

удлинить промежутки между обострениями. Однако после выхода из больницы, пациент еще в течение трех месяцев лечится амбулаторно. В основу лечения должны быть положены принципы улучшения кровотока в стенке желудка, что будет способствовать активизации системы самовосстановления и самозащиты.

Для стационарного, особенно амбулаторного этапа лечения и реабилитации нами разработаны специальные технологии, включающие, наряду с утвержденными схемами эрадикации НР физиотерапию, фитотерапию, психотерапию, ЛФК, массаж, рекомендации по диете, представленные ниже. Физиотерапия:

1. Минеральные воды
2. Грязелечение. Аппликации на область желудка и сегментарно (38-40 °С)
3. Озокерит. Аппликации 2-3 см (45-50 °С) на подложечную область и сегментарно.
4. Гальванизация области желудка: электрод – в области эпигастрия + электрод в области нижнегрудного отдела позвоночника;
5. Электрофорез кальция, новокаина
6. ДДТ. Анод на области желудка. СМТ. I электрод на область эпигастрия, II - сзади TVII - TXII, режим переменный.
7. Ультразвук. Перед процедурой больной выпивает 0,5 л воды или фиточая. 3 поля: подложечная обл. (5'), паравертебральная область справа и слева T<sub>V</sub> – T<sub>IV</sub> (по 3')
8. ДМВ на область эпигастрия.
9. Соляно-хвойные ванны.

Фитотерапия. 1. Хронический гастрит с сохраненной и повышенной секреторной функцией. Отвары и настои из: алтея, земляники, ивы, иван-чая, картофеля, клевера, липы, мальвы, мать-и-мачехи, календулы, овса, солодки, фасоли, черники, шиповника, меда.

2. Хронический гастрит с секреторной недостаточностью. Отвары и настои из: авакадо, алоэ, апельсина, барбариса, бузины, мяты, огурца, одуванчика, персика, петрушки, подорожника, подсолнечника, полыни, помидора, пажитки, редьки, репы, свеклы, тысячелистника, хрена, череды, шелковицы, шалфея, яблок, ананаса, калины.

Психотерапия. Индивидуальное тестирование. Психологические тренинги. Индивидуальные беседы. Элементы аутотренинга. Гипноз. Работа на аппарате с биологической обратной связью.

ЛФК, массаж. Массаж общий, точечный, по рефлексогенным зонам. Лечебная гимнастика. Иглорефлексотерапия.

Диета при повышенной кислотообразующей функции № 1, запрещается употребление грубой, острой, сокогонной пищи.

При секреторной недостаточности диета № 2, запрещаются продукты, вызывающие броидильные процессы (цельное молоко, свежие мучные изделия) и требующие большого напряжения пищеварения (сливки, сметана).

Минеральная вода при секреторной недостаточности за 20-30 мин. до еды. Гидрокарбонатнохлоридные, натриевые минеральные воды (37-38 °С). Пить медленно, небольшими глотками с

¼ -1/2 стакана 1-2 раза до ¾ - 1 стакана 3 раза в день. Курс 21-24 дня.

При повышенной секреторной функции желудка – минеральные воды преимущественно малой и средней минерализации с преобладанием гидрокарбонатных, сульфатных и кальциевых ионов, слабо углекислые или не содержащие углекислоту (38 °С) за 1-1,5ч. до еды 3 раза в день. Курс 21-24 дня.

## 294. HELICOBACTER PYLORI ИНФЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ А И В.

Федина Е.А., Мартынов В.А., Клочков И.Н.  
Рязанский Государственный Медицинский Университет имени академика И.П. Павлова. г.Рязань, Россия

В клинике инфекционных болезней диспепсические симптомы, такие как, тошнота, рвота, тяжесть в эпигастрии, нередко у больных острыми вирусными гепатитами А и В. Данные диспепсические симптомы многие связывают с проявлениями интоксикации, патологическими изменениями слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта, возникающими в составе основного заболевания. В последние годы широко обсуждается возможная связь развития симптомов диспепсии с инфицированностью слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori*. Исходя из этого нельзя исключить влияние пилорического хеликобактериоза на развитие диспепсических симптомов у больных острыми вирусными гепатитами А и В.

Целью исследования явилось изучение частоты *Helicobacter pylori* инфекции верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных острыми вирусными гепатитами А и В.

Материалы и методы. Обследовано 96 больных острыми вирусными гепатитами А и В различной степени тяжести в возрасте от 16 до 57 лет, находившихся на стационарном лечении в инфекционном отделении клинической больницы имени Н.А. Семашко г. Рязани. На ранних сроках госпитализации всем пациентам выполнялась фиброгастроуденоскопия с забором материала на цитоморфологическое исследование и диагностику пилорического хеликобактериоза. Для верификации *Helicobacter pylori* инфекции применялись уреазный тест, ПЦР, цитологическое исследование.

Результаты и обсуждение. У 53 больных острым вирусным гепатитом А заболевание протекало в легкой (90.5%) и среднетяжелой (9.5%) формах с умеренно выраженными симптомами диспепсии. В 37.7% случаев обнаружены эрозивные изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, причем у 4 больных наблюдались признаки состоявшегося кровотечения. У оставшихся 62.3% больных при эндоскопическом обследовании выявлены различные формы гастрита. *Helicobacter pylori*-инфекция диагностирована у 50 больных (94.3%). У пациентов с эрозивно-язвенной патологией желудка и двенадцатиперстной кишки пилорический хеликобактериоз выявлен в 100% случаев.

Острый вирусный гепатит В у больных (43 человека) протекал в легких (36.7%), среднетяжелых (36.7%) и тяжелых (26.6%) формах. Симптомы диспепсии были слабовыраженными. Эрозивные поражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки встречались в 30.2% случаях; в 69.2% диагностировались различные формы гастрита. *Helicobacter pylori*-инфекция выявлена у 20.9% пациентов. Эрозивные изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки сочетались с *Helicobacter pylori*-инфекцией у 69.2% обследованных пациентов.

**Заключение.** Таким образом, у больных острыми вирусными гепатитами А и В при наличии диспепсических симптомов выявляется значительный процент эрозивной патологии слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта. У пациентов с острым вирусным гепатитом А и острым вирусным гепатитом В выявлена значительная фоновая инфицированность *Helicobacter pylori* (94.3% и 20.9%, соответственно). Проведенные исследования свидетельствуют о целесообразности диагностики и лечения пилорического хеликобактериоза у данных категорий больных.

## 295. ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛО-НЕФРИТОМ

Филина Л.В., Соловьянова Е.Н.

Кафедра госпитальной терапии им. В.Г. Вогралика, ГОУ ВПО НижГМА, г.Н.Новгород

**Актуальность.** Проблема ремоделирования внутриклубочковой и системной артериальной гипертензии разрабатывается во многих медицинских центрах. В последние годы большое внимание уделяется применению комбинированных препаратов, состоящих их двух лекарственных средств, потенцирующих и дополняющих друг друга.

**Цель исследования.** Оценить антигипертензивную эффективность монотерапии препаратами вальсартан (Диован фирмы «Novartis Pharma AG»), амлодипин (Тенокс фирмы «KRKA») и их комбинацию в препарате «Эксфорж» фирмы «Novartis Pharma AG» у больных хроническим гломерулонефритом с мочевым и гипертоническим синдромами.

**Методы исследования.** В городском нефрологическом центре под наблюдением находилось 47 больных (19 женщина и 28 мужчин) с хроническим гломерулонефритом с мочевым и гипертоническим синдромами. Длительность заболевания составляла от 3 до 5 лет. Средний возраст больных  $36 \pm 5,7$  года.

Обследуемые были рандомизированы на три группы: у 12 человек в течение 2 месяцев проводилась гипотензивная терапия вальсартаном 80 мг/сут, у 16 человек – теноксом 10 мг/сут и 19 больных получали лечение препаратом «Эксфорж» состоящим из комбинации вальсартана 80 мг и амлодипина 5 мг. Препарат «Эксфорж» хорошо переносился пациентами, побочных явлений не наблюдалось. Изучали динамику артериального давления, протеинурию и скорость клубочковой фильтрации по формуле Кокрофта-Голта.

Артериальное давление измерялось по методу

Н.С.Короткова и составляло до лечения в первой группе  $170,0 \pm 3,1/105,2 \pm 4,12$  во второй группе –  $168,2 \pm 5,1/103,2 \pm 3,2$ , в третьей –  $174,1 \pm 6,1/102,3 \pm 4,12$  мм рт. ст. Протеинурия достигала  $1,5 \pm 0,28$  г/л (1 группа),  $0,9 \pm 0,14$  г/л (2 группа),  $1,2 \pm 0,31$  г/л (3 группа). Скорость клубочковой фильтрации равнялась  $86,3 \pm 3,2$  мл/мин в 1 группе,  $82,4 \pm 5,2$  мл/мин во 2 группе и  $81,2 \pm 3,1$  мл/мин в 3 группе.

**Полученные результаты.** Терапия антагонистом рецепторов ангиотензина II вальсартаном через 2 месяца привела к снижению артериального давления до  $156,2 \pm 4,1/96 \pm 3,1$  мм рт. ст. ( $p < 0,01$ ). Протеинурия уменьшилась до  $0,57 \pm 0,11$  г/л, СКФ возросла до  $95,2 \pm 3,4$  мл/мин.

При лечении блокатором кальциевых каналов теноксом через те же сроки артериальное давление снизилось до  $159,5 \pm 6,3/98,2 \pm 3,73$  мм рт. ст., протеинурия - до  $0,51 \pm 0,14$  г/л, скорость клубочковой фильтрации увеличилась до  $91,3 \pm 3,4$  мл/мин.

У пациентов, получавших комбинированный препарат «Эксфорж» артериальное давление в конце обследования составило  $153,6 \pm 4,1/92,4 \pm 5,2$  мм рт. ст. ( $p < 0,01$ ). Количество белка в моче снизилось до  $0,7 \pm 0,12$  г/л. Скорость клубочковой фильтрации возросла до  $102,3 \pm 3,4$  мл/мин.

**Обсуждение.** Артериальная гипертензия выявляется у 80% пациентов с хроническим гломерулонефритом. Повышение артериального давления при гломерулонефритах приводит к гипертрофии левого желудочка, к формированию синдрома гиперфильтрации в капиллярах клубочка, к уменьшению массы действующих нефронов. Протеинурия – важнейший фактор ремоделирования тубулоинтерстиция. АД и протеинурия определяют скорость прогрессирования почечной недостаточности при хроническом гломерулонефрите.

Для больных с артериальной гипертензией и нарушенной функцией почек важным фактором является способность антигипертензивных препаратов не только снижать АД, но и уменьшать протеинурию. По этим показателям несомненными лидерами являются антагонисты рецепторов ангиотензина II и блокаторы кальциевых каналов.

При лечении блокаторами рецепторов ангиотензина II происходит уменьшение вазоконстрикции, снижение гидростатического давления в почечных клубочках, уменьшение внутриклубочковой гиперфильтрации, снижение микроальбуминурии и протеинурии.

Длительное применение препаратов этой группы приводит к торможению пролиферации мезангиальных клеток и фибробластов.

Предпосылкой к использованию блокаторов кальциевых каналов третьего поколения при поражении почек на фоне артериальной гипертензии являются их вазодилатирующие свойства, антиагрегационный и антиатерогенный эффекты, способность повышать скорость клубочковой фильтрации и благоприятно влиять на функцию эндотелия.

Терапия комбинированным препаратом «Эксфорж» (по сравнению с монотерапией) позволила достоверно снизить артериальное давление, уменьшить протеинурию, повысить функциональную способность почек, что проявилось в повышении скорости