

Язвенная болезнь в общеврачебной практике

Омарова Г.С., Болигуб А.Б., Сыздыкова У.Х., Асанова К.А., Ахунова Г.К., Скоробогатова Н.А., Игольникова Е.Ф., Абилямажинова Г.Т., Жакупова З.Ж.

КГКП «Поликлиника» №1, КГКП «Поликлиника» №2,

КГКП «Поликлиника» №4 г. Караганды, КГКП «Поликлиника» №3 г. Костанай

Актуальность. Заболевания органов пищеварения всегда находились в центре внимания врачей первичной медицинской помощи по причине своей значительной распространенности. Однако из большого числа болезней данной группы особое социальное и медицинское значение имеет язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, поскольку по частоте она превышает всю другую патологию желудочно-кишечного тракта. По данным мировой статистики, распространенность язвенной болезни среди взрослого населения составляет в разных странах от 5 до 15% (в среднем 7-10%). Язвы двенадцатиперстной кишки встречаются в 4 раза чаще, чем язвы желудка. Среди больных с дуоденальными язвами мужчины значительно преобладают над женщинами, тогда как среди пациентов с язвами желудка соотношение мужчин и женщин оказывается примерно одинаковым. [Freston J.W., 1999].

Цель работы: изучение структуры язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Материалы и методы исследования: проанализированы амбулаторные карты 180 больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, состоящих на диспансерном учете в поликлиниках №1,2,4 г. Караганды и поликлиники №3 г. Костанай в возрасте от 31 лет до 76 лет, из них женщины – 68 (37,7%), мужчины – 112 (62,3%), пролеченных в условиях дневного стационара.

Результаты и обсуждения: Для изучения структуры заболеваемости язвенной болезнью проанализированы формы государственной статистической отчетности, что свидетельствуют о росте заболеваемости язвенной болезнью желудка и ДПК по Карагандинской области, если в 2006 г. он составлял 113,3, то в 2007 году – 196,7 на 100 000 населения. (Статистический сборник МЗ РК «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения

за 2006-2008 гг.)). Диагностика язвенной болезни желудка и ДПК основывалась на оценке жалоб, анамнеза, данных клинического и инструментального обследования, согласно протоколам диагностики и лечения заболеваний (Приказ МЗ РК №764 от 28.12.2007 г.). Язвенная болезнь желудка выявлено у 86 (47,8%) человек, язвенной болезнью ДПК – 67 (37,2%), сочетанная локализация – 27 (15%), Н. Pylori обнаружена у 39 (21,6%). Большинство больных страдали язвенной болезнью от 3 до 10 лет – 63,8 %. Лица с давностью заболевания более 10 лет составили 26,2%. Одним из ведущих и часто встречающихся симптомов – тяжесть в эпигастрии после еды отмечен у 144 (80%), боли в эпигастрии у 132 (73,3%), отрыжка у 114 (63,3%), изжога у 98 (54,4%), тошнота у 87 (48,3%), метеоризм у 31 (17,2%) и др., а также эти симптомы встречались в сочетании. 18% больных из данной группы были госпитализированы в разные сроки в хирургические отделения с осложнениями, как стеноз привратника (5,5%), кровотечение (5,4%), перфорация (5,5%) и пенетрация язвы в поджелудочную железу (1,6%). Лечение проводили согласно протоколам лечения и обращали внимание на воздействие факторов агрессии и/или защиты; этиологическую терапию; коррекцию медикаментозного лечения с учетом сопутствующих заболеваний; индивидуальные особенности больного (возраст, масса тела, переносимость используемых медикаментов, активность, т. е. умение себя обслуживать).

Выводы. Таким образом, внедрение в клиническую практику современных способов медикаментозного лечения и качественного диспансерного наблюдения на амбулаторно-поликлиническом уровне и лечение больных в условиях дневного стационара будут способствовать сокращению количества больных с осложненным течением язвенной болезни и ДПК.

Диагностическая и лечебная тактика у больных с гастродуоденальными кровотечениями

Ордиева З.Н.

Атырауская областная больница

Проблемы лечения осложнений гастродуоденальных язв в настоящее время в экстренной хирургии является наиболее актуальной проблемой вследствие ежегодного увеличения, как по частоте, так и по тяжести.

Частота кровотечений из верхних отделов ЖКТ (желудочно – кишечный тракт) по данным областной больницы за период с 2006 - 2009 гг. – 91 больных. Летальность при этом остается достаточно высокой 4-6%.

Пристальное внимание к данной проблеме привело к развитию новых методов диагностики и лечения кровотечений из ВОПТ (верхний отдел пищеварительного тракта), что значительно расширяет возможности клинициста решить вопросы экстренной диагностики локальной причины кровотечения.

Основным методом диагностики локальной причины кровотечения является эзофагогастродуоденоскопия. Диагностическая ценность эндоскопии при острых кровотечениях составляет 76-90%. В период с 2006 - 2009 гг. в областную больницу поступило 91 больных с гастродуоденальными кровотечениями. Из них:

мужчин – 56 (61%)
женщин – 35 (39%)
до 20 лет – 19 (21,6%)
до 40 лет – 50 (53,6%)
до 60 и старше – 22 (24,8%)

Среди причин кровотечения из ВОПТ (верхний отдел пищеварительного тракта) наиболее часто встречаются:

1. Острая язва желудка и 12 п.к. – 60 (61%)
2. Хроническая язва желудка и 12 п.к. – 9 (7,64%)
3. Эрозивный геморрагический гастрит – 16 (16,5%)
4. Синдром Меллори-Вейса – 10 (9,7%)
5. Варикозное расширение вен пищевода – 3 (3,1%)
6. Эрозивный эзофагит – 1 (1,03%)
7. Эрозивный бульбит – 1 (1,03%)

Основные методы лечения гастродуоденальных кровотечений оперативное и консервативное.

1. операции – Бильрот I – 16
Бильрот II – 11
ушивание кровоточащих язв – 11

прошивание продольных трещин кардия – 24
Всего 59 (63%)
2. консервативное лечение - эндоскопическая остановка кровотечения (электрокоагуляция, инъекционный метод) – 32 больных (37%)
Использование комбинированных методов эндоскопического гемостаза и оперативного лечения больных с

гастродуоденальным кровотечением в большинстве случаев дает возможность добиться окончательной остановки кровотечения.

В дальнейшем такие больные встают на учет к гастроэнтерологу и получают противорецидивное лечение, для предупреждения осложнений.

Морфологическая диагностика заболеваний печени

Рысулы М.Р.

НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, г. Алматы

Задачи морфологического исследования. Чаще всего диагностика нужна для подтверждения мнения клинициста. Бывают ситуации, когда лишь биопсия печени ставит правильный диагноз. Исследуя биоптат печени, морфолог должен хорошо знать гистологические маркеры заболеваний (гепатоз, гепатит, фиброз, цирроз). Задачи следующие: подтверждение или коррекция клинического диагноза; определение активности, тяжести и формы поражения печени; дифференциальная диагностика системных заболеваний с моногенными поражениями печени; оценка эффективности лечения; выяснение морфологического субстрата функционально-метаболических нарушений, лихорадки неясного генеза и т.д.

Степень активности процесса. О степени активности процесса можно судить по-разному. В настоящее время обязательно нужно изучать биоптаты на предмет активности процесса. Введен специальный индекс гистологической активности процесса. Это полуквантитативное исследование, которое выражается в баллах. Определенное количество баллов говорит о той или иной степени активности.

Стадия процесса или хронизация. Одно гистологическое описание выраженности фиброза не удовлетворяет современного гепатолога. Необходимо вывести индекс степени фиброза, который может быть минимальным, умеренным, выраженным и преддверием цирроза. В этом случае клинический патолог также обязан вычислять соответствующий индекс степени фиброза печени.

Оценка эффективности терапии. Такая оценка нередко необходима. Например, нужно сделать повторную биопсию для определения, является ли проведенный курс лечения эффективным или нет. Здесь индексы гистологической активности процесса, степени фиброза становятся чрезвычайно важными. Необходимо не просто сказать, что стало лучше или хуже, нужно дать количественную оценку этим изменениям. Это касается не только гепатитов и циррозов,

а в равной мере и неопластических процессов в печени. В отношении прогноза тоже все ясно. Сам диагноз говорит о прогнозе. Если вы получаете диагноз «мостовидные некрозы в печени», «фульминантный гепатит», то каков прогноз? Заранее известно, что больного ждет цирроз печени. Если вы имеете дело с циррозом печени, то он монолобулярный в одном случае и мультилобулярный в другом. Где будет лучше прогноз? Безусловно, при монолобулярном циррозе. В каждом конкретном случае решается вопрос прогноза.

Холестаз. Морфологические изменения, обусловленные непосредственно холестазом, включают билирубиностаз в гепатоцитах, купферовских клетках, канальцах, а также: расширение, фиброз портальных трактов, пролиферацию протоков, баллонную («перистую») дистрофию гепатоцитов, лимфогистиоцитарную инфильтрацию, некрозы гепатоцитов. Все указанные изменения носят неспецифический характер и не зависят от этиологии холестаза. При внепеченочном холестазе пролиферация желчных протоков и изменения гепатоцитов развиваются уже через 36 ч после обструкции желчных протоков. Примерно через 2 недели степень изменений в печени уже не зависит от продолжительности холестаза. Скопления полиморфно-ядерных лейкоцитов в желчных протоках, а также в синусоидах могут свидетельствовать о восходящем бактериальном холангите. Изменения в биоптате печени в ранних стадиях при некоторых формах внутрипеченочного не obstructивного холестаза могут отсутствовать – «холестаз минимальных изменений». При разрешении холестаза морфологические изменения могут подвергаться обратному развитию. При длительном холестазе формируется билиарный цирроз (по структуре мелкоузловой). Классическими примерами синдрома «исчезающих желчных протоков» являются деструктивные холангиты, при которых основную массу воспалительных клеток вокруг протоков составляют цитотоксические Т-лимфоциты.

Сравнительная характеристика популяции лимфоцитов у больных ХГВ И С при терапии РИЛ-2+ИНФ

Садыкова Ш.С., Курманова Г.М.

КаЗНМУ им.С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

С целью проведения анализа и сравнения изменений популяции лимфоцитов в периферической крови и оценить эффективность комбинированной терапии у больных хроническим вирусным гепатитом В и С с множеством предикторов неэффективности стандартной интерферонотерапии на фоне лечения препаратами –РИЛ-2+α-интерфероном.

Всех больных с хроническим вирусным гепатитом, получивших лечение комбинированной терапией в зависимости от этиологии разделили на две группы: 1-ая группа – больные с HCV инфекцией (42) и 2-ая группа – больные с HBV инфекцией (51 больной).

В 1-ой группе (42) 36 больных с HCV моноинфекцией,

2 больных с гепатитом В+С. По активности процесса 26 больных с минимальной активностью, 12 - с низкой и 4 – с умеренной активностью процесса, средний возраст составил $38,1 \pm 8,9$ лет. 2-ая группа - 51 человек, из них 46 с HBV моноинфекцией, 5 больных с гепатитами В+Д. По активности процесса 42 больных с минимальной и 9 - с умеренной активностью, средний возраст в этой группе составил $37,6 \pm 7,0$ лет.

Диагноз был верифицирован на основании результатов ПЦР (HCV RNA, HBV DNA), а также исследования маркеров гепатитов методом ИФА.

Рекомбинантный ИЛ-2 применялся в дозе 500тыс. МЕ 1 раз в 3 суток, подкожно. Инъекцию α-интерферона