

Целью исследования явилось изучить влияние рабепразола (рабемака DSR) на клиническое течение хронического панкреатита сочетающегося с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ).

Материал и методы. В исследовании участвовали 32 больных с ГЭРБ. Всем исследуемым больным в динамике проведено эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), внутрижелудочная рН-метрия. Схема лечения включала рабепразол (рабемак DSR) по 20 мг. 2 раза в сутки. Продолжительность лечения - 14 дней.

Результаты исследования. Рабемак DSR блокирует Н<sup>+</sup>,К<sup>+</sup>-АТФазу секреторной мембраны париетальных клеток слизистой оболочки желудка, прекращая выход ионов водорода в полость желудка, блокируя заключительную стадию секреции соляной кислоты, тем самым снижая уровень базальной и стимулированной секреции. Кроме того, он обладает высокой липофильностью, легко проникает в париетальные клетки слизистой оболочки желудка, где накапливается при кислом значении рН. Это действие препарата приводит к снижению уровня базальной и стимулированной секреции, независимо от природы раздражителя. Рабемак быстро адсорбируется из желудочно-кишечного тракта, устраняет боли и изжогу в эпигастральной области и за грудиной. Одно из существенных достоинств этого препарата – его доступность выражающаяся в относительно небольшой стоимости.

Вывод. Учитывая особенности течения хронического панкреатита и ГЭРБ, в результате проведенных исследований можно рекомендовать рабепразол (рабемак DSR) в качестве базисной - антисекреторной терапии при сочетании вышеназванных патологий.

### 330. АНТИСЕКРЕТОРНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Юлдашева Г.Р., Хамрабаева Ф.И.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель исследования — изучение клинической эффективности рабепразола (рабемак) в комплексной терапии обострения хронического панкреатита.

Материал и методы. Всем больным проведена эзофагогастродуоденоскопия, ультразвуковое исследование, исследование панкреатических ферментов. Динамику болевого абдоминального синдрома оценивали по методике субъективной оценки выраженности болевого синдрома (по 10-балльной шкале).

Больных разделили на 3 группы, по выраженности болевого абдоминального синдрома; 20 больных получали омепразол по 20 мг 2 раза в день, 22 – пантапразол (пантап) в суточной дозе 80 мг, 25 – рабепразол (рабемак) по 40 мг в сутки. Контрольную группу составили 10 практически здоровых лиц.

Результаты. На фоне назначенной терапии в всех группах отмечалась тенденция к уменьшению выраженности болевого абдоминального синдрома, значительное снижение интенсивности болевого абдоминального синдрома отмечено во второй (до7,2+0,9

балла) и третьей группе (до6,4+0,7 балла) больных. Содержание панкреатической амилазы крови до начала лечения было достоверно повышенным во всех группах (144,8+10,2, 152,1+09,8 и 149,7+ 07,2 ед./л соответственно) по сравнению с контрольными значениями (41,2+10,2 ед./л, р<0,05). После проведенного лечения в обеих группах отмечена тенденция к снижению этого показателя. по сравнению с исходными значениями (р < 0,05) и сблизились с контрольными величинами (53,9+7,3, 48,8+7,5 и 42,8+11,3 ед./л соответственно).

Выводы. Таким образом, пантап и рабепразол оказывают более выраженный антисекреторный эффект, по сравнению с омепразолом. Выявленная зависимость между степенью подавления желудочного кислотообразования и выраженностью болевого абдоминального синдрома, уровнем редукции биохимических показателей поджелудочной железы позволяет включения пантапа и рабепразол в схему комплексной терапии хронического панкреатита.

### 331. ГЕТЕРОГЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ И МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СЕМЕЙНОЙ ФОРМЫ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Ющенко М.В.\*, Козленок А.В. \*\*, Новик Г.А.\*, Гудкова А.Я.\*\*\*, Шляхто Е.В.\*\*\*

\*Санкт-Петербургская Государственная Педиатрическая Медицинская Академия, Россия

\*\*\*Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Россия

\*\*Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени академика В.А. Алмазова, Россия, Санкт-Петербург

Введение. Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) принадлежит к числу наиболее распространенных наследственных заболеваний сердца.

Цель работы: продемонстрировать течение ГКМП у пробанда и членов его семьи.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 5 человек – пробанд с обструктивной формой ГКМП и 4 его кровных родственника – бабушка по отцовской линии, мать, отец и младший брат. Всем пациентам проводилось клиническое обследование (ЭКГ, ЭХОКГ), генеалогический анализ с построением родословной.

Результаты. Пробанд В., 1991 г.р (16 лет.) Жалобы на периодические боли колющего характера в области сердца в покое и при эмоциональной нагрузке, не доставляющие особенного дискомфорта, проходящие в течение нескольких минут, повышенная утомляемость, ортостатические головокружения, головные боли, при подъеме по лестнице на 5 этаж умеренно выражена одышка. Семейный анамнез по заболеваниям сердца в молодом возрасте неотягощен. Диагноз ГКМП установлен на первом месяце жизни. В динамике ЭХОКГ отмечалось резкое увеличение толщины межжелудочковой перегородки (МЖП), особенно быстро прогрессирующее в период пубертата (толщина МЖП в 4 года = 16 мм, в 12 лет - 20 мм, в 16 лет - 45 мм).