

Критериями постановки диагноза «стеатоз» были: снижение денситометрических показателей ткани печени или ПЖ на 3–5 HU, полученные методом компьютерной томографии брюшной полости. Оценивали липидный профиль крови — показатели липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), очень низкой плотности (ЛПОНП) и высокой плотности (ЛПВП), а также индекс атерогенности. Определяли содержание общих липидов, общего холестерина (ХС) и триглицеридов в крови.

**Результаты.** Во всех группах больных установлено статистически значимое повышение содержания в крови общих липидов, ЛПНП, ЛПОНП по сравнению с группой сравнения. Показатель ЛПВП был достоверно снижен во всех группах больных.

Вычисленные индексы атерогенности указывали на существенный рост риска развития атеросклеротического поражения сосудов у больных во всех группах. Выявлена прямая сильная корреляционная связь между показателями содержания в крови инсулина и лептина, лептина и НОМА IR, лептина и ЛПНП ( $p < 0,05$ ). Наиболее значимыми маркерами и абсолютными факторами риска развития и прогрессирования СП и СПЖ, а также синдрома ИР является повышение показателей общих липидов крови, общего ХС крови, ЛПНП, триглицеридов и снижение ЛПВП.

**Выводы.** Исследуемые показатели в группе больных с избыточной массой тела и ожирением достоверно отличались от показателей в группе больных с нормальной массой тела.

Потапова Е. А., Харитонов Л. А.  
РНИМУ им. Н. И. Пирогова,  
Москва, Россия

### Динамика наблюдения за показателями углеводного и липидного обмена у детей с холестерином желчного пузыря и холелитиазом как профилактика метаболического синдрома у детей

**Цель исследования:** оптимизировать диагностику ЖКБ и ХЖП у детей путем изучения обменных нарушений в катамнезе.

**Материал и методы.** Обследован 61 ребенок с ХЖП и ожирением (SDS по ИМТ более 1,99, средний возраст  $(12,06 \pm 0,37)$  года), 52 ребенка с ЖКБ и ожирением (SDS по ИМТ более 1,87, средний возраст  $(13,06 \pm 0,39)$  года), контрольную группу составили 35 детей без ожирения в возрасте от 3 до 15 лет (SDS по ИМТ — 0,99, средний возраст  $(9,68 \pm 0,52)$  года). Всем детям проводились трансабдоминальное ультразвуковое исследование органов брюшной полости (ТАУЗИ), биохимическое исследование сыворотки крови с определением показателей углеводного и липидного обмена (глюкозы, инсулина, С-пептида, холестерина и его фракций: высокой, низкой, очень низкой плотности, триглицеридов). Для диагностики МС использовались критерии ВОЗ (1999). Статистическая обработка результатов проведена с использованием пакета STATISTIKA 5.5.

**Результаты.** Определено, что в I группе у 37 (60,6 %) детей имелись признаки

экзогенно-конституционального ожирения, у 24 (39,4 %) — гипоталамического ожирения. У 11 (18,0 %) больных определялась I степень, у 27 (44,3 %) — II, у 11 (18,0 %) — III, а у 12 (19,6 %) детей — IV степень ожирения. Признаки МС имелись у 39 (63,9 %) детей I группы и 21 (40,4 %) II группы. Значения глюкозы сыворотки крови натощак, инсулина, С-пептида и индекса инсулинорезистентности (НОМА) были также выше у детей I группы ( $145,57 \pm 96,79$ ;  $3,16 \pm 1,53$ ;  $4,85 \pm 2,81$  и  $25,54 \pm 24,43$ ;  $0,56 \pm 1,13$ ;  $1,40 \pm 0,67$  соответственно,  $p < 0,05$ ). Все дети с МС были подросткового возраста.

**Выводы.** У детей с ЖКБ и ХЖП, протекающих на фоне ожирения, с высокой частотой выявляются лабораторные и клинические признаки МС, что указывает на то, что корни последнего уходят в ранний детский возраст. Все это в совокупности приводит к необходимости динамического наблюдения за показателями холестерина и индекса НОМА от момента выявления первых изменений до 15 лет, что позволит выявлять МС на ранней (обратимой) стадии патологического процесса.

Розумбаева Л. П., Козлова И. В., Бакулев А. Л., Быкова А. П.  
Саратовский ГМУ им.  
В. И. Разумовского, Россия

### Клинические и инструментальные особенности гепатобилиарной системы при псориазе

**Цель исследования:** оценить частоту встречаемости изменений гепатобилиарной системы у больных с различными формами псориаза.

**Примененные методы:** биохимическое исследование крови, УЗИ, эластометрия, у части больных — дуоденальное зондирование с исследованием биохимического состава желчи.

В исследование включены 60 больных в возрасте 18–60 лет с распространенным псориазом в стадии прогрессирования, группу сравнения составили 30 пациентов с ограниченным вульгарным псориазом. Критерии исключения: заболевания печени алкогольной, вирусной и иммуногенной природы.

При биохимическом исследовании крови повышение показателей АСТ и АЛТ в основной группе отмечено у 63,3 % исследуемых, в группе

сравнения — у 20 %, изменения уровня холестерина и липопротеидов имели место в основной группе у 71,7 % исследуемых, в группе сравнения — у 36,7 %. Признаки микролитиаза при биохимическом исследовании состава желчи выявлены у 68,3 % в основной группе и у 26,7 % в группе сравнения. Признаки калькулезного холецистита при УЗИ органов брюшной полости обнаружены в основной группе у 56,7 % исследуемых, в группе сравнения — у 10 %. У 18 % исследуемых из основной группы не выявлено отклонений от нормы при использовании указанных методов обследования, в группе сравнения — у 59 %.

**Выводы.** Таким образом, выявляется корреляция между тяжестью кожных проявлений псориаза и выраженностью патологических изменений в гепатобилиарной системе.

Ройтберг Г. Е., Шархун О. О.  
Российский научно-исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Москва, Россия,  
e-mail:  
olga\_sharkhun@mail.ru

### Диагностические возможности мониторинга фиброза печени при неалкогольной жировой болезни печени

«Золотым стандартом» диагностики стадии фиброза неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) остается пункционная биопсия печени,

однако для динамической оценки состояния печени чрезвычайно важным является поиск надежных неинвазивных методов диагностики фиброза.

**Цель исследования:** провести сравнительную оценку выраженности фиброза печени при НАЖБП неинвазивными методами на основе изучения сыровоточных показателей фиброза, доплеровского исследования сосудов печени и результатов непрямой эластометрии печени.

**Материалы и методы.** Методом рандомизации была сформирована группа из 24 пациентов с признаками НАЖБП и стойким повышением уровня аминотрансфераз. Всем пациентам была выполнена пункционная биопсия печени и проведен сравнительный анализ результатов морфологического исследования ткани печени с показателями ультразвуковой эластометрии, доплерографии печеночных артерий и биохимических маркеров фиброза.

**Результаты и обсуждение.** Результаты эластометрии печени были сопоставимы с гистологической картиной во всех стадиях фиброза печени, однако

максимальная диагностическая точность наблюдалась на поздних стадиях фиброза. При расчете биохимических индексов фиброза и сопоставлении их с данными биопсии и эластометрии корреляция была с индексом вероятности фиброза (FPI). Максимальная диагностическая точность была получена при показателях FPI, соответствующих высокой вероятности наличия фиброза: чувствительность и специфичность индекса 92% и 94%. При анализе показателей печеночной гемодинамики была установлена корреляция между морфологической стадией фиброза печени и повышением индекса резистентности печеночной артерии с максимальным значением  $0,83 \pm 0,02$ .

**Заключение.** Таким образом, совместное использование различных методов неинвазивной диагностики фиброза печени позволяет получить клинически важную информацию о фиброгенезе печени при НАЖБП.

### Изменения иммунологического профиля (ИП) у больных с хроническим панкреатитом (ХП) после холецистэктомии (ХЭ)

**Цель исследования:** изучить ИП у больных с ХП после ХЭ.

**Материалы и методы.** Обследованы 36 больных с ХП после ХЭ. Больные были в возрасте от 27 до 65 лет, средний возраст составлял  $(40,1 \pm 7,7)$  года; мужчин было 12, женщин 24. ХЭ была проведена в среднем  $(4,8 \pm 2,3)$  года тому назад. Больным определяли уровни компонентов комплемента С3, С4 и концентрации иммуноглобулинов (Ig) А, М, G с помощью хромогенного анализа на аппарате Sysmex 500 и 560 (Япония), используя реактивы фирмы Siemens.

**Результаты.** У больных показатели С3 были ниже нормы и составляли  $(0,85 \pm 0,04)$  г/л при норме  $(1,40 \pm 0,07)$  г/л. Изменения ИП у больных с ХП после ХЭ отобразились также на спектрах Ig. Наблюдали увеличение уровня IgA до  $(12,4 \pm 1,0)$  г/л при норме  $(2,11 \pm 0,14)$  г/л как ответ иммунной системы (ИС) на ферментативную интоксикацию организма

у больных с ХП после ХЭ. Также зарегистрировали увеличение уровня IgG до  $(24,1 \pm 1,0)$  г/л (норма  $(11,82 \pm 0,23)$  г/л) в результате выраженных воспалительных изменений в поджелудочной железе (ПЖ). При этом наблюдали нормальные уровни IgM —  $(47,1 \pm 0,4)$  г/л.

Полученные результаты свидетельствуют о нарушении в функционировании ИС у больных с ХП после ХЭ. Увеличение уровней IgA, IgG является доказательством активизации ИС организма, а именно, его гуморального звена, что можно расценивать как возможный механизм формирования ХП после ХЭ. Проведенные исследования указывают на несомненную роль ИС в формировании ХП у больных после ХЭ.

**Выводы.** У больных с ХП после ХЭ наблюдается активация гуморального звена ИС, что, в свою очередь, способствует прогрессированию хронического воспалительного поражения ПЖ.

Русин В. И., Сирчак Е. С., Курчак Н. Ю.  
Ужгородский национальный университет (медицинский ф-т), Украина;  
e-mail: szircsak\_heni@bigmir.net

### Опыт применения транзитной эластографии печени у детей с гликогеновой болезнью

**Цель исследования:** оценка диагностической значимости транзитной эластографии (ТЭП) у детей с гликогеновой болезнью (ГБ) в определении стадийности фиброза печени.

**Пациенты и методы.** За период 2010–2013 гг. обследованы 26 детей с ГБ, из них 9 детей — с I типом, 3 — с III, 14 — с VI/IX типом заболевания. Всем пациентам проводилась ТЭП на аппарате FibroScan® 502 с применением датчиков в зависимости от окружности грудной клетки (ОГК): S+ (1,2) и M. Датчик S1 с частотой 5 МГц использовался у пациентов, имевших ОГК менее 45 см, S2 с частотой 5 МГц — при ОГК от 45 до 75 см, M с частотой 3,5 МГц — при ОГК более 75 см. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета прикладных программ «Statistica» (StatSoft Inc. США, версия 6.0).

**Результаты.** По данным ТЭП у 14 (53,8%) из 26 детей с ГБ была диагностирована стадия F0 по

шкале METAVIR. Остальные 11 (46,2%) пациентов имели фибротические изменения печеночной паренхимы (колебания медианы составили от 6,1 до 18,6 кПа), а именно: у 7 (26,9%) детей — слабый фиброз (стадия F1), у 2 (7,8%) — умеренный фиброз (стадия F2), у 3 (11,5%) — цирроз печени (стадия F4). При этом у 9 (56,3%) из 16 пациентов с ГБ с медианой F0 выявлялись отдельные очаги со значениями от 6,3 до 69,1 кПа.

**Выводы.** ТЭП является информативным, неинвазивным, безопасным, безболезненным методом диагностики различных стадий фиброза печени у детей с ГБ. У 46,2% детей с ГБ формируются фибротические изменения паренхимы печени различной степени выраженности, при этом в 11,5% случаев имеет место цирроз печени. ТЭП позволяет выявить пациентов из группы риска по формированию диффузного печеночного фиброза.

Сурков А. Н., Намазова-Баранова Л. С., Потапов А. С.  
Научный центр здоровья детей РАМН, Москва, Россия

### Профилактика желчного камнеобразования при жировом гепатозе

**Цель исследования:** оценка эффективности занятий в школе здоровья у пациентов с жировым гепатозом.

**Материалы и методы.** В группу исследования вошли 64 пациента с жировым гепатозом. Мужчин

было 40 человек, женщин — 24. Для верификации диагноза «жировой гепатоз» помимо клинических данных были использованы результаты ультразвукографического исследования, показатели

Сучкова Е. В., Хохлачева Н. А., Вахрушев Я. М., Циренщикова Н. А.  
Ижевская ГМА, Россия