

Цель: изучить особенности клинического течения сочетанные поражения верхних отделов пищеварительного тракта у больных с синдромом раздраженного кишечника (СРК).

Материалы и методы. Обследованы 110 больных СРК. Диагноз синдрома раздраженного кишечника устанавливался на основании критериев СРК, определенных III Римским консенсусом, с учетом рекомендаций «Проекта рабочего протокола диагностики и лечения функциональных заболеваний органов пищеварения. Группу сравнения составили 60 больных заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта без СРК. Контрольную группу составили 30 здоровых лиц.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст обследованных больных составил $43,1 \pm 3,6$ года. Среди пациентов абсолютно преобладали мужчины. Соотношение мужчин и женщин составило 2:1. Продолжительность заболевания колебалась от 3-х до 10 и более лет. При изучении состояния верхних отделов пищеварительного тракта у больных с СРК установлено, что симптомы, характерные для поражения верхних отделов пищеварительного тракта выявлены у $38,0 \pm 2,8\%$ больных с СРК. При этом наиболее часто выявляемый симптом – тошнота, отмечается у $24,8 \pm 2,3\%$ больных, изжога отмечается у $8,5\% \pm 2,0$ пациентов, отрыжка у $11,0 \pm 3,1\%$ больных и халитоз - у $4,1 \pm 1,2\%$ больных. При проведении фиброгастроскопии изменения слизистой оболочки гастродуоденальной зоны у больных с СРК выявляются значительно чаще, чем клинические признаки, и отмечаются у $80,4 \pm 4,8\%$ больных. При анализе состояния слизистой пищевода у больных основной группы эндоскопические признаки эзофагита выявлены у $40,0 \pm 6,0\%$ от числа обследованных. При этом эрозивный эзофагит выявлен у каждого пятого больного с СРК - у $13,0 \pm 4,1\%$. При анализе поражения пищевода в зависимости от клинического варианта синдрома раздраженного кишечника, установлено, что эндоскопические признаки эзофагита чаще выявляются у больных с СРК с преобладанием диареи, по сравнению с больными с клиническими вариантами СРК с преобладанием запоров и преобладанием болей и метеоризма ($69,2 \pm 9,2\%$, против $40,7 \pm 9,6\%$ и $42,9 \pm 9,5\%$ соответственно, $p < 0,05$). При этом эрозивные поражения пищевода с равной частотой встречаются при всех клинических вариантах синдрома раздраженного кишечника ($19,2 \pm 7,9\%$ больных с СРК с запорами, $14,8 \pm 7,0\%$ больных с СРК с диареей и $14,3 \pm 6,7\%$ пациентов с СРК с болями и метеоризмом, $p > 0,05$). Наиболее характерными эндоскопическими изменениями гастродуоденальной зоны для больных со всеми клиническими вариантами СРК являются поверхностный гастрит и дуоденит, имевшие место у $57,3 \pm 3,2\%$. Кроме того у $13,0 \pm 2,9\%$ больных с СРК слизистая оболочка желудка была неравномерно гиперемирована и имела участки гиперплазии, что соответствовало смешанному гастриту, у $9,8 \pm 3,9\%$ пациентов выявлены эндоскопические признаки субатрофии слизистой, а у $8,1 \pm 2,1$ больных СРК при эндоскопии определялись на фоне разлитой гиперемии единичные плоские дефекты, покрытые налетом фибрина, что соответствует картине эрозивного гастродуоденита. Структура поражения слизистой гастродуоденальной зоны также не зависела от

002. СОЧЕТАННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Абдуллоев А., Расулов У.Р., Абдурахмонов А.Р., Дустов А.

Таджикский Государственный Медицинский Университет им. Абуали ибн Сино, г. Душанбе, Республика Таджикистан Институт гастроэнтерологии, г. Душанбе, Министерства Здравоохранения Республики Таджикистан

клинического варианта синдрома раздраженного кишечника. С помощью «уреазного теста» выявлено инфицирование *H.pylori* у 74,1±5,0% больных с СРК. При сравнительном анализе установлена равная степень инфицированности *H.pylori*, как в группе больных с СРК, так и с изолированным поражением верхних отделов пищеварительного тракта (53,7±5,5% против 78,0±5,1%, $p>0,05$). Сопоставляя полученные данные о характере эндоскопических изменений слизистой гастродуоденальной зоны и степени инфицированности *H.pylori* у больных с СРК и группе сравнения, можно сделать вывод, что *H.pylori* является одним из факторов формирования поражения гастродуоденальной зоны у больных с СРК.

Выводы. Наиболее выраженная клиническая симптоматика синдрома раздраженного кишечника выявляется у больных СРК молодых возрастов с клиническим вариантом с преобладанием диареи. Клинические симптомы, характеризующие поражение верхних отделов пищеварительного тракта у больных с синдромом раздраженного кишечника отмечаются у 38%. Эндоскопические изменения выявляются у 80,4% больных, при этом преобладающим является поверхностный (57% больных). Зависимости выявленных изменений от клинического варианта заболевания не выявлено.

003. ИНДИКАЦИЯ АЛЬВЕОЛЯРНО-КАПИЛЛЯРНОЙ ПРОНИЦАЕМОСТИ ДЛЯ РАННЕГО РАСПОЗНАВАНИЯ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ ЛЕГОЧНОГО ИНФИЛЬТРАТА

Агеева Т.С., Кривоногов Н.Г., Тетенев Ф.Ф., Мишустина Е.Л., Мишустин С.П., Дубоделова А.В.

Кафедра усовершенствования врачей ФГОУ ВПО ТВМИ МО РФ, лаборатория радионуклидных методов исследования НИИ кардиологии СО РАМН, кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава, Томский областной противотуберкулезный диспансер, г. Томск, Россия

Актуальность: общеизвестны ограниченные возможности рентгенологического исследования для раннего распознавания нозологической принадлежности легочного инфильтрата в случаях, когда отсутствуют определенные клиничко-лучевые и лабораторные ориентиры наличия патогномичных симптомов/синдромов заболеваний. При этом в структуре заболеваний, протекающих с развитием легочного инфильтрата, основной удельный вес приходится на внебольничные пневмонии (ВП), а наиболее значимые дифференциально-диагностические сложности возникают в процессе разграничения ВП, инфильтративного туберкулеза легких (ИТЛ) и тромбоэмболии дистальных ветвей легочной артерии (ТДВЛА), симптоматика которых на ранних этапах развития болезней часто бывает аналогичной. Результаты исследований последних лет свидетельствуют о том, что вентиляционно-перфузионная пульмоноскintiграфия может занять достойное место в ряду дополнительных методов дифференциальной диагностики бронхолегочной патологии.

Цель работы: определить возможности радионуклидной оценки альвеолярно-капиллярной проницаемости (АКП) для ранней дифференциальной диагностики синдромосходных заболеваний легких, протекающих с развитием легочного инфильтрата.

Материалы и методы: был обследован 81 пациент: с верифицированным диагнозом ВП – у 40, ИТЛ – у 20, ТДВЛА – у 11, а также 10 здоровых добровольцев, составивших контрольную группу. Исследовали накопление в легких ^{99m}Tc ДТРА с расчетом АКП в пораженном (ПЛ) и интактном легких (ИЛ) по динамике выведения радиофармпрепарата в статическом режиме на 10-й и 30-й мин исследования, по предложенной нами методике. Сцинтиграфические исследования проводились на гаммакамере «Омега 500» («Technicare» США-Германия).

Результаты: у пациентов ВП по сравнению с контрольной группой АКП в ПЛ и ИЛ была повышена на 10-й мин исследования – 19,72±1,41% и 17,62±1,31%, и на 30-й мин – 35,35±1,66% и 31,58±1,63% ($p<0,006$ – для всех). У пациентов ИТЛ регистрировались нормальные значения АКП в ПЛ и ИЛ на 10-й мин исследования 11,34±0,70% и 13,28±0,62% ($p=0,06$ и 0,07), тогда как повышение значений АКП в ПЛ и ИЛ отмечались на 30-й мин – 29,35±1,44% и 28,12±0,96% ($p=0,002$ и 0,002). У пациентов ТДВЛА по сравнению с контрольной группой АКП в ПЛ и ИЛ была не изменена или замедлена как на 10-й мин исследования 8,02±3,89% и 7,22±3,54%, так и на 30-й мин – 13,64±4,0% и 15,4±3,4% ($p>0,33$ – для всех).

Выводы: Полученные данные могут быть использованы при проведении ранней дифференциальной диагностики между внебольничной пневмонией, инфильтративным туберкулезом легких и тромбоэмболией дистальных ветвей легочной артерии.

004. ДИСБАКТЕРИОЗ У БОЛЬНЫХ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Азимова С.М., Саидов С.З., Раджабова М.Х., Азимов И.Б.

Институт гастроэнтерологии АМН МЗ Республики Таджикистан, Душанбе

Неспецифический язвенный колит (НЯК) имеет наибольшую распространенность в Северной Европе (в Швеции - 13,1%, Израиле - 1,5-5,6% и Норвегии - 12,4%). В структуре воспалительных заболеваний кишечника НЯК занимает одно из первых мест по тяжести и упорству клинического течения.

По мнению ряда авторов в патогенезе НЯК важную роль играют продукты метаболизма кишечной флоры, в частности антигены некоторых штаммов *E.Coli*, другие микроорганизмы, а также аутоантитела к эпителию толстой кишки. Кишечная микрофлора вырабатывают нейротрансмиттеры, которые воздействуют на энтериную систему и тем самым повышают секрецию и моторику кишечника, что имеет важное значение в патогенезе НЯК. Не менее важную роль в развитии нарушения моторной функции кишечника при НЯК играют микроорганизмы.

Цель исследования: Изучить степень тяжести дисбактериоза у больных с различным клиническим течением НЯК.