



Российский журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии, Колопроктологии

Russian Journal of Gastroenterology,
Hepatology, Coloproctology

Приложение № 34
Материалы Пятнадцатой Российской
Гастроэнтерологической Недели
12–14 октября 2009 г., Москва

№ 5

XIX
Том

2009

Пятнадцатая Российская Гастроэнтерологическая Неделя

Президент

В.Т. Ивашкин

Научный комитет

О.П. Алексеева
С.А. Алексеенко
Е.К. Баранская
С.А. Булгаков
Г.И. Воробьёв
В.Ю. Голофеевский
А.В. Калинин
Е.А. Коган
Г.Ф. Коротко
Ю.П. Кувшинов
С.А. Курилович
Т.Л. Лапина
З.А. Лемешко
А.Ф. Логинов

Ю.Н. Лященко
И.В. Маев
М.В. Маевская
В.К. Мазо
В.М. Махов
О.Н. Минушкин
И.А. Морозов
Ю.Г. Мухина
В.И. Оноприев
М.Ф. Осиенко
А.И. Пальцев
В.Д. Пасечников
Б.К. Поддубный
Т.С. Попова
С.И. Рапорт

Г.В. Римарчук
В.И. Симаненков
Н.М. Тимофеева
А.В. Ткачёв
А.С. Трухманов
Е.Д. Фёдоров
А.И. Хазанов
И.Л. Халиф
В.Б. Хватов
В.В. Цуканов
С.А. Чернякевич
А.В. Шапошников
П.Л. Щербаков
Н.Д. Ющук

Секретариат

А.О. Буеверов
Н.А. Курбацкая

С.М. Курбацкий
А.С. Остроумов

12–14 октября 2009 года

Москва

НАЗВАНИЕ РУБРИК

Пищевод	1–56
Желудок	57–167
Тонкая кишка	168–197
Толстая кишка	198–242
Поджелудочная железа	243–293
Печень	294–403
Билиарный тракт	404–443
Педиатрическая гастроэнтерология	444–494
Гериатрическая гастроэнтерология	495–497
Физиология и патофизиология	498–503
Экспериментальная гастроэнтерология	504–526
Энтеральное и парентеральное питание	527–537
Эпидемиология/генетика	538–545
Психосоматика болезней пищеварения	546–552
Эндоскопия диагностическая	553–567
Эндоскопия лечебная и оперативная	568–594
Эндоскопия: общие вопросы	595–599
Лучевые методы диагностики и лечения	600–606
Инструментальная диагностика	607–616
Новые технологии в диагностике и лечении	617–656
Ятрогенез в гастроэнтерологии	657–658
Прочие	659–685

Самородский А.В.	28, 569, 583, 585	Смирнов А.А. Смирнов А.И. Смирнов И.Е. Смирнова А.А. Смирнова Г.О.	577 582, 587 385, 386 141 139, 144, 643	Суслова Ю.В. Суслак Л.А. Сухадолин Д.А. Суханов Д.С. Сухина В.С. Сухоловский А.А.	111, 666 56 394, 395 387, 388 504 597 604
Самохвалов Е.И.	540	Смирнова Н.А.	269	Сучкова Е.В.	313
Самохина Е.П.	232	Смирнова Н.В.	230	Сущенко М.А.	389
Саразов М.П.	420, 421	Смирнова С.С.	28, 583, 585	Сыресина О.В.	451
Саралов С.Н.	475, 483	Смолина С.П.	384	Сысоев К.В.	98, 145, 146
Саттарова М.И.	294	Смирнова Е.Н.	637, 639	Сычев В.А.	147
Сафонова Н.Г.	227, 233	Смирнова Н.А.	269	Сычева Н.Л.	147, 526
Сафонова С.Л.	276	Смирнова Н.В.	230		
Сафронов А.М.	592, 593	Смирнова С.С.	28, 583, 585		
Сачечелашвили Г.Л.	277	Смолина С.П.	384		
Саямов С.Р.	193	Смотрина Е.В.	463, 475		
Свириденко О.Ю.	96	Согоян А.А.	378		
Свиридова Т.Н.	219, 365	Сокolina И.А.	605, 609		
Седун В.В.	137, 432, 584	Соколова А.А.	105, 142	Т	
Сейиткулиева Г.А.	641	Соколова Г.Н.	191	Тавасиева Л.М.	259
Секоян И.Э.	319	Соколова Т.Д.	580	Танаце Р.	239
Селезнев Ю.А.	617, 618	Соловьев М.В.	421	Таран Н.А.	553, 554,
Селезнева О.С.	481	Соловьева А.В.	663		568
Селиверстова Т.Р.	196	Сологуб И.М.	137, 432, 584	Таран Н.В.	390
Семакин Р.В.	618, 619	Сологуб М.А.	432	Таранов И.И.	100
Семенихина Т.М.	28, 536	Сологуб Т.В.	388	Таранюк Л.В.	406
Семенищева Н.Г.	39, 672	Солоденова М.Е.	46, 47	Тарасенко В.В.	573
Семенов А.В.	280, 519	Соломахин А.В.	423	Тарасик Л.В.	137, 584
Семенов Д.В.	343	Соломахин А.Е.	424	Тарасова Д.И.	82
Семенова Е.В.	133, 280, 519	Соломонова Г.А.	143	Тарасова Т.В.	507, 516
Семенова Н.В.	657	Солоница В.Д.	676	Тарсова А.Ю.	187
Семенчева О.В.	290	Солоница Л.П.	676	Татьянченко В.К.	621, 644
Семочкин И.Н.	214	Сомова Т.Ю.	520	Ташкинов Н.В.	586
Сенин С.А.	89	Сорокин А.А.	122	Текеева Ф.И.	628
Сергеева Т.Н.	467, 494	Сорокин Н.В.	410	Текущкая Е.Е.	537
Сердюков Д.Ю.	614, 615	Сорочан Е.В.	201	Терегулова Г.Р.	499
Сернов С.П.	355	Сотниченко А.В.	164	Терещенко И.П.	539
Серопян Н.С.	319	Софьина Л.И.	537	Терещенко С.Г.	249, 277, 564, 565, 566
Серякова М.Л.	8	Спиридонова А.В.	460		
Сигаева Ю.С.	586	Старostenko А.В.	592, 593	Терновой Н.И.	21, 204
Сидоркин А.О.	138	Стаценко И.Ю.	19, 96	Тер-Ованесов М.Д.	567
Сидорова Н.М.	368	Стеньшина А.В.	521	Тертычный А.С.	48, 234
Сизова Е.В.	679	Степанов Р.А.	342	Тимакова Т.С.	558
Силаева А.И.	667	Степанов С.О.	178	Тиманов И.М.	582, 587
Силуянов С.В.	139, 140, 144, 270, 610, 643	Степанова Н.С.	380	Тимофеев М.Е.	645
Симонов А.А.	266	Стойкевич М.В.	201	Тимошенко В.О.	31
Симонова Г.И.	529	Столяров С.Е.	600, 601	Тимошенко Е.А.	109
Симонова Е.В.	563	Сторожаков Г.И.	332, 433	Тимошин С.С.	189
Сирчак Е.С.	383	Сторожук П.Г.	522, 523	Тимченко И.А.	328
Сичинава И.В.	468	Строкова О.А.	260	Тимченко И.В.	579, 580
Скицко О.П.	284, 285	Стручкова Е.Ю.	579, 580	Тимченко Л.И.	365
Склянов Ю.И.	520	Стунжас Н.Н.	384	Тимченко Н.А.	109, 168, 169, 616
Склянская О.А.	23, 609	Ступин В.А.	144		
Склярова Е.С.	346, 347, 348, 349, 350	Субботин А.М.	79	Тихонов А.В.	412
Скоробогач М.И.	644	Субботин А.Н.	83, 202, 250	Тихонова Е.П.	311
Скульский С.К.	407	Судариков А.Б.	316	Тишкова Е.Б.	56
Слесаренко С.С.	533, 534	Судовых И.Е.	589, 590, 591, 649	Ткачева Т.И.	193
Сливка Н.А.	642	Сулайманова Ч.Т.	118	Ткаченко Е.В.	251
Смердова В.В.	664	Султанова Д.А.	158, 159, 282, 291,	Ткаченко Л.И.	543, 544
			292	Тлехурай Р.М.	28, 29, 569, 583, 585
		Супрун С.А.	278	Товбушенко М.П.	194
		Сурков А.Н.	385, 386, 397	Токарева А.В.	235
				Токарева Н.А.	49

382

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕКСИДОЛА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Попова Е.И.

Ижевская государственная медицинская академия, Россия

Цель. Комплексное изучение терапевтической эффективности мексидола у больных с алкогольной болезнью печени.

Материалы и методы. Обследовано 50 больных в возрасте от 34 до 59 лет. Мужчин было 80%, женщин – 20%. В верификации диагноза использованы, помимо жалоб и физикальных данных, результаты УЗИ внутренних органов, фиброгастроскопии, консультации психиатра. В группу наблюдения вошли 30 больных, которым в составе комплексной терапии назначался мексидол. Группу сравнения составили 20 больных, получавшие традиционное лечение.

Результаты. При поступлении больные предъявляли жалобы на выраженную общую слабость, головокружение при перемене положения тела, диспепсические явления: тошноту (78%), рвоту (65%), изжогу (45%), горечь во рту (95%). Выраженный болевой синдром в правом подреберье отмечали 90% больных, кожный зуд – 56%, желтушность кожных покровов и иктеричность склер – 72% больных. По данным физикальных исследований: у 90% больных отмечено увеличение печени, из них у 70% отмечена при надавливании болезненность, в 30% случаев был положительный симптом Менделя, в 100% – симптом Жельбера, в 13% – болезненность поджелудочной железы. После лечения больных группы наблюдения мексидолом в течение 10–14 дней в дозе 100–200 мг. в сутки внутривенно капельно наблюдалась положительная динамика клинических симптомов: уменьшились или исчезли общая слабость и потливость у 90% больных, прошли головные боли и головокружения у 70%, больные отметили повышение умственной и физической работоспособности, уменьшились боли в правом подреберье, тошнота, кожный зуд в 60% случаях, желтушность кожных покровов и иктеричность склер исчезли в 70% случаях. При физикальном исследовании сохранилась болезненность печени у 35% больных, увеличение печени – в 85%.

При традиционном лечении исчезла общая слабость у 75% больных, головокружение и головная боль – у 60%, болевой синдром в правом подреберье уменьшился – у 55%, кожный зуд – у 40%, прошли диспепсические явления. Желтушность кожных покровов и иктеричность склер остались без существенных изменений. Динамика данных физикального исследования существенно не отличалась от больных группы наблюдения.

Заключение. Применение мексидола по общеклиническим данным повышает эффективность лечения больных хронической алкогольной болезнью печени.

384

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ В ПРОГРАММУ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АНТИГИПОСАНТА РЕАМБЕРИНА

Смолина С.П., Якубов Д.А., Петрова М.М., Шаробаро В.И., Стунжас Н.Н.

Смоленская государственная медицинская академия, Россия

Цель исследования: изучение влияния антигипосанта реамберина на эпизодическое течение и исходы активного цирроза печени алкогольной этиологии.

Материалы и методы: Были обследованы 10 больных, находившихся на обследовании и лечении в ОАР и отделении неотложной терапии МДПУ МСМП с диагнозом: алкогольный цирроз печени, активная фаза (диагноз подтвержден данными УЗИ печени и селезенки, сосудов портальной системы, ЭФГДС, биохимическим исследованием крови, включая уровень ГГТП, аммиака, соотношение АСТ/АЛТ, содержание этанола), осложненный печеночными энцефалопатиями (ПЭ) I–III степени. Критериями исключения из исследования являлись: нарушения сознания, не связанные с печеночно-клеточной недостаточностью, металлоалкогольный делирий, ПЭ 0 и IV ст., общее тяжелое состояние пациентов (более 15 баллов по шкале АРАСНЕ II). Исследованы 10 пациентов в возрасте от 32 до 58 лет (средний возраст составил 43,8±10,3 лет), 5 женщин и 5 мужчин. Степень ПЭ оценивали при поступлении, на 3, 6 и 11 сутки лечения по клиническому состоянию, уровню аммиака в крови и времени, затраченному на выполнение психометрических тестов (тест связей чисел, тест копирования линий и символьно-числового теста). Больные были разделены на две группы по 5 человек, randomизированные по возрасту, полу и исходной степени ПЭ. Лечение больных контрольной группы состояло из инфузационной терапии растворами глюкозы, диуретиков, витаминов группы В, С, гепатопротекторов, антибиотиков, Н₂-блокаторов или ИПП, глюкокортикоидов. Больные исследуемой группы, кроме того, получали инфузии 1,5% раствора реамберина по 800 мл в течение первых 5 дней и по 400 мл – в течение последующих 5 дней.

Результаты: В исследуемой группе отмечено статистически значимое уменьшение времени выполнения психометрических тестов ($p<0,05$ для теста копирования линий) и снижение уровня общего и прямого билирубина в крови в сравнении с контрольной группой. Наблюдалась положительная динамика неврологического статуса, более выраженная у пациентов в исследуемой группе.

Выводы: Результаты проведенного исследования свидетельствуют о более выраженной положительной динамике клинического состояния больных, лабораторных показателей и улучшении когнитивных способностей пациентов при комплексной терапии с включением реамберина.

383

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ В ЗАКАРПАТСКОЙ ОБЛАСТИ УКРАИНЫ

Сирчак Е.С., Русин В.И., Архий Э.Й., Великоклад Л.Ю.

Ужгородский национальный университет, медицинский факультет, Украина

Цель нашей работы – изучить частоту и основные причины возникновения осложненных форм цирроза печени (ЦП) в Закарпатской области Украины.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 120 больных с ЦП, которые перебывали на стационарном лечении в хирургическом и гастроэнтерологическом отделениях областной клинической больницы г. Ужгород. Обследованные больные были в возрасте от 20 до 77 лет, средний возраст составлял 46,9±2 лет. Мужчин было 58%, женщин – 42%. ЦП алкогольной этиологии диагностировали у 53% больных, вирусной этиологии – у 21% больных, смешанной (алкогольно-вирусной) этиологии – у 26% больных.

Результаты и обсуждение. Среди больных преобладали жители сельской местности (63%), а жители города составляли 37%. После анализа мы выяснили, что это, в основном, жители сел Береговского, Виноградовского, Тячевского и Раховского районов. Высокая распространенность поражений печени в этих районах Закарпатья, по нашему мнению, связана с употреблением некачественных вин домашнего производства, приготовленных из диких сортов винограда.

Также обнаружили высокую степень (92%) инфицирования больных с ЦП *Helicobacter pylori* (НР). У НР инфицированных больных ЦП желудочно-кишечных кровотечений встречались в 2 раза чаще, а у 35% из них – это были повторные кровотечения. Итак, персистирование НР у больных с ЦП ухудшает протекание цирротического процесса, поддерживая воспалительные изменения в слизистой оболочке верхних отделов пищеварительного канала (ПК). Следовательно, НР является одним из провоцирующих факторов возникновения кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка.

Выводы. Выявили высокую частоту (53%) ЦП алкогольной этиологии. НР инфекцию диагностировали у 92% обследованных пациентов с ЦП, что способствует возникновению кровотечений из верхних отделов ПК и является причиной смерти данного контингента пациентов.

385

СОДЕРЖАНИЕ КОЛЛАГЕНА IV ТИПА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ С ФИБРОЗОМ И ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Сурков А.Н., Потапов А.С., Кучеренко А.Г., Смирнов И.Е., Туманова Е.Л.

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва, Россия

Цель: уточнить диагностическую значимость определения концентрации коллагена IV типа (К IV) в сыворотке крови для прогнозирования стадии фиброзирования у детей с хроническими болезнями печени (ХБП).

Материалы и методы. Обследовано 92 ребенка с ХБП различной этиологии в возрасте от 1 до 17 лет (средний возраст 10,6±1,1 лет), которым была проведена пункционная биопсия печени с оценкой гистологического индекса склероза (ГИС) по Knodell. Всем пациентам методом ИФА в сыворотке крови определяли концентрацию К IV. Результаты представлены в виде M±m. Исследования проведены при добровольном информированном согласии детей или их родителей.

Результаты: при морфологическом исследовании гепатобиоптатов у 27 детей был выявлен минимальный фиброз (Ф1), у 34 – выраженный фиброз (Ф3), а у 31 ребенка – цирроз печени (Ф4). Средняя концентрация К IV в сыворотке крови детей с Ф4 составила 603,67±80 нг/мл, что было достоверно выше ($p<0,001$), чем у пациентов с Ф1 и Ф3: 248,95±32,58 нг/мл и 321,51±36,88 нг/мл, соответственно. Корреляционный анализ выявил наличие прямой связи умеренной силы между уровнем К IV и значениями ГИС ($r_s=0,46$, $p<0,001$), обратную слабую связь между К IV и уровнями тромбоцитов ($r_s=-0,28$, $p<0,01$), лейкоцитов ($r_s=-0,23$, $p<0,05$), эритроцитов ($r_s=-0,24$, $p<0,05$), альфа-2-глобулинов ($r_s=-0,27$, $p<0,01$), бета-глобулинов ($r_s=-0,28$, $p<0,01$), протромбинового индекса ($r_s=-0,21$, $p<0,05$), прямую слабую связь между К IV и АЛТ ($r_s=0,22$, $p<0,05$), АСТ ($r_s=0,25$, $p<0,05$), значением МНО ($r_s=0,27$, $p<0,01$), а также размерами селезенки по данным УЗИ ($r_s=0,21$, $p<0,05$). При концентрации К IV более 249,1 нг/мл чувствительность метода для диагностики стадии Ф4 составила 77,4%, а специфичность 100%. Уровень К IV более 259,4 нг/мл позволяет разграничить стадии Ф4 и Ф3 при чувствительности 77,4% и специфичности 61,8%, а более 211,74 нг/мл – Ф4 и Ф1 с чувствительностью – 93,5%, специфичностью – 66,7%.

Выводы. Полученные результаты указывают на определенную роль К IV в печеночном фиброгенезе. С прогрессированием фибротических изменений сывороточная концентрация К IV у детей с ХБП увеличивается. Определение уровня К IV в сыворотке крови в ряде случаев может использоваться для неинвазивной диагностики цирроза печени у детей с ХБП.