

лечение был получен в 62,1% случаев. У пациентов 2 и 3 генотипов стойкий ответ на лечение достигнут в 82,4% случаев. Противовирусная терапия не только позитивно

влияет на показатели вирусологического ответа но и достоверно снижает темпы прогрессирования фиброза.

Противоульцерозная терапия больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки

Сейдахметова А.А., Бекмурзаева Э.К., Искаков Б.С.,

Айдарбекова С.М., Кауызбай Ж.А., Назаров А.С.

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, Шымкентская городская больница скорой медицинской помощи, г.Шымкент

Цель работы: Изучение противоульцерозного эффекта протеолитического ферментного препарата инзимол у больных с *H.pylori*-ассоциированной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК).

Материал и методы: Обследовано разными методами 105 больных с неосложненным течением ЯБДПК в стадии обострения. Среди них было 76 (72,4%) мужчин и 29 (27,6%) женщин в возрасте от 21 до 54 лет, средний возраст составил $32,2 \pm 2,8$ года.

Больные ЯБДПК были рандомизированы на три группы: I группа (n=50 больных), которым проводилось комбинированное лечение (омепразол 20 мг утром и 20 мг вечером + метронидазол 500 мг х 3 раза/день + амоксициллин по 500 мг х 4 р/день) + дополнительно препарат инзимол *per os* по 1 таблетке, содержащей 150 ПЕ (протеолитических единиц) х 3 раза/день (курс лечения 10 дней); II группа (n=26 больных), которым проводилась эрадикационная терапия (омепразол 20 мг утром и 20 мг вечером + метронидазол 500 мг х 3 раза/день + амоксициллин по 500 мг х 4 р/день); III группа - контрольная (n=29 больных), пролеченные только препаратами тройной схемы эрадикации (омепразол по 20 мг утром и 20 мг вечером + метронидазол 500 мг х 3 раза/день + амоксициллин по 500 мг х 4 р/день).

Результаты исследований:

Клиническая ремиссия в I группе больных наступала в среднем в 4,0 раза и во II группе в 5,2 раз быстрее, чем у пациентов получавших только базисную терапию. Болевой синдром у больных I группы уже на первый день оставался лишь у 15,8%, а к 14-му дню – лишь у 3,5%. Во II группе

отмечен более выраженный терапевтический эффект эндоскопического лечения. У пациентов III группы болевой синдром к концу лечения сохранялся у 11,1%, достоверно отличаясь от пациентов I и II групп ($p < 0,01$)

Анализ динамики клинических симптомов, в зависимости от различных методов лечения, свидетельствует о том, что назначение инзима в таблетированном виде в 2,6 раза, а эндоскопическом его применении в 3,3 раза эффективнее базисных схем эрадикационной терапии.

Применение инзима в комплексном лечении ЯБДПК значительно ускоряет сроки купирования болевого и диспепсических синдромов, сокращает сроки заживления.

В I группе, после проведенного лечения, эрадикация *H.pylori* отмечена в 87,9%, во II группе - 93,6% больных. У пациентов III (контрольной) группы элиминация бактерии была достигнута лишь в 72,1% случаев.

Выводы:

1. Применение инзима в схеме эрадикационной терапии больных ЯБДПК, позволяет в первые 1-2 дня достичь терапевтического эффекта – исчезновения диспепсических проявлений у 95,7% и болевого синдрома у 88,5% пациентов (I и II групп), по сравнению с группой пациентов (III группа), получавших только эрадикационную терапию. Наиболее эффективным является метод эндоскопического введения препарата.

2. У больных *H.pylori* ассоциированной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки I группы, получавших инзимол, элиминация бактерии отмечена в 87,9% случаев в среднем за $17,3 \pm 1,7$ дня. В III группе пациентов, элиминация инфекции наблюдалась лишь у 72,1% обследованных.

Морфологические и морфометрические показатели слизистой оболочки больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки

Сейдахметова А.А., Бекмурзаева Э.К., Айдарбекова С.М., Кауызбай Ж.А., Бейсеуов М.А..

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, Шымкентская городская больница скорой медицинской помощи, г.Шымкент

Цель работы: Изучение репаративных свойств протеолитического ферментного препарата инзимол и обоснование его применения в сочетании с эрадикационной терапией у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК).

Материал и методы: Обследовано 105 больных с неосложненным течением ЯБДПК в стадии обострения. Среди них было 76 (72,4%) мужчин и 29 (27,6%) женщин в возрасте от 21 до 54 лет, средний возраст составил $32,2 \pm 2,8$ года. Репаративные процессы оценивались морфологически и морфометрически в гистологических препаратах.

Больные ЯБДПК были рандомизированы на три группы: I группа (n=50 больных), которым проводилось комбинированное лечение (омепразол 20 мг утром и 20 мг вечером + метронидазол 500 мг х 3 раза/день + амоксициллин по

500 мг х 4 р/день) + дополнительно препарат инзимол *per os* по 1 таблетке, содержащей 150 ПЕ х 3 раза/день); II группа (n=26 больных), которым проводилась эрадикационная терапия + дополнительно эндоскопические вливания инзима по 150 ПЕ (в 10 мл дистиллированной воды) через день; III группа - контрольная (n=29 больных), пролеченные только препаратами тройной схемы эрадикации.

Результаты исследований: При эндоскопическом исследовании 3-х групп больных ЯБДПК оказалось, что к концу лечения рубцевание язвенного дефекта наступило в I группе – у 91,2%, во II группе – у 95,5% обследованных. В III группе пациентов заживление язвы отмечено лишь в 76,8% случаев.

Применение инзима в комплексном лечении быстро приводит к очищению поверхности язвы от фибринозного

налета, наложений детрита и, сокращает сроки заживления. Эндоскопическое применение инзимола в сочетании с эрадикационной терапией приводит к еще большему укорочению сроков эпителизации язвенного дефекта. Дефекты слизистой оболочки (СО) заживают нежным рубцом или без рубца с образованием грануляционной ткани. Морфологический анализ прицельно взятых биоптатов показал, что после проведенного лечения, у больных I и II групп (у 92,7% и у 98,8% соответственно), отмечалась положительная динамика.

Отличительной особенностью динамики изменений в СОДПК у I группы больных, обнаруживались умеренно выраженные признаки воспаления только в единичных случаях. В покровном эпителии преобладали зрелые, дифференцированные клетки. Во II группе пациентов наблюдались более отчетливые изменения. Признаки активного воспаления, фиброзирование, дистрофические, дисрегенераторные и атрофические изменения в СОДПК отсутствовали. У пациентов III группы изменения в СОДПК

у большинства обследованных имели меньшую степень достоверности ($p < 0,05$ и $p < 0,01$) отличий. У $72,4 \pm 5,1\%$ в собственной пластинке сохранялась обильная инфильтрация плазматическими клетками, лимфоцитами. Сравнительный анализ морфометрических данных позволил установить, что у пациентов, пролеченных методом комплексной терапии с применением инзимола, наблюдается выраженная положительная динамика, проявляющаяся исчезновением воспалительных, дистрофических процессов, восстановлением регенерации и защитных свойств СО.

Выводы: Патогенетическим обоснованием применения инзимола является улучшение процессов регенерации, проявляющееся ускоренным созреванием грануляционной ткани. Так, в течение $14 \pm 1,2$ дней у больных I группы частота рубцевания язвы оставила 91,2%, во II группе – 95,5% и в III – 76,8%. Применение инзимола способствует формированию нормальных структурных элементов слизистой оболочки, что сдерживает прогрессирование хронического гастродуоденита.

Оценка распространенности анемии среди различных половозрастных групп населения

Тажибаев Ш.С., Салханова А.Б.
Казахская академия питания

В связи с чрезвычайно высокой распространенностью анемии и серьезностью ее последствий эта патология всегда привлекает большое внимание специалистов здравоохранения. Одной из задач Национального исследования по питанию, проведенного в 2008 году в Казахстане на основе национально-репрезентативной выборки, было изучение распространенности анемии среди различных групп населения путем определения в полевых условиях содержания гемоглобина в цельной крови из прокола пальца спектрометром ГемоКью. О наличии или отсутствии анемии судили, используя международные критерии по концентрации гемоглобина в крови (г/дл) в разных половозрастных группах. В рамках этих исследований проведено изучение содержания гемоглобина в крови у 4006 лиц, в том числе: 1395 детей (500 детей в возрасте 6-59 месяцев; 638 детей в возрасте 5-11 лет; 257 детей в возрасте 12-14 лет); 1852 женщин (1543 женщины в возрасте 15-49 лет; 309 женщин в возрасте 50-59 лет); 759 мужчин (631 мужчин в возрасте 15-49 лет; 128 мужчин в возрасте 50-59 лет).

Результаты исследования показали, что средний уровень гемоглобина в цельной крови у обследованных детей был равен: $10,9 \pm 0,064$ г/дл в возрасте 6-59 месяцев; $11,6 \pm 0,051$ г/дл в возрасте 5-11 лет; $11,9 \pm 0,090$ г/дл в возрасте 12-14 лет. Эти возрастные уровни гемоглобина в крови детей статистически значимо различались между собой. Среднее содержание гемоглобина в цельной крови детей в возрасте 6-59 месяцев и 12-14 лет было ниже пороговых уровней (11,0 г/дл и 12,0 г/дл, соответственно), что свидетельствовало о наличии у них анемии. Средний уровень гемоглобина в цельной крови у обследованных женщин в возрасте 15-49 лет был равен $11,7 \pm 0,042$ г/дл, что ниже уровня ($< 12,0$ г/дл), характеризующего наличие анемии, в то время как у женщин в возрасте 50-59 достоверно был выше, чем у первых, и составлял $12,4 \pm 0,080$ г/дл. Среднее содержание гемоглобина в цельной крови у обследованных мужчин был равен: $13,7 \pm 0,068$ г/дл в

возрасте 15-49 лет; $13,5 \pm 0,147$ г/дл в возрасте 50-59 лет. Эти возрастные уровни гемоглобина в крови мужчин были статистически значимо выше соответствующих показателей у женщин. Содержание гемоглобина в крови мужчин в обеих возрастных группах был выше уровня (13,0 г/дл), что характеризующего наличие у них анемии.

В среднем по республике распространенность анемии среди детей составила 44,9% среди всех обследованных детей, среди женщин репродуктивного возраста – 48,2%, а в возрасте 50-59 лет достоверно ниже по сравнению с предыдущей группой и была равна 31,1%. В отличие от женщин распространенность анемии среди мужчин старше 50 лет 33,6%) была статистически значимо выше, чем среди мужчин в возрасте 15-49 лет (26,9%), уровень анемии среди всех мужчин равнялся 28,1%.

При оценке распространенности анемии среди обследованных групп населения согласно критериям, предложенным Всемирной организацией здравоохранения, Университета Организации объединенных наций и Детского фонда Организации объединенных наций, оказалось, что распространенность анемии среди всех возрастных групп детей и женщин репродуктивного возраста в Казахстане относится к категории тяжелого риска, среди женщин в возрасте старше 50 лет и мужчин – к категории умеренного риска. Среди всего обследованного населения распространенность анемии в Казахстане составила в среднем 41,9%, что также позволяет отнести всю страну в целом к странам категории тяжелого риска. То есть, анемия в Казахстане все еще является приоритетной проблемой общественного здравоохранения в Казахстане, особенно ситуация критична среди наиболее уязвимых слоев населения, а именно детей всех возрастных групп и женщин фертильного возраста. Это диктует необходимость принятия немедленных вмешательств с целью профилактики анемии среди этих групп.