

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

УДК: 616.3-06

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ ПО СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Т.Е. Афанасенкова, Н.В. Ладенкова

ГОУ ВПО СГМА Росздрава,

кафедра общей врачебной практики с курсом поликлинической терапии МЛПУ № 2

В последние годы в РФ отмечается рост числа пациентов с заболеваниями органов пищеварения [1]. По данным Министерства здравоохранения и социального развития России, эта патология занимает третье место в общей структуре заболеваемости, обращаемости и госпитализации населения [2]. Во многом это обусловлено качественной и количественной структурой питания населения, изменяющейся на фоне неблагоприятных экологических и социальных факторов и воздействия целого ряда психических

перегрузок. К тому же эти заболевания стали чаще сопровождаться рецидивами и опасными для жизни осложнениями. В первую очередь это относится к вирусным поражениям и заболеваниям, которые связаны с нарушением кислотопродуцирующей функции желудка [1, 3].

Цель работы – провести анализ заболеваемости за 2005–2008 годы взрослого населения Смоленской области, страдающего заболеваниями органов пищеварения.

Таблица 1. Структура заболеваемости взрослого населения Смоленской области в 2005–2008 гг. по классу «болезни органов пищеварения» (на 100 000 взрослого населения, %)

	Общая заболеваемость				Первичная заболеваемость			
	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
Болезни органов пищеварения	6,9	6,86	7,4	6,88	3,15	3,31	4,21	3,68
Из них:								
Язва желудка, ДПК	19,36	18,57	16,83	16,6	6,63	5,6	5,25	5,11
Гастрит и дуоденит	28,36	27,56	24,83	24,58	20,39	18,02	13,57	15,55
Неинфекционный энтерит и колит	3,49	3,81	3,45	3,4	1,94	1,91	1,93	2,22
Болезни печени	4,11	4,48	3,99	4,26	3,53	3,15	2,05	2,34
Болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей	19,17	18,57	16,44	16,51	12,05	10,37	8,58	9,69
Болезни поджелудочной железы	5,98	6,06	5,39	5,35	5,06	4,55	3,09	3,37

При анализе заболеваемости по данному классу установлено, что общая заболеваемость составила 7,4–6,86% от общей заболеваемости взрослого населения, а первичная 4,21–3,13%.

Анализируя структуру общей и первичной заболеваемости взрослого населения по классу «болезни органов пищеварения» выявлено, что на протяжении всего периода исследования первое место занимают гастрит и дуоденит (общая заболеваемость составила 28,36–24,58 %, а первичная 20,39–13,57%).

На втором месте в структуре общей заболеваемости находится группа лиц, страдающих язвенной болезнью (19,36–16,6%), а в структуре первичной за-

болеваемости это пациенты с болезнями желчного пузыря, желчевыводящих путей (12,05–8,58%).

Следующими по значимости являются болезни поджелудочной железы (общая заболеваемость составила 6,06–5,35%, а первичная 5,06–3,09%).

На основании вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

1. Общая заболеваемость взрослого населения Смоленской области в 2005–2008 гг. по классу «болезни органов пищеварения» сохраняется на одном уровне с незначительными отклонениями при небольшом росте первичной заболеваемости.

2. По отдельным нозологическим формам (язва желудка и ДПК, гастрит и дуоденит, болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей) отмечается снижение общей и первичной заболеваемости.

Это может быть связано с соблюдением стандартов в лечении заболеваний пищеварительного тракта и использованием современных высокоэффективных фармацевтических препаратов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Валенкевич Л.Н., Яхонтова О.И. Болезни органов пищеварения. Руководство по гастроэнтерологии для врачей. – СПб.: Издательство ДЕАН, 2006. – 656 с.
2. Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Клиническая гастроэнтерология. М.: МИА, 2001, 694 с.
3. Ткаченко Е.И., Лисовский В.А. Ошибки в гастроэнтерологии. СПб.: Невский Диалект, 2002, 397 с.

УДК: 616.33-002.44-07

РОЛЬ КЛАРИТРОМИЦИНА В ТРОЙНОЙ ТЕРАПИИ H. PYLORI-ИНФЕКЦИИ

Н.Н. Дехнич

ГОУ ВПО СГМА Росздрава, кафедра факультетской терапии

Резюме

Кларитромицин является основным компонентом тройной терапии *H. pylori*-ассоциированных заболеваний. Высокая клиническая эффективность эрадикационных схем, включающих кларитромицин, подтверждается результатами значительного числа контролируемых клинических исследований. Кларитромицин проявляет значительную активность в отношении *H. pylori*, в большей степени накапливается в желудочном секрете, а также проявляет синергизм с ИПП, что способствует более активному снижению синтеза соляной кислоты и достижению оптимального уровня pH для стабильности кларитромицина. Тройная семидневная терапия, включающая два антибиотика – кларитромицин и амоксициллин, а также ингибитор протонной помпы, может быть рекомендована как терапия выбора в лечении *H. pylori*-инфекции.

Ключевые слова: *H. pylori*, антибиотикорезистентность, кларитромицин, метронидазол.

Summary

Clarithromycin is one of the main components of the triple therapy of *H. pylori*-associated diseases. High clinical efficacy of triple regimens including clarithromycin is confirmed by the large number of controlled clinical trials. Clarithromycin is highly in-vitro active against *H. pylori*, achieving high concentrations in gastric mucosa, and also synergies with PPI, contributing to greater reduction of synthesis of hydrochloric acid and achieve optimum pH for the stability of clarithromycin. Triple therapy, including two antibiotics – clarithromycin and amoxicillin, and a proton pump inhibitor given for a week has been recommended as the treatment of choice of *H. pylori*-infection.

Keywords: *H. pylori*, antibiotic resistance, clarithromycin, metronidazole.

H. pylori является одним из наиболее распространенных возбудителей инфекций у человека. Наиболее часто инфицирование *H. pylori* встречается в развивающихся странах (80–90%), реже в развитых странах (30–40% в США), что связано с социально-экономическими факторами. Частота реинфекции после успешной антихеликобактерной терапии колеблется от 2 до 13%.

Впервые значение *H. pylori* в патологии человека было определено австралийскими патологами J. Warren и B. Marshall. Доказано, что *H. pylori* является причиной развития активного хронического антрального гастрита (тип В), атрофического гастрита, язвенной болезни (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки и, кроме того, является основным фактором риска развития мальтомы и рака желудка [14].

Первый документ, регламентирующий терапию инфекции *H. pylori*, был принят в феврале 1994 года конференцией Национального института здоровья США. В последующем в ряде европейских стран были разработаны аналогичные документы, но необходимость единого подхода к диагностике и терапии *H. pylori* привела к созыву в Маастрихте в 1996 году специальной конференции. Последний пересмотр рекомендаций по диагностике и лечению инфекции *H. pylori* состоялся в 2005 году.

Согласно рекомендациям Маастрихтского консенсуса III 2005 года, показаниями к проведению эрадикации *H. pylori* являются состояния при подтверждении наличия *H. pylori* [12]: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обо-