

120 мМЕ/л. Ребенок постоянно получает L-тироксин. Ежеквартально сдают анализы на ТТГ, Т3, Т4. Психомоторное развитие соответствует возрасту. В апреле 2011 года ребенок находился на обследовании в ННЦМид г. Астаны. Выставлен Диагноз: Врожденный гипотиреоз, компенсированная форма. Психофизическое развитие ребенка соответствует возрасту.

Заключение: Главное, в лечении гипотиреоза – не упустить время! Вот почему обследование проводится в первые дни жизни. Это поможет избежать развития тяжелых осложнений: карликовость, слепота, умственная отсталость. Коварство этого заболевания в том, что он долго может не проявлять себя и не может быть обнаружен традиционными методами. Однако проведение неонатального скрининга позволяет выявить опасное заболевание в первые дни жизни и начать лечение.

Таким образом, ранняя диагностика и

своевременно начатое лечение врожденного гипотиреоза существенно снижает риск тяжелых осложнений и улучшает качество жизни детей.

Литература:

1. Шабалов Н.П., Неонатология в 2-х томах. Москва, 2004г.
2. Приказ № 336 «О внедрении эффективных технологий по перинатальному уходу в практику родовспомогательных учреждений» Астана, 2006 г.
3. Руководство по грудному вскармливанию. ВОЗ, 1993 год.
4. Приказ МЗ РК от 28 марта 2006 года № 140 «О скрининговой программе дородовой диагностики и профилактики врожденных и наследственных заболеваний у детей»
5. Приказ МЗ РК от 7 марта 2008 года № 124 «Об утверждении Правил проведения генетического скрининга беременных и новорожденных»

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГЭРБ ПРЕПАРАТОМ ЛАНСОБЕЛ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Евграшина О.В., Айтхожина Б.А.

КГКП «Поликлиника №5», КГКП «Поликлиника №1», Павлодар

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) - это рецидивирующее заболевание с нарушением эвакуации пищи из желудка и характеризуется спонтанным или регулярно повторяющимся ретроградным забросом содержимого из желудка в пищевод и приводит к повреждению его дистального отдела и развитием в нем эрозивно - язвенных катаральных явлений н/з пищевода. Диагноз ГЭРБ можно установить с высокой вероятностью и достоверностью уже по данным расспроса больного: на основании наличия характерного симптома – изжоги, чаще ночью во время сна.

К рефлюкс-эзофагиту могут приводить несостоятельность нижнего пищеводного сфинктера, скользящая грыжа пищеводного

отверстия диафрагмы, пилородуоденальный стеноз, последствия хирургических вмешательств на пищеводе и кардии, ваготомия, увеличение интраабдоминального давления (подъем тяжестей, ожирение, беременность, запор, асцит, бронхиальная астма, кисты брюшной полости).

Установлено, что 10 – 20% населения страдают ГЭРБ. Заболеваемость ГЭРБ оценивается как 5 новых случаев в год на 10000 населения (P.J. Kahrillas, 2005). В России от частой изжоги страдают 10 % мужчин и 15% женщин (С.А. Курилович, О.В. Решетников, 2000 г.)

Цель исследования: оценить эффективность препарата лансобела в лечении пациентов с ГЭРБ.

Материалы и методы. В период с 2007 по 2010 год осмотрено 87 больных: из них 73 мужчин и 14 женщин. Все 87 больных (100%) прошли эндоскопическое обследование. Препарат лансобел (ингибитор протонной помпы) был назначен всем 87 больным. После перорального приема лансобела антисекреторный эффект наступает в течении первого часа. Применялась восьминедельная терапия препаратом лансобел 30 мг 2 раза в день.

Результаты. В результате терапии произошло быстрое облегчение симптомов: уменьшение болей в эпигастральной области и за грудиной, изжоги, ощущения «кома» за грудиной, отрыжка кислым, горечь во рту,

икота, дисфагия, явления фарингита у 90% больных (79 человек). Однако у 10% (8 человек) эффект в течении восьми недель достигнут не был. Поэтому лансобел был назначен по 30 мг 1 раз на ночь в течении 6 месяцев когда и наступил положительный эффект. При лечении лансобелом побочных эффектов не наблюдалось. Проведенная через 6 месяцев ФГДС, после окончания курса лечения лансобелом показала исчезновение отека, гиперемии, инфильтрации, эрозий в н/з пищевода.

Выводы. Лансобел эффективен в 90% случаев при восьминедельном курсе лечения и приводит к длительной и стойкой ремиссии ГЭРБ.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА ПРЕПАРАТОМ ДЕ-НОЛ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Евграшина О.В., Айтхожина Б.А.

КГКП «Поликлиника №5», КГКП «Поликлиника №1», Павлодар

В настоящее время язвенная болезнь рассматривается как хроническое рецидивирующее заболевание с ограниченным изъязвлением слизистого и мышечных слоев и развивается в зоне подверженной действию соляной кислоты и пепсина.

Основная причина возникновения пептической язвы - инфекция *H. pylori*.

Схема Маастрихт III (2005 г.) включает висмут и является первой линией лечения в схеме эрадикации хеликобактерной инфекции. Достоинства препарата Де-Нол (трехокись висмута в форме коллоидного субцитрата): не возникает резистентность *H. pylori*, препарат не нарушает физиологию пищеварения в отличие от антисекреторных препаратов. Де-Нол (трехокись висмута в форме коллоидного субцитрата) способен связываться с эпидермальным фактором роста, защищая его от разрушающего действия пепсина, и благодаря своей химической структуре и высокой растворимости распределяется

преимущественно по поврежденной слизистой оболочке гастродуоденальной зоны, повышая таким образом, концентрацию эпидермального фактора роста именно в местах дефектов слизистой оболочки, что способствует их скорейшему заживлению (И.В. Маев, 2004 г.).

Цель исследования: оценить эффективность препарата Де-Нол (трехокись висмута в форме коллоидного субцитрата) в лечении пациентов с язвенной болезнью.

Методы и материалы. В период с 2008 по 2010 год осмотрено с язвенной болезнью 37 больных: из них 28 мужчин и 9 женщин. Язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки страдает 32 больных, а желудка 5 больных, что составляет соотношение 4:1. У лиц молодого возраста преобладают дуоденальные язвы, у пожилых людей язвы желудка. Мужчины страдают чаще женщин. Все 37 больных 100% прошли эндоскопическое обследование. Была назначена квадротерапия всем 37 больным,