

ISSN 0868-8109

ПРОБЛЕМЫ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

Problems of Gastrenterology

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

СПОНСОРЫ: SANOFI AVENTIS

ROCHE

ГЕДЕОН РИХТЕР

HERBION

Институт гастроэнтерологии АН Республики Таджикистан

Компьютерная верстка Института гастроэнтерологии АН Республики Таджикистан

© Проблемы гастроэнтерологии, №4 (33), 2007

<i>Непесова О.Б.</i> - Роль вирусов гепатита в формировании циррозов печени.....	176
<i>Неронов В.А., Чернышев А.Л., Максимов В.А.</i> - Перспективы использования препарата «Виферон» в лечении больных хроническим вирусным гепатитом С.	180
<i>Нормирзаева М.Ю., Усманов Р.И., Зуева Е.Б.</i> - Портопеченочная гемодинамика при хронических гепатитах.	185
<i>Пальгова Л.К., Касенова Н.Б., Колесникова Н.Б., Рейман О.В.</i> - Влияние антитоксической фракции печени (препарат гепадиф) на активность цитокиновых реакций при диффузных заболеваниях печени.	189
<i>Пальгова Л.К., Касенова Н.Б., Рейман О.В., Шуклина И.А., Колесникова Н.Б.</i> - Дискриминантный и корреляционный анализ влияния препарата гепадиф на активность процессов фиброобразования при диффузных заболеваниях печени.	191
<i>Пулатов Д.И.</i> - Некоторые физические методы лечения ранней стадии желчнокаменной болезни - билиарного сладжа.	193
<i>Раджабова Н.И.</i> - Некоторые особенности клинико-морфологического течения фиброза печени при гемохроматоз Е.	196
<i>Расулов У.Р., Мирзоев Х.Ш., Ниязов Ф.И., Холиков Р.В., Шарифов М.М.</i> - Поражение печени, обусловленное тиреотоксикозом.....	199
<i>Сиксай Л.Т., Сирчак Е.С., Дербак М.А.</i> - Использование гепатопротекторов в комплексном лечении больных с хроническими заболеваниями печени.....	201
<i>Тишкова Ф.Х., Талбов У.С., Джурраева В.В., Гулиев А., Муллоджанова М.М.</i> - Частота обнаружения и количественное содержание антител классов IgG и IgM к HCV при хроническом гепатите С.	204
<i>Товсташи А.Т., Мансурова Ф.Х., Якутцени П.П.</i> - К вопросу о терапии хронического вирусного гепатита В.	209
<i>Усманов Р.И., Зуева Е.Б.</i> - Эффективность дюспаталина в терапии дисфункции сфинктера Одди.	212
<i>Хужамуродов М.Н., Одинаев Р.И., Шамсутдинов Ш.Н.</i> - Нарушение обмена углеводов и липидов у больных неалкогольным стеатогепатитом.	214
<i>Шарипов В.Ш.</i> - Значение рентгенограмметрии холангиограмм у больных механической желтухой.	216

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

<i>Ахмедов С.М., Иброхимов Н.К., Расулов Н.А., Назаров А.Ф.</i> - Резекция очаговых заболеваний печени.	219
<i>Гульмурадов Т.Г., Гульмурадова Н.Т.</i> - Диагностика и лечебная тактика при остром деструктивном панкреатите.	221

ИКСАЙ Л.Т., СИРЧАК Е.С., ДЕРБАК М.А.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

жгородский национальный университет, г.Ужгород, Украина

Заболевания органов пищеварения являются распространенной патологией и имеют тенденцию к увеличению. По данным Центра медицинской статистики МЗ Украины, их доля составляет 9,3% от всех заболеваний, которые зарегистрированы в Украине. За период от 1997 по 2002 гг. уровень распространенности заболеваний органов пищеварения увеличился в целом по Украине на 10,0%, с 12086,8 до 14996,1 на 100 тыс. взрослых и подростков.

Особенно актуальной остается проблема современной диагностики и разработка эффективных методов лечения циррозов печени, что обусловлено увеличением его распространенности и заболеваемости в Украине на 15,8% и 44,8% соответственно за период с 1997 по 2003 гг. Наблюдается также увеличение распространенности хронических гепатитов, как предстadium цирроза печени за этот период на 58,2%, с максимальными показателями заболеваемости в Закарпатской, Одесской и Ивано-Франковской областях Украины.

В связи с этим становится актуальным вопрос о поиске новых высокоэффективных дикаментозных препаратов для профилактики и лечения этих патологий.

Важное место в комплексном лечении больных с хроническими заболеваниями печени занимают гепатопротекторы (ГП). Дей-

ствие гепатопротекторов направлено на нормализацию гомеостаза в печени, повышение устойчивости органа к действию патогенных факторов, нормализацию функциональной активности печени и стимуляцию репаративно-регенеративных процессов. Кроме этого, гепатопротекторы имеют и детоксикационное действие, в том числе и аммиакорегулирующее.

Цель нашей работы: провести сравнительный анализ эффективности двух комплексных схем лечения больных с хроническими заболеваниями печени, которые отличаются только за препаратом гепатопротекторного действия, глутаргином и тиотриазолином.

Материалы и методы: Исследовано 57 больных с хроническими заболеваниями печени (хроническим гепатитом, циррозом печени). Диагноз заболевания печени ставился с учетом жалоб, анамнестических, лабораторных (биохимический анализ крови, определение маркеров вирусов гепатитов В, С, D с помощью иммуноферментного анализа ELISA) и инструментальных (ультразвуковое исследование органов брюшной полости, фиброзофагогастродуоденоскопии, радиоизотопных и ангиографических) методов исследования.

Всем больным на фоне мочегонных препаратов, β -блокаторов, лечение проводилось дуфалаком, витаминами, гепатопротекторами.

Больных разделили на две группы: первая группа (27 больных), в качестве гепатопротектора получала глутаргин: 40% - 5,0 мл 1 раз в день на 200 мл физиологического раствора внутривенно капельно (40-60 капель за 1 минуту) – на протяжении 5 дней, с дальнейшим переходом на таблетированный прием препарата 750 мг в день (3 таблетки 3 раза в сутки) – 7 дней.

Вторая группа (30 больных), в качестве гепатопротектора получала тиотриазолин: 2,5% - 4,0 мл 2 раз в день внутримышечно на протяжении 10 дней.

Результаты исследований. После проведения клиничко-лабораторных методов исследования больных разделили по возрасту и

полу. Мужчин в 1-й группе было 15 (56%), во 2-й группе – 16 (53%); женщин в 1-й группе было 12 (44%), во 2-й группе – 14 (47%). Мало отличался и средний возраст больных. В 1-й группе составлял $42,8 \pm 2,3$ лет, во 2-й группе – $41,7 \pm 1,9$ лет.

У большинства больных наблюдали астеноневротический, болевой синдромы, а также гепатомегалию, спленомегалию, желтуху, асцит, субклинические признаки печеночной энцефалопатии.

Лечение позитивно влияло на динамику клинических симптомов и биохимических показателей у всех 57 больных, но в 1-й группе клиническое улучшение наблюдалось уже на 2-3 дни лечения (табл. 1).

Таблица 1

Динамика клинической симптоматики у больных с хроническим поражением печени под действием лечения

Клинические признаки	До лечения		После лечения	
	1 группа (лечение глутаргином) n=27	2 группа (лечение тиотриазолином) n=30	1 группа (лечение глутаргином) n=27	2 группа (лечение тиотриазолином) n=30
Астеноневротический	100 %	100 %	52 %	63 %
Болевой синдром	52 %	53 %	26 %	43 %
Гепатомегалия	96 %	90 %	70 %	70 %
Спленомегалия	85 %	80 %	74 %	73 %
Желтуха	59 %	57 %	19 %	27 %
Отек нижних конечностей	48 %	53 %	26 %	33 %
Асцит	44 %	43 %	26 %	27 %
Субклинические признаки печеночной энцефалопатии	41 %	43 %	22 %	33 %

У больных 1-й группы признаки астеноневротического синдрома имели тенденцию к исчезновению уже на 1-3 дни лечения, болевой синдром уменьшился или полностью исчез на 5-7-й дни лечения. У больных 2-й группы идентичные изменения наблюдались только под конец 1-й недели комплексного лечения. Субклинические признаки пе-

ченочной энцефалопатии также чаще нормализовались у больных первой группы, т.е. на фоне лечения глутаргином.

Биохимические показатели, которые в обеих группах до лечения были сходными, выраженными синдромами желтухи, мезенхимно-восполительным и синдромом цитолиза, тоже имели позитивную динамику. В гру-

те больных, которые принимали глутаргин всех биохимических показателей (табл..2.)
 позитивно достоверными были изменения

Таблица 2

Динамика лабораторных показателей крови под влиянием комплексного лечения у больных с хроническим поражением печени

Показатели	1 группа (традиционная схема + глутаргин) n=27			2 группа (традиционная схема + тиотриазолин) n=30		
	До лечения M ₁ ±m ₁	После лечения M ₂ ±m ₂	P	До лечения M ₁ ±m ₁	После лечения M ₂ ±m ₂	P
1	2	3	4	5	6	7
Билирубин общий (ммоль/л)	29,17 ± 3,1	17,21 ± 3,78	0,00 1	25,99 ± 3,02	21,2 ± 3,77	0,05
Билирубин прямой (ммоль/л)	19,27 ± 2,1	8,52 ± 1,15	0,00 1	19,18 ± 2,57	15,3 ± 2,1	0,05
Гимоловая проба (МО)	6,4 ± 0,23	3,74 ± 0,71	0,00 1	5,74 ± 0,92	3,01 ± 0,77	0,001
АЛТ мкмоль/л час	2,15 ± 0,09	1,03 ± 0,7	0,00 1	2,4 ± 0,31	1,7 ± 0,26	0,5
АСТ мкмоль/л час	2,29 ± 0,16	1,09 ± 0,7	0,00 1	2,22 ± 0,24	1,72 ± 0,66	0,5
Общий белок (г/л)	73,4 ± 1,89	75,5 ± 4,1	0,05	72,2 ± 1,99	69,89 ± 2,8	0,05
Альбумины (%)	33,3 ± 1,6	35,3 ± 2,1	0,5	34,2 ± 1,54	36,6 ± 2,4	0,5
Глобулины: α ₁ (%)	4,1 ± 0,24	3,8 ± 0,71	0,05	4,42 ± 0,52	4,51 ± 1,1	0,5
α ₂ (%)	7,6 ± 0,66	8,62 ± 1,04	0,05	6,9 ± 0,51	6,39 ± 0,15	0,5
β (%)	12,19 ± 0,8	15,7 ± 0,9	0,05	12,9 ± 0,77	12,7 ± 0,9	0,5
γ (%)	43,5 ± 1,2	35,9 ± 1,4	0,05	39,9 ± 1,52	37,2 ± 1,11	0,5

У больных 1-й группы, которые в комплексном лечении получали глутаргин наблюдали более выраженную позитивную динамику биохимических показателей крови, по сравнению с больными 2-й группы. У больных 1-й группы уровень билирубина уменьшился на 7-10-й дни лечения, тогда как у больных 2-й группы отметили только незначительную позитивную динамику этого показателя. Под влиянием комплексного лечения у больных с использованием глутаргина нормализовались и белковые фракции крови. Следует отметить, что на 3-5-й дни лечения у больных 1-й группы наблюдали незначительное

увеличение АСЛ и АЛТ, что нормализовалось на 10-14-й дни лечения достоверно чаще, чем у больных 2-й группы.

Выводы:

1. Препарат из аминокислот - глутаргин приводит к более выраженной позитивной динамике клинической и лабораторной картины по сравнению с тиотриазолином при комплексном лечении больных с хроническими заболеваниями печени.

2. Больным с хроническими заболеваниями печени целесообразно назначать препарат глутаргин для профилактики печеночной энцефалопатии.