



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

СПИСОК АВТОРОВ

А		Гарбузенко Д.В.	49	Инчина В.И.	56	М	
Абдулганиева Д. И.	10	Гармаш И.В.	19	Исхаков Ш.А.	54	Маев С.И.	14
Абдулганиева Д.И.	10	Гатилова М.И.	6	К		Магдесиева Р.Б.	15, 27
Абдуллаев А.Х.	54	Гейвандова Н.И.	35	Казакова М.С.	50	Магомедова С.А.	18
Абдурахманов Б.А.	51	Гейвандова Т.В.	35	Казанчян Е.Г.	27	Маевская М.В.	48, 50
Агеева К.А.	17	Гельмич Т.	14	Кайсинова А.С.	35	Мазурчик Н.В.	42
Айтбаева С.Е.	37	Генералов В.М.	44	Камалова К.Р.	49	Макаров В.К.	57
Акберова Д. Р.	10	Гинкул Е.В.	49	Каменских Я.А.	46	Макаров П.В.	57
Акберова Д.Р.	10	Глазырина Н.Н.	54, 55	Карев В.Е.	10, 58	Максимова Е.В.	22, 37
Акопян В.С.	51	Глотов О.С.	54	Каримов М.М.	54	Максимов В.Н.	35
Алимова Д.И.	56	Горбунов А.Ю.	34, 55	Каримов П.Ш.	44, 46	Малинина Г.А.	16
Аляви Б.А.	54	Горелова И.С.	16	Карпова Р.В.	30, 49	Малиновская Ю.О.	42
Аннаева Э.С.	27	Гостева О.В.	56	Касимова Г.М.	54	Малышева Е.Б.	48
Арбулиева Е.А.	18	Громов А.А.	44	Каюшев П.Е.	45	Мамметсахатова С.Ч.	22
Аришева О.С.	19	Гур'янов В.Г.	34	Квасницкая О.Б.	48	Маркина В.Г.	54
Арсланян М.Г.	50	Гусейнова Т.Н.	56	Кирвас Е.	14	Маркин П.Г.	54
Арутюнова Н.К.	56	Д		Кляритская И.Л.	22, 37	Мартынова Е.	10
Асанов А.Ю.	26, 54	Давыдов В.В.	36	Коблов С.В.	51	Мартынов В.А.	17
Асфандиярова Н.С.	36	Де-Жорж И.Г.	54	Кобыляк Н.Н.	34	Марунчин Н.А.	34
Атлас Е.Е.	37	Дербенева А.С.	16	Ковалева Н.Б.	18	Марченко Н.В.	10
Ачилова М.А.	45	Джаджиев А.Б.	51	Кожевникова Г.М.	15	Масленников Р.В.	48, 50
Ашимханова А.А.	19	Долгушина А.И.	50	Козакова С.А.	35	Массаутов Д.Р.	40
Ашуров Д.М.	44, 45	Драгомирецкая Н.А.	10	Козлова Н.М.	36	Махмадёрв Х.Ш.	45, 46
Б		Дрига А.А.	48, 50	Козлов К.В.	19	Махмадов Ф.И.	44, 45, 46
Бабкин А.П.	56	Дроздов В.Н.	34	Кокина К.Ю.	17, 18, 36, 51	Мациевич М.В.	11, 17, 18, 36, 51, 57
Балаев С.Л.	55	Думбрава В.Т.	14	Колдынская Э.И.	36	Минеева Л.В.	49
Балашова М.С.	26, 54	Думбрава В.-Т.	14	Колесник К.Н.	35	Минкина Г.В.	56
Барановский А.Ю.	11	Думбрава В.-Т.	14	Колесниченко Л.С.	36	Мирзоев А.Ф.	45
Барашков Г.К.	26	Дынный О.Б.	34	Кондратова М.А.	35	Митрохина О.И.	10
Бардов В.С.	6	Дятчина Л.И.	22	Коновалова С.А.	30	Мозговая Е.В.	26
Барсукова Н.А.	17, 18, 36	Е		Константинова Е.А.	15	Моисеев В.С.	19
Безносенко В.Д.	51	Емельянов И.В.	49	Константинов Д.Ю.	15, 50	Мойсюк Я.Г.	42
Белая О.Ф.	17	Ермолова Т.В.	58	Корой П.В.	35, 36	Морозов И.А.	17
Беляева Е.А.	31	Ермолов С.Ю.	58	Королева Н.В.	56	Мусина Н.П.	48, 50
Бимбетов Б.Р.	37	Есмембетов К.И.	19	Коротков С.М.	30	Мустафина А.Ж.	48
Бобылева Е.С.	34	Ж		Корочина Н.Ю.	49	Мухамедзянова Р.И.	49
Богомолов П.О.	11, 17, 18, 36, 42, 51, 57	Жабров С.С.	19	Косюра С.Д.	26	Мухутдинова Ф.И.	55
Богорянова П.А.	35	Жангабылов А.К.	37	Котович М.М.	40	Н	
Бодрягина Е.С.	6	Жаркова М.С.	50	Кошкин С.А.	10	Неуймина Т.В.	18, 27
Борисов А.А.	10	Жданович Л.Г.	17	Красилова А.А.	26	Низов А.А.	36
Бородин Ж.И.	16	Жданов К.В.	19	Кривошеев А.Б.	35	Никищенко С.А.	56
Брайловская И.В.	30	Жидко Е.В.	6	Крутикова М.С.	49	Ниязов А.Р.	42
Буеверов А.О.	11, 51, 57	Жулина Н.И.	48	Крутиков С.Н.	49	О	
Бурнашева Е.В.	22	Жученко Н.А.	26, 54	Кручинина М.В.	44	Овезова Г.К.	27, 45
В		З		Кудрявцева Н.Н.	49	Огурцов П.П.	16, 42
Вардугина Ю.В.	18, 27	Заривчацкий М.Ф.	45	Кузма Фади	7	Одинцова А. Х.	10
Варламова Н.Н.	34	Захарова Е.М.	48	Кузьмина О.С.	51	Одинцова А.Х.	10
Васильев С.Ю.	50	Зеленин В.А.	54, 55	Куимов А.Д.	35	Олевская Е.Р.	50
Ватина А.В.	56	Зенин Д.М.	34	Курбонов К.М.	44, 45	Ольховикова Е.А.	55
Вахрушев Я.М.	34, 54, 55	Зенков К.И.	30, 49	Курилович С.А.	44	Орбиданс А.Г.	6
Венгер И.	14	Зуевская С.Н.	17	Куркина И.А.	50	Останина Т.В.	49
Верейна Н.К.	57	Зыкин Б.И.	16	Л		Останкова Ю.В.	19
Воевода М.И.	35	И		Лазуткина Е.Л.	6	Отунбаева Д.И.	48
Воронкова Н.В.	11, 51	Ивашкин В.Т.	48, 50	Лаптева Е.Н.	37, 57	П	
Г		Игнатова Т.М.	26, 54	Лукашевич А.П.	55	Павлов Ч.С.	7, 50
Габдрахманов И.А.	19	Ильченко Л.Ю.	17	Лупашко Ю.	14	Паевская О.А.	17
				Лупашко Ю.А.	14	Пазенко Е.В.	44
				Любченко Л.Н.	30		

СПИСОК АВТОРОВ

Пак А.Г.	35	Саидова Г.С.	49	Сухогузова М.Е.	34	Филиппова М.Г.	30
Пальгова Л.К.	26	Саркисян В.А.	27	Сучкова Е.В.	34, 55	Х	
Паруликова М.В.	44	Саркисянц Н.К.	15, 27	Сычинский Ю.А.	51	Хакимов Ш.Б.	46
Патлусов Е.П.	18	Сексенбаев Д.С.	51	Сюткин В.Е.	42	Халидов О.Х.	51
Пенкина И.А.	55	Семенов А.В.	19, 56	Т		Халимов Дж.С.	44, 45, 46
Петраченко М.Ю.	17, 18, 36, 51	Семенова Е.В.	56	Таран Н.	14	Хаммад В.А.	30
Пирогова И.Ю.	18, 27, 37, 38, 57	Семенова Ю.И.	30	Таран Н.В.	14	Харя Г.	14
Плескановская С.А.	27	Серебровская Л.В.	15	Тарасов А.Н.	50	Хасанова Л.А.	17
Поздеева Т.Г.	16	Серьгина Е.В.	17	Терехина Н.А.	6	Хасанов Л.Р.	49
Поленова Н.В.	26	Симанкова Т.В.	19	Терехина Г.А.	6	Хоробрых Т.В.	30, 49
Польская Л.В.	49	Синельникова Е.В.	34	Терещенко И.В.	45	Хохлачева Н.А.	34, 54, 55
Попова Л.Л.	15, 50	Синицын С.П.	57	Тимофеев В.В.	48	Хохлова О.Н.	15
Попова Ю.Р.	37	Скульский С.К.	40	Титова Е.А.	51	Ч	
Постнова Н.А.	16	Слобожанина Н.В.	6	Торова Г.А.	56	Часнык В.Г.	34
Прашнова М. К.	11	Сляднев С.А.	35, 36	Трусова Л.А.	6	Черепанов А.С.	56
Променашева Т.Е.	36	Смирнова Е.Н.	17	Трусов В.Б.	57	Черноусов А.Ф.	30, 49
Р		Смирнов Д.Р.	10	Трянкина С.А.	56	Чернуха С.Н.	49
Радченко Е.С.	18	Смоленская О.Г.	34	Тугулева Т.А.	35	Чибыева Л.Г.	6
Райхельсон К.Л.	10, 11, 44	Снежко И.В.	22	Тулузановская И.Г.	26, 54	Чопорова А.И.	22
Рамазанов Ж.А.	51	Соловьева О.В.	26	Турдикулова Ш.У.	54	Ш	
Ратников В.А.	40	Солодкова И.В.	34	Туркадзе К.А.	17	Шайхутдинова А.А.	6
Рау И.В.	27	Сорока Е.В.	17	У		Шапошников А.В.	23
Рахмонов Ш.Дж.	46	Стародубова А.В.	26	Уварова О.В.	57	Шатохин Ю.В.	22
Рейзис А.Р.	15, 30	Степанян Н.С.	27	Умарова С.У.	48	Шелихова Е.О.	22, 37
рефьев Н.О.	49	Стромова Ю.В.	16	Умирбаев М.А.	51	Шкалова Л.В.	55
Рзаева Р.Н.	26	Стуков Б.В.	16	Уразова Л.Н.	57	Щ	
Рогова С.Ш.	35	Субботина Т.И.	54	Усанова А.А.	7	Щепетков С.П.	40
Рогова С.Ш.	35	Сукачев В.С.	19	Ф		Я	
Романова М.М.	56	Суковотицына Л.Е.	56	Федосова Е.В.	51	Ягода А.В.	35, 36
Рыхтик П.И.	48	Сулейменова А.С.	48	Филатова Т.Е.	36		
С		Султанов В.С.	37, 57	Филимонов М.И.	26, 54		
Савельева Т.В.	16	Суслова Ю.В.	6				



СОДЕРЖАНИЕ

Алкогольная болезнь печени	5
Аутоиммунные заболевания печени	9
Вирусные гепатиты	13
Лекарственные поражения печени	21
Метаболические нарушения печени	25
Молекулярная и клеточная биология	29
Неалкогольная жировая болезнь печени	33
Опухоли печени	39
Трансплантация печени, печеночная недостаточность	41
Холестатические заболевания печени	43
Цирроз печени и его осложнения	47
Прочие	53
Список авторов	113

ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ



ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕЧЕНОЧНЫМИ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯМИ

Мухамедзянова Р.И., Кудрявцева Н.Н., Камалова К.Р.,
Корочина Н.Ю., Саидова Г.С.

ГБОУ ВПО Астраханский государственный медицинский университет, Россия

Для цирроза печени (ЦП) характерно раннее появление эмоциональных расстройств, что оказывает влияние на формирование внутренней картины болезни (ВКБ). Отношение к болезни отражается на течении заболевания, может способствовать как успешности лечебных мероприятий, так и тормозить их.

Материалы и методы. Обследовано 78 больных ЦП (50 мужчин и 28 женщин), средний возраст составил $47,36 \pm 1,42$, преобладали больные с умеренной и выраженной стадией заболевания (по Child-Pugh).

У пациентов с ЦП чаще выявлялись ипохондрический, сенситивный и эгоцентрический тип отношения к болезни ($p < 0,1$). Динамика показателей по различным типам отношения к болезни у больных ЦП находится в прямой зависимости от наличия и степени печеночной энцефалопатии (ПЭ). По мере возрастания ПЭ (от латентной до клинически выраженной), увеличивается количество больных со смешанными и диффузными типами отношения к болезни. Выявленные типы реагирования на болезнь сопряжены с тревожностью и депрессивными расстройствами. Это соотносится с показателями личностного опросника СМИЛ (высокая тревожность, ипохондричность, сниженный фон настроения, астенизация). Таким образом результаты исследования показали, что эмоциональные расстройства и ВКБ имеет определенную специфику в зависимости от наличия и степени ПЭ, но в целом преобладает неадекватная система отношений к болезни при ЦП. Нарастание витальной угрозы при формировании ЦП обуславливает большую степень реагирования на болезнь. Преобладание неадекватной ВКБ у больных с ЦП может препятствовать правильному поведению в плане соблюдения лечебных рекомендаций, и затруднять лечебно-реабилитационный процесс на всех этапах развития заболевания. Проведение психотерапии будет повышать эффективность лечения и реабилитации больных ЦП, особенно при формировании ПЭ.

МЕТОД ОЦЕНКИ СОСУДИСТОЙ ПЛОТНОСТИ В БРЫЖЕЙКЕ ТОНКОЙ КИШКИ КРЫС С МОДЕЛЬЮ ПРЕДПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Арефьев Н.О., Гарбузенко Д.В., Емельянов И.В.,
Хасанов Л.Р., Минеева Л.В.

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, Россия

Внепеченочный ангиогенез играет важную роль в патогенезе портальной гипертензии (ПГ). Одним из методов его количественной оценки является расчёт сосудистой плотности в брыжейке тонкой кишки.

Цель исследования. Описать метод оценки сосудистой плотности брыжейки тонкой кишки крыс с моделью предпеченочной ПГ посредством интравитальной микроскопии с использованием программы для морфометрии Aperio ImageScope (Leica Biosystems Inc., США).

Материалы и методы. Предпеченочная ПГ создавалась частичным лигированием воротной вены (ЧЛВВ). Оценка сосудистой плотности брыжейки тонкой кишки проводилась перед ЧЛВВ и на 15 суток после создания модели. Для этого над извлечённым её участком в случайном порядке располагался объектив 10x микроскопа Nikon Eclipse 50i и двигался через меандр, состоящий из пяти шагов в 1 мм по оси X и пяти шагов в 1 мм по оси Y. Видеозапись кадировалась в программе Adobe Premiere Pro CC, после чего кадры склеивались посредством программы Adobe Photoshop CS4 так, чтобы получился один снимок площадью 25 мм². Плотность сосудов каждого отдела микроциркуляторного русла рассчитывалась как отношение их длины к площади полученного снимка. С помощью инструмента «Pen» вручную обводились контуры каждого сосуда, строго следуя ходу сосудистой стенки. Все данные преобразовывались программой в таблицы Excel.

Результаты. На 15 суток после ЧЛВВ общая плотность сосудов микроциркуляторного русла брыжейки тонкой кишки экспериментальных животных возрастала за счёт капилляров. Значимого увеличения сосудистой плотности артериол, метартериол, прекапилляров, посткапилляров и венул выявлено не было.

Заключение. Описанный метод оценки сосудистой плотности в брыжейке тонкой кишки позволяет глубже изучить механизмы внепеченочного ангиогенеза при ПГ.

ПРОТЕИНУРИЯ — КАК МАРКЕР СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ БОЛЬНОГО ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Крутикова М.С., Чернуха С.Н., Крутиков С.Н., Останина Т.В.,
Гинкул Е.В., Польская Л.В.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского» г. Симферополь, Россия

Цель работы. Изучить диагностические особенности протеинурии как маркера тяжести состояния больного при циррозе печени (ЦП).

Материал и методы. Обследовано 213 больных ЦП алкогольной, вирусной и смешанной этиологии. Мочевину и креатинин крови определяли стандартными методами. СКФ определяли по формуле MDRD. Протеинурию определяли колориметрическим фотометрическим методом.

Результаты. Одной из основных причин смерти больных ЦП является гепаторенальный синдром, осложнение, являющееся одним из главных неблагоприятных прогностических признаков у таких больных. Общий белок в моче является интегральным биохимическим показателем, а его определение — одним из наиболее часто выполняемых рутинных исследований в клинике. До сих пор остается ряд нерешенных вопросов при клинической интерпретации полученных результатов. В I группу (42 человека) вошли больные без протеинурии. Во II группу (61 человек) вошли больные с протеинурией. В третью группу (110 человек) вошли больные с протеинурией в терминальном состоянии, госпитализация в стационар которых закончилась летальным исходом. В I группе уровень мочевины и креатинина, а также СКФ в крови были в пределах нормы. Во II группе у 60% больных протеинурия сочеталась со снижением СКФ. В III группе — протеинурия выявлялась у 84% больных, и отмечались достоверные изменения в сторону увеличения уровня мочевины и креатинина, а также достоверное снижение СКФ.

Выводы. Гепаторенальный синдром является одной из основных причин смерти больных с циррозом печени, а протеинурия выступает важным диагностическим критерием степени тяжести ЦП. Количество белка в моче в исследуемых группах не имеет достоверных отличий, но указывает на достоверное снижение СКФ и прогрессирование гепаторенального синдрома.

ИЗМЕНЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ ПОРТАЛЬНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Карпова Р.В., Зенкова К.И.

Кафедра факультетской хирургии № 1 лечебного факультета
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва

Цель работы: изучение влияния криопреципитата, введенного в цирротическую ткань печени, на параметры портального кровотока с помощью ультразвукового метода исследования с дуплексным сканированием портальных вен.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 40 пациентов с циррозом печени, которым мы исследовали параметры портального кровотока до и после введения крипреципитата в печень. Полученные данные сопоставили с клинико-лабораторными исследованиями по классификации Child-Pugh. Цирроз класса A по Child-Pugh диагностирован у 8 пациентов, класс B — у 13 пациентов, класс C — у 19. У 13 из 40 пациентов цирроз был смешанный (вирусной и токсической) этиологии, у 27 — алкогольной. Мужчин было 28, женщин — 12. Возраст больных составлял от 25 до 60 лет. Исследования параметров портального кровотока проводили до введения криопреципитата в ткань печени под контролем УЗИ, после его введения через 6 и 12 месяцев. Криопреципитат вводили чересчико под контролем УЗИ в ткань печени по 1,5–2 мл в каждый сегмент.

Результаты. Статистически значимые изменения портального кровотока, мы выявили через 6 месяцев после стимуляции регенерации печени у 92% больных. Индекс застоя, который коррелирует с риском развития кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП), нормализовался в течение 6 месяцев исследования. Следовательно, у больных с длительно текущим циррозом печени класса A, B и C через 6 месяцев нормализуется кровообращение в портальной системе, и риск развития кровотечения из ВРВП минимален. Через год после введения криопреципитата в печень статистически достоверных изменений портального кровотока по сравнению с показателями через 6 месяцев мы не выявили.

Заключение. Стимуляция регенерации цирротической печени криопреципитатом снижает портальную гипертензию через 6 месяцев у 92% больных. Больным с декомпенсированным циррозом печени класса C по Ч-П необходимо повторное введение криопреципитата в печень через 6 месяцев.

LIST OF AUTHORS

A

Abdulganieva D.I. 64
 Abdullayev A.K. 108
 Abdurakhmanov B.A. 105
 Achilova M.A. 99
 Ageeva K.A. 71
 Aitbaeva S.E. 91
 Akberova D.R. 64
 Akopian V.S. 105
 Alimova D.I. 110
 Allawi B.A. 108
 Annaeva E.S. 81
 Arbulieva E.A. 72
 Arefyev N.O. 103
 Arisheva O.S. 73
 Arslanyan M.G. 104
 Arutyunova N.K. 110
 Asanov A.Yu. 80, 108
 Asfandiyarova N.S. 90
 Ashimkhanova A.A. 73
 Ashurov D.M. 98, 99
 Atlas E.E. 91

B

Babkin A.P. 110
 Balashova M.S. 80, 108
 Balayev S.L. 109
 Baranovsky A. 65
 Barashkov G.K. 80
 Bardov V.S. 60
 Barsukova N.A. 71, 72, 90
 Belaya O.F. 71
 Belyaeva E.A. 85
 Beznosenko V.D. 105
 Bimbetov B.R. 91
 Bobyleva E.S. 88
 Bodryagina E.S. 60
 Bogomolov P.O. 65, 71, 72, 90, 96, 105, 111
 Bogoriynova P.A. 89
 Borisov A.A. 64
 Borodina G.I. 70
 Brailovskaya I.V. 84
 Bueverov A.O. 105
 Burnasheva E.V. 76
 Buyeverov A.O. 111
 Buyeverov A.O. 65

C

Chasanova L.A. 71
 Chasnyk V.G. 88
 Cherepanov A.S. 110
 Chernousova A.F. 84
 Chernousov A.F. 103
 Chernukha S.N. 103
 Chibyeva L.G. 60
 Chirvas E. 68
 Choporova A.I. 76
 Chrivas E. 68

D

Davydov V.V. 90
 De-George I.G. 108
 Derbeneva A.S. 70
 Dolgushina A.I. 104
 Dragomiretskaia N.A. 64
 Driga A.A. 102, 104
 Drozdov V.N. 88
 Dumbrava V-T. 68
 Dyatchina L.I. 76
 Dynnyk O. 88
 Dzhadzhiev A.B. 105

E

Emelyanov I.V. 103

F

Fedosova E.V. 105
 Filatova T.E. 90
 Filimonov M.I. 80, 108
 Filippova M.G. 84

G

Gabdrakhmanov I.A. 73
 Garbuzenko D.V. 103
 Garmash I.V. 73
 Gatilova M.I. 60
 Gelimich T. 68
 Generalov V.M. 98
 Geyvandova N.I. 89
 Geyvandova T.V. 89
 Ghazanchyan Y.G. 81
 Ginkul E.V. 103
 Glazyrina N.N. 108, 109
 Glotov O.S. 108
 Gorbunov A.J. 88
 Gorbunov A.Yu. 109
 Gorelova I.S. 70
 Gosteva O.V. 110
 Gromov A.A. 98
 Gurianov V. 88
 Guseynova T.N. 110

H

Hakimov Sh.B. 100
 Halidov O.Kh. 105
 Halimov J.S. 98, 99, 100
 Harea G. 68
 Hasanov L.R. 103
 Hokhlacheva N.A. 108, 109
 Horobryh T.V. 84

I

Ignatova T.M. 80, 108
 Ilchenko L.Yu. 71
 Inchina V.I. 110
 Iskhakov Sh.A. 108
 Ivashkin V.T. 102, 104

K

Kadynska E.I. 90
 Kamalova K.R. 103

Kamenskyh Ya.A. 100
 Karev V.E. 64, 112
 Karimov M.M. 108
 Karimov P.Sh. 98, 100
 Karpova R.V. 103
 Kasimova G.M. 108
 Kaysinova A.S. 89
 Kayushev P.E. 99
 Kazakova M.S. 104
 Khammad V.A. 84
 Khokhlacheva N.A. 88
 Khokhlova O.N. 69
 Khorobrykh T.V. 103
 Kliarytskaya I. 76
 Klyarytskaya I.L. 91
 Koblov S.V. 105
 Koblyak N. 88
 Kokina K.Y. 71, 72, 90
 Kokina K.Yu. 105
 Kolesnichenko L.S. 90
 Kolesnik K.N. 89
 Kondratova M.A. 89
 Konovalova S.A. 84
 Konstantinova E.A. 69
 Konstantinov D.Yu. 69, 104
 Korochina N.Yu. 103
 Koroleva N.V. 110
 Korotkov S.M. 84
 Koroy P.V. 89, 90
 Koshkin S.A. 64
 Kosura S.D. 80
 Kotovich M.M. 94
 Kovaleva N.B. 72
 Kozakova S.A. 89
 Kozhevnikova G.M. 69
 Kozlova N.M. 90
 Kozlov K.V. 73
 Krasilova A.A. 80

Krivocheev A.B. 89
 Kruchinina M.V. 98
 Krutikova M.S. 103
 Krutikov S.N. 103
 Kudryavtseva N.N. 103
 Kuimov A.D. 89
 Kurbonov K.M. 98, 99
 Kurilovich S.A. 98
 Kurkina I.A. 104
 Kuzma Fadi 61
 Kuzmina O.S. 105
 Kvasnytska O. B. 102

L

Lapteva E.N. 91, 111
 Lazutkina E.L. 60
 Lukashevich A.P. 109
 Lupasco Iu. 68
 Lyubchenko L.N. 84

M

Maev S.I. 68
 Maevskaya M.V. 102, 104

Magdesieva H.B. 69, 81
 Magomedova S.A. 72
 Makarov P.V. 111
 Makarov V.K. 111
 Makhmaderov H.Sh. 99, 100
 Makhmadorov F.I. 98, 99, 100
 Maksimova E. 76
 Maksimov V.N. 89
 Maksymova E.V. 91
 Malinina G.A. 70
 Malinovskaya Yu.O. 96
 Malysheva E.B. 102
 Mammetsahatova S.Ch. 76
 Marchenko N.V. 64
 Markina V.G. 108
 Markin P.G. 108
 Martynova E. 64
 Martynov V.A. 71
 Marunchyn N. 88
 Maslennikov R.V. 102, 104
 Massautov D.R. 94
 Matsievich M.V. 65, 71, 72, 90, 105, 111
 Mazurchik N.V. 96
 Mineeva L.V. 103
 Minkina G.V. 110
 Mirzoev A.F. 99
 Mitrokhina O.I. 64
 Moiseev V.S. 73
 Morozov I.A. 71
 Moysyuk Ya.G. 96
 Mozgovaya E.V. 80
 Muhamedzyanova R.I. 103
 Muhametova D.D. 64
 Mukhutdinova F.I. 109
 Musina N.P. 102, 104
 Mustafina A.Zh. 102

N

Neujmina T.V. 72, 81
 Niiazov A.R. 96
 Nikishchenko S.A. 110
 Nizov A.A. 90

O

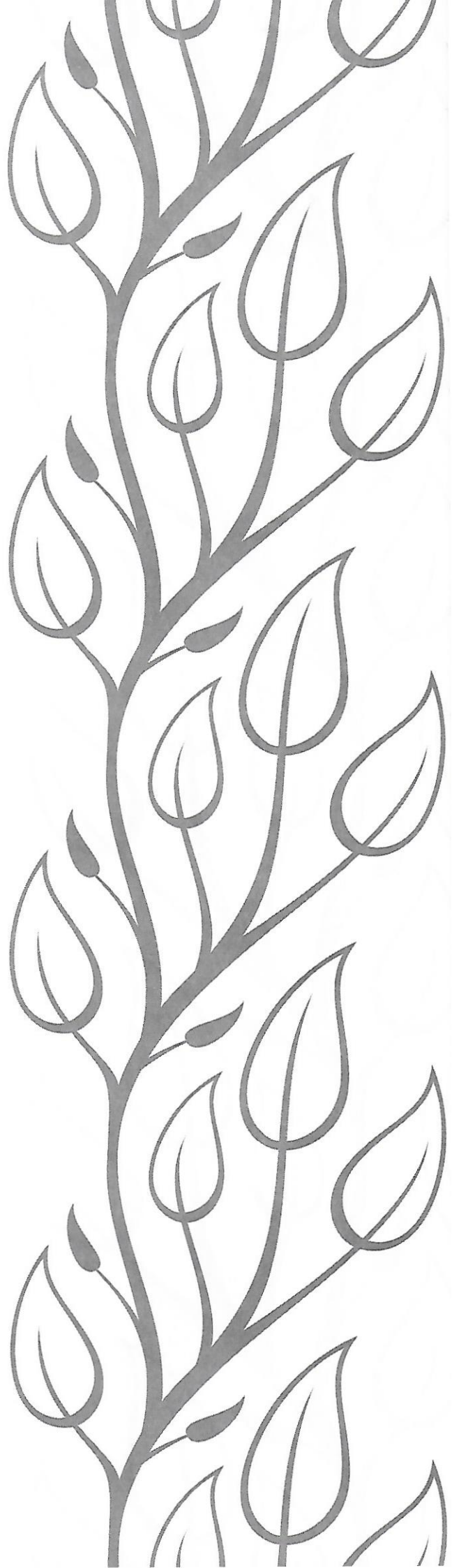
Odintsova A.Kh. 64
 Ogurtsov P.P. 70, 96
 Olevskaya E.P. 104
 Olkhovikova E.A. 109
 Orbidans A.G. 60
 Ostanina T.V. 103
 Ostantkova Yu.V. 73
 Otunbayeva D.I. 102
 Ovezova G.K. 81, 99

P

Paevskaya O.A. 71
 Pak A.G. 89
 Palgova L.K. 80
 Parulikova M.V. 98
 Patlusov E.P. 72
 Pavlov C.S. 61, 104

CONTENT

Alcoholic liver disease	59
Autoimmune liver disease	63
Viral hepatitis	67
Drug-induced liver injury	75
Metabolic abnormalities	79
Molecular and cellular biology	83
Non-alcoholic fatty liver disease	87
Liver tumors	93
Liver transplantation, hepatic insufficiency	95
Cholestatic liver disease	97
Cirrhosis and complications	101
Other disorders	107
List of authors	115



CIRRHOSIS AND COMPLICATIONS



EMOTIONAL DISORDERS AND ATTITUDE TO THE DISEASE IN PATIENTS WITH HEPATIC ENCEPHALOPATHY

Muhamedzyanova R.I., Kudryavtseva N.N., Kamalova K.R.,
Korochina N.Yu., Saidova G.S.

Astrakhan State Medical University, Russia

Background. The early appearance of emotional disorders that affect the formation of the internal disease pattern (IDP) is typical for liver cirrhosis (LC). Attitude to the disease affects the course of the disease, may contribute to both the success of therapeutic interventions and to inhibit them.

Materials and methods. A total of 78 cirrhotic patients (50 men and 28 women), were included in the study; mean age of 47.36 ± 1.42 years; predominated were pts with moderate to severe stage of the disease (Child-Pugh score).

Patients with LC often demonstrated hypochondriac, sensitive and egocentric type of attitude to the disease ($p < 0.1$). Dynamics of indicators for different types of attitude to the disease in cirrhotic patients is directly dependent on the presence and degree of hepatic encephalopathy (HE). As the HE increases (from latent to clinically significant), the number of patients with mixed and diffuse types of attitude to the disease is being increasing. Identified attitude types are associated with anxiety and depressive disorders. This corresponds to parameters of certain personality questionnaire (high anxiety, hypochondria, depressed mood, asthenia). Thus the results of the study showed that emotional disorders and IDP have certain specificity, depending on the presence and degree of HE, but in general an inadequate system of attitude to disease predominates in LC. Increase of vital threats in cirrhotic pts causes a greater degree of attitude to disease. The prevalence of inadequate IDP in patients with LC may disturb compliance and impede the process of rehabilitation at all stages of disease. Psychotherapy will increase the efficacy of treatment and rehabilitation in patients with LC, especially in those with HE.

A METHOD OF VASCULAR DENSITY ASSESSMENT IN THE SMALL BOWEL MESENTERY OF RATS WITH PREHEPATIC PORTAL HYPERTENSION MODEL

Arefyev N.O., Garbuzenko D.V., Emelyanov I.V.,
Hasanov L.R., Mineeva L.V.

South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia

Extrahepatic angiogenesis plays an important role in the pathogenesis of portal hypertension (PH). One of the methods of its quantitative evaluation is the calculation of the vascular density in the mesentery of the small intestine.

Aim: to describe the method of vascular density assessment in the small bowel mesentery of rats with prehepatic PH model using intravital microscopy and the Apero Imagescope (Leica Biosystems Inc., USA) software for morphometry.

Materials and methods. Prehepatic PH was created with partial portal vein ligation (PPVL). Assessment of the vascular density of the small bowel mesentery was conducted before PPVL and 15 hours after the creation of the model. For this, a 10x objective of a microscope Nikon Eclipse 50i was located randomly over the exteriorized site and was moved through the meander consisting of five steps of 1 mm along the X-axis and five steps of 1 mm along the Y-axis. A video was cropped with the Adobe Premiere Pro CC software, and after that shots were stuck with Adobe Photoshop CS4 software to obtain a snapshot of an area of 25 mm². The vascular density of each type of vessels was calculated as the length per area of the obtained image. The outlines of each vessel were encircled manually using a «Pen» tool, following the course of the vascular wall. All the data were converted with the program to Excel spreadsheets.

Results. At 15 days after PPVL, the total vascular density of the microvascular bed in the small bowel mesentery of the experimental animals was increased due to capillaries. There was no significant increase in the vascular density of arterioles, metarterioles, precapillary arterioles, postcapillary venules, and venules.

Conclusion. The described method of the vascular density assessment in the small bowel mesentery allows a better understanding of the mechanisms of extrahepatic angiogenesis in PH.

PROTEINURIA — AS A MARKER SEVERITY PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS

Krutikova M.S., Chernukha S.N., Krutikov S.N., Ostanina T.V.,
Ginkul E.V., Polskaya L.V.

*Medical Academy named after S.I. Georgievsky
«V.I. Vernadsky Crimean Federal University» Simferopol. RF*

Purpose: Examine the diagnostic features of proteinuria as a marker of the severity of the patient's condition with liver cirrhosis (LC).

Material and Methods: The study involved 213 patients with LC of alcoholic, viral or mixed etiology. Blood urea and creatinine were determined by standard methods. GFR was determined by the formula MDRD. Proteinuria was measured by a colorimetric photometric method.

Results: One of the main causes of death in patients with liver cirrhosis is the hepatorenal syndrome, a complication, which is one of the main adverse prognostic indicators in such patients. Total protein in the urine is an integral biochemical indicator, and its definition — one of the most frequently performed routine examinations in the clinic. It is still a number of unresolved issues in the clinical interpretation of the results. In the I group (42 people) included patients without proteinuria. In the II group (61 people) included patients with proteinuria. The III group (110 people) included patients with proteinuria in a terminal condition, hospitalization which ended with a death. In the I group, urea and creatinine levels and GFR blood were normal. In II group in 60% of patients with proteinuria combined with GFR decline. In group III — proteinuria was detected in 84% of patients, and there was a significant change in the direction of increasing levels of urea and creatinine, as well as a significant decrease in GFR.

Conclusions: Hepatorenal syndrome is a major cause of death in patients with LC, and proteinuria is an important diagnostic criterion of degree of severity of the LC. The amount of protein in the urine in the treatment groups are not significant differences, but points to a significant decrease in GFR and the progression of hepatorenal syndrome.

CHANGES OF THE PARAMETERS OF PORTAL BLOOD FLOW IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS

Chernousov A.F., Khorobrykh T.V., Karpova R.V., Zenkova K.I.

Goal of the study: To learn the effect of an intrahepatic injection of cryoprecipitate on the parameters of portal blood flow, which were determined by a doppler ultrasound.

Materials and methods: We examined 40 patients with liver cirrhosis. The parameters of portal blood flow were measured before and after an injection of cryoprecipitate in the liver. There were 8 patients graded at Child-Pugh stage A, 13 patients — stage B, and 19 patients — stage C. For 13 of the 40 patients cirrhosis was viral and toxic, while in 27 — toxic. There were 27 male and 12 female at a range of 25–60 years. The parameters of portal blood flow were evaluated before and after 6 and 12 months of the intrahepatic ultrasound-controlled injection of cryoprecipitate. Cryoprecipitate was administered 1,5–2 ml to each segment of the liver.

Results: 92% of the patients had significantly improved their parameters of portal blood flow 6 months after being injected. The congestion index, which correlates with the higher risk of esophageal varices bleeding, was normal in 6 months. It means that patients who have suffered for a long time from liver cirrhosis (Child-Pugh A, B, C), had their portal blood flow normalized in 6 months, so the risk of esophageal varices bleeding got minimized. There were no significant differences between the parameters of portal blood flow after 6 months and after a year of a cryoprecipitate administration.

Conclusion: The intrahepatic injection of cryoprecipitate lowered portal hypertension, which decreased in 6 months after being administered to 92% of the patients. Those who suffered from cirrhosis were labeled as Child-Pugh class C, needing a re-injection after 6 months.