



# Российский журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии, Колопроктологии

Приложение №22  
Материалы Девятой  
Российской конференции  
“Гепатология сегодня”,  
22-24 марта 2004 г., Москва

№ 1

XIV  
Том

2004

(126)

## ИНФИЦИРОВАННОСТЬ Н. PYLORI У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗАМИ ПЕЧЕНИ

Архий Э.Й., Русин В.И., Сирчак Е.С., Варга Л.Л.,  
Москаль О.Н.

Ужгородский национальный университет,  
медицинский факультет, кафедры пропедевтики внутренних  
болезней и госпитальной хирургии, Ужгород, Украина

В данной работе представлены результаты обследования 32 пациентов циррозами печени для изучения частоты инфицированности их *N. pylori*. В 1 группе (у 16 больным) проведено оперативное лечение (эндоваскулярную эмболизацию пищеводной или желудочной артерии), во 2 группе - 16 больных получило консервативное лечение. Выявлено высокую степень инфицированности *N. pylori* в обеих группах больных. Инфицированность *N. pylori* оперированных больных составляет 94%, не оперированных - 81%. У всех больных циррозом печени эндоскопически обнаружили симптомы портальной гастрапатии, которая чаще всего характеризовалась симптомами гастроэзофагальной рефлюксной болезни. Установлено, что инфицированность *N. pylori* способствует появлению такого угрожающего жизни осложнения, как кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода или желудка. Наш опыт показывает, что в комплекс лечения больных циррозом печени инфицированных *N. pylori* необходимо включать эрадикацию хеликобактерной инфекции для предупреждения развития ГЭРБ и кровотечений.

(128)

## ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЦИРРОЗА АЛКОГОЛЬНО-ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Буеверов А.О., Веденникова А.В., Маевская М.В.

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель: продемонстрировать на клиническом примере необходимость абstinенции у больных алкогольно-вирусными поражениями печени до назначения противовирусного лечения для уточнения роли каждого фактора в поражении печени.

Больной Д., 49 лет, поступил 1.03.2001 г. в гепатологическое отделение клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко с жалобами на общую слабость, умеренно выраженные опоясывающие боли в животе. Госпитализирован после выведения из запоя в наркологической больнице, где впервые было обращено внимание на наличие асцита и желтухи. Из анамнеза: около 20 лет злоупотреблял алкоголем (>200 г этанола в сутки). При поступлении: субктическость склер, множественные телеангиазии, гепатосplenомегалия. В анализах крови - тенденция к лейкоцитозу ( $8,9 \times 10^3$ ), АЛТ N, АСТ 3,5N, ЩФ 3 N, билирубин 2N. Выявлена HCV РНК (генотип 1b). При ЭГДС - ВРВП 2 ст. Диагностирован алкогольно-вирусный (HCV РНК+) цирроз печени, класс В по Чайлд-Пью; портальная гипертензия (ВРВП 2 ст.); хронический алкогольный панкреатит в ст. стихающего обострения. Проведено лечение эссенциале Н, урсосаном, креоном. С января 2001 г. строго соблюдал режим абстиненции. При выписке (март 2001 г.) самочувствие нормализовалось. В июне 2001 г. АЛТ 3 N, АСТ N, ЩФ 2 N, билирубин N. Учитывая персистенцию HCV РНК, назначен интерферон- $\alpha$  (реаферон) 3 МU 3 р в нед и продолжен прием урсосана в дозе 1000 мг в день. Переносимость лечения была хорошей ( побочные эффекты - гипертемия на первые инъекции, незначительная лейкопения). В январе 2002 г. АЛТ N, АСТ 1,5 N, ЩФ N. Урсосан отменен, терапия реафероном продолжена еще на 6 мес. В июне 2002 г. АЛТ N, АСТ N; HCV РНК не определяется. Реаферон отменен. При контрольной ЭГДС диаметр ВРВП не увеличился. Пациент продолжает соблюдение режима абстиненции, находится под наблюдением.

(127)

## НЕДОСТАТОЧНОСТЬ НЕКОТОРЫХ МАКРО- И МИКРОЭЛЕМЕНТОВ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Бакулин И.Г., \*Дегоева Б.А., Колобанова Е.В.

Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ,  
\* Городская клиническая больница №29 имени Н.Э. Баумана,  
Москва, Россия

**Цель:** изучить элементный статус у больных циррозом печени для выявления недостаточной обеспеченности микронутриентами.

**Материалы и методы.** Обследовано 20 больных циррозом печени (ЦП) экзотоксической этиологии, средний возраст -  $42,8 \pm 4,5$  года; в класс А (по Child-Pugh) вошли 3 чел., в класс В - 7 чел., класс С - 10 чел. Содержание макро- и микроэлементов в плазме крови оценивали с помощью масс-спектроскопии (Elan 9000, PerkinElmer, США) и атомно-эмиссионной спектрометрии с индуктивно-связанной плазмой (Optima 2000 DV, PerkinElmer, США). В качестве группы сравнения использовались образцы плазмы крови, полученные у 20 практически здоровых людей-добровольцев из числа медицинских работников.

**Результаты.** Полученные данные свидетельствуют о недостаточном содержании в плазме крови таких элементов с минимальной гомеостатической емкостью, как Р ( $p < 0,05$ ), Se ( $p < 0,05$ ) и Zn ( $p < 0,05$ ), что указывает, в первую очередь, на снижение антиоксидантной защиты организма и белковосинтезирующей функции печени. Выявлено снижение содержания некоторых элементов с высокой гомеостатической емкостью - Ca ( $p < 0,05$ ), K, Mg, что свидетельствуют о нарушениях в кальций-fosфор-магниевом обмене у данной категории больных.

**Выходы:** Для больных ЦП экзотоксической этиологии характерна недостаточная обеспеченность такими макро- и микроэлементами, как Se, Zn, P, Ca, K, Mg, что, по-видимому, требует их восполнения для повышения эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий. Для этих целей могут использоваться минерально-витаминные комплексы в профилактических дозах.

(129)

## ГЛУТАРГИН В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Гайдуков В.О., Агибалов А.Н., Христуленко А.Л., Онищенко А.В.  
Гайдуков Е.В., Холопов Л.С.

Донецкий государственный медицинский университет  
им. М. Горького, Донецк, Украина

**Цель:** Повышение эффективности лечебных мероприятий у больных с печеночной энцефалопатией на терминальных стадиях цирроза печени.

**Материалы и методы.** под наблюдением находилось 14 больных циррозом печени. Больные были обследованы клинически, использовались биохимический, ультрасонографический, эндоскопический, иммунологический методы. Проводился тест на цифровую последовательность для определения стадии энцефалопатии. Глутаргин вводился на изотоническом растворе натрия хлорида в дозе 50 м внутривенно капельно дважды в день в течение 5-10 дней. Средний курс  $6,2 \pm 3,7$  дней. С последующим переходом на таблетированную форму по 3 таб. (0,75) 3 раза в день в течение 15-20 дней. Наблюдавшиеся больные были в возрасте от 23 до 74 лет. Средний возраст составил  $52,2 \pm 6,4$  лет. Женщин было 5, мужчин - 9. У 4 (20,2%) обследованных в анамнезе были желудочно-кишечные кровотечения из в/в пищевода. У 100% больных был асцит, причем в подавляющем большинстве (12) резистентный. У 57% больных выявлены вирусные гепатиты «С», у 6 больных - гепатит «В». В 100% случаев отмечалась гипербилирубинемия, повышение аминотрансфераз, снижение печечно-селезеночного индекса. У больных циррозом печени была 2-стадии печеночной энцефалопатии.

**Результаты.** Все больные хорошо переносили препарат. Практически у всех больных отмечалась положительная клиническая динамика - уменьшились явления печеночной энцефалопатии. Уменьшилось.

**Выходы.** таким образом, глутаргин является эффективным препаратом, который целесообразно включать в комплексное лечение больных с печеночной энцефалопатией.