

Гастроэнтерологические маски системных васкулитов*Тусупбекова К.Т.**Карагандинский государственный медицинский университет, г. Караганда*

Системные васкулиты традиционно относят к компетенции ревматологов, но нередко пациенты обращаются к терапевтам и врачам общей практики в связи с полиморфизмом клинической симптоматики заболевания и вовлечением в патологический процесс одного или нескольких внутренних органов. Так, воспалительное поражение сосудов желудочно-кишечного тракта может имитировать язвенную болезнь, гастроэнтерит, кровотечение. В перечень системных клинических проявлений васкулитов входит поражение пищеварительной системы, которое в течение длительного срока маскирует заболевание и отсрочивает установление истинного диагноза.

Цель исследования: анализ гастроэнтерологических проявлений системных васкулитов

Материал и методы исследования. Обследовано 7 больных, из них 5 женщин и 2 мужчин, с системными васкулитами, в возрасте $42,2 \pm 4,4$ лет, находившихся на лечении в ТОО МСЧ «Шахтер Испат Кармет».

Результаты и обсуждение. Аллергический эозинофильный гранулематозный ангиит (синдром Чардж-Стросса) диагностирован у 3 больных, у одного - гранулематоз Вегенера и в 3 случаях - геморрагический васкулит (болезнь Шенлейна-Геноха). У одной больной с синдромом Чардж-Стросса в течение полугода ведущими проявлениями заболевания были эозинофилия, поражение желудочно-кишечного тракта: гастроэнтерит, язвенная болезнь желудка, с последующей гиперэозинофилией до 87%, поражением легких и сердца без вовлечения в процесс кожи, опорно-двигательной и нервной систем. Пусковым механизмом развития эозинофильного васкулита вероятно явилась контактная аллергия вследствие работы пациентки в литейном цехе. В остальных случаях

при данном заболевании имели место типичные клинические проявления системного заболевания: бронхиальная астма, эозинофилия (10-12%), преходящая «летучая» инфильтрация в легких, артрит и аллергия в анамнезе. Причем, у обследованных преобладали симптомы бронхиальной астмы и артрита с преимущественным поражением суставов кистей, верхних конечностей, сопровождавшихся «утренней скованностью». Известно, что в большинстве случаев основными проявлениями эозинофильного ангиита являются поражение легких, у 2/3 больных - кожа и сердце, в половине случаев - суставы, реже почки, желудочно-кишечный тракт и мышцы. Генез гиперэозинофилии при синдроме Чардж-Стросса до настоящего времени не установлен. В остальных случаях системных васкулитов поражение пищеварительной системы было представлено эрозивно-язвенными дефектами в желудке и 12-перстной кишки. Клинико-лабораторные и инструментальные проявления аутоиммунного гепатита верифицированы у двух больных.

Заключение. Таким образом, диагностика системных васкулитов является трудной задачей в связи с полиморфизмом клинической симптоматики. Высокая частота фатальных осложнений при поражении органов желудочно-кишечного тракта указывает на целесообразность включения их диагностические критерии синдрома Чардж-Стросса. Тщательная систематизация анамнестических и объективных данных, компетентность и профессионализм у одного - гранулематоз Вегенера врача позволят своевременно установить диагноз, составить план дальнейших диагностических и лечебных мероприятий, тем самым улучшить качество жизни и прогноз больных.

Вопросы диспансеризации больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки*Абильмажинова Г.Т., Жакупова З.Ж., Болигуб А.Б., Азиканова М.К., Скоробогатова Н.А., Игольников Е.Ф.,**КГКП «Узункольская ЦРБ», Костанайская обл.,**КГКП «Поликлиника» №3 г. Костанай,**КГКП «Поликлиника» №2, г. Караганды*

Актуальность. Высокая распространенность язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), делает проблему их лечения социально и медицински значимой, что усугубляется склонностью к прогрессированию и рецидивированию, высокой частотой хирургических вмешательств, увеличением сроков временной нетрудоспособности, летальностью от тяжелых осложнений. Формы государственной статистической отчетности свидетельствуют о росте заболеваемости язвенной болезни желудка и ДПК по Республике Казахстан, если в 2006 г. он составлял 102,7, то в 2007 году - 105,0 на 100 000 населения. (Статистический сборник МЗ РК «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения за 2006-2008 гг.»). Проводя диспансерное наблюдение за больными страдающими язвенной болезнью желудка и ДПК, врачу первичного звена необходимо решить следующие задачи: своевременно диагностировать заболевание, определить характер поражения органа, частоту обострений, оценить роль прогрессирования заболевания, определить комплекс адекватной терапии, в том числе хирургического лечения.

Цель работы: изучение вопросов диспансерного наблюдения за больными язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки на амбулаторно-поликлиническом этапе. Материалы и методы исследования: проанализированы амбулаторные карты 180 больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, состоящих на диспансерном учете в поликлиниках №1,2,4 г. Караганды и поликлиники №3 г. Костанай в возрасте от 31 лет до 76 лет, из них женщины - 68 (37,7%), мужчины - 112 (62,3%), пролеченных в условиях дневного стационара (Приказ и.о. МЗ РК №798 от 26.11.2009 г.).

Результаты и обсуждения: Диспансеризация больных язвенной болезнью проводится всей сетью лечебно-профилактических учреждений как по месту работы, так и по месту жительства больного. Основную работу по диспансеризации осуществляет участковый терапевт или врач общей практики. Активное участие в диспансеризации больных с язвенной болезнью должны принимать специалисты-гастроэнтерологи, эндоскописты и рентгенологи, а при необходимости привлекаться врачи других

специальностей (хирург, стоматолог и др.). Важнейшей задачей диспансеризации больных с язвенной болезнью является динамическое наблюдение за состоянием здоровья. Рекомендуются плановые осмотры больных 2 раза в год с проведением общепринятых клинических и дополнительных исследований — рентгеноскопии желудка и ДПК 1 раз в год и гастродуоденоскопии (по показаниям) не удовлетворяют современным возросшим требованиям к диспансеризации. Известно, что рецидивы язвенной болезни в 20—30 % случаев могут протекать с минимальными клиническими проявлениями и бессимптомно, а рентгенологический метод позволяет выявить гастродуоденальную язву только в 60—80 % случаев. Поэтому необходимо чаще проводить эндоскопические исследования. Наиболее целесообразно первую гастродуоденоскопию выполнять через 1—3 мес после рубцевания язвы. Это дает возможность

выявить «ранний» рецидив язвенной болезни, который наблюдается у 20—30% больных и нередко протекает бессимптомно. У больных с язвенной болезнью желудка осмотр должен дополняться прицельной биопсией из зоны рубца или рецидивировавшей язвы для исключения малигнизации. В дальнейшем эндоскопические исследования выполняют 2 раза в год (весной и осенью), а по показаниям и чаще. Подобный подход позволяет не только своевременно диагностировать рецидив заболевания, но и оценивать эффективность проводимых профилактических мероприятий.

Выводы. Таким образом, Лечебно-профилактические мероприятия, проводимые в системе диспансеризации больных с язвенной болезнью желудка и ДПК, в итоге должны быть направлены на уменьшение вероятности возникновения рецидива и осложнений заболевания.

Анемия воспаления в гастроэнтерологии – основные маркеры и методы диагностики

Аблаев Н.Р

КазНМУ, кафедра лабораторной диагностики и молекулярной медицины

Одним из основных способов лечения больных с железодефицитной анемией является назначение препаратов железа перорально или, в некоторых случаях, даже парентерально. Но уже в начале 21 века стало известно, что больше половины больных с диагнозом ЖДА, на самом деле, страдают анемией воспаления (или анемией хронических заболеваний). Хотя эти два заболевания имеют много сходств (сниженный уровень эритроцитов, гемоглобина и железа крови), но имеются также существенные различия (см таблицу):

Сравнительные признаки ЖДА и АХЗ

	Железо крови	Трансферрин	Ферритин
ЖДА	Снижение	Повышение	Снижение
АХЗ	Снижение	Снижение	Повышение

При тяжелых, и особенно, хронических формах воспаления, а также при гиперферремии макрофаги вырабатывают провоспалительные интерлейкины, которые побуждают гепатоциты к синтезу и секреции белков острой фазы воспаления, к которым первоначально был отнесен и гепсидин.

После связывания гепсидина с его рецептором - ферропортином образовавшийся комплекс подвергается эндцитозу и лизосомальному разрушению. Чем больше

гепсидина, тем меньше остается ферропортинов, через которые только способно железо выделяться в кровь, где непосредственно захватывается трансферрином, доставляющим атомы Fe в органы – потребители, например, в костный мозг и печень. При анемии воспаления эритроциты, а также макрофаги не могут поставлять атомы Fe в кровь, и тогда они в большом количестве депонируются в этих клетках, приводя в конечном счете к их гибели. Следует также отметить, что гиперферремия подавляет эффекторную функцию макрофагов (= резко падает синтез макрофагами гамма - интерферона), вследствие чего даже тлеющая инфекция может развиться до сепсиса. Такая же опасность возникает при внутривенном введении препаратов железа.

Таким образом, основными маркерами анемии воспаления, в том числе при заболеваниях ЖКТ, являются: повышение уровня провоспалительных интерлейкинов, белков острой фазы воспаления, *гепсидина* (ИФА – метод), эритропоэтина, трансферрина, ферритина, гемоглобина, количества гемоглобина, изменения количества и параметров эритроцитов. Правильно выставленный диагноз позволяет назначить наиболее эффективное лечение

При анемии воспаления является целесообразным прежде всего ликвидировать процесс воспаления, т.е. нормализовать синтез и секрецию гормона гепсидина.

Зависимость частоты стеатоза печени от индекса массы тела у лиц с ожирением

Алдашева Ж.А., Салханов Б.А., Жансеитова Г.П., Мауленова А.В., Балгибекова К.М.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, кафедра питания и гастроэнтерологии., Диагностический центр., Городская клиническая больница №4 г. Алматы

Цель исследования: Изучить частоту стеатоза печени у лиц с ожирением и выявить ее зависимость от индекса массы тела (ИМТ).

Материал и методы исследования: Всего было обследовано 539 пациентов с ожирением, которые обследовались и лечились в амбулаторных и стационарных условиях. Мужчин было 189, женщин 350, средний возраст которых составлял 52,7±7,1 лет. ИМТ определяли по отношению массы тела в кг. к квадрату роста в м². Согласно Международной классификации использовали

следующие градации ИМТ: при ИМТ=25-29,9 выявлялась избыточная масса тела, при ИМТ=30,0-34,9 – I ст. ожирения, при ИМТ=35,0-39,9 – II ст. и при ИМТ > 40 – III ст. Для подтверждения жировой инфильтрации печени использовали УЗИ печени с определением критериев по классификации Бацкова С.С. (1995): гепатомегалия, повышенная эхоплотность, плохая визуализация диафрагмального контура, смазанность сосудистого рисунка, дистальное затухание УЗ. По результатам УЗИ пациенты были разделены на 2 группы: 1-ая гр. с подтвержденным стеатозом печени,