

О'ЗБЕКИСТОН ТЕРАПИYA АХВОРОТНОМАСИ

ilmiy-amaliy jurnal

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК УЗБЕКИСТАНА

научно-практический журнал

2014. №4

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор А. Л. Аляви

Абдуллаев А.Х. (заместитель главного редактора), Алиахунова М.Ю., Гадоев А.Г., Даминов Б.Т., Зуннунов З.Р., Каримов М.М. (заместитель главного редактора), Каюмов У.К., Каримов М.Ш., Камилова У.К., Курбанов Р.Д., Мавлянов И.Р., Ризамухамедова М.З., Убайдуллаев А.М., Хамрабаева Ф.И., Садыкова Г.А.

Ответственный секретарь: Расулова З.Д.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Арипов Б.С. (Ташкент)
Мамасолиев Н.С. (Андижан)
Бахрамов С.М. (Ташкент)
Назаров О.А. (Ташкент)
Гафуров Б.Г. (Ташкент)
Раимжанов А.Л. (Ташкент)
Губергриц Н.Б. (Донецк)
Рустамова М.Т. (Ташкент)
Джумагулова А.С. (Бишкек)
Закирходжаев Ш.Я. (Ташкент)

Усманов Р.И. (Ташкент)
Зияев Ю.Н. (Ташкент)
Фозилов А.В. (Ташкент)
Зуфаров М.М. (Ташкент)
Хужамбердиев М.А. (Андижан)
Искандарова С.Д. (Ташкент)
Шек А.Б. (Ташкент)
Карпов Ю.А. (Москва)
Якубов А.В. (Ташкент)
Ливерко И.В. (Ташкент)

Свидетельство о регистрации средства массовой информации № 0572 от 28.12.2010 г.

Учредитель — Ассоциация терапевтов Узбекистана

Редакция не всегда разделяет точку зрения авторов публикуемых материалов.

Ответственность за содержание рекламы несут рекламодатели.

По вопросам публикации, подписки и размещения рекламы обращаться по адресу:

100084, Узбекистан, Ташкент, ул. Хуршида, 4. Научно-организационный отдел.

Тел.: (998 71) 234-30-77. Факс: (998 71) 235-30-63 E-mail: tervestuz@mail.ru; Web: www.therapy.okis.ru

Формат А4. Усл. печ. л. 30. Заказ № 742/743/744. Общий тираж: 427 экз. Дата подписания в печать: 10.11.2014

Отпечатано в СП ЗАО «Seal Mag», г. Ташкент, ул. Афросиаб, 6

У ПОДРОСТКОВ

Абдуллаев У.С., Салимова Н.Д.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Совершенствование диагностики эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны на основе тщательного изучения жалоб, анамнеза и клинических проявлений болезни в подростковом возрасте.

1. Изучение частоты встречаемости клинических симптомов эрозивного гастрита у подростков в сравнительном аспекте со взрослыми.

2. Изучение частоты проявлений клинических симптомов ЯБДПК (язвенной болезни двенадцатиперстной кишки) у подростков.

Материал и методы. Проведено обследование у 76 больных подростков в возрасте 14–17 лет (40 больных с эрозивным гастритом и 36 с ЯБДПК) и у 48 взрослых в возрасте 18–25 лет (сравнительная группа). В обследуемых группах больных клинический диагноз эрозивный гастрит и ЯБДПК устанавливали на основании тщательного изучения жалоб, анамнеза, объективного осмотра и ЭГДС.

Результаты исследования. Наше обследование показало, что у подростков, также как и у взрослых, субъективные ощущения боли в эпигастральной области встречаются в 100% случаев при эрозивном гастрите. Диарея 10%, запоры 62,5%. В отличие от взрослых, у подростков превосходила частота встречаемости таких симптомов как тошнота, рвота, снижение аппетита и боль при пальпации живота. Среди обследованных подростков только 12,5% жаловались на отрыжку, 29% на изжогу, тогда как у взрослых встречаемость этих симптомов составляет 62,5% и 75%, соответственно. Несколько другая клиническая картина наблюдалась у подростков с ЯБДПК. 100% подростков и взрослых жаловались на боли в эпигастральной области до еды. Ночные голодные боли чаще встречались у взрослых (36%: 81,8).

Выводы. Таким образом, эрозивный гастрит у подростков характеризуется частым проявлением таких симптомов как тошнота, рвота, снижение аппетита, боль при пальпации живота и менее значительным проявлением таких симптомов как голодные ночные боли, отрыжка, изжога и запоры.

ДИНАМИКА ИСЧЕЗНОВЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ СТАНДАРТНЫХ СХЕМ КВАДРИТЕРАПИИ

Абдусаматова Д.З., Пулатова Н.И., Zufarov П.С.,
Пулатова Д.Б., Акбарова Д.С., Саидова Ш.А.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Сравнительное изучение влия-

ния стандартных схем квадритерапии на динамику исчезновения болевого синдрома у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы. Исследования проводили у 72 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в фазе обострения. Больные были разделены на 2 группы. Первая группа — 37 больных, которые получали стандартную схему квадритерапии второй линии, состоящую из омепразола, де-нола, амоксициллина и тетрациклина. Вторая группа состояла из 35 больных, которые получали другую схему квадритерапии второй линии, состоящую из омепразола, де-нола, тетрациклина и метронидазола. Дозировку препаратов проводили по стандарту. Изучали динамику исчезновения болевого синдрома.

Результаты исследования. Как показали проведенные нами исследования, обе схемы квадритерапии оказывают почти одинаковое влияние на динамику исчезновения субъективного ощущения боли в эпигастральной области. В первой группе в течение первых трех суток 33 больных отмечали исчезновение боли (89,2%), а во второй группе — 32 больных из 35 (91,4%). В обеих группах максимальное количество больных, отмечавших исчезновение боли, приходилось на вторые сутки. Средний срок исчезновения боли в первой группе составлял $2,43 \pm 0,17$ дня, а во второй группе $2,40 \pm 0,17$ дня ($P > 0,05$).

Выводы. Схемы квадритерапии второй линии одинаково влияют на динамику исчезновения болевого синдрома у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

СОДЕРЖАНИЕ НЕРАСТВОРИМОГО СЛИЗИСТОГО ГЕЛЯ В ЖЕЛУДОЧНОМ СОКЕ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ СТАНДАРТНЫХ СХЕМ КВАДРИТЕРАПИИ

Акбарова Д.С., Мусаева Л.Ж., Пулатова Н.И.,
Зуфаров П.С., Пулатова Д.Б.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить влияние стандартных схем квадритерапии на содержание нерастворимого слизистого геля у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы. Исследования проводили у 72 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в фазе обострения. Больные были разделены на 2 группы. Первая группа — 37 больных, которые получали стандартную схему квадритерапии второй линии, состоящую из омепразола, де-нола, амоксициллина и тетрациклина. Вторая группа состояла из 35 больных, которые получали другую схему квадритерапии второй линии, состоящую из омепразола, де-нола, тетрациклина и метронидазола. Дозировку препаратов проводили по стандарту. Контролем служили результаты исследо-