

Нервно-психические нагрузки вызывают нарушение механизмов межсистемных отношений в макроорганизме.

Эндогенные факторы, нервно-рефлекторные воздействия на желудок и двенадцатиперстную кишку со стороны других пораженных органов пищеварения, желчного пузыря и печени, поджелудочной железы и кишечника.

Возникающее нарушение равновесия факторов «агрессии» и «защиты» в системе гастродуоденум приводит к нарушению регенерации слизистой оболочки, появлению эрозивно-язвенных, дистрофических изменений и развитию неспецифического воспалительного процесса.

Многими врачами уделяется недостаточное внимание лечению глистной инвазии, лямблиоза, дисбактериоза кишечника.

Трудности в лечении язвенной болезни связаны с тем, что *Нр* благодаря своей подвижности обладает особым свойством проникать под защитный слой желудочной слизи, что делает его неуязвимым к действию антибиотиков и других лекарственных средств.

Лечение язвенной болезни должно быть комплексным, включая физический и психический покой в период обострения, диету, медикаментозную терапию и немедикаментозные методы лечения.

В схемах антихеликобактерного лечения язвенной болезни антисекреторные препараты не только повышают антихеликобактерную эффективность при сочетании с антибиотиками, но и ускоряют рубцевание язвы, позволяют быстрее устранить болевой синдром и симптомы язвенной диспепсии.

Самой высокой антисекреторной эффективностью обладают препараты класса ингибиторов протонного насоса *proton pump inhibitors* (PPI) бензимидазольного типа. Однако далеко не все применяющиеся PPI полностью соответствуют нужным критериям (способность удерживать pH внутри желудка выше 3 на протяжении суток и вызывать наименьшее число нежелательных побочных эффектов).

Одним из наиболее применяемых препаратов является

препарат Котролок (пантопразол) фирмы Никомед.

Котролок – ингибитор протонного насоса (Н – К – АТФ-азы). Блокирует заключительную стадию соляной кислоты, снижая базальную и стимулированную секрецию, независимо от природы раздражителя. После приема внутрь 20 мг. препарата Котролок антисекреторный эффект наступает через 1 час и достигает максимума через 2-4 часа. При внутривенном введении 80 мг. Антисекреторный эффект пантопразола достигается в течении 1 часа и сохраняется 24 часа.

При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *Helicobacter pylori*, снижение желудочной секреции повышает чувствительность микроорганизмов к антибиотикам. Не влияет на моторику ЖКТ. Секреторная активность нормализуется через 3-4 дня после окончания применения.

По сравнению с другими ингибиторами протонного насоса, Котролок имеет большую химическую стабильность при нейтральном pH, и меньший потенциал взаимодействия с оксидазной системой печени, зависящей от цитохрома P450. Поэтому Котролок не взаимодействует со многими другими распространенными препаратами. Положительным в способе лечения является то, что для пациентов с затруднением глотания можно применять внутривенное введение.

Таким образом, современная базисная терапия язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и желудка обеспечивает сокращение курса лечения (10-14 дней), позволяет избежать возможных осложнений, снижение частоты возникновения рецидивов этих заболеваний.

Успех лечения зависит также и от согласия пациента об участии в лечении, постоянное выполнение пациентом рекомендаций врача (режим питания, приема лекарств, отказ от вредных привычек и пр.)

В дальнейшем диспансерное наблюдение больных язвенной болезнью, с рациональным подбором адекватной терапии индивидуально, с обязательной профилактикой рецидивов и осложнений язвенной болезни.

Энап в борьбе с артериальной гипертензией

Кенжебекова С.К.

Городская поликлиника № 3, г.Алматы.

Заболевания сердечно-сосудистой системы являются основной причиной инвалидизации и смерти населения экономически развитых стран. С построением технизированного общества все развитые страны охватила эпидемия артериальных гипертензий, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (в том числе от артериальной гипертензии) заняла первое место в структуре общей смертности, превысив показатель смертности от других причин более чем на 50%. В связи с чем артериальная гипертензия (АГ) является одной из самых значимых проблем современной кардиологии.

Препаратами выбора для лечения больных с АГ являются ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ). Ингибиторы АПФ позволяют коррегировать функцию ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), активация которой в физиологических условиях играет роль «скорой помощи» при кровотечениях, сердечно-сосудистом коллапсе. При длительной гиперфункции РААС, чрезмерной активации ее плазменного и тканевого компонентов развиваются значительные патологические изменения в органах-мишенях (сердце, почках, сосудах). Ингибиторы АПФ предотвращают переход ангиотензина 1 в ангиотензин П – мощного вазоконстриктора, а также способствует сохранению брадикинина, вызывающего дилатацию артерий. Вследствие применения ингибиторов АПФ достигается не только быстрый гипотензивный эффект, обусловленный блокадой плазменного компонента РААС, но и более длительные эффекты на тканевом уровне, обеспечивающие выраженное органопротективное

действие, связанное с воздействием на тканевые РААС, локализованные в различных органах.

Подобное действие ингибиторов АПФ позволяет снизить риск развития инсульта, инфаркта, замедлить прогрессирование артериальной гипертензии, хронической сердечной недостаточности и хронической почечной недостаточности. В настоящее время применяется более десяти различных ингибиторов АПФ, отличающихся по ряду признаков.

В течении последних лет у больных с АГ нами был применен препарат энап, выпускаемый фармацевтической компанией КРКА (Словения).

Энап – это длительно длительно действующий ингибитор АПФ. Продолжительность гипотензивного эффекта не менее 24 часов, что отвечает современным требованиям к гипотензивным препаратам. Назначается обычно в дозе 10-20 мг. В сутки, максимум 20 мг в сутки однократно утром.

Особенностью энапа, отличающегося его от других ингибиторов АПФ, является отсутствие метаболизма в печени, в связи с чем препарат может применяться у пациентов с различными заболеваниями печени.

В наблюдение нами были включены 30 пациентов с мягкой (АД сис. 140-159 мм.рт.ст. АД диас. 90-99мм.рт.ст) и умеренной (АД сис. 160-179мм.рт.ст. и АД диас. 100-109мм.рт.ст) артериальной гипертензией, носящей эссенциальный характер. Все пациенты ранее не полчили лечение, или регулярное лечение отсутствовало. Возраст пациентов от 45 до 77 лет (средний возраст 60+ - 5 лет) женщин 15-55,5 %

, мужчин 12-44,5%.

Длительность лечения составила 15 недель. Проводилось лечение препаратом этап в суточной дозировке 10-20 мг в один прием утром. Препарат применялся в виде монотерапии. Повторные осмотры проводились через 1, 4, 8, 12, 15 недель, кроме того, все пациенты вели дневники самоконтроля, где фиксировали ежедневные параметры артериального давления, измеряемого два раза в сутки. Гипотензивный эффект уже наблюдался на первой неделе приема препарата, как в отношении систолического, так и диастолического АД. К концу 15 недели лечения отмечено стойкое снижение как систолического так и диастолического АД, на 18,7% - 27,7% от исходного, в том числе в утренние часы у всех пациентов.

Биохимические показатели печеночной функции не нарушались, уровень гликемии оставался нормальным. Отмечалось хорошая переносимость препарата. Побочное действие препарата не отмечалось.

Выводы

1. Энат – проявляет стойкое и надежное антигипертензивное действие у больных с мягкой и умеренной АГ (АГ 1 -2 ст) в качестве монотерапии.
2. Препарат Энат – обладает хорошей переносимостью, может быть препаратом выбора у больных с впервые выявленной, ранее нерегулярно контролируемой АГ, в том числе у пациентов с метаболическим синдромом и патологией печени.

Реабилитации больных ИБС после операции АКШ на амбулаторно-поликлиническом этапе

Камбарова Г.А.

ГККП Городская поликлиника №5, г. Алматы, главный врач

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) в современных условиях является основной причиной смертности и инвалидизации наиболее трудоспособной части населения (Р.Г.Оганов, 2007; Д.М.Аронов, 2008; В.Б.Симоненко, 2008). В Казахстане сердечно-сосудистая патология также является основной причиной заболеваемости, приводящей к утрате трудоспособности и смертности населения. В связи с продолжающимся ростом смертности, инвалидизации и временной утраты трудоспособности проблема болезней системы кровообращения (БСК) приобрела государственную значимость. Учитывая сложившуюся ситуацию в стране согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года за № 685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения» организованы профосмотры взрослого населения

на выявление болезни системы кровообращения (БСК) в возрасте 18-65 лет,

В городской поликлинике №5 за 10 месяцев 2010 года просмотрами охвачено 5311 человек. Среди осмотренных выявлено 1000 больных, что составило 18,8%. Причем вновь выявленных с заболеваниями БСК – 774чел., что составляет 14,5% от числа осмотренных, в том числе с артериальной гипертонией (АГ) – 663 чел. (85,6 %), ИБС – 111 (14,3%) человек. В возрастной структуре больных с ИБС преобладают лица от 45 до 65 лет, больных с АГ - лица от 35 до 65 лет. Все вновь выявленные больные взяты на диспансерный учет, для дальнейшего оздоровления и наблюдения.

Прогресс в лечении ИБС за последние десятилетия, без сомнения, связан с развитием кардиохирургии. Наиболее распространённой операцией реваскуляризации миокарда является коронарное шунтирование. После операции у 80-90% больных исчезают стенокардитические боли, что в значительной степени объясняется улучшением перфузии миокарда

Однако, сама операция аортокоронарного шунтирования (АКШ) является только этапом в комплексном лечении ИБС, так как она не устраняет основных причин заболевания. Клиническая эффективность данной операции в значительной степени определяется программой восстановительного лечения направленной на закрепление результатов оперативного лечения и организации этапной реабилитации (Ю.Н.Замотаев, 2006; В.Ф.Аретинский, 2007; А.М.Щегольков, 2008).

Реабилитация после аортокоронарного шунтирования в принципе такая же, как и при других заболеваниях сердца. Цель реабилитации в этом случае – восстановление работоспособности сердца и всего организма, а также профилактика новых эпизодов ИБС.

Коронарное шунтирование является травматичным вме-

шательством и требует после операции мобилизации всех компенсаторных возможностей организма. Явления послеоперационной дизадаптации кардиореспираторной системы, наиболее выраженные в ранние сроки, могут сохраняться до 6 месяцев после операции.

На диспансерном учете в ГП №5 состоят 25 больных после операции АКШ и стентирования.

Каждый больной ИБС, перенесший АКШ, после выписки из стационара нуждается в тщательном наблюдении кардиолога, под контролем которого осуществляются профилактические мероприятия, направленные на предупреждение тромбоза шунтов, прогрессирования заболевания, его обострения и развитию осложнений.

Большинство оперированных больных после операции АКШ предъявляли жалобы на боли по ходу послеоперационного рубца грудины (86,9%), общую слабость (82,0%), одышку при обычной физической нагрузке (78,5%), учащенное сердцебиение (60,5%), нарушение сна (51,3%), каждый второй пациент отмечал боли в области сердца ноющего, колющего характера, не купирующиеся приемом нитроглицерина, боли вертеброгенного генеза выявлены в 37,3% случаях.

Наиболее частыми осложнениями в раннем послеоперационном периоде были: анемия (79,1%), реактивный перикардит (28,1%), нарушения сердечного ритма и проводимости (26,8%), реактивный плеврит (6,5%), осложнения со стороны послеоперационной раны не зарегистрированы.

На ЭКГ рубцовые изменения миокарда левого желудочка выявлены у 65,8% больных,

Основными аспектами реабилитации на амбулаторно-поликлиническом этапе являются физический, психологический, медицинский и профессиональный.

Программа физических тренировок (ФТ) у больных ИБС после АКШ на амбулаторно-поликлиническом этапе должна состоять из индивидуально подобранных занятий дозированной ходьбы и велотренировок.

Психологическая реабилитация больных ИБС, перенесших АКШ, имеет не меньшее значение, чем физическая. Длительно и тяжело протекающее заболевание сердца, ожидание сложной операции и самовмешательство накладывают глубокий отпечаток на психическое состояние пациентов. Для коррекции психологических нарушений нами применяются приемы рациональной психотерапии и обучение в Школе здорового сердца, открытой в поликлинике в 2008 году.

Одним из показателей эффективности работы Школы здорового сердца является точное выполнение пациентом назначенного врачом лечебного комплекса. Так, если до обучения в Школе регулярно принимали рекомендованные препараты 89,0% пациентов, а принимали эти средства в ре-