



# Российский журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии, Колопроктологии

Russian Journal of Gastroenterology,  
Hepatology, Coloproctology

Приложение № 49

**Материалы XXII ежегодного  
Российского конгресса «ГЕПАТОЛОГИЯ СЕГОДНЯ»**  
17–19 марта 2017 г., Москва, Россия

Application #49

**Abstracts XXII annual  
Russian congress «HEPATOLOGY TODAY»**  
March 17–19, 2017, Moscow, Russia

№ 1

27  
Том

2017

### СЫВОРОТОЧНЫЕ ФОСФОЛИПИДЫ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ САЛЬМОНЕЛЛЕЗНОГО И НЕИНФЕКЦИОННОГО ГАСТРОЭНТЕРИТА, СВЯЗАННОГО С ТОКСИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ АЛКОГОЛЯ

Макаров П.В., Макаров В.К.

Тверской государственный медицинский университет, г. Тверь, Россия

Целью работы было разработка способа дифференциальной диагностики сальмонеллезного гастроэнтерита и неинфекционного гастроэнтерита, связанного с токсическим действием алкоголя на основе фосфолипидного спектра сыворотки крови. Все больные с токсическим гастроэнтеритом поступали в клинику после значительной алкогольной нагрузки, заболели остро и отрицали наличие хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта. Исследовали показатели фосфолипидных фракций сыворотки крови у 50 здоровых лиц, 50 больных острым алкогольным гастроэнтеритом (ОАГЭ) и 50 пациентов сальмонеллезным гастроэнтеритом (СГЭ). Изучено относительное содержание следующих фракций общих фосфолипидов — суммарных лизофосфолипидов (ЛФЛ), сфингомиелина (СМ), фосфатидилхолина (ФХ), фосфатидилэтаноламина (ФЭ).

Липидный спектр сыворотки крови определяли по методу В.К.Макарова с установлением процентного содержания отдельных липидных фракций денситометрически с использованием денситометра Shimadzu CS-9000.

Фосфолипидный спектр сыворотки крови возможно использовать для дифференциальной диагностики сальмонеллезного гастроэнтерита и острого алкогольного гастроэнтерита.

Нарушения метаболизма липидов при данных патологических состояниях носят разнонаправленный характер. Так, сальмонеллезный гастроэнтерит характеризуется понижением, по сравнению с нормой, относительного содержания ЛФЛ и повышением ФХ. Острый алкогольный гастроэнтерит — напротив, повышением относительного содержания ЛФЛ, ФЭ и снижением ФХ.

Содержание в сыворотке крови ЛФЛ ниже 35% или 30,0 мг% позволяет диагностировать острый алкогольный гастроэнтерит. Содержание в сыворотке крови ФХ выше 40% или 50 мг% позволяет диагностировать сальмонеллезный гастроэнтерит.

### ПОСЛЕДСТВИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ ПРИ МИНИМАЛЬНОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С ГЕНОТИПА 1

Буевров А.О.<sup>1,2</sup>, Мацевич М.В.<sup>1</sup>, Богомолов П.О.<sup>1</sup>, Уварова О.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Московский областной научно-исследовательский клинический институт им М.Ф. Владимирского, Москва, Россия, <sup>2</sup>Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова, Москва, Россия

**Цель:** изучение когнитивных расстройств при минимальной печеночной энцефалопатии (МПЭ) у больных хроническим гепатитом С (ХГС) генотип 1 и возможностей их фармакологической коррекции L-орнитинном L-аспаратом (LOLA).

**Материалы и методы.** Обследовано 60 мужчин в возрасте 34,2±5,3 лет с наличием МПЭ и ХГС (генотип 1) и минимальным фиброзом печени (F1 по шкале METAVIR). Группу контроля составили 20 здоровых мужчин без заболеваний печени в возрасте 34,1±5,8 лет. Всем обследуемым проводился тест связей чисел, определение критической частоты слияния мельканий (КЧСМ-тест), концентрации иона аммония в плазме крови исходно и далее ежемесячно. Пациенты испытываемой группы в течение 2 месяцев получали LOLA по 15 г/сут с последующим 2 месячным перерывом в течение 1 года. Одним из условий включения в исследование являлось регулярное вождение автомобиля. После подписания документов, позволяющих использовать персональную информацию, были собраны данные о частоте нарушения ПДД до включения в исследование и в течение 6 последних месяцев терапии.

**Результаты.** На фоне дробной терапии LOLA отмечено уменьшение времени выполнения теста связи чисел с 72,2 до 43,7 сек ( $p < 0.001$ ) (в группе контроля = 50,4 сек), увеличение показателя КЧСМ-теста с 43,8 до 44,9 Гц ( $p = 0.008$ ) (группа контроля 43,6 Гц). Средняя концентрация  $\text{NH}_4^+$  снизилась с 141,8±35,8  $\mu\text{M}$  до 130,3  $\mu\text{M}$  ( $p = 0,016$ ) через 1 мес. и до 91,8±32,6  $\mu\text{M}$  ( $p = 0,003$ ) через 12 мес. дробной терапии (в группе контроля — 80,3  $\mu\text{M}$ ). Средняя кратность показателя нарушений ПДД за последние 6 месяцев до включения в исследование в основной группе составила 1,15 случаев (в группе контроля — 0,45) и снизилась до 0,68 ( $p = 0,003$ ).

**Выводы:** отражением наличия МПЭ у пациентов с ХГС могут являться когнитивные расстройства, проявляющиеся нарушением концентрации внимания при управлении транспортным средством, что может быть связано с увеличением концентрации  $\text{NH}_4^+$ . Дробная терапия LOLA позволила снизить концентрацию  $\text{NH}_4^+$ , и как следствие, уменьшить частоту нарушений ПДД.

### ПРИМЕНЕНИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ГЕПАТОПРОТЕКТОРА РОПРЕН В ЛЕЧЕНИИ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Лаптева Е.Н., Султанов В.С., Трусов В.Б., Уразова Л.Н.

ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, ООО ЛЕНМЕДЦЕНТР, СПб, Россия

Одна из проблем в онкологии — развитие гепаторенального синдрома на фоне химио- и лучевой терапии. Компонентом восстановления функции печени могут служить долихолы — производные полипренолов с ядром насыщенным изопреновым звеном. Долихолфосфатный цикл является необходимым метаболическим звеном в процессах регенерации, дифференциации, пролиферации клеток. То. полипренолы могут применяться при различных хронических заболеваниях и дегенеративно-дистрофических процессах.

**Цель.** Изучить эффективность полипренольного препарата «Ропрен» для лечения гепаторенального синдрома у пациентов в период лучевой и химиотерапии.

**Материалы и методы.** Взято 15 больных, проходящих лучевую и химиотерапию с явлениями гепатотоксичности I–II ст., 18–62 лет, муж. — 2, жен. — 13. Ропрен получали по 6 капель 3 р. в день в теч. 2 мес. Для оценки эффективности лечения изучали динамику жалоб, общего анализа крови, общего билирубина, прямого билирубина, уровней сывороточных трансаминаз, ЩФ, ГГТП. До и после лечения проводили УЗИ печени.

**Результаты.** Через 2 мес. монотерапии Ропреном отмечено достоверное снижение выраженности проявлений диспептического (тяжесть в правом подреберье, метеоризм, неустойчивый стул) и астенического (слабость, утомляемость, нарушения сна) синдромов у всех больных. У пациентов было меньше лейкопений, и она составляла I ст., что говорит об иммуномодулирующем эффекте. При исследовании биохимических параметров активности воспаления в печени выявлено снижение выраженности цитолитического синдрома в виде снижения уровней АЛТ и АСТ ( $p < 0,05$ ); снижение ( $p < 0,05$ ) активности ферментов холестаза — ЩФ и ГГТП.

**Заключение.** Препарат Ропрен — эффективный и безопасный гепатопротектор; отсутствие возможности передозировки, побочных эффектов, привыкания к препарату и возможность длительного приема позволяет рекомендовать его практически каждому, проходящему лучевую и химиотерапию для предупреждения и уменьшения гепаторенального синдрома.

### ВНЕПЕЧЕНОЧНЫЕ ПРИЧИНЫ ТРОМБОЗА ВОРОТНОЙ ВЕНЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Верейна Н.К., Пирогова И.Ю., Синицын С.П.

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава РФ, кафедра факультетской терапии Городской отдел патологии гемостаза, Челябинск

Общепопуляционная частота тромбозов портальной вены (ТПВ) по данным аутопсий составляет 1,1% (Ogren M. et al., 2006). Наиболее частыми причинами этих состояний является рак и цирроз печени с портальной гипертензией. Среди пациентов, кандидатов на трансплантацию печени, частота ТПВ достигает 30%. Известен целый ряд других причин их развития, а в 20% случаев этиологию тромбоза установить не удается.

**Цель исследования:** оценить частоту и причины ТПВ, не связанных с первичной патологией печени, в популяции пациентов с венозными тромбозами, направленных в городской отдел патологии гемостаза г. Челябинска в 2012–16 гг.

**Материалы и методы.** Тип исследования — описательный. Критерии включения: вновь выявленный, инструментально верифицированный эпизод венозного тромбоза, возраст  $\geq 18$  лет. Критерии исключения: наличие хронических заболеваний печени, включая рак печени, тромбоз поверхностных вен нижних конечностей. Метод выборки — сплошной. Изучались клинические характеристики, данные лабораторного и инструментального обследования (УЗДС, КТ, МСКТ, МРТ) для уточнения причины тромбоза. Всем пациентам выполнен расширенный онкологический тестирование на наследственную и приобретенную тромбофилию.

**Результаты исследования.** Первично обратилось 420 пациентов с венозными тромбозами. ТПВ диагностированы у 9 человек (2,1%), из них внепеченочная причина — у 7 пациентов (1,7%). У 4-х человек тромбоз манифестировал остро, в 3-х случаях установлено хроническое течение. Этиологическая структура: злокачественные новообразованиями (рак поджелудочной железы и рак левой почки с оперативным лечением) — 2 чел., тромбофилии высокого риска — 4 чел. (3 чел. — наследственные формы и у 1 чел. — антифосфолипидный синдром); остеомиелофиброзом — 1 чел. У 6 больных достигнута полная или удовлетворительная частичная реперфузия на фоне применения низкомолекулярных гепаринов. У 1 пациента с раком поджелудочной железы наступил летальный исход.

**Выводы.** ТПВ с внепеченочной причиной выявлен в 1,7% случаев. Причины: наследственные и приобретенные тромбофилии, рак различной локализации, миелолифоидное заболевание.