонистов кальция.

## II

#### 93. Поражение поджелудочной железы при стенозе чревного ствола в зависимости от степени гемодинамических нарушений

Пак С. Ф.

СПбГУ (мед. ф-т, каф. пропедевтики внутренних болезней), Санкт-Петербург, Россия,  
e-mail: dr-61paksf@yandex.ru

**Цель исследования:** определить частоту поражения поджелудочной железы у больных со стенозом чревного ствола (СЧС) в зависимости от степени гемодинамических нарушений.

**Материал и методы.** Обследованы 38 пациентов в возрасте от 20 до 74 лет, страдающих СЧС. Всем больным произведено клиническое обследование, УЗИ органов брюшной полости, дуплексное сканирование сосудов брюшной полости, клинический анализ крови, биохимические показатели функции печени и поджелудочной железы, копрограмма. В зависимости от степени выраженности гемодинамических нарушений все пациенты были разделены на 3 группы — с гемодинамически незначимым СЧС — 10 больных, с гемодинамически выраженным СЧС — 18, с гемодинамически резко выраженным СЧС — 10. В исследование не вошли больные с поражением гепатобилиарной системы, а также злоупотребляющие алкоголем.

**Результаты.** При УЗИ ОБП признаки поражения поджелудочной железы выявлены у 4 (22%) больных с гемодинамически выраженным СЧС,