

ISSN 0868-8109

# ПРОБЛЕМЫ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

# Problems of Gastroenterology

ДУШАНБЕ-МОСКВА

МАТЕРИАЛЫ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ  
“СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ В  
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ”

№4-2007



Dr. ABIDI  
Pharmaceutical Laboratory



I.R.I.

---

**ПРОБЛЕМЫ  
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ**

**№ 4 (33)**  
2007 г.

---

**МАТЕРИАЛЫ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ  
"СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ДИАГНОСТИКИ И  
ТЕРАПИИ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ"  
24-25 декабря**

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:**

**Х.Х. МАНСУРОВ (главный редактор)**

М.А. ВИНОГРАДОВА (Москва)

Т.Г. ГУЛЬМУРОДОВ (Душанбе)

А.Д. ДУСТОВ (Душанбе)

Д.М. КАДЫРОВ (Душанбе)

А.В. КАЛИНИН (Москва)

Л.Б. ЛАЗЕБНИК (Москва)

Ф.Х. МАНСУРОВА (Душанбе, зам. главного редактора)

Г.К. МИРОДЖОВ (Душанбе, зам. главного редактора)

Р.И. ОДИНАЕВ (Душанбе)

С.Д. ПОДЫМОВА (Москва, зам. главного редактора)

Е.И. ТКАЧЕНКО (Санкт-Петербург)

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

АБАСОВ И.Т. (Баку), БРАИЛСКИ ХР. (София), ДАУЛЕТБАКОВА М.И. (Алма-Ата), ЖИВАНОВИЧ М.Б. (Новый сад) ЗАЙЦЕВА Е.И. (Смоленск), ЗЛАТКИНА А.Р. (Москва), ЗУФАРОВ К.А. (Ташкент), КИПШИДЗЕ Н.Н. (Тбилиси), КРИКШТОПАЙТИС М.И. (Вильнюс), ЛОХ СИНГВА (Пекин), МАЛИКЗОДА (Тегеран), МАРЖАТКА З. (Прага), МЯГКОВА Л.П. (Москва), ОВЕЗОВА Г.К. (Ашхабад), ПОЛОНСКИЙ А.К. (Москва), РАЧВЕЛИШВИЛИ Б.Х. (Тбилиси), РЫСС Е.С. (Санкт-Петербург), ФИЛИМОНОВ Р.М. (Москва), ФИЛИПОВ Ю.А. (Днепропетровск), ФИШЕР А.А. (Краснодар), ХАЗАНОВ А.И. (Москва), ЭЛЬШТЕЙН Н.В. (Таллин).

Зав. редакцией А.Ф. САПОЖНИКОВА

Статьи присылать по адресу:

Душанбе, ул. Маяковского 2, Институт гастроэнтерологии АН Республики Таджикистан

Тел. (992 372) 236-37-61, 236-62-80, 221-77-82

[www.gastro.tj](http://www.gastro.tj)

**СПОНСОРЫ: SANOFI AVENTIS**

**ROCHE**

**ГЕДЕОН РИХТЕР**

**HERBION**

Институт гастроэнтерологии АН Республики Таджикистан

Компьютерная верстка Института гастроэнтерологии АН Республики Таджикистан

© Проблемы гастроэнтерологии, №4 (33), 2007

Юнусов М. С., Ганиев Б.И., Курбанов Б.А. - Причины и факторы риска так называемого постхолецистэктомического синдрома после лапароскопической и открытой холецистэктомии. ....	66
--	----

### **ПЕЧЕНЬ, БИЛИАРНЫЙ ТРАКТ, ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА**

Абдуллаева З.М., Рахимова Х.К., Саттарова М.И. - Цитокины при хронических гепатитах HBV- и HDV-вирусной этиологии. ....	68
Авезов С.А., Гиясов М.М., Саттарова М.И. - Важнейшие этиологические факторы гепатоцеллюлярной карциномы в Таджикистане. ....	70
Архий Э.Й., Русин В.И., Сирчак Е.С., Дербак М.А. - Применение антихеликобактерной терапии у больных циррозом печени. ....	73
Бабак О. Я. - Современные подходы к диагностике и лечению неинфекционных хронических гепатитов. ....	77
Буеверов А. О. - Апоптоз и вирусные гепатиты. ....	86
Буеверов А.О. - Рациональное ведение больных с печеночной энцефалопатией. ....	91
Гиясов М.М., Авезов С.А. - Ультразвуковая ангиография в диагностике портальной гипертензии. ....	95
Губергриц Н.Б. - Синдром мальнутриции при заболеваниях поджелудочной железы и его лечение. ....	97
Гулиев А., Тишкова Ф.Х., Талбов У.С., Джураева В.В. - Эпидемиологические особенности энтеральных вирусных гепатитов в Республике Таджикистан. ....	101
Дербак М.А., Сиксай Л.Т., Сирчак Е.С., Герасимюк С.И. - Клиническое значение современных методов диагностики хронического гепатита В. ....	107
Дербак М.А., Архий Е.Й., Сирчак Е.С., Москаль О.Н., Паш О.М. - Хронический гепатит С у больных инфицированных цитомегаловирусом. ....	111
Дустов А., Азимова С.М., Джамиллов М.А., Ганиев Б. И., Умаров С. - Особенности течения хронического гепатита «В» в зависимости от его генотипических свойств....	113
Дустов А., Ганиев Б.И., Умаров С., Джамиллов. М. А., Хакимова. З. - Тиреоидные гормоны при метаболическом синдроме. ....	115
Ёдгорова М.Дж., Тишкова Ф.Х. - Эпидемиология и профилактика вирусного гепатита «В» у детей. ....	116
Зубайдова Т.М. - Защитное действие травы душицы мелкоцветковой при подостром токсическом гепатите. ....	119
Ишанкулова Б.А., Ходжаева Ф.М., Юлдашева У.П. - Влияние отвара плодов софоры японской на антитоксическую и экскреторную функции печени в эксперименте. ...	122

Й Э.Й., РУСИН В.И., СИРЧАК Е.С., ДЕРБАК М.А.

## МЕНЕНИЕ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ ЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

одский национальный университет, кафедра пропедевтики внутренних болезней,  
а госпитальной хирургии, г. Ужгород, Украина

ирроз печени занимает четвертое место  
основных причин смертности у лиц  
40 лет. Это связано с увеличением ос-  
ных, декомпенсированных форм забо-

. Осложненные формы впервые выяв-  
цирроза печени составляют более 60%  
Наиболее серьезным осложнением  
ческого процесса печени является  
портальной гипертензии, в основе па-  
логического механизма которого ле-  
чение давления в системе воротной  
о связано с нарушением портосистем-  
нажа крови. Возникновение порталь-  
ертензии является неблагоприятным  
ическим признаком для этой группы  
[3].

овная проблема гепатологии на сего-  
день – это борьба с алкогольными и  
и заболеваниями печени. Злоупот-  
алкоголя широко распространено и  
яет важную медицинскую и соци-  
роблему как в мире вообще, так и на  
Каждый год от алкогольной болезни  
ирает до 20 тыс. людей. Мужчины,

которые злоупотребляют алкоголем, в 60%  
случаев умирают в возрасте до 50 лет.

Следует отметить, что маркеры вирусных  
гепатитов В, С среди лиц, которые злоупот-  
ребляют алкоголем, встречаются в 2-4 раза  
чаще, чем в популяции вообще; язвенная бо-  
лезнь желудка – в 6 раз, самоубийства – в 10  
раз, туберкулез – в 16 раз [1].

Как показывают исследования, у 70 - 75%  
больных с гастроэзофагальными эрозиями, у  
95% - с язвой двенадцатиперстной кишки и у  
70-80% - с язвой желудка обнаружено  
*Helicobacter pylori* (*H. pylori*) [4,5]. Доказано,  
что *H. pylori* не только приводит к возникнове-  
нию, а непосредственно является причиной  
рецидивирования этих заболеваний.

В мировой литературе встречаются толь-  
ко единичные данные о влиянии персисти-  
рования *H. pylori* на продолжительность и каче-  
ство жизни больных с циррозом печени. Под-  
лежит изучению также влияние *H. pylori* на  
эрозивные изменения слизистой оболочки пи-  
щевода и желудка, как фактора приводящего к

возникновению кровотечения с варикозно-расширенных вен пищевода и желудка.

**Цель исследования.** Изучить эффективность разных схем эрадикационной терапии при инфицировании *H. pylori* у больных с циррозом печени.

**Материалы и методы.** Обследовано 48 больных с циррозом печени, которые лечились в хирургическом и гастроэнтерологическом отделениях областной клинической больницы г. Ужгород.

Диагноз цирроз печени был поставлен с учетом жалоб, анамнестических, лабораторных (биохимический анализ крови, выявления маркеров вирусов гепатитов В и С) и инструментальных (УЗИ, ФЭГДС) методов исследования [2].

Для диагностики хеликобактерной инфекции у всех больных определяли наличие суммарных антител (IgM, IgA, IgG) к *H. pylori* в плазме крови с помощью набора Т.систем фирмы "Вектор-Бест" (Россия), а также проводили дыхательный тест с помощью <sup>13</sup>C-меченой мочевины фирмы IZINTA (Венгрия). Результаты иммунологического метода оценивали по титрам суммарных антител к антигенам *H. pylori*. Титр меньше 1 : 10 – результат негативный, титр 1 : 10 – результат сомнительный, титр 1 : 20 – результат слабоположительный, титр 1 : 40 – результат положительный, титр от 1 : 80 до 1 : 320 – результат сильноположительный. <sup>13</sup>C-дыхательный тест проводили на приборе не-дисперсной красной спектроскопии (IRIS, Ге-

рмания). О наличии хеликобактерной инфекции свидетельствует показатель DOB – выше 5% при показателях 3,5 – 5 % – положительный результат сомнительный, ниже 3,5 % – *H. pylori*-инфекция отсутствует.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Из 48 больных с циррозом печени *H. pylori* был диагностирован у 45 (94%) больных. В дальнейшем в группу наблюдения включили только 45 хеликобактерположительных больных.

Больных распределили на три группы, по 15 в каждой, в зависимости от назначенных схем антихеликобактерной терапии.

Больным 1-й группы кроме лечения цирроза печени традиционным методом, назначали тройную эрадикационную терапию *H. pylori*, а именно: омепразол по 20 мг 2 раза в сутки, кларитромицин по 500 мг 2 раза в сутки, амоксицилин по 1000 мг 2 раза в сутки на протяжении 7 дней. Лечение омепразолом продолжили еще на протяжении 3-х недель по 20 мг 1 раз в сутки. В качестве природного антацида была назначена гидрокарбонатная натриевая минеральная вода "Поляна Квасова" по 200 мл теплая, не газированная, за 20-30 минут до еды, на протяжении 1 месяца. Больные 2-й и 3-й групп получали такую же антихеликобактерную терапию. Параллельно с этим больным 2-й группы дополнительно назначали препарат из двух аминокислот - глутаргин: по 25 мг – 2 раза в сутки на 150 мл физиологического раствора внутривенно капельно (40-60 капель за

1 минуту) – на протяжении 7 дней с дальнейшим переходом на таблетированный прием препарата (по 250 мг 3 раза в день на протяжении недели). Больные 3-й группы дополнительно получали синтетический антихолинэргический препарат но-спазм по 30 мг три раза в сутки на протяжении 14 дней.

В 1-й группе мужчин было 8 (53%), женщин 7 (47%), во 2-й группе мужчин было 6 (40%), женщин 9 (60%), в 3-й группе мужчин было 10 (67%), женщин 5 (33%).

Среди обследованного контингента преобладали больные, у которых цирроз печени возник на фоне хронического алкоголизма: в 1-й группе у 8 (53%) больных, в 2-й и 3-й группах у 10 (67%) больных.

Больные обратились в стационар в стадии компенсации или субкомпенсации, а именно 53% больных 1-й группы, 47% больных 2-й группы и 27% больных 3-й группы отнесены к классу "А" по Chald-Pugh и 47% больных 1-й группы, 53% больных 2-й группы и 73% больных 3-й группы отнесены к классу "В" по Chald-Pugh.

У всех больных во время эндоскопического исследования были обнаружены признаки портальной гастропатии: гастроэзофагальный рефлюкс выявили у 100% больных всех групп, который сопровождался гастритом у 14 (93%) больных 1-й группы и у 12 (80%) больных 2-й и 3-й групп; эзофагитом у 13 (87%) больных 1-й группы, у 15 (100%) больных 2-й группы и у 14 (93%) больных 3-й группы. Дуоденогастральный рефлюкс выявили у 9 (60%) больных 1-й группы, у 10 (67%) больных 2-й группы и у 8 (53%) больных 3-й группы; дуоденит – у 10 (67%) больных 1-й и 3-й групп, у 7 (47%) больных 2-й группы; язва двенадцатиперстной кишки – у 5 (33%) больных 1-й группы, у 6 (40%) больных 2-й группы и у 4 (27%) больных 3-й группы.

Эндоскопические признаки портальной гастропатии клинически проявлялись такими субъективными изменениями, как отрыжка кислым, изжога, тошнота, дискомфорт и боли разной интенсивности в верхних отделах живота. До лечения отрыжка кислым присутствовала у 100% больных 2-й группы, у 93% больных 1-й и 3-й групп; изжога – у 93% больных 1-й, у 87% больных 2-й и у 73% больных 3-й группы; тошнота – у 67% больных 1-й, у 87% больных 2-й и у 47% больных 3-й групп. Дискомфорт в верхних отделах живота наблюдали у 100% больных всех групп. Болевой синдром в верхних отделах живота диагностировали у 100% больных 3-й группы, у 87% больных 1-й и 2-й групп.

На фоне проведенной антихеликобактерной терапии у больных с циррозом печени наблюдали позитивную динамику клинической симптоматики. Следует отметить, что больные 2-й группы, которым в комплексное лечение включали глутаргин, уже к концу 1-й недели наблюдали исчезновение признаков диспептического синдрома. А именно, тошнота и изжога исчезли у всех больных, отрыжка кислым бес-

покоила только 13% больных. Уменьшение интенсивности болевого синдрома и дискомфорта в верхних отделах живота больные отмечали к 10-му дню лечения.

У больных 3-й группы, которые дополнительно принимали но-спазм, уже на 4-5-й дни лечения наблюдали уменьшение дискомфорта и болей в верхних отделах живота, а диспептический синдром имел тенденцию к уменьшению только на 10-й день лечения.

У больных 1-й группы уменьшение или полное исчезновение диспептического и болевого синдромов наблюдалось только на 10-14-й дни лечения.

Побочные эффекты, из-за которых надо было бы отказаться от дальнейшей эрадикационной терапии, у больных не наблюдали. У одного больного 1-й группы на 2-й день лечения появилась тошнота, которую связывал с приемом антихеликобактерной терапии, что исчезло самостоятельно. У двух больных 1-й и у одного больного 3-й группы наблюдалась транзиторная диарея. Эти жалобы не служили причиной для отказа от дальнейшего лечения.

Эффективность эрадикационной терапии оценивали через 4 недели после ее завершения с помощью  $^{13}\text{C}$ -дыхального теста. Успешная эрадикация наблюдалась у 14 (93%) больных 1-й и 2-й групп и у 13 (87%) больных 3-й группы, ДОВ величина которых была ниже 3,5 %.

#### Выводы:

1. Тройная эрадикационная терапия (омепразол, кларитромицин, амоксицилин) в

комплексе с гидрокарбонатной натриевой минеральной воды "Поляна Квасова" является эффективной схемой для больных с циррозом печени.

2. Использование глутаргина в комплексе антихеликобактерного лечения у больных с циррозом печени эффективно ликвидирует признаки диспептического синдрома, связанного с эрадикационной терапией.

3. У больных циррозом печени целесообразно применять но-спазм для уменьшения болевого синдрома.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Родонежская Е. Алкогольная болезнь печени // Ліки України. – 2004. - №4. – С. 23-31.
2. Русин В.І., Переста Ю.Ю., Русин А.В. Хірургічне лікування портальної гіпертензії: (Атлас): Навч. посіб/ М-во освіти і науки України; Ужгород. Нац. ун-т; Мед. ф-т – Ужгород, 2003.- 92 с.
3. Фуркало С.Н., Кондратюк В.А. Портальная гипертензия: современные интервенционные методики лечения // Мистецтво лікування. – 2004. - № 5. – С. 44-47.
4. Antonio Ponzetto et al Helicobacter pylori Seroprevalence in Cirrhotic Patients With Hepatitis B Virus Infectio // The Journal of the American medical Association. – 2000. - №2. – P.542.
5. Vergara M., Calvet X., Roque M. Helicobacter pylori is a risk factor for peptic ulcer disease in cirrhotic patients // Europe Journal Gastroenterologi-Hepatologi. – 2002. - №7 – P.17-22.