

Гастроэнтерология Санкт-Петербурга

*Научно-практический
журнал*



Гастроэнтерология

Гепатология

Колопроктология

Фармакотерапия

Питание

В номере:

*Материалы 7-й Научной сессии
Института гастроэнтерологии
и клинической фармакологии
СПбГМА им. И.И. Мечникова*



№ 4 / 2010

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)****Р.Р. Бектаева (Астана)****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)****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) 499-44-40

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 "Гастрообллетень".

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

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", 2010



Содержание

Гастроэнтерология

В.Б. Гриневич, Е.И. Сас, Ф.А. Карев, А.В. Тряпицын, О.И. Ефимов

Метаболические эффекты селективного М-холинолитика (гиосцина бутилбромид) у больных с хроническим панкреатитом 2

В.С. Султанов, Е.Н. Лаптева, В.И. Рошкин,

Т.Н. Трофимова, И.А. Гавришева

Клиническое исследование гепатопротектора «Ропрен» при заболеваниях гепатобилиарной системы 7

V.S. Sulttanov, V.G. Agishev, I.A. Monakhova, I.A. Mokhovikova,

A.P. Kulikov, V.I. Roschin, T.V. Nikitina

Ropren® improves liver and pancreatic function in patients with chronic alcoholism 12

Т.В. Габруская, С.И. Ситкин

Топический кортикостероид будесонид в лечении болезни Крона у детей 19

О.А. Саблин, Т.А. Ильчишина

Хронический панкреатит: классификация и возможности ферментной терапии 23

С.М. Захаренко, А.Н. Суворов

Пробиотики, пребиотики, антибиотики: друзья или враги? 27

Н.А. Захарова, А.С. Сарсенбаева, С.Н. Теплова

ХЕЛИК-тест и тест CagA-серопозитивности в мониторинге диспансерной группы пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки 31

М.А. Сеньчукова, Л.Р. Аминова

Роль эрадикационной терапии в лечении больных местно-распространенными формами рака желудка 35

В.А. Калашникова

Естественная *N. pylori*-ассоциированная инфекция приматов 38

Питание и БАД

Д.П. Тарусин

Экономические аспекты развития рынка биологически активных пищевых добавок к пище (БАД) 41

7-я Научная сессия Института гастроэнтерологии

Материалы 7-й Научной сессии Института гастроэнтерологии и клинической фармакологии СПбГМА им. И.И. Мечникова (Санкт-Петербург, 25–26 ноября 2010 года) М1

Результаты. По данным эндоскопии пищевода в 1-й группе нормальная картина слизистой выявлялась у 42,86% больных с нормальной массой тела, у 100% больных с недостаточностью массы тела, у 4 лиц с ожирением 2 степени. При этом у 2 пациентов с ожирением 1 степени (100% больных) и двух с нормальной массой тела диагностировался эрозивный рефлюкс-эзофагит (РЭ) и у 6 (42,86%) больных также с нормальным ИМТ выявлялось катаральное поражение пищевода.

Наиболее часто во 2-й группе встречался эрозивный РЭ, при этом у 38,71% участников патология отсутствовала. Среди больных с нормальным ИМТ эрозивный РЭ встречался у 33,33% пациентов, с недостаточностью массы тела – у 18,18%, и наиболее часто при ожирении 1 степени – у 55,56%. Катаральное поражение пищевода также преобладало среди больных с повышением массы тела – у 44,44%, что указывает на то, что ожирение может служить фактором риска формирования рефлюкс-эзофагита. В целом катаральный эзофагит чаще встречался во 2-й группе – у 27,42% (17 больных). У больных ЯБ ДПК с недостаточностью питания РЭ не обнаруживался у 63,64% больных (7 человек).

Вывод. Таким образом, состояние статуса питания следует учитывать при лечении больных с патологией слизистой пищевода.

121. Диагностика атрофии слизистой оболочки желудка различными методами у пациентов разного возраста

Сидоркин А.О., Азанчевская С.В., Фадеева Д.В., Новикова В.П.
ГПАБ, СПбГМА им. И.И. Мечникова, СПбГПМА,
Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: оценить частоту атрофии слизистой оболочки желудка у детей и взрослых с использованием различных методов.

Материал и методы. Изучение биоптатов по сиднейской визуально-аналоговой шкале проводилось 224 пациентам с хроническим гастритом. 96 больных (57 детей и 39 взрослых) обследовались гастропанелью «Biohit». Биоптаты 21 пациента (10 взрослых и 11 детей) оценивались по модифицированной визуально-аналоговой шкале, предложенной III съездом Российского общества патологоанатомов.

Результаты. При оценке биоптатов по сиднейской шкале у детей атрофический гастрит встречался реже, чем у взрослых – 11,6% и 58,2% ($p < 0,05$). Гастропанель «Biohit» выявляла признаки атрофии тела желудка у 3,4% детей и 37,5% взрослых ($p < 0,05$), а антрального отдела – у 43,9% детей и 28,6% взрослых ($p > 0,05$). При оценке биоптатов по модифицированной визуально-аналоговой шкале выявлено, что у всех взрослых с хроническим гастритом имеется атрофия слизистой оболочки желудка (у 5 – второй стадии, у двух – третьей, у 3 – четвертой стадии) с наличием у 6 пациентов пилорической и у 7 – кишечной метаплазии. В то же время у 81,8% детей также была выявлена атрофия слизистой оболочки желудка (у 7 – первой стадии, у 1 – второй, у 1 – третьей). Но у взрослых выявлялась истинная атрофия, а у детей атрофия имела так называемый неопределенный характер.

Заключение. Частота атрофического гастрита у детей и взрослых зависит от способа оценки атрофии. Новую шкалу целесообразно применять для оценки стадии хронического гастрита у взрослых, однако у пациентов детского возраста в связи с необходимостью проведения множественных биопсий и частыми ложноположительными результатами использование этой классификации, по нашему мнению, затруднительно.

122. Эпидемиологические аспекты болезней органов

пищеварения среди населения Самарской области
Сиротко И.И., Кузнецов С.И., Мачехин П.В., Сухарев В.М.
Министерство здравоохранения и социального развития Самарской области, Самарский областной клинический онкологический диспансер, Россия, e-mail: domis@mail.ru

Целью исследования является выявление уровней и тенденций первичной заболеваемости и распространенности болезней органов пищеварения среди населения Самарской области в 2007–2009 гг.

Задачи работы: изучение динамических, структурных и территориальных особенностей распространенности данной патологии.

Методы. В работе использованы статистический, аналитический и эпидемиологический методы исследования.

Результаты. Изучая в динамике заболеваемость населения Самарской области болезнями органов пищеварения в 2007–2009 гг., следует отметить тенденцию роста первичной заболеваемости с 38,5‰ в 2007 г. до 40,4‰ в 2009 г. и увеличение уровня распространенности болезней органов пищеварения с 130,9‰ в 2007 г. до 146,1‰ в 2009 г. Территориальные особенности первичной заболеваемости населения болезнями органов пищеварения по городам и районам Самарской области свидетельствуют о значительном росте заболеваемости сельских жителей (27,6‰ в 2007 году и 34,8‰ в 2009 г., рост +26%). Указанная тенденция характерна и для показателя распространенности данного вида патологии (+25%). Особенно тревожен факт роста первичной заболеваемости органов пищеварения у подростков 15–17 лет: темп роста за последние три года составил 33%.

В результате системного подхода к ранжированию территории по уровню первичной заболеваемости установлено, что данный показатель по городам Самарской области колеблется от 22,5‰ до 68,5‰, то есть различается в 3 раза, а по уровню распространенности – от 85,5‰ до 187,5‰ (отличия в 2,2 раза).

Выводы. Полученные результаты необходимо учитывать при планировании организации лечебно-профилактической помощи населению при данной патологии.

123. Эндотелиальная дисфункция (ЭД) сосудов у больных с портальной гипертензией (ПГ) на фоне цирроза печени (ЦП)

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

Цель исследования: изучить вазорегуляторные функции сосудистой эндотелии у больных с ПГ на фоне ЦП.

Материалы и методы. Обследованы 197 больных с декомпенсированным ЦП с ПГ. Для исследования эндотелиальной дисфункции (ЭД) изучали показатель эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД) плечевой артерии (ПА), измеряя ее диаметр, скорость кровотока, индексы Пурсело (RI) и Гослинга (PI) с помощью УЗ доплерографии, а также проводили пробу с временной компрессией.

Результаты. Больных с ЦП распределили по классам тяжести по Child-Pugh. В класс В вошли 52% больных, в класс С – 48%. При обследовании у всех больных с ЦП обнаружили достоверно более широкий диаметр ПА – $(0,43 \pm 0,7)$ см – по сравнению с контрольной группой, где он составил $(0,36 \pm 0,5)$ см. У больных с ПГ выявили гиперергическую реакцию в ответ на окклюзию, то есть прирост диаметра ПА на $(9,8 \pm 0,6)\%$. У 35% обследованных при проведении пробы с реактивной гиперемией наблюдали парадоксальную вазоконстрикторную реакцию, что указывает на выраженную ЭД. Скорость кровотока по ПА у больных с ЦП и ПГ оказался пониженным по сравнению с контрольной группой и составлял $(70,8 \pm 5,2)$ см/с. RI был выше, чем у здоровых, и составлял $(0,98 \pm 0,10)$, что свидетельствует о росте периферического сопротивления в группе пациентов с ЦП. PI был также повышен и составлял $(4,89 \pm 0,71)$, что указывает на снижение эластичности сосудистой стенки при ПГ на фоне ЦП.

Выводы. У больных с ПГ на фоне ЦП выявили нарушение вазорегуляторной активности сосудистой стенки. Определение RI и PI является эффективным методом оценки ЭД у таких больных.

124. Диагностические возможности ¹³C-метацетинового дыхательного теста (¹³C-МДТ) у больных с циррозом печени (ЦП) и гепаторенальным синдромом (ГРС) II типа

Сирчак Е.С., Русин В.И., Футько К.В.
Ужгородский национальный университет (медицинский факультет), Украина, e-mail: szircsak_heni@bigmir.net

Цель исследования: оценить диагностические возможности ¹³C-МДТ у больных с ЦП и ГРС II типа.

Материалы и методы. Обследованы 47 больных с ЦП и ГРС II типа, которые лечились в ЗОКБ. ЦП диагностировали с учетом жалоб, анамнестических, лабораторных и инструментальных методов исследования. ГРС выставлялся согласно диагностическим критериям по V. Аргоу и др., 1996 г. в модификации L. Dagner, K. Mooge, 2001 г. Для определения степени поражения печени всем больным проводили ^{13}C -МДТ. Дыхательные пробы анализировали на инфракрасном спектрографе IRIS (фирмы IZINTA, Венгрия).

Результаты. Больных с ЦП распределили по классам тяжести по Child-Pugh. В класс В вошли 18 (38%) больных, в класс С – 29 (62%). После проведения ^{13}C -МДТ по результатам применения данной методики 18 больных с ЦП и ГРС II типа также были отнесены к классу В по Child-Pugh, масса функционирующих гепатоцитов (МФГ) в этой группе составляла $(43,6 \pm 5,4)\%$. К классу С по Child-Pugh по данным ^{13}C -МДТ отнесли 29 пациентов, МФГ для них составила $(18,6 \pm 4,2)\%$. Практически у всех больных клинико-лабораторные показатели соответствия степени печеночной недостаточности совпали с результатами ^{13}C -МДТ, также появилась возможность оценки процентного отношения МФГ у каждого конкретного больного в зависимости от принадлежности его к определенному функциональному классу по Child-Pugh.

Заключение. Использование неинвазивного ^{13}C -МДТ у больных с ЦП и ГРС II типа дает возможность установить процентное соотношение МФГ у каждого конкретного больного в зависимости от степени печеночной недостаточности, что имеет большое значение для выбора оптимального метода и объема терапии.

125. Пробиотическая коррекция нарушений микробиоценоза толстой кишки при алкогольных и вирусных поражениях печени

Соловьева Н.В.

Северный ГМУ, Архангельск, Россия

Целью работы явилось сравнительное исследование состояния микробиоценоза толстой кишки и оценка эффективности применения пробиотиков у лиц, страдающих поражениями печени различной этиологии.

Материалы и методы. Обследованы 170 мужчин, средний возраст $(42,2 \pm 1,9)$ года, в том числе I группа – больные с синдромом зависимости от алкоголя (СЗА) в состоянии острого алкогольного психоза (ОАП) – 66 человек (38,8%), II – с хроническим гепатитом В (ХГВ) – 43 (25,3%), III – с хроническим гепатитом С (ХГС) – 35 (20,5%). Контрольную группу составили 26 (15,4%) практически здоровых мужчин, средний возраст $(41,2 \pm 1,9)$ года. Все больные были разделены на подгруппы: основные, получавшие лечение по стандартной схеме, принятой в наркологической и инфекционной практике, и группы сравнения, получавшие дополнительно препараты пробиотического действия «Альгибиф» и «Альгилак», содержащие соответственно бифидо- и лактобактерии. При первом обследовании и в динамике всем пациентам проводилось исследование количественного содержания и частоты встречаемости представителей нормальной микрофлоры толстой кишки.

Поражения печени алкогольного и вирусного генеза сопровождались дисбиозом толстой кишки с преобладанием тяжелых степеней: дисбактериоз второй степени был выявлен у 43,9% больных I, у 39,5% – II, у 44,4% – III групп; третьей степени – у 19,8% больных I, 13,9% – II, и 16,5% – III групп. У больных I-III групп наблюдалось отчетливое снижение численности бифидо- и лактобактерий, увеличение частоты встречаемости стафилококков и снижение содержания энтерококков. Наиболее выраженные нарушения микробиоценоза толстой кишки наблюдались у больных в ОАП (более низкое содержание бифидо- и лактобактерий, энтерококков, высокое содержание стафилококков и самая высокая частота встречаемости кишечной палочки с гемолитическими свойствами).

После проведенного лечения у всех больных, не получавших биоакоррекции, сохранялись дисбиотические изменения. Включение в комплексную терапию больных с ОАП, ХГВ и ХГС пробиотических препаратов способствовало улучшению состояния микрофлоры толстой кишки. Отмечено уменьшение частоты

встречаемости второй степени дисбиоза среди всех больных, третьей степени – у больных с ОАП, отсутствие данной степени у больных ХГВ и ХГС. Имело место увеличение содержания бифидо- и лактобактерий, снижение частоты встречаемости стафилококков, кишечной палочки с гемолитическими и лактозонегативными свойствами, уменьшение частоты встречаемости клостридий и грибов рода Кандида, увеличение содержания кишечной палочки у всех больных и увеличение количества энтерококков у больных в состоянии ОАП.

Таким образом, препараты-пробиотики могут быть включены в схему лечения больных ОАП, а также ХГВ и ХГС как способствующие более быстрому восстановлению функций толстой кишки.

126. Особенности местного иммунитета желудка и толстой кишки у пациентов с язвенным колитом на фоне эрадикационной терапии

Соловьева О.И., Немировский В.С., Макиенко В.В.

СПбМАПО, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: оценить состояние местного иммунитета больных язвенным колитом (ЯК) на фоне эрадикации *H. pylori*.

Материалы. Обследованы 50 больных ЯК среднетяжелого течения с различной локализацией патологического процесса.

Методы. Определение IgA в биоптате слизистой оболочки (СО) оценивали методом иммуноблоттинга. Для диагностики инфекции *H. pylori* (HP) использовали молекулярно-генетический метод (ПЦР с праймерами к уреазе В).

Полученные результаты. Во всех группах до лечения наблюдалось более высокое содержание IgA в СО измененного отдела толстой кишки, чем в неизменном отделе. Подобное распределение сохранялось и на последующих этапах наблюдения. В СО неизмененного участка толстой кишки у пациентов с успешной эрадикацией HP за время наблюдения достоверных изменений количества IgA не наблюдалось. В группе же пациентов, где эрадикация HP не наступила, было зарегистрировано увеличение количества IgA в рассматриваемом участке кишки через 2 месяца и через полгода от окончания курса эрадикационной терапии.

В СО измененного отдела толстой кишки у пациентов с успешной эрадикационной терапией количество IgA достоверно уменьшилось через 2 месяца и сохранялось на таком же уровне к 6-месячному сроку. У пациентов, где эрадикация HP не наступила, через 2 месяца также наблюдалось снижение количества IgA, однако к окончанию исследования оно практически достигло исходных значений. Характер изменений количества IgA в данном случае связан с характером изменения эндоскопического и клинического индексов активности и динамикой степени дисбиотических изменений у этой группы пациентов.

Выводы. Эрадикация *H. pylori* сопровождается достоверным стойким уменьшением количества IgA в слизистой оболочке толстой кишки, что может быть расценено как системное уменьшение напряженности местного иммунитета на фоне улучшения барьерной функции СО и улучшения микробиоценоза.

127. Аджвантная терапия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Старостин Б.Д.

Гастроэнтерологический центр № 1, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: starostinbd@mail.ru

Цель исследования: оценить эффективность дополнительного применения альгинатного препарата «Гевискон» при проведении лечения пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) ингибитором протонной помпы (ИПП), учитывая достаточно частое существование рефрактерности симптомов у пациентов с ГЭРБ при монотерапии ИПП.

Материалы и методы. Проведено открытое сравнительное исследование в амбулаторных условиях, в котором в исследуемой группе пациенты с установленным диагнозом ГЭРБ принимали гевискон форте 10,0 мл × 3 раза в день через 1 час после приема пищи и 4-й раз на ночь перед сном плюс ИПП (омепразол) 20 мг × 2 раза в день за 30-60 минут до утреннего приема пищи и