



РОПИП Российское общество
по изучению печени

XX Российский конгресс
**ГЕПАТОЛОГИЯ
СЕГОДНЯ**

XX Russian congress
**HEPATOLOGY
TODAY**

Авторская редакция

Author's edition

30 марта –1 апреля 2015 г.
Россия, Москва

March 30 – April 1, 2015
Moscow, Russia



СОДЕРЖАНИЕ CONTENT

Организационный комитет Organizing committee	5 5
Алкогольная болезнь печени Alcoholic liver disease	7 81
Аутоиммунные заболевания печени Autoimmune liver disease	11 85
Вирусные гепатиты Viral hepatitis	15 89
Лекарственные поражения печени Drug-induced liver injury	25 99
Метаболические нарушения печени Metabolic abnormalities	29 103
Молекулярная и клеточная биология Molecular and cellular biology	33 107
Неалкогольная жировая болезнь печени Non-alcoholic fatty liver disease	37 111
Опухоли печени Liver tumors	45 119
Трансплантация печени, печеночная недостаточность Liver transplantation, hepatic insufficiency	49 123
Холестатические заболевания печени Cholestatic liver disease	53 127
Цирроз печени и его осложнения Cirrhosis and complications	57 131
Прочие Other disorders	63 137
Конкурс молодых ученых Young scientists	77 151
Список авторов List of authors	155 155

ОПАСНОСТЬ ОСТРОГО БЕСКАМЕННОГО ХОЛЕЦИСТИТА ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Белов Д.В., Гарбузенко Д.В.

*Южно-Уральский государственный медицинский университет,
Челябинск, Россия
Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии,
Челябинск, Россия*

После кардиохирургических вмешательств (КХВ) существует реальная угроза развития острого бескаменного холецистита (БХ), при этом связанная с ним высокая летальность (22-40 %) делает проблему актуальной.

Описание случая. Мужчине 66 лет, страдающему ИБС, нестабильной (прогрессирующей) стенокардией, постинфарктным кардиосклерозом, 30.08.2013 года в ФЦССХ была произведена коронарная реваскуляризация миокарда. Ближайший послеоперационный период протекал гладко, однако 07.09. у него развилась клиника острого холецистита, а по данным УЗИ выявлен острый БХ. Проводимая консервативная терапия эффекта не дала: 09.09. отмечены явления местного перитонита. После перевода в абдоминальное хирургическое отделение, больному была выполнена холецистэктомия из мини-доступа. На операции – острый гангренозный БХ. В дальнейшем – тяжёлый послеоперационный период с выздоровлением.

Обсуждение. По данным литературы, главным триггером деструктивных изменений в желчном пузыре после КХВ является ишемия, обусловленная гипотензией во время искусственного кровообращения, гиповолемией, низкой фракцией сердечного выброса с потребностью в инотропной поддержке и баллонной контрпульсацией, атеросклеротическим поражением висцеральных сосудов и т. д. Не исключаются кровоизлияния в стенку желчного пузыря на фоне проводимой антикоагулянтной терапии. Запоздалая диагностика острого БХ, вызванная особенностями ведения больных после КХВ, а также низкая осведомлённость врачей, непосредственно не связанных с urgentной абдоминальной хирургией, о коварстве его течения, являются причиной тяжёлых осложнений и высокой летальности. Своевременному выявлению заболевания помогают УЗИ и КТ. Острый БХ, не купирующийся в ближайшие часы консервативными мероприятиями, является показанием к срочной холецистэктомии. У больных, находящихся в критическом состоянии, спасительной может оказаться чрескожная чреспеченочная холецистостомия под контролем УЗИ.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭСЛИДИНА У ДЕТЕЙ С ФИБРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Шапоренко Р.В., Шапоренко Н.С., Шадрин Е.С.

Детская краевая клиническая больница, Краснодар, Россия

Цель – изучение клинической эффективности препарата эслидин у детей с фиброзом печени.

Под наблюдением находились 16 детей в возрасте 10-17 лет с фиброзом печени, который был верифицирован у детей с портальной гипертензией с выраженной гепатоспленомегалией. В биохимическом анализе крови наблюдалось повышение трансаминаз, щелочной фос-фатазы в 2-4 раза. Биопсия проводилась у всех пациентов, гистология – широкие плотные collagenовые тяжи, окружающие неизмененные печеночные дольки. На УЗИ участки значительно повышенной эхогенности, соответствующие плотным тяжам фиброзной ткани.

Эслидин – комбинированный препарат, содержащий метионин и эссенциальные фосфолипиды, обладает мембранным, антиоксидантным, регенеративным, противовоспалительным, антифибротическим эффектом, восстанавливает функцию печени, повышает ее дезинтоксикационную способность, а также нормализует жировой, углеводный и белковый обмен веществ в организме. В состав комплексной стандартной терапии включался эслидин с оптимальной суточной дозой в три приема, длительно (курс 3-6 месяцев).

Под проводимой терапией наблюдалась положительная динамика клинического течения, нормализация инструментальных и лабораторных показателей, отмечается хорошая переносимость препарата, побочных реакций не отмечено. После лечения сохраняется стойкий клинический эффект. Таким образом, метионин и эссенциальные фос-фолипиды усиливают действие друг друга, являясь источником эндо-генных и экзогенных фосфолипидов соответственно, улучшают функциональное состояние клеток печени и оказывают гепатопротекторный эффект, что оправдывает применение в детской практике.

ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ПРИ АВТОМОБИЛЬНОМ ТРАВМАТИЗМЕ

Тяптыргянова Т.М., Слепцова Н.П.

ФГАОУ ВПО «Северо-восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова», Якутск, Россия

Цель работы: Изучить частоту и характер повреждений печени при автомобильном травматизме.

Материалы и методы: Нами проведен анализ ближайших результатов лечения оперированных больных по поводу травм внутренних органов при автомобильном травматизме. Контингент обследованных включает 40 больных, проходивших лечение на базе хирургического отделения РБ №2 – РЦЭМП за период июля 2013 г. по июль 2014 г. Подавляющее большинство пострадавших составляют мужчины – их соотношение к женщинам составляет 6:1. Средний возраст пострадавших составляет 25-50 лет. У всех больных диагностика полученных травм базировалась на клинических, рентгенологических, ультразвуковых, эндоскопических и лабораторных методах исследования.

Результаты: Полученные результаты показали, что повреждения паренхиматозных органов брюшной полости были у 71% больных, у 29% больных повреждения были множественными. Согласно полученным результатам, изолированные повреждения печени выявлены у 30,2% пострадавших, у 25% больных повреждения печени сочетались с повреждениями других органов. В 92,1% случаях имелись ранения правой доли печени, левая доля печени повреждалась в 7,9% случаев. Всего 30 больных с повреждениями печени. У остальных (10 пациентов) обнаружены повреждения селезенки, почек и кишечника (двухфазные разрывы селезенки – у 5 (28%), разрывы верхнего полюса левой почки – у 3 (17%) и травматические отрывы брыжейки кишечника – у 2 (10%). Клиническая картина при повреждении печени характеризовалась перитонеальными явлениями, признаками внутрибрюшного кровотечения. Раны печени ушивались кетгутом, при невозможности ушить рану на всю глубину, рана тампонировалась салником на ножке. Широко использовался Тахокомб. Во время операции выполнялась аутореинфузия крови, при отсутствии противопоказаний. Всем больным проведен диагностический лапаросцентез.

Заключение: Таким образом, при автомобильном травматизме из повреждений внутренних органов печень составляет 57% случаев, с преимущественным поражением сегментов правой доли. Изолированные повреждения имели место в 30,2% случаев.

ОСОБЕННОСТИ УРГЕНТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Тяптыргянова Т.М., Архипова Н.Л.

Северо-Восточный федеральный университет имени М. К. Аммосова, Якутск, Россия.

Цель. Изучить случаи urgentных осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в различных возрастных группах.

Материал и методы. Набор материала производился на базе Республиканской больницы №2, центра экстренной медицинской помощи. Были изучены истории болезни пациентов-30, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении.

Результаты. Подавляющее большинство составили пациенты с диагнозом ЯБЖ (66%), ЯБДПК – 34%. Из них -11(36%) коренной национальности. У женщин возрастание случаев язвенной болезни приходится на постменопаузальный возраст. Из осложнений отмечены: 22(73%) больных поступили в стационар с кровотечением, причем мужчин- 12 (40%), женщин – 10 (33%). Перфорация встречалась у 7 больных (23%): мужчин 6 (20%), женщин 1(3%), случаи пенетрации у 1 мужчины(3%). Пик встречаемости кровотечений наблюдается в среднем возрасте (46 – 60 лет) – 8 (36%), перфорация наблюдается чаще в зрелом возрасте (31-45 лет)- 3 больных (43%). Кровотечения по F1A и F1B наблюдались чаще у пациентов среднего (46-60 лет) возраста – 6 больных (27%). Среди наиболее часто встречающихся сопутствующих патологий у 15(50%) больных выявлены заболевания ЖКТ, у 17 больных(57%) – анемии различных степеней тяжести, у 8 больных (27%) – заболевания ССС. Заболевания ЖКТ: В 6больных(53%) –хронический гастрит, у 7 больных(47%) - хронический эзофагит. У 10 человек(59%) наблюдалась анемия средней степени тяжести.

Выводы: Из осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, наиболее частой причиной поступления в стационар являлось кровотечение- в 73% случаев, со значительным преобладанием лиц среднего возраста, причем у них же преобладают кровотечения по F1A и B, что значительно утяжелило их прогноз. Случаи перфорации составили-23% и пенетрации 3% случаев.

STRUCTURE OF THE ACCOMPANYING PATHOLOGY AT PATIENTS WITH CHRONIC KALKULEZNY CHOLECYSTITIS

Tyaptirgyanova T.M., Romanova M.I.

Northeast federal university of M. K. Ammosov, Yakutsk, Russia

Work purpose: To study the accompanying pathology and methods of diagnosis of chronic kalkulezny cholecystitis.

Materials and methods: The contingent of the surveyed includes 50 patients with chronic kalkulezny cholecystitis who were on treatment in surgical office of RB No. 1 NTsM of the city of Yakutsk from June till August, 2014. At women chronic kalkulezny cholecystitis meets by 3 times more often than at men. Average age of the examined patients with chronic cholecystitis made 40-59 years.

Results: The received results showed that 48% of patients live in the city of Yakutsk, and 52% - from uluses of the republic. Thus: from the Arctic group (Zhigansk, Olenyok, Chokurdah) - 7 (14%) patients, Vilyuysky group (Vilyuysk, Suntar) - 6 (12%), the central group of areas (Tattinsky, Namsky, Megino-Kangalassky) - 13 (26%) patients. An obligatory method of research at patients with chronic kalkulezny cholecystitis is FEGDS at which in 38% superficial gastritis are revealed. On the second place at ultrasonography research are revealed: chronic pyelonephritis, change of an ekhogennost of a pancreas (chronic pancreatitis) and liver (gepatomegaliya). According to the received results, serve as the most frequent associated diseases at patients: superficial gastritis (38%), the mixed gastritis (10%), erosive gastritis (4%), atrophic gastritis (6%), catarrhal ezofagit (4%), a reflux gastritis (10%), chronic pancreatitis (32%), chronic pyelonephritis (20%), a gepatomegaliya (20%). All patient carried out a laparoscopic holetsistektomiya after correction of the accompanying pathology.

Conclusion: Timely diagnostics and correction of the accompanying pathology is the guarantor of a favorable postoperative outcome and an early extract of patients from a hospital.

STUDYING OF THE ASSOCIATIVITY OF ENDOSCOPIC SIGNS OF GASTRODUODENAL AREA AT SHARP PANCREATITIS

Tyaptirgyanova T.M., Kust D.A.

Northeast federal university of M. K. Ammosov, Yakutsk, Russia

Purpose. An assessment of endoscopic signs of defeat of the top departments of a digestive tract at patients with sharp pancreatitis.

Materials and methods. The retrospective analysis of 150 stories of diseases of patients of both floors which came to surgical office of republican hospital No. 2 for the period August 2013 September, 2014 is carried out. EFGDS is carried out to 150 patsikenta with suspicion on sharp pancreatitis. Men former 90, women 60. Age from 16 to 83 years.

Results. During research of an obnarukzhena the following changes: superficial gastritis - at 82,6%, a duodenogastralny reflux - at 41,9%, erosive gastroduodenit - 36%, sharp gastroduodenal ulcers of 22,1%, a chronic ulcer of a dvenadtsatiperstny gut - 11,6%, a chronic ulcer of a stomach - 7%. During the held diagnostic events the diagnosis of sharp pancreatitis is established at 71,8% of total number of patients with suspicion on this zabolevaniye. Carrying out the retrospective analysis the informativnykh the zndoskopicheskikh of researches of the top departments of a digestive tract at patients with the confirmed diagnosis of sharp pancreatitis, it was succeeded to reveal a number of features. So., at 46,4% of patients the gatekeeper's prolapse in a stomach gleam is noted, and 43 38,4% of piloricheskiya from them had a department of a stomach moderately spazmirovan. Frequent find at sharp pancreatitis were multiple superficial and flat воспалительные zroziya of a stomach and a duodenum which are revealed in 34,8% supervision. Besides, it should be noted high prevalence of the duodenogastralny reflux found in 35,7% of patients.

Conclusions. A certain associativity of an endoscopic picture at sharp pancreatitis is revealed. Ezofagogastroduodenofibroskopiya - high-informative differential diagnosis of sharp pancreatitis and pathology of bodies of gepatogastroduodenal area.

THE ACCOMPANYING PATHOLOGY AT PATIENTS WITH THE TERMINAL RENAL FAILURE

Tyaptirgyanova T.M., Vasilyeva I.I.

Northeast federal university of M. K. Ammosov, Yakutsk, Russia

Research objective. To reveal the accompanying pathology at patients with a terminal renal failure.

Materials and methods. The contingent of the surveyed includes 73 patients with a chronic renal failure of a terminal stage (thpn) who were on hemodialysis treatment in OHGD RB No. 1 NTsM of the city of Yakutsk from June, 2013 till May, 2014.

Results. In group of patients radical patients (Yakuts) make 52 (71%), not radical-21 (Russians - 16 (22%), Ossetians 2 - (3%), Evenks 2 - (3%), Buryats 1-(1%). At women the chronic renal failure meets more often than at men for 4%. From the anamnesis it is known that more often aggravations arise in winter and spring time-44 of patients, during the aestivo-autumnal period at 29 patients. Serve as the most frequent associated diseases leading to a terminal renal failure at patients: sugar diabetes - (33%), glomerulonefrit-(29%), pyelonephritis - (23%), arterial hypertension-6 (8%), cystous diseases of kidneys - 4 (5%), malignant diseases in-1(1%), an obstructive nephropathy 1 (1%), collagenic vascular diseases-1 (1%). 36 (49%) patients are lived in the city of Yakutsk, and 37 (51%) - from uluses. The received results showed that the lethality makes - 6 patients for 2013 and 9 patients in 2014, is higher at men. Among the dead of 3-(50%) from the city of Yakutsk, 3 (50%) - from uluses (Vilyuysky, Namsky, Oymyakonsky). The age fluctuated from 36 to 40 years, patients of working-age. All patient carried out hemodialysis treatment by acetate and bicarbonate solutions on the devices Fresenius Medical Care. Duration of treatment of 11 years is made by 5 patients, 5 years-48 of patients, 4 years-20 of patients.

Conclusion. Thus, the frequent accompanying pathology at patients with a terminal renal failure is diabetes (33%) that demands to segment population of dialysis patients on risk of a lethality.

THE DANGER OF ACUTE ACALCULOUS CHOLECISTITIS FOLLOWING CARDIAC SURGERY (CASE REPORT)

Belov D.V., Garbuzenko D.V.

South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia
Federal Centre for Cardiovascular Surgery, Chelyabinsk, Russia

After cardiac surgery there is a real threat of acute acalculous cholecystitis, and the associated high mortality (22-40 %) makes the issue relevant.

Case Report. Male 66 years, suffering from coronary heart disease, unstable (progressive) angina, previous myocardial infarction, 08.30.2013 at FCCS was performed coronary revascularization. Immediate postoperative period was uneventful, but 07.09. he developed acute cholecystitis, and by ultrasonography revealed acute acalculous cholecystitis. Conservative therapy has not given effect: 09.09. - symptoms of local peritonitis. After transfer to abdominal surgery, the patient was performed cholecystectomy from mini-access. Operations - acute gangrenous acalculous cholecystitis. In the future - heavy postoperative recovery period.

Discussion. According to the literature, the main trigger of destructive changes in the gallbladder after cardiac surgery is ischemia due to hypotension during cardiopulmonary bypass, hypovolemia, low cardiac output fraction of the need for inotropic support and balloon counterpulsation, atherosclerotic lesions of the visceral vessels, etc. Do not exclude hemorrhage in the gallbladder wall on the background of ongoing anticoagulation. Delayed diagnosis of acute acalculous cholecystitis due to specifics of the patients after cardiac surgery, and low awareness of doctors that are not directly related to the urgent abdominal surgery, about the insidiousness of its course, are the cause of severe complications and high mortality. Timely detection of the disease to help computed tomography. Acute acalculous cholecystitis, not dealt with in the next few hours conservative measures, and ultrasonography is an indication for urgent cholecystectomy. In patients who are in critical condition, the saving can be percutaneous transhepatic cholecystostomy under ultrasonography guidance.

СПИСОК АВТОРОВ

А		Вилков А.В.	32			Котелевская В.И.	18
Абдуллаев А.Х.	66	Винокурова О.Н.	20	З		Котовщикова Е.Ф.	76
Абдурахманов Б.А.	59, 60, 61	Вялов С.С.	27, 40, 55, 65	Забозлаев Ф.Г.	31	Кочанов С.В.	47
Абдурахманов Ф.Б.	59, 60, 61			Зайкова Е.Ю.	27	Кочеткова Е.А.	59
Абрамов А.А.	21	Г		Зеленин В.А.	40, 59	Кочетов А.Г.	21
Абросимов А.В.	31	Гусманова Г.Т.	9	Зиновский М.В.	31	Кошкин А.П.	74
Агалакова Н.И.	35	Габдрахимова З.Г.	9, 13	Зотова М.С.	1	Кравчук Ю.А.	76
Агеева К.А.	39	Гальперин Е.В.	61	Зуев В.В.	47	Краснова М.В.	17
Адейеми А.А.	17	Гарбузенко Д.В.	70			Краснов К.А.	17
Акимов П.А.	10	Гармаш И.В.	62	И		Краснов О.А.	17
Алиев Б.Р.	17, 20, 61	Гейвандова Н.И.	23	Иванишкина Е.В.	72, 76	Крицкая Л.А.	21
Аляви Б.А.	66	Гельт Т.Д.	66	Иванова О.И.	41	Крынский С.А.	20, 24
Андриянова Е.А.	24	Гераськин А.Е.	32	Ивашкин В.Т.	41, 42, 79	Кузнецова А.А.	20
Антонов Д.А.	40	Гильманшина Д.Р.	31	Игнатьева В.А.	71	Кулакова Е.В.	69
Анцѣферова Н.В.	18, 20, 23	Гимадиев Р.Р.	21	Идиятуллина Э.Т.	9, 13	Куприянова И.Н.	27
Аришева О.С.	62	Гирса В.Н.	75	Илясова Е.Б.	47	Курьшева М.А.	61
Архипина С.А.	21	Глазырина Ю.А.	51, 60	Инчина В.И.	31	Куст Д.А.	67
Архипова Н.Л.	70	Голик О.О.	22	Исаев М.Р.	73		
Арыбжанов Д.Т.	59, 60, 61	Голостенова Л.М.	62	Исхаков Ш.А.	66	Л	
Атлас Е.Е.	67	Голофаева О.И.	67, 72			Лаврова Е.А.	35
Ахмедов У.Ш.	17	Голубев А.Г.	32	К		Лавров Ф.Д.	18
		Горбунова А.И.	9	Калачнюк Т.Н.	61	Лаптева Е.Н.	67
Б		Горбунов А.Ю.	40	Калимуллина Д.Х.	9, 13	Ларина А.А.	71
Бабаев М.А.	66	Горбунов Ю.В.	9	Калиникова Л.А.	56	Ласый В.П.	76
Бабушкин И.Е.	76	Горелова И.С.	18	Каменских Я.А.	55	Лебедева О.В.	31, 42
Бажиров А.Б.	9, 13	Готье С.В.	51	Камилов Ф.Х.	17	Леонтьева В.А.	27
Балашова А.А.	62	Градиль Г.И.	18	Карандашова И.В.	22	Липов А.В.	23
Баранова Е.Н.	17	Гриневич В.Б.	76	Карев В.Е.	13	Лиходзневская Я.В.	40
Барило А.А.	71	Гришина И.Ф.	23	Каримов М.М.	66	Лопатина Е.Ю.	31
Бахтина А.А.	27	Гуль И.С.	42	Кармазановский Г.Г.	47	Люпина Е.О.	79
Бацких С.Н.	22	Гурикова И.А.	23	Карпова Р.В.	60, 62	Линг О.В.	21
Белов Д.В.	70	Гусманова Г.Т.	13	Карягина М.С.	17		
Белыева Г.С.	27			Касимова Г.М.	66	М	
Березенко В.С.	21	Д		Каюшев П.Е.	55	Мавлитова Л.А.	75
Бернык О.О.	36	Давыдкин В.И.	32	Кваснищкая О.Б.	65	Мазурчик Н.В.	21
Бессонова Е.Н.	51, 60	Дворщенко Е.А.	35, 36	Киселева Н.И.	24	Макарова К.С.	39, 43
Бимбетов Б.Р.	22	Де-Жорж И.Г.	65	Кияшко С.В.	39, 43	Макарова М.С.	41
Блажко В.С.	23	Деева Т.А.	41, 42	Клеменов А.В.	61	Макаров В.К.	24
Бондарь А.Е.	18, 20, 23	Деонега А.В.	23	Клепцова И.П.	18	Макаров П.В.	24, 68
Борисов О.В.	75	Дидковский Н.А.	24	Клестер Е.Б.	76	Максимова Н.Ю.	73
Борочина Е.А.	76	Добровольская Е.И.	24	Клестер К.В.	76	Максимов Е.Е.	66
Борсуков А.В.	66, 68	Доркина Е.Г.	10	Климашин Д.Ф.	47	Малахова И.Г.	9
Брайловская И.В.	35	Драницина А.С.	36	Кобалава Ж.Д.	62	Малашенкова И.К.	24
Бубякина Е.А.	73	Драпкина О.М.	41, 42	Ковалева Н.В.	72, 76	Малимонова С.А.	73
Бугаев В.Е.	62	Дроздов В.Н.	32	Ковеленов А.В.	23	Малиновская Ю.О.	51, 79
Буеверов А.О.	31, 42	Дуданова О. П.	71	Козлова И.В.	68	Мамонов А.В.	20, 24
Бычкова О.А.	74	Дудина К.В.	67, 72	Козько В.Н.	17, 18, 20	Мамонов Р.А.	20, 24
		Дудкина О.А.	67, 72	Колесник И.М.	74	Маркин П.Г.	65
		Дудник В.М.	72	Колесникова И.Ю.	27	Мартынов В.А.	39
В		Дунаева Н.В.	23	Кондратьева О.А.	47	Марченко Н.В.	13
Варламова Е.Н.	69			Кондратьева Т.Ф.	9	Маршак Т.Н.	32
Васильева И.И.	73	Е		Коновалова С.А.	35	Масловский Л.В.	41
Васильева С.В.	72	Ершов К.Г.	47	Константинов Д.Ю.	24	Маскин П.Н.	20, 24
Васильев Л.Я.	18	Ефремова Л.И.	73	Копейченко Я.И.	20	Матвеева Л.В.	32
Васильев С.Ю.	24			Кораблина Н.В.	10	Меркулова Н.Ф.	18, 20
Вахрушев Я.М.	40, 59	Ж		Корнилова И.А.	51, 60	Миннулина З.Ш.	39, 43
Вехова Е.В.	65	Жданович Л.Г.	39	Корнилов М.Н.	51	Минускин О.Н.	41
Визе-Хрипунова М.А.	59	Живаева Е.В.	69	Корой П.В.	39, 40	Миронова Н.И.	21, 24
Викман Я.Э.	18			Коротков С.М.	35	Михайлова Е.В.	74