

Портальная гастропатия у пожилых больных циррозом печени

Бедельбаева Г.Г.

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

Цель работы: изучить особенности патогенеза портальной гастропатии (ПГ) у пожилых больных циррозом печени (ЦП).

Материал и методы исследования: Исследования проводились у 80 больных ЦП различной этиологии и степени тяжести. Возраст больных был от 60 до 75 лет, из них 65,8% мужчин и 34,2% женщин, средний возраст которых составлял $62,0 \pm 5,6$ лет. Алкогольная этиология ЦП выявлена в 40,8%, вирусная – в 25,8%, смешанная форма – в 12,5%, первичный билиарный цирроз (ПБЦ) – в 11,6% случаев. Всем больным, включенным в исследование, выполнялась эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) по стандартной методике, при которой в соответствии с рекомендациями NIEC (Новый Итальянский Эндоскопический Клуб, 1997), диагноз ПГ устанавливался при обнаружении мозаичности СОЖ, красных точек, вишневых и темно-коричневых пятен. Выделялась легкая форма при наличии мозаичности СО, тяжелая - красных точек, вишневых и темно-коричневых пятен.

Результаты исследования: У 75,5% больных выявлена ПГ легкой степени и у 24,5% - тяжелой степени. Анализ частоты выявления ПГ по демографическому признаку показал, что у мужчин ПГ выявлялась чаще, чем у женщин - в 64,2% и 35,8% случаях, соответственно. ПГ преимущественно обнаруживалась у больных ЦП пожилого возраста (96%). При оценке частоты выявления ПГ в зависимости от стадии компенсации ЦП оказалось, что у больных ЦП класса А ПГ встречалась значительно реже, чем при ЦП класса В и С - в 18,9%, 39,6% и 41,5% случаев, соответственно. Изучая частоту выявления ПГ в зависимости от стадии ЦП отмечена более редкая встречаемость ПГ при компенсированной ЦП - в 18,9% случаях, но полученные данные оказались статистически недостоверными. Частота развития ПГ коррелировалась с наличием и степенью варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП). Отмечено, что при наличии ВРВП любой степени частота обнаружения

ПГ возрастала ($p < 0,05$).

Анализ зависимости степени тяжести ПГ от стадии компенсации ЦП выявил статистически достоверные различия: ПГ легкой степени тяжести обнаружена у 72,5% больных ЦП класса А, у 10,0% больных ЦП класса В и у 17,5% больных ЦП класса С. ПГ тяжелой степени отмечена у 38,4% больных ЦП класса В и у 61,5% больных ЦП класса С. У больных ЦП класса А ПГ тяжелой степени не отмечено. При анализе взаимосвязи степени тяжести ПГ и стадии ЦП оказалось, что тяжелая ПГ не встречалась при компенсированной ЦП. При субкомпенсированной ЦП ПГ легкой и тяжелой степени - в 57,5% и 69,2% случаях, соответственно ($P > 0,05$). При декомпенсированной ЦП легкая и тяжелая степень ПГ также отмечена в примерно одинаковых пропорциях, но с меньшей частотой, чем при субкомпенсированном ЦП - в 25,0% и 30,1% случаях, соответственно ($P > 0,05$).

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о наличии связи между состоянием вен пищевода, частотой выявления и степенью тяжести ПГ: при ВРВП первой степени значительно чаще обнаруживалась легкая форма гастропатии; ВРВП третьей степени - тяжелая форма ПГ.

Выводы: У больных циррозом печени частота выявления портальной гастропатии составила 44,2%, из них у 75,5% больных легкой и 24,5% - тяжелой степени. Факторы риска развития портальной гастропатии - цирроз печени класса В и С, мужской пол, наличие варикозно расширенных вен пищевода. Портальная гастропатия тяжелой степени значительно чаще выявляется у больных циррозом печени класса С. При наличии варикозно расширенных вен пищевода частота обнаружения портальной гастропатии существенно возрастала, при этом тяжесть портальной гастропатии оказалась пропорциональной степени варикозного расширения вен пищевода.

Применение эссенциальных фосфолипидов (Эссенциале Н) при стеатозах и стеатогепатитах

Алдашева Ж.А., Жанузакоев М.А., Огурцова Н.М., Елжасов Б.К., Хамитова Д.К., Оразалинов Н.Ж.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, Центральная городская клиническая больница г. Алматы

Жировая болезнь печени (ЖБП), включающая стеатозы и стеатогепатиты, занимает значительное место в структуре хронической патологии печени. На ее долю приходится более 50%. Наиболее вероятными причинами ЖБП являются: употребление алкоголя в опасных дозах, сахарный диабет 2 типа, ожирение, гиперлипидемии, действие гепатотоксичных лекарств, нарушение процессов всасывания при заболеваниях поджелудочной железы и тонкой кишки, а также при избыточном бактериальном росте в тонкой кишке, при хроническом вирусном гепатите С и др.

В лечении данной патологии широко используются гепатопротекторы - лекарственные средства, которые повышают устойчивость печеночных клеток к патологическим воздействиям, усиливают их обезвреживающую функцию и способствуют восстановлению нарушенных функций печеночных клеток. Одним из таких лекарственных средств является препарат Эссенциале Н, эффективность и безопасность которого доказана многочисленными

исследованиями.

Цель: оценить клиническую эффективность и безопасность эссенциальных фосфолипидов (Эссенциале Н) в комплексной терапии стеатозов и стеатогепатитов различной этиологии.

Материалы и методы. Обследовано 36 больных, в том числе 22 женщин, 14 мужчин. Средний возраст составил $45 \pm 5,6$ лет. В 20 случаях был выставлен диагноз стеатоз печени, в 16 - стеатогепатит. Диагноз выставлялся на основании анамнеза, лабораторных (биохимический анализ крови) и инструментальных (УЗИ) исследований. Этиологическими факторами были: прием алкоголя в опасных дозах - 19 случаев, вирусный гепатит С - 6, сахарный диабет 2 типа - в 6, сахарный диабет 2 типа и ожирение - в 8. Эссенциале Н назначался по 2 капсулы 3 раза в день в течение 6 недель. Эффективность лечения оценивалась по динамике клинических симптомов, нормализации лабораторных показателей (общий билирубин, АСТ, АЛТ),

данных УЗИ. Для оценки динамики УЗИ параметров, кроме традиционно используемых (размеры печени, эхогенность, визуализация диафрагмального контура), применялась методика определения степени дистального затухания УЗ (в мм).

Результаты. Положительная динамика по основным клиническим симптомам: общая слабость и утомляемость в группе больных со стеатозом отмечалась в 30,7% случаев (до лечения 100%), в группе со стеатогепатитом в 33,3% (до лечения в 100%). Значительно уменьшились болевой синдром и гепатомегалия в обеих группах: 7,7% и 23,1% (до лечения 61,5% и 53,4%) и 22,2% и 33,3% (до лечения 88,8% и 55,5%). Диспептические явления полностью исчезли в группе со стеатозом и значительно уменьшились в группе больных со стеатогепатитом. В процессе лечения постепенно улучшались показатели биохимических проб. К концу второй недели нормализовались показатели общего

билирубина, АСТ, АЛТ в группе со стеатозом и к шестой неделе - в группе со стеатогепатитом. Также отмечалось улучшение некоторых показателей УЗИ (уменьшение гепатомегалии, улучшение визуализации печеночных вен, уменьшение индекса затухания УЗ к задним сегментам). Индекс затухания ультразвука к задним сегментам важный показатель структуры печени при жировом гепатозе, в здоровой печени такого признака не должно быть. Однако, срок 6 недель для значительной динамики УЗИ показателей не достаточен. Поэтому необходим более длительный срок лечения препаратом Эссенциале Н - 6-8 месяцев.

Выводы: эссенциале Н является эффективным препаратом в комплексном лечении стеатозов и стеатогепатитов различной этиологии. Кроме того, хорошая переносимость и отсутствие побочных эффектов препарата свидетельствуют о высоком уровне его безопасности.

Эффективность препарата хофитол в комплексном лечении дискинезии желчевыводящих путей

Огурцова Н.М.

Центральная городская клиническая больница, г. Алматы

Дискинезия желчных путей (ДЖВП) - комплекс расстройств желчевыводящей системы, обусловленных нарушениями двигательной функции желчного пузыря и желчных протоков при отсутствии их органических изменений. Цель исследования: оценка эффективности и безопасности препарата Хофитол у больных с ДЖВП по гипотоническому типу. Хофитол – препарат растительного происхождения, приготовленный из очищенного экстракта сока свежих листьев артишока (*Synapsis scolymus*) в виде таблеток, покрытых оболочкой. Основными составными частями которого являются кофейнолignиновые кислоты, флавоноиды; препарат содержит также витамины и ряд важных микроэлементов. К основным механизмам действия хофитола относятся: желчегонный эффект за счет усиления экскреции желчи; гепатопротекторный обеспечивающий стабилизацию мембран гепатоцитов; антиоксидантный обеспечивающий улучшение антиоксидантной функции печени; снижение уровня холестерина за счет холеретического усиления элиминации и снижения внутрипеченочного синтеза; гипозотемическое действие за счет полифенольных соединений и повышение фильтрационной функции почек. Показания к применению хофитола: хронический гепатит, алкогольная болезнь печени, острые и хронические интоксикации гепатотоксическими соединениями, дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу, хроническая почечная и печеночная недостаточность, хронические нефриты, нарушение липидного обмена. К противопоказаниям относятся желчнокаменная болезнь, непроходимость желчных путей и индивидуальная непереносимость препарата.

Материал и методы исследования. Проводилось открытое исследование с целью изучения эффективности хофитола у больных ДЖВП. Обследование проводилось до начала приема хофитола и через 3 недели. В исследование было

включено 15 пациентов с ДЖВП, 7 мужчин и 8 женщин в возрасте от 27 до 68 лет (средний 44,3 + 10,5 года). Гипокинетическая дискинезия выявлена при исследовании функции желчного пузыря методом УЗ-холецистографии. Хофитол принимался в течение 3-х недель по 2 таблетки 3 раза в день перед едой. Результаты исследования и их обсуждение. В результате курсового приема Хофитола у подавляющего большинства из них (87%) отмечалось субъективное улучшение самочувствия: исчез астенический синдром, уменьшилось чувство тяжести в правом подреберье, купировались диспептические жалобы, прошли боли в правом подреберье. В общем анализе крови динамики не наблюдалось (исходно у всех пациентов показатели были в пределах нормы). При исследовании биохимических параметров крови выявлено достоверное содержание ЩФ и билирубина оставалось в пределах нормы. Показатели уровня холестерина не изменились. По данным УЗ-холецистографии сократительная функция желчного пузыря нормализовалась у 13 (87%) пациентов при его исходной гипотонии. В конце исследования была проведена оценка эффективности препарата. Эффект оценивался как отличный в случае нормализации биохимических показателей и функции желчного пузыря — 13 (87%) больных, хороший — при улучшении лабораторных показателей — 2 (13%) больных. Переносимость Хофитола хорошая, побочных явлений, аллергических реакции на прием препарата не выявлено.

Выводы: эффективность, переносимость и отсутствие побочных явлений позволяют рекомендовать Хофитол (по 2 таблетки 3 раза в день, в течение 3-х недель) для применения в комплексной терапии больных с дискинезией желчевыводящих путей по гипотоническому типу.

Применение препарата метеоспазмил в лечении синдрома раздраженной кишки

Огурцова Н.М.

Центральная городская клиническая больница, г. Алматы

Синдром раздраженной кишки (СРК) - это функциональное заболевание, при котором абдоминальная боль или дискомфорт связаны с нарушением дефекации (изменением частоты дефекации и изменением консистенции кала).

Диагноз СРК ставят путем исключения органической патологии кишечника. В соответствии с Римскими критериями II, принято говорить о следующих вариантах СРК:

1) с преобладанием диареи;