



# Российский журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии, Колопроктологии

**Russian Journal of Gastroenterology,  
Hepatology, Coloproctology**

Приложение № 46  
Материалы Двадцать первой Объединенной  
Российской Гастроэнтерологической Недели  
12 – 14 октября 2015 г., Москва

№5

XXV  
Том

2015

# **Двадцать первая Объединенная Российская Гастроэнтерологическая Неделя**

## **Президент**

**В.Т. Ивашкин**

## **Научный комитет**

О.П. Алексеева  
С.А. Алексеенко  
Е.К. Баранская  
А.Ю. Барановский  
А.О. Буеверов  
С.А. Булгаков  
Н.И. Гейвандова  
И.Н. Григорьева  
О.В. Зайратьянц  
А.В. Калинин  
А.В. Кононов  
М.П. Королёв  
Н.В. Корочанская  
Г.Ф. Коротько  
Ю.П. Кувшинов  
С.А. Курилович

Т.Л. Лапина  
З.А. Лемешко  
М.А. Ливзан  
А.Ф. Логинов  
В.М. Луфт  
Ю.Н. Лященко  
И.В. Маев  
М.В. Маевская  
С.Н. Маммаев  
О.Н. Минушкин  
Г.К. Мироджов  
Ю.Г. Мухина  
М.А. Осадчук  
М.Ф. Осипенко  
А.И. Пальцев  
Т.С. Попова

В.А. Ратников  
Г.В. Римарчук  
Р.Г. Сайфутдинов  
В.И. Симаненков  
Ю.Г. Старков  
Г.Н. Тарасова  
А.В. Ткачёв  
А.С. Трухманов  
Л.П. Фаизова  
Е.Д. Фёдоров  
И.Л. Халиф  
В.Б. Хватов  
В.В. Цуканов  
А.В. Шапошников  
С.И. Эрдес  
Н.Д. Ющук

## **Секретариат**

М.А. Захарова  
И.С. Курбацкий  
С.М. Курбацкий  
Е.А. Матюшенко  
А.С. Остроумов

**12 – 14 октября 2015 года  
Москва**

## РУБРИКИ

ПИЩЕВОД .....	1–48
ЖЕЛУДОК И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНАЯ КИШКА. <i>HELICOBACTER PYLORI</i> .....	49–130
ТОНКАЯ КИШКА .....	131–139
ТОЛСТАЯ КИШКА .....	140–188
ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА .....	189–213
ПЕЧЕНЬ .....	214–309
ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИЕ ПУТИ .....	310–338
ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ .....	339–365
ИММУНОЛОГИЯ, МИКРОБИОЛОГИЯ, ИНФЕКЦИИ. РОЛЬ БАКТЕРИЙ В ОРГАНИЗМЕ ЗДОРОВОГО И БОЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА .....	366–379
ФИЗИОЛОГИЯ И ПАТОФИЗИОЛОГИЯ .....	380–383
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ .....	384–397
ПИТАНИЕ .....	398–408
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ГЕНЕТИКА .....	409–416
ЭНДОСКОПИЯ .....	417–443
ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ .....	444–462
ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. МОТОРИКА .....	463–464
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ .....	465–470
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ .....	471–491
КРОВОТЕЧЕНИЯ .....	492–498
ОПУХОЛИ .....	499–504
ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ПРОЧЕЕ .....	505–513

Русин В.И.	330	Сляднев С.А.	249, 285	Стоян М.В.	82, 347, 348
Рустамли И.А.	103	Смагина Н.В.	30	Стрюковский А.Е.	176
Рустамова С.Т.	64	Смирнов В.В.	232, 233, 283, 284, 286, 287, 288	Субботина М.В.	40
Рыбина О.В.	251			Субботина О.В.	151, 319
Рыжков В.Л.	434	Смирнова Е.Г.	169	Суворов А.Н.	52
Рыжков Е.Ф.	442	Смирнова Е.Н.	264, 378	Суворова Т.С.	192, 500
Рымарева Е.А.	24	Смирнова Е.Ю.	409	Сулима М.В.	153, 292
Рыхлицкий С.В.	467	Смирнова Л.Е.	378	Сулимов Е.П.	475
Рыхтик П.И.	457	Смирнова О.А.	404	Султанмурадов М.И.	147
Рябов Н.В.	435	Смирнова С.В.	228	Сундуков И.В.	471, 472
Рябова Е.Н.	457	Смольева Л.Г.	345, 405, 406	Сундукова А.Н.	293
Рябошапко А.И.	148	Смольникова М.В.	228	Сурнина О.В.	259
Рябчук Ф.Н.	353, 355	Смольянинова Д.С.	312	Сухарева Е.С.	255
Рязанова Т.А.	259	Собирова Г.Н.	65	Сухая Ю.В.	174, 175, 479, 480
<b>С</b>		Соколина И.А.	452	Сухих А.С.	513
Саатов З.З.	64	Соколова М.И.	344	Сучкова Е.В.	294
Савельева Т.В.	207	Соловьева А.И.	157	Суярова Е.А.	39
Савкин В.А.	299	Соловьева Н.А.	8	Съемщикова Ю.П.	359, 360, 361
Савочкина А.Ю.	252	Солодовник А.Г.	512		
Садыгов Б.И.	103, 104, 124	Солодовниченко И.Г.	351	<b>Т</b>	
Саидова Ф.Б.	27	Соломонова Г.А.	108	Тадтаева Д.Я.	234
Салимов Т.Г.	105, 106	Сомова М.Ф.	151	Тарабаров С.А.	311
Салимова Р.Т.	105, 106, 124	Соркина О.А.	383	Тараканов В.А.	176
Самохвал О.В.	342, 343	Сорока Е.В.	264	Таран Н.В.	295
Самохвалова В.В.	356, 357	Сорокин В.М.	412, 413	Таранов В.А.	305
Самсонов А.А.	83, 188	Спивак С.В.	306	Тарасова А.Ю.	430
Самсонова Т.В.	458	Спиваковская А.Ю.	358, 364	Тарасова Г.Н.	39
Саранчина Ю.В.	107	Спиваковский Ю.М.	358, 364	Татьянченко В.К.	479, 480
Сарвилина И.В.	39	Стальмахович Г.И.	346	Тверитнева Л.Ф.	497
Саржевский В.О.	169	Станевич Л.М.	279, 280	Тегай А.В.	56, 122, 331
Сатгорова М.И.	158, 273	Стариков А.В.	467	Темникова И.В.	40
Сафатов А.С.	467	Стародубцев В.А.	436	Терегулов Б.Ф.	468
Сафонова Н.Г.	235	Старостин Б.Д.	31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 170, 171, 172, 173, 209, 289, 290, 291, 414, 415, 416	Терегулова З.С.	468
Сахарова Т.В.	186			Терещенко И.В.	296, 332
Свечкарь И.Ю.	46			Терещенко С.Г.	420, 428, 429, 437, 438, 439, 440
Свирь А.И.	30			Тертычный А.С.	138, 452
Секоян И.Э.	6			Тетерин Ю.С.	497
Селина И.Е.	455			Тимашков И.А.	459
Семенихина Е.В.	17	Старостина Г.А.	31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 170, 171, 172, 173, 209, 289, 290, 291, 414, 415, 416	Тимофеев В.В.	246
Семенов Х.Х.	389			Тирикова О.В.	297
Сеппанен Т.	469			Титов А.Ю.	180, 183
Сергеева Л.В.	226			Ткачев А.В.	177
Сергеева М.Г.	13, 151			Тов Н.Л.	192, 500
Сергеева С.И.	409			Толмачева О.Г.	310
Серегина Е.Е.	157, 186			Толмачева О.П.	359
Серова А.Г.	85			Тофан-Скутару Л.Г.	298
Серьгина Е.В.	264			Трифонов В.Д.	354, 363
Сигаева Н.С.	436			Тропская Н.С.	396, 400
Сидорова Ю.В.	499			Трубачева Ю.Л.	460
Сильвестрова С.Ю.	404			Трусова Л.А.	154, 155
Сильвестру Р.А.	213			Трухманов А.С.	9, 10, 11, 12, 14, 15, 38, 66, 67, 397, 463
Синайская Е.И.	365	Старцев Ю.М.	42, 470	Тубашева И.А.	370
Синицына М.Н.	499	Сташук Г.А.	160	Тугулева Т.А.	251
Синюкова Г.Т.	447, 448	Степаниденко Т.В.	358	Туманова У.Н.	461
Сирчак Е.С.	330	Степаньков С.А.	23	Турбекова М.Н.	178
Сифаллах А.Б.	69	Стешкина И.В.	436	Турсунбаев А.К.	270
Скворцова А.Б.	187	Стилиди Е.И.	69		
Скипенко О.Г.	449	Сторонова О.А.	11, 12, 14, 15, 38, 397, 463		
Скрипкина Н.Ф.	293				
Скульский С.К.	207				
Скупова О.В.	358, 365				

330

**ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЕЙ А1-АНТИТРИПСИНА (АТ) У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ (ХЭ)**

Сирчак Е.С., Курчак Н.Ю., Опаленик С.М., Русин В.И.

Ужгородский национальный университет, Украина

**Цель работы.** Изучить динамику уровня  $\alpha_1$ -АТ в крови и кале у больных после ХЭ.

**Материалы и методы.** Обследовано 136 больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ). Методом ИФА больным в сыворотке крови и кале определяли уровни  $\alpha_1$ -АТ (тест-системы "Immudiagnostic AG", Германия), а также рассчитывали его фекальный клиренс (ФК). Больных распределили на группы, в зависимости от метода лечения, а также от наличия или отсутствия поражений поджелудочной железы (ПЖ). I группа – 36 больных с ЖКБ в стадии ремиссии заболевания, которым была проведена консервативная терапия; II группа – 50 больных с острым приступом ЖКБ, которым была проведена экстренная ХЭ; III группа – 50 больных после ХЭ с хроническим панкреатитом (ХП). Больным II группы исследование показателей проводили непосредственно до проведения оперативного вмешательства, а также на 5-й день после ХЭ.

**Результаты.** У больных с ЖКБ в стадии ремиссии заболевания показатели  $\alpha_1$ -АТ в крови ( $148,05 \pm 5,41$  мг/дл) и в кале ( $14,77 \pm 1,14$  мг/дл) не отличаются от таких у здоровых ( $126,07 \pm 1,15$  мг/дл и  $15,03 \pm 0,21$  мг/дл соответственно). ФК  $\alpha_1$ -АТ у больных с ЖКБ составлял  $22,74 \pm 2,01$  мл/день. При остром приступе ЖКБ уровень  $\alpha_1$ -АТ в плазме крови на  $86,07 \pm 4,4$  мг/дл превышает показатели контрольной группы ( $p < 0,05$ ), его уровень в кале ( $18,62 \pm 0,85$  мг/дл) и ФК ( $20,15 \pm 1,41$  мл/день) остаются в пределах нормы. На 5-е сутки после ХЭ наблюдали увеличение  $\alpha_1$ -АТ в плазме крови более чем в 2 раза (до  $536,22 \pm 6,71$  мг/дл), по сравнению с таким до операции ( $p < 0,01$ ). При этом  $\alpha_1$ -АТ в кале составлял  $19,02 \pm 1,14$  мг/дл, а его ФК –  $79,90 \pm 3,26$  мл/день.

У больных с ХП после ХЭ получили наиболее высокие значения уровня  $\alpha_1$ -АТ в крови ( $822,26 \pm 7,45$  мг/дл –  $p < 0,001$ ). Только в этой группе пациентов наблюдали достоверное увеличение  $\alpha_1$ -АТ в кале (до  $30,47 \pm 1,40$  мг/дл,  $p < 0,05$ ), а ФК  $\alpha_1$ -АТ более чем в 10 раз ( $192,52 \pm 2,52$  мл/день) превышал показатели контрольной группы ( $18,12 \pm 0,99$  мл/день).

**Выводы:** 1) У больных с ХП после ХЭ установлено повышение уровня  $\alpha_1$ -АТ в плазме крови и кале. 2) Увеличение ФК  $\alpha_1$ -АТ у больных с ХП после ХЭ указывает на нарушении проницаемости слизистой оболочки кишечника.

332

**ОТДАЛЕННЫЙ ПРОГНОЗ ПОСХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА И СЕКРЕЦИЯ ГРЕЛИНА**

Терещенко И.В., Каюшев П.Е., Зубарева Н.А.

Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера, Россия

**Цель:** изучить динамику ПХЭС и секрецию грелина у больных ЖКБ в отдаленном сроке после холецистэктомии (ХЭ).

**Материалы и методы.** Проведено анкетирование и общеклиническое обследование 84 больных в возрасте от 31 до 70 лет, из них давность ХЭ у 24 пациентов (1-я группа) была <5 лет, у 60 (2-я группа) составляла 6–29 лет. Грелин определяли иммуноферментным методом.

**Результаты.** Повторное оперативное лечение потребовалось одной пациентке. Анкетирование показало, что клиническая симптоматика ПХЭС носила непостоянный характер, но была у всех больных в первые годы после ХЭ, не зависела от давности ЖКБ, возраста больных, техники ХЭ (экстренная – у 40 больных, плановая – у 46, доступа: лапароскопическая – у 29, мини-доступом – у 17, традиционная – у 38). У больных 1-й группы на момент осмотра клиническая картина ПХЭС выражена. У пациентов 2-й группы установлена достоверная корреляция между давностью ХЭ и проявлением (количеством симптомов) ПХЭС:  $\rho = 0,62$ . После ХЭ пациенты сразу были вынуждены изменить пищевое поведение, так как малейшее нарушение приводило к обострению ПХЭС. Пациенты 2-й группы постепенно расширяли рацион, и только ¼ больных продолжает строго соблюдать диету. При отсутствии ожирения, а также у молодых пациентов восстановление функции пищеварительной системы, т.е. адаптация к нейрогормональной перестройке после прекращения секреции гормона антихолецистокинина в результате удаления желчного пузыря, наступает существенно раньше. Уровень гормона-холекинетика грелина на 7-е сутки после ХЭ ( $n=26$ ) был  $17,1 \pm 1,15$  нг/мл при норме  $0,62 \pm 0,01$  нг/мл ( $n=18$ ). В отдаленном периоде после ХЭ при ПХЭС грелинемия оказалась в норме:  $0,6 \pm 0,03$  нг/мл ( $n=16$ ).

**Заключение.** Вопреки ожиданию, что с давностью ХЭ тяжесть ПХЭС будет нарастать, наблюдается парадоксальное улучшение его течения. После ХЭ неизбежна нейрогормональная перестройка ЖКТ, и к притоку эндокринной функции желчного пузыря постепенно происходит адаптация. Это подтверждает нормализация секреции в отдаленном периоде грелина, одного из главных регуляторов сфинктера Одди.

331

**РИСК РАЗВИТИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ВЕДЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

Тегай А.В., Новоселя Н.В., Кокуева О.В.

Кубанский медицинский институт, Краснодар, Россия

Холедохолитиаз является одним из самых грозных осложнений желчнокаменной болезни (ЖКБ). Опасность выхода камней в желчные протоки с дальнейшим поражением печени, поджелудочной железы, вплоть до развития панкреонекроза является основным сдерживающим фактором выбора консервативного ведения больных ЖКБ.

**Цель исследования.** Определить риск развития холедохолитиаза при консервативном ведении больных ЖКБ.

**Материалы и методы.** В течение 5-8 лет мы наблюдали за 52 больными с неосложненным холедохолитиазом. В группу исследования включали пациентов II стадии заболевания при отсутствии признаков хронического калькулезного холецистита и других осложнений ЖКБ. Средний возраст больных в начале исследования составил  $39 \pm 1,8$  лет. У 23 пациентов течение было бессимптомным, остальные предъявляли жалобы на периодически возникающие невыраженные боли в верхних отделах живота, тошноту, желудочный дискомфорт. Больные категорически отказались от предложенного им санирующего оперативного вмешательства, были предупреждены о возможных осложнениях выжидательной тактики, всем были рекомендованы курсы урсодезоксихолевой кислоты в стандартной дозировке. С периодичностью 1 раз в 3-9 месяцев и по требованию больные осматривались с обязательным проведением УЗИ желчевыводящей системы.

**Результаты.** В течение 5–8 лет из 52 пациентов с неосложненным течением ЖКБ жалобы на боли в верхних отделах живота, диспепсию усилились у 34 (59,6%). Оперативное вмешательство по поводу ЖКБ выполнено 11 (21,2%), у 5 из них (9,6%) – по причине обострения хронического калькулезного холецистита. Подозрение на наличие камней в желчных протоках возникло у 2 пациентов (субитеричность склер, расширение общего желчного протока по результатам УЗИ), при выполнении ЭРХПГ холедохолитиаз не подтвердился.

**Выводы.** В обследованной нами группе больных с неосложненным течением ЖКБ мы не наблюдали случаев развития холедохолитиаза.

333

**КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БИЛИАРНОГО СЛАДЖА**

Фрезе Е.Б., Хлынов И.Б., Чикунова М.В.

Уральский государственный медицинский университет, МЦ «Клиника «Уральская», Екатеринбург, Россия

**Цель:** определить частоту и особенности проявления клинических симптомов у больных с билиарным сладжем (БС) и выявить наличие связи БС с избыточным весом (ИВ).

**Материалы и методы:** обследовано 86 пациентов с диагнозом БС, верифицированного с помощью трансабдоминальной ультрасонографии на аппарате Philips US HD 15, возрасте от 18 до 75 лет, женщин – 52 (60,5%), мужчин – 34 (39,5%). У пациентов оценивалось наличие клинических проявлений в виде синдрома «правого подреберья» (чувство тяжести и/или боль в правом подреберье, связанные с приемом пищи), либо определялся клинический вариант течения БС без боли. Фиксировалась ассоциация БС с ИВ (по показателю индекс массы тела (ИМТ)).

**Результаты:** вариант течения БС без боли был определен у 58 (67,4%) пациентов. При этом соотношение по полу в группе было практически равным: 26 мужчин и 32 женщины (44,2% и 55,2% соответственно,  $p > 0,05$ ). Возраст пациентов в группе без клинических симптомов составил 40 ( $32 \pm 5,3$ ) лет.

У 28 пациентов (32,6%) выявлены клинические симптомы БС в виде проявлений синдрома «правого подреберья». В данной группе преобладавал женский пол (8 мужчин и 20 женщин, 28,6% и 71,4% соответственно,  $p = 0,051$ ). Возраст больных БС с клиническими симптомами составил 43 ( $30,75 \pm 5,25$ ) лет. Различие относительной частоты клинических вариантов течения БС было достоверным,  $p = 0,004$ .

Показатель ИМТ в группе обследованных больных с БС составил  $24,5$  ( $22,75 \pm 30,0$ ). Только у 22 (25,6%) пациентов был определен ИВ, при этом у 6 больных выявлено ожирение. У достоверно большего числа пациентов (64 больных (74,4%)) отмечался нормальный показатель ИМТ,  $p = 0,001$ .

**Выводы:** Наличие клинических симптомов при БС не зависят от возраста и наблюдаются чаще у женщин. Клинический вариант течения БС без боли встречается достоверно чаще в клинической практике. Билиарный сладж не сочетается с избыточной массой тела.