



Российский журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии, Колопроктологии

Russian Journal of Gastroenterology,
Hepatology, Coloproctology

Приложение № 35
Материалы Пятнадцатой
Российской конференции
“Гепатология сегодня”
15–17 марта 2010 г., Москва

№ 1

XX
Том

2010

РОССИЙСКОЕ АКАДЕМИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ПО ГЕПАТОЛОГИИ

Пятнадцатая Российская конференция

"Гепатология сегодня"

15 – 17 марта 2010 года
Москва



РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПО ИЗУЧЕНИЮ ПЕЧЕНИ

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

Сопредседатели

Ивашкин В. Т.

Заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ММА им. И. М. Сеченова, академик РАМН, профессор

Ющук Н. Д.

Президент Московского государственного медико-стоматологического университета, академик РАМН, профессор

Калинин А. В.

Профессор кафедры гастроэнтерологии Государственного института усовершенствования врачей Минобороны России (по согласованию)

Маев И. В.

Заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Московского государственного медико-стоматологического университета, проректор Московского государственного медико-стоматологического университета, профессор

Маевская М. В.

Профессор курса «Функциональная диагностика и фармакотерапия в гастроэнтерологии» при кафедре семейной медицины ММА им. И. М. Сеченова; заведующая отделением гепатологии клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии, гепатологии им. В. Х. Василенко

Члены оргкомитета

Буеверов А. О.

Старший научный сотрудник научной группы при кафедре пропедевтики внутренних болезней ММА им. И.М. Сеченова

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

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

Чжао А. В.

Руководитель Московского центра трансплантации печени на базе НИИ СП им. Н. В. Склифосовского, профессор

Конференция организована при технической поддержке ООО «Гастро-М»

Генеральный спонсор

Ф. Хоффманн–Ля Рош



Главные спонсоры

Бристол-Майерс
Сквибб



Фармстандарт



C

Савельев С.Г. 432
Савченко В.Г. 100
Сагинова Е.А. 289
Саджая Л.А. 387
Сайдов М.З. 283
Сайдханов Б.А. 327
Сайфутдинов Р.Г. 402, 403,
404

Салханов Б.А. 117, 256
Самаходская Л.М. 150
Самохвалов Е.И. 149, 150
Сандаков Я.П. 382, 383
Санина Т.Н. 288
Сапралиев А.Р. 5
Саразов М.П. 350
Саргсян М.В. 182, 295,
384

Сарыглар А.А. 122
Сатторова М.И. 145
Сафонова Н.Ф. 44
Светлаков В.И. 24
Свириденко О.Ю. 273
Свиридов Я.Г. 395
Северова М.М. 289, 385
Сейиткулиева Г.А. 206
Семененко Н.В. 41
Семенов А.В. 386, 407
Семенов В.Б. 209, 431
Семенова Е.В. 386, 407
Семенова Е.Н. 432
Семеняко Н.А. 171
Сенин С.А. 81
Сергеева Е.О. 387
Сергеева Л.А. 281
Сердюков Д.Ю. 388
Середа С.А. 389
Сернов С.П. 280
Серов Н.А. 168
Серова А.Г. 104
Серова А.Н. 390
Сивкова А.А. 290
Синицина И.А. 311
Синицина Т.К. 311
Синютина С.Е. 236
Синякова О.Г. 52
Сирчак Е.С. 45
Склярова Е.С. 133, 134
Скульте И.В. 387
Слободина О.В. 46
Смирнов Д.М. 38
Смирнова Е.Н. 397
Смирнова М.П. 44
Смирнова Н.В. 44
Смирнова Н.Л. 410
Смоленская О.Г. 244
Снопова Л.Б. 251
Соболева Л.В. 23
Созинов А.С. 116
Созинова Ю.М. 98
Сокол Л.А. 307
Соколина И.А. 355
Соколов Ю.Ю. 218
Соколова Н.И. 276
Соколова Н.Н. 311
Солдатова Е.М. 240, 241
Соловьев М.В. 135, 315
Сологуб Т.В. 169, 170,
171, 172

Соломенник А.О.

Соломенцева Т.А. 259
Солоница В.Д. 391
Солоница Л.П. 391, 392
Сомова Т.Ю. 393
Сонам-Байыр Я.Д. 122
Сорокин Ю.Д. 289
Соснина Л.В. 409
Спиридонов Е.Г. 12, 13, 39
Стариков С.В. 358
Стаценко И.Ю. 273
Стеклова Г.П. 228, 348
Степанов Р.А. 278
Степанова Н.С. 406
Столярова Е.И. 394, 409
Сторожаков Г.И. 24, 47
Строганова О.А. 15, 16, 48,
118, 291
Стукова Н.Ю. 36
Ступин В.А. 210, 211,
212

T

Судариков А.Б. 100
Сузальцев А.А. 107, 128,
144
Сумарокова Н.Н. 418
Сурков А.Н. 49, 78
Суслова Ю.В. 294
Суханов Д.С. 172
Суханов С.А. 231, 394
Сухов Ю.А. 95
Сухогузова М.Е. 244
Сучкова Е.В. 245, 414
Сходова С.А. 131
Сыров В.Н. 242, 292
Сюткин В.Е. 4

125, 126,
173

Торова Г.А.
Тотfalушин А.А.

405
352, 399,

400, 401

Тофан-Скутару Л.
Трандофилов М.М.
Трефилов Е.Н.
Трифонова Р.С.
Трифонова Э.В.

53, 261

63, 64

99

183, 184

402, 403,

404

Тронин Р.Ю.
Трусова Е.В.
Трусова Л.А.
Трянкина С.А.

212

202

294

405

Тужилин А.В.
Туйсин С.Р.

311

197

Туманова Е.Л.
Туцицкая О.Н.

49

234

Турсунова Н.В.
Турьянов А.Х.

292

326

Тхакушинова Н.Х.
Тюрюмин Я.Л.

332

347

Тяптиргянова Т.М.

213

У

Уварова О.Н. 90, 91, 92
Уварова Т.О. 248
Удовикова О.И. 406
Уланова Т.В. 386, 407
Ульянов В.Ю. 214, 408
Ульянова Е.В. 214, 408
Ульянова О.В. 32
Ульямаева В.В. 317, 318,
319
Умерова А.Р. 34, 35
Устинова О.Ю. 304, 305,
316, 359
Усыченко Е.А. 410
Утц И.А. 231, 394,
409

Ф

Фадеева Д.В. 410
Фазулзянова И.М. 411
Фарутдинов Н.Р. 411
Фатхеева Л.С. 252
Федоров В.Э. 215, 216,
217
Федоров И.Г. 24, 47
Федорченко И.В. 409
Федосеева Л.В. 137
Федосеева О.С. 294
Федуленкова Л.В. 50
Феоктистова Л.А. 32
Феофанова Е.В. 328
Филатов Ф.П. 100
Филимонова Г.Ф. 178
Филиппов Ю. 412
Филиппченко Е.М. 330, 331
Фокин В.А. 185
Фомин В.В. 289
Фомин В.С. 63, 64
Фомина В.М. 63
Фошина С.Б. 431
Фрезе Е.Б. 179, 180
Фрейнд Г.Г. 218, 278,
378
Фролов А.В. 76, 82
Фролов Я.А. 356

42

ОСТЕОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Овсянникова В.В., Козлова И.В.

Государственный медицинский университет, Саратов, Россия

Цель исследования: определить частоту встречаемости остеопенического синдрома (ОП) у больных с циррозами печени (ЦП) различной этиологии и класса.

Материалы и методы. Обследованы 52 пациента с ЦП. При этом у 15 (30%) пациентов диагностирован ЦП класса А по Чайлд-Пью, у 32 (62%) – класс В, у 4 (8%) – класс С. Алиментарно-токсический ЦП встречался у 28 (54%) пациентов, первичный билиарный ЦП – 9 (17%), крипто-генный ЦП – 15 (29%). Средний возраст пациентов составил 31,3±1,2 года, мужчин было 31 (60%), женщин – 21 (40%). Диагноз ЦП был верифицирован клиническими, лабораторными, инструментальными методами исследования. Всем пациентам проводилось определение маркеров ОП по показателям остеокальцина (ОК) и С-телефептида в сыворотке крови методами иммуноферментного анализа.

Результаты. При ЦП класса А отмечалось снижение ОК в сыворотке крови у 8 (53,3%) пациентов, увеличение ОК – у 1 (6,6%) пациента, у 6 (46,6%) – ОК крови был в норме, при этом повышение С-телефептида до верхней границы нормы – 3 (20%) пациентов, превышение нормы – у 5 (33,3%), С-телефептида в норме – у 7 (46,6%); при ЦП класса В снижение ОК наблюдалось у 17 (53%) пациентов, повышение ОК – у 2 (6,3%), норма – у 13 (40,6%), повышение С-телефептида до верхней границы нормы – у 4 (12,5%), превышение нормы – у 13 (40,6%), С-телефептида был в норме – у 15 (47%); у пациентов с ЦП класса С снижение ОК наблюдалось у 4 (100%) больных, превышение нормы С-телефептида в сыворотке крови у 3 (75%) больных, у 1 (25%) – уровень С-телефептида был в норме. Повышение маркеров деструкции костной ткани (С-телефептида) в сыворотке крови наблюдается 53,9% больных ЦП, снижение маркеров костеобразования (osteocalcina) выявлено у 55,7% пациентов.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности развития ОП у больных ЦП. При сопоставлении частоты ОП и этиологии ЦП отмечена максимальная выраженность остеопении при первичном билиарном ЦП, а также при алиментарно-токсическом ЦП с наличием холестатического синдрома.

44

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ГЕПАТИТОМ И ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Рунова А.А., Калинникова Л.А., Архангельская Л.А., Смирнова Н.В., Караватых М.А., Смирнова М.П., Сафонова Н.Ф.

Нижегородская государственная медицинская академия,
Нижегородский гериатрический центр (НГГ), Россия

Целью работы было изучение особенностей клиники и данных обследования у больных пожилого возраста с хроническими заболеваниями печени. Под наблюдением было 79 больных терапевтического отделения НГГ с хроническими заболеваниями печени (гепатиты и циррозы вирусной и невирусной этиологии). Средний возраст больных составил 62,8±2,21 года (24 женщины и 52 мужчин). Диагноз хронических заболеваний печени основывался на данных анамнеза, клиники и дополнительных методов обследования: биохимических с определением протромбинового индекса (ПИ), альбумина крови, серологических маркеров вирусов, активности ферментов (АЛАТ, АСАТ, ГГП, ЩФ), билирубина, УЗИ и КТ органов брюшной полости с определением размеров и структуры печени и селезенки, а также рентгеноскопии пищевода и эзофагоскопии.

У 46-ти больных с явными клиническими проявлениями цирроза печени (плотная бугристая печень с наличием по данным УЗИ узлов, спленомегалией) и его осложнений (портальная гипертензия с асцитом, варикоз вен пищевода) более измененным был ПИ, величина которого была у всех больных однозначно снижена до 78-48% (среднее значение – 70,3±0,8%). У 36-ти больных циррозом отмечена гипербилирубинемия (среднее значение общего билирубина – 48,8±5,21 мкмоль/л) и небольшое повышение АСАТ до 1,5 норм.

У 33-х больных гепатитом без клинических признаков цирроза печени величина ПИ сохранялась в пределах нормальных величин и составила 86,9±3,4%, что статистически достоверно отличалось от группы больных циррозом печени ($p<0,001$). У больных гепатитом содержание АЛАТ и АСАТ было однозначно повышенным со средним значением до 2,5-3 норм, ЩФ до 1,5 норм, наблюдалась гипербилирубинемия со средним значением общего билирубина 23,1±2,7 мкмоль/л. Уровень альбуминов в крови в обеих группах сохранялся в пределах нормальных значений, средние данные не отличались.

Таким образом, ПИ является достаточно информативным биохимическим показателем для диагностики цирроза печени при ее хронических заболеваниях различной этиологии у больных пожилого возраста.

43

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИОЦИТОВ, ИММУНОПОЗИТИВНЫХ К ХРОМОГРАНИНУ И СЕРОТОНИНУ В ДИАГНОСТИКЕ КОЛОНПАТИЙ ПРИ ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ

Овсянникова В.В., Козлова И.В., Кветной И.М.

Государственный медицинский университет, Саратов, Россия

Цель исследования – выявить механизмы возникновения и прогрессирования колонпатий при циррозах печени (ЦП) на основе морфометрических показателей диффузной эндокринной системы (ДЭС) в сопоставлении с клинико-морфологическими вариантами заболевания.

Материалы и методы. Обследованы 52 пациента с ЦП. 12 (22%) пациентов с ЦП класса А по Чайлд-Пью, у 36 (64%) – класс В, у 8 (14%) – класс С. Средний возраст пациентов составил 54,6±1,2 года, мужчин было 42 (75%), женщин – 14 (25%). Диагноз цирроза печени был верифицирован клиническими, лабораторными, инструментальными методами исследования. Всем пациентам проводилась колоноскопия с биопсией и гистологическим исследованием колонобиоптата. Для определения морфометрических характеристик количественной плотности эпителиоцитов иммунопозитивных к ХР-А и СЕР использовали иммуноhistохимический метод.

Результаты. У пациентов с ЦП поверхностный колит был выявлен у 17 (47%) пациентов, эрозии слизистой – у 4 (11%), у 15 (41%) – варикоз вен прямой кишки, у 10 (27%) – патологии не выявлено. При морфологическом исследовании выявлены изменения у 100% пациентов: отек и умеренная лимфоцитарная инфильтрация слизистой – у 25 (70%) пациентов, диффузный фиброз – у 8 (22%), хронические эрозии – у 2 (5,5%), острые эрозии – у 2 (5,5%). Отмечено снижение количественной плотности эпителиоцитов слизистой кишечника, иммунопозитивных к ХР-А, уменьшение морфометрических показателей эпителиоцитов, иммунопозитивных к СЕР, максимальные изменения – при ЦП класса С.

Выводы. Высока распространенность структурных изменений слизистой кишечника, на фоне ЦП, сопровождающиеся нарушением местного гормонального гомеостаза, характеризующегося снижением колонцитов, иммунопозитивных к ХР-А, СЕР, приводящее к воспалительному процессу. Нарушение регуляции ДЭС является фактором риска формирования и прогрессирования колонпатий при ЦП.

45

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Сирчак Е.С., Руслан В.И., Архий Э.И.

Ужгородский национальный университет, Украина

Цель работы: Изучить эффективность и диагностические возможности ^{13}C -метацетинового дыхательного теста (^{13}C -МДТ) у больных с циррозом печени (ЦП).

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 41 больных с ЦП, которые лечились в Областной клинической больнице г. Ужгород. Среди обследованных пациентов преобладали мужчины – 30 (73%), возрастом – 41±2,15 лет, женщин было – 11 (27%), возрастом – 38±3,28 лет. Диагноз ЦП выставлялся на основе жалоб, анамнестических, лабораторных и инструментальных методов исследования. Также всем больным для определения степени поражения печени проводили ^{13}C -МДТ. Дыхательные пробы анализировали на инфракрасном спектроскопе IRIS (фирмы IZINTA, Венгрия).

Результаты и обсуждения. После проведения клинико-лабораторных обследований, больных с ЦП распределили по классам тяжести Child-Pugh, учитывая уровень билирубина, альбумина, протромбинового индекса и наличие или отсутствие асцита и печеночной энцефалопатии. В класс А вошло 10 (24%), в класс В – 16 (39%), в класс С – 15 (37%) больных.

После проведения ^{13}C -МДТ по результатам данной методики 10 больных с ЦП отнесли к классу А по Child-Pugh, масса функционирующих гепатоцитов (МФГ) в этой группе составляла 57,5±6,2%. К классу В по Child-Pugh по данным ^{13}C -МДТ отнесли 16 пациентов, МФГ для них составляла 42,2±7,3%. В класс С по Child-Pugh за данной методикой вошло 15 больных, МФГ составляла 18,3±4,4%. Таким образом, практически у всех больных клинико-лабораторные показатели соответствия степени печеночной недостаточности совпадали с основными показателями ^{13}C -МДТ, также появилась возможность об утверждении процентного отношения МФГ у каждого конкретного больного и в зависимости от принадлежности его к определенному функциональному классу по Child-Pugh.

Выводы: Применение неинвазивного ^{13}C -МДТ дает возможность установить процентное соотношение МФГ у каждого конкретного больного в зависимости от степени печеночной недостаточности, что можно использовать для выбора способа и объема лечения.