

В ходе исследования были проанализированы медицинские карты 67 пациентов с ГЭРБ, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении 4-ой детской городской клинической больницы г. Минска в 2010–2012 годы. Индивидуальные карты пациентов подбирались методом случайной выборки (критерий отбора ГЭРБ). Верификация диагноза ГЭРБ проведена у всех подростков по G. Tutgat в модификации В.Ф. Приворотского (2006). Для оценки физического развития проводилось измерение антропометрических показателей (рост и масса тела) по стандартной методике с последующим расчетом ИМТ. В качестве критериев превышения массы тела использовались нормативы, рекомендованные ВОЗ. Полученные данные обработаны общепринятыми методами параметрической статистики.

Установлено, что ГЭРБ у подростков на современном этапе имеет ряд клинических особенностей, а избыток массы тела при ГЭРБ можно считать фактором риска развития более тяжелых форм эзофagита, поэтому эти пациенты нуждаются в более «жестком» эндоскопическом контроле в процессе диспансерного наблюдения. Подростки с ГЭРБ и избыточной массой тела характеризуются более высоким риском развития жирового гепатоза и стеатогепатита, а также стеатоза поджелудочной железы.

Внедрение результатов исследования в лечебно-диагностический процесс при разработке протоколов диагностики и лечения детей с ГЭРБ позволяет учитывать тот факт, что избыток массы тела при ГЭРБ можно считать фактором риска развития более тяжелых форм эзофagита, поэтому эти пациенты нуждаются в оптимизированной персонализированной программе терапии и диспансеризации, что позволит повысить качество жизни пациентов и снизить экономические затраты государства на их лечение и реабилитацию.

Литература

1. Баранов, А.А. Научные и организационные приоритеты в детской гастроэнтерологии / А. А. Баранов // Педиатрия. – 2002. – №3. – С. 12-18.
2. Бельмер, С.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / С. В. Бельмер // РМЖ. – 2008. – Т. 16, № 3. – С. 144-147.

©ВГМУ

ПАТОМОРФОЛОГИЯ ПОЛИПОВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ В КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОМ ПЕРЕХОДЕ

А.Р. ПРУДНИКОВ, М.Е. МАТВЕЕНКО

The article shows the morphological structure, risk factors (age, sex, presence of HPV, reflux and other) of polyps of development in the esophagus and cardioesophageal transition regular monitoring, improvement of diagnostics and prevention of malignization recurrences in treatment of these lesions

Ключевые слова: полиповидные образования, кардиоэзофагеальный переход, ВПЧ

Одной из важнейших задач современной гастроэнтерологии является ранняя диагностика и профилактика злокачественных новообразований на фоне неуклонного роста смертности от рака во всем мире [1,2].

Целью работы послужило изучение особенностей морфологической картины полиповидных образований пищевода в целях совершенствования их диагностики.

Было обследовано 380 пациентов с эндоскопически выявленной различной патологией пищевода. В процессе эзофагогастроскопии был взят биопсийный материал из полипов кардиоэзофагеального перехода и папиллом с последующим гистологическим исследованием биоптатов. У большинства пациентов биопсийный материал забирали из полиповидных образований полусферической, реже конической формы, светло- и ярко-розового цвета, гладкой или бугристой поверхности. От каждого пациента получали 2 биоптата, которые были описаны (размер, цвет, границы и т.д.) и подробно зарисованы на бланке эндоскопического исследования с учетом местоположения.

Результаты:

1. Из 18 полипов кардиоэзофагеального перехода найдено - 11 (61,1%) с метаплазированным эпителием (пищевод Барретта), 7 (38,9%) - с умеренно выраженным хроническим воспалением, 4 (22,2%) из 7 которых были с эрозиями. Из 18 плоскоклеточных папиллом - 5 (27,8%) были с признаками поражения ВПЧ, 3 (16,7%) – с дисплазией 1-2 степени, 3 (16,7%) – с умеренно выраженным нейтрофильным воспалением в строме со слабой активностью.

2. Встречаемость папиллом в нижней трети пищевода (1,23%) в 5,3 раза выше, чем полипов (0,23%).

3. Средний возраст пациентов с полиповидными образованиями 55-61 год (старшая возрастная группа), что коррелирует с возрастом при пике заболеваемости раком пищевода (60-64 года). Поэтому наблюдение пациентов с полиповидными образованиями в некоторых случаях позволит предупредить возможную их малигнизацию.

4. Среди обследованных пациентов старшей возрастной группы полипы встречаются чаще (в 1,57 раза) у женщин по сравнению с мужчинами, что, возможно, объясняется более ранним ослаблением мышц сфинктера пищеводно-желудочного перехода с возрастом и последующим повышением частоты и длительности действия рефлюкса на эпителий пищевода. В тоже время папилломы встречаются практически одинаково часто и у мужчин, и у женщин (47,8% и 52,2%, соответственно).

5. Пациенты старшей возрастной группы, имеющие полиповидные образования в гастроэзофагеальном переходе, связанные с ослаблением замыкающей функции сфинктера, с гастроэзофагеальным рефлюксом и местным инфицированием ВПЧ, должны подвергаться регулярным обследованиям даже после удаления новообразований, т.к. удаление полиповидных образований не ликвидирует причину их рецидивирования.

Литература

1. Эрдеес С.И. Полипы кардиоэзофагеального перехода // Педиатрия. 2006. № 6. С. 101–109
2. Здоровоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2011г. – Минск: ГУ РНМБ, 2012. – 304с.

©БГМУ

ОБРАЗ ЖИЗНИ И КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЙ РИСК: КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У МУЖЧИН С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ, РАБОТАЮЩИХ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ

А.А. РАДКЕВИЧ, Н.П. МИТЬКОВСКАЯ

The article presents the results of a comparative analysis of lipid profile of individuals being screened, correlation analysis of indicators of their lifestyle with some biochemical and structural and functional cardiovascular parameters

Ключевые слова: шахтеры калийных рудников, абдоминальное ожирение

Ожирение – одно из наиболее распространенных хронических заболеваний в мире, связанное с сахарным диабетом и болезнями сердечно-сосудистой системы, лидирующими в причинах смертности населения РБ. Ранее установлено, что особенности труда шахтеров способствуют повышению инсулинорезистентности [1].

Цель исследования – изучить взаимосвязь показателей образа жизни шахтеров, имеющих абдоминальное ожирение, с некоторыми клинико-биохимическими параметрами.

Объект исследования – шахтеры калийных рудников с абдоминальным ожирением. *Группа 1* – 26 мужчин с метаболическим синдромом (МС), *группа 2* – 34 мужчины без МС. Используются клинико-анамнестические, антропометрические, инструментальные (эхокардиография), лабораторные и статистические методы.

При сравнительном анализе уровня плазменных липидов (ммоль/л) установлены межгрупповые (1; 2) различия: общего холестерина ($5,68 \pm 0,17$; $5,02 \pm 0,17$), липопротеинов высокой ($1,17 \pm 0,05$; $1,28 \pm 0,05$), низкой ($3,61 \pm 0,14$; $3,17 \pm 0,13$) и очень низкой плотности ($0,86 \pm 0,09$; $0,52 \pm 0,03$), триглицеридов ($1,91 \pm 0,2$; $2,97 \pm 0,09$), $p < 0,05 - 0,001$. Проведен сравнительный и корреляционный анализ других показателей.

Таким образом, в результате исследования установлено, что у мужчин с абдоминальным ожирением, работающих в экстремальных условиях калийных рудников:

1. При увеличении потребления алкоголя снижается уровень ситуационной и личностной тревожности, увеличивается кратность питания, однако при этом повышается уровень С-реактивного белка плазмы, триглицеридов плазмы, расширяется полость левого желудочка.

2. При увеличении двигательной активности снижаются индекс массы тела, атерогенность плазмы крови за счет уменьшения фракции ЛПОНП и ТГ.

3. Увеличение кратности питания снижает уровень атерогенных ЛП.

3. Курение провоцирует нарушения липидного обмена: растет уровень атерогенных ЛПОНП, ТГ, уменьшается антиатерогенная фракция ЛПВП, в результате повышается КА.

4. Недостаточное употребление питьевой воды связано с нарушением липидного обмена (рост ОХ, ЛПНП, КА), углеводного обмена, общим ожирением, гипертрофией миокарда.

5. При развитии МС значительно усугубляются нарушения липидного обмена: повышаются ОХ, фракции ЛПНП, ЛПОНП, ТГ, растет КА и соотношение: апопротеин В / апопротеин А₁.

6. Развитие МС негативно отражается на структурно-функциональных особенностях сердечно-сосудистой системы: увеличивается степень гипертрофии миокарда ЛЖ, снижается его сократительная способность, расширяется восходящий отдел аорты.

7. Повышение степени общего и абдоминального ожирения сопряжено с увеличением уровня гликемии и Hs СРБ.