

после заполнения «анкеты школьника» дополнительно заполнили «анкеты студента».

Результаты. Установлено, что у 26,6% школьников имелись выставленные диагнозы заболеваний ЖКТ, в том числе у 1,6% - язвенная болезнь (ЯБ); у – 20,2% - заболевания ГДЗ, из них у 17,6% - воспалительные, у 2,7% - эрозивно-язвенные поражения ГДЗ. При анкетировании школьников было выявлено 87 человек, предъявляющих жалобы, характерные для заболеваний ЖКТ.

По данным анкетирования по «анкете школьника» 199 учащихся КБШ выставленные гастроэнтерологические диагнозы имелись у 35,7% опрошенных, в том числе ЯБ - у 4 (2%); заболевания ГДЗ - у 60 человек (30,2%), из них воспалительные – у 54 человек (27,1%), эрозивно-язвенные поражения ГДЗ – у 6 человек (3%). При анкетировании были выявлены 105 учащихся КБШ (52,8%), испытывающих те или иные симптомы заболеваний ЖКТ (чаще-боли в животе, чувство распирания в животе, изжогу, неприятный вкус во рту др.). С целью объективизации оценки самочувствия и влияния имеющихся симптомов заболеваний на качество жизни 180 учащимся КБШ после заполнения «анкеты школьника» было дополнительно предложено заполнить «анкеты студента». У 58,3% учащихся КБШ, опрошенных «по анкете студента» были выявлены признаки заболеваний ЖКТ.

Среди опрошенных 865 студентов КГВАМ установленные заболевания ЖКТ имелись у 108 человек (12,5%), в том числе у 12 (1,4%) – ЯБ. При сравнении с данными анкетирования школьников (26,6% имеют установленный диагноз), становится очевидным нежелание большого количества студентов афишировать свой диагноз. 38,4% (332 чел.) респондентов-студентов ВУЗа испытывали болевой или диспепсический синдром. Среди имеющих гастроэнтерологический диагноз студентов ВУЗа (108 чел.) отмечали наличие болевого синдрома 105 человек (97,2%). При повторном анкетировании через год выявлено, что у 14 человек (5%) за истекший год появились жалобы на различные расстройства пищеварения. У 21 студента (23%) из числа предъявлявших жалобы при первичном осмотре, жалоб не было (12 чел.) или отмечалось значительное улучшение самочувствия (9 чел.). Только 6 (28,6%) человек из этой группы прошли рекомендованное обследование. Это может говорить об эффективности работы даже только по факторам риска, выявленным в анкете. Из числа студентов, продолжающих предъявлять жалобы (70 чел.), не прошли обследование 92,8%, прошли неполное обследование - 2,9%.

Обострение эрозивно-язвенных заболеваний ГДЗ у учащейся молодежи, как правило, наблюдается во время зачетной и экзаменационной сессий. Нами разработан алгоритм амбулаторного ведения пациентов в условиях городской студенческой поликлиники. В результате внедрения этого алгоритма у 20 студентов ВУЗа (31,2%) с эрозивно-язвенными поражениями ГДЗ наблюдалась длительная ремиссия ($2 \pm 0,2$ лет), у 10 чел. (15,6%) было 1 обострение в 2 года, у 21 чел. (32,8%) - 1 обострение в год; ; у 2 чел. было 2 обострения в первый год наблюдения, затем 1 обострение в год.

Выводы: Применение разработанных нами анкет при проведении медицинских осмотров является простым и малозатратным методом, позволяющим решить вопросы преемственности в оказании медицинской помощи учащейся молодежи с эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной зоны при переходе от школьного врача-педиатра к врачу-терапевту ВУЗа или среднего специального учебного заведения: поставить на учет больных с известными заболеваниями, выявить группы повышенного риска, выделить группы для динамического наблюдения, проводить активные меры по первичной и вторичной профилактике с первого дня обучения в ВУЗе.

031. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ ХЕЛИКОБАКТЕРАСОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Бектаева Р. Р., Тунгушпаева Ж.О., Лукина Е.А., Раис Л.Х.

Медицинский университет, Медицинский Центр Управления Делами Президента РК, Астана, Казахстан

Актуальность. Инфекция *Helicobacter pylori* является ведущей причиной хронических заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки. В последние годы имеются сообщения о возможностях оптимизации лечения больных с НР ассоциированными заболеваниями с использованием пробиотиков

Цель работы – оптимизация лечения у больных хеликобактерассоциированными заболеваниями.

Материалы и методы. Обследовано 2 группы больных. Первая группа - 15 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки получали стандартную терапию 1-ой линии (ИПП + кларитромицин + амоксициллин) + пробиотик Бифиформ по 2 капсулы дважды в день в течение 7 дней и далее продолжали ещё 2 недели приём Бифиформа. Вторая (контрольная) группа -15 человек с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки получали только стандартную терапию первой линии в течение 7 дней.

Больным проводилось клиничко-лабораторное, эндоскопическое и гистологическое (биоптат из слизистой оболочки желудка) исследования перед началом, после окончания эрадикации (через 7 дней) и через 4 недели после неё.

Результаты исследования. На фоне лечения у троих больных первой группы наблюдался метеоризм, во второй группе он наблюдался у семи больных, кроме того, в этой группе отмечен дискомфорт в животе у пяти больных, а у двух больных наблюдалась диарея, которая была расценена, как антибиотикоассоциированная.

У больных первой группы сроки заживления язв (до стадии «красного рубца») составили 7 дней, до стадии «белого рубца» - 4 недели. Во второй группе соответственно 7 дней - у 10 больных, и 4 недели - у 15. Эффективность эрадикации была также выше в первой группе и составила 86%, во второй группе – 74%.

Выводы. Результаты исследования показали преимущества лечения хеликобактерассоциированных заболеваний с использованием пробиотика с доказанным действием. Бифиформ снижает риск развития осложнений эрадикационной терапии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, способствует ускорению

сроков заживления язв, повышает эффективность эрадикации.

032. СКРИНИНГ ПИЩЕВОДА БАРРЕТА И КАНЦЕРОПРЕВЕНЦИЯ. ВЗГЛЯД ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА

Бектаева Р.Р., Логвиненко А.А., Шаймарданова Г.М.

Медицинский университет, ННМЦ МЗ РК, Астана, Казахстан

Актуальность. В последнее время растёт количество пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ). Одним из наиболее серьезных осложнений ее является пищевод Барретта (ПБ). Злокачественная трансформация в ПБ проходит последовательно: кишечная метаплазия-дисплазия-карцинома. Исходя из этого, ранняя диагностика ПБ и адекватное его лечение должны обеспечить канцеропревенцию.

Цель работы. Оценить и внедрить в клиническую практику современные методы диагностики ПБ для проведения его скрининга и обеспечения канцеропревенции.

Материалы и методы. В течение 2003- 2009г.г. обследовано более 5000 пациентов в возрасте от 14 до 92 лет. При обнаружении ГЭРБа проводились видеоэзофагогастроскопия, хромоэзофагоскопия с метиленовым синим (5% водный раствор), эндоскопическая рН-метрия, прицельная биопсия пищевода с гистологическим исследованием. Больным с ГЭРБ и ПБ проводилось консервативное лечение с эндоскопическим и гистологическим мониторингом согласно современных алгоритмов диагностики и лечения.

Результаты исследования. При морфологическом исследовании у 224 пациентов с ГЭРБ выявлено наличие метаплазии, из них у 57, имевших кишечный тип метаплазии, установлен пищевод Барретта, 167 пациентов с ГЭРБ имели кардиальный или фундальный тип метаплазии СОП. Эндоскопически обнаружено: у 74 пациентов длинный сегмент метаплазии (поражение более 3 см), у 150 – короткий (менее 3 см). У 12 пациентов с ПБ имели место стриктура пищевода, у 49 – хиатальная грыжа, у 5 – аденокарцинома пищевода (АП), у 7 – аденокарцинома кардиального отдела желудка. У 23 больных выявлена дисплазия слизистой оболочки пищевода (СОП): у 19-дисплазия низкой степени, у 4- высокой степени. Консервативная терапия ПБ привела к регрессу воспалительных и диспластических изменений СОП более чем у половины наблюдаемых нами больных, регресса метапластического процесса не установлено. 4 больным проведено хирургическое лечение из-за отсутствия эффекта консервативного.

Выводы. Видеоэндоскопический и гистологический мониторинг с целью скрининга пищевода Барретта позволяет оптимизировать его диагностику, отслеживать динамику метапластического и диспластического процессов и формировать группы высокого риска развития АП., благодаря чему возможно обеспечение канцеропревенции.

033. ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ И ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ

Беляева Т.М., Зонов А.В.

Государственный медицинский университет г.Семей, Семей, Казахстан.

Цель исследования. В связи с тем, что современная концепция патогенеза псориаза рассматривает в качестве одного из ведущих факторов в развитии дерматоза дестабилизацию клеточных мембран кератиноцитов вследствие обменных дисфункций на фоне высокой частоты нарушений пищеварительной системы, целью нашей работы явилось изучение взаимосвязи сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы с состоянием липидного обмена и тяжестью течения псориаза.

Материалы и методы. Обследовано 117 больных вульгарным псориазом в возрасте от 18 до 68 лет, в том числе 75 мужчин и 42 женщины. Длительность заболевания колебалась от 1 недели до 54 лет. Распространенные формы дерматоза установлены у 64% пациентов, локализованные – у 36%. Осенне-зимний тип псориаза выявлен у 31,4% больных, весенне-летний – у 14,6%, недифференцированный – у 54%. Подавляющее большинство больных (91,2%) находилось в прогрессивной стадии болезни. 92,8% всех наблюдавшихся лиц были обследованы методом УЗИ; 73,7% - ФГДС. Показатели липидного обмена изучали общепринятыми методами. Контрольную группу составили 20 здоровых доноров в возрасте от 18 до 60 лет.

Результаты и их обсуждение. Проведенные исследования позволили диагностировать сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта у 100% пациентов, а гепатобилиарной системы – у 82,7%, даже при отсутствии субъективных симптомов. Наиболее часто они выявлялись у лиц в возрасте 18-20 лет – в 59,4%, 21-30 лет – у 45,9%, 31-40 лет – у 32,4% больных. Среди нозологических форм лидирующее положение занимала патология желудка и двенадцатиперстной кишки: поверхностный гастрит (59,4%), дуодено-гастральный рефлюкс – ДГР (29,7%), атрофический гастрит (18,9), бульбит (10,8%) и дуоденит (8,1%). Изменения гепатобилиарной системы были представлены хроническим холециститом (43,5%), хроническим панкреатитом (21,8%), диффузными изменениями печени (17,4%).

Уровень общих липидов у больных псориазом в прогрессирующей стадии по сравнению с контрольной группой оказался увеличенным в 1,4 раза, холестерина – в 1,3 раза, триглицеридов – в 1,7 раза (разница статистически достоверна), В-липопротеидов - в 1,2 раза. Причем в 95,3% случаев выявленные нарушения липидного обмена сочетались с заболеваниями гепатобилиарной системы, а в 62,4% - с поражением желудочно-кишечного тракта.

Обнаружена взаимосвязь наличия сопутствующей патологии с формами псориаза. Так, например, при распространенном дерматозе хронический гастрит выявлялся в 67,5%, при локализованных вариантах – в 50%. Хронический панкреатит наблюдался у 66,6% пациентов с распространенным псориазом, что в 2 раза чаще, чем при локализованных вариантах.