



Российский журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии, Колопроктологии

Russian Journal of Gastroenterology,
Hepatology, Coloproctology

Приложение № 33
Материалы Четырнадцатой
Российской конференции
“Гепатология сегодня”
16–18 марта 2009 г., Москва

№ 1

XIX
Том

2009

Четырнадцатая Российская конференция

“Гепатология сегодня”

16 – 18 марта 2009 года

Москва



Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

Российская гастроэнтерологическая ассоциация

Российское общество по изучению печени



ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

Сопредседатели

Ивашкин В.Т.	Заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ММА им. И. М. Сеченова, академик РАМН, профессор
Хазанов А.И.	Профессор кафедры гастроэнтерологии Государственного института усовершенствования врачей Минобороны России (по согласованию)
Ющук Н.Д.	Президент Московского государственного медико-стоматологического университета, академик РАМН, профессор

Заместители председателя

Калинин А.В.	Профессор кафедры гастроэнтерологии Государственного института усовершенствования врачей Минобороны России (по согласованию)
Лобзин Ю.В.	Директор НИИ детских инфекций ФМБА, член-корреспондент РАМН, профессор
Маев И.В.	Заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Московского государственного медико-стоматологического университета, проректор Московского государственного медико-стоматологического университета, профессор
Михайлов М.И.	Директор НИИ полимиелита и вирусных энцефалитов РАМН, профессор
Мухин Н.А.	Заведующий кафедрой терапии и профессиональных заболеваний ММА им. И.М. Сеченова, академик РАМН, профессор
Сторожаков Г.И.	Заведующий кафедрой госпитальной терапии Российского государственного медицинского университета, академик РАМН, профессор
Шахгильдян И.В.	Заведующий лабораторией эпидемиологии и профилактики вирусных гепатитов НИИ вирусологии им Д.И. Иванковского РАМН, член-корреспондент РАМН, профессор

Члены оргкомитета

Гейвандова Н.И.	Профессор кафедры внутренних болезней № 1 Ставропольской государственной медицинской академии
Готье С.В.	Директор ФНЦ трансплантологии и искусственных органов им акад. В.И. Шумакова, член-корреспондент РАМН, профессор
Корочкина О.В.	Заведующая кафедрой инфекционных болезней Нижегородской государственной медицинской академии, профессор
Курилович С.А.	Заведующая лабораторией гастроэнтерологии и курсом гастроэнтерологии ФУВ НИИ терапии СО РАМН, профессор
Лотов А.Н.	Заведующий отделением малоинвазивной хирургии клиники факультетской хирургии ММА им И.М. Сеченова
Маевская М.В.	Заведующая отделением гепатологии клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии, гепатологии им. В.Х. Василенко, профессор курса «Функциональная диагностика и фармакотерапия в гастроэнтерологии» при кафедре семейной медицины ММА им. И.М. Сеченова
Маммаев С.Н.	Профессор кафедры госпитальной терапии № 1 Дагестанской государственной медицинской академии, проректор по последипломному образованию
Мухина Ю.Г.	Заведующая курсом гастроэнтерологии и нутрициологии ФУВ при кафедре детских болезней №2 РГМУ, профессор
Непомнящих Г.И.	Заместитель директора по научной работе и заведующая лабораторией ультраструктурных основ патологии НИИ региональной патологии и патоморфологии СО РАМН, профессор
Никитин И.Г.	Профессор кафедры госпитальной терапии Российского государственного медицинского университета
Рейзис А.Р.	Ведущий научный сотрудник ЦНИИ Эпидемиологии МЗ РФ, профессор
Чжао А.В.	Руководитель Московского центра трансплантации печени на базе НИИ СП им Н.В. Склифосовского, профессор

Ответственные секретари

Буевверов А.О.	Старший научный сотрудник научной группы при кафедре пропедевтики внутренних болезней ММА им. И.М. Сеченова
Лапина Т.Л.	Доцент курса «Функциональная диагностика и фармакотерапия в гастроэнтерологии» при кафедре семейной медицины Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова

Генеральный спонсор
F. Hoffmann - La Roche

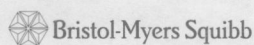


Главные спонсоры

Bristol-Myers Squibb

Sanofi-Aventis

Фармстандарт



НАЗВАНИЕ РУБРИК

Трансплантация печени, острая печеночная недостаточность	1 - 5
Цирроз печени и его осложнения	6 - 66
Опухоли печени	67 - 74
Молекулярная и клеточная биология	75 - 82
Вирусные гепатиты	83 - 201
Аутоиммунные заболевания печени	202 - 205
Холестатические заболевания печени	206 - 229
Метаболические нарушения печени	230 - 265
Алкогольная болезнь печени, неалкогольная жировая печень, лекарственные заболевания печени.....	266 - 309
Прочие	310 - 458

Пермигина М.И.	165	Пронин А.Ю.	161	Савельев А.А.	401, 402,
Петелина И.Ю.	157	Прянишникова А.С.	30, 53, 65,		407
Петраков А.В.	56		66, 310	Савченко А.А.	167
Петрова Л.А.	8	Пунгина М.Ю.	223	Савченко В.Г.	102
Петрова М.М.	106, 114	Пурлик И.Л.	89	Саджая Л.А.	277
Петрова Н.В.	260	Пыков М.И.	424	Садовникова И.В.	411
Пехташев С.Г.	301, 302,	Пышкин С.А.	70	Садыкова Д.К.	169
	303, 304,	Пьянников В.В.	199	Саидов М.Э.	288
	305, 306,			Саидханов Б.А.	236, 318
	307, 308	Р		Саламатина Л.В.	392, 393
Пиманов С.И.	51	Рагимов Р.	343	Салато О.В.	412
Пинский Л.Л.	148	Рагино Ю.И.	338	Салханов Б.А.	296
Пирогова И.Ю.	221	Радостева Ю.М.	431	Сальников А.А.	25, 26
Плескановская С.А.	219, 222	Разваляева О.В.	415	Самедов Б.Х.	320
Плотникова Е.Ю.	404	Райхельсон К.Л.	205	Самохвалов Е.И.	133, 146
Плюснин С.В.	9, 10, 11,	Рамаева А.Ч.	46	Санникова И.В.	176, 177
	12, 13, 14,	Рамазанов М.М.	28, 29	Сапего Л.Г.	51
	15, 16, 17,	Рамазанова З.Д.	135	Сариева С.И.	55, 413
	18, 269,	Расческов А.Ю.	407	Сарсенова Л.К.	253
	270, 271,	Ратников В.А.	320, 339,	Сас Е.И.	235, 340
	272, 301,		408	Саттарова М.И.	137
	302, 303,	Ратникова Л.И.	165	Сафонова М.В.	36, 282
	304, 305,	Рахимова Х.К.	166	Сафонова Н.Ф.	295
	306, 307,	Резник П.В.	400	Сафонова Ю.Ю.	163
	308	Резников А.П.	184	Светлова И.О.	246
Подопригорова В.Г.	434	Рейман О.В.	154	Секлетов В.А.	262, 263
Поздеев В.К.	145	Ржавичева О.С.	309	Семенов А.В.	27, 414,
Покручин В.И.	28	Ризаева Е.В.	318		435
Полеев А.В.	61	Родина Д.В.	167	Семенова Е.В.	27, 414,
Поликарпова Т.С.	52	Родионов И.Е.	275, 276		435
Полунина Е.В.	158	Родионова И.В.	415	Семенова О.В.	224
Полунина Т.Е.	158	Рожнова Н.А.	121, 122	Семеняко Н.А.	170
Полушин О.Г.	85	Романов А.О.	168	Сенякович В.М.	256, 257
Поляков А.И.	2	Романова Т.И.	338	Сергеева Е.О.	277, 321
Помыткина Т.Е.	405	Ромашенко О.А.	54	Серебряков С.Н.	437
Пономарева М.А.	103	Ротару Л.А.	156	Серков И.Л.	161
Попов А.В.	346, 406,	Ртищева Л.В.	177	Сернов С.П.	297
	431, 449	Рубцов А.А.	27	Серов Н.А.	162
Попов А.Н.	406	Рудуш О.М.	336	Сидоренко Л.В.	411
Попов М.В.	243, 412	Рунова А.А.	295	Сидорова Е.Е.	72
Попова Л.Л.	127, 159,	Русинова Н.И.	127, 174,	Сильвестрова С.Ю.	56
	160, 174,		197	Сирчак Е.С.	230
	197	Руссиянова Т.П.	434	Скворцов В.В.	415
Попова О.Е.	161	Рустамова Л.С.	369	Склянов Ю.И.	420
Поспеева Л.А.	284	Рыбалко А.Е.	373, 374,	Скляр Л.Ф.	85
Постникова О.Н.	40		375	Скробач Н.В.	47, 395
Постникова Т.Н.	162	Рынди́н В.Г.	396	Скульте И.В.	277
Потапов А.С.	200, 255,	Рыхтик П.И.	20	Сливка Н.А.	298
	256, 257	Рычихина Е.М.	232	Сметанина В.Д.	118
Похальская О.Ю.	30, 53, 65,	Рябков А.Н.	409, 410	Смирнов Л.Д.	27
	66	Рязанцев А.А.	71	Смирнов О.А.	171
Притулина Ю.Г.	163, 164	Рясенский Д.С.	248	Смирнова Е.Н.	169, 225,
Пройдаков М.А.	96				450, 451
Прокопович А.Е.	425, 426	С		Смирнова М.П.	295
		Сабурова А.М.	62		

Метаболические нарушения печени

230

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕПАДИФА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕАЛКОГОЛЬНЫМ НАРУШЕНИЕМ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Архий Э.И., Сирчак Е.С., Великклад Л.Ю.

Ужгородский национальный университет, Ужгород, Украина

Цель работы. Изучить влияние на углеводный и липидный обмен комбинированной терапии с использованием Гепадифа у больных с хроническим неалкогольным нарушением печени (ХННП) на фоне метаболического синдрома (МС).

Материалы и методы. В работе представлены результаты обследования 29 больных с ХННП на фоне МС. В качестве антигипертензивной терапии больным назначали периндоприл и индапамид. Больных разделили на 2 группы: I группе больных (14) назначили гепатопротектор – Гепадиф по 2 капсуле 3 р/д на протяжении 1 месяца. Больные II группы (15) принимали силимарин по 1 капсуле 3 р/д, также на протяжении 1 месяца.

Результаты и обсуждение. У всех обследуемых больных диагностировали артериальную гипертензию II стадии, повышение уровня глюкозы крови и абдоминально-висцеральное ожирение. Поражение печени до лечения проявлялся диспептическим (у 100% больных), астеновегетативным (у 79-80% больных) синдромами, гепатомегалией у 57-67% больных.

Анализ эффективности лечения проводили по данным биохимических проб печени и по уровню липидов сыворотки крови. После лечения выявили позитивную динамику обследуемых показателей. На фоне комплексного лечения с использованием Гепадифа обнаружили понижение уровня триглицеридов (ТГ) с $2,4 \pm 0,3$ ммоль/л до $1,5 \pm 0,4$ ммоль/л. Это объясняется наличием карнитина в данном препарате, что принимает участие в транспорте жирных кислот через митохондриальную мембрану и приводит к усилению их окисления и к уменьшению синтеза ТГ. Также выявили нормализацию уровня общего холестерина в этой группе больных с $6,2 \pm 1,3$ ммоль/л до $5,2 \pm 0,8$ ммоль/л. Параллельно, в I группе больных, обнаружили тенденцию к повышению уровня липопротеидов высокой плотности.

Выводы. 1) У больных ХННП на фоне МС наблюдается нарушение липидного и углеводного обменов. 2) Использование Гепадифа в комплексной терапии у больных с ХННП и МС приводит к нормализации показателей липидного обмена и функциональных проб печени.

232

КОРРЕКЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ТРОМБОЦИТОВ ПРИ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Власов А.П., Начкина Э.И., Рычихина Е.М., Лещанкина Н.Ю., Захаркин А.Г., Ермин К.Ю.

Мордовский госуниверситет, Саранск, Россия

Известно, что функциональная активность тромбоцитов выступает важным фактором, определяющим реологические свойства крови и в значительной мере адекватность оксигенации и трофики тканей как в норме, так и при патологии, в том числе и печеночной недостаточности. Поэтому важным компонентом эффективной терапии при исследуемом патологическом состоянии представляется коррекция дисфункции тромбоцитов.

Проведены экспериментальные исследования на собаках, которым моделировали печеночную недостаточность перитонеального генеза. В послеоперационном периоде проводили санацию брюшной полости, инфузионную и антибактериальную терапию, животные опытной группы также получали этоксидол (2-этил-6-метил-3-гидрокси-1-пиридинийгидроксидиуретидиат). В динамике патологического процесса изучали морфофункциональное состояние тромбоцитов.

Исследования показали, что моделирование острого перитонита быстро приводило к развитию печеночной недостаточности. В динамике патологического процесса было установлено значительные нарушения морфофункционального состояния тромбоцитов. Применение этоксидола в терапии печеночной недостаточности способствовало коррекции функционального состояния кровяных пластинок (степень агрегации тромбоцитов снижалась на 15,6 – 23,8% ($p < 0,05$) и скорость агрегации – на 30,6 – 34,1% ($p < 0,05$), а время агрегации удлинилось на 17,6% ($p < 0,05$)). Указанные изменения коррелировали с восстановлением липидного состава биомембран тромбоцитов, что проявилось увеличением содержания относительно контроля суммарных фосфолипидов при снижении их лизоформ и уровня свободных жирных кислот. Выявленное липидомодифицирующее действие препарата было сопряжено со снижением интенсификации перекисного окисления липидов и активности фосфолипазы A_2 тромбоцитов при печеночной недостаточности.

Таким образом, использование этоксидола при печеночной недостаточности способствует коррекции функционально-метаболических расстройств тромбоцитов за счет липидомодифицирующего эффекта препарата, а также уменьшает выраженность патологического процесса в целом.

231

КОРРЕКЦИЯ ЦИТОЛИТИЧЕСКИХ ЯВЛЕНИЙ В ПЕЧЕНИ ПРИ ЭНДОТОКСИКОЗЕ

Власов А.П., Григорьева Т.И., Лещанкина Н.Ю., Начкина Э.И., Ледайкина Л.В.

Мордовский госуниверситет, Саранск, Россия

Проблема синдрома эндогенной интоксикации остается актуальной на протяжении нескольких десятилетий. Формирование выраженного эндотоксикоза неизбежно приводит к нарушению функционально-метаболического статуса печени с дальнейшим развитием цитолитического синдрома.

В эксперименте на собаках при эндогенной интоксикации перитонеального генеза изучали эффективность препарата метаболического типа действия этоксидола в коррекции цитолитических явлений в печени.

Экспериментально установлено, что использование этоксидола при эндотоксикозе перитонеального генеза приводило к быстрому восстановлению функционально-метаболического статуса печени и купированию цитолитического синдрома: на первые сутки использования этоксидола отмечалось достоверное снижение содержания креатинина и общего билирубина в плазме крови на 22,54 и 14,98% ($p < 0,05$) соответственно при значительном уменьшении активности аспарагиновой и аланиновой трансаминаз на 20,11 и 21,47% ($p < 0,05$) соответственно. Указанные изменения коррелировали с восстановлением липидного состава биомембран гепатоцитов (относительно контроля уменьшалось содержание лизофосфолипидов, свободных жирных кислот, эфиров холестерина, при увеличении суммарных фосфолипидов, в том числе за счет фосфатидилхолина) и снижением выраженности основных липидомодифицирующих факторов – интенсивности липоперекисления, активности фосфолипазы A_2 . Отметим, что реализация гепатопротекторного эффекта на фоне применения этоксидола сопровождалась снижением выраженности эндотоксикоза, что проявилось уменьшением содержания в плазме крови гидрофильного и гидрофобного его компонентов.

Таким образом, применение этоксидола в терапии синдрома эндогенной интоксикации способствовало быстрой коррекции цитолитического синдрома в печени за счет способности препарата стабилизировать мембраны гепатоцитов, восстанавливая их фосфолипидный состав и уменьшая интенсивность основных липидомодифицирующих факторов. Гепатопротекторный эффект этоксидола лежит в основе восстановления функциональной активности печени, что является одним из механизмов уменьшения выраженности эндотоксикоза.

233

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ФОСФОГЛИВ» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ (НАСГ)

Гейвандова Н.И., Белова Н.Г., Фалеева О.В., Александрович Г.А., Ягода А.В.

Государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Цель исследования: изучить эффективность применения гепатопротектора «Фосфоглив» в сочетании с метформин и аторвастатином у больных НАСГ.

Материал и методы. Обследовано 20 больных НАСГ: 10 мужчин и 10 женщин, средний возраст 47,6±8,7 лет. ИМТ составил 32,6±0,76, показатель инсулинорезистентности НОМА-индекс – 5,45±0,57. В исследование не включались пациенты имевшие какие-либо маркеры вирусных гепатитов или злоупотребляющие алкоголем. Все больные получали на протяжении 6 месяцев метформин до 2 г/сут, аторвастатин 10 мг/сут, а также «Фосфоглив» – 5 г в/вено 2 раза в неделю и 2 капсулы трижды в день остальные 5 дней недели. У всех пациентов до и после лечения были определены содержание в крови ФНО- α , ИЛ-6, ИЛ-10 методом ИФА, а также уровень малонового диальдегида (МДА).

Результаты. До начала терапии у всех больных наряду с повышением АлАТ, ГГТП, показателей липидного обмена отмечалось значительное увеличение в сыворотке крови содержания ФНО- α , ИЛ-6, ИЛ-10, а также уровня МДА. Через 6 месяцев терапии помимо улучшения клинической симптоматики было отмечено снижение показателей АлАТ, АсАТ, ГГТП (соответственно: $p < 0,045$, $p < 0,048$, $p < 0,014$), но наблюдаемые тенденции к снижению Хс и ТГ оказались статистически недостоверными. В то же время, было обнаружено снижение концентраций в крови ФНО- α , ИЛ-6 и МДА, а уровень ИЛ-10 (цитокина с противовоспалительным действием) оставался повышенным.

Заключение. У больных НАСГ уровни ФНО- α , ИЛ-6, ИЛ-10 и МДА в сыворотке крови повышены, что отражает активность воспалительного процесса в печени. Применение препарата «Фосфоглив» в комплексной терапии НАСГ наряду с патогенетическими средствами приводит к улучшению объективных данных, уменьшению лабораторных показателей цитолитического синдрома, снижению уровней провоспалительных цитокинов, МДА, а также препятствует негативным эффектам статинов и метформина.