

2. В подавляющем большинстве случаев встречались такие факторы риска, как ожирение, гиперхолестеринемия, гипертрофия левого желудочка.
3. Коррекция гиперхолестеринемии достигнута в 67 % случаев.
4. У всех больных с 4 степенью риска развилась ангиопатия сетчатки разной степени выраженности.
5. Все больные, имеющие в анамнезе ОИМ, относились к очень высокой группе риска, при этом имели некорригированную гиперхолестеринемию и гипертрофию левого желудочка.
6. Подавляющее большинство больных, перенесших ОНМК или ТИА, относилось также к группе очень высокого риска с некорригированной гиперхолестеринемией.
7. Наиболее часто назначались ИАПФ, а также выявлена самая частая комбинация гипотензивных препаратов — ИАПФ + бета-блокаторы. Разницы в частоте возникновения сердечно-сосудистых осложнений среди больных, получавших ИАПФ, бета-блокаторы и антагонисты кальция, не отмечено.

Т.Е. Спасова, С.Ц. Доржиева, Н.Е. Александрова

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

**Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)
МУЗ городская поликлиника № 1 (Улан-Удэ)**

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК) во многих странах мира, в том числе и в нашей стране, остается самой распространенной среди заболеваний системы пищеварения.

Заболеваемость среди населения в мире, по данным ВОЗ (2004), составляет 5 — 10 %. Язвенная болезнь (ЯБ) двенадцатиперстной кишки встречается от 4 до 13 раз чаще язвенной болезни желудка. Женщины болеют в 2—7 раз реже мужчин. Ежегодно под диспансерным наблюдением находится около 3 млн. больных язвенной болезнью, из них в течение года временно теряют трудоспособность 77,9 % мужчин и 82,0 % женщин, свыше трети пациентов пользуются больничными листами повторно (Циммерман Я.С. с соавт., 2004).

Несмотря на большие достижения современной фармакологии, медикаментозная терапия и другие методы лечения ЯБ не прерывают хронического течения и не всегда приносят положительный результат.

Цель исследования — оценка эффективности медикаментозной терапии ЯБЖ и ДПК на амбулаторном этапе.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось на базе городской поликлиники № 1 г. Улан-Удэ. Проведен анализ 48 амбулаторных карт больных, состоящих на диспансерном учете по ЯБ. Оценивались пол, возраст, степень тяжести заболевания, локализация язвы, сопутствующая патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), осложнения, средние сроки лечения и временной нетрудоспособности (ВН), показатели периферической крови. Проведен сравнительный анализ используемых схем эрадикационной терапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Среди исследуемых больных, находящихся на диспансерном учете с ЯБ, преобладали мужчины (75 %) и лица в возрастных группах 40—49 лет (21 %) и 50—59 лет (25 % от числа всех исследуемых). Из сопутствующих заболеваний наиболее часто встречались хронический холецистит (43 % случаев) и гастро-эзофагальнорефлюксная болезнь (ГЭРБ) (37 % случаев), из других заболеваний следует отметить острый панкреатит (14 %), хронический энтероколит (6 %).

Установлено, что у обследуемых больных на 45 % чаще встречалась ЯБ ДПК, чем ЯБЖ, при этом преобладали язвенные дефекты средней степени тяжести (диаметр 0,8—1,0 см).

У половины больных наблюдались изменения показателей периферической крови, а именно снижение уровня гемоглобина, соответствующее в 23 % случаев легкой степени и в 17 % — средней степени тяжести анемии, а также незначительное увеличение СОЭ до 20 мм/ч. у 38 % больных и умеренный лейкоцитоз (37 % случаев). По имеющимся данным из амбулаторных карт характер анемии определить не представлялось возможным.

При анализе применяемых схем эрадикационной терапии, по данным амбулаторных карт, выявлена наиболее часто применяемая комбинация препаратов: квамател 0,02 г 2 р./сут. 7 дней, омез 0,02 г 2 р./сут. 10 дней, трихопол 0,25 г 3 р./сут. 10 дней, кларитромицин 0,5 г 2 р./сут. 7 дней, которая встречалась в 26 % случаев (8 человек). Уменьшение клинических симптомов болезни в группе больных, получавших данную

комбинацию препаратов, наступило к 16-му дню лечения, а средняя продолжительность пребывания на больничном листе составила 21 день.

Второй по частоте встречаемости была следующая схема препаратов: ранитидин 0,15 г 2 р./сут. 14 дней, амоксициллин 0,5 г 2 р./сут. 7 дней, метронидазол 0,5 г 2 р./сут. 10 дней (16,6 % случаев — 5 человек). При этом клиническое улучшение состояния отмечено к 10-му дню лечения, средний срок временной нетрудоспособности составил 18 дней.

Наиболее быстрая положительная динамика клинических симптомов (уже к 5-му дню лечения) и наименьшие сроки временной нетрудоспособности (14 дней) отмечены у больных, принимавших омез 0,02 г 2 р./сут. 10 дней, кларитромицин 0,5 г 2 р./сут. 7 дней, амоксициллин 0,5 г 2 р./сут. 7 дней. Эти пациенты составили 10 % от всех случаев. Согласно данным литературы, именно комбинация амоксициллина и кларитромицина наиболее эффективна в плане эрадикационной активности в отношении *H. pylori*, основного этиологического фактора развития ЯБ.

ВЫВОДЫ

1. В структуре заболеваемости ЯБЖ и ДПК преобладают мужчины.
2. Пик заболеваемости отмечается в возрасте 50 — 59 лет.
3. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки встречается в 1,5 раза чаще, чем ЯБЖ.
4. Наиболее частые сопутствующие заболевания: хронический холецистит, ГЭРБ.
5. Часто используемая, но не самая эффективная схема препаратов: квамател (10 дней), трихопол (10 дней), кларитромицин (7 дней).
6. Наибольшую эффективность показала комбинация препаратов омез (10 дней), кларитромицин и амоксициллин (7 дней), что согласуется с данными литературы.

И.П. Убеева, Е.А. Ботоева, С.Ч. Гончикова, Е.Н. Цыбикова, М.В. Бадлеева

ОСОБЕННОСТИ ФИТОТЕРАПИИ БОЛЕЗНЕЙ ЖЕЛУДКА

Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)

Заболевания органов пищеварения отличаются широким распространением и по частоте занимают третье место среди причин летальности после заболеваний сердечно-сосудистой системы и онкозаболеваний. Сложность вмешательства в патологический процесс при лечении патологии желудка определяется полиэтиологичностью и сложностью патогенеза язвенной болезни и хронических гастритов, необходимостью воздействовать не только на причину болезни, ведущие патогенетические механизмы, воспалительный процесс, болевой синдром, но и корректировать уровень секреции, обменные нарушения, репаративные процессы. Заболевание любого органа желудочно-кишечного тракта приводит к нарушению процессов пищеварения, отличающихся уязвимостью, вовлечением в процесс смежных органов.

С давних времен известно большое количество лекарственных растений, используемых для лечения язвенной болезни: алтей лекарственный, алоэ древовидное, подорожник большой, аир болотный.

Фитотерапия при лечении болезней желудка является дополнительным методом лечения и привлекает в настоящее время внимание клиницистов. Можно отметить, что применение лекарственных растений при лечении заболеваний органов пищеварения отличается эффективностью и в отдельных случаях может являться альтернативным методом с учетом тяжести течения, длительности заболевания, сопутствующей патологии.

Для повышения эффективности лечения язвенной болезни использование лекарственных растений может представлять интерес ввиду возможности комплексного воздействия на развитие патологического процесса и низкой токсичности, возможности длительного применения, эффективности противорецидивной терапии.

Фитотерапия является дополнительным методом лечения ЯБЖ, обеспечивающим широкий спектр фармакотерапевтического воздействия. Лекарственные растения назначаются индивидуально с учетом периода заболевания, поражения смежных органов, особенностей развития патологического процесса. При лечении язвенной болезни успешно применяются лекарственные растения, обладающие бактерицидным, бактериостатическим действием: ромашка аптечная, аир болотный, зверобой продырявленный, календула лекарственная, золототысячник малый, что может рассцениваться как подтверждение общепринятой геликобактерной теории этиологии язвенной болезни.

При сравнительном изучении антацидных свойств некоторых растений и средств животного происхождения установлено, что малые количества сливок, молока, картофельного, морковного и свекольного соков хорошо понижают кислую среду (расход до 20 мл). Отвары крапивы, ромашки, тмина, льняного семени, укропа, зверобоя сравнительно в меньшей мере понижают кислотность, их затраченные ко-