

Через месяц при повторном исследовании у 2 пациентов с ХГ Нр обнаружился без геномных различий: [2] А5, D17, E4, F4; [3] А4, D20, E3, F2; у [1], [4], [5], [6] Нр сохранился слабopоложительный (не типируется).

Демина Е. И., Белова И. И.
Алтайский ГМУ, Барнаул,
Россия

Первый опыт применения опросника GERDQ в диагностике гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Цель исследования: оценить выраженность клинических симптомов до начала лечения у пациентов с гастроэзофагеальным рефлюксом.

Материал и методы. Обследованы 13 пациентов (мужчин 2, женщин 11) в возрасте от 18 до 83 лет (средний возраст составил $(53,0 \pm 5,5)$ года). Клинически у всех больных отмечались жжение за грудиной, регургитация съеденной пищей. Диагноз гастроэзофагеальной рефлюксной болезни был подтвержден эндоскопически в 100 % случаев. У 11 пациентов диагностирована эндоскопически негативная форма, у 2 больных — эрозивная форма, степень “А” согласно Лос-Анджелесской классификации. Всем пациентам до начала лечения предлагали заполнить русскоязычную версию опросника GerdQ для самостоятельной оценки выраженности симптомов заболевания.

Результаты. Итоговый балл GerdQ колебался от 8 до 16 (средний итоговый балл составил

Выводы. У больных с ЯБДК после курса лечения эрадикация не произошла у 5 из 9 больных; у этих 5 в одном случае сменился штамм. У всех 7 больных с ХГ (пациенты без лечения) Нр сохранился, но смены штамма выявить не удалось.

$10,9 \pm 0,7$). Наибольшие значения обнаружены у 2 пациентов с эрозивной формой рефлюксной болезни (16 и 13 баллов соответственно). Количество баллов, характеризующих влияние гастроэзофагеальной рефлюксной болезни на качество жизни всех пациентов (по ответам на вопросы блока “С” опросника), составило $3,6 \pm 0,4$. При этом двое больных эрозивной формой имели 6 и 5 баллов соответственно.

Выводы. Применение опросника GerdQ до начала лечения позволяет в количественном выражении оценить характерные симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Пациенты с эрозивной формой имели большее количество баллов, что позволяет предполагать у них более выраженную клиническую симптоматику, снижение их качества жизни в большей степени, чем у пациентов с эндоскопически негативной формой гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Денисова Е. В., Назаров В. Е.
СЗГМУ им. И. И. Мечникова,
Санкт-Петербург, Россия

Индивидуализация послеоперационного лечения больных с осложненной дуоденальной язвой

В последние десятилетия отмечается рост количества больных с язвенной болезнью и с ее осложненным течением. Хроническое течение заболевания приводит к выраженным патофизиологическим нарушениям, что часто заканчивается осложнениями, иногда на фоне полного благополучия. Нередко отсутствие стойкого лечебного эффекта при применении лекарственных препаратов, придают проблеме язвенной болезни как медицинское, так и социальное значение. Проблемы на послеоперационном этапе возникают, в основном, из-за недостаточной эффективности от проведенного лечения, что связано с неполноценностью назначенной специфической противоязвенной терапии или с ее отсутствием, а так же нарушением преемственности между лечащими специалистами на госпитальном и амбулаторном этапах, что и приводит к увеличению числа рецидивов осложнений язвенной болезни ДПК.

Цели и задачи: На основе изучения патофизиологических изменений после консервативного, эндоскопического и оперативного лечения осложненной дуоденальной язвы, разработать новые подходы к профилактике и лечению заболевания в раннем и позднем послеоперационном периодах.

Материалы и методы. Нами проводилось наблюдение за группой из 260 пациентов после консервативного и оперативного лечения осложненной дуоденальной язвы. Срок наблюдения составил от 6 месяцев до 8 лет. Наблюдаемая группа из 260 человек состояла из 174 мужчин (66,9 %) и 86 женщин (33,1 %), средний возраст которых составил $46,2 \pm 1,25$ лет. Контрольная наблюдаемая группа составила 46 человек.

Результаты и обсуждение. В различные сроки после операции по поводу осложненной

дуоденальной язвы назначалась индивидуализированная противоязвенная терапия с учетом проведенного оперативного вмешательства, наличия или отсутствия бактериального агента, включающая как патогенетическую, так и симптоматическую терапию. Оценка результатов лечения осуществлялась по динамике патофизиологических изменений на фоне проводимой индивидуализированной терапии, а так же по длительности ремиссий, наличию обострений дуоденальной язвы и рецидивов осложнений. Все пациенты с осложнениями язвенной болезни ДПК по принципу лечения нами были разделены на три основные группы. В первую группу мы объединили 165 больных с дуоденальным кровотечением (после консервативной остановки кровотечения, эндоскопического гемостаза или прошивания кровоточащей язвы) и пациентов после ушивания перфорации.

Вторая группа представлена 44 пациентами с осложненной язвой ДПК, которым проведены органосохраняющие операции (различные виды ваготомий с дренирующими операциями), которые изменяли патогенез заболевания. В эту группу вошли больные с язвенными кровотечениями, перфоративной язвой, пилородуоденальным стенозом и с язвой, резистентной к лечению или длительно не рубцующейся (более двух месяцев). К третьей группе были отнесены 51 больной со всеми перечисленными осложнениями, которым была проведена резекция 2/3 желудка в различных модификациях. Эта группа объединена также по типу операции, т.к. сам вид операции вызывает более существенные патогенетические изменения в течении ЯБ, чем ее осложнения.