

ПОИСК ОПТИМАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ КИСЛОТОЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Парахонский А.П.

*Кубанский медицинский университет
Медицинский институт высшего сестринского
образования,
Краснодар, Россия*

Образование кислоты в желудке является, важной составляющей процесса пищеварения, но при патологических состояниях – причиной многих заболеваний. Среди них гастроэзофагальная рефлюксная болезнь, гастрит, гастродуоденит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, панкреатит. В настоящее время гастроэзофагальная рефлюксная болезнь имеет устойчивую тенденцию к широкому распространению, при этом постоянно растёт удельный вес тяжёлых и осложнённых форм. В практике лечения больных, страдающих кислотозависимыми заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта, чаще всего используются не всасывающиеся антацидные препараты.

Цель исследования – поиск наиболее эффективных методов и схем терапии данной патологии. Обследовано 67 больных. Жалобы на тошноту, изжогу, рвоту, отрыжку, икоту отмечались у 75,8% пациентов. Все они были разделены на 7 групп: 1-я получала ингибитор протонной помпы – омепразол в составе антихеликобактерной терапии, 2 - омез, 3 - ультоп в сочетании с прокинетиком мотилиумом. Пациенты 4, 5 и 6 групп получали омепразол, омез и ультоп соответственно в сочетании с мотилиумом и электрофорезом церукала на нижнюю треть грудины. В результате проведенных исследований выявлено, что жалобы на тошноту, изжогу, рвоту, отрыжку, икоту отмечены у 75,8% пациентов.

Анализ полученных данных выявил: по результатам опросника САН, Айзенка у 76% пациентов отмечалось снижение активности и самочувствия по сравнению с настроением. Тест Люшера позволил установить у 67,9% больных - отклонение от аутогенной нормы, напряжённость, тревожность. Лучшие результаты в коррекции психоэмоционального статуса показали 3 и 6 группы. В 1 и 2 группах изжога, отрыжка и икота были устранены в среднем на 6-й день терапии. В 3 и 6 группах – на 3-й день, 4 и 5 группы не имели статистически значимых различий – симптомы исчезали на 5-й день терапии. Полное устранение всех симптомов после 2-х недельного курса наблюдалось у 68% пациентов 1 и 2 групп, у 84% больных из 3 группы, у 66% - из 4 и 5 групп и у 95% пациентов 6 группы. Эндоскопическая

ремиссия через 3 и 6 месяцев отмечалась у 33% больных 1 группы, у 42% - 2 группы, у 66% пациентов 3 группы. В 4 и 5-й - значения были близки к 1 и 2 группам и составили 45% случаев, в 6 – 81%. Отсюда следует, что в 1, 2, 4 и 5 группах пациенты чаще дополнительно использовали антациды (алмагель, фосфалюгель, маалокс) для устранения изжоги; симптомы исчезали в более поздние сроки. Применение антацидного препарата Рэлцер привело к более выраженным результатам. Жалобы на изжогу, боли в животе, отрыжку купировались раньше, количество эрозий достоверно снизилось.

Таким образом, клиническая картина гастроэзофагеальной рефлюксной болезни проявляется на фоне расстройств психоэмоциональной сферы. Наиболее эффективным методом лечения является применение ингибиторов протонной помпы в комбинации с прокинетическими препаратами. Предпочтительными в терапии являются схемы ингибитора протонной помпы (ультопа) и прокинетика (мотилиума) в сочетании с электрофорезом церукала. Препарат Рэлцер обладает цитопротективным действием на слизистую оболочку пищевода и желудка, связанное со стимуляцией синтеза простагландинов, что позволяет рекомендовать его к использованию в лечении кислотозависимых заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта.

ФИЗИОЛОГИЯ НЕРАЗВИТИЯ ЛИМФАТИЧЕСКОГО РУСЛА В ПЛАЦЕНТЕ

Петренко В.М.

*Санкт-Петербургская государственная
медицинская академия им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург, Россия*

Лимфатическое русло (ЛР) служит дополнительным к венам дренажем большинства органов, образуется путем выключения из кровотока коллатеральной части эмбрионального венозного русла. Закладка ЛР начинается с его экстраорганной части: в первичные вены с эндотелиальными стенками при их расширении в плотном окружении интенсивно растущих органов инвагинируют артерии с наружной оболочкой и разделяют периферическую часть вен на боковые карманы. Расширение вен приводит к сужению и перерыву сообщений центральных каналов вен с их боковыми карманами, отделению лимфатических щелей с эндотелиальной выстилкой. Карманы принимают притоки, они выходят из разных органов. Часть притоков под давлением артерий неравномерно расширяется и фрагментируется на дополнительные лимфатические щели. Щели сливаются в лимфатические мешки и стволы, их притоки выходят из