

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 32 больных НЯК, у 14 - с тяжелой, у 8 - со средней и у 10 - с легкой степени заболевания. Среди них женщин было 7, а мужчин 25. Возраст больных варьировал от 18 до 38 лет. Длительность заболевания составляла 3-7 лет. У 8 больных проявления гематохезии, а у 14 - наблюдалось диарея (от 15 до 20 раз в сутки). У 40% наблюдаемых больных отмечалось тенезмы (ложные позывы). У большинства больных (6,2%) с тяжелой формой заболевания отмечалось внекишечные проявления НЯК в виде афтозного стоматита, кератита и артрита.

Результаты исследования. Микробиологические исследования кала на флору показали наличие различных степеней дисбактериоза у больных НЯК. У 14 больных с тяжелым течением заболевания выявлен дисбактериоз 3 степени, выражающееся в преобладании анаэробной флоры (обсемененность на уровне 109 КОЕ/г и более) со значительным уменьшением количества бифидо- и лактобактерий. У 8 больных выявлена 2 степень дисбактериоза, характеризующиеся увеличением аэробной кишечной микрофлоры с появлением анаэробных бактерий (>106–107 КОЕ/г). У 10 больных с легкой степени болезни выявлен дисбактериоз первой степени, увеличения аэробной нормальной кишечной микрофлоры (>105–106 КОЕ/г).

У 2-х больных был выявлен амебиаз и у одного - дизентерийные палочки. Практически у всех больных обнаружены дрожжевые грибы (87%).

Таким образом, наши исследования показывают, что при НЯК наблюдается развитие различной степени дисбактериоза, который зависит от тяжести течения основного заболевания.

005. РЕГУЛЯРНОСТЬ ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ВРАЧЕЙ

Акимов А.А., Рожкова А.В., Шемеровский К.А.
СПбГПМА, НИИЭМ РАМН, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Цель исследования: сравнительное изучение отдельных элементов качества психического здоровья у лиц с регулярным (ежедневным) и нерегулярным (неежедневным) ритмом эвакуаторной функции кишечника.

Материалы и методы: Обследовано 48 врачей обоего пола (44 женщины и 4 мужчин) в возрасте от 29 до 78 лет. На момент наблюдения все обследованные считали себя практически здоровыми. С помощью теста «Нервно-психическая адаптация» у обследованных лиц были проанализированы 26 основных явлений, характеризующих состояние нервно-психической адаптации и психического здоровья (страх, тревога, настроение, раздражительность, утомляемость, нарушение сна и др.). С помощью опросника для ауторитмометрии обследуемые отмечали точный период времени реализации эвакуаторной функции кишечника. Хроноэнтерографически определяли число дней за неделю со стулом и число дней за неделю без стула. Эуэнтерией считали циркадный ритм эвакуаторной функции кишечника, когда каждый из 7 дней недели был со стулом. Брادیэнтерией считали нерегулярный ритм

эвакуаторной функции, в случаях, когда частота стула была меньше 7 раз в неделю.

Результаты и их обсуждение: Результаты исследования показали, что из 48 обследованных врачей, считавших себя практически здоровыми, только у 22 человек (46% обследованных) количество баллов (менее 20) по тесту «Нервно-психическая адаптация» соответствовало I группе здоровья (практически здоровые). Брادیэнтерия была выявлена у 18 врачей (38% обследованных). Группы врачей с брادیэнтерией и эуэнтерией существенно не отличались по возрастному составу (средний возраст 52 и 49 лет, соответственно). Обследование показала выраженную взаимосвязь уровня нервно-психической адаптации, как показателя психического здоровья, с эвакуаторной функцией кишечника: среди обследованных с эуэнтерией в I группу (психически здоровые) вошло 18 человек (60%), в то время, как среди лиц с брادیэнтерией число практически здоровых (соответствующих I группе психического здоровья) оказалось в три раза меньше - всего 4 человека (22%). Выраженное (патологическое) снижение нервно-психической адаптации (IV группа, более 40 баллов) отмечались лишь у 10% (3 чел) обследованных с эуэнтерией, против 22% (4 чел) в группе лиц с нарушением циркадного ритма эвакуаторной функции кишечника. У обследованных с брادیэнтерией значительно чаще, в сравнении с лицами, имеющими регулярный стул, отмечены симптомы тревоги: беспричинная тревога - 44,4% (26,7% у лиц с эуэнтерией), ощущение недоброжелательности окружающих - 22% (6,7% соответственно), боязнь высоты - 33,3% (10%), неуверенность в себе - 44,4% (26,7%), опасение тяжелого заболевания - 33,3% (10%). Другие симптомы, свидетельствующие о снижении адаптационной функции, также с большей частотой встречаются у лиц с брادیэнтерией: подавленное настроение - 55,6% (у лиц с регулярной эвакуацией в 30%), лабильность настроения - 22,2% (6,7%), плаксивость - 28% (13%), повышенная раздражительность и вспыльчивость - 50% (20%). У лиц с нарушением циркадного ритма эвакуаторной функции кишечника чаще встречаются другие проявления висцеральной дисгармонии: головные боли (56%), дрожание рук, ног (22,2%), повышенная потливость (39%). У врачей без нарушения циркадного ритма эвакуаторной функции кишечника перечисленные симптомы встречаются существенно реже - в 40%, в 6,7%, в 16,7%, соответственно. Что свидетельствует о тесной связи нарушения циркадного ритма кишечника с другими проявлениями висцеральной дисгармонии.

Выводы: 1. Только 46% обследованных врачей, считавших себя практически здоровыми, при оценке их нервно-психической адаптации выявлено соответствие I группе здоровья (практически здоровые). 2. Здоровый уровень нервно-психической адаптации среди врачей с регулярным ритмом стула (60%) оказалось почти в 3 раза больше, чем среди врачей с брادیэнтерией (22%). 3. Выраженное снижение уровня нервно-психической адаптации у лиц с брادیэнтерией (22%) встречается в 2 раза чаще, чем у обследованных с эуэнтерией (10%). 4. Нарушение циркадного ритма кишечника, тесно связано с другими проявлениями висцеральной дисгармонии. 5. Выявлена выраженная взаимосвязь психического

здоровья и эвакуаторной функции кишечника, требующая дальнейшего более углубленного изучения.

006. ВКУСОВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К ПОВАРЕННОЙ СОЛИ И НИКОТИНОВАЯ ЗАВИСИМОСТЬ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, КОМОРБИДНОЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Аксенова Т.А., Горбунов В.В., Войченко Т.Ю., Лаврушина О.С., Ильямакова Н.А.

Читинская медицинская академия, Чита, Россия

Цель нашей работы: проследить взаимосвязь вкусовой чувствительности к поваренной соли и показателей интенсивности курения у больных гипертонической болезнью при наличии сопутствующей хронической обструктивной болезни легких.

Материалы и методы: обследовано 64 больных с гипертонической болезнью 1-3 стадии, из них курящие составили 46 человек (71,9%), не курящие – 18 человек (28,1%). Согласно клиническим и спирографическим критериям хроническая обструктивная болезнь легких диагностирована у 35 больных (54,7%), причем 33 пациента из данной группы курили и 2 не курили. Изучение порога вкусовой чувствительности к поваренной соли проведено по модифицированной методике Henkin R., в данном обследовании участвовала контрольная группа из 22 здоровых не курящих человек, сравнимых по полу и возрасту. У курящих проводилось анкетирование с определением степени никотиновой зависимости по тесту Фагерстрема, типа курительного поведения – по тесту Хорна, индекс курения рассчитывался по формуле: стаж курения в годах*количество выкуренных сигарет в день/20. Для обработки данных использовалась программа «Statistica 6,0». Учитывая асимметричное распределение признака, корреляционный анализ проведен с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение: в группе курильщиков высокий порог вкусовой чувствительности к поваренной соли выявлен у 33 человек (72%), у некурящих – у 8 человек (45%). У лиц контрольной группы нормальный порог вкусовой чувствительности выявлен в 64%, высокий – в 36%.

В группе курящих с высоким порогом сильная степень никотиновой зависимости выявлена в 37%, средняя – в 24% и низкая в 39%. При нормальной вкусовой чувствительности к поваренной соли показатели интенсивности курения были несколько меньше: высокая степень никотиновой зависимости выявлена в 15%, средняя – в 23% и низкая – в 62%. Обнаружена прямая сильная связь между вкусовой чувствительностью к поваренной соли и стажем курения ($r=0,59$), степенью никотиновой зависимости ($r=0,77$). При высоком пороге вкусовой чувствительности имелись более длительный стаж и ИК, пациенты выкуривали большее количество сигарет в сутки. Также при высоком пороге в 33% выявлялся тип курительного поведения «жажда», свидетельствующий о физическом пристрастии к курению, курильщики данного типа закуривают при снижении концентрации никотина в крови, курят вопреки запретам. При нормальном пороге вкусовой

чувствительности преобладающим был тип курительного поведения «поддержка», выявленный у 58% пациентов. Респонденты данного типа относятся к курению, как к средству, снижающему эмоциональное напряжение. Тип «жажда» при нормальной вкусовой чувствительности к поваренной соли имелся лишь у 8% больных.

При наличии сопутствующей хронической обструктивной болезни легких высокий порог вкусовой чувствительности обнаружен у 25 больных (71,4%), курили из них 24 больных, у остальных 9 пациентов (28,6%) вкусовая чувствительность к поваренной соли была в пределах нормы. У курильщиков с высоким порогом вкусовой чувствительности к поваренной соли и наличии сопутствующей хронической обструктивной болезни легких в 50% выявлялся тип курительного поведения «жажда».

Выводы:

1. Выявлена прямая сильная связь между вкусовой чувствительностью к поваренной соли и показателями интенсивности курения
2. При высоком пороге вкусовой чувствительности к поваренной соли у больных гипертонической болезнью чаще выявлялся тип курительного поведения «жажда», при коморбидности с хронической обструктивной болезнью легких – в половине случаев.

007. КАНДИДОЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.

Албегова Д.М., Шевяков М.А., Сайденова М.С., Иншаков Л.Н.

Больница №46 Святой Евгении, МАПО, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: определить частоту и возможности эндоскопической диагностики кандидозного поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у жителей блокадного Ленинграда.

Материал и методы. В течение двух лет (2008-2009 гг.) выполнено 2045 фиброэзофагогастродуоденоскопий (ФЭГДС). Из 462 больных в возрасте от 60 до 92 лет у части была выполнена браш-биопсия, у другой – щипцовая биопсия из патологически измененной слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки в связи с подозрением на злокачественную опухоль, язву, эрозии, полипоз или кандидозное поражение. Диагноз кандидоза подтверждали при обнаружении в биоптате слизистой оболочки нитевидной формы грибов рода *Candida* – псевдомицелия.

Результаты. При цитоморфологическом исследовании биоптатов слизистой оболочки псевдомицелий *Candida* был обнаружен у 25 больных из 462 (5,4 %): в пищеводе - у 18 больных, в желудке – у 5, в двенадцатиперстной кишке – у 2. Кандидоз пищевода эндоскопически проявлялся гиперемией, фибринозными налетами, кровоточивостью и эрозиями слизистой оболочки. Факторами риска являлись злокачественная опухоль пищевода, бронхиальная астма, вирусный гепатит, гемобластозы, сахарный диабет, панкреатит, прием кортикостероидов. У одного больного кандидоз пищевода осложнился язвой пищевода, у четверых – стриктурой. Кандидоз желудка обнаружен при исследовании биоптатов из краев язв, эрозий, полипов и злокачественной опухоли желудка, а в двенадцатиперстной