

на 2 сутки у 4 больных (66%) с язвой желудка и у 18 (75%) больных с ЯБДПК. К концу 1 недели был полностью купирован болевой синдром у большинства больных. Изжога, тошнота, отрыжка прошли к 8 дню лечения.

При контрольном эндоскопическом обследовании констатировано полное рубцевание язвы у 28 больных (93,3%). Наблюдалось заживление язвенного дефекта: у 23 (96%) пациентов с язвенной болезнью ДПК и у из 6 пациентов 5 (83%) с язвенной болезнью желудка. Пантопразол хорошо переносился больными, побочных эффектов не отмечалось.

Выводы.

1. Пантопразол способствует быстрому купированию клинических проявлений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

2. Прием пантопразола в дозе 40 мг в сутки в сочетании с антихеликобактерной терапией в течение 15 дней вызывает полное заживление язвы луковицы двенадцатиперстной кишки у 96% больных, при язве желудка у 83%.

3. Пантопразол является безопасным и хорошо переносимым препаратом из группы ингибиторов протонного насоса.

Поражение гепатобилиарной системы при подагре

Хабижанова В.Б., Хабижанова А.С.

*Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова,
Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней*

Подагра - заболевание, обусловленное нарушением обмена веществ, в частности пуринового обмена. Подагра нередко сопутствует таким заболеваниям как ожирение, диабет, желчекаменная и мочекаменная болезнь. Поражения печени и желчевыводящих путей у больных подагрой выявляются почти в 12 раз чаще, чем в популяции.

Цель: Изучить частоту и характер поражения гепатобилиарной системы у больных подагрой.

Материалы и методы: Обследовано 91 больных с достоверным диагнозом подагры. Средний возраст больных $57,48 \pm 1,27$. Среди больных преобладающее большинство составляли мужчины 81 (89,01%), женщин - 10 (10,9%). Всем больным проводилось клиничко-лабораторное обследование, биохимические исследования с определением уровня мочевой кислоты, липидов, общего билирубина, трансаминаз, глюкозы натощак в цельной крови и сыворотке, УЗИ органов брюшной полости.

Результаты: Повышение уровня трансаминаз (АЛТ и АСТ) более 1,5 норм выявлено в 18 (19,8%) случаях, более 2-х норм - в 4 (4,4%). Среди больных с повышением

трансаминаз жалобы на желудочно-кишечный дискомфорт предъявляли 30% обследованных. Индекс массы тела больных подагрой колебался от 24 до 42, составляя в среднем $29,45 \text{ кг/м}^2$. Средний уровень холестерина у обследованных составил $5,27 \pm 0,11$. Повышение уровня общего билирубина встречалось у 8,8% больных подагрой. По результатам УЗИ печени жировой гепатоз обнаруживался у 16,5% пациентов, ЖКБ - у 10,9%. По данным анамнеза холецистэктомия произведена у 3 (3,3%) больных. Отмечалась ассоциация повышения уровня трансаминаз с высоким уровнем СРБ, длительным приемом селективных и неселективных НПВП.

Заключение. У больных подагрой отмечается достаточно высокая частота поражения печени и желчевыводящих путей (30,7%), что подтверждает наличие общих механизмов нарушений липидного обмена и гиперурикемии. Необходим обязательный контроль трансаминаз для своевременной коррекции лекарственных препаратов с вероятным гепатотоксическим эффектом.

Оценка распространенности нсв- инфекции среди населения Казахстана.

*Хван Г.В., Ганина Л.Ю., Мосунова Н.А., Асембеков Б.С.,
Бекмухаметов Г.Х., Кудусова Е.М., Слесарев В.Г.*

*1ГУ Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД,
2РГКП Республиканский центр крови.*

Гепатит С, являясь распространенной неуправляемой, чаще хронической и фатальной инфекцией, по своему влиянию на человека и общество относится к социально-значимым заболеваниям. В настоящее время в мире инфицировано вирусом гепатита С 350 млн человек. В Казахстане данные официальной статистики по острому и хроническому гепатиту С (HCV-инфекции) базируются на регистрации случаев, результатах исследований ряда ученых и не отражают реальной ситуации, так как до 80% случаев HCV-инфекции протекает без желтухи, с минимальной клинической симптоматикой и, как правило, не попадают в поле зрения врачей, а мониторинга и оценки ситуации на регулярной основе не проводится.

Цель: оценить ситуацию по распространенности HCV-инфекции среди различных групп населения в Казахстане путем проведения исследований и определения оценочного количества HCV-инфицированных.

Для выполнения цели использована система дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ (РЦ СПИД, ДЭН, Обзор за 2008г.), практикуемая в службе СПИД республики, которая в совокупности с системой регистрации случаев и результатов быстрой оценки ситуации (БОС) по-

зволяет оценить и реальное число HCV-инфицированных в группах населения с рискованным парентеральным и половым поведением: потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), работников секса (особенно РС ПИН), заключенных и мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ). Распространенность HCV-инфекции среди обследованных доноров (РЦ Крови. Отчет за 2008г.) принята за таковую среди общего населения. Население от 15 лет и старше составляло на 01.07.2008г. 10 млн.человек.

Результаты.

В Казахстане оценочное число ПИН методом БОС составило в 2008г. 130 тыс., распространенность HCV-инфекции по ДЭН - 64,1%, то есть оценочное число HCV-инфицированных ПИН составило 83330. Численность РС по БОС - 20 тыс., у 12,3% выявлена HCV-инфекция, количество HCV-инфицированных в группе РС оценивается в 2460 человек. Количество заключенных в РК было 65 тыс., распространенность HCV-инфекции 43,2%, то есть оценочное число HCV-инфицированных в пенитенциарных учреждениях равно 28080. Число HCV-инфицированных МСМ оценивается в 2535 человек (в 9 регионах РК по БОС - 37500 при распространенности 3,8%). За 2008 год в РК

обследовано 195753 донора, из них HCV-положительны 1,9%, что при пересчете на общее население старше 15 лет дает оценочное число – 190 тысяч человек. Таким образом, суммарное оценочное число HCV-инфицированных в различных группах населения республики составило 306405 человек. Следует отметить, что по предварительным результатам аналогичных исследований за 2009 год отмечается рост количества HCV-инфицированных.

Выводы. В группах населения с рискованным парентеральным и половым поведением HCV-инфицированность

в десятки раз (в 33,7 раза у ПИН) выше, чем среди общего населения. Суммарное оценочное число людей, имеющих маркеры HCV-инфекции, в республике составляло в 2008 году свыше 300 тысяч. Отсутствие эпидемиологического слежения, оценки ситуации в республике и непринятие профилактических и лечебных мер на государственном уровне может иметь неблагоприятные последствия, как дальнейшее широкое распространение HCV-инфекции, инвалидизация и потеря людей.

Лечение больных с постхолецистэктомическим синдромом

*Хусаинова Г.С., Тайжанова Д.Ж., Толеуова А.С., Мандыбаева М.К., Сулейменова Ш.Б.
Карагандинский государственный медицинский университет, г. Караганда*

Цель работы: лечение больных с постхолецистэктомическим синдромом препаратом адеметионина (гептрал).

Материалы и методы: Для коррекции метаболических нарушений больным с постхолецистэктомическим синдромом проводилось лечение препаратом адеметионина (гептрал), нормализующим обмен веществ, обладающим антиоксидантным и общеукрепляющим действием. Препарат восполняет дефицит адеметионина и стимулирует его выработку в организме, в первую очередь в печени и мозге.

Улучшает функцию ассоциированных с мембранами гепатоцитов транспортных систем желчных кислот и способствует пассажу желчных кислот в желчевыводящую систему. Всем больным назначалась суточная доза пре-

парата по 400 мг 1 таблетки 3 раза в день в течение 4-х недель. Лечение препаратом адеметионина хорошо переносилось всеми больными без побочных эффектов.

Результаты: Применение указанного препарата улучшило желчевыделение у больных с постхолецистэктомическим синдромом, способствовало улучшению гликогенофиксирующей, синтетической, антиоксидантной функции печени.

Выводы: Доказана эффективность использования препарата адеметионин (гептрал) в лечении больных с постхолецистэктомическим синдромом. В механизме препарата важную роль играет его антиоксидантное, мембраностабилизирующее действие.

Модель алгоритма ультразвуковой диагностики заболеваний, сопровождаемых синдромом портальной гипертензии

Чёрногуз С.А.

ТОО «Аланда-клуб», Караганда

Широкое использование в работе специалистов УЗД современных ультразвуковых сканеров позволяет получать данные не только о структуре исследуемого органа, но и о характере его кровоснабжения. Методики ультразвуковой (УЗ) ангиографии являются актуальными среди других неинвазивных методик при обследовании пациентов с диффузными хроническими заболеваниями печени (ДХЗП). Практическая деятельность специалиста УЗД диктует необходимость обоснования и внедрения унифицированных подходов к обследованию этой группы пациентов.

Цель исследования: разработать модель диагностического алгоритма, регламентирующего необходимость назначения и объем исследования у пациентов с ДХЗП.

Материал и методы: в группу обследованных были включены 87 пациентов с ДХЗП и патологией вен печени, в том числе: 13 – с хроническим вирусным гепатитом, 11 – с циррозом печени (ЦП) вирусной этиологии, 7 – с ЦП в исходе аутоиммунного гепатита, 39 – с алкогольным ЦП (в том числе 26 – с сопутствующей атакой острого алкогольного гепатита), 17 – с тромбозом воротной вены различной этиологии. Группа контроля – 20 пациентов с язвенной болезнью без признаков поражения печени и портальной гипертензии (ПГ). Всем пациентам проведены исследования: общий и биохимический анализ крови, ЭГДС, УЗИ с ультразвуковой ангиографией печени. У 53,8 % пациентов диагноз был верифицирован данными гистологического исследования биоптата печени.

Результаты и обсуждение. На основе анализа полученных данных предлагается модель алгоритма УЗИ, которая включает следующие этапы: 1 этап – определение основных показаний для проведения УЗ ангиографии печени: ука-

зание в анамнезе на заболевания печени или действие гепатотоксичных факторов; наличие изменений в биохимических анализах крови, характерных для патологии печени; обнаружение маркеров вирусных гепатитов; выявление малоспецифичных признаков ДХЗП при УЗИ; наличие признаков ПГ неуточненной этиологии. 2 этап – определение последовательности проведения и необходимый объем УЗ ангиографии при выявлении УЗ признаков патологии печени и ее сосудов. На этапе скринингового УЗИ предлагается выделить группу пациентов, не имеющих экстроструктурных признаков патологии печени. В этой группе применение доплеровских методик не целесообразно. Выявление УЗ признаков ДХЗП или патологии ее сосудов определяет необходимость проведения УЗ ангиографии печени. 3 этап – проведение оценки проходимости крупных сосудов печени в режиме цветного доплеровского картирования (ЦДК), что позволяет судить о направлении кровотока. Отсутствие кровотока, пристеночный кровоток в основных стволах и ветвях вен печени, коллатеральный кровоток при кавернозной трансформации воротной вены позволяют диагностировать внепеченочную форму ПГ, обусловленную тромбозом вен печени. Обратный кровоток в ветвях воротной вены, деформация сосудистого рисунка печени, наличие кровотока в реканализированной параумбиликальной вене (в т.ч. в ее внепеченочной части) и в других коллатеральных являются признаками печеночной формы ПГ – ЦП. Отсутствие признаков синусоидальной ПГ (кровоток в параумбиликальной вене и в других порто-кавальных коллатеральных, обратное гепатофугальное направление воротного кровотока) требует количественной оценки параметров печеночной гемодинамики и не позволяет исклю-