

### 309. К ВОПРОСУ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Хамрабаева Ф.И., Туляганова Ф.М., Кадилова С.Р.  
Ташкентский институт усовершенствования врачей,  
Узбекистан

Цель исследования. Изучить эффективность эрадикационной терапии в комплексе с пробиотиком (энтерожермина) в качестве профилактики дисбиоза.

Материал и методы. В исследовании участвовали 102 больных с язвенной болезнью, ассоциированной с *Helicobacter pylori*. Всем пациентам проводилось эндоскопическое исследование с прицельной биопсией по общепринятой методике и исследование кала на дисбактериоз. Больные были разделены на 2 группы: 1-я группа получала трехкомпонентную терапию (рабемак по 40 г/сут., флагил 1000мг/сут. и амоксициллин по 2000 мг/сут.) в комплексе с энтерожермина по 3 фл./сут. в течение 14 дней; 2-я группа - группа получала трехкомпонентную терапию (рабемак по 40 г/сут., флагил 1000мг/сут. и амоксициллин по 2000 мг/сут.) в течение 14 дней. После завершения эрадикационной терапии больные продолжали прием рабемака по 20 мг/сут. до полного рубцевания язвенного дефекта.

Результаты исследования. В группе пациентов, не использовавших пробиотики, значимых изменений состава микрофлоры кишечника не наблюдалось, однако, выявлялось незначительное угнетение микробного роста всех представителей кишечной микрофлоры. У больных второй группы после курса эрадикационной терапии в комплексе с пробиотиком обнаружено достоверное ( $p < 0,05$ ) увеличение количества бифидобактерии и лактобактерии. Также было выявлено достаточно выраженное уменьшение количества бактерий, относящихся к патогенной и условно-патогенной микрофлоре. В совокупности эти изменения в конечном итоге приводили к уменьшению степени дисбиоза кишечника во второй группе больных.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют, что на фоне традиционной эрадикационной терапии происходит угнетение практически всех составляющих нормальной микрофлоры кишечника, в связи с чем целесообразно совершенствовать стандартные схемы антихеликобактерной терапии и дополнение их препаратами, действие которых было бы направлено на предупреждение и нивелирование дисбиотических расстройств кишечника.

### 310. ОШИБКА В ДИАГНОСТИКЕ ПАНКРЕАТИТА

Хибин Л.С., Подчеко П.И., Евсеева С.Н.  
ГОУ ВПО СГМА, Смоленск, Россия

Цель исследования. Привлечь внимание врачей различных специальностей к диагностическим трудностям в распознавании панкреатита, а также в связи с увеличением количества таких больных, при этом он может протекать весьма скрыто особенно на фоне алкоголизма, проявляясь в виде различных симптомов и синдромов: боли в верхней половине живота; диспептические явления; похудание; поносы; повышение температуры тела; желтуха, иногда глюкозурия; асцит,

множественные тромбозы, нарушение со стороны психики и нервной системы.

Материалы и методы. Представляются материалы истории болезни пациента, который лечился в клинике, где были проведены общеклинические и специальные методы исследования, также представлены результаты секции.

Больной Т. 71 года история болезни № 22194/1114 направлен в клинику из ЦРБ в связи с неясным диагнозом, т.к. проводимое лечение в кардиологическом отделении этой больницы с диагнозом: ИБС осложненная мерцательной аритмией (диссолия, трисолия, хлорид калия, сердечные, мочегонные и др.) не приводило к улучшению. К тому же, в связи с диареей больного направили к гастроэнтерологу с диагнозом хронический неинфекционный колит. В приемном покое 28 сентября 2009 большой осмотрен гастроэнтерологом, где было выяснено, что у больного стул 2 раза в сутки, иногда с кровью, в последнее время резко похудел и не может вставать с постели, болей в животе нет. Недавно обследовался в хирургическом отделении областной больницы, где исключили опухоль толстой кишки и инфекционные заболевания. В связи с тяжелым состоянием, низким артериальным давлением, наличием диареи, незначительной болезненностью в околопупочной области и по ходу толстого кишечника госпитализирован в гастро-энтерологическое отделение с диагнозом: синдром мальабсорбции неясного генеза. Соп: ИБС: кардиосклероз, мерцательная аритмия. В стационаре лечащий врач констатирует, что больной жалуется на урчание, вздутие живота и частый до 6 раз в сутки стул (но не дегтеобразный). Мочевыделение учащено.

Из анамнеза выяснено, что 14 июля 2009 года появились схваткообразные боли в животе, сердцебиение, головокружение, многократная рвота, неоднократно жидкий стул, при этом отмечено, что перед заболеванием больной употреблял в умеренных количествах алкоголь. Больной доставлен в кардиологическое, а затем в хирургическое отделение ЦРБ. 30 июля больного госпитализируют в гнойное хирургическое отделение областной больницы. Согласно имеющейся истории болезни № 16974 больной был направлен с диагнозом «заболевание сигмы» (вероятно для исключения опухоли), где и находился с 30 июля по 10 августа 2009 года. При проведении гастрофиброскопии: выявлен атрофический гастрит, ректороманно и колоноскопии - внутренний геморрой. С диагнозом атрофический гастрит, внутренний геморрой выписывается под наблюдение в районную больницу. При поступлении 28 сентября 2009 года в гастроэнтерологическое отделение при физическом исследовании: рост пациента 162 см, масса 60 кг, должная масса по нормативам около 60 кг., т.е. нет значительного истощения. Число дыхательных движений 18-20. Легкие: перкуторно легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно: ослабленное везикулярное дыхание. Сердце: границы не смещены. Тоны сердца ясные, аритмия. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Состояние вен на нижних конечностях без особенностей. Язык лаковый. Живот мягкий, болезненности не отмечено. Стул: поносы. Сознание ясное. Эндокринная система без особенностей. Из