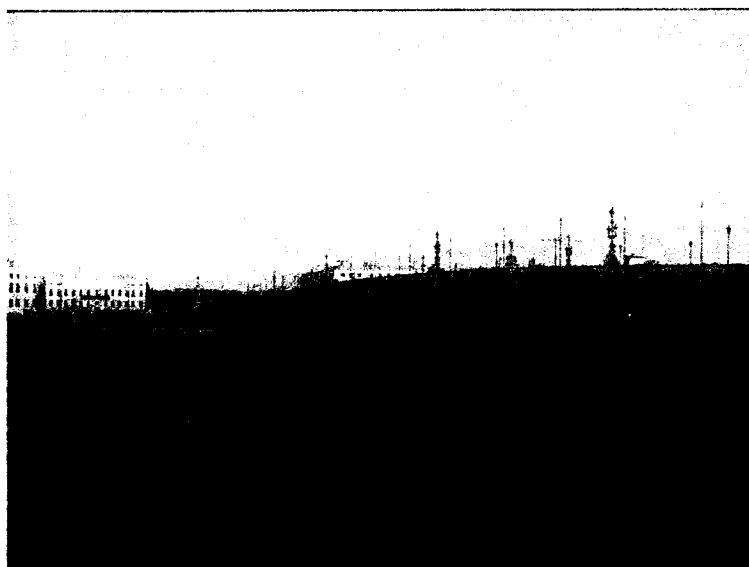


Гастроэнтерология Санкт-Петербурга

Научно-практический
журнал



Гастроэнтерология

Гепатология

Колопроктология

Фармакотерапия

Питание

В номере:

Материалы 7-го Международного
Славяно-Балтийского научного форума
"Санкт-Петербург – Гастро-2005"

№ 1-2 / 2005

Гастроэнтерология
Санкт-Петербурга

Научно-практический журнал

Председатель редакционного совета:**Е.И. Ткаченко**

vice-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)****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 и издатель:**ООО "Гастро", Санкт-Петербург**Редакция:**ООО "Гастро", а/я 55, П-101,****Санкт-Петербург, 197101****Тел./факс: (812) 112-6445****Тел.: (812) 317-8930****E-mail: gastro@peterlink.ru**Распространение:

Прямая 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 "Гастроинформ".

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", 2005

**Содержание****Гастроэнтерология****О.Н. Мицушкин**

Билиарно-печеночная дисфункция. Понятие, классификация, диагностические и лечебные подходы 2

Б.Д. Старостин

Спорные вопросы поддерживающей терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни 9

Официальная информация 7-го Международного Славяно-Балтийского научного форума

"Санкт-Петербург — Гастро-2005" 12

Материалы 7-го Международного**Славяно-Балтийского научного форума**

"Санкт-Петербург — Гастро-2005" M1

Авторский указатель M166

эрадикационной терапии у детей с кислотозависимыми заболеваниями, и методы коррекции возникающих нарушений.

Материалы и методы. Когорту исследуемых составили 64 ребенка: основная группа (I группа, n=42) помимо эрадикации получала смекту (Ipsen) 10 дней, группа контроля (II группа, n=22) получала только эрадикационную терапию. Диагноз верифицировали с помощью эндоскопических, иммуноферментных методов, изучали состояние антиоксидантной защиты и микрофлоры кишечника.

Результаты. Синдром кишечной диспепсии, индуцированный проведением эрадикационной терапии, был отмечен у 8 (36,4%) пациентов группы сравнения. Достоверно реже ($p < 0,05$) диспепсия встречалась в группе больных, получавших смекту (9%). На фоне лечения смектой у подавляющего числа больных I группы диспепсия исчезла на 4 день, у четверти детей группы сравнения – наблюдалась до 16 дней. До лечения у 1/3 пациентов обеих групп отмечался дефицит облигатной микрофлоры на фоне выраженного роста золотистого стафилококка (у 43% детей I группы и 27% – II). После проведения эрадикации отмечалось достоверное ($p < 0,05$) уменьшение числа детей с дефицитом лактобактерий и избыточным ростом стафилококка в I группе, увеличение числа детей с повышенным уровнем стафилококка во II группе и появлением в кале *Cl. difficile* в обеих группах. Клинически это выразилось в появлении субфебрилитета, катаральных изменений слизистой оболочки кишки у детей группы сравнения при отсутствии аналогичных изменений у пациентов I группы. У пациентов обеих групп наблюдалось увеличение содержания малонового диальдегида в 2 раза. Применение смекты привело к достоверному снижению ($p < 0,05$) уровня малонового диальдегида до нормы у пациентов I группы при параллельном повышении антиоксидантной защиты в 1,5 раза.

Выводы. Антибиотик-ассоциированная диспепсия встречается у 20,3% получающих эрадикационную терапию детей с кислотозависимыми заболеваниями; наиболее частыми симптомами диспепсии являются острая диарея и метеоризм; проведение эрадикационной схемы терапии вызывает значительный рост в кишечнике золотистого стафилококка и появление *Cl. difficile* у 7,8% пациентов. Назначение цитомукропротектора смекты положительно влияет на устранение побочных эффектов, сдерживает бурный рост патогенной микрофлоры в кишечнике (золотистого стафилококка); предупреждает развитие клинических симптомов клостридоза; применение смекты приводит к активации факторов антиоксидантного звена.

21 Цитомегаловирусная инфекция и хронический гепатит С

Архип Е.И., Дербак М.А.

Ужгородский национальный университет, Украина

По заболеваемости и тяжести осложнений хронический гепатит С в последние годы занимает ведущие позиции среди хронических гепатитов. HCV – это РНК-содержащий вирус с высокой степенью спонтанных мутаций, способный к репликации не только в клетках печени, но и в иммунокомпетентных клетках крови (моноцитах, макрофагах, В-лимфоцитах).

Одновременно все чаще внимание врачей привлекает цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ), геном которой также персистирует в клетках крови человека. Многообразие клинических проявлений ЦМВИ всегда имеет место на фоне иммунодефицитных состояний человека различной этиологии. В то же время особенностью ЦМВИ является способность самостоятельно становиться причиной развития хронического гепатита.

Цель работы: изучить особенности течения хронического гепатита С у лиц с ЦМВИ.

Материалы и методы. Обследованы 49 больных ХГС. Этиологию вирусную верифицировали с помощью установления фазы вирусного процесса осуществляют с помощью обнаружения серологических маркеров анти-HCV IgM, анти-HCV IgG сумм., анти-СМВИ IgM и IgG методом иммуноферментного анализа с использованием тест-систем фирмы "Вектор-Бест", а также обнаружением РНК ВГС и ЦМВ методом полимеразной цепной реакции. Кроме того, определяли содержание билирубина, активность трансаминаз, щелочной фосфатазы, показатели белко-

вого метаболизма: общего белка сыворотки, альбуминов, глобулинов и их фракций, холестерина, тимоловой пробы. Все больные были обследованы на присутствие вирусов гепатитов А, В, Д и ВИЧ. Сочетание двух этиологических факторов было критерием исключения больного из группы изучения.

Результаты и обсуждение. Антитела IgG к ЦМВ выявлены у 36 (73,5%) больных ХГС, причем у 7 (14,3%) из них выявлены IgM к ЦМВ. Четырехкратное нарастание титра IgG к ЦМВ обнаружено у 8 (16,3%) больных ХГС. Таким образом, больные были разделены на две группы: первая группа – 15 больных ХГС с активной ЦМВИ и вторая группа – 34 больных ХГС без ЦМВИ или с неактивной ЦМВИ. Клинически у 93,3% больных первой группы отмечалась субиктеричность слизистых оболочек, зуд кожи, в то время как во второй группе такие жалобы были только у 35,3% больных. Диспепсический синдром регистрировался у 13 больных (86,6%) и у 27 больных (79,41%) соответственно.

При объективном обследовании была выявлена бледность кожи, субиктеричность склер и следы расчесов у 14 (93,3%) и у 12 (35,3%) больных соответственно.

Из биохимических показателей наиболее характерными были следующие: повышение уровня билирубина у 93,3% больных первой группы и у 55,88% больных второй группы, значительное повышение щелочной фосфатазы соответственно у 86,6% и 47,05% больных, незначительно повышенный уровень АЛТ, а именно, в 1,5 раза, у 86,6% первой и у 82,35% больных второй группы соответственно. Сравнительный анализ показал, что у лиц первой группы, в отличие от больных второй группы, достоверно чаще наблюдалось клинически манифестное течение заболевания с синдромом холестаза, который сопровождался повышением в крови уровня общего и прямого билирубина, щелочной фосфатазы, холестерина (93,3% и 85,29% соответственно), повышение АЛТ (46,6% и 35,3%).

Выводы. 1. Ведущим синдромом в клинике ХГС с ЦМВИ является синдром холестаза. 2. При ЦМВ инфицировании достоверно чаще, чем без ЦМВИ, наблюдается клинически манифестное течение хронического гепатита С с синдромом холестаза, артралгиями и гепатомегалиями. 3. Повышение уровня АЛТ было частым (86,6%), но незначительным, т.е. явления цитоллиза при данном заболевании минимальны.

22 Лечение хеликобактерной инфекции у больных с циррозом печени для предупреждения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка

Архип Е.И., Русия В.И., Сирчак Е.С., Москаль О.Н.,

Варга Л.Л.

Ужгородский национальный университет, Украина

Цель работы: определить частоту инфицирования *H. pylori* у больных циррозом печени (ЦП), осложненным кровотечением из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка, и оценить эффективность проведения эрадикационной терапии в профилактике кровотечений из ВРВ пищевода и желудка.

Материалы и методы исследования. Обследованы 27 больных ЦП, которые лечились в хирургическом отделении №1 ОКБ Ужгорода в 2003-2004 г.г. *H. pylori* определяли иммунологическим методом и с помощью дыхательного теста.

Результаты. Из 27 больных ЦП *H. pylori* была диагностирована у 24 больных (89%). Для проведения лечения этих больных разделены на две группы, по 12 человек в каждой.

Причиной ЦП в большинстве случаев стал хронический алкоголизм. Такие данные зарегистрированы в 1-й группе у 8 (67%) человек, во 2-й группе – у 7 (58%).

Распределение больных в зависимости от степени тяжести ЦП по Child-Pugh следующее: в классе А вошли 6 (50%) больных 1-й группы и 5 (42%) больных 2-й группы, в классе В – 6 (50%) больных 1-й группы и 7 (58%) больных 2-й группы.

Эндоскопически у больных были обнаружены признаки портальной гипертензии: у 100% больных обеих групп выявили гастроэзофагеальный рефлюкс, который сопровождался явлениями выраженного гастрита и эзофагита у 12 (100%) больных 1-й группы и у 11 (92%) больных 2-й группы. Дюоденогастральный рефлюкс был обнаружен у 9 (75%) больных 1-й группы и у 8

(67%) больных 2-й группы; дуоденит – у 10 (83%) больных обеих групп; язва двенадцатиперстной кишки – у 5 (42%) больных 1-й группы и у 4 (33%) больных 2-й группы.

В 1-й группе проводилась тройная эрадикационная терапия кларитромицином по 500 мг 2 раза в сутки в сочетании с амоксициллином по 1000 мг 2 раза в сутки на протяжении 7 дней, а также омепразолом по 20 мг 1 раз в сутки. Лечение омепразолом продолжали еще 3 недели по 20 мг 1 раз в сутки. 2-я группа больных отказалась от эрадикационной терапии.

Наши наблюдения показали, что в 1-й группе больных после эрадикации *H. pylori* кровотечения из ВРВ пищевода и желудка за указанное выше время наблюдались у 2 (27%) больных, тогда как во 2-й группе, где не проводилась эрадикация *H. pylori*, за это же время кровотечения зарегистрированы у 5 (42%) больных.

Выводы. Тройная эрадикационная терапия с использованием кларитромицина, амоксициллина и омепразола является эффективной схемой у больных с ЦП, так как она уменьшает частоту возникновения кровотечений из ВРВ пищевода и желудка у этих пациентов.

23 Хирургическая тактика при кровотечениях из язв двенадцатиперстной кишки, осложненных стенозом и пенетрацией

Асташов В.Л., Клеин В.Е.

Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко, Москва, Россия

Цель: проанализировать результаты хирургического лечения хронических гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением, стенозом и пенетрацией.

Материалы и методы исследования. Из 262 пациентов, оперированных по поводу язвенных кровотечений, у 64 (24,4%) диагностирована пенетрация язв. Наиболее часто (у 80,3% пациентов) наблюдали пенетрацию в головку поджелудочной железы. Стеноз диагностирован у 69 (26,3%) пациентов. Следует отметить, что 58% пациентов с язвой двенадцатиперстной кишки и 44% с язвой пилорического отдела желудка имели различные степени стеноза. У 35 (13,6%) больных выявлено одновременное сочетание этих осложнений. Неотложные и отсроченные оперативные вмешательства составили 64%. При язве ДПК: паллиативные – 3,2%, ваготомия – 58,2%, резекция желудка – 38,6%.

Результаты. Уровень летальности у больных с язвой ДПК: неотложные – 4,4%, отсроченные – 3,9%, плановые – 4,4%. В зависимости от вида оперативного вмешательства: язва желудка – паллиативные (15,3%), ваготомия (2,1%), резекция желудка (6,1%); язва ДПК – паллиативные (2,5%), ваготомия (3,8%), резекция желудка (6,3%). При анализе отдаленных результатов при язве ДПК: паллиативные – 100% неудовлетворительные, после ваготомии – хорошие (94%), удовлетворительные (5%), неудовлетворительные (1%), резекция желудка – хорошие (26%), удовлетворительные (53%), неудовлетворительные (21%).

Выводы. Результаты свидетельствуют о преимуществах органосохраняющих операций при хирургическом лечении гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением, стенозом и пенетрацией.

24 Опыт радиочастотной абляции злокачественных новообразований печени

Асташов В.Л., Литовченко Г.Я., Кучин С.С.

Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко, Москва, Россия

Цель исследования: оценка эффективности и безопасности РЧА при лечении злокачественных новообразований печени.

Материалы и методы. РЧА очаговых образований печени была выполнена 17 пациентам (9 женщинам и 8 мужчинам в возрасте от 41 до 66 лет). Показаниями к выполнению РЧА служили гистологически доказанные злокачественные новообразования: первичный гепатоцеллюлярный рак – 1 пациент, метастазы колоректального рака – 8, рака поджелудочной железы – 2, рака желудка – 2, рака молочной железы – 2, рака почки – 1, рака яичников – 1. Размеры образований составляли от 5 до 25 мм. Всего РЧА подвергли 94 очага. 7 пациентам была выполнена чрескож-

ная РЧА под контролем УЗИ, а 10 пациентам – интраоперационная РЧА (в том числе в 2 случаях – сочетавшаяся с резекцией печени). Выполнение РЧА производилось с помощью аппарата BERCHTOLD-106 HiTT. Для абляции образований использовались игольчатые электроды с водоохлаждаемым кончиком и длиной рабочей части от 2,0 до 3,5 см.

Результаты. Летальных исходов не было. В послеоперационном периоде у всех пациентов была отмечена непродолжительная гипертермия (до субфебрильных цифр), преходящая гиперферментемия. В одном наблюдении отмечено формирование инфильтрата в области пункционного канала. У второго пациента длительно сохранялись явления правостороннего гидроторакса. При контрольной пункционной биопсии очагов, подвергшихся РЧА, обнаружены клетки в стадии деструкции.

Выводы: РЧА представляется надежным малоинвазивным способом циторедуктивного лечения, не сопряженным со значительным риском осложнений и хорошо переносимым больными.

25 Сочетанные заболевания органов пищеварения у детей с врожденными пороками сердца

Атаянц О.К.

Краевая детская клиническая больница, Краснодар, Россия

Сочетание врожденных пороков сердца (ВПС) с заболеваниями органов пищеварения может влиять на сроки их хирургической коррекции.

Цель исследования: изучить структуру заболеваний органов пищеварения у детей с ВПС.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 104 ребенка с ВПС (58 девочек и 46 мальчиков). Диагностика заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) проводилась с помощью эзофагогастродуоденоскопии, ультрасонографии органов брюшной полости, биохимических исследований крови. Дети были разделены на 3 группы. Первую группу составили 59 детей с ВПС бледного типа с артериовенозным шунтом. Во вторую вошли 19 детей с ВПС синего типа с веноартериальным шунтом. В состав третьей были включены 26 детей с ВПС без сброса, но с наличием препятствия на пути кровотока из желудочков.

Результаты и обсуждение. Анализ полученных данных показал, что во всех группах у каждого ребенка выявлено одно или несколько заболеваний пищеварительного тракта. Гастриты обнаружены у 54,4% детей, гастродуодениты (ГД) – у 35,6%. При этом эрозивные гастриты отмечались у 13,5%, гастродуодениты – у 8,5%. Рефлюксные нарушения отмечались у трети детей. Реактивные изменения в печени обнаружены у 18 детей, в поджелудочной железе – у 8. Аномалии развития кишечника в виде долихосигмы выявлялись у 3 больных, у 1 ребенка диагностирован неспецифический язвенный колит, у 18 – синдром раздраженной толстой кишки.

Выводы. Полученные данные позволяют предположить, что большинство детей с ВПС имеют те или иные заболевания пищеварительного тракта. Структура этих заболеваний не зависит от тяжести порока и его анатомических и гемодинамических особенностей.

26 Одномоментные сочетанные операции при воспалительно-язвенных заболеваниях толстой кишки

Ахмедов М.А., Наврузов Б.С.

1-й Ташкентский ГМИ (каф. хирургии для 6-7 курсов), Узбекистан

Цель: улучшить результаты хирургического лечения воспалительно-язвенных заболеваний толстой кишки при сочетании с другими хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.

Материал и методы. Материал исследования составили 340 больных с воспалительно-язвенными заболеваниями толстой кишки. В результате исследования у 185 (54,4%) больных диагностирован неспецифический язвенный колит, у 110 (32,4%) – амибиаз толстой кишки, у 45 (13,2%) – болезнь Крона толстой кишки. Кроме того, у 42 (12,3%) больных имелись сопутствующие хирургические заболевания других органов брюшной по-