

Резюме диссертаций: информация из ВАК России

Л.А. Семенюк — **Эрозивно-язвенная форма гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей: факторы риска, клиника, диагностика и лечение.**

L.A. Semenyuk — **Erosive-ulcerative form of gastroesophageal reflux disease in children: risk factors, clinical presentation, diagnostics and treatment.**

(The theses for PhD degree)

Цель исследования — разработать критерии ранней диагностики и прогноза *эрозивной формы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни* (ГЭРБ) у детей на основании изучения клинических, морфологических и функциональных особенностей, обосновать тактику ведения и рационального лечения.

Под наблюдением находились 3694 детей в возрасте от 6 до 18 лет. Частота встречаемости *рефлюкс-эзофагита* (РЭ) при воспалительных заболеваниях верхнего отдела пищеварительного тракта определена при изучении 2560 историй болезни. В качестве референтного теста использовали данные эндоскопии и гистологического исследования биоптатов слизистой оболочки пищевода.

В основную (1-ю) группу вошли 110 детей в возрасте от 6 до 17 лет с эрозивным (74,5%) и эрозивно-язвенным (25,5%) РЭ. В качестве группы сравнения (2-я группа) обследованы 130 детей с хроническим гастродуоденитом без сопутствующего поражения пищевода. С целью изучения факторов риска в формировании патологии органов пищеварения сформирована контрольная (3-я группа) детей в возрасте от 7 до 18 лет, которые не имели гастроэнтерологической патологии (n=65).

Основные субъективные симптомы болезни — изжога, боль в эпигастральной области и (или) за грудиной, отрыжка — оценивали визуально-синкретическим методом. За основу взят методический подход А.И. Хавкина (1998), модифицированный автором. Общий показатель каждого симптома определялся как сумма показателей частоты, времени возникновения, интенсивности и продолжительности эпизодов. Минимальный общий показатель — 0 баллов, максимальный — 10 баллов.

Лабораторный комплекс исследований включал общеклинический минимум: эндоскопическую диагностику, хромоэзофагоскопию, гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки

желудка и пищевода, внутрижелудочную рН-метрию, мониторинг рН среды пищевода, ультразвуковые исследования, рентгеноскопию пищевода и внутрижелудочную импедансометрию.

При описании слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта использовали термины, рекомендованные Сиднейской системой (1990) и OMED. Степень тяжести течения эзофагита определяли по классификации Los Angeles (1994) и Savary–Miller (1978), хронического гастрита — по Сиднейской классификации (1996).

Индивидуальную эффективность антацидных препаратов (алмол, алмагель, гелусил-лак, дайджин, маалокс, фосфалюгель) оценивали в группах наблюдения (n=240) и дополнительно у 760 детей в возрасте 6–17 лет с воспалительными заболеваниями верхнего отдела пищеварительного тракта.

Пациентов распределили на две группы: в 1-ю вошли 500 детей с повышенной кислотностью желудочного сока, во 2-ю — 500 детей с нормальной кислотностью. Действие каждого антацидного препарата изучали на примере 100 детей с нормальной и повышенной кислотностью желудочного сока. Реакцию внутренней среды желудка оценивали по критериям С.В. Бельмера и соавт. (2001): адекватная (повышение в среде желудка рН до 4 и выше, сохраняющееся в течение 30 мин и более), неадекватная (повышение рН до 4 и (или) быстрое возвращение к исходным показателям) и отсутствие реакции.

Возрастные ультразвуковые параметры диаметра абдоминального отдела пищевода и семиотики РЭ определяли на основании результатов исследований 523 детей.

В возрастную группу 6–7 лет вошли 72 (13,8%) ребенка, в возрасте 8–11 лет — 139 (26,6%), 12–15 лет — 155 (29,6%), 16–18 лет — 157 (30,0%) подростков. С неизменным пищеводом обследованы 298 пациентов, с неэрозивной рефлюксной болезнью в виде катарального эзофагита — 141, с эро-

живной рефлюксной болезнью в виде эрозивного эзофагита — 64 (из 1-й группы), с эрозивной рефлюксной болезнью в виде язвенного эзофагита — 20 (из 1-й группы). Во время исследования определяли диаметр пищевода, ширину его просвета, длину абдоминального отдела, экоструктуру слоев пищевода. Для выявления гастроэзофагеальных рефлюксов проводилось контрастное ультразвуковое исследование пищевода после приема жидкости («водно-сифонная проба»).

По результатам исследования, эндоскопически позитивная форма ГЭРБ выявлялась у $1/3$ детей с воспалительными заболеваниями верхнего отдела пищеварительного тракта. В ее структуре эрозивно-язвенный РЭ составлял 18,2%.

По мнению автора, заболевание формируется с дошкольного возраста. Этому способствуют внутриутробная гипоксия, асфиксия в родах, малая церебральная дисфункция, внутричерепная гипертензия, соединительнотканые дисплазии, срыгивания и рвоты на первом году жизни, ожирение и высокий рост.

Клиническим своеобразием эрозивной формы ГЭРБ у детей являлось сочетание классических симптомов, таких как боль в эпигастральной области и за грудиной, изжога, отрыжка кислым, горьким и одинофагия, с отоларингологическим (у 81,8%) и кардиологическим (в виде нарушений ритма сердца у 63,7%) синдромами. Степень воспаления в пищеводе и развитие симптомов болезни коррелировали с закислением внутрипищеводной среды.

Длительность клинических проявлений от 6 мес до 1 года повышала риск развития эрозивно-язвенного эзофагита в 9 раз, более 1 года — в 50 раз.

Эрозивная форма ГЭРБ у подавляющего большинства детей протекала на фоне вегетососудистой дистонии. Она проявлялась преобладанием исходного ваготонического вегетативного тонуса (у 69,1%), неустойчивостью вегетативной нервной деятельности и напряжением регуляторных систем (у 85,4%) с гиперсимпатикотонической реактивностью. Дискоординация вегетативной регуляции пищевода усиливала несостоятельность антирефлюксных механизмов верхнего отдела пищеварительного тракта.

У детей с РЭ преобладали двигательные расстройства, такие как недостаточность нижнего пищеводного сфинктера (у 31,4% детей 1-й группы и у 7,7% — группы сравнения), гастроэзофагеальные рефлюксы (у 70,9% детей 1-й группы и у 17,8% — группы сравнения) и дуоденогастральные рефлюксы (у 55,5% детей 1-й группы и у 32,2% — группы сравнения).

Сочетание усиленной перистальтической активности кардиального отдела желудка со сниженной перистальтической активностью нижней трети желудка является патогенетическим механизмом возникновения гастроэзофагеальных рефлюксов.

Осложнения ГЭРБ в виде язвенных поражений пищевода развивались у 15,5% детей с деструктивными формами РЭ. На фоне эрозивно-язвенного РЭ формировались предпосылки к развитию пищевода Баррета и неопластических процессов в виде метаплазии по желудочному (13,6%) и тонкокишечному (3,6%) типам, дисплазии I степени (6,8%) и лейкоплакии (4,5%). Полипы пищевода и кардиоэзофагеального перехода выявлялись у трети детей.

У 98,2% пациентов сопутствующий хронический гастрит был ассоциирован с персистенцией в слизистой оболочке желудка *H. pylori*, который утяжелял течение РЭ.

Критериями ГЭРБ при ультразвуковом исследовании являлись расширение диаметра абдоминального отдела пищевода и (или) возникновение гастроэзофагеальных рефлюксов в виде расщепления центрального эхосигнала и появления гипоэхогенных включений и маятникообразных движений жидкости в просвете пищевода при проведении «водно-сифонной пробы». Ультразвуковой мониторинг дал возможность проследить динамику воспалительного процесса, двигательных нарушений и оценить эффективность терапии.

Эндоскопический контроль эрозивно-язвенного рефлюкс-эзофагита следует проводить 1–2 раза в год с мониторингом гистологических изменений слизистой оболочки пищевода 1 раз в год. При выявлении метаплазии слизистой оболочки пищевода эзофагогастродуоденоскопия должна проводиться 2 раза в год. Если удалось добиться стабилизации или регресса процесса — 1 раз в год. Эндоскопический контроль полипов пищевода и кардиоэзофагеального перехода проводится 1–2 раза в год.

Лечение пациентов с эрозивно-язвенным РЭ следует планировать в зависимости от результата тестирования на *H. pylori*. При выявлении *H. pylori* эрадикация должна проводиться до начала антисекреторной терапии. В лечении эрозивно-язвенного РЭ необходимо применять антисекреторные препараты с высокой кислотонейтрализующей активностью.

В настоящее время ими являются ингибиторы протонной помпы. При эрозивно-язвенном РЭ антацидные препараты следует назначать только в качестве дополнительной терапии к антисекреторным средствам. Перед их применением целесообразно определять индивидуальную эффективность путем проведения фармакологической пробы на аппарате «Гастроскан-5». Выявление резистентности является противопоказанием к назначению антацидных препаратов.

Для оптимизации диагностического и лечебного процессов ГЭРБ у детей необходима совместная деятельность педиатров, гастроэнтерологов, эндоскопистов, врачей ультразвуковой и функциональной диагностики.

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

Научные консультанты: доктор медицинских наук, профессор **Н.Е. Санникова**, доктор медицинских наук, профессор **Г.В. Римарчук**.

Дата защиты: 08.11.2007 на заседании диссертационного совета Д 208.102.02 при ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

О.С. Шифрин — Особенности лечебной тактики у больных хроническим панкреатитом среднетяжелого течения различной этиологии.

O.S. Shifrin — Features of medical approach in patients with chronic pancreatitis of moderate severity of various etiology.

(The theses for PhD degree)

Цель исследования — обосновать и решить клиническую проблему диагностики и лечения среднетяжелых форм *хронического панкреатита* (ХП) алкогольной и билиарной этиологии, в том числе в сочетании с выраженными атеросклеротическими поражениями мезентериальных сосудов, у больных-курильщиков и при наличии депрессивного синдрома, а также диагностики и лечения *стеатоза (С) поджелудочной железы* (ПЖ).

В исследовании на основном этапе были включены: 108 больных ХП алкогольной этиологии, 160 — ХП билиарной этиологии, 22 — ХП смешанной этиологии (алкогольный + билиарный), 49 — С ПЖ.

Наряду с основными клиническими, лабораторными и инструментальными исследованиями определяли активность эластазы фекалий, по показаниям назначали эндоскопическое *ультразвуковое исследование* (УЗИ) органов брюшной полости и *компьютерную томографию* (КТ), осмотр психиатра и проведение госпитального теста оценки выраженности депрессивного синдрома.

Больные получали классические таблетки панкреатина или его микрогранулы в энтеросолюбильной оболочке. Таблетки панкреатина назначали в виде препарата «Мезим 10000» («Берлин-Хеми»), а в виде микрогранулированного препарата — «Креон 10000» («Солвей Фарма»). В качестве антисекреторных препаратов (по показаниям) применяли омепразол и фамотидин, при сопутствующих геликобактерассоциированных гастродуоденальных эрозивных поражениях — омепразол (40 мг/сут) в составе традиционной «тройной» схемы эрадикации в комбинации с амоксициллином и кларитромицином.

При лечении болевых форм панкреатита назначали парацетамол, нестероидные противовоспалительные препараты (диклофенак и т. д.), при

необходимости — спазмолитики (мебеверин, папаверин, платифиллин и т. д.). Важная роль в лекарственной терапии отводилась при соответствующей клинической ситуации нейролептикам (сонапакс, эглонил), антидепрессантам (коаксил, amitриптилин). При выраженной активности воспалительного процесса применяли массивную дезинтоксикационную терапию (5% раствор глюкозы, физиологический раствор). Коррекция электролитных нарушений осуществлялась раствором «Ацесоль» и реополиглюкином.

У больных ХП среднетяжелого течения алкогольной этиологии не удалось выявить существенной связи между продолжительностью употребления алкоголя до появления первых клинических симптомов болезни и величиной еженедельного его употребления (17,3±1,4 года при употреблении менее 200 мл чистого этанола в неделю и 16,8±1,7 года — более 200 мл чистого этанола в неделю, $p>0,05$), что говорит в пользу отсутствия прямого дозозависимого характера развития заболевания. Отмечена тенденция к более быстрому появлению первых клинических симптомов болезни при «ударном» типе приема алкоголя (1–2 приема в неделю по 60–150 мл чистого этанола) — 14,8±1,7 года, чем при более равномерном («почти ежедневном») потреблении аналогичных недельных доз — 18,6±1,9 года.

У больных ХП среднетяжелого течения алкогольной и билиарной этиологии отсутствовали достоверные различия в частоте и выраженности большинства клинических симптомов (абдоминальной боли, диареи, вздутия живота) и в уровне лабораторных показателей. Отмечена тенденция к большей потере массы тела в течение болезни у больных ХП алкогольного генеза (5,4±1,9 кг), чем у больных ХП билиарной этиологии (3,9±1,3 кг).

У больных ХП среднетяжелого течения с фиброзно-склеротическим характером морфологических изменений ПЖ отмечены наибольший средний возраст ($58,7 \pm 2,6$ года) и максимальная длительность анамнеза болезни ($13,2 \pm 2,6$ года), чем при других морфологических формах ХП. При данной морфологической форме наблюдалась наибольшая длительность установления правильного диагноза на догоспитальном этапе. Подобная ситуация может быть обусловлена наличием у большинства таких больных относительно малоинтенсивных абдоминальных болей и умеренных изменений ПЖ, диагностируемых с помощью лучевых методов исследования.

КТ расценена как метод, позволяющий улучшить и объективизировать диагностику С ПЖ. Критерии С ПЖ при КТ-исследовании брюшной полости — снижение денситометрических показателей во всех отделах ПЖ ($p < 0,05$), характерные жировые прослойки в ткани органа (в головке ПЖ — в 20,4% случаев, в теле — в 16,3%, в хвостовой части — в 20,4%).

С ПЖ может рассматриваться как диффузный процесс развития жировой ткани во всех отделах ПЖ, сочетающийся с вялотекущим воспалением органа под воздействием панкреатогенных факторов (алкоголь, желчнокаменная болезнь). С ПЖ чаще всего развивается на фоне метаболического синдрома (59,2%). Клинически болезнь проявляется умеренными абдоминальными болями и внешнесекреторной недостаточностью функции ПЖ.

Больные С ПЖ по сравнению с лицами, страдавшими хроническим воспалительным панкреатитом, характеризовались более высокими уровнями гликемии, триглицеридемии и показателями в сыворотке крови активности гамма-глутамилтранспептидазы ($p < 0,05$). СП Ж часто сочетался со стеатозом печени (36,7%), гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (24,5%), ишемической болезнью сердца (24,5%).

КТ — высокоинформативный метод исследования в диагностике выраженных атеросклеротических изменений мезентериальных сосудов (кальциноза). Развитие кальциноза мезентериальных сосудов при среднетяжелых формах ХП достоверно коррелировало не только с пожилым возрастом больных, но и с наличием алкогольной этиологии заболевания ПЖ ($p < 0,05$). Курение может рассматриваться как дополнительный фактор развития кальциноза мезентериальных сосудов при хроническом алкогольном панкреатите.

У больных ХП среднетяжелого течения на фоне кальциноза мезентериальных сосудов отмечена высокая частота заболеваний, обусловленных развитием системного атеросклероза: гипертоническая болезнь (79,1%), ишемическая болезнь сердца (58,1%). Необходимость психоневрологической помощи этим больным обуславливается

главным образом не алгической депрессией, как у прочих больных ХП среднетяжелого течения, а частым наличием у них сосудистой энцефалопатии (58,1%).

В лечении болевой формы ХП среднетяжелого течения с умеренными нарушениями внешнесекреторной функции ПЖ классические таблетки панкреатина оказались у ряда больных более предпочтительными при коррекции абдоминальной боли, чем микрокапсулированный панкреатин. Однако достоверных различий в эффективности лечения абдоминальной боли при использовании обоих типов препаратов панкреатина не получено. Так, полное уменьшение или исчезновение абдоминальной боли выявлено у 80% пациентов, получавших классические таблетки панкреатина, и у 74% больных, получавших микрокапсулированный препарат.

У пациентов с болевой формой ХП активное табакокурение (индекс курильщика — 120 баллов и выше) снижает эффективность стандартной антиангинальной терапии (классические таблетки панкреатина и омепразол). Так, уменьшение или исчезновение абдоминальной боли наблюдалось только у 50% активных курильщиков, в группе же сравнения (у некурящих) — у 85%. Началу консервативного лечения пациентов с болевой формой ХП среднетяжелого течения должен предшествовать их отказ от вредной привычки или уменьшение числа выкуриваемых сигарет в день (до 10 и меньше).

У больных ХП среднетяжелого течения на фоне тяжелого атеросклероза мезентериальных сосудов (кальциноза) отмечалась высокая частота выявления гастродуоденальных эрозий (59,5%), отличавшихся торпидностью к лечению. При лечении абдоминальной боли у пациентов с ХП на фоне кальциноза мезентериальных сосудов целесообразно добавлять к стандартной терапии препараты с анальгетическим действием (из-за низкой эффективности ферментных препаратов и блокаторов протонной помпы). В связи с этим оптимальным представляется назначение данным больным парацетамола — препарата с минимальным отрицательным воздействием на гастродуоденальную слизистую оболочку.

Диссертация на соискание ученой степени *доктора медицинских наук* выполнена в ГОУ ВПО «Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

Научный консультант: академик РАМН, доктор медицинских наук, профессор **В.Т. Ивашкин**.

Дата защиты: 27.05.2008 на заседании диссертационного совета Д 215.009.02 при Государственном институте усовершенствования врачей Министерства обороны Российской Федерации.

Е.Ю. Шкатова — **Механизмы формирования торпидного течения гастродуоденальных язв. Разработка многофакторного прогнозирования и патогенетического лечения.**

Ye.Yu. Shkatova — **Mechanisms of intractable gastroduodenal ulcer development. Advancement of multifactor prediction system and pathogenic treatment.**

(The theses for PhD degree)

Цель исследования — клинико-патогенетическое обоснование комплексного лечения и профилактики *труднорубцующихся гастродуоденальных язв* (ТРЯ) на основе социально-гигиенических и медико-психологических прогностических критериев.

Изучена частота гастродуоденальных ТРЯ по данным госпитализированной заболеваемости с анализом 3530 карт стационарных больных гастроэнтерологического отделения. В клинических условиях обследовали 721 больного *язвенной болезнью* (ЯБ). Группу наблюдения составили пациенты с торпидным течением ЯБ согласно классификаций А.Л. Гребенева и А.А. Шептулина (1989), МКБ-10. В нее вошли больные, у которых противоязвенная терапия не была эффективной в течение 10–12 нед при ЯБ *желудка* (Ж) — 1-я подгруппа ($n=181$), в течение 6–8 нед — при ЯБ *двенадцатиперстной кишки* (ДПК) — 2-я подгруппа ($n=296$). Группу сравнения составили пациенты с обычными сроками рубцевания язв: в 3-ю подгруппу вошли 88 больных ЯБЖ, в 4-ю — 156 пациентов с ЯБДПК.

Материал исследования получен при ретроспективном и проспективном наблюдениях за пациентами с использованием клинических, социально-гигиенических, социологических методов, а также экспертной оценки и метода организованного эксперимента.

По результатам исследования, клиническая картина ЯБ с торпидным течением характеризуется выраженным абдоминальным болевым синдромом, ограниченными диспепсическими проявлениями при снижении трофологического статуса на фоне высокой эндотоксемии. Медленно рубцующиеся язвы достоверно чаще формируются в возрасте старше 45 лет при гиперсекреции соляной кислоты и значительной ацидификации функциональной зоны луковицы ДПК в результате антродуоденальной дискоординации. Моторно-эвакуаторные нарушения у больных с ТРЯ желудка в большинстве случаев характеризуются «застойным типом» эвакуации. Рефрактерное течение сопряжено с осложненным течением ЯБ и сопутствующей гепатобилиарной патологией.

Важный фактор торпидного течения ЯБ — низкоеффективное слизеобразование с нарушением соотношения компонентов сиаломуцинов в гликопротеинах на фоне сниженного регионарного

кровотока. Одновременно усиливается метаболизм коллагена в виде нарастания процессов биодеградации и снижения его биосинтеза. При рефрактерном течении уменьшается частота ЯБ, ассоциированной с инфекцией *Helicobacter pylori*, до 60,5% при желудочных язвах и до 71,4% — дуоденальных язвах. Прогностическим критерием вялотекущего течения ЯБ является ген *babA* (36,4%) и генотипов *H. pylori vacAs1/m1* и *vacAs2/m1* (63,6%) с высокой цитотоксической активностью. Повышает частоту *H. pylori*-негативных язв коморбидная кардиоваскулярная (44,0%) и гепатобилиарная (38,9%) патология.

Гемодинамические нарушения на уровне микроциркуляции проявляются в виде динамических изменений (периваскулярного отека, возникновение зон запустевания в капиллярах, замедления кровотока) и статических феноменов (извитость сосудов и неравномерность их калибра). Нарушения системного кровотока характеризуются окклюзионно-стеногическими изменениями, аномалией их развития, вазоспазмом, признаками портальной гипертензии, реологические свойства крови — гиперкоагуляцией. Выявлены достоверные нарушения липидного обмена с повышением уровня холестерина липопротеидов высокой плотности и индекса атерогенности на 70,0 и 13,5%, триглицеридов и β -липопротеидов на 46,1 и 18,2% соответственно.

По данным эндоскопических исследований, у большинства больных выявляются глубокие кратерообразные с большим диаметром язвы. Дуоденальные язвы носят множественный характер, желудочные язвы имеют тенденцию к продвижению в кардиальном направлении при сопутствующей гепатобилиарной патологии. При торпидном течении ЯБ преобладают сопутствующие хронический атрофический гастрит (77,7%) и дуоденит (46,2%) с умеренной и высокой степенью активности воспалительного процесса. Выраженные склеротические изменения собственной пластинки *слизистой оболочки* (СО) Ж отмечены при множественной коморбидной патологии.

Личностный портрет больного с ТРЯ характеризуется тенденцией к интравертированию и повышению уровня невротизма, меланхолическим типом темперамента с высокой реактивной и конституциональной тревожностью, склонностью к депрессии. Преобладание парасимпатической

регуляции вегетативной нервной системы у 49,4% больных с ТРЯ сопровождается нарушением вегетативного обеспечения деятельности у 54,0%. Показана взаимосвязь вегетативного тонуса с эмоциональной сферой и уровнем тревожности пациентов, «ваготонии» — с кислотной агрессией. Констатируется сопряженность психоэмоциональных расстройств с базальным уровнем гормонов.

Комплексное исследование гормонов и функций желудка позволили выявить новые существенные патогенетические закономерности, касающиеся нарушений функционального состояния желудка у больных с ТРЯ. В формировании торпидного течения ЯБ среди нейрогуморальных регуляторных систем важная роль принадлежит гипофизарно-надпочечниковой системе при повышении уровня адренкортикотропного гормона на 191,2%, а кортизола — на 199,7%, способствуя нарушению агрессивно-протективного равновесия. Установлена разнонаправленная корреляция между уровнем кортизола и фракциями сиаловых кислот, прямая — с геликобактериозом, уровнем молекул средней массы, обратная — между уровнем гастрина и pH желудочного сока.

Выявленные социально-гигиенические и медико-психологические особенности больных с торпидным течением ЯБ снижают уровень *качества жизни* (КЖ) по шкалам физического и ролевого эмоционального функционирования, жизнеспособности. Установлена сопряженность показателя КЖ с местными факторами агрессии, уровнем психоэмоциональной дизадаптации, гормональным статусом.

Применение в лечении больных с *H. pylori*-положительными ТРЯ стандартизированных эрадикационных схем обеспечивает преодоление резистентности с уровнем эрадикации при дуоденальных язвах — 89,5%, при желудочных — 82,6%. Включение в комплексную терапию *H. pylori*-негативных ТРЯ эссливера форте, пентоксифиллина, глицина, даларгина и низкоэнергетического лазерного излучения, влияющих на различные звенья патогенеза, обеспечивает высокую терапевтическую эффективность при дуоденальной локализации ulcerогенеза в 96,7%, желудочной — в 95,3%, обеспечивая стойкую клинико-эндоскопическую ремиссию в 72,7%, по данным отдаленных наблюдений. Общий экономический эффект при лечении больных с ТРЯ составил более 640 тыс. рублей.

Разработанные методика и программа комплексного социально-гигиенического и медико-психологического исследования больных ЯБ с использованием интегральных методов математического моделирования позволила определить прогностические критерии торпидного течения ЯБ, ранжировать клинические, социально-психологические факторы, условия и особенности образа жизни пациентов и членов их семей и разработать скрининг-программы по выявлению группы риска больных на различных уровнях медицинского обслуживания. Использование полученных данных позволяет совершенствовать электронный паспорт пациента для эффективного диспансерного наблюдения, что имеет большое значение в реализации приоритетного национального проекта «Здоровье».

Внедрение в практику образовательных программ с использованием инновационных сестринских технологий повышает уровень КЖ, гигиенической грамотности и медицинской активности пациентов за счет их приверженности к лечению и мотивации на здоровьесберегающее поведение, позволяет воздействовать на управляемые медицинскими работниками факторы здоровья без особых изменений организации труда медицинского персонала и дополнительных финансовых вложений.

Математическое моделирование уровней заболеваемости ТРЯ по теореме гипотез позволяет выявить резервы улучшения здоровья и социально-экономическую значимость профилактических мероприятий. Установлено, что уменьшение числа курящих с ТРЯ до уровня как у пациентов с обычными сроками рубцевания и своевременная обращаемость за медицинской помощью позволили бы снизить формирование рефрактерного течения ЯБ на 18,0 и 27,0% соответственно.

Диссертация на соискание ученой степени *доктора медицинских наук* выполнена в ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия Росздрава».

Научные консультанты: доктор медицинских наук, профессор **Я.М. Вахрушев**, доктор медицинских наук, профессор **Л.Ф. Молчанова**.

Дата защиты: 21.04.2008 на заседании диссертационного совета Д 121.001.01 при ФГУ «Учебно-научный медицинский центр Управления делами Президента РФ».