

**Материалы и методы исследования:** В исследовании были включены две группы пациентов, в количестве 130 человек, с симптомами ГЭРБ. Первая группа составила 58 человек (28 женщин, 30 мужчин) в возрасте от 18 до 60 лет (молодого и зрелого возраста). Вторая группа составила 72 человека (23 женщины, 49 мужчин) пожилого и старческого возраста от 61 до 88 лет. Продолжительность течения ГЭРБ в исследуемых группах от 1 года до 25 лет. Сроки наблюдения более 5 лет. Для оценки состояния пациентов ГЭРБ использованы следующие методы обследования: клиничко-лабораторное обследование, ЭГДС, рентгенологический (методика одномоментного двойного контрастирования с водной взвесью сульфата бария), эндоскопическая рН-метрия, психометрия.

**Результаты:** У пожилых и старых были выявлены важные особенности клинического течения: достоверно чаще у исследуемой группы больных (по сравнению с контрольной группой – молодого и зрелого возраста) отмечались чувство изжоги (ежедневно, ночью, еженедельно); боли за грудиной – чувство тяжести за грудиной; дисфагия, тошнота, рвота. Достоверно чаще – в 7 раз отмечались внепищеводные проявления (ночной кашель, осиплость голоса, фарингит).

Более тяжелое и своеобразное течение ГЭРБ у пожилых и старческом возрасте можно объяснить рядом причин. Среди факторов, усугубляющих течение ГЭРБ у пожилых и лиц старшего возраста, следует отметить следующее: курение, приём алкоголя, ожирение, приём различных лекарственных средств (НПВС, нитраты, производные эуфилина), а также сочетание с другими заболеваниями пожилого и старческого возраста (ожирение, ИБС, сахарный диабет, болезни суставов, желчнокаменная болезнь, болезни ЖКТ). При ЭГДС у больных исследуемой группы по сравнению с данными более молодой группы чаще отмечены более выраженные изменения: рефлюкс-эзофагит 2-3-4 степени тяжести (соответственно в 16%, 14%, 5%) по сравнению с частотой рефлюкс-эзофагита у контрольной группы (8%, 4%, 1,5%). Пищевод Барретта в 7 раз чаще выявляется у исследуемой группы больных.

У 9 пациентов (6,92%) пожилой группы рефлюкс-эзофагит осложнился кровотечением из эрозий и язв пищевода, что потребовало срочной госпитализации в хирургическое отделение.

Медикаментозную терапию пожилым пациентам с ГЭРБ (учитывая длительный анамнез заболевания, более тяжелую форму эзофагита и сопутствующие заболевания) мы начинали сразу с применения ингибиторов протонной помпы в сочетании с антацидными препаратами и альгинатами (маалакс, гевискон). В качестве ИПП назначался пациентам препарат Ультоп (омепразол) компании КРКА, двукратный прием в дозе 20 мг в утренние и вечерние часы. У пациентов с неэрозивным рефлюкс – эзофагитом длительность приема составила 4 недели. У пациентов в эрозивно-язвенной форме эзофагита от 8 до 16 недель, у пациентов с сопутствующими заболеваниями (ИБС, БА, РА) необходимо переходить на поддерживающие дозы препарата (20 мг однократно) в течение длительного периода до года. Также эффективна терапия ИПП «по требованию», то есть после основного курса лечения,

при возникновении симптомов ГЭРБ, прием препарата в дозе 20 мг от двух до трех раз в неделю.

**Выводы:**

К числу клинических особенностей течения ГЭРБ у пожилых относится:

- Длительный анамнез течения ГЭРБ и высокий риск развития пищевода Барретта;
- Наличие более тяжелых форм рефлюкс-эзофагита: эрозивно-язвенный, эзофагиты, осложняющиеся кровотечениями;
- Более частые внепищеводные проявления ГЭРБ;
- Наличие сопутствующих заболеваний (ИБС, ожирение, болезни суставов, хронические обструктивные заболевания лёгких), по поводу которых больные принимают лекарственные средства, отрицательно влияющие на ГЭРБ.
- Наличие устоявшихся поведенческих привычек (курение, алкоголь, нарушение режима питания);
- полученные результаты указывают на необходимость периодического усиления терапии ИПП у пожилых, особенно при сочетании с ИБС, ХОБЛ, ожирением, болезнями суставов;
- У пожилых больных ГЭРБ при развитии признаков тревоги и депрессии показано назначение антидепрессантов, смягчающих течение заболевания (феварин).

**048. ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ, ВЫЗВАННОЕ ПРИЕМОМ ЧИСТОТЕЛА. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ.**

Василенко В. В. , Тимофеев С. Е. , Фролова Н. И.  
ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия  
Краткий обзор клинического случая

Женщина 43 лет, бухгалтер. Не курит, алкогольные напитки, по ее утверждению, употребляет 1-2 раза в месяц в количестве не более 250 мл вина. В возрасте 20 лет перенесла радикальную экстирпацию матки по поводу цистаденокарциномы. После операции в течение двух лет осуществлялась химиотерапия. Заместительная гормональная терапия не проводилась и не проводится.

В июне 2009 г., через 3 дня после пищевого эксцесса, появились неинтенсивные, не иррадиирующие боли, локализованные в левой подвздошной области, и общая слабость. При расспросе выяснилось, что пациентка ежегодно на протяжении 22 лет «для профилактики рака» в течение месяца осенью пила настой сухой травы чистотела, которую приобретала на рынках.

Динамика печеночных показателей за весь период болезни:  $\gamma$ -ГТП повышалась максимально в 2,5 раза (при первом определении), АсАТ и АлАТ – в полтора раза (при третьем определении); соотношение АсАт/АлАт  $\approx$  0,73-0,78. Концентрация билирубина однократно превысила верхнюю границу в 1,4 раза. Активность щелочной фосфатазы стабильно нормальная. Определение альфа-амилазы (диастазы) в моче и в крови не обнаруживало отклонений от референсных значений. Холестерол общий менялся незначительно (максимально превысил норму в 1,16 раза) и нормализовался.

Контрольное рентгеновское исследование, как и было рекомендовано, проведено через три месяца. По

результатам исследования (МСКТ) не выявлено патологии печени и поджелудочной железы.

Отклонения в биохимических показателях, в том числе и уровня ферритина, трактовали как цитолитический синдром, вызванный приемом внутрь препарата чистотела. Клиника соответствовала формирующейся билиарной дисфункции преимущественно по панкреатическому типу, закрепляющейся под мощным ятрогенным воздействием. Субъективные проявления гепатита в целом были типичными: астенический, болевой и диспептический синдромы (снижение аппетита, тошнота, непереносимость жирной пищи).

Данное наблюдение показывает, что фитогепатопатии могут протекать без симптомов холестаза и встречаются они, по-видимому, чаще, чем ранее предполагалось.

Интерпретация умеренного (до трехкратного) повышения активности аминотрансфераз и гамма-глутамилтранспептидазы сыворотки крови иногда вызывает затруднения. Практически, в отсутствие признаков хронических диффузных заболеваний печени, обычно ответственны за подобные лабораторные отклонения, следующие факторы или их сочетание: этанол, лекарства и БАДы, непривычная пища, наличие неалкогольного стеатогепатоза, причем чаще это отмечают у женщин. Целесообразной в подобных случаях представляется тактика выжидательная: клиническое наблюдение и повторение минимума печеночных лабораторных тестов не ранее чем через три месяца; при развитии лекарственного гепатита с аутоиммунным компонентом нормализация показателей может произойти гораздо позже.

Чистотел большой, *Chelidonium majus* L., — растение, относящееся к монотипическому роду чистотел, семейства маковых. В Российской Федерации зарегистрировано растительное сырье Чистотела трава (*Chelidonii herba*). Фармакологическая активность чистотела к настоящему времени изучена довольно полно. Она обусловлена преимущественно алкалоидами хелидониином (основной), гомохелидониином, протопином, сангвиритрином (сумма алкалоидов сангвинарина и хелеретрина). Масштабные исследования лечебных свойств чистотела сейчас осуществляют в Украине. Проводятся клинические испытания препарата *Ukrain* (NSC-631570) для приема внутрь с целью лечения злокачественных новообразований разной локализации.

Свежий документ Всемирной организации здравоохранения рекомендует на упаковках медикаментов на основе ЧБ для приема внутрь писать предупреждение о том, что лекарство может применяться только по назначению врача. Европейская организация, занимающаяся безопасностью косметических средств также предупреждает о рисках приема препаратов ЧБ внутрь. Токсичность ЧБ подчеркивается и в современных руководстве по опасным растениям и руководстве по гепатологии.

#### 049. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И ХРОНИЧЕСКИЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ

Васильева Н.В., Варганова Д.Л., Климова Н.Н., Кузьмина О.А., Таланова О.С., Трифонова М.С., Арямкина О.Л., Рузов В.И.

Ульяновский государственный университет  
Ульяновск, Россия

Артериальная гипертензия и хронический вирусный гепатит относятся к медико-социальным проблемам современной России (Федеральная Целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007–2011 годы»). Известно, что артериальная гипертензия встречается у трети-четверти больных хроническим вирусным гепатитом, особенно гепатитом С. Хронический вирусный гепатит и артериальная гипертензия характеризуются сложностью дифференциальной диагностики, при их сочетании - ухудшением прогноза течения заболеваний. Полиморбидность требует изучения определения патогенеза, коррекции лечебно-диагностической тактики данной коморбидности, а также оценки краткосрочного, долгосрочного прогнозирования их течения и исходов.

Цель исследования - изучить клинико-патогенетические аспекты полиморбидности хронического вирусного гепатита (ХВГ) и артериальной гипертензии (АГ). Для реализации цели поставлены задачи: выявить частоту встречаемости АГ при ХВГ с учетом стадии заболевания – гепатит, цирроз, его этиологии; изучить возможные патогенетические механизмы формирования АГ у больных хроническим вирусным гепатитом.

Материалы и методы. Дизайн исследования – проспективное, рандомизированное, проведенное методом случай-контроль сплошной выборкой за период 01.2008-03.2010 годы. Обследованы 102 больных - хроническим гепатитом (51) и циррозом печени (51) В, С и В+С гастроэнтерологического отделения ГУЗ ОКБ г. Ульяновска. Получено добровольное информированное согласие пациентов на исследование. Хронический гепатит (ХГ), цирроз печени (ЦП), их внепеченочные заболевания и артериальную гипертензию (АГ) диагностировали по стандартным критериям. Спектры маркеров HBV- и HCV-инфекции верифицировали методом ИФА, проводили ПЦР (качественно, количественно). Микроальбуминурию, СРБ, ЦИК относили к маркерам эндотелиальной дисфункции. Использовали программные пакеты STATISTICA 6.0, SPSS 13.0. Рассчитывали величину отношения шансов (OR - odds ratio).

Результаты и обсуждения. Средний возраст больных составил 46,8±1,43 лет (95% ДИ 44-49,7) с равным соотношением мужчин/женщин 1:1 и при ХГ и при ЦП. Маркеры моно- и микстинфекции В и С верифицированы в 35 (34,3%), 63 (61,8%) и 4-х (3,9%) случаях соответственно. Возраст больных ХГ варьировал от 17 до 74 лет, составив 43,7±2,3 года (95% ДИ 39,1-48,3), ЦП – от 26 до 76 лет, составив 49,9±1,63 лет (95% ДИ 46,7-53,2) (p<0,01). В половине случаев - у 56 (54,9%) диагностирована АГ, у 25 больных ХГ и у 31 больного ЦП (p>0,05). Различий в частоте встречаемости АГ ни при ХГ ни при ЦП различной этиологии - В, С и В+С не выявлено ( $\chi^2$ =н/д). В 2/3 случаев ХГ и ЦП АГ диагностирована впервые при обследовании больных и частота ее встречаемости увеличивалась с возрастом пациентов (p>0,05).

Согласно номенклатуре ВОЗ/МОГ 1999-2001 и ВНОК 2008 гг. при ХГ В и ЦП В АГ соответствовала