

4. ЭГДС трансназально повторно (контроль лечения, динамическое наблюдение) – 57.

Высокий уровень тревожности выявлен у пациентов 1 и 2 групп; умеренный и низкий уровень тревожности выявлен у пациентов 3 и 4 групп.

**Выводы.** 1. Применение технологии FICE улучшает диагностику ГЭРБ, т.к. при использовании различных длин волн удается диагностировать мельчайшие изменения эпителия пищеводно-желудочного перехода. 2. Трансназальная ЭФГДС значительно лучше переносится пациентами, что позволяет рекомендовать ее для широкого применения в клинической практике, особенно для диагностики ГЭРБ. 3. Использование инверсионного осмотра и оценка степени недостаточности кардии дает возможность оценить прогностический результат консервативного лечения. 4. Наличие у пациентов недостаточности кардии 3-4 ст. и сопутствующего рефлюкс-эзофагита 1-2 ст. предполагает направление пациента в хирургическую клинику для проведения оперативного лечения, направленного на восстановление запирающей функции нижнего пищеводного сфинктера и коррекции грыжи, для исключения в последующем развития осложненных форм ГЭРБ. 5. Метод FICE требует дальнейшего клинического применения для изучения максимально полного использования его возможностей.

## 261. ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ГОРОДСКОГО СТАЦИОНАРА

Сторожаков Г.И.<sup>1</sup>, Федоров И.Г.<sup>1,2</sup>, Косюра С.Д.<sup>1,2</sup>, Мерзликина Н.Н.<sup>1,2</sup>, Ильченко Л.Ю.<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Кафедра госпитальной терапии № 2 лечебного факультета РГМУ им. Н.И. Пирогова; <sup>2</sup>Городская клиническая больница № 12 Департамента здравоохранения г. Москвы

**Цель исследования:** проанализировать особенности течения, трудности диагностики и лечения циррозов печени (ЦП) у пациентов в гастроэнтерологическом отделении (гэо) стационара мегаполиса.

**Материалы и методы.** В исследование включено 208 больных ЦП различной этиологии. Из них: мужчин – 147, женщин – 61 в возрасте 37-70 лет. Выраженность печеночно-клеточной недостаточности соответствовала классу «В-С» по Child-Pugh. Всем больным проводилось комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование в гэо ГКБ № 12 г. Москвы (клиническая база кафедры госпитальной терапии № 2). Период наблюдения составил – 18 месяцев (июль 2008 г. – декабрь 2009 г.).

**Результаты.** Среди обследованных пациентов с ЦП преобладали мужчины старше 45 лет. По сравнению с 2007 г отмечено увеличение числа женщин, страдающих ЦП развившимся на фоне хронической алкогольной интоксикации (ХАИ). При анализе социодемографических признаков выявлено: преобладание пациентов с ЦП, не имеющих постоянного вида деятельности, не достигших пенсионного возраста, со средним уровнем образования, низкой комплаентность к лечению (поздняя обращаемость в медицинские учреждения на стадии осложнений ЦП, а также

отсутствием абстиненции, продолжением алкоголизации, не системным приемом лекарственных препаратов). В этиологической структуре ЦП ведущее место занимает алкоголь и алкогольно-вирусные поражения. У основной части пациентов со смешанным ЦП (алкогольно-вирусным) установлено наличие хронической HCV-инфекции. Причем у четверти из всех обследованных в сыворотке крови выявлены маркеры репликации гепатотропных вирусов (HCV RNA, HBV DNA). Острый токсический гепатит, обусловленный, как правило, приемом суррогатов алкоголя и/или развившийся на фоне ЦП, диагностирован у 12% больных. Малая доля в этиологической структуре ЦП принадлежит ХЗП аутоиммунного генеза (8,2%). Особенности клинической картины у обследованных больных ЦП класса В-С по Child-Pugh является развитие полиорганной недостаточности и системной воспалительной реакции, вследствие возникновения различных инфекций. У половины пациентов (49%) с ЦП диагностированы инфекционные осложнения (пневмония, спонтанный бактериальный перитонит, мочевые инфекции, бактериальный эндокардит, сепсис и др.). При проведении бактериологических исследований в биологических средах пациентов (кровь, мокрота, асцитическая жидкость, бронхиальные смывы) у 1/3 выделены условно-патогенными микроорганизмы (*Bacillus subtilis*, *Enterococcus faecalis*, *E.Coli* и др.), резистентные к широко применяемым антибиотикам (АБ). Данные инфекционные осложнения усугубляли течение ЦП, ухудшали прогноз и значительно увеличивали стоимость лечения, в связи с необходимостью назначения АБ резерва. При оценке критериев рассчитанных по MELD, W. Maddrey, получено снижение предполагаемой выживаемости при естественном течении ЦП у трети больных до 3-6 мес. Диагноз ГЦК установлен у 3/208 (1,4%) больных ЦП, в 5 (1,4%) случаях из 352 больных с ХЗП выявлена холангиогенная карцинома. Учитывая, как правило, позднюю диагностику злокачественных опухолей гепатобилиарной системы, считаем целесообразным обязательное включение высокотехнологичных методов (КТ, МРТ) в программу обследования пациентов с ХЗП. В ГЭО создана палата интенсивного наблюдения и терапии. Двое больных включены в Лист ожидания трансплантации печени. На базе ГКБ № 12 создается регистр пациентов с ЦП. В группе пациентов с ЦП летальность составила 8,2% (кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода, полиорганная недостаточность). Средний период наблюдения от момента установления диагноза ЦП до летального исхода не превышал 5±2,5 года. Среди пациентов выделена группа риска повышенной летальности от осложнений ЦП.

**Выводы.** С целью оптимизации оказания медицинской помощи больным с ЦП необходимо широко внедрять в клиническую практику высокотехнологические методы диагностики и современной терапии; соблюдать преемственность в работе специалистов амбулаторно-поликлинического звена и стационара (гастроэнтерологов, инфекционистов, наркологов, хирургов, трансплантологов). Это позволит улучшить качество и продолжительность жизни, замедлить прогрессирование ХЗП и развитие ГЦК,

уменьшить летальность от осложнений при декомпенсации ЦП, а также снизить экономические затраты на осуществление медицинской помощи жителям мегаполиса.

## 262. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР: ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА КАК ПРИЧИНА БОЛЕВОГО СИНДРОМА В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ

Сторонова О.А., Джахая Н.Л., Трухманов А.С., Ивашкин В.Т.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Целью настоящей публикации является описание клинического случая болевого синдрома в области сердца. Больной И., 55 лет, поступил в клинику в феврале 2010 г. с жалобами на спонтанно возникающие боли в области сердца давящего, колющего характера, не связанные с физической нагрузкой, без иррадиации, длящиеся от минуты до нескольких часов, усиливаются при наклонном положении тела, ослабевающие при ходьбе. Эпизодические подъемы АД до 150/90 мм рт.ст. Клинические симптомы появились 10 лет назад, боли длились по несколько минут, умеренные, постоянную терапию не получал. К 2004 г. боли значительно усилились, стали практически ежедневными. Обследовался амбулаторно, поставлен диагноз стенокардии напряжения Пф.к. Были назначены ингибиторы АПФ, нитраты, которые в течение 2 месяцев принимал постоянно (с положительным эффектом), затем только при болях. В январе 2010 года развился сильный болевой приступ в области сердца. С диагнозом нестабильная стенокардия был доставлен в больницу. При ХМ-ЭКГ выявлено смещение сегмента ST на 1,6мм. *Тредмил-тест*: проба отрицательная. Были назначены В-адреноблокаторы, нитраты, блокаторы Са-каналов с временным положительным эффектом. После выписки был госпитализирован в ПТК для дообследования. При поступлении в анализах крови, мочи и кала без отклонений от нормы. ЭКГ: синусовая брадикардия. ЭХО-КГ: ФВ 62%. Зон гипокинеза нет. Умеренная гипертрофия миокарда ЛЖ. *Коронарография*: изменений не выявлено. ЭГДС: недостаточность кардии, катаральный рефлюкс-эзофагит 0ст, антральный гастрит с наличием полных эрозий. *Рентген пищевода*: недостаточность кардии, ГПОД, дискинезия пищевода. *Манометрия пищевода*: вторичные и третичные сокращения стенки пищевода. *24ч-pH-метрия*: кислые патологические ГЭР, гиперацидность желудка. Больному назначена антисекреторная терапия, прокинетики, блок. Са-каналов с положительным эффектом.

Заключение: пациентам с болевым синдромом в грудной клетке при имеющейся стенокардии необходимо провести обследование пищевода, включающее в себя рентгенологическое, рН-метрическое и манометрическое исследования, с целью верификации сочетанной причины болевого синдрома - патологии пищевода.

## 263. К ВОПРОСУ О РОЛИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Страхова К.В., Великова И.В., Егорова Е.Н., Мазур В.В., Мазур Е.С.

Кафедра госпитальной терапии ГОУ ВПО Тверской ГМА Росздрава, г. Тверь, Россия

Актуальность. Фибрилляция предсердий (ФП) – одна из наиболее часто встречающихся в клинической практике аритмий. Не вызывает сомнения, что она является важнейшим фактором риска тромбэмболических осложнений. Однако вопрос о роли ФП в развитии и прогрессировании хронической сердечной недостаточности (ХСН) остается открытым. С одной стороны, ФП способствует появлению и усилению сердечной недостаточности у больных с органическим поражением сердца. С другой стороны, преимуществ терапии, направленной на поддержание синусового ритма у данной категории больных, не установлено (исследование AFFIRM и др.). В связи с этим представляет интерес изучение влияния ФП на показатели центральной гемодинамики у пациентов без патологии сердца, так как наличие последней может нивелировать роль самой ФП в патогенезе ХСН.

Цель работы. Изучить особенности ремоделирования сердца и изменение уровней аминотерминального мозгового натрийуретического пропептида (NT-pro BNP) и эндотоксина (ЭТ) у больных с персистирующей идиопатической фибрилляцией предсердий (ФП) после восстановления синусового ритма.

Материалы и методы. Обследовано 20 пациентов (11 мужчин и 9 женщин, средний возраст  $52,7 \pm 2,8$  года) с идиопатической персистирующей формой ФП, которым осуществлялось восстановление синусового ритма путем электрической кардиоверсии. Всем пациентам до и после кардиоверсии проводилось эхокардиографическое исследование на аппарате HP SONOS 2000 и определение в сыворотке крови уровня NT-pro BNP (иммунохроматографическим методом) и уровня ЭТ (хромогенным тестом по конечной точке).

Результаты. На фоне ФП ни у кого из больных не отмечалось нарушений диастолической функции левого желудочка или снижения фракции выброса (ФВ,  $57,4 \pm 2,3$  %). После восстановления синусового ритма ФВ практически не менялась ( $58,4 \pm 1,9$  %), однако наблюдалось достоверное снижение давления в легочной артерии (систолического с  $28,3 \pm 1,3$  до  $25,3 \pm 0,3$  мм рт.ст.,  $p < 0,05$ , диастолического с  $11,2 \pm 0,8$  до  $8,7 \pm 0,4$  мм рт.ст.,  $p < 0,01$ ), что сопровождалось уменьшением концентрации NT-pro BNP (с  $1372 \pm 460$  до  $735 \pm 318$  пг/мл,  $p < 0,05$ ) в сыворотке крови.

Иначе говоря, фибрилляция левого предсердия приводит к появлению «левопредсердной недостаточности», сопровождающейся субклиническим застоем крови в малом круге кровообращения и повышением нагрузки на правый желудочек, что и проявляется увеличением уровня NT-pro BNP в сыворотке крови.

Можно полагать, что фибрилляция правого предсердия нарушает отток крови из сосудов большого круга кровообращения ("правопредсердная недостаточность"). В пользу этого свидетельствует наблюдаемое при восстановлении синусового ритма снижение в крови уровня эндотоксина (с  $0,31 \pm 0,04$