

Гастроэнтерология Санкт-Петербурга

*Научно-практический
журнал*



Гастроэнтерология

Гепатология

Колопроктология

Фармакотерапия

Питание

В номере:

*Материалы 11-го Международного
Славяно-Балтийского научного форума
«Санкт-Петербург – Гастро-2009»*

№ 2-3 / 2009

Гастроэнтерология
Санкт-Петербурга

Научно-практический журнал

Председатель редакционного совета:

Е.И. Ткаченко

вице-президент Научного общества гастроэнтерологов России, директор Института гастроэнтерологии и клинической фармакологии, проректор СПбГМА имени И.И. Мечникова по лечебной работе, главный гастроэнтеролог СЗФО и Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, профессор, д-р мед. наук

Редакционный совет:

М.Ш. Абдуллаев (Алматы)**А.Ю. Барановский (Санкт-Петербург)****С.В. Васильев (Санкт-Петербург)****В.Ю. Голофеевский (Санкт-Петербург)****П.Я. Григорьев (Москва)****В.Б. Гриневич (Санкт-Петербург)****А.Б. Жебрун (Санкт-Петербург)****М.П. Захараш (Киев)****Е.А. Корниенко (Санкт-Петербург)****Л.Б. Лазебник (Москва)****Ю.В. Лобзин (Санкт-Петербург)****В.А. Максимов (Москва)****С.И. Пиманов (Витебск)****Ю.Я. Покротниекс (Рига)****А.Г. Рахманова (Санкт-Петербург)****Е.С. Рысс (Санкт-Петербург)****В.И. Симаненков (Санкт-Петербург)****Н.В. Харченко (Киев)**

Главный редактор:

С.И. Ситкин

Учредитель: ООО "Гастро"

Издатель: ООО "Аванетик"

Редакция:

ООО "Гастро", а/я 55, П-101,

Санкт-Петербург, 197101

Тел./факс: (812) 232-9063

E-mail: gastro@peterlink.ru

Распространение:

Почтовая рассылка медицинским и фармацевтическим организациям, вузам, НИИ, ведущим специалистам РФ, СНГ и стран Балтии.

Журнал зарегистрирован Северо-Западным региональным управлением Государственного Комитета РФ по печати. Свидетельство о регистрации: ПИ № 2-5904 от 12.04.2002 г. ISSN 1727-7906

Издается с 1998 года. Ранее выходил под названием "Гастробуллетень".

На 1-й с. обл.: Дворцовая площадь. Фото С. Теловного.

Мнение редакции не всегда совпадает с мнением авторов.

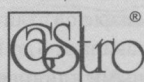
Все рекламируемые товары и услуги должны иметь соответствующие сертификаты, лицензии и разрешения.

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов. При использовании материалов издания ссылка на журнал обязательна.

Установочный тираж: 3000 экз.

Цена: свободная

© ООО "Гастро", 2009

**Содержание****Гастроэнтерология***Г.А. Григорьева, С.В. Гольшева, Н.Ю. Мешалкина*

Современные спазмолитические средства в комплексном лечении синдрома раздраженного кишечника, болезни Крона и язвенного колита 2

*Е.И. Ткаченко, Ю.П. Успенский, И.Г. Пахомова,**Н.В. Барышникова, А.Е. Каратеев*

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: новое решение старой проблемы 5

С.Н. Мехтиев, В.Б. Гриневич, А.В. Бращенкова, Ю.А. Кравчук

Выбор полиферментных препаратов у пациентов с хроническим панкреатитом и нарушенной толерантностью к глюкозе 13

Пробиотики*Е.Л. Михайленко, А.В. Горелов, М.Д. Ардакская,**Д.В. Усенко, О.Б. Мурзина*

Микроэкологические нарушения желудочно-кишечного тракта и репродуктивной системы при острых кишечных инфекциях у детей 17

Конгрессы и симпозиумы*С.И. Ситкин, Т.В. Габруская*

Холестатические заболевания печени: современные тенденции в диагностике и терапии. По материалам Международной встречи экспертов (Гейдельберг, Германия, 2008 год) 20

С.И. Ситкин, В.Ю. Голофеевский, Т.В. Габруская

Достижения в гастроэнтерологии и гепатологии — от терапии рака печени до NOTES-операций. По материалам III Фальк-Гастроконференции (Майнц, Германия, 2008 год) 23

Курорты и минеральные воды*И. Бабичева*

Природный источник здоровья на службе гастроэнтерологии 27

Санкт-Петербург — Гастро-2009

Официальная информация 11-го Международного Славяно-Балтийского научного форума «Санкт-Петербург — Гастро-2009» 30

Материалы 11-го Международного Славяно-Балтийского научного форума «Санкт-Петербург — Гастро-2009» М1

Авторский указатель М93

Метельский С.Т.	182	Островский Н.В.	76	Рыбчинский С.С.	254, 255, 256
Мечева Л.В.	268	П		Рыжкова О.В.	240
Мешалкина Н.Ю.	73, 183	Павлович И.М.	211, 212, 213	Рычкова С.В.	241
Миллер Д.А.	184, 185	Паламарчук Г.Ф.	113	Рябчук Ф.Н.	242, 243
Миллер Т.М.	185	Парецкая Е.М.	282	С	
Минина С.Н.	138	Парфенов А.И.	83	Саблин О.А.	221, 244
Минушкин О.Н.	186, 187, 188	Пахомова И.Г.	214, 215	Саблина Т.О.	222
Митасов А.А.	227	Пахомовская Н.Л.	50, 51, 52	Савина О.Г.	307
Мительглик У.А.	189	Перетягин С.П.	55	Савицкая М.Я.	245
Михайлов М.И.	68, 77	Петраков А.В.	92, 93, 259, 283, 295	Савко У.В.	85
Михайлова И.А.	123, 124	Петренко В.В.	216	Савчукова О.В.	129, 246, 261
Михайлова М.Д.	133	Петров Л.Н.	101	Сайфутдинов Р.Г.	240
Михайлова О.Д.	190	Петрова М.М.	104	Салихова К.Ш.	247
Михно Н.А.	191	Петрова М.С.	214, 215	Самохвалова В.В.	248
Морозов И.А.	276	Петровский А.Н.	147	Самусенко И.А.	124
Морозова Н.А.	192, 268	Пирогова З.И.	242, 243	Сапожкова Л.П.	291
Мосеева М.В.	193	Пискунова С.Л.	307	Саразов М.П.	148
Москаева А.И.	301	Плетнев В.Г.	21	Саркисов М.В.	13, 14, 271
Москалев А.В.	194, 238	Погоня И.Н.	27, 28	Сафонова О.В.	38
Музыка Н.Н.	87, 88, 170, 289	Поздеев В.К.	207	Сафронов А.М.	186, 187
Мутошвили Л.Р.	100	Полева Н.И.	83	Свириденко О.Ю.	95
Мязин Р.Г.	94, 95	Полежаева Т.А.	60	Сейф А.Х.	301
Мялина Ю.Н.	195, 196	Полинкевич Б.С.	302	Селезнева Э.Я.	249
Н		Полушин С.Ю.	217, 218	Селиверстов П.В.	225
Набиев А.Н.	197	Попов Е.А.	219	Семенов Н.В.	250, 251
Нагорная О.А.	113	Попова О.П.	193	Сердюков Д.Ю.	70
Назаров В.Е.	218	Поршина О.В.	75	Серебровская Н.Б.	106, 303
Налимова Г.С.	146	Поспелов О.П.	131	Серебряков Э.П.	30
Насиров К.Э.	197	Потапов А.С.	50, 51, 52, 53, 54, 264, 265	Серова Т.И.	47
Насыхова Ю.А.	285	Потапова В.Б.	83	Сибирякова С.М.	193
Нгуен Х.Ч.	198	Потокин И.Л.	37	Сидоркин А.О.	5
Невмиржицкий В.И.	48	Потянова И.В.	49	Сильвестрова С.Ю.	295
Некрасова И.Л.	185	Похальская О.Ю.	309	Симоненко В.Б.	252, 253, 254, 255, 256
Немцов В.И.	199	Пошехонова Ю.В.	181	Сирчак Е.С.	15
Непомнящих Г.И.	200	Пояркова Н.А.	220, 221, 222	Ситкин С.И.	4, 101, 216
Непомнящих Д.Л.	200	Протопопова О.Б.	23, 24	Сказыбаева Е.В.	4, 101
Неронов В.А.	201, 202	Прохорова Л.И.	223, 224	Скрипаль И.Г.	270
Неронова Е.Г.	244	Прянишникова А.С.	310	Слесарева К.Н.	82
Нехриков А.Н.	203	Пузиков А.М.	173	Слозина Н.М.	244
Нехрикова С.В.	203	Пунин Ю.О.	111	Смирнова Л.Е.	257
Нечипай А.М.	43, 204, 306	Пятойкин Е.А.	75	Соболева А.В.	258, 259
Нигматов А.Г.	30	Р		Соловьева А.Г.	179, 260
Никитин В.В.	62, 63	Рагимов Р.	89	Сологуб Т.В.	98
Никитина А.А.	205	Радченко В.Г.	225	Сорочан Е.В.	36
Никитина Н.В.	46, 206	Радчук О.М.	226	Спиной Р.М.	27, 28
Никитина О.Е.	207	Райхельсон К.Л.	189	Стариков В.Н.	129, 246, 261
Никифоров П.А.	287	Редькин А.Н.	227	Степаева И.П.	262
Николаев Е.А.	49	Ретнев В.М.	35	Стойкевич М.В.	36
Николаева Л.В.	208	Реутова Э.Ю.	230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237	Сторожаков Г.И.	276
Николаева Н.Н.	104, 208	Решетова Т.В.	228	Стрижова И.С.	303
Никонорова Н.М.	19	Робакидзе Н.С.	229	Суворов А.Н.	26, 138
Нилова Л.Ю.	4, 216, 280	Рогаткин Д.А.	269	Сулима М.В.	263
Нилова Т.В.	34, 92, 93	Родионова О.Н.	230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237	Сурков А.Н.	264, 265
Новикова В.П.	5, 25, 147, 209	Рожденкин Е.А.	290	Сурменев Д.В.	19
Новикова Л.И.	160	Рудой А.С.	66, 194, 238	Суховий Л.В.	35
Норенкова Н.В.	55, 180	Рудой М.В.	13, 14, 271	Сучкова Е.В.	288
Нутфуллина Г.М.	8	Рудой С.А.	129, 246, 261	Сушко Т.П.	27
О		Русин В.И.	15	Сущенко М.А.	127
Обуховский Б.И.	309	Русских А.П.	120, 180, 239	Т	
Овчинникова Е.В.	97	Рыбальченко В.К.	161, 226	Таймас Е.А.	28
Одинцева В.Е.	7	Рыбальченко О.В.	37	Терещенко С.Г.	4, 25, 26, 29
Ольхова Е.Б.	303	Рыбальченко Т.В.	284	Тер-Ованесян В.Д.	294, 295
Онучина Е.В.	210			Томасян В.В.	129, 148
Опарина О.Н.	114, 115			Томасян Е.П.	129, 148
Оришак Е.А.	280			Томасян Е.А.	28
Орлова О.Г.	37			Томаш А.Г.	4, 25, 26, 29
Остапченко Л.И.	58, 85, 141, 177				
Островская Г.В.	161, 284				

применялись у 10 больных (Льюиса – 8, Гэрлока – 2), загрудное проведение трансплантата – у 8.

Результаты. Осложнения отмечены у 6 больных (26,1%) – без достоверных различий в группах больных, оперированных одномоментно или многоэтапно. Летальность: 1 больной умер на 3-и сутки после многоэтапной эзофагогастропластики от острой сердечнососудистой недостаточности.

Заключение. При сочетанных послеожоговых стриктурах пищевода и желудка выбор методов восстановления их проходимости индивидуален с учетом многих факторов (общее состояние больного, степень и протяженность стеноза пищевода и желудка, особенности анатомии и т.д.).

15. Факторы, влияющие на портальную гастропатию у больных с циррозом печени

Архий Э.И., Русин В.И., Сирчак Е.С.

Ужгородский национальный университет (медицинский факультет), Ужгород, Украина,
e-mail: szircsak_heni@bigmir.net

Цель исследования: изучить уровень сывороточного гастрин у больных с портальной гастропатией (ПГ) на фоне цирроза печени (ЦП).

Материалы и методы. В настоящей работе для изучения уровня сывороточного гастрин представлены результаты обследования 82 инфицированных *Н. pylori* (НР) пациентов с ЦП.

Больных разделили на 3 группы в зависимости от локализации НР в слизистой оболочке желудка (СОЖ), которую определяли посредством изучения степени контаминации мазков-отпечатков биопсийного материала желудка: I группа – в СО антрального отдела желудка (АОЖ), II группа – в СО тела желудка (ТЖ), III группа – одновременно в СО АОЖ и ТЖ.

Уровень сывороточного гастрин у здоровых добровольцев составлял $(72,4 \pm 3,2)$ пг/мл.

У больных II группы (антральная локализация поражения СОЖ) наблюдали выраженную гипергастринемию – $(172 \pm 3,8)$ пг/мл. При поражении СО ТЖ (II группа) не обнаружили отклонения от нормальных показателей гастрин, уровень его составил $(78,3 \pm 5,2)$ пг/мл.

При одновременном поражении СО АОЖ и ТЖ (III группа) выявили повышение уровня гастрин – $(126,0 \pm 3,9)$ пг/мл.

Выводы. У НР-инфицированных больных с ЦП наблюдается повышение уровня сывороточного гастрин, что в свою очередь поддерживает проявления гипертензионной портальной гастропатии.

16. Фармакоэпидемиология традиционной терапии хронического вирусного гепатита

Атаев М.Г., Агаева Э.Н., Абдулпатахова С.Б.,

Кузнецова И.В., Алхазова Р.Т.

Дагестанская ГМА, Махачкала, Россия,
e-mail: amrg56@mail.ru

Цель настоящего исследования: выяснить частоту назначения различных групп лекарств больным ХГ В и/или С.

Материал и методы. Нами подвергнуты подсчету частота назначения ЛС 23 больным ХГ, из них у 11 обнаружены маркеры гепатита В, у 9 – гепатита С, у 3 – гепатита В и С. Средний возраст больных (43 ± 3) года, мужчин 78%, женщин – 22%. Данные исследования подвергнуты обработке с использованием статистической программы Биостат.

Результаты. В среднем 1 больному ХГ были назначены $(5,3 \pm 0,6)$ ЛС от 2 до 13 ЛС. Полипрагмазия (назначение более 4 ЛС одновременно) наблюдалась в листках назначений у 18 (78%) пациентов с ХГ. Большинство (57%) больных получали от 4 до 6 ЛС. Следовательно, подавляющее большинство больных ХГ имеют высокий риск развития нежелательных эффектов, связанных с полифармакотерапией.

У больных ХГ получали несколько метаболических препаратов. В качестве базисной терапии больным назначались в основном гепатопротекторы (78,3%), витамины (73,9%), панкреатические ферменты (56,5%) и инфузии растворов (56,5%). В то же

время известно, что ни один метаболит не является препаратом выбора при лечении больных ХГ. Более того, некоторые препараты, назначаемые больным, потенциально гепатотоксичны: феррум-лек, сенаде, метронидазол, холосас, на долю которых приходится 34,7% всех назначений. Показанные при вирусных ХГ противовирусные средства были назначены 4 (17,4%) больным из 23.

У 78,3% больных ХГ отмечалась общая слабость, что указывает на наличие астенического синдрома, что могло быть вызвано или усилено такими ЛС, как антигистаминные (8,7%), слабительные (13,0%), диуретические (17,4%) препараты.

Выводы. При традиционной терапии больных вирусным ХГ В и/или С практикуется назначение неэффективных, а порой и опасных при ХГ ЛС.

17. Качество жизни больных хроническим вирусным гепатитом

Атаев М.Г., Аминова Н.М., Агаева Э.Н., Кузнецова И.В.

Дагестанская ГМА, Махачкала, Россия

Цель исследования: изучение качества жизни больных хроническим вирусным гепатитом (ХВГ).

Материал и методы. Оценка качества жизни у 23 больных ХВГ В и/или С (средний возраст $(43,4 \pm 3,2)$ года, 78,3% мужчин) проводилась с использованием опросника SF-8.

Результаты. Все больные отмечали наличие общей слабости. В течение последних 4 недель до опроса у 82,6% больных физическое состояние ограничивало обычную физическую деятельность «отчасти», а у 17,4% больных – «не очень много». У 91,3% отмечается умеренная трудность в повседневной деятельности как дома, так и вне дома, у 8,7% – «немного». Почти все больные ХГ жаловались на боль в правом подреберье. У 4,3% больных отмечалась сильная боль, у 73,9% – умеренная, у 21,7% – слабая. Общее состояние здоровья за последние 4 недели больные оценивали как хорошее в 4,3% случаев, как посредственное – в 69,6%, как плохое – в 26,1%.

На вопрос о жизненной активности в течение последних 4 недель 78,3% больных признавали, что энергии (силы) было немного. Оценка социального функционирования за последние 4 недели показала, что у 78,3% больных общественная деятельность с семьей или друзьями ограничена «отчасти», а у 17,4% – «довольно немного» из-за их физического состояния или эмоциональных проблем. Затруднения ролевого функционирования (выполнение обычной работы), обусловленные физическим или эмоциональным состоянием, наблюдались «отчасти» в 95,7%, «очень немного» – в 4,3% случаев. Эмоциональные проблемы в течение последних 4 недель помешали 82,6% больным «умеренно», 4,3% – «немного», 13% – «довольно много».

Выводы. У больных ХВГ уровень качества жизни достоверно снижен в 1,8-2,8 раза по сравнению с максимально возможными значениями. При этом наиболее страдают общее состояние здоровья и жизненная активность. Данные шкалы характеризуют самочувствие больного и степень астенизации.

18. Лечение пептических стриктур пищевода и лапароскопическая фундопликация

Ахмедов М.Г., Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Титов А.Г.

МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

Цель исследования: изучение эффективности лапароскопической фундопликации при профилактике ретеннозов пептических стриктур пищевода.

Материалы и методы: результаты лечения 159 больных с пептическими стриктурами пищевода в хирургическом торакальном отделении МОНИКИ. Средний возраст больных составил 51,3 года, мужчин 93, женщин 69. В 13,2% случаев (21/159) выполнена резекция пищевода, в 85,5% (136/159) – бужирование. У 14 (8,8%) больных были выполнены дренирующие желудок операции (пилоропластика, гастродуоденостомия, гастроэнтеростомия, дистальная резекция желудка). В 60,3% случаев (82/136) с целью профилактики ретенноза проводилась только консервативная (в т.ч. антисекреторная) терапия. В 39,7% (54/136) случаев