

2. Результаты комплексного лечения синдрома БНС при дорсопатии не имеют статистически значимых отличий у больных с нормальным весом, избыточным весом и ожирением, как по показателям интенсивности боли, так и по средним значениям показателей шкал физических расстройств Освестровского опросника и SF-36.

149. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА И ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

Кузьмина О.А., Таланова О.С., Холева А.О., Савоненкова Л.Н., Арямкина О.Л.

Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

Во всем мире прогрессивно увеличивается заболеваемость гастроэнтерологической патологией и внелегочным туберкулезом, в том числе абдоминальным. Вместе с тем в 2/3 случаев абдоминальный туберкулез диагностируется в ЛПУ общего профиля, при доступности эндоскопических и сонографических методов исследования он его диагностика основывается преимущественно на морфологических и бактериологических критериях. В ходе диагностического поиска проводится исключение широкого спектра терапевтической патологии. Требуется оптимизация проведения лечебно-диагностического поиска при существующих стандартах диагностики и лечения заболеваний. В силу объективных причин изменяется клиника и течение большинства нозологических форм. Изучение проблемы полиморбидности чрезвычайно актуально и требует пристального внимания клиницистов в связи повсеместно регистрируемым ухудшением эпидемиологических показателей.

Целью настоящей работы явилось изучение частоты встречаемости и структуры неспецифических и специфических заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта при туберкулезе.

Материалы и методы. Дизайн исследования – ретро- и проспективное, рандомизированное исследование, проведенное методом сплошной выборки за период 1990-2009 годы. Обследованы 187 больных абдоминальным туберкулезом в возрасте $40,7 \pm 1,56$ лет (95% ДИ 36,4-44,1) и 670 из 1229 больных туберкулезом легких (54,5%), выписанных из стационара за 2003-2004 гг. в возрасте $47,1 \pm 0,53$ лет (95% ДИ 46,1-48,2 лет). Диагноз туберкулеза и сопутствующей ему неспецифической соматической патологии устанавливали согласно стандартам диагностики данных заболеваний с использованием комплекса клинических, лабораторных и инструментальных исследований. Фактические данные подверглись статистической обработке с использованием лицензионных статистических пакетов STATISTICA 6.0, SPSS 13.0.

Результаты и их обсуждения. Абдоминальный туберкулез классифицировали как туберкулез гастроинтестинального тракта, абдоминального лимфатического аппарата, паренхиматозных органов, серозных оболочек. Диагностирован туберкулез пищевода (n=2, 1,07%), желудка (n=7, 3,74%) и двенадцатиперстной кишки (n=4, 2,14%), из них у одного – в комбинации туберкулеза пищевода и желудка одновременно. Туберкулез легких представлен

преимущественно инфильтративной, диссеминированной и милиарной формами.

И абдоминальному туберкулезу (АТ) и туберкулезу легких (ТЛ), протекающему с соматической полиморбидностью сопутствовали Нр-ассоциированный хронический гастрит (44,4% и 29,6%), гастродуоденит (25% и 13,4%; ($\chi^2=6,7$, $p<0,001$), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (18,1% и 24,1%), ГЭРБ (12,5% и 19,4%) преимущественно с РЭ I-II степеней.

Гастродуоденальная патология, сопутствующая АТ и ТЛ проявлялась синдром диспепсии - болями в эпигастральной области, тошнотой, периодически возникающей рвотой, приносящей облегчение, язвенным анамнезом. Эрадикационная терапия и применение антисекреторных препаратов способствовали купированию симптоматики. При АТ язвенная болезнь с одинаковой частотой как предшествовала развитию специфических абдоминальных поражений, так и присоединялась к нему ($p>0,05$). У большинства больных ТЛ язвы располагаются в желудке, реже ($\chi^2=5,63$, $p<0,05$) – в двенадцатиперстной кишке. При АТ язвы локализуются в органах с равной частотой. При АТ и при ТЛ осложнения язвенной болезни развиваются с одинаковой частотой.

Клиника ГЭРБ представлена изжогой, симптомы туберкулез пищевода - дисфагия и постоянная тупая прекардиальная боль при нерезко выраженной изжоге. При ФГДС – инфильтрация, просовидные высыпания. По гистологическим данным диагностирован инфильтративный эзофагит.

Туберкулез желудка проявляется стойким эпигастральным болевым синдромом, тошнотой, реже рвотой, реже повторными кровотечениями. Туберкулезный дуоденит проявлялся длительным диспепсическим синдромом преимущественно в виде болей в пилородуоденальной области. Диагностированы инфильтративно-язвенный и инфильтративный туберкулез желудка и инфильтративный туберкулезный дуоденит.

Заключение. Таким образом, на репрезентативном материале выявлены различия специфических и неспецифических заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта при туберкулезе, протекающем в полиморбидности.

150. КЛИНИКО – ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЯМБЛИОЗА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Кузьмина Т.Ю., Тихонова Е.П., Толстикова Е.Н.

Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого

МУЗ «Городская поликлиника №4», г. Красноярск, Россия

Актуальность. Лямблиоз не всегда устанавливается при первичном обращении пациента в амбулаторно-поликлиническое учреждение. Зачастую больные месяцами лечат аллергические заболевания (рецидивирующую крапивницу, атопические дерматиты), гастроэнтерологическую патологию (функциональные расстройства кишечника, синдром раздражённой кишки с диареей, синдром мальабсорбции