

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 эндоцитозу 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 – почки, 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 развиваться 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), эритропозитина, 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 м<sup>2</sup>. 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,

которая состояла из 329 человек (61%), мужчин-119, женщин-210, ср. возраст  $53,3 \pm 7,3$  л., 2-ая гр. с неподтвержденным стеатозом печени – 210 человек (39%), мужчин-70, женщин-140, ср. возраст  $-52,2 \pm 4,2$  л.

Результаты исследования: Распределение пациентов в зависимости от ИМТ в общ. группе, а также в 1-ой и во 2-ой группах в абсолютных цифрах и в процентах по отношению к общему количеству пациентов в каждой группе, представлена в таб. 1.

Табл.1. Частота больных в общей группе и в 1 и 2 группах в зависимости от ИМТ

ИМТ	Общ. группа (n=539)	1 группа (n=329)	2 группа (n=210)
Изб. масса тела	164 (30,5%)	79 (24%)	85 (40,6%)
I ст. ожирения	239 (44,3%)	128 (38,9%)	111 (52,8%)
II ст. ожирения	109 (20,2%)	95 (28,9%)	14 (6,6%)
III ст. ожирения	27 (5%)	27 (8,2%)	-

Как видно из таб. 1 в общ. гр. чаще встречались пациенты с ожирением I ст. (44,3%) и с избыт. массой тела (30,5%), более тяжелые формы ожирения встречались реже (II ст. ожирения - в 20,2%, III ст. – в 5%). Такая же тенденция сохраняется в 1 и во 2 группах, но при этом в гр.2 общ. процент больных с избыт. массой тела и ожирением I ст. составляет 93,4%, а с более тяжелой степенью ожирения

(II ст.) только – 6,6%. В 1-ой же группе эти показатели составляют 62,9% и 37,1% - соответственно. Распределение пациентов в зависимости от ИМТ в гр.1 и 2 и отношение их частоты к общ. количеству в общ. гр. представлено в табл.2.

Табл.2. Частота больных в 1 и 2 гр. по отношению к общ. группе в зависимости от ИМТ

ИМТ	Общ. группа (n=539)	1 группа (n=329)	2 группа (n=210)
Изб. масса тела	164 (100%)	79 (48,8%)	85 (51,2%)
I ст. ожирения	239 (100%)	128 (53,5%)	111 (46,5%)
II ст. ожирения	109 (100%)	95 (87,2%)	14 (12,8%)
III ст. ожирения	27 (100%)	27 (100%)	-

Как видно из табл.2 больные с избыт. массой тела и ожирением I ст. в обеих группах встречались примерно с одинаковой частотой. Более тяжелые ст. ожирения встречались достоверно чаще в 1 гр. (II ст. – в 87,2%, III ст. – в 100%, в общем – в 93,6%).

Выводы: 1). Стеатоз печени среди лиц с ожирением подтверждается в 61% случаев.

2). Частота стеатоза у лиц с ожирением имеет прямую зависимость от ИМТ.

3). При ожирении II - III ст. стеатоз печени по данным УЗИ выявляется в 93,6%.

## Метаболические поражения печени неалкогольного генеза у гастроэнтерологических больных

Алдашева Ж.А.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, кафедра питания и гастроэнтерологии, г. Алматы

Цель исследования: изучить частоту метаболических поражений печени и выявить факторы риска (Ф.Р.) их развития среди больных, находящихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении.

Материал и методы исследования: В исследование были включены все пациенты, находящиеся на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении ЦГКБ г. Алматы за период февраль-май 2009г. по поводу различных заболеваний, независимо от наличия или отсутствия поражения печени. Исследование проводилось в 2 этапа: на 1 этапе определялись среди пациентов группы с Ф.Р., на 2 этапе выделялись больные с метаболическими поражениями печени по типу стеатоза, стеатогепатита (СГ) и цирроза печени (ЦП) в их исходе. Из дальнейшего исследования исключались больные, злоупотребляющие алкоголем, с установленной HBV и HCV инфекцией, а также при отсутствии Ф.Р.

II-му этапу исследования подлежали лица, с выявленными одним-двумя или одновременно несколькими Ф.Р.: избыточной массой тела (ИМТ  $\geq 25$ ), ожирением (ИМТ  $\geq 30$ ) дислипидемиями, сахарным диабетом 2-го типа, арт. гипертензией (АГ) и др.

Всем пациентам с Ф.Р. проводилось исследование крови: АЛТ, АСТ, билирубин, ЩФ, ГГТП, общий ХС, ХС ЛПВП, ТГ, глюкоза, гликолизир. НВ, ИРИ) и УЗИ печени с выделением признаков стеатоза (гепатомегалия, повышенная эхоплотность, плохая визуализация диафрагмального контура, смазанность сосудистого рисунка, дистальное затухание УЗ).

Распределение пациентов, подвергшихся II –му этапу исследования:

- Пациенты с наличием Ф.Р. и отсутствием признаков стеатоза на УЗИ из дальнейшего исследования исключались.

- При обнаружении признаков стеатоза печени на УЗИ и нормальных показателей биохимии крови выявлялось метаболическое поражение печени на стадии стеатоза.

- При обнаружении признаков стеатоза печени на УЗИ и повышенных показателей трансаминаз более двух норм выявлялось метаболическое поражение печени на стадии СГ.

- При обнаружении признаков стеатоза печени, а также увеличения диаметра воротной и селезеночной вен, спленомегалии и асцита по данным УЗИ выявлялась стадия ЦП.

Результаты исследования: Всего было обследовано 412 пациентов. Из них мужч.-186 (45,1%), женщ. -226(54,9%), средний возраст  $-47,3 \pm 2,6$  лет. После I-го этапа было 172 (41,7%) чел. (мужч. 78 (45,3%), женщ. – 94 (54,7%), ср. возраст  $34,9 \pm 5,8$  лет. Остальные 240 (58,3%) пациентов продолжили исследование (мужч. 102 (42,5%), женщ. – 138 (57,5%). Пациентов с наличием не более 2-х Ф.Р. было 142 (59%); а с более 2-х -98 (41%). По результатам исследования метаболические изменения в печени были выявлены у 137 пациентов, что составляет 57 % среди пациентов с Ф.Р. (мужч.- 59 (43%), женщ. – 78 (57%), ср. возраст –  $52,7 \pm 1,8$  лет). Из 142 пациентов, имеющих не более 2-х Ф.Р. метаболические изменения в печени были выявлены у 49 чел., что составляет 34,5% от всех больных этой группы, в то время как у 98 пациентов с наличием более 2-х факторов риска она была выявлена у 77 (78,6%). Из 137 пациентов с метаболическими поражениями печени группу со стеатозом печени составили 107 (78,1%) чел, со СГ- 27 (19,7%), с ЦП- 3 (2,2%).

Выводы: 1). Ф.Р. метаболических поражений печени среди больных гастроэнтерологического отделения встречаются в 58,3% случаев.