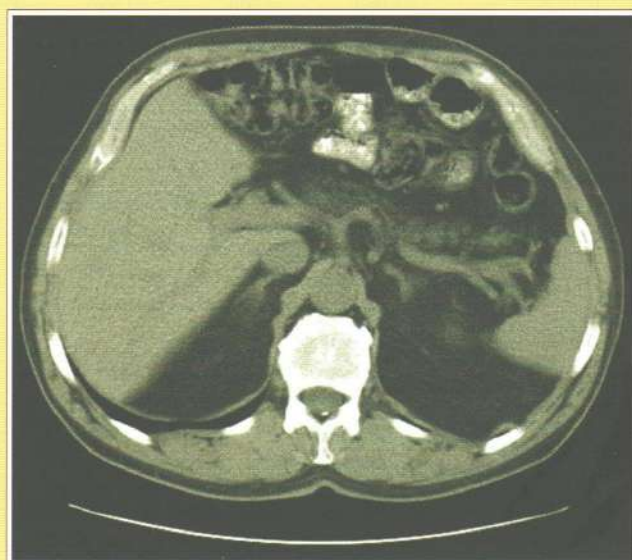




Российский журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии, Колопроктологии

Russian Journal of Gastroenterology,
Hepatology, Coloproctology



Компьютерная томограмма. Выраженная жировая перестройка паренхимы поджелудочной железы.
Пояснения на с. 17–22

№ 2

Юбилей
XXIII
Мом
1993 – 2013

2013

Лекции и обзоры

- В.О. Кайбышева, О.А. Сторонова,
А.С. Трухманов, В.Т. Ивашкин*
Возможности внутрипищеводной рН-импедансометрии
в диагностике ГЭРБ 4

Оригинальные исследования

- О.С. Шифрин, И.А. Соколова, А.Е. Леонович,
М.А. Ашитко, Т.Л. Лемина, А.В. Королёв*
Метаболический синдром и поражения поджелудочной железы 17

Гепатология

- М.В. Маевская, И.Н. Тихонов, В.Т. Ивашкин*
Хронический гепатит В и риск повреждения почек 23
- И.Ю. Пирогова, Е.В. Берестова, О.Ю. Бастриков,
Е.Б. Ковалева, Т.П. Петухова, М.В. Гусева, И.А. Губина,
И.В. Резепин, С.П. Синицын*
Случай острого лекарственного гепатита после фторотанового наркоза 36

Клинические рекомендации

- Рекомендации по диагностике и лечению взрослых
больных гепатитом С 41

Новости колопроктологии

- О.Б. Щукина, А.Г. Харитонов, А.М. Харитидис, Т.Э. Иващенко,
Ю.А. Насыхова, Т.В. Габруская, А.Ю. Барановский*
Иммуносупрессоры в современных подходах к терапии
воспалительных заболеваний кишечника 71

Национальная школа гастроэнтерологов, гепатологов

- Ю.О. Шутьпекова, А.Г. Комова*
Запор при эндокринных заболеваниях 79

Информация

- Резюме диссертаций: информация из ВАК России 86

Contents	РЖГГК • 2, 2013
The lectures and reviews	
V.O. Kaybysheva, O.A. Storonova, A.S. Trukhmanov, V.T. Ivashkin Potentials of intraesophageal pH-impedance measurement in GERD diagnostics	4
Original investigations	
O.S. Shifrin, I.A. Sokolina, A.E. Leonovich, M.A. Ashitko, T.L. Lemina, A.V. Korolyov Metabolic syndrome and pancreatic lesions	17
Hepatology	
M.V. Mayevskaya, I.N. Tikhonov, V.T. Ivashkin Chronic hepatitis B and risk of kidney involvement	23
I.Yu. Pirogova, Ye.V. Berestova, O.Yu. Bastrikov, Ye.B. Kovaleva, T.P. Petukhova, M.V. Guseva, I.A. Gubina, I.V. Rezepin, S.P. Sinitsyn Case of acute drug-induced hepatitis after halothane anesthesia.....	36
Guidelines	
Hepatitis C diagnostics and treatment guidelines in adults	41
News of coloproctology	
O.B. Schukina, A.G. Kharitonov, A.M. Kharitidis, T.E. Ivashchenko, Yu.A. Nasykhova, T.V. Gabrusskaya, A.Yu. Baranovsky Immunosuppressants in modern approaches to treatment of inflammatory bowel diseases	71
National college of gastroenterologists, hepatologists	
Yu.O. Shulpekova, A.G. Komova Constipation at endocrine diseases	79
Information	
Thesis abstracts: information from the Higher attestation comission	86

Российский журнал
Гастроэнтерологии,
Гепатологии,
Колопроктологии

№ 2 • Том 23 • 2013

Russian Journal of
Gastroenterology,
Hepatology,
Coloproctology

Volume 23 • № 2 • 2013

Учредитель:
Российская
гастроэнтерологическая
ассоциация

Издатель:
ООО «ДжиЭйчСи»

Периодичность издания:
1 раз в 2 месяца

Тираж: 3000 экз.

Подписной индекс: 73538

Журнал зарегистрирован
Комитетом РФ по печати
15.12.1994 г.
(Регистрационный № 013128)

Информация о журнале
на сайтах
www.gastro-j.ru,
www.m-vesti.ru

Эл. почта:
editorial@gastro-j.ru

Журнал входит в Перечень
ведущих научных журналов
и изданий ВАК Министерства
образования и науки России,
в которых должны быть опу-
бликованы основные научные
результаты диссертаций
на соискание ученой степени
доктора наук

Перепечатка материалов
только с разрешения
главного редактора и издателя

Ответственность за достовер-
ность рекламных публикаций
несут рекламодатели

© Российский журнал
гастроэнтерологии,
гепатологии,
колопроктологии

Состав редакционной коллегии
и редакционного совета журнала

УДК [616.33-008.17-031:611.329]-07

Возможности внутрипищеводной рН-импедансометрии в диагностике ГЭРБ

В.О. Кайбышева, О.А. Сторонова, А.С. Трухманов, В.Т. Ивашкин

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава РФ

Potentials of intraesophageal pH-impedance measurement in GERD diagnostics

V.O. Kaybysheva, O.A. Storonova, A.S. Trukhmanov, V.T. Ivashkin

State educational government-financed institution of higher professional education «Sechenov First Moscow state medical university», Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Цель обзора. Осветить возможности и преимущества нового метода диагностики *гастроэзофагеальной рефлюксной болезни* (ГЭРБ) – рН-импедансометрии пищевода.

Основные положения. рН-импедансометрия пищевода позволяет идентифицировать эпизоды рефлюксов в пищевод независимо от значения рН рефлюктата. В отличие от традиционной рН-метрии новый метод дает возможность охарактеризовать физическое состояние рефлюктата (газ, жидкость, смешанное содержимое), время осуществления объемного клиренса, определить связь наблюдаемых симптомов с некислыми рефлюксами, что способствует оптимизации диагностики и терапии ГЭРБ.

Заключение. Имеющийся на сегодняшний день опыт использования рН-импедансометрии пищевода позволяет считать данный метод наиболее точным и современным в диагностике ГЭРБ.

Ключевые слова: рН-импедансометрия пищевода, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

The aim of review. To demonstrate potentials and advantage of new method of *gastroesophageal reflux disease* (GERD) diagnostics – esophageal pH-impedance measurement.

Key points. pH-impedance measurement of the esophagus allows to identify reflux episodes in the esophagus irrespective of refluxate pH. In contrast to traditional pH-metry the new method represents physical state of refluxate (gas, fluid, mixed contents), time of volume clearance to determine relation of observed symptoms to non-acidic refluxes. This promotes improvement of diagnostics and treatment of GERD.

Conclusion. Application of esophageal pH-impedance measurement allows to consider this method as the most exact and modern in diagnostics of GERD.

Key words: pH-impedance measurement of the esophagus, gastroesophageal reflux disease.

Кайбышева Валерия Олеговна – аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета ГБОУ ВПО ПМГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава РФ. Контактная информация: valeriakai@mail.ru, 119991; Москва, ул. Погодинская, д. 1, стр. 1. Клиника пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко ГБОУ ВПО ПМГМУ им. И.М. Сеченова

Kaybysheva Valeriya O. – post-graduate student of the chair of internal diseases propedeutics, medical faculty of the State educational government-financed institution of higher professional education «Sechenov First Moscow state medical university». Contact information: valeriakai@mail.ru, 119991; Moscow, Pogodinskaya street, 1, bld. 1

Сторонова Ольга Андреевна – кандидат медицинских наук, врач отделения функциональной диагностики УКБ № 2 ГБОУ ВПО ПМГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава РФ. Контактная информация: storonova@yandex.ru; 119991, Москва, ул. Погодинская, д. 1, стр. 1. Клиника пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко ГБОУ ВПО ПМГМУ им. И.М. Сеченова

Storonova Olga A. – MD, doctor of the functional diagnostics department Vasilenko Clinic of internal diseases propedeutics, gastroenterology and hepatology, University clinical hospital N2, State educational government-financed institution of higher professional education «Sechenov First Moscow state medical university». Contact information: storonova@yandex.ru; 119991, Moscow, Pogodinskaya street, 1, bld. 1

Многоканальная внутриполостная импедансометрия пищевода (от лат. impedio – препятствую) – метод регистрации жидких и газовых рефлюксов, основанный на измерении сопротивления (импеданса), которое оказывает переменному электрическому току содержимое, попадающее в просвет пищевода [2]. Это новый метод диагностики *гастроэзофагеальной рефлюксной болезни* (ГЭРБ), идентифицирующий эпизоды рефлюксов в пищевод независимо от значения рН рефлюктата. Он позволяет не только эффективно выявлять все эпизоды рефлюксов, но и наиболее полно охарактеризовать кислотность рефлюктата (кислый, слабокислый, слабощелочной) и его физическое состояние (газ, жидкость, смешанное содержимое), вычислить время осуществления химического и объемного клиренса, что способствует установлению верного диагноза и назначению рациональной терапии [2, 3].

Физический смысл метода

Метод основан на измерении импеданса (сопротивления) Z , оказываемого средой переменному току. Впервые возможность идентификации наличия болюса в пищеводе с помощью внутриполостной импедансометрии была описана J. Silny и соавт. в 1991 г. [15].

Физическая формула импеданса $Z = U/I$, где U – напряжение, I – сила тока. Единицей измерения импеданса является Ом. Импеданс, таким образом, является величиной, обратно пропорциональной проводимости тока.

Проводимость электрического тока в пищеводе зависит от концентрации ионов в его просвете. В состоянии покоя количество ионов на поверхности слизистой оболочки невелико и проводимость тока сравнительно низкая. Рефлюкс жидкого содержимого в пищевод значительно увеличивает количество ионов (рис. 1), проводимость электрического тока возрастает, импеданс снижается, попадание газа, наоборот, приводит к резкому возрастанию импеданса, вплоть до разрыва электрической цепи [1].

Импеданс, измеряемый в просвете пищевода, зависит не только от физико-химических свойств его содержимого, но и от площади поперечного сечения. Увеличение площади поперечного сечения пищевода происходит при попадании в его просвет болюса, что приводит к снижению сопротивления переменному электрическому току, в то время как освобождение от болюса и сокращение стенок пищевода вызывает возрастание импеданса [1].

Таким образом, изменения импеданса при рефлюксе зависят от проводимости болюса, попадающего в просвет пищевода, и от поперечного сечения измеряемого сегмента: $Z = U/I = f(Q_x)$ – рис. 2 [7]. Регистрируя изменения импеданса

на определенном сегменте, исследователь может сделать вывод как о появлении в просвете содержимого, так и о его физическом состоянии (газ, жидкость). Если по ходу пищевода расположено несколько измерительных сегментов, то можно получить информацию о местонахождении болюса в пищеводе и направлении его движения (антеградное или ретроградное).

Принцип работы прибора

Основным компонентом измерительного прибора является генератор переменного электрического тока, соединенный с двумя металлическими кольцами, отделенными друг от друга изолирующим материалом катетера. При помещении катетера в пищевод электрическая цепь замыкается только при достаточной концентрации ионов в среде, окружающей катетер.

Основой работы прибора является регистрация изменений импеданса в нескольких измерительных сегментах, расположенных на катетере по ходу пищевода.

Наличие на катетере дополнительного датчика, регистрирующего значение рН, позволяет оценивать кислотность болюса. Таким образом, эпизоды *гастроэзофагеальных рефлюксов* (ГЭР) обнаруживают с помощью импедансометрии, а значение рН рефлюктата определяют с помощью датчика рН.

Катетер для импедансометрии (рис. 3) представлен поливиниловой или силиконовой трубкой, которая не проводит электрический ток, т. е. является изолятором. Снаружи на расстоянии 2 см друг от друга на катетер нанизаны металлические электроды (шесть или семь пар), что позволяет регистрировать импеданс на высоте

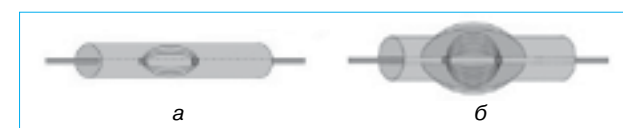


Рис. 1. Изменения импеданса, обусловленные увеличением количества ионов при поступлении болюса в пищевод: *a* – пищевод в состоянии покоя (количество ионов мало); *б* – пищевод, содержащий болюс (многократное увеличение количества ионов) [18]

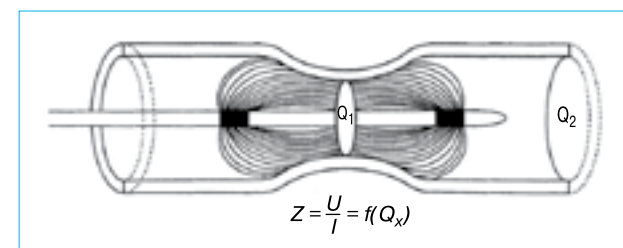


Рис. 2. Зависимость импеданса (Z) от площади поперечного сечения (Q_x) пищевода [7]

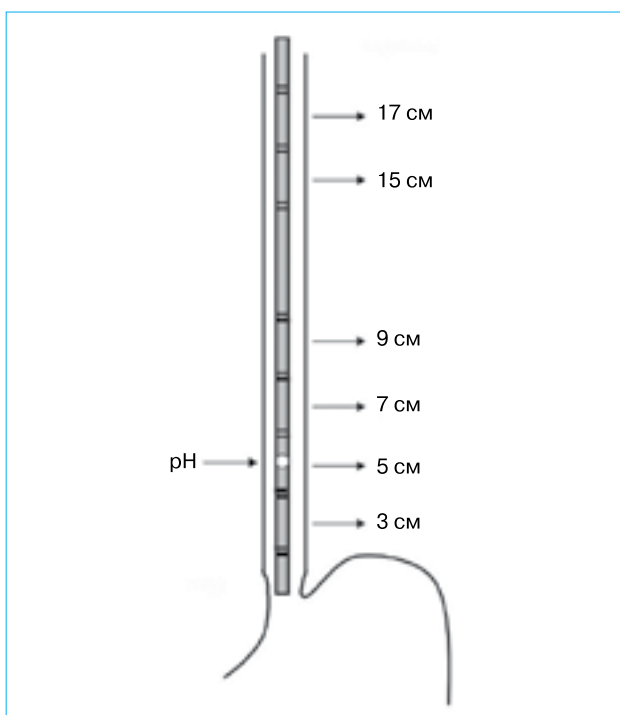


Рис. 3. Катетер для импедансометрии с датчиком pH [11]

3, 5, 7, 9, 15 и 17 см от *нижнего пищеводного сфинктера* (НПС). Расположение и количество pH-датчиков на катетере может различаться. Обычно катетер имеет один pH-датчик в пищеводе, устанавливаемый на высоте 5 см от НПС. В случае необходимости измерения pH на уровне верхнего пищеводного сфинктера применяются катетеры с двумя pH-датчиками в пищеводе, из которых второй расположен на 11 см выше первого. Для измерения кислотности желудочного сока на удлиненном конце катетера могут располагаться один или два датчика pH, устанавливаемые в желудке [21].

Отечественный аппарат для импедансометрии «Гастроскан ИАМ» (ЗАО НПП «Исток-система», г. Фрязино) представлен портативным прибором, в котором одновременно генерируется переменный ток и записываются показания с датчиков (рис. 4). Специальная программа обеспечивает обработку полученной информации в графическом (рис. 5) и табличном виде, что позволяет оценить общее количество рефлюксов за сутки (учитываются как «кислые», так и «некислые» рефлюксы), физическое состояние рефлюктата (газ, жидкость, смешанный болюс), продолжительность нахождения в пищеводе (экспозиция и клиренс болюса). Наличие pH-датчиков дает возможность в полном объеме получить информацию о кислотности рефлюктата и других параметрах (клиренс кислоты, время консуции пищи из желудка и др.), доступных для традиционной pH-метрии.



Рис. 4. Отечественный прибор импедансоацидомонитор «Гастроскан-ИАМ» (ТУ 9442-011-13306657-2011)

Исследования [4, 16, 17], проведенные с использованием видеофлюороскопии и сцинтиграфии, показали, что импедансометрия демонстрирует высокую корреляцию с результатами данных методов и может служить им реальной альтернативой.

Показания и противопоказания к проведению pH-импедансометрии

pH-импедансометрия применяется для обнаружения рефлюксов при ГЭРБ, причем новый метод имеет следующие преимущества перед традиционной pH-метрией пищевода.

- Обнаружение всех типов рефлюксов (кислых, щелочных, слабокислых и сверхрефлюксов) независимо от значения pH рефлюктата.
- Диагностика ГЭРБ на фоне терапии антисекреторными препаратами и при гипо/анацидных состояниях.
- Выявление связи имеющихся симптомов со слабокислыми, слабощелочными рефлюксами.
- Определение физического состояния рефлюктата (газовый, смешанный, жидкий).
- Определение высоты проксимального распространения рефлюксов.
- Расчет клиренса болюса.

Особую ценность метод импедансометрии представляет для пациентов с сохраняющимися на фоне антисекреторной терапии симптомами, так как позволяет обнаружить связь имеющихся жалоб с эпизодами некислых рефлюксов. Возможность метода фиксировать высокие и газовые рефлюксы незаменима для диагностики ГЭРБ, протекающей с атипичными симптомами (хронический кашель, фарингит, регургитация и др.).

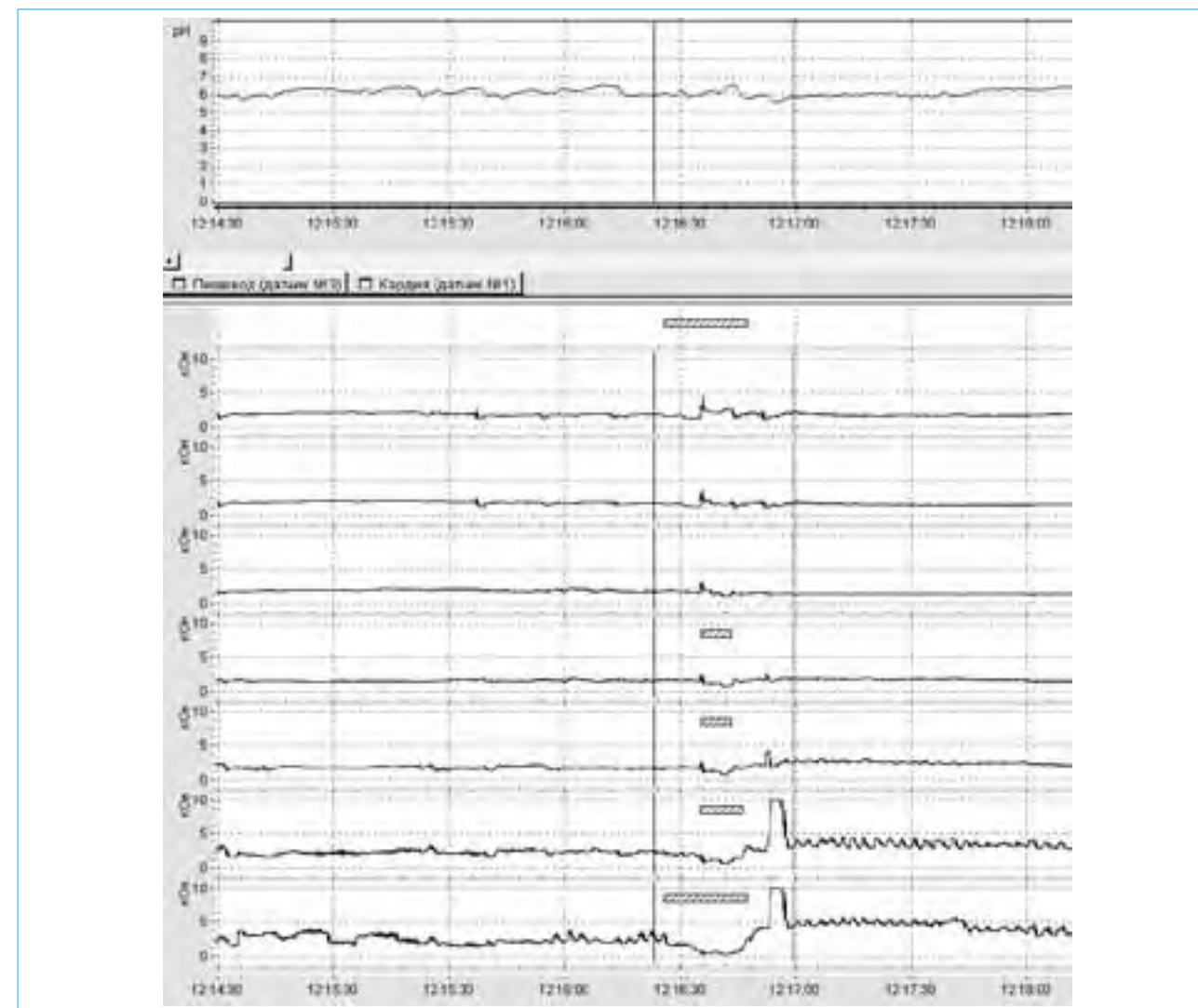


Рис. 5. Фрагмент графика pH-импедансометрии: смешанный слабокислый рефлюкс (Кайбышева В.О., Трухманов А.С., 2013)

Основными показаниями к проведению pH-импедансометрии являются:

- сохранение симптомов ГЭРБ несмотря на прием антисекреторных препаратов;
- симптомы ГЭРБ при гипо/анацидных состояниях (резекция желудка, атрофический гастрит);
- атипичные формы и внепищеводные проявления ГЭРБ (хронический кашель, бронхиальная астма, хронический фарингит, выраженная отрыжка);
- оценка эффективности антисекреторной терапии ГЭРБ без отмены препарата у пациентов с постоянными симптомами болезни;
- оценка эффективности хирургического лечения ГЭРБ.

Исследование не проводится в тех случаях, когда противопоказаны любые инвазивные зондовые манипуляции:

- злокачественные новообразования пищевода и желудка;

- язвы пищевода и желудка с угрозой кровотечения;
- варикозное расширение вен пищевода II–IV степени;
- недавние хирургические вмешательства или кровотечения из верхних отделов *желудочно-кишечного тракта* (ЖКТ);
- ожоги, дивертикулы, декомпенсированные стриктуры пищевода;
- упорный кашель или рвота;
- аневризма аорты;
- тяжелые формы гипертонической болезни и ишемической болезни сердца;
- обструкция носоглотки;
- челюстно-лицевые травмы;
- тяжелые формы коагулопатий;
- психические заболевания.

bolus transport identified by simultaneous multichannel intraluminal impedance and manofluoroscopy // Gastroenterology. — 2001. — Vol. 120 — P. 103. [Abstract].

5. *Bredenoord A.J., Tutuian R.* et al. Technology Review: Esophageal Impedance Monitoring // Am. J. Gastroenterol. — 2007. — Vol. 102. — P. 187–194.

6. *Bredenoord A.J., Weusten B.L., Sifrim D.* et al. Aerophagia, gastric, and supragastric belching: a study using intraluminal electrical impedance monitoring // Gut. — 2004. — Vol. 53, N 11. — P. 1561–1565.

7. *Fass J., Silny J., Braun J.* et al. Measuring esophageal motility with a new intraluminal impedance device. First clinical results in reflux patients // Scand. J. Gastroenterol. — 1994. — Vol. 29. — P. 693–702.

8. *Kahrilas P., Shaheen N., Vaezi M.* American Gastroenterological Association Institute Technical Review on the Management of Gastroesophageal Reflux Disease // Gastroenterology. — 2008. — Vol. 135. — P. 1392–1413.

9. *Mainie I., Tutuian R., Shay S.* et al. Acid and nonacid reflux in patients with persistent symptoms despite acid suppressive therapy. A multicentre study using combined ambulatory impedance-pH monitoring // Gut. — 2006. doi:10.1136/gut.2005. 087668.

10. *Shay S., Richter J.* Direct comparison of impedance, manometry, and pH probe in detecting reflux before and after a meal // Dig. Dis. Sci. — 2005. — Vol. 50, N 9. — P. 1584–1590.

11. *Shay S., Tutuian R., Sifrim D.* et al. Twenty-four hour ambulatory simultaneous impedance and pH monitoring: a multicenter report of normal values from 60 healthy volunteers // Am. J. Gastroenterol. — 2004. — Vol. 99. — P. 1037–1043.

12. *Sifrim D., Castell D., Dent J.* et al. Gastroesophageal reflux monitoring: Review and consensus report on detection and definitions of acid, non-acid, and gas reflux // Gut. — 2004. — Vol. 53. — P. 1024–1031.

13. *Sifrim D., Dupont L., Blondeau K.* et al. Weakly acidic reflux in patients with chronic unexplained cough during 24-hour pressure, pH, and impedance monitoring // Gut. — 2005. — Vol. 54. — P. 449–454.

14. *Sifrim D., Holloway R.H., Silny J.* et al. Non-acid gastroesophageal reflux // Gastroenterology. — 2001. — Vol. 120 — P. 436. [Abstract].

15. *Silny J.* Intraluminal multiple electric impedance procedure for measurement of gastrointestinal motility // J. Gastrointest. Motil. — 1991. — Vol. 3. — P. 151–162.

16. *Silny J., Knigge K.P., Fass J.* et al. Verification of the intraluminal multiple electrical impedance measurement for recording of gastrointestinal motility // J. Gastrointest. Motil. — 1993. — Vol. 5. — P. 107–122.

17. *Simren M., Silny J., Holloway R.* et al. Relevance of ineffective oesophageal motility during oesophageal acid clearance // Gut. — 2003. — Vol. 52. — P. 784–790.

18. *Tutuian R., Castell D.* Clinical Application of Impedance-Manometry for Motility Testing and Impedance-pH for Reflux Monitoring // Clin. Gastroenterol. Hepatol. — 2005. — Vol. 2. — P. 230–236.

19. *Tutuian R., Castell D.* Rumination documented by using combined multichannel intraluminal impedance and manometry // Clin. Gastroenterol. Hepatol. — 2004. — Vol. 2, N 4. — P. 340–343.

20. *Vela M.F., Camacho-Lobato L., Srinivasan R.* et al. Simultaneous intraesophageal impedance and pH measurement of acid and nonacid gastroesophageal reflux: Effect of omeprazole // Gastroenterology. — 2001. — Vol. 120. — P. 1599–1606.

21. *Zerbib F., des Varannes S.B., Roman S.* et al. Normal values and day-to-day variability of 24-h ambulatory oesophageal impedance-pH monitoring in a Belgian-French cohort of healthy subjects // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2005. — Vol. 22. — P. 1011–1032.

22. *Zerbib F., Roman S., Ropert A.* et al. Esophageal pH-impedance monitoring and symptom analysis in GERD: a study in patients off and on therapy // Am. J. Gastroenterol. — 2006. — Vol. 101. — P. 1956–1963.

УДК 616.3:616008.9056.5

Метаболический синдром и поражения поджелудочной железы

О.С. Шифрин, И.А. Соколова, А.Е. Леонович, М.А. Ашитко, Т.Л. Лемина, А.В. Королёв

Клиника пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет И.М. Сеченова» Минздрава РФ

Metabolic syndrome and pancreatic lesions

O.S. Shifrin, I.A. Sokolina, A.E. Leonovich, M.A. Ashitko, T.L. Lemina, A.V. Korolyov

Vasilenko Clinic of internal diseases propedeutics, gastroenterology and hepatology, State educational government-financed institution of higher professional education «Sechenov First Moscow state medical university», Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Цель исследования. Изучить особенности поражения поджелудочной железы у пациентов с наличием метаболического синдрома

Материал и методы. Обследованы 720 больных, обратившихся в клинику с направительным диагнозом «хронический панкреатит» (ХП). Из них у 49 диагностирован стеатоз поджелудочной железы (СПЖ) и у 290 хронический панкреатит. Составленная программа обследования вытекала из задач настоящей работы и включала тщательный расспрос и объективное обследование пациентов. Лабораторно-инструментальные исследования проводились в следующем объеме: общий и биохимический анализы крови, липидный профиль, копрологическое исследование, трансабдоминальное и (по показаниям) эндоскопическое УЗИ органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости, магнитно-резонансная томография (МРТ).

Aim of investigation. To study features of pancreatic involvement in patients with metabolic syndrome

Material and methods. Overall 720 patients were investigated who have admitted to the clinic with referral diagnosis «chronic pancreatitis» (CP). Of them *steatosis of pancreas* (SP) was diagnosed in 49 and in 290 – chronic pancreatitis. Original investigation algorithm was based on tasks of the study and included careful inquiry and physical investigation of patients. Laboratory and instrumental studies included: total and biochemical blood tests, lipid profile, coprological test, transabdominal and (under specific indications) endoscopic abdominal US, *esophagogastroduodenoscopy* (EGDS), *computer tomography* (CT) of abdominal organs, *magnetic-resonance investigation* (MRI).

Results. According to diagnostic criteria of metabolic syndrome, the latter was detected in 48 patients. Abdominal CT was considered as non-invasive method of investigation allowing to reliably diagnose SP. At CT in

Шифрин Олег Самуилович — доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО ПМГМУ им И.М. Сеченова

Соколова Ирина Александровна — кандидат медицинских наук, зав. отделением лучевой диагностики клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко ГБОУ ВПО ПМГМУ им. И.М. Сеченова

Леонович Анна Евгеньевна — кандидат медицинских наук, врач отделения лучевой диагностики клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко ГБОУ ВПО ПМГМУ им. И.М. Сеченова

Ашитко Марина Анатольевна — кандидат медицинских наук, врач отделения лучевой диагностики клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко ГБОУ ВПО ПМГМУ им. И.М. Сеченова

Лемина Татьяна Львовна — врач клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко ГБОУ ВПО ПМГМУ им. И.М. Сеченова

Королёв Александр Владимирович — заочный аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО ПМГМУ им. И.М. Сеченова. Контактная информация: 119991, Москва, ул. Погодинская, д. 1., стр. 1. Клиника пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко ГБОУ ВПО ПМГМУ им. И.М. Сеченова

Korolyov Alexander V. — post-graduate student of chair of internal diseases propedeutics, State educational government-financed institution of higher professional education «Sechenov First Moscow state medical university». Contact information: alkorolew7@yandex.ru; 119991, Moscow, Pogodinskaya street, 1, bld. 1.

Таблица 2

Частота сопутствующих заболеваний у пациентов с СПЖ и ХВП, абс. число (%)

Сопутствующее заболевание	Частота	
	при СПЖ (n=49)	при ХВП (n=147)
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	12 (24,5)	14 (9,5)
Дивертикулез толстой кишки	2 (4,1)	5 (3,4)
Стеатоз печени	18 (36,7)	11 (7,5)
Сахарный диабет	7 (14,2)	9 (6,1)
Гипертоническая болезнь	17 (34,7)	17 (11,6)
Ишемическая болезнь сердца	12 (24,5)	15 (10,2)

ющийся с вялотекущим воспалением органа под воздействием панкреатогенных факторов (алкоголь, желчнокаменная болезнь). Развитие стеатоза поджелудочной железы чаще всего происходит на фоне метаболического синдрома.

2. Стеатоз поджелудочной железы нередко сочетается со стеатозом печени, с гастроэзофаге-

альной рефлюксной болезнью, а также с ишемической болезнью сердца. В лечении стеатоза печени, ассоциированного со стеатозом поджелудочной железы, целесообразно применение фосфолипидного препарата резалют (с учетом комплексного характера его действия).

Список литературы

1. Гастроэнтерология: Национальное руководство / Под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. — М.: Гэотар-Медиа, 2008. — 700 с.

1. Gastroenterology: the national manual / ed.: V.T. Ivashkin, T.L. Lapina. — М.: Geotar-Media, 2008. — 700 p.

2. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Ожирение. — М.: Медицинское информационное агентство, 2004. — 449 с.

2. Dedov I.I., Mel'nichenko G.A. Obesity. — М.: Medical news agency, 2004. — 449 p.

3. Минько Б.А., Пручанский В.С., Корытова Л.И. Комплексная лучевая диагностика заболеваний поджелудочной железы. — СПб: Гиппократ, 2001. — 136 с.

3. Min'ko B.A., Pruchansky V.S., Korytova L.I. Complex radiology of pancreatic diseases. - SPb: Hippokrat, 2001. — 136 p.

4. Bourliere M, Barthe M, Berthezene P, et al. Is tobacco a risk factor for chronic pancreatitis and alcoholic cirrhosis? Gut. 1991; 32:1392–5.

5. Clowdhury P, Bone RC, Louria DB, Rayford PL. Effect of cigarette smoke on human serum inhibitory capacity and antitripsin concentration. Rev Respir Dis. 1982; 126:177–9.

6. Feigelson J. Pecau Y. Poquet M, et al. Imaging changes in the pancreas in cystic fibrosis: a retrospective evaluation of 55 cases seen over a period of 9 years. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2000 Feb; 30 (2):145–51.

7. Fortson MR, Freedman SN, Webster BD. Clinical assessment of hyperlipidemic pancreatitis. Am J Gastroenterol. 1995; 90:2134–9.

8. Kim KH. Kim CD. Ryu HS, et al. Endoscopic retrograde pancreatographic findings of pancreatic lipomatosis. J Korean Med Sci. 1999 Oct; 14 (5): 578–81.

9. Klöppel G., Mailett B. Pathology of chronic pancreatitis // The Pancreas / Eds. Beger H.G., et al. — Oxford (London), 1998:720–3.

10. Levy P, Mathurin P, Rogueplo A, et al. A multidimensional case control study of dietary alcohol and tobacco habits in alcoholic men with chronic pancreatitis. Pancreas. 1995; 106:231–8.

11. Pitchumoni CS. Role of nutrition in chronic pancreatitis // Chronic Pancreatitis / Eds. Beger H, Buchler M, Ditschuneit H, Malfertheiner P. — Berlin, Heidelberg: Springer-Ferlag, 1990:15–25.

УДК [616.36-002.12:578.891]-06:616.61-07

Хронический гепатит В и риск повреждения почек

М.В. Маевская, И.Н. Тихонов, В.Т. Ивашкин

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава РФ

Chronic hepatitis B and risk of kidney involvement

M.V. Mayevskaya, I.N. Tikhonov, V.T. Ivashkin

State educational government-financed institution of higher professional education «Sechenov First Moscow state medical university», Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Цель обзора. Представить данные о причинах, патогенезе, клинических проявлениях и прогнозе поражения почек при хроническом гепатите В (ХГВ). **Основные положения.** Поражение почек при хроническом гепатите В можно рассматривать с нескольких позиций. В первую очередь, это ВГВ-ассоциированный гломерулонефрит, развивающийся как системное проявление инфекции и представленный, как правило, мембранозной нефропатией у детей и мезангиокапиллярным гломерулонефритом у взрослых, у 30% которых развивается хроническая почечная недостаточность (ХПН), а 10% требуется программный гемодиализ. Кроме того, поражение почек могут вызывать сами лекарственные средства, применяющиеся в лечении ХГВ, за счет прямой нефротоксичности таких препаратов, как адефовир или тенофовир, развития интерферон-индуцированного гломерулонефрита и др.

Известна связь с инфицированием вирусом гепатита В (ВГВ) узелкового периартериита – некротизирующего васкулита, ишемической нефропатии. Важное значение проблема ХГВ имеет и у лиц, находящихся на заместительной терапии – гемодиализе или после трансплантации почек. Большинству инфицированных пациентов из этой категории показано проведение противовирусной терапии, возможности которой, вместе с тем, ограничены исходно сниженной функцией почек, нефротоксичностью некоторых лекарственных препаратов или одновременным назначением иммуносупрессоров после трансплантации органов. При формировании

The aim of review. To present data on causes, pathogenesis, clinical manifestations and prognosis of renal disease at chronic hepatitis B (CHB). **Key points.** Renal disease at chronic hepatitis B can be assessed from several points of view. First of all, it is HBV-associated glomerulonephritis developed as systemic manifestation of infection and presented, as a rule, by membranous nephropathy in children and mesangiocapillary glomerulonephritis in adults, resulting in chronic renal failure (CRF) in 30% of cases, while program hemodialysis is required in 10% of patients. Moreover, renal disease may be caused by medications used for CHB treatment, e.g. direct nephrotoxicity of adefovir or tenofovir, alpha interferon-induced glomerulonephritis, etc.

Relation of HBV-infection to periarteritis nodosa - necrotizing vasculitis, ischemic nephropathy is known. Issue of CHB is important in patients who are undergoing substitution treatment: hemodialysis or post kidney transplantation. Antiviral therapy is indicated to the most of these patients which potential, at the same time, is limited by initially decreased renal function, nephrotoxicity of some drugs or simultaneous prescription of immunosuppressants after organ transplantation. At development of liver cirrhosis (LC) and its decompensation one more aspect of renal disease at CHB arises i.e. risk of hepatorenal syndrome (HRS) of the 1st or 2nd type that is a poor prognostic marker and requires individual therapeutic approach.

Conclusion. HBV-associated renal disease can develop as glomerulonephritis within systemic CHB

Тихонов Игорь Николаевич — врач-терапевт Клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко ПМГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава РФ. Контактная информация: antihbs@gmail.com; 119991, Москва, ул. Погодинская, д. 1, стр. 1. Клиника пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко ПМГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава РФ

Tikhonov Igor N. — physician of Vasilenko Clinic of internal diseases propedeutics, gastroenterology and hepatology, Sechenov First Moscow state medical university. Contact information: antihbs@gmail.com; 119991, Moscow, Pogodinskaya street, 1, bld. 1

