

Клинико-функциональное состояние билиарно тракта у работников умственного труда

Бакирова Р.Е., Конакбаева Р.Д., Ларюшина Е.М., Токсамбаева М.Б., Кудабаяева У.М.
Карагандинский государственный медицинский университет, КГКП ОМЦ, Караганда

В патогенезе хронического холецистита имеют значение нарушения сегментарных и надсегментарных структур ВНС, а также тех отделов ЦНС, которые осуществляют интеграцию вегетативных и психических функций (Циммерман С.Я., 2006). Стрессорная активация тонуса симпатической нервной системы может способствовать развитию желчнокаменной болезни за счет торможения двигательной активности желчного пузыря. Застой желчи способствует формированию воспалительного процесса, развитию нейродистрофических изменений стенки пузыря. Это приводит к еще большему нарушению его сократительной способности, вплоть до атонии, и формированию конкрементов (Ильченко А. А., 2004). Многочисленные исследователи заостряют свое внимание на роли повышенных психоэмоциональных нагрузок в развитии патологии пищеварительной системы, однако крайне мало изучены аспекты влияния производственного стресса на формирование и развитие данной патологии у работников умственного труда (РУТ).

Целью исследования явилось изучение клинико-функционального состояния билиарного тракта у работников умственного труда.

Материал и методы исследования: Обследовано 155 РУТ (57 мужчин и 98 женщин) в возрасте 21- 63 лет (средний возраст - $39,54 \pm 0,49$ года). В группу сравнения (2 группа) включены лица, не работающие в данной сфере, сопоставимые с основной группой по возрасту и полу. В группу контроля вошли практически здоровые лица ($n=20$), не являющиеся РУТ. Всем работникам, кроме общеклинического обследования проводилось фракционное дуоденальное зондирование (ФДЗ), УЗИ гепатодуоденальной зоны.

Результаты исследования: При опросе $75,48 \pm 3,45\%$ РУТ предъявляли жалобы на боли в области правого подреберья различного характера. Диспепсические проявления в виде горечи во рту отмечены в $30,97 \pm 3,71\%$ случаев, отрыжка – в $25,16 \pm 3,48\%$, метеоризм – в $20,65 \pm 3,25\%$,

расстройство стула - в $10,97 \pm 2,51\%$. Астеновегетативный синдром имел место у $72,26 \pm 3,59\%$ РУТ. У 9 лиц выявлена нерезко выраженная желтушность кожных покровов лица, у 19 – иктеричность склер. Увеличение печени выявлено у $4,52 \pm 1,67\%$ больных, болезненность в правом подреберье при пальпации - у $69,7 \pm 3,69\%$.

При проведении ФДЗ нормальная функция желчного пузыря установлена только у 16 РУТ, что в 2,4 раза ($p < 0,01$) меньше чем в группе сравнения. Среди лиц основной группы в 2,6 раз больше выявлено лиц с гипертонусом сфинктера Одди в сопоставлении с группой сравнения ($p < 0,01$). Нарушение тонуса сфинктера Люткенса не имело достоверных межгрупповых различий. У пациентов с повышенным психоэмоциональным напряжением в 2,3 раза достоверно ($p < 0,05$) чаще имел место гипотонус желчного пузыря ($47,73 \pm 5,33\%$ против $21,21 \pm 5,03\%$ в группе сравнения). Гипертонус желчного пузыря в группе сравнения встречался несколько чаще (19 случаев – $28,78 \pm 5,57\%$), но достоверных различий в сравнении с основной группой не имел. В первой группе гипертонус желчного пузыря выявлен у 10 больных. Пузырный рефлекс не получен у 2 ($2,27 \pm 1,58\%$) пациентов первой группы и у 6 ($9,09 \pm 3,54\%$) больных второй группы. У 12 ($13,64 \pm 3,66\%$) больных первой группы выявлены изолированные дискинетические расстройства билиарного тракта по гипертоническому типу, у 28 ($31,82 \pm 4,96\%$) - по гипотоническому, а у 22 ($25,00 \pm 4,62\%$) – по смешанному. У четверти пациентов обеих групп выявлен диссинергизм сфинктеров Люткенса и Одди.

Таким образом, полученные данные о состоянии моторно-эвакуаторной функции билиарного тракта свидетельствуют о том, что повышенное психоэмоциональное напряжение приводит к гипотонически-гипокинетическому расстройству тонуса и моторики желчного пузыря с нарушением деятельности сфинктерного аппарата, приводящего к застою желчи и дисхолии с развитием воспалительного процесса в стенке желчного пузыря.

Объективная оценка печеночной гемодинамики методом ультразвукового исследования при циррозах печени

Баркибаева Н.Р., Жумадилова З.К., Кулмагамбетов А.О., Алина К.М., Мурина Н.А.
Медицинский центр ГМУ г. Семей

Скринингом в выявлении заболевания печени на сегодняшний день остаются лучевые методы диагностики. главным образом широко доступное ультразвуковое (УЗИ) исследование (Черешнева Ю.Н., Митьков В.В., 2000). Однако визуализация признаков цирроза печени посредством УЗИ нельзя отнести к ранним методам диагностики заболевания. Более того, учитывая, что развитие ЦП влияет на гемодинамические параметры, внедрение цветного и дуплексного доплеровского исследования является доступным неинвазивным исследованием для диагностики и наблюдения за течением цирроза печени и портальной гипертензии. Целью настоящего исследования явилась оптимизация диагностики циррозов печени методом ультразвуковой диагностики.

Материалы и методы. В гастроэнтерологическом отделении Медицинского центра ГМУ г. Семей у 25 больных с достоверным диагнозом ЦП проводилась визуализация признаков заболевания методом ультразвуковой диа-

гностики, в том числе и сосудов печени с определением линейной скорости кровотока в печеночной и селезеночной артерии и воротной вене. Преимущественно это были женщины (60%), средний возраст больных составил $40,22 \pm 3,7$ года. По этиологии различали 32% вирусных, 16% аутоиммунных, 52% алкогольных циррозов печени. Клиническая оценка степени тяжести по Чальду-Пью выявила класс А у 32% больных, «В» - 44%, «С» - 24% всех случаев. Ультразвуковое исследование проводилось на аппарате Aloka SSD-1400, Япония.

Результаты исследования. При ультразвуковой визуализации прежде всего обращают внимание размеры печени, которые у 55% наших больных были изменены – явное увеличение только правой доли было обнаружено у 80% больных гепатомегалией, левой доли – у 40%. Однако гепатомегалия, наряду с неоднородностью структуры печеночной ткани, оценкой контуров, определения закругленности углов, выявляемые на УЗИ не могут являться

достоверными признаками ЦП, так как они характерны и для гепатитов, и для жирового гепатоза. Между тем определение узлов регенерации в структуре ткани печени были обнаружены только у 2/3 наших больных при том, что цирроз печени у всех больных был достоверным. Не смотря на то, что В и С классы тяжести по Чальду-Пью преобладали в 68% случаев, диаметр воротной вены соответствовал в среднем – $11,85 \pm 2,3$ см. что не отражало портальной гипертензии. Напротив, изучение печеночной гемодинамики выявило значительное снижение линейной скорости кровотока в воротной вене от мин. 38,5% до макс. 65,83%, селезеночной вене – от 38,1% мин. до 57,31% макс. нормативных показателей. В то же время артериальные линейные скоростные параметры были приближены к

минимальным, снижение скорости кровотока было обнаружено на селезеночной артерии, но не отличалось достоверностью. Хотя при сравнении с максимально возможными линейными скоростями кровотока и в печеночных, и селезеночных артериях зафиксирован со значительным снижением более чем на 60% (на 63,84% печеночной артерии и 61,95% селезеночной артерии).

Таким образом, исследование печеночной гемодинамики, позволяющее объективизировать ультразвуковую диагностику циррозов печени, выявить на ранних стадиях формирования портальной гипертензии и оценить эффективность лечения, является обязательным условием при проведении лучевых методов диагностики в рамках скрининга хронических заболеваний печени.

Роль *Helicobacter pylori* в клинике симптоматических гастродуоденальных кровотечений

Батырова А.Н., Ералина С.Н., Абдухатов Б.А., Сейтпанов Д.К.

Центральная городская клиническая больница, г. Алматы

Цель работы: выяснить некоторые стороны вопроса о возможном влиянии НР-инфекции на частоту и интенсивность развития эрозивно-язвенных кровотечений и эффективности эрадикационной терапии.

Материалы и методы: обследовано 120 больных в возрасте от 18 до 72 лет (женщин 50 и мужчин 70) с различными хирургическими и терапевтическими заболеваниями, находившихся в отделении интенсивной терапии, которые разделены на три группы в зависимости от схем фармакотерапии. Первые две группы не получали эрадикационную терапию, третьей группе с первых суток после выявления НР-инфекции назначалась одна из трёхкомпонентных схем эрадикационной терапии согласно рекомендациям Маастрихтского консенсуса III. Наряду с общеклиническими наблюдениями были проведены: определение НР-инфекции в слизистой оболочке желудка с использованием неинвазивного уреазного дыхательного Гелик-теста, а также Хелпил-теста с биоптатами из слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка, полученными при эндоскопическом исследовании или интраоперационно.

Результаты: НР-инфекция выявлена у 80 (66%) больных с эрозивно-язвенными поражениями проксимального отдела ЖКТ, осложнёнными кровотечениями. У 40 больных

(34%) тест на НР-инфекцию оказался отрицательным. У 30 (37,5%) больных с рецидивом кровотечения выявлена НР-инфекция. Все больные, получившие лечение в стационарных условиях, через месяц были подвергнуты обследованию методом уреазного дыхательного Гелик-теста, который позволил установить, что среди больных 1-2 группы степень инфицированности осталась на прежнем уровне, а среди больных 3 группы отсутствие НР-инфекции констатировано в 92% случаях.

Выводы: в 93% случаев развития эрозивно-язвенных повреждений в проксимальном отделе ЖКТ обнаруживается развитие морфологических изменений с колонизацией слизистой оболочки желудка и ДПК микроорганизмом *Helicobacter pylori*, а также наличие НР-инфекции в слизистой оболочке желудка у больных, находящихся в критическом состоянии. Эрадикационная терапия способствует уничтожению НР-инфекции у 92% больных, предупреждает развитие кровотечений из эрозивно-язвенных повреждений слизистой оболочки ЖКТ с последующим рубцеванием. Отдалённые результаты обследования больных на наличие НР-инфекции через месяц после окончания лечения свидетельствуют о сохранении эрадикационной эффективности при правильном проведении лечения.

Профилактика стресс-повреждений желудочно-кишечного тракта у больных в критических состояниях

Батырова А.Н., Абдухатов Б.А., Бекматов М.Ж., Сейтпанов Д.К.

Центральная городская клиническая больница, г. Алматы

Цель работы: мы попытались прояснить некоторые стороны вопроса о возможном влиянии НР-инфекции на частоту и интенсивность развития эрозивно-язвенных кровотечений и выявить возможную взаимосвязь НР-инфекции с другими этиологическими и патогенетическими факторами.

Материалы и методы: обследовано 120 больных в возрасте от 18 до 72 лет (женщин 50 и мужчин 70) с различными хирургическими и терапевтическими заболеваниями, находившихся в отделении интенсивной терапии, которые разделены на три группы в зависимости от схем фармакотерапии. Первые две группы не получали эрадикационную терапию, третьей группе с первых суток после выявления НР-инфекции назначалась одна из трёхкомпонентных схем эрадикационной терапии согласно рекомендациям Маастрихтского консенсуса III. Наряду с общеклиническими наблюдениями были проведены: определение НР-инфекции в слизистой оболочке желудка с использованием

неинвазивного уреазного дыхательного Гелик-теста, а также Хелпил-теста с биоптатами из слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка, полученными при эндоскопическом исследовании или интраоперационно; определение рН желудочного содержимого при помощи индикаторной бумаги; неоднократное ЭГДС с целью контроля за динамикой заживления эрозий, язв и оценки результатов эрадикационной терапии.

Результаты: Из числа наблюдавшихся нами 120 пациентов у 80 (66%) установлено умеренное повышение уровня кислотности желудочного сока (средний уровень рН = 3-5), у остальных 40 (34%) больных – пониженный уровень кислотности (средний уровень рН = 8-9). Следует заметить, что у последних при ЭГДС был выявлен дуоденогастральный рефлюкс с наличием значительного количества желчи в желудке, чем, по-видимому, была обусловлена слабощелочная реакция желудочного содержимого.