концентрацией глюкозы в слюне и крови ($r=-0,45$), умеренную прямую зависимость между рН слюны и концентрацией глюкозы в крови ($r=0,4$), концентрацией белка в слюне и глюкозы в крови. У больных ГЭРБ указанные корреляционные связи либо утеряны, либо меняют знак на противоположный, но сохраняется высокая зависимость между концентрациями АСАТ и АЛАТ ($r=0,8$).

Результаты исследования позволяют рекомендовать исследование слюны при помощи индикаторных полосок «Биоскан» в качестве скринингового теста при выявлении групп риска по ГЭРБ.

1. Bardhan K.D., Stanghellini V., Armstrong D. et al. Evaluation of GERD Symptoms during therapy. Part I. Development of the new
2. GERD questionnaire Request // Digestion 2004. - Vol. 69 (4). - P.229-237.
3. Locke G R isoавт , 2003] 197. Locke G.R., Zinsmeister A.R., Talley N.J. Can symptoms predict endoscopic findings in GERD? // Gastrointest. Endosc. 2003. - Vol.58. - №5. - P.661-670.
4. Ивашкин В.Т., 2003, Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. Болезни пищевода: патологическая физиология, клиника, диагностика, лечение. М.: Трида-Х.- 2000. - 157 с.
5. Ивашкин В.Т. Краткое руководство по гастроэнтерологии // М.: МЕД-пресс-информ. 2001. - 89 с.
6. Ивашкин В.Т. Рациональная фармакотерапия органов пищеварения // М.: Литера.-2003. -С. 13.
7. Исаков В.А. Эпидемиология ГЭРБ: Восток и Запад // Эксп. клин, гастроэнтерол. 2004. - №5 (Спец. выпуск). - С.2-6.
8. Маев И.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь // Русский медицинский журнал. 2002. - № 3. - С. 43 - 46. .
9. Маев И.В., Вычнова Е.С., Щекина М.И. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь - болезнь XXI века // Лечащий врач. - 2004. № 4. - С. 10-14.
10. Юренев Г. Л. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (клиника, диагностика, лечение, профилактика) // автореферат дис. д. м. , Москва – 2007

Сухаруков В.С.

Оценка эффективности ультразвукового исследования при выявлении очаговых образований печени у пациентов многопрофильного стационара

*ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России
(Россия, Смоленск)*

doi:10.18411/spc-22-12-2017-27

idsp: 000001:spc-22-12-2017-27

Актуальность. В течение последнего десятилетия отмечается прирост статистических показателей заболеваемости диффузными и очаговыми заболеваниями печени у пациентов терапевтического и хирургического профиля. Это связано как с отсутствием стандартизированных критериев лечения, учитывающих стадию развития и течение различных патологических процессов печени, так и трудностями разработки единого протокола диагностики [1]. Возможность распознать патологические процессы на ранних стадиях определяет исход заболевания и отдалённые результаты лечения. [2,3,4,5]

Цель. Оценить эффективность УЗИ при первичном выявлении очаговой патологии печени у пациентов многопрофильного стационара.

Материалы и методы. На базе ОГБУЗ «Клиническая больница №1» за период с мая по сентябрь 2016 года обследовано 40 пациентов, в возрасте 34-61 лет, которые находились на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении с диагнозами: цирроз печени и хронический гепатит. Длительность заболевания составила от 5 до 15 лет. 34 пациента были госпитализированы в плановом порядке, 3 пациента были госпитализированы в срочном порядке в хирургический стационар по поводу желудочного кровотечения. Всем пациентам были проведены клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (БХ), УЗИ органов брюшной полости

фиброгастродуоденоскопию (ФГДС) и эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС). Все пациенты получали консервативное лечение.

Результаты и их обсуждения: 40 (100%) пациентов отмечали желтушность кожных покровов. 3 (8,1%) пациента в анамнезе отмечали артериальную гипертензию. Синдром холестаза среди женщин отмечался у 22 (55%) пациентов. Наличие сахарного диабета было выявлено у 13(32,5%) пациентов, что требовалось консультация эндокринолога при назначении лечения. При УЗИ-исследовании наличие кист было выявлено у 38 (95%) пациентов. При дополнительном проведении УЗИ почек у 9 (22,5%) пациентов было выявлено наличие кист. При оценке размеров и количества установлено, что 34 (85%) больных имели одиночные кисты диаметром от 4 до 10 мм. Множественные кисты имели 4 (7,5%) пациента: у 1 (2,5%) - диаметр составил от 7 до 18 мм, у 3 (5%) – от 21 до 32 мм, что требовало малоинвазивного или операционного вмешательства, так как пациенты предъявляли жалобы со стороны органов брюшной полости и имели изменения в биохимическом анализе крови в виде синдрома холестаза. При дополнительном проведении УЗИ органов брюшной полости было у 2 (5%) больных, было выявлено наличие гемангиом печени.

Выводы.

1. При обнаружении очагового образования кистозного характера в паренхиме печени по данным УЗИ необходимо дополнительное проведение УЗИ почек.
2. Кисты больших размеров способствуют появлению жалоб у пациента и развитию изменений в рутинных лабораторных и инструментальных методах исследования, что меняет тактику ведения больных.
3. При интерпретации биохимического анализа крови ООП выявляется синдром холестаза, что может свидетельствовать об ухудшении функции печени.

1. Морозова Т.Г., Кудрявцева А.В. Диагностическая значимость мультипараметрического ультразвукового исследования при диффузных и очаговых заболеваниях печени у пациентов гастроэнтерологического профиля // Сборник научных трудов по материалам международной научной конференции. – 2017. – С. 17-19.
2. Колкин Я.Г., Момот Н.В., Хацко В.В., Шаталов А.Д., Павлов К.И. Компьютерная и Магнитно-Резонансная томография в диагностике очаговой патологии печени // Архив клинической медицины – 2010. № 1. – С. 116-121
3. Агрызков А.Л. Малоинвазивная диагностика гемангиом печени/А.Л. Агрызков//Анналы хирургической гепатологии. -2002.-Т.7, № 1.-С. 247.
4. Баб'як Т.Е. Сучасні аспекти діагностики та лікування бактерійних абсцесів печінки: автореф. дис. на зобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.03 "Хірургія."/Т.Е. Баб'як. -Львів, 2003. – С. 19
5. Губергриц Н.Б. Доброкачественные опухоли печени/Н.Б. Губергриц, Н.С. Кабанец, В.Я. Колкина, М.А. Крюк//Укр. журнал хірургії. -2009. -№4. -С. 40-43.

Чекрыгина В.В., Богачева А.В.

Критерии выбора витаминных добавок и препаратов для детей младшего и среднего возрастов на примере города Оренбурга

*Оренбургский государственный медицинский университет
(Россия, Оренбург)*

doi:10.18411/spc-22-12-2017-28

idsp: 000001:spc-22-12-2017-28

Максимальное количество витаминов, которое потребляет организм, обусловлено генетически. Технический прогресс освободил человека от тяжелого физического труда и больших энерготрат, что привело к необходимости уменьшить