гастроэнтерологии. Гастроэнтерология Санкт-Петербурга, № 2-3, 76, 2002 г, СПб.

13. Радченко В.Г.. Нарушения кишечного микробиоценоза и его коррекция у больных хроническими заболеваниями печени с синдромом внутрипеченочного холестаза. Гастроэнтерология Санкт-Петербурга, № 2-3, М 120, 2004 г.,СПб.

14. Симаненков В.И., Захарова Н.В., Боваева Д.И., Соловьева О.И., Суворов А.Н.. CagA-статус Helicobacter Pylori и эффективность эрадикационной терапии. Гастроэнтерология Санкт-Петербурга, № 1 ,11, 2004 г., СПб.

15. Симаненков В.И., Немировский В.С., Соловьева О.И., Спиридонова Т.В., Аникин В.Б.. Роль дисбиоза кишечника и интерферонового статуса в лечении неспецифического язвенного колита. Гастроэнтерология Санкт-Петербурга, № 2-3, М 134, 2004 г., СПб.

16. Симаненков В.И., Суворов А.Н.. H. Pylori как возбудитель заболеваний желудочно-кишечного тракта. Генетика патогенности. Возможность эрадикации с использованием пробиотиков. Лекция для врачей. 2006 г.12 страниц, СПб.

17. V.I. Simanenkov, A.N. Suvorov, D.I. Bovaeva, O.I. Solovyova. Effect of the therapy of patients with H. pylory related gastritis is correlated with organization of cag pathogenicity islend. Abstracts of the 14-th European Congress of Clinical Microbiology & Infection diseases, 2004 г., p 179, Prague, Czech Republic.

18. Смирнова И.И., Филатова Е.И., Суворов А.Н., Былинская Е.Н.. Опыт применения лечебно-профилактического драже «Ламинолакт медовый» при лучевом лечении больных раком тела матки. Вопросы онкологии. 2000, 6, Том 46, 748-750.

19. Соловьева О.И., Ботина А.В., Козлова Д.И. Влияние синбиотиков на состояние слизистой оболочки толстой кишки у пациентов с НЯК. Гастроэнтерология Санкт-Петербурга, № 2-3, М 137, 2004 г., СПб.

20. Старостин Б.Д.. Комбинированная терапия хронического панкреатита. Гастроэнтерология Санкт-Петербурга, № 2-3, М 140, 2004 г., СПб.

21. Суворов А.Н., Алехина Г.Г.. Пробиотики. Критерии выбора оптимального штамма. Гастроэнтерология Санкт-Петербурга, № 2-3, 126, 2002 г, СПб.

22. А.Н.Суворов, Г.Г.Алехина, П.В.Пигаревский, К.Б. Грабовская, Г.Н.Нежинская, П.Г. Назаров. Опыт применения лактококков в терапии экспериментального вагиноза. Гастробюллетень № 4, 29-31, 2001, СПб.)

23. Суворов А.Н., Грабовская К.Б., Воробьева Е.И., Алехина Г.Г. Пробиотики или патогены? Критерии выбора и оценка клинического штамма. Гастроэнтерология Санкт-Петербурга, № 4, 36-38, 2002 г, СПб.

24. Суворов А.Н., Фураева В.А, Ермоленко Е.И.. Противовирусный эффект in vitro метаболитов, выделяемых культурами энтерококка и лактобацилл. Тезисы VI Российского Съезда врачей-инфекционистов. 29-31 октября 2003 г., 371, СПб.

25. Тимофеева Е.А.. Особенности клинико-морфологических проявлений хронического гепатита в зависимости от изменений кишечного микробиоценоза. Автореферат на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. 2006 г., 22 страницы, СПб.

26. Шендеров Б.А., Медицинская микробная экология и функциональное питание. Том I: Микрофлора человека и животных и ее функции – М.: Издательство ГРАНТЪ, 1998, - 288с

27. Яровенко И.И., Голофеевский В.Ю., Ситкин С.И. Новые перспективы эрадикационной и пробиотической терапии язвенной болезни. Материалы Ассамблеи «Врач-провизор-пациент», 34-25 ноября 2005 г., 87, СПб.

СОСТОЯНИЕ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Басиева О.О., Беликова И.М., Гапузов В.В., Басиева З.К., Родионова Л.И.
Северо-Осетинская Государственная медицинская академия
Владикавказ, Россия

Сахарный диабет (СД) продолжает оставаться одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. Высокая медико-социальная значимость СД обусловлена постоянно растущей распространенностью и тяжестью осложнений этого заболевания, из которых наименее изучено состояние желудочно-кишечного тракта.

Цель исследования: установить частоту вовлечения в патологический процесс верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у больных СД, выявить клинико-эндоскопические особенности поражения верхнего отдела пищеварительного тракта у пациентов, страдающих СД.

Материал и методы: обследовано 35 больных СД 2 типа в возрасте от 43 до 65 лет, средний возраст 59,3 (18 мужчин и 17 женщин). Все пациенты были подвергнуты комплексному обследованию, включавшему анализ клинико-анамнестических данных, УЗИ органов брюшной полости, эндоскопическое обследование (ЭФГДС).

Результаты исследования: все больные предъявляли жалобы на боли в эпигастральной области различного характера. Характеризуя болевой синдром необходимо отметить, что боли различной локализации отмечались практически в 100% случаев при длительности заболевания более 10 лет. Диспептический синдром был вы-

явлен более чем у половины обследованных больных. Однако, проявления его затушевывались и отступали на второй план в сравнении с более яркой клинической картиной самого СД. При проведении ЭФГДС у 71,4% больных был диагностирован хронический гастрит, из них 42,4% - антральный гастрит, который встречался достоверно чаще ($p<0,05$) фундального и пангастрита (15% и 14% соответственно). У 22,8% больных были выявлены эрозии, которые локализовались в антральной части желудка, однако у части обследованных эрозии распространялись на тело желудка и луковицу 12-перстной кишки. Язва желудка и луковицы 12-перстной кишки выявлялась с одинаковой частотой – 8,6%. Гастродуоденит был обнаружен у 11,4% больных. Что касается клиники язвенной болезни, то у больных СД она утрачивает сезонность обострения и вообще отличается стертостью, скудностью и атипичностью симптоматики. Обращает на себя внимание значительная частота множественных изъязвлений. Рассматривая критерии различных форм хронического гастрита нужно отметить более молодой возраст больных с антральным гастритом, по сравнению с пангастритом.

Выводы: при выявлении патологии желудочно-кишечного тракта у больных СД необходимо помимо специализированного противодиабетического лечения проводить терапию, показанную при хроническом гастрите и язвенной болезни. Основой лечебных мероприятий при обострении язвенной болезни, протекающей на фоне СД, является стойкая компенсация СД.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН С ГЕСТОЗОМ

Бегова С.В., Османова З.М.
Республиканский перинатальный центр Махачкала, Россия

Проблема тяжелых форм гестоза, особенно, у многорожавших женщин связана с вопросами снижения материнской и младенческой смертности, что вызвано недостаточной эффективностью кратковременного или поздно начатого лечения, а также тяжестью самой патологии и длительностью течения данного соматического заболевания. Целью нашего исследования явилось изучение эффективности предложенной схемы прегравидарной подготовки у многорожавших женщин.

Под нашим наблюдением находилось 230 многорожавших беременных женщин.

Основную группу составили 160 многорожавших с тяжелыми формами гестоза, получившие прегравидарную подготовку по разработанной нами схеме. Также была выделена **группа сравнения**, состоящая из 70 многорожавших с тяжелым гестозом, получившие стандартное лечение с учетом нозологии. Всем обследованным беременным предстояли 5-е роды. Система прегравидарной подготовки многорожавших женщин с гестозом из основной группы включала диетотерапию; создание лечебно-охранительного режима, а также назначение седативных, спазмолитических, гипотензивных препаратов, инфузионной терапии фраксигепарина для торможения агрегации тромбоцитов и эритроцитов. Одновременно с вышеуказанной терапией нами были использован препарат **«Хофитол» («Rosa, Phito Pharma», Франция),** который системным действием, с преимущественным прямым влиянием на печень и почки; воздействует на жировой обмен. При уже развившейся картине гестоза использование препарата начинали с внутривенного капельного введения в средней дозе 5-20 мл на растворе глюкозы 5-10% в течение 5-15 дней (в зависимости от степени тяжести гестоза), с последующим переходом на пероральный прием 6-9-ти таблеток в сутки в течение 3-4 недель послеродового периода.

Длительность гестоза составила у 11,7% - менее 2 недель, у 44,1% – до 6 недель, у (28,8% – с 6 до 10 недель и у 15,3% – более 10 недель среди женщин основной группы. В группе сравнения соответственно –12,0%, 30,0%, 42,0% и 16,0%.

Клинико-статистический анализ, проведенный в группах, показал, что под влиянием проводимой терапии у 87,3% беременных основной группы отмечался клинический эффект: улучшалось самочувствие беременных, снижался уровень артериальной гипертензии (у 24,6 % беременных - вплоть до нормализации цифр АД), и нормализовался диурез, уменьшилась протеинурия. Аналогичные показатели в группе сравнения составили 84,0% ($p<0,05$). Однако у 12,7 % женщин основной группы и у 16,0% женщин группы сравнения мы не наблюдали положительной динамики от проводимой терапии. Согласно полученным данным, общий белок у беременных в основной группе составил 62,9±0,21 г/л (до лечения 55,2±0,18 г/л), в группе сравнения – 60,7±0,36 г/л (до лечения 55,9±0,24 г/л).

Под действием дезагрегантов, антикоагулянтов и инфузии инфукола, СЗП, декстранов отмечено удлинение времени свертывания на 38,0% в основной и на 20,0% в группе сравнения; времени рекальцификации на 3,6% в основной и на 1,4 в группе сравнения. Выявлено снижение протромбинового индекса на 4,9% и уровня фибриногена на 7,6% в основной группе, а в группе сравнения - на 4,2% и на 5,8% соответственно.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют об эффективности применения препарата «Хофитол» в комплексной терапии гестоза у многорожавших женщин.