

Міністерство охорони здоров'я України
Харківський національний медичний університет
Навчально-науковий медичний комплекс «Університетська клініка» ХНМУ

**УНІВЕРСИТЕТСЬКА КЛІНІКА: ЗАХВОРЮВАННЯ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ З
ПОЗИЦІЙ ПОЛІПРОФІЛЬНОГО ПІДХОДУ**

Матеріали щорічної науково-практичної конференції з міжнародною участю

(м. Харків, 20 січня 2016 року)



Харків

2016

ЗМІСТ

Adeyemi I.M., Adeyemi A.A., Zazdravnov A.A. PRIMARY SCLEROSING CHOLANGITIS IN TROPICAL AFRICA: NIGERIAN AND TANZANIAN EXPERIENCE.....	4
Andrusha A.B. CHRONIC CHOLECYSTITIS AND GOUT - AN UNFAVORABLE TANDEM WITH DANGEROUS CONSEQUENCES ..	4
Anmalugsi Pius, Samoilova Hanna. CLASSIFICATION AND DIAGNOSTIC CRITERIA OF HEPATIC ENCEPHALOPATHY.....	6
Pasiyeshvili L.M. Pasiyeshvili N.M., Karpenko V.G. PATHOLOGY OF THE BILIARY TRACT IN PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS AND OBESITY.....	7
Ptushchenko N.Y. RISK OF INJURY HEPATOBILIARY SYSTEM IN PATIENTS WITH SUBCLINICAL AND CLINICAL HYPOTHYROIDISM IN CONJUNCTION WITH THE AUTOIMMUNE DESTRUCTION THYROID GLANDS.....	9
Shapkin V.E. APILAC USE IN HYPOTONIC BILIARY DYSKINESIA PATIENTS AT THE FAMILY DOCTOR PRACTICE.....	11
Suprun O.V. LICHEN PLANUS IS DERMATOLOGICAL EXTRAHEPATIC SYMPTOM OF CHRONIC HEPATITIS C.....	12
Zazdravnov A.A. USE OF DICLOFENAC SODIUM AND HEPATOTOXICITY.....	13
Аганцев А., Супрун Е.В. ВЛИЯНИЕ АНЕСТЕЗИИ ПРОПОФОЛОМ И СЕВОФЛУРАНОМ НА ФУНКЦИЮ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ЖИРОВЫМ ГЕПАТОЗОМ.....	15
Бобро В.В. ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ.....	17
Бобро Л.Н. К ВОПРОСУ О ПОВЫШЕНИИ АКТИВНОСТИ ГАММА-ГЛЮТАМИЛТРАНСФЕРАЗЫ.....	19

Бондаренко Е.Ю. ПЕРВИЧНЫЙ БИЛИАРНЫЙ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ: СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ЭТИОПАТОГЕНЕЗ И ДИАГНОСТИКУ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	21
Бондаренко Е.Ю., Бровко Т.П. ПЕРВИЧНЫЙ БИЛИАРНЫЙ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ: СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	23
Вьюн Т.И., Лазуткина Е.А. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, СОЧЕТАННОЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	26
Герасимов Б., Коростій В. КЛІНІЧНІ ТА ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМИ КЛІНІЧНИМИ ФОРМАМИ ЕПІЛЕПСІЇ.....	28
Гирін В.В. МЕДИКАМЕНТОЗНЕ УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ.....	30
Гіріна О.М., Пасієшвілі Л.М. ІШЕМІЧНА ХВОРОБА СЕРЦЯ ТА ПЕЧІНКА - ШЛЯХИ ВЗАЄМОДІЇ ТА ПРОТІДІЇ.....	32
Ермолаева М.В., Потапов Ю.А., Верзилов С.Н., Синяченко О.В., Синяченко Т.Ю., Пилипенко В.В. СОСТОЯНИЕ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА ПРИ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ПОДАГРОЙ.....	34
Ждан В.Н., Бабанина М.Ю., Шилкина Л.Н., Китура Е.М., Волченко Г.В., Ткаченко М.В. НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ.....	36
Ждан В. Н., Кирьян Е.А, Бабанина М.Ю., Шилкина Л.Н., Китура Е.М. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С КИШЕЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	38
Железнякова Н.М., Зелена І.І., Пасієшвілі Т.М., Супрун І.О. ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ У ХВОРИХ З КОМОРБІДНИМ ПЕРЕБІГОМ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ТА ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ.....	39

активностями аспаратаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы, но не с активностью щелочной фосфатазы. Появление у больных гипербилирубинемии сопровождается параллельным увеличением активностей КО и КД при снижении активности 5N. Существуют данные литературы, что ухудшение функции печени происходит при высоких показателях фосфорибозилпиридофосфата (предшественника пуринов) и активности пуриноклеотидфосфорилазы. Параметры урикемии (но не урикурии) влияют на активность лактатдегидрогеназ 4-го и 5-го типов, а содержание пуринассоциированных микроэлементов (Mo, Pb) достоверно определяет показатели сывороточного альбумина и протромбинового времени. С учетом выполненной статистической обработки данных исследования сделано заключение, имеющее определенную практическую направленность: прогноз негативными в отношении патологии печени при подагре являются показатели $OP > 150$ мкмоль/л + $UA_b > 500$ мкмоль/л. Представленные результаты диктуют необходимость разработки медицинской технологии лечения больных подагрой, одновременно направленной на коррекцию изменений пуринового обмена, профилактику и лечение печеночной патологии.

**Ждан В.Н., Бабанина М.Ю., Шилкина Л.Н., Китура Е.М.,
Волченко Г.В., Ткаченко М.В.**

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

**Высшее государственное учебное заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия», Полтава,
Украина**

Одной из наиболее актуальных проблем современной клинической медицины является проблема метаболического синдрома и заболеваний, ассоциированных с ним. Метаболическое поражение печени, среди которых наиболее значимыми являются неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) и алкогольная жировая болезнь печени (АЖБП), занимают в структуре хронических заболеваний печени более 51%. При НАЖБП печеночная летальность оказалась на третьем месте после сердечно-сосудистой и онкологической. В зависимости от тяжести поражения печени выделяют стеатоз, стеатогепатит, фиброз и цирроз печени. Показано, что у трети больных НАЖБП выявляются более трех критериев метаболического синдрома, а хотя бы один критерий имеется более чем у 90% таких больных. Современные подходы к лечению

НАЖБП направлены на устранение или ослабление провоцирующих факторов, ведущих к развитию и прогрессированию заболевания при проведении патогенетической терапии. В последнее время в литературе много внимания уделяется применению препаратов мельдония для лечения хронических диффузных заболеваний печени. Применение препаратов мельдония в комплексной терапии заболеваний печени способствует значительной регрессии воспалительно-деструктивных процессов в ткани печени, что выражается в снижении уровня активности ферментов; уменьшении признаков гепатомегалии по данным УЗИ; выраженному цитопротективному эффекту; уменьшению выраженности астено-вегетативного и абдоминально-болевого синдромов.

Цель исследования. Изучение клинической эффективности препаратов мельдония в комплексном лечении больных с неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ).

Нами обследовано 20 больных с НАСГ. Из них было 12 женщин и 8 мужчин, в возрасте от 35 до 68 лет. Больные были разделены на 2 группы: основная группа и группа сравнения по 10 больных в каждой группе. Диагноз заболевания печени был верифицирован анамнестическими, клинико-биохимическими исследованиями, проводилось УЗИ брюшной полости. Все пациенты основной группы в комплексном лечении получали препарат мельдония 500 мг в сутки во внутрь. Курс лечения 30 дней. В результате терапии у пациентов основной группы наступило клиническое улучшение в виде уменьшения и исчезновения проявлений астено-вегетативного и абдоминально-болевого синдромов на 10-15 дней раньше, чем у пациентов, которым мельдоний в комплексную терапию не включался. Среди пациентов основной группы уменьшилось количество больных с признаками гепатомегалии в 4 раза; снизилась активность воспалительного процесса в печени, что проявилось уменьшением энзимов отражающих активность цитолитического синдрома (АЛТ – в 3 раза, АСТ – в 2 раза).

Таким образом, включение препаратов мельдония в комплексное лечение НАЖБП приводит к клинико-лабораторному улучшению, замедляет прогрессирование заболевания.