

2). Метаболические поражения печени у пациентов гастроэнтерологического отд. выявляются в 33,2% случаев, чаще при наличии более 2-х Ф.Р.

3). При метаболических поражениях печени стеатоз выявляется в 78,1%, СГ – в 19,7%, ЦП – в 2,2% случаев.

## Тактика ведения больных с гастроэзофагальной рефлюксной болезнью на уровне ПМСП

*Алиханова К.А., Шуахбаев С.К., Лохвицкий С.В., Табенова В.Т., Фотиади Ю.А.  
Карагандинский государственный медицинский университет, г. Караганда*

Актуальность проблемы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) определяется тем, что она недостаточно хорошо изучена врачами, работающими на ПМСП, которые полагают, что заболевание всегда должно протекать с изжогой как ведущим клиническим синдромом. В то же время «внепищеводные» проявления могут выступать на передний план в клинической картине ГЭРБ, имитируя заболевания сердца, легких, составляя определенные трудности в диагностике и лечении больных этой категории [Изатуллаев Е.А., 1999, Бектаева Р.Р., 2000].

Цель работы: обоснование медикаментозной терапии взрослых и детей, больных ГЭРБ в зависимости от характера течения, заболеваемости, вида осложнений.

Материалы и методы: обследовано 87 взрослых больных ГЭРБ в возрасте от 35 лет до 64 лет, из них 42 - с неэрозивной рефлюксной болезнью, 45 - с рефлюкс-эзофагитом разной степени выраженности, также 20 детей в возрасте от 8 до 12 лет. Контрольную группу составили 41 здоровых добровольцев. Диагностика ГЭРБ основывалась на совокупной оценке жалоб, анамнеза, данных клинического и инструментального обследования (ЭГДС с биопсией, суточная внутрипищеводная рН-метрия). При исследовании больных ГЭРБ нами использованы: рабочая классификация ГЭРБ по И.И.Дегтяревой, 2000 г., классификация проявлений ГЭРБ по Монреальскому Консенсусу, 2006 г., и алгоритм диагностики ГЭРБ, цитированная И.Иванниковым и соавт., 2004 г.

Результаты: Тактика медикаментозной терапии определялась степенью выраженности рефлюкс-эзофагита и разработаны алгоритмы ведения больных ГЭРБ в зависимости от характера течения, заболеваемости, вида осложнений. При ГЭРБ без эзофагита наряду с соответствующим ре-

жимом, на 10 дней назначали внутрь мотилиум или цисап (перистил) по 10 мг 3 раза в день в сочетании с антацидом (например, маалоксом или фосфалюгелем) по 1 дозе через 1 час после еды, обычно 3 раза в день и 4-й раз непосредственно перед сном. При рефлюкс-эзофагитах различной степени тяжести дополнительно на 6 и более недель назначали внутрь следующие препараты: ранитидин (ранисан и др. аналоги) по 150-200мг 2 раза в день, или фамотидин (лецедил, квамател, ульфамид и др. аналоги) по 20-40 мг 2 раза в день или аксид по 150 мг 2 раза в день (для каждого препарата прием утром и вечером с интервалом в 12 часов). В самых запущенных и тяжелых случаях, помимо вышеперечисленного, на 4-8 недель назначали омепразол или рабепразол по 20мг 2 раза в день, или лансопризол по 30 мг 2 раза в день (утром и вечером с обязательным интервалом в 12 часов), с последующей поддерживающей терапией ранитидином или фамотидином. Учитывая, что у детей ГЭРБ развивается чаще на фоне заболеваний органов желудочно-кишечной зоны (от функциональной диспепсии до язвенной болезни), назначают лечение основного заболевания, которое включают применение антацидов или блокаторов H<sub>2</sub>-рецепторов гистамина (ранитидин, фамотидин, квамател) в течение 4-8 недель, при наличии хеликобактерной инфекции проводится 7-дневная антибактериальная терапия (амоксциллином и фуразолидоном). Из антацидов предпочтение отдают жидким формам – альмагель, фосфалюгель, гавискон.

Выводы: Примененная медикаментозная терапия у больных ГЭРБ в зависимости от характера течения, заболеваемости, вида осложнений позволила оптимизировать ведение больных на уровне ПМСП, тем самым повысить качество жизни исследуемых категорий больных.

## Тактика ведения больных с ревматическими заболеваниями, осложненных НПВП - гастропатиями

*Алиханова К.А., Абуғалиева Т.О., Кудабаяева У.М., Фотиади Ю.А., Азиканова М.К.  
Карагандинский государственный медицинский университет, Кафедра общей врачебной практики с курсами фтизиатрии, психиатрии, акушерства и гинекологии, дерматовенерологии и инфекционных болезней ФНПР, г. Караганда*

Высокая частота осложнений, обусловленных поражениями верхних отделов желудочно-кишечного тракта (язвы, эрозии) нередко связана с длительным применением или бесконтрольным приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Чаще всего НПВП - гастропатии возникают у 20-25% больных, страдающих ревматическими заболеваниями (ревматоидный артрит, остеоартроз и т.д.). В связи с этим большое значение имеет рациональный подбор терапии и профилактика гастропатии, обусловленной НПВП

Цель исследования: разработать тактику ведения больных с ревматическими заболеваниями, осложненных НПВП – гастропатиями.

Материалы и методы исследования: проанализированы амбулаторные карты больных (025/у); выписки из медицинской карты стационарного больного (003/у), статистические

карты. Проведено исследование 433 больных с ревматическими заболеваниями (ревматоидный артрит - 98, анкилозирующий спондилоартрит- 25, остеоартроз - 194) по Карагандинской области за 2003 - 2009 годы. В исследовании были включены больные, длительно получающие НПВП – диклофенак натрия, индометацин, мелоксикам; базисные препараты хинолонового ряда в зависимости от наличия той или иной патологии. Критериями исключения применения НПВП являлись: наличие обострения хронического гастрита или язвенной болезни желудка, длительный прием глюкокортикостероидов.

Результаты и обсуждения: В результате исследования у 12,0% больных наблюдался диспепсический синдром (тошнота, рвота, изжога, диарея, боли в эпигастрии), у 6,0% - обострение язвенной болезни желудка, у 7,5% - хронического гастрита, у 2,5% - дуоденита. Учитывая,