сфинктера Одди выявила, что явления спазма и холестаза особенно выражены при хроническом холецистите и моторике по гипотоническому типу.

Выводы:

1.Согласно данным наших наблюдений было выявлено, что у пациентов с ЖКБ при прогрессировании процесса в одинаковой мере страдает как паренхима печени, так и желчевыводящие пути.

2.Степень поражения гепатобилиарной системы относится прямо пропорционально к активности течения основного заболевания, его длительности, возраста пациента и эффективности проведенного лечения.

3.Объективную функциональную оценку состояния гепатобилиарной системы необходимо применить с целью уточнения активности заболевания, эффективности проведенного лечения, определения субклинических признаков хронизации и прогрессирования патологического процесса в печени и желчном пузыре, прогноза дальнейшего течения болезни у пациентов с ЖКБ.

4.Методику ДГБСГ целесообразно более широко использовать в практике радиологических отделений, особенно в специализированных клиниках.

Литература:

1. Авдеев В.Г. Клинические проявления, диагностика и лечение расстройств моторной функции двенадцатиперстной кишки// Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктологии. – 1997. – № 5. – С. 83–88.

2. Бабак О.Я. Синдром холестазу (причини, механізми розвитку. Клінічні прояви та принципи лікування) // Лікування та діагностика. — 2003. — № 2. — С. 27-35.

3. Галкин В.А. Современные методы диагностики дискинезий желчного пузыря и некалькулезного холецистита // Тер. Архив. – 2001. - №8. С. 37-38

4. Дадвани С. А. Желчнокаменная болезнь / С.А. Дадвани, П.С. Ветшев, А.М. Шулутко и др. // М.: Видар-М, 2000. 139 с.

5. Ильченко А.А. Дисфункциональные расстройства билиарного тракта // Consilium-medicum. – 2002. – Вып.1., приложение. – С. 20-23.

6. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей // М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. 860 с.

7. Fukunaga K., Todoroki T., Takada Y. Hepatic functional reserve in patients with biliary malignancies: an assessment by technetium 99m galactosyl human serum albumin hepatic scintigraphy. Int Surg1999;84(3):199–203.

8. Fujioka H., Kawashita Y., Kamohara Y. et al. Utility of technetium-99mlabeled-galactosyl-human serum albumin scintigraphy for estimating the hepatic functional reserve. J Clin Gastroenterol 999;28(4):329–33.

УДК 612.116.2

О.С. Покусаева, П.Г.Чусовитина, М.И. Фоминых

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Кафедра факультетской терапии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

O.S. Pokusaeva, P.G.Chusovitina, M.I. Fominykh

ASSESSMENT A RISK FACTOR FOR GASTROINTESTINAL BLEEDING

Department of Faculty Therapy
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный e-mail: Chusovitina.polina@gmail.com

Аннотация. Работа посвящена оценке влияния выделенной нами группы факторов риска на развитие желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК). К факторам риска мы отнесли прием следующих групп препаратов: нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), глюкокортикоиды (ГК), а также употребление больными алкоголя и курение. Учитывались ЖКК, эрозии и болезни органов желудочно-кишечного тракта в анамнезе.

Annotation. The work is devoted to assess the impact of the selected by us group of risk factors for the development of gastrointestinal bleeding (GIB). At risk factors we included the use of the following groups of medications: non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), glucocorticoids (GCS). Also, the risk factors included alcohol and smoking. We considered GIB, erosion and diseases of the gastrointestinal tract organs in anamnesis.

Ключевые слова: желудочно-кишечные кровотечения, нестероидные противовоспалительные препараты, глюкокортикоиды.

Keywords: gastrointestinal bleeding, non-steroidal anti-inflammatory drugs, glucocorticoids.

Кровотечение – одно из самых частых осложнений и причин летального исхода больных в современной клинической практике. Кровотечения встречаются не менее чем в 8% аутопсий умерших в стационаре и не менее чем в 5% аутопсий при внебольничной летальности. Более 80% летальных кровотечений образуют кровотечения из желудочно-кишечного тракта и почти половина из них не ассоциированы со злокачественными новообразованиями, осложняющие острые или хронические эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ: пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки [1].

Причиной около 25% кровотечений из верхнего отдела ЖКТ является острое эрозивно-язвенное поражение гастродуоденальной слизистой оболочки

у критически больных, пациентов, получающих терапию НПВП или поражений гастродуоденальной слизистой оболочки коррозионными веществами [3].

Основными факторами риска развития кровотечения являютя: ЯБ в анамнезе, возраст старше 60 лет, сопутствующий прием ГК. Высокий риск ЖКК у пожилых пациентов с ишемической болезнью сердца традиционно связывают с длительным приемом антиагрегантов с целью вторичной профилактики ССЗ и неконтролируемым применением НПВП для лечения сопутствующего болевого синдрома. Установлено, что частоту ЖКК в 2-3 раза увеличивает длительный прием даже «малых» (50-100 мг) доз ацетилсалициловой кислоты [2].

Цель исследования – оценить влияние различных факторов риска на развитие желудочно-кишечных кровотечений.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе МБУ Центральной городской больницы № 7.

В ходе исследования был проведен ретроспективный анализ медицинской документации 107 пациентов с ЖКК на фоне ЯБЖ и ЯБДПК (истории болезни, операционный журнал) за 2015 год на базе МБУ ЦГБ № 7. При этом учитывался ряд показателей:

- демографический показатель (пол, возраст);
- заболевания ЖКТ в анамнезе (язвенная болезнь, гастрит);
- эрозии и кровотечения в анамнезе;
- прием препаратов следующих групп: НПВП, ГК, антиагреганты, антикоагулянты;
- метод остановки кровотечения (хирургический или консервативный);
- сопутствующие заболевания, в том числе и анемия;
- употребление алкоголя;
- курение.

Статистическую обработку данных проводили с использованием программы Microsoft Office Excel 2007, применяя общепризнанные методы статистического оценивания.

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам исследования наибольшее количество пациентов (33%) относятся к молодому возрасту (до 44 лет по классификации ВОЗ), в то время как пациенты пожилого возраста (60-74 лет по классификации ВОЗ) составили всего 25,5%. В исследуемой группе пациентов желудочно-кишечные кровотечения чаще встречались у мужчин (65%), по сравнению с женщинами (35%) (см. рис.).

К общеизвестным предрасполагающим факторам в развития ЖКК относятся: наличие в анамнезе язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, гастрита, наличия Helicobacter pillory, эрозий и предшествующих эпизодов кровотечений. В исследуемой группе наличие язвенной болезни в анамнезе было выявлено у 34,9% пациентов, гастрита у

8,5% пациентов, эрозий у 6,6% больных, наличия Helicobacter pylori диагностировано у 7,6% пациентов, а предшествующие эпизоды кровотечений в анамнезе присутствовали у 8,5% исследуемых.

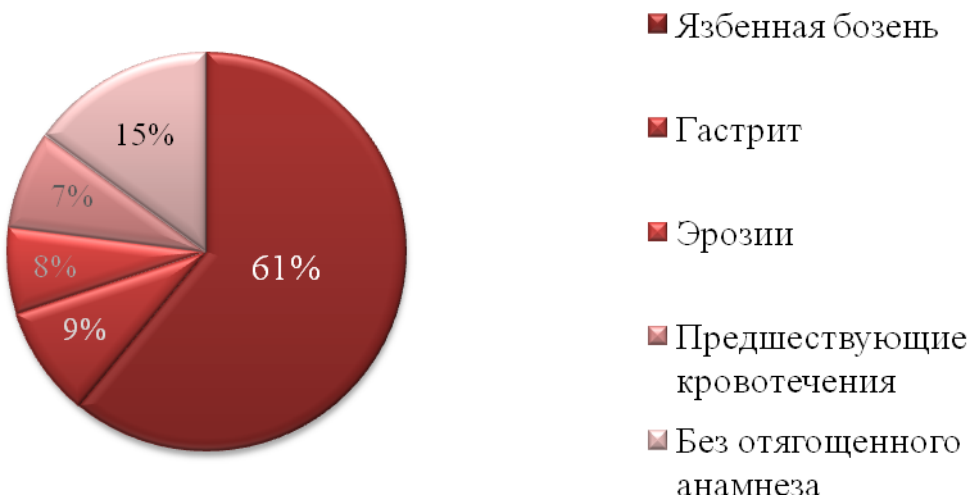

Рис. Заболевания ЖКТ в анамнезе у пациентов с ЖКК

Другими этиологическими факторами развития кровотечений считают употребление алкоголя и курение. В 48% случаев по данным историй ЖКК было спровоцировано употреблением алкогольных напитков. Среди всех пациентов 17% являются активными курильщиками, не курят лишь 26,4% больных, у остальных пациентов (56,6%) по данному критерию данные неизвестны.

Важным этиотропным фактором развития ЖКК является длительное употребление НПВП и ГК, терапия которыми чаще встречается в старшей возрастной группе, в связи с наличием приобретенных хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы. В исследуемой группе НПВС длительно принимали 33% пациентов, ГКС употребляли 5% больных. Из группы НПВП встречались такие препараты как: кетопрофен, нимесулид; из ГК пациенты принимали метилпреднизолон. По результатам исследования можно заметить, что все пациенты с ЖКК, имеющие в анамнезе употребление вышеперечисленных препаратов, имели возраст старше 45 лет (67%), из чего мы можем сделать вывод, что длительный прием НПВП и ГК действительно повышает риск возникновения ЖКК.

В результате исследования было выявлено, что 26,4% пациентов были госпитализированы с перфоративной язвой, осложненной кровотечением. Среди них 46% составили мужчины молодого возраста (до 44 лет по классификации ВОЗ), в анамнезе которых присутствовали язвенная болезнь и гастрит, ассоциированные в некоторых случаях с Helicobacter pylori. В связи с тем, что перфорации в этой категории встречались в каждом втором случае, мы отметили необходимость выделения данных пациентов в особую группу. Всем

пациентам с перфорацией желудочно-кишечного тракта проводилось хирургическое лечение.

В целом, хирургическое лечение было проведено 37,7% пациентов, эндоскопическая остановка кровотечения проводилась в 7,5% случаев, тогда как остальные ЖКК были остановлены консервативно (45,2%).

Таблица.

Распределение факторов риска развития ЖКК в каждой возрастной группе

Возраст (ВОЗ)	Употребление алкоголя (%)	Регулярный прием НПВС и ГКС (%)	Перфорации (%)	Язвенный анамнез (%)
Молодой (до 44 л.)	71	8	46	24
Средний (от 45 до 49 л.)	76	15	14	35
Пожилой (от 60 до 74 л.)	38	15	22	30
Старческий (старше 75 л.)	7	11	18	11

Выводы:

1. В нашем исследовании ЖКК чаще встречалось у пациентов молодого возраста;
2. У мужчин ЖКК встречалось в 2 раза чаще, чем у женщин;
3. Наличие язвенной болезни в анамнезе является самым распространенным предрасполагающим фактором в развитии ЖКК;
4. Каждый второй случай ЖКК был спровоцирован приемом алкоголя;
5. Возникновение ЖКК у 49% пациентов старше 45 лет могло быть индуцировано регулярным употреблением НПВС и ГК;
6. Сформирована группа риска развития перфорации среди мужчин младше 44 лет, в анамнезе которых язвенная болезнь, гастрит и Helicobacter pylori. Частота встречаемости перфоративных язв, осложненных кровотечениями, составила 46% в данной возрастной группе.

Литература:

1. Абдулганиева Д.И. Связь клинических проявлений НПВП-гастропатии у больных ревматоидным артритом с моторными нарушениями верхних отделов ЖКТ / Д.И. Абдулганиева, Н.Э. Белянская, Е.Л. Насонов // Научно-практическая ревматология, 2011, № 3, с. 25-28;

2. Верткин А.Л. Острые поражения слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта в общемедицинской практике / А.Л. Верткин, М.М. Шамуилова, А.В. Наумов и др. // Русский медицинский журнал, том 11, 2009, № 1, с. 1-5;

3. Верткин А.Л. Профилактика желудочно-кишечных кровотечений при обострении ишемической болезни сердца / А.Л. Верткин, Ю.В. Фролова, Е.А. Петрик и др. // Consilium Medicum, Гастроэнтерология, 2008, № 2, с. 19-23.

УДК 159.972-616.89-008.1:616.1-052

А.В. Романова[1], Р.Б. Сулайманов[2]

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФЕНОМЕНОВ ОДИНОЧЕСТВА И АГРЕССИИ ПРИ СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

[1.] Кафедра медицинской психологии, психиатрии и психотерапии
Кыргызско – Российский Славянский Университет
Бишкек, Кыргызстан;
[2.] Факультет когнитивных наук, Университет прикладных наук,
Оснабрюк, Германия.

A.V. Romanova[1], R.B. Sulaimanov[2]

THE PSYCHOLOGICAL EVALUATION OF THE PHENOMENONA OF LONELINESS AND AGRESSION WITHIN CARDIOVASCULAR DISEASES

[1.] Department of medical psychology, psychiatry and psychotherapy
Kyrgyz – Russian Slavic University
Bishkek, Kyrgyzstan;
[2.] Department of Cognitive Sciences, University of Applied Sciences,
Osnabrück, Germany

Контактный e-mail: annaromanova12@mail.ru

Аннотация. Представлена эксплицитная модель изучения психологических механизмов, обусловливающих оптимизацию и активизацию адаптационных механизмов при сердечно – сосудистых заболеваниях с учетом уровня одиночества и агрессии.

Annotation. The article presents the explicit study model of psychological mechanisms that determine optimization and activation of adaptation mechanisms within cardiovascular diseases considering the level of loneliness and aggression.

Ключевые слова: одиночество, агрессия, тревога, депрессия, кардиология.

Keywords: loneliness, aggression, anxiety, depression, cardiology.

Научно-исследовательские и статистические данные свидетельствуют о лидирующих позициях заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС) во всем мире [1, 3, 7, 8, 11]. В Кыргызской Республике (КР) на долю заболеваний ССС приходится около половины всех регистрируемых смертей, причем от заболеваний системы кровообращения, ИБС и цереброваскулярных нарушений является самой высокой среди всех стран Центральной Азии. Уровень