

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 ≥ 25), ожирением (ИМТ ≥ 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.

2). Метаболические поражения печени у пациентов гастроэнтерологического отд. выявляются в 33,2% случаев, чаще при наличии более 2-х Ф.Р.

3). При метаболических поражениях печени стеатоз выявляется в 78,1%, СГ – в 19,7%, ЦП – в 2,2% случаев.

Тактика ведения больных с гастроэзофагальной рефлюксной болезнью на уровне ПМСП

*Алиханова К.А., Шуахбаев С.К., Лохвицкий С.В., Табенова В.Т., Фотиади Ю.А.
Карагандинский государственный медицинский университет, г. Караганда*

Актуальность проблемы гастроэзофагальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) определяется тем, что она недостаточно хорошо изучена врачами, работающими на ПМСП, которые полагают, что заболевание всегда должно протекать с изжогой как ведущим клиническим синдромом. В то же время «внепищеводные» проявления могут выступать на передний план в клинической картине ГЭРБ, имитируя заболевания сердца, легких, составляя определенные трудности в диагностике и лечении больных этой категории [Изатуллаев Е.А., 1999, Бектаева Р.Р., 2000].

Цель работы: обоснование медикаментозной терапии взрослых и детей, больных ГЭРБ в зависимости от характера течения, заболеваемости, вида осложнений.

Материалы и методы: обследовано 87 взрослых больных ГЭРБ в возрасте от 35 лет до 64 лет, из них 42 - с неэрозивной рефлюксной болезнью, 45 - с рефлюкс-эзофагитом разной степени выраженности, также 20 детей в возрасте от 8 до 12 лет. Контрольную группу составили 41 здоровых добровольцев. Диагностика ГЭРБ основывалась на совокупной оценке жалоб, анамнеза, данных клинического и инструментального обследования (ЭГДС с биопсией, суточная внутрипищеводная рН-метрия). При исследовании больных ГЭРБ нами использованы: рабочая классификация ГЭРБ по И.И.Дегтяревой, 2000 г., классификация проявлений ГЭРБ по Монреальскому Консенсусу, 2006 г., и алгоритм диагностики ГЭРБ, цитированная И.Иванниковым и соавт., 2004 г.

Результаты: Тактика медикаментозной терапии определялась степенью выраженности рефлюкс-эзофагита и разработаны алгоритмы ведения больных ГЭРБ в зависимости от характера течения, заболеваемости, вида осложнений. При ГЭРБ без эзофагита наряду с соответствующим ре-

жимом, на 10 дней назначали внутрь мотилиум или цисап (перистил) по 10 мг 3 раза в день в сочетании с антацидом (например, маалоксом или фосфалюгелем) по 1 дозе через 1 час после еды, обычно 3 раза в день и 4-й раз непосредственно перед сном. При рефлюкс-эзофагитах различной степени тяжести дополнительно на 6 и более недель назначали внутрь следующие препараты: ранитидин (ранисан и др. аналоги) по 150-200мг 2 раза в день, или фамотидин (лецидил, квамател, ульфамид и др. аналоги) по 20-40 мг 2 раза в день или аксид по 150 мг 2 раза в день (для каждого препарата прием утром и вечером с интервалом в 12 часов). В самых запущенных и тяжелых случаях, помимо вышеперечисленного, на 4-8 недель назначали омепразол или рабепразол по 20мг 2 раза в день, или лансопразол по 30 мг 2 раза в день (утром и вечером с обязательным интервалом в 12 часов), с последующей поддерживающей терапией ранитидином или фамотидином. Учитывая, что у детей ГЭРБ развивается чаще на фоне заболеваний органов желудочно-кишечной зоны (от функциональной диспепсии до язвенной болезни), назначают лечение основного заболевания, которое включает применение антацидов или блокаторов H₂-рецепторов гистамина (ранитидин, фамотидин, квамател) в течение 4-8 недель, при наличии хеликобактерной инфекции проводится 7-дневная антибактериальная терапия (амоксциллином и фуразолидоном). Из антацидов предпочтение отдают жидким формам – альмагель, фосфалюгель, гавискон.

Выводы: Примененная медикаментозная терапия у больных ГЭРБ в зависимости от характера течения, заболеваемости, вида осложнений позволила оптимизировать ведение больных на уровне ПМСП, тем самым повысить качество жизни исследуемых категорий больных.

Тактика ведения больных с ревматическими заболеваниями, осложненных НПВП - гастропатиями

*Алиханова К.А., Абуғалиева Т.О., Кудабаяева У.М., Фотиади Ю.А., Азиканова М.К.
Карагандинский государственный медицинский университет, Кафедра общей врачебной практики с курсами фтизиатрии, психиатрии, акушерства и гинекологии, дерматовенерологии и инфекционных болезней ФНПР, г. Караганда*

Высокая частота осложнений, обусловленных поражениями верхних отделов желудочно-кишечного тракта (язвы, эрозии) нередко связана с длительным применением или бесконтрольным приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Чаще всего НПВП - гастропатии возникают у 20-25% больных, страдающих ревматическими заболеваниями (ревматоидный артрит, остеоартроз и т.д.). В связи с этим большое значение имеет рациональный подбор терапии и профилактика гастропатии, обусловленной НПВП.

Цель исследования: разработать тактику ведения больных с ревматическими заболеваниями, осложненных НПВП – гастропатиями.

Материалы и методы исследования: проанализированы амбулаторные карты больных (025/у); выписки из медицинской карты стационарного больного (003/у), статистические

карты. Проведено исследование 433 больных с ревматическими заболеваниями (ревматоидный артрит - 98, анкилозирующий спондилоартрит - 25, остеоартроз - 194) по Карагандинской области за 2003 - 2009 годы. В исследование были включены больные, длительно получающие НПВП – диклофенак натрия, индометацин, мелоксикам; базисные препараты хинолонового ряда в зависимости от наличия той или иной патологии. Критериями исключения применения НПВП являлись: наличие обострения хронического гастрита или язвенной болезни желудка, длительный прием глюкокортикостероидов.

Результаты и обсуждения: В результате исследования у 12,0% больных наблюдался диспепсический синдром (тошнота, рвота, изжога, диарея, боли в эпигастрии), у 6,0% - обострение язвенной болезни желудка, у 7,5% - хронического гастрита, у 2,5% - дуоденита. Учитывая,