

Таблица 2. Клиническая эффективность сумамеда и пенициллина при хроническом аднексите.

Критерии	Сумамед (n=25)	Пенициллин (n=25)
Излечение	24	19
улучшение	0	5
Без эффекта	1	1

Под влиянием терапии отмечали положительную динамику показателей в обеих группах, но более выраженную в первой группе: исчезновение болевого синдрома, исчезновение нарушений менструального цикла, исчезновение лейкоцитоза, патологических изменений мочевого осадка, нормализация удельного веса мочи, улучшение нервно-психического статуса.

Переносимость антибиотикотерапии в обеих группах была хорошей. Ни в одном случае не потребовалось отменить препараты вследствие их токсических или иных нежелательных эффектов.

Выводы.

Проведенное исследование эффективности и переносимости сумамеда показало, что сумамед обладает

высокой клинической и бактериологической эффективностью при сочетанной патологии хроническим пиелонефритом и хроническим аднекситом. Сумамед хорошо переносится и не оказывает отрицательного действия.

Литература:

1. Айламазян Э.К. Применение антибиотикотерапии при неосложненном пиелонефрите. // Гинекология - 2004. - №3, - С.23-28
2. Бельмер С.В. Лечение пиелонефрита - 2002 г.
3. Снисаренко Е.А. Репродуктивное здоровье детей и подростков. - №5. - 2007.
4. Ратникова М.А. Антибиотикотерапия при пиелонефрите // Тер архив, - № 6. -, 2007.

Қосылған ауруларды, созылмалы пиелонефриті және созылмалы аднекситы сумамед дәрісімен емдеу.

А.К.Танбаева, Л.К. Жазыкбаева, А.А.Глядинцева

**Радиациялық медицина және экология ҒЗИ, Семей, Қазақстан
«Гармония» отбасылық емханасы, Семей, Қазақстан**

Қосылған ауруларды созылмалы пиелонефриті және созылмалы аднекситы емдегенде сумамед дәрісін қолданғанда жоғары дәрежеде антибактериальды әсерін тигізеді.

Sumamed in treatment of chronic kidney pregnant and of chronic adneksit womans

A.K. Tanbaeva, L.K. Zhazykbaeva, A.A. Gladinceve

Hospital "Garmonia", Semey, Kazakhstan

Research institute for Medicine and Ecology, Semey, Kazakhstan.

The sumamed in treatment of chronic kidney pregnant and of chronic adneksit woman demonstrated high clinical bacterial effects.

УДК 616.329-002-08

ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ КОМБИНИРОВАННЫМ ПРЕПАРАТОМ «ДОМСТАЛ-О»

М.Б. Селгазина, И.С. Иманалинов

**Государственный медицинский университет, г.Семей,
Медицинский центр ГМУГ.Семей**

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся спонтанным или регулярно повторяющимся забрасыванием в пищевод желудочного сока, желчи, а также ферментов панкреатического и кишечного секретов. ГЭРБ среди взрослого населения находится в пределах от 25% до 40% [1-3].

Цель лечения ГЭРБ заключается в купировании ее симптомов, лечении эзофагита, предотвращении или устранении осложнений заболевания, улучшение качества жизни больного. Лечение ГЭРБ может быть консервативным и хирургическим.

В основе эффективного антирефлюксного лечения лежит изменение образа жизни, в частности отказ от курения, коррекция диеты, объема и времени приема пищи. Пациенты должны быть предупреждены о нежелательности приема препаратов, которые угнетают функцию нижнего пищеводного сфинктера (НПС) (теофиллин, прогестерон, нитраты, антагонисты калия, антидепрессанты) [2-4].

Для патогенетического лечения ГЭРБ используются средства различных фармакологических групп. Медикаментозная терапия ГЭРБ включает:

- препараты, оказывающие протекторное действие на слизистую оболочку пищевода;
- препараты, подавляющие желудочную секрецию;
- препараты, стимулирующие моторно-эвакуаторную функцию пищеварительного тракта.

Антациды назначают в симптоматических целях. Они нейтрализуют соляную кислоту, инактивируют пепсин, абсорбируют желчные кислоты, стимулируют секрецию бикарбонатов, улучшают ощелачивание желудка, что косвенно способствует повышению тонуса НПС. Для лечения ГЭРБ лучше использовать жидкие невязывающиеся препараты алюминия и магния (маалокс, фосфалюгель, ренин и др), а также антацидные препараты, в состав которых входят вещества, устраняющие симптомы метеоризма. Многие специалисты отдают предпочтение альгинатам – препаратам, содержащим альгиновую кислоту (Топалкан, Гавискон). В желудке эти препараты образуют вязкий противовоспалительный гель-антацид, который плавает как «плот» на поверхности желудочного содержимого и предохраняет пищевод от агрессивной среды [5-7]. Антациды следует принимать через 40-60 минут после еды и непременно перед сном.

Антисекреторные препараты включают в себя H₂-блокаторы и ингибиторы протонной помпы (ИПП). H₂-блокаторы эффективно снижают базальную, ночную, стимулированную секрецию HCl в желудке, тормозят секрецию пепсинов. Большинство гастроэнтерологов отдает предпочтение группе фамотидина (квамател, ульфамаид, фамосан, гастросидин) и омепразолу, т.к. они действуют более длительно и не оказывают побочных эффектов.

ИПП являются на сегодняшний день самыми мощными блокаторами желудочной секреции. Однократный прием 40 мг омепразола полностью блокирует образование HCl на 24 часа. При эндоскопическом контроле установлено, что после 4 недель лечения омепразолом рубцевание эрозивно-язвенных поражений пищевода происходит в 75%, а после 8 недель – в 89% случаев [5-7].

Это, в частности, антисекреторные препараты, использование которых обеспечивает уменьшение кислотности желудочного сока и его повреждающего действия на слизистую оболочку пищевода [8-9]. Однако их применение в случае наличия дуоденогастрального рефлюкса не может оказывать позитивного эффекта, так как повреждающая способность дуоденального содержимого еще выше, чем желудочного.

Более эффективным в данном случае является применение прокинетики, усиливающих пропульсивную активность ЖКТ и устраняющих непосредственную причину гастроэзофагеального рефлюкса – дисмоторику пищевода и нижележащих отделов ЖКТ. Препараты данной группы включены в клинические протоколы лечения больных с ГЭРБ.

В гастроэнтерологической литературе отсутствует единый общепризнанный список прокинетиков. Разные гастроэнтерологи по-разному очерчивают круг лекарственных прокинетиков. Многие из прокинетиков также могут быть включены в состав других групп (противорвотные, противодиарейные и даже антибиотики). Лекарства с действующим веществом метоклопрамид: апо-метоклоп, метамол, метоклопрамид, метоклопрамид 0,01г, метоклопрамид-акри, метоклопрамид-промед, метоклопрамида, церукал, реглан относятся к прокинетикам первого поколения.

Домперидон (с действующим веществом домперидон: дамелиум, домет, домперидон, домстал, мотилиум) является к прокинетикам II поколения и он, в отличие от метоклопрамида (и бромоприда), не проникает через гематоэнцефалический барьер и не вызывает свойственных метоклопрамиду экстрапирамидальных расстройств: спазм лицевой мускулатуры, тризм, ритмическая протрузия языка, бульбарный тип речи, спазм экстраокулярных мышц, спастическая кривошея, опистотонус, мышечный гипертонус и т.п. Также, в отличие от метоклопрамида, домперидон не является причиной паркинсонизма: гиперкинеза, мышечной ригидности. При приеме домперидона встречаются реже и в меньшей степени выражены такие побочные эффекты метоклопрамида, как сонливость, утомляемость, усталость, слабость, головные боли, повышенная тревожность, растерянность, шум в ушах. Поэтому домперидон является более предпочтительным прокинетиком, чем метоклопрамид.

Цель исследования:

Определение эффективности комбинированного препарата Домстал-О в лечении ГЭРБ в условиях стационара.

Материалы и методы исследования:

В условиях гастроэнтерологического отделения Медицинского центра Государственного медицинского университета г. Семей проведено обследование 59

больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, подвергавшихся лечению с использованием комбинированного препарата Домстал-О («Торрент Фармасьютикалс Лтд», Республика Казахстан, г. Алматы) – основная группа (30 человек) и без такового – группа сравнения (29 человека).

Домстал-О комбинированный препарат, содержащий домперидон 10мг и омепразол 10мг назначают при рефлюкс-эзофагите с диспепсией без дополнительного назначения ингибиторов протонного насоса или антагонистов H₂-рецепторов.

Использование препарата Домстал-О осуществлялось в течение 2-х недель по одной капсуле 2 раза в сутки утром натощак перед приемом пищи и на ночь.

В группе сравнения пациенты получали омепразол 20мг 2 раза в день и церукал 10мг 4 раза в день в течение 2-х недель.

Основные результаты оценивали по динамике жалоб больных и результатам фиброгастро-дуоденоскопии. Последнюю проводили при поступлении больных и на 12 день лечения, перед выпиской из стационара. Оценивали состояние слизистой оболочки пищевода.

Эндоскопические критерии ГЭРБ определялись в соответствии с классификацией Savary-Miller.

Результаты исследования

Клинические признаки и эндоскопические проявления были примерно равными в сравниваемых группах. Учитывая их репрезентативность по возрасту и полу, следует указать на равные исходные условия для лечения.

В клинической картине основной группы пациентов до начала лечения преобладали изжога (91,4%), вздутие в эпигастриальной области (80%), отрыжка (62,9%), реже встречались боли в эпигастрии, появляющиеся в проекции мечевидного отростка вскоре после еды и усиливающиеся при наклонных движениях и дисфагия.

По классификации Savary - Miller до лечения у 10 больных выявлены гиперемия и отек слизистой дистальной части пищевода, отдельные эрозии, что соответствует 1-й степени выраженности эзофагита, у 16 больных сливные эрозии, захватывающие до 50% поверхности слизистой дистального отдела пищевода (2-я степень) и у 4 пациентов - 3 степень рефлюкс-эзофагита с наличием эрозий на всей поверхности дистальной части пищевода.

На фоне терапии с использованием комбинированного препарата «Домстал - О» и в группе сравнения регресс интенсивности болевого и диспептического синдромов, изжоги, явления эпигастриального вздутия начинался со второго дня лечения (у 63,3% и 62,9% пациентов). Полное исчезновение болевого синдрома регистрировалось в обеих группах на 6-й день.

Положительная динамика в виде уменьшения площади воспаления, эпителизации эрозий, отсутствия наложений фибрина наблюдалась также в обеих группах при проведении эндоскопического контроля на 12-й день терапии.

Динамика клинических и эндоскопических изменений в подгруппах, обследованных на фоне проводимой терапии представлена в таблице.

Безопасность «Домстал-О» оценивалась по клиническим данным, а также с помощью динамического контроля результатов общего и биохимического анализов крови. До и после терапии достоверных различий между перечисленными показателями выявлено не было.

Омепразол и домперидон часто назначается совместно при лечении ГЭРБ. Такая фиксированная комбинация обладает дополняющим действием и эффективно контролирует проявления ГЭРБ.

Таблица 1. - Частота (%) признаков ГЭРБ в подгруппах, обследованных в процессе лечения препаратом «Домстал-О»

Клинические и эндоскопические признаки	Группа сравнения, n=29		Основная группа, n=30	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Клинические признаки				
- изжога	93,8	12,7	91,4	11,4
- отрыжка	59,4	10,2	62,9	8,6
- вздутие в эпигастральной области	81,3	12,8	80,0	11,4
- дисфагия	15,6	5,1	22,9	2,9
Эндоскопические признаки:				
- эзофагит 1 степени	40,6	21,0	34,3	20,0
- эзофагит 2 степени	46,9	0,8	51,4	0,0
- эзофагит 3 степени	12,5	1,1	14,3	0,0

Выводы:

1. Применение препарата Домстал - О приводит к более быстрому и эффективному купированию симптомов рефлюксной болезни.

2. Позволяет использовать меньшие суточные дозы лекарственных средств.

3. Позволяет уменьшить число приемов лекарства больным и повысить их приверженность лечению.

4. Лучшая переносимость лечения.

Литература.

1. Гриневич В.Б. Прокинетики в клинической практике // Рос. журн. гастроэнтер., гепат., колопроктол. – 2003. - №6. – С.18-27.

2. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. Физиологические основы моторно-эвакуаторной функции ЖКТ // Рос. журн. гастроэнтер., гепат., колопроктол. -2007. №5 - с5-10.

3. Лапина Т.Л. Тактика лечения больных ГЭРБ. // Фарматека 2009, №3 - С 15-19.

4. Ткаченко Е.И., Успенский Ю.П. ГЭРБ: новое решение старой проблемы // Consilium medicum. - 2009. - №8. – С.5-13.

5. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. Болезни пищевода, Москва, «Триада-Х», 2000. - 173с.

6. Маев И.В., Вьючнова Е.С., Лебедева Е.Г.. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, Москва, «Фармарус Принт», 2000. - С 12-26.

7. Трухманов Ф.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и пищевод Баррета, Москва, Болезни органов пищеварения, т.1 N 1, 1999, - 19с.

8. Шептулин А.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, Москва, Consilium-Medicum, т.2 N 7, 2000. - 7с.

9. Лазебник Л.Б., Машарова А.А., Бордин Д.С. Многоцентровое исследование «Эпидемиология Гастроэзофагеальной рефлюксной болезни» (МЭГРЕ) // Эксперим. И гастроэнтерология. – 2009. Т.1. – С.4-13

УДК 617.753.1-053.2

ЧАСТОТА ДАЛЬНОЗОРКОСТИ И СОПУТСТВУЮЩИХ ЕЙ ПАТОЛОГИЙ У ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА СЕМЕЙ

Ю.М. Семенова, Л.П. Боровикова

Государственный медицинский университет г. Семей, «Учреждение Офтальмохирургия» г. Семей

Ключевые слова: дальность зрения, амблиопия, косоглазие, слабовидение, профилактика.

Введение. Дальность зрения – частая аномалия рефракции у детей, встречающихся по данным различных авторов у 6 – 18,4% детского населения (1-5). Согласно данным казахстанских авторов у (6) в структуре врожденных заболеваний глаз первое место принадлежит аномалиям рефракции, второе – патологии глазодвигательного аппарата, третье – патологии слезоотводящих путей. Среди аномалий рефракции лидирует дальность зрения, которая в 70% случаев сопровождается амблиопией.

Как правило, недостаток зрения, связанный с дальностью зрения и дальностью зрения астигматизмом, успешно устраняется посредством ношения очков. Однако, в случае средней и высокой дальности зрения, особенно односторонней, острота зрения продолжает оставаться низкой, несмотря на проводимую коррекцию. Проблема реабилитации таких детей продолжает оставаться актуальной, так как слабовидение ведет к ограничению занятиями спортом и физической культурой, создает трудности в овладении трудовыми навыками и будущей профессией. (7).

Цель исследования. Изучение частоты дальности зрения и связанных с ней заболеваний глаз среди детского населения города Семей.

Материалы и методы. Материалами исследования послужили амбулаторные карты детей, обратившихся за консультативной помощью в поликлинику «Учреждения Офтальмохирургии» Семей в ноябре 2009 года. Осмотр детей включал в себя визометрию, субъективную и объективную рефрактометрию, биомикроскопию, обратную офтальмоскопию.

Результаты и обсуждение. Всего было осмотрено 577 детей, из которых дальность зрения была выявлена у 97 детей (194 глаза) – 16,8%. Большинство детей (69 человек – 71%) были городскими жителями, мальчики и девочки встречались примерно одинаково часто (46% и 54%). Возраст детей колебался в следующих пределах: 3-6 лет – 36 детей (37%), 7-10 лет – 29 детей (29%), 11-14 лет – 17 детей (17%), 15-18 лет – 15 детей (15%).

Исследования остроты зрения показало, что амблиопия различных степеней наблюдалась практически у всех детей (таблица №1).

Как следует из таблицы, амблиопия различных степеней встречалась в 73% случаев (142 глаза). При этом преобладали низкая и средняя степени (58%). У 7 детей наблюдалась односторонняя дисбинокулярная амблиопия.

Объективная рефрактометрия определила степени дальности зрения у детей (таблица №2).