

Резюме диссертаций: информация из ВАК России

О.А. Маслова — **Клинико-статистическое исследование распространенности язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и тактика ее лечения.**

O.A.Maslova — **Clinical and statistical investigation of stomach and duodenum peptic ulcer prevalence and treatment approach**
(*The theses for MD degree*)

Цель исследования — изучение динамики распространенности *язвенной болезни желудка (ЯБЖ)* и *язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК)*, анализ социальных и психофизиологических особенностей пациентов для повышения качества их лечения.

Наблюдали 41 больного ЯБЖ, 83 — ЯБДПК, 20 — с сочетанной локализацией язвы (ЯБЖ + ЯБДПК). Общеклиническое обследование дополнялось психофизиологическими тестами.

Для определения конституционального психологического типа использовали опросник Айзенка, для оценки уровня ситуативной и личностной тревожности — опросник Спилберга. Тип отношения к болезни оценивали личностным опросником Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М. Бехтерева в модификации Вассермана. Обследовали пациентов с использованием специально разработанной анкеты. Помимо паспортных данных были вопросы, касающиеся семейного положения, профессии, причин возникновения и течения болезни, отношения пациента к болезни и к врачу.

Для оценки соматизации выявленных нарушений регистрировали электрогастрограммы. Сведения об общей и первичной заболеваемости взрослого населения получали по данным обращаемости в лечебно-профилактические учреждения Рязанской области.

Кроме антисекреторных и антигеликобактерных средств, часть больных получала нейролептик сульпирид (просульпин) по 200 мг/сут в течение 14 дней для изучения его влияния на скорость рубцевания язвы, моторную функцию желудка и на уровень тревожности.

Обнаружено, что рост общей и первичной заболеваемости и осложнений ЯБ совпадает с годами

социально-экономических кризисов. Особенно это характерно для городского населения. У сельского населения в последние 20 лет отмечается устойчивый рост заболеваемости ЯБ. Среди пациентов с ЯБ увеличивается число лиц пожилого и юношеского возраста, уменьшается таковое в зрелом возрасте. В старших возрастных группах вне зависимости от локализации язвы болеют чаще женщины, в возрасте моложе 36 лет — мужчины.

Чем выше уровень тревожности, особенно личностной, тем больше нарушена социальная адаптивность больного. В 56% случаев возникновению и обострению ЯБ предшествуют нервно-психические перегрузки. В числе больных ЯБ с впервые выявленным заболеванием значительна доля пациентов с анозогнозическим типом реагирования, «отбрасывающих» мысли о болезни. Среди больных ЯБЖ и ЯБДПК+ЯБЖ чаще встречается сенситивный тип реагирования. У больных ЯБДПК при повторных обострениях уровень личностной и ситуативной тревожности достоверно выше, чем при впервые выявленном заболевании.

С учетом выявленных психофизиологических особенностей пациентам с ЯБ следует рекомендовать консультацию психотерапевта.

Для лечения больных ЯБ в амбулаторной практике в 92% случаев применяется неадекватная антигеликобактерная терапия. Антисекреторная терапия в 62,8% случаев проводится блокаторами H_2 -гистаминовых рецепторов. Поэтому с терапевтами амбулаторно-поликлинического звена следует проводить методическую работу о необходимости придерживаться рекомендованных «Стандартами (протоколами) диагностики и лечения болезней органов пищеварения» схем лечения язвенной болезни.

У больных ЯБЖ и ЯБДПК в фазе обострения применение в комплексной терапии просульпина в дозе 200 мг/сут в течение 2 нед позволяет вдвое (при ЯБЖ $t=3,7$, при ЯБДПК $t=8$) увеличить скорость появления красного рубца на месте язвенного дефекта.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук выполнена в ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова

Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор М.А. Бутов.

Дата защиты: 24.11.2006 на заседании диссертационного совета Д 208.084.04 при ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

С.А. Воробьев — Клинические и морфофункциональные особенности хронического гастрита, ассоциированного с железodefицитной и B_{12} -дефицитной анемией.

S.A.Vorob'yev — **Clinical and morphofunctional features of chronic gastritis associated with iron-deficient and B_{12} -deficient anemia**
(The theses for MD degree)

Цель исследования — выяснить особенности хронического гастрита (ХГ), протекающего на фоне железodefицитной (ЖДА) и B_{12} -дефицитной анемии (B_{12} ДА), определить значение характера и выраженности анемического синдрома, состояния конечного кровотока в слизистой оболочке желудка, обсемененности ее мукозной микрофлорой на формирование гастритического процесса.

Обследовано 172 больных ХГ. У 79 болезнь сочеталась с ЖДА, у 33 — с B_{12} ДА. У 60 больных гастритический процесс протекал на фоне нормальных показателей крови и отсутствия данных за малокровие в анамнезе.

Для подтверждения ХГ проводили эзофагогастродуоденофиброскопию и гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки желудка по визуально-аналоговой шкале Сиднейской модификационной системы. *Helicobacter pylori* (H. pylori) и других представителей мукозной микрофлоры выявляли в мазках-отпечатках биоптатов слизистой оболочки желудка, окрашенных по Граму. Уреазную активность микроорганизмов определяли с помощью Хелпил-теста. Кислообразующую функцию желудка исследовали по методике базальной топографической рН-метрии по протяженности желудка (В.Н.Чернобровый, 1990) на аппарате АИГМ-01.

Пепсиногенообразующая функция желудка оценивалась по концентрации пепсиногена плазмы крови, а гастромукопротеидообразующая — по содержанию фукозы сыворотки крови. Структуру и микрогемоциркуляцию слизистой оболочки желудка изучали по количественно-качественным критериям ее оценки.

Клинические и морфофункциональные особенности ХГ, протекавшего на фоне анемии, во многом обуславливались его характером и степенью тяжести.

ХГ, ассоциированный с ЖДА, имел неатрофический и очаговый атрофический характер с преимущественным поражением только антрального, реже одновременно антрального и фундального отделов желудка. ХГ, протекавший на фоне B_{12} ДА, был очаговым или распространенным атрофическим с преимущественно сочетанным поражением антрального и фундального отделов желудка.

Для ХГ на фоне анемического синдрома характерно снижение кислото-, пепсиногено- и гастромукопротеидообразующей функции желудка, особенно выраженное при сочетании его с B_{12} ДА.

У больных ХГ, ассоциированным с ЖДА и B_{12} ДА, по мере прогрессирования анемического синдрома возрастает частота атрофии и выраженной секреторной недостаточности слизистой оболочки желудка, снижается частота эрозивно-воспалительных ее изменений. Реже регистрируются абдоминальные боли, на первый план выходят симптомы желудочной и кишечной диспепсии.

Основой развития морфофункциональных изменений желудка при ХГ на фоне анемического синдрома, помимо тканевой гипоксии, являются выраженные расстройства микрогемоциркуляции в его слизистой оболочке. Они проявлялись отеком и геморрагиями в периваскулярной ткани, расширением венул и сужением артериол, стазом, агрегацией клеток крови, редко микротромбозами, запустеванием или плазматизацией микрососудов. Для ХГ, сочетавшегося с ЖДА, характерны пре-

имущественно сосудистые и внутрисосудистые изменения конечного кровотока, а для ХГ на фоне В₁₂ДА — периваскулярные.

ХГ, протекавший на фоне ЖДА и В₁₂ДА, в отличие от ХГ без сопутствующего малокровия характеризовался малой обсемененностью слизистой оболочки желудка мукозной микрофлорой. Чаще выявлялись единичные скопления стафилококков, стрептококков, лакто- и энтеробактерий и их сочетания. *H. pylori* регистрировался в 25,31% случаев на фоне ЖДА и в 18,18% — на фоне В₁₂ДА, а положительный уреазный тест — соответственно в 30,37 и 24,24%.

ХГ, ассоциированный с анемическим синдромом, нередко имел бессимптомное течение. В большинстве случаев проявлялся сочетанием симптомов желудочной и кишечной диспепсии, значительно реже — абдоминальными болями. Абдоминальные боли при ХГ на фоне ЖДА были тупыми, ноющими, локализовались в эпигастриальной области, часто возникали после приема пищи.

Синдром желудочной диспепсии проявлялся в основном тяжестью, переполнением и вздутием в эпигастрии после еды, отрыжкой, изжогой, а синдром кишечной диспепсии — метеоризмом, реже неустойчивым стулом и запорами. При ХГ, ассоциированном с В₁₂ДА, абдоминальные боли были

тупыми, распирающими, захватывали весь эпигастрий. Как правило, они не обуславливались приемом пищи. Желудочная диспепсия в большинстве случаев проявлялась снижением аппетита вплоть до анорексии, тошнотой и тяжестью в эпигастрии, а кишечная — метеоризмом и запорами.

Полученные данные свидетельствуют о том, что клинические проявления ХГ, эндоскопические и гистологические изменения слизистой оболочки, секреторная функция желудка на фоне ЖДА и В₁₂ДА имеют различия, которые могут служить критериями оценки особенностей гастритического процесса, характера и тяжести анемического синдрома, выбора лечебного питания и медикаментозной терапии данного контингента больных.

Диссертация на соискание ученой степени *кандидата медицинских наук* выполнена в ГОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор **В.В. Чернин**.

Научный консультант: доктор медицинских наук, профессор **В.А. Соловьев**.

Дата защиты: 27.10.2006 на заседании диссертационного совета Д 850.002.01 при Центральном научно-исследовательском институте гастроэнтерологии.