



Российский журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии, Колопроктологии

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

Приложение № 36
Материалы Шестнадцатой Российской
гастроэнтерологической недели
11–13 октября 2010 г., Москва

№5

XX
Том

2010

Шестнадцатая Российская Гастроэнтерологическая Неделя

Президент

В.Т. Ивашкин

Научный комитет

О.П. Алексеева	З.А. Лемешко	Р.Г. Сайфутдинов
С.А. Алексеенко	М.А. Ливзан	В.И. Симаненков
Е.К. Баранская	А.Ф. Логинов	Г.Н. Тарасова
А.Ю. Барановский	В.М. Луфт	А.В. Ткачѳв
А.О. Буеверов	Ю.Н. Лященко	А.С. Трухманов
С.А. Булгаков	И.В. Маев	Л.П. Фаизова
Г.И. Воробьѳв	М.В. Маевская	Е.Д. Фѳedorов
И.Н. Григорьева	О.Н. Минушкин	<u>А.И. Хазанов</u>
О.В. Зайратьянц	Ю.Г. Мухина	И.Л. Халиф
А.В. Калинин	М.А. Осадчук	В.Б. Хватов
Н.В. Корочанская	М.Ф. Осипенко	В.В. Цуканов
Г.Ф. Коротько	А.И. Пальцев	С.А. Чернякевич
Ю.П. Кувшинов	Б.К. Поддубный	А.В. Шапошников
С.А. Курилович	Т.С. Попова	С.И. Эрдес
Т.Л. Лапина	В.А. Ратников	Н.Д. Ющук
	Г.В. Римарчук	

Секретариат

М.А. Захарова	С.М. Курбацкий
Н.А. Курбацкая	А.С. Остроумов

11–13 октября 2010 года
Москва

Разумовский А.Ю.	53	Савина Л.В.	586	Смолин С.О.	591
Рамазанова З.	95, 321, 322	Садыкова Д.К.	340	Смолькова Л.Г.	54
Рапопорт С.И.	131, 132, 498	Сазанова Н.Е.	434	Смотрина Е.В.	406
Растомпахова Т.А.	54	Саидханов Б.А.	155	Собирова Г.Н.	294, 295
Растунова Г.А.	476	Сайфудинов Р.Г.	473, 474	Соколова Н.И.	369
Расулов М.И.	498	Саклапов Э.С.	353	Соколова Н.Н.	603
Ратников В.А.	337, 378	Самусенко И.А.	4	Соколова О.В.	171, 177,
Ратникова В.В.	378	Сандрацкая А.В.	540		178, 216, 217
Рафальский В.В.	310	Сапего Л.Г.	125	Сокольская Т.И.	624, 625
Рафикова Г.Р.	324	Сараева Н.О.	635	Соловьева А.В.	607
Рахимова О.Ю.	204	Саркисянц Н.К.	341	Соловьева Н.В.	93
Рахимова Х.К.	338	Сарсенбаева А.С.	91	Сологуб И.М.	379, 516,
Рахмонов Ш.ДЖ.	538, 567	Сарыглар А.А.	493		517, 518, 519
Рачков В.Е.	53	Сас М.А.	293	Сологуб Т.В.	328
Ревякин А.Н.	459	Саттарова М.И.	321, 322	Солоденнова М.Е.	55
Резник Л.Ф.	603	Сатъшев О.В.	574	Соломенник А.О.	300, 301
Реуцкий И.П.	379, 517	Сафонова М.В.	327	Соломка Н.В.	440
Речкалов А.В.	606	Сафонова С.Л.	81, 595	Соломонова Г.А.	136
Решетник Л.А.	429	Сафонова Ю.Ю.	335	Солоница Л.П.	626
Решетов А.П.	52	Сафуанова Г.Ш.	324	Солоха И.Ю.	154
Ржавичева О.С.	146	Светлова О.М.	580	Солпов А.В.	342
Ризванов Р.Р.	224	Свечкаръ И.Ю.	27	Сомова М.Ф.	90
Римарчук Г.В.	440	Свиридова А.В.	238	Сонам-Байыр Я.Д.	493
Робакидзе Н.С.	208	Свиридова Т.Н.	262, 323	Сопова Е.А.	476
Рогожкина Е.А.	622	Седун В.В.	379, 516,	Сорокин В.М.	85
Романенко И.А.	359		517, 518, 519	Сорокин Н.М.	77
Романенко И.Г.	172	Секоян И.Э.	281	Сорочан Е.В.	180
Романенко М.С.	455	Селина И.Е.	551	Спиридонова А.В.	390, 410
Романенко Н.Д.	40	Семеновка Е.П.	349	Спиридонова Т.Г.	564
Романова Е.В.	581, 635	Семенихина Т.М.	27, 134	Староватов А.В.	13
Романова С.В.	283, 408, 430	Семенова Г.Ф.	412	Стародубцев В.А.	56, 596
Романова С.В.	409	Семенова Е.В.	126	Стеньшина А.В.	466, 472
Романова Т.И.	226	Семенова Н.Б.	435	Степанов Ю.М.	57, 597, 598,
Ромашенко П.Н.	166, 167,	Сенди С.С.	436		599
	240, 241	Сергеев А.Н.	119	Степанова А.В.	488
Румянцев А.Ш.	566	Сергеева М.П.	584	Степанова Л.И.	282
Рунова А.А.	133	Серииков С.Г.	507	Степашина Т.Е.	487, 488
Руселик Е.А.	125, 126	Сериикова С.Н.	507	Степная О.А.	194
Русин В.И.	343	Серова А.Н.	135	Стойкевич М.В.	180
Рыжков В.Л.	471, 514	Серопян Н.С.	281	Столяров И.А.	137
Рыжков Е.Ф.	380, 527	Серякова М.Л.	77	Сторожаков Г.И.	251, 292,
Рыжова Т.М.	406	Сивак Е.О.	419		344, 348
Рылова Н.В.	219, 388	Сивкова А.А.	342	Сторонова О.А.	20, 21, 58,
Рябикина Е.В.	623	Сигаева Ю.С.	521		59, 569, 570
Рябков А.Н.	339, 486	Сидорчук П.А.	166	Стриковский А.В.	541
Рябчевский В.А.	133	Силина Т.Л.	520	Строкова О.А.	457
Рябчук Ф.Н.	431, 432, 433	Силинский А.И.	85	Строцкая Е.А.	455
Рябчун В.В.	27	Симерзин В.В.	296, 297	Струков Е.Ю.	167
Рядинская Л.А.	354	Синицын В.Е.	520	Стрюковский А.Е.	415, 600
Рязских М.Н.	513	Сирчак Е.С.	343	Стуклов Н.И.	627
Рязанова Т.А.	424	Скорляков В.В.	147	Субботин А.Н.	223, 361
Рязанцев А.А.	561	Скульский С.К.	378	Субботина О.В.	480
		Слободчикова М.А.	366, 367, 492	Суворова К.Н.	79
С		Слонимская М.М.	209	Сугак Т.В.	302
Саатов З.З.	102, 103	Слонимский М.А.	209	Сукачев В.С.	299
Саблин Е.Е.	47, 48	Смикодуб А.А.	150	Сумарокова Н.Н.	383, 420
Саблин О.А.	152	Смирнова Е.Н.	340	Сунь Бейбей	57
Сабодаш В.Б.	94	Смирнова М.А.	501	Супрунова Е.С.	513
Сабурова А.М.	30, 460	Смирнова Н.А.	246	Сурикова О.А.	209
Савельев В.В.	82	Смирнова Н.В.	133	Суслова Ю.В.	307
Савельева Т.В.	378	Смоленская О.Г.	562, 563	Суханова Т.К.	49, 60

341

ВЛИЯНИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С ПЕГИЛИРОВАННЫМ ИНТЕРФЕРОНОМ (α -2А И РИБАВИРИНОМ)

Саркисянц Н.К.

Клинический центр «Арменикум», Ереван, Армения

Цель работы. Изучить влияние различных прогностических факторов на эффективность терапии хронического гепатита С (ХГС) пегилированным интерфероном α -2а (Пегасис) в комбинации с рибавирином (Копегус).

Материал и методы. Комбинированную терапию Пегасисом и Копегусом получали 72 больных ХГС (62 мужчин, 10 женщин). Чтобы изучить влияние различных категорийных и непрерывных переменных факторов на частоту устойчивого вирусологического ответа, была применена логистическая регрессия. Прогностические факторы включали пол, возраст, вес, индекс массы тела, давность заболевания, интерферонотерапию в прошлом, HBV-пастинфекцию, злоупотребление алкоголем, применение наркотиков, уровень ферритина, вирусная нагрузка и были кодированы как дихотомические или порядковые. Возраст больных был подразделен на следующие категории: < 30, 31-40, 41-50, > 50 лет. По индексу массы тела пациенты были разделены на 3 категории: до 25 – нормальная масса тела, 25-30 – избыток массы тела, более 30 – ожирение. Предположительная давность заболевания была разбита на категории: до 5 лет, от 5 до 10 лет, более 10 лет. Пол, интерферонотерапию в прошлом, HBV-пастинфекцию, злоупотребление алкоголем, применение наркотиков, повышенный или нормальный уровень ферритина и высокая или низкая вирусная нагрузка рассматривались в качестве дихотомических (да, нет).

Результаты. Показана значимость таких факторов, как наличие антител к HBsAg и повышенный уровень FERR и состоятельность данной модели ($\chi^2=7,4$, $df=2$, $p<0,025$). Влияние комбинации этих независимых предикторов на исход терапии составило 29% ($R^2=0,29$). В среднем у 72% наблюдаемых прогнозирование было правильным. Только уровень FERR оказался статистически достоверным ($p=0,036$), в то время как значимость HBV-пастинфекции не была достоверной ($p=0,086$). Вероятность ответа на терапию:

$$\log \frac{p}{1-p} = 2,18 - 1,64 \times \text{HBV}(1) - 1,97 \times \text{FERR}(1)$$

где HBV (1) – наличие антител к HBsAg, FERR (1) – повышенный ферритин.

Выводы и заключение. Применением логистического регрессионного анализа показало, что базовый уровень FERR является независимым предиктором УВО на терапию пегилированным интерфероном α -2а с рибавирином.

343

ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ПРИЕМА В-БЛОКАТОРОВ

Сирчак Е.С., Русин В.И., Архий Э.И.

Ужгородский национальный университет, Украина

Цель работы: оценить действие β -блокаторов на параметры центральной гемодинамики у больных циррозом печени (ЦП) с портальной гипертензией (ПГ) и гепаторенальным синдромом (ГРС) II типа.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 69 больных ЦП с ПГ и ГРС II типа, которые лечились в ЗОКЛ г.Ужгорода, которым проводилась эхокардиография с исследованием внутрисердечной гемодинамики. Для снижения давления в портальной системе на фоне базисной терапии больным назначали селективный β -блокатор бисопролол (конкор, Nycomed).

Результаты работы. Нарушение функции сердца у больных с ЦП и ГРС II типа проявилось дилатацией полости сердца со снижением фракции выброса (ФВ) левого (ЛЖ) и правого желудочков (ПЖ). Снижение систолической функции ЛЖ проявилось уменьшением ударного и минутного объемов ЛЖ, снижением ФВ. Но более выраженной оказалась диастолическая дисфункция миокарда (ДДМ) у больных с ЦП. Преобладающим типом нарушения ДДМ ЛЖ у пациентов ЦП с ПГ и ГРС является гипердинамический тип, что характеризуется увеличением скорости ранней и снижением скорости поздней предсердной диастолы потоков, увеличением размеров левого предсердия и ЛЖ. Параллельно с этим также обнаружили уменьшение ФВ ЛЖ (в среднем – до $45,4 \pm 6,8\%$).

Использование β -блокатора способствовало коррекции ДДМ, что проявилось увеличением ФВ ЛЖ до $57,5 \pm 3,6\%$. За курс лечения достигнуто стойкое снижение объемов камер сердца с улучшением качества жизни этих пациентов в первую очередь за счет уменьшения ЧСС до $72,8 \pm 3,4$ за 1 мин.

Выводы. 1) У больных ЦП с ПГ и ГРС II типа наблюдается гиперкинетический тип гемодинамики с ДДМ в результате повышения спланхического кровенаполнения и снижения эффективного циркуляционного объема, что проявляется гипотензией в результате снижения системного сосудистого сопротивления, и развитием ГРС. 2) Применение селективного β -блокатора у больных ЦП с ПГ и ГРС II типа является эффективным средством для коррекции показателей центральной гемодинамики и профилактики кровотечений из ВРВ пищевода и желудка.

342

ЛИМФОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНАЯ АДГЕЗИЯ У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Сивкова А.А., Ларева Н.В., Лузина Е.В., Солпов А.В.

Читинская ГМА, Россия

По литературным данным показатель ЛТА у здоровых людей соответствует $14 \pm 1\%$. При развитии воспаления в организме уровень ЛТА изначально возрастает, а затем прогрессивно снижается. Эта реакция обусловлена выходом лимфоцитарно-тромбоцитарных агрегатов из кровеносного русла в очаг воспаления.

Цель исследования: изучить феномен лимфоцитарно-тромбоцитарной адгезии (ЛТА) у больных с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП), выявить возможную взаимосвязь между развитием стеатогепатита (СГ) и способностью лимфоцитов образовывать агрегаты с тромбоцитами.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 37 больных НАЖБП, средний возраст больных составил $50 \text{ лет} \pm 7,5$ (от 29 до 60 лет). Все больные были разделены на две группы. Первую группу составили больные с неалкогольным стеатогепатитом 15 человек (40%), вторую группу 22 человека (60%) – больные со стеатозом печени. Распределение больных на данные группы проводилось по наличию цитолитического синдрома. Группы были сопоставимы по возрасту и полу. У всех больных изучалась способность лимфоцитов образовывать агрегаты с тромбоцитами.

Критериями исключения были вирусные гепатиты, наследственные, аутоиммунные заболевания печени, алкогольный анамнез.

Статистическая обработка проводилась с помощью описательной статистики, критерия Манна-Уитни в программе «Биостат».

Результаты: Биохимическая активность в группе с неалкогольным стеатогепатитом у всех больных была минимальной. В данной группе больных уровень ЛТА составил $8,0 \pm 3,6\%$, что оказалось примерно в 2 раза ниже чем в группе больных со стеатогепатитом – $16,0 \pm 5,6$ ($p=0,006$).

Выводы: В группе больных со стеатозом активность лимфоцитов возрастает, а в группе с неалкогольным гепатитом показатель ЛТА снижается, данные процессы, вероятно, отражают развитие воспаления в паренхиме печени и могут быть использованы в диагностике НАЖБП для выявления воспаления наряду с активностью аминотрансфераз.

344

СПЕКТР АНЕМИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

¹Сторожаков Г.И., ^{1,2}Федоров И.Г., ^{1,2}Чичкина М.А., ^{1,2}Косюра С.Д., ¹Боглаева Г.А., ^{1,2}Мерзликина Н.Н., ¹Пожарникова Е.И., ²Петренко Н.В., ²Патюков А.В., ¹Шустова Н.С., ¹Ильченко Л.Ю.

¹РГМУ им. Н.И. Пирогова; ²ГБК № 12, Москва, Россия

Цель исследования: выявление и характеристика анемий у пациентов с циррозом печени (ЦП) алкогольной этиологии.

Материалы и методы: обследован 171 пациент с АБП в возрасте 29-60 лет (средний возраст – $44,5 \pm 8,6$ года). Из них: мужчин – 86 (50%), женщин – 85 (50%). В результате комплексного обследования диагноз ЦП установлен у 125 (73%) больных, а в 46 (27%) случаях на фоне ЦП – острый алкогольный гепатит (ОАГ). При наличии анемии дополнительно исследовали содержание ретикулоцитов, обмен железа, осмотическую резистентность, а также проводили пробу Кумбса и стерильную пункцию.

Результаты. Частота анемии среди обследованных больных составила 35% (60/171). Из них: 43 (72%) пациента – с ЦП класс В-С по Child-Pugh (9-13 баллов) и 17 (28%) – с ОАГ на фоне ЦП. Спектр анемий включал: постгеморрагические анемии – 16 (27%); хронические железодефицитные анемии – 5 (8,3%); анемии, связанные с дефицитом витамина В₁₂ и фолиевой кислоты – 11 (18,3%); анемии смешанного генеза (дефицит В₁₂, фолиевой кислоты и железа) – 8 (13,3%); типо- и апластические анемии – 7 (12%); анемии при гиперспленизме – 10 (17%); синдром Zieve – 3 (5%). Преобладали пациенты с анемией средней и тяжелой ст. тяжести. Среди больных ЦП летальность составила 7 (4,7%), обусловлена нарастающей печеночной энцефалопатией, развитием гепаторенального синдрома 2 типа и кровотечением из ВРВП в 1 случае. В данной группе у 5 (72%) пациентов имелась В₁₂-дефицитная анемия; у 1 (14%) – анемия смешанного генеза (В₁₂-дефицитная + острая постгеморрагическая крайне тяжелой ст. тяжести); у 1 (14%) – анемия вследствие гиперспленизма).

Выводы. Результаты эпидемиологического анализа свидетельствуют о высокой встречаемости различных вариантов анемий у пациентов с АБП (35%). Частота и выраженность анемического синдрома нарастает по мере прогрессирования печеночно-клеточной недостаточности. Необходимо совершенствовать алгоритм диагностики анемий у данной категории больных, что позволит улучшить прогноз и качество жизни.