

Гастроентерологія

Гепатологія

Колопроктологія



№ 2 (52)
травень 2019 р.
15 000 примірників*
Передплатний індекс 37635



Член-кореспондент
НАМН України
Наталія Харченко

**XXI Національна школа
гастроентерологів,
гепатологів України:
знакова подія
для вітчизняної медицини**

Читайте на сторінці **6**



Доктор медицинских наук,
профессор
Татьяна Звягинцева

**Новые механизмы
развития неалкогольной
жировой болезни
печени и стратегия
патогенетической терапии**

Читайте на сторінці **3**



Доктор медичних наук,
професор
Марина Щербиніна

**Холестатичне
пошкодження печінки:
сучасне поняття,
лабораторні маркери
та їх клінічне значення**

Читайте на сторінці **12**



Доктор медичних наук,
професор
Лілія Бабінець

**Порівняльний аналіз
еластографічних показників
підшлункової залози та печінки
при хронічному біліарному
панкреатиті у коморбідності
з ожирінням**

Читайте на сторінці **24**



Кандидат медичних наук
Інна Кушнір

**Наслідки холецистектомії
та принципи їх корекції
й профілактики**

Читайте на сторінці **40**

ГЕПАРИЗИН®

ГЕПАТОПРОТЕКТОР

**З ПЕРЕВАЖНОЮ ПРОТИЗАПАЛЬНОЮ
ТА АНТИФІБРОТИЧНОЮ ДІЄЮ**

В 2 РАЗИ БІЛЬШЕ АКТИВНИХ РЕЧОВИН!
НОВА
ФОРМА
ВИПУСКУ



СКОРОЧЕНА ІНФОРМАЦІЯ ПРО МЕДИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ

ГЕПАРИЗИН® (HEPARIZINE®) розчин для ін'єкцій в ампулах №10
Склад: діючі речовини: 1 ампула містить: моноамонію гліциризинату еквівалентно гліциризину 40 мг, гліцину 400 мг, L-цистеїну гідрохлориду 20 мг; допоміжні речовини: натрію сульфат безводний, натрію хлорид, вода для ін'єкцій, аміаку розчин концентрований.
Показання. Поліпшення порушеної функції печінки при хронічних захворюваннях печінки.
Протипоказання. Підвищена чутливість до компонентів лікарського засобу. Препарат протипоказаний хворим з альдостеронізмом, міопатією або гіпокаліємією (снує ймовірність загострення гіпокаліємії, гіпертонії).
Спосіб застосування та дози. 40-60 мл препарату вводити шляхом внутрішньовенної ін'єкції або інфузії один раз на день; лікар може корегувати дозу залежно від віку пацієнта і симптомів захворювання. Максимальна добова доза не повинна перевищувати 100 мл.
Побічні реакції. Псевдоальдостеронізм (частота невідома). Анафілактичні реакції. Гліцин і цистеїну гідрохлорид, що входять до складу препарату, можуть пригнічувати або зменшувати прояви псевдоальдостеронізму, викликаного метаболічними порушеннями електролітного обміну при тривалому використанні гліциризину.
Упаковка. По 20 мл розчину для ін'єкцій в ампулі, по 10 ампул у картонній паці.
Категорія відпуску. За рецептом. Код АТХ А05В А. Рл. UA/15589/01/01
Виробник: ТОВ «Бейцзін Кевін Технолоджі Шейр-Холдінг Ко.»/Beijing Kawin Technology Share-Holding Co., Ltd.

ГЕПАРИЗИН® ФОРТЕ (HEPARIZINE® FORTE) капсули №30

Склад: 1 капсула містить: основні речовини: гліциризин – 50 мг; гліцин – 50 мг; DL-метіонін – 50 мг; допоміжні речовини: наповнювачі: карбонат кальцію, лактоза моногідрат, мікрокристалічна целюлоза, крохмаль картопляний, ковзна речовина: тальк, розпушу-

вач: магнію стеарат, зв'язуюча речовина: полівінілпіролідон.

Рекомендації щодо застосування: за рекомендацією лікаря як додаткове джерело незамінної сірчавмісної амінокислоти – метіоніну та природних біологічно активних компонентів: гліцину-замінної амінокислоти, що стимулює утворення глікогену печінкою, регулює обмін речовин, має антиоксидантні, антикоксидантні, детоксифікуючі і гепатопротекторні властивості та гліциризину (кальєва та кальєва сіль гліциризинової кислоти), структурна схожість якого зі стероїдними гормонами обумовлює його біологічну активність (противірусні, протизапальні, антиалергічні, імуномодуючі властивості) з метою: покращення функціонального стану печінки та профілактики ускладнень при хронічних гепатитах, у т.ч. вірусного походження; ефективного антивірусного захисту від проникнення вірусів; підвищення розумової працездатності; поліпшення функціонального стану шкіри та створення оптимальних умов функціонування організму при дерматиті та екземі. Не є лікарським засобом.

Спосіб застосування та рекомендована добова доза: вживати дорослим по 1 капсулі 3 рази на добу після прийому їжі, запивати питною водою.

Протипоказання: підвищена чутливість до будь-якого з компонентів, гострі вірусні гепатити, артеріальна гіпертензія, вагітність та період лактації.

Виробник: ТОВ «ВАЛАРТИН ФАРМА», Україна, 08135, Київська область, Києво-Святошинський р-н, с.Чайки, вул. Грушевського, 60.

Інформація надана в скороченні: повний текст див. в інструкції для медичного застосування. Інформація призначена для медичних закладів та лікарів для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Інформація не є рекламою для споживачів.



З М І С Т

МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПРОБЛЕМИ

- О диагностике мезентериального паникулита**
А.Н. Беловол, И.И. Князькова, А.И. Корчевская20
- Сучасні погляди на проблеми неправильного харчування та перспективи їх вирішення**
Н.В. Молочек, Т.М. Фалалєєва, О.І. Цирюк32-33

ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ

- XXI Національна школа гастроентерологів, гепатологів України: знакова подія для вітчизняної медицини**
Н.В. Харченко6-7
- ЕССО 2019: що нового у вивченні запальних захворювань кишечника?**9-11
- Пробіотик *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 у практиці гастроентеролога**
Ю.М. Степанов, І.М. Скрипник16-17
- Минуле та сьогодні:**
висновки експертів Міланського симпозиуму-201825
- Ефективність декслансопразолу у лікуванні пацієнтів з ерозивним езофагітом**
D. Gremse, B.D. Gold, B. Pilmer та ін.29-30
- Лікування синдрому подразненого кишечника з позицій доказової медицини**
Г.А. Анохіна, Ф. Гуарнер31
- Дуоденогастральный рефлюкс: современный взгляд на старую проблему**
С.М. Ткач, Ю.Г. Кузенко34-35

ГЕПАТОЛОГІЯ

- Новые механизмы развития неалкогольной жировой болезни печени и стратегия патогенетической терапии**
Т.Д. Звягинцева, А.И. Чернобай3-5
- Холестатичне пошкодження печінки: сучасне поняття, лабораторні маркери та їх клінічне значення**
М.Б. Щербиніна, В.М. Гладун12-13
- Возможности адемтениона в лечении хронических болезней печени**
Ю.М. Степанов, И.А. Зайцев14
- Алкогольные поражения органов пищеварительной системы: мнение экспертов UEG и практические возможности**
Е.Ю. Губская19
- Гендерні особливості перебігу й терапії неалкогольної жирової хвороби печінки**
Г.А. Анохіна21
- Сучасний погляд на курацію пацієнтів зі змішаними аутоімунними хворобами печінки**
К.О. Просоленко, А.М. Черняк, К.А. Лапшина26-27
- Клініко-біохімічне обґрунтування ентеросорбційної терапії при хронічних токсичних захворюваннях печінки**
Н.В. Харченко, Г.А. Анохіна, В.В. Харченко36-37
- Наслідки холецистектомії та принципи їх корекції й профілактики**
І.Е. Кушнір40-42

ПАНКРЕАТОЛОГІЯ

- Доказательная панкреатология-2018: современный взгляд на терминологию, патогенез и ведение больных**
Н.Б. Губергриц23
- Порівняльний аналіз еластографічних показників підшлункової залози та печінки при хронічному біліарному панкреатиті у коморбідності з ожирінням**
Л.С. Бабінець, К.Ю. Кицай24

АНОНС



ВГО «УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ»
за підтримки
Міністерства охорони здоров'я України
Національної медичної академії післядипломної освіти
імені П.А. Шупика

Науково-практична конференція з міжнародною участю «ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА В РАКУРСІ СВІТОВИХ ПРАКТИК»

(присвячена 20-річчю членства УАСМ у Всесвітній асоціації сімейної медицини – WONCA)

6-7 червня, м. Київ

Місце проведення: вул. Хрещатик, 2, «Український дім», Червона зала (Європейська площа, ст. м. Майдан Незалежності).

Початок о 09.30.

У програмі заплановано проведення презентацій, майстер-класів, воркшопів за участю вітчизняних та зарубіжних експертів з Великої Британії, Мальти, Чехії, Чорногорії, Нігерії.

Під час роботи конференції працюватиме виставка медичних засобів і лікарських препаратів.



Організаційний комітет:
Матюха Лариса Федорівна – голова організаційного комітету з підготовки конференції,
e-mail: mlarysa@gmail.com
Петренко Оксана Вікторівна – реєстрація, формування списку учасників,
тел.: (068)505-90-79,
e-mail: ok_18@ukr.net

АНОНС

Міністерство охорони здоров'я України
Українська медична стоматологічна академія

Науково-практична конференція,
присвячена 100-річчю від дня народження засновника кафедри
факультетської терапії Максима Андрійовича Дудченка

Від наукових концепцій у терапії до конкретного пацієнта

29 серпня, м. Полтава

Наукова програма передбачає обговорення широкого кола питань з епідеміології, патогенезу, сучасних методів діагностики, лікування та профілактики захворювань внутрішніх органів.

Форми участі в конференції

1. Усна доповідь і публікація наукової статті.
2. Публікація наукової статті.

Для участі в роботі конференції необхідно до **20 червня** подати заявку на доповідь і статтю для публікації.

Контактні особи

І.М. Скрипник, тел.: (050) 597-49-08; e-mail: inskrypnyk@gmail.com
О.М. Проніна, тел.: (0532) 60-96-12, 60-95-84, (050) 668-68-51;
e-mail: visnik.umsa@ukr.net (публікація статей)

А.Н. Беловол, д. мед. н., профессор, академик НАМН України, **И.И. Князькова**, д. мед. н., профессор, **А.И. Корчевская**, кафедра клинической фармакологии и внутренней медицины, Харьковский национальный медицинский университет

О диагностике мезентериального паникулита

Мезентериальный паникулит является относительно редкой патологией, характеризующейся идиопатическим локальным хроническим воспалением жировой ткани, преимущественно поражающим брыжейку тонкой кишки [1]. Впервые заболевание описано в 1924 г. V. Jürga как убирающийся мезентерит, а в 1960-х годах W. Odgen охарактеризовал это состояние как мезентериальный паникулит. Впоследствии были предложены такие термины, как мезентерит, брыжеечная липодистрофия, брыжеечный склероз, брыжеечный паникулит Вебера – Крисчена, липосклеротический мезентерит, липогранулематоз брыжейки [2]. В дальнейшем было установлено, что в зависимости от патоморфологических воспалительных изменений в брыжейке выделяют два варианта одного заболевания: мезентериальный паникулит, при котором воспаление и некроз жировых клеток преобладают над фиброзом, и склерозирующий мезентерит, характеризующийся фиброзом [3].

Эпидемиология. Распространенность мезентериального паникулита составляет от 0,6 до 2,4% [4]. Причем данные о распространенности варьируются от меньших значений 0,16-0,18% [1] до более высоких – 2,4-7,8% [5]. Заболевание чаще встречается у мужчин, чем у женщин (2-3:1), в возрастной группе старше 50 лет [1].

Этиология заболевания неизвестна.

Патоморфология. Согласно гистологическим изменениям при мезентериальном паникулите, выделяют 3 стадии заболевания [6]. I – мезентериальная липодистрофия, при которой слой пенящихся макрофагов заменяет жировую ткань брыжейки. Признаки острого воспаления минимальны или отсутствуют, клинических симптомов нет и прогноз благоприятный. II стадия – мезентериальный паникулит. На этом этапе выявляется инфильтрат, который состоит из плазматических клеток и полиморфно-ядерных лейкоцитов, а также большого количества нагруженных липидами макрофагов, находящихся среди жировых клеток. Наиболее распространенные симптомы: повышение температуры, абдоминальная боль и общая слабость. Последняя стадия – склерозирующий мезентерит. Для нее характерны отложение коллагена, фиброз и воспаление. Из-за отложения коллагена образуются рубцы, происходит ретракция брыжейки, что, в свою очередь, приводит к появлению симптомов обструкции. Диагноз выставляется при выявлении одной из трех основных патологических особенностей: фиброза, хронического воспаления или жировой инфильтрации брыжейки. В большинстве случаев в разной степени присутствуют все три компонента [1].

Общепринятая классификация паникулита не разработана.

Клинические проявления. В большинстве случаев мезентериальный паникулит протекает бессимптомно. Иногда присутствуют неспецифические симптомы патологии желудочно-кишечного тракта: абдоминальная боль, снижение аппетита, тошнота, метеоризм, потеря массы тела, запор или диарея, пальпируемое образование в брюшной полости, реже – кровотечения из прямой кишки, кишечная непроходимость, повышение температуры тела, общая слабость [1]. Кроме того, эти симптомы могут быть такими же, как симптомы сопутствующего заболевания. В клинических исследованиях зарегистрированы артериальная гипертензия, сахарный диабет, ревматические заболевания и злокачественные новообразования (грудной железы, лимфома, опухоли брюшной полости, таза и др.) с соответствующей симптоматикой [2, 4].

Анамнез заболевания. Симптоматика может манифестировать после травмы, операции, инфекции и т.п. Отмечено, что прогрессирование клинической симптоматики составляет от 2 недель до 16 лет [1].

Рассмотрим клинический случай пациента с мезентериальным паникулитом.

Клинический случай

Больной С., 60 лет, обратился к ревматологу амбулаторно с жалобами на повышение температуры тела до 37,1-37,3°C, боль ноющего характера в эпигастральной области, усиливающуюся в ночное время суток, снижение массы тела на 15 кг за 4 месяца, отсутствие аппетита, быструю утомляемость, общую слабость.

Из анамнеза известно, что в течение 4 месяцев впервые появилась боль в эпигастральной области, пропал аппетит. Амбулаторно проходил лечение у гастроэнтеролога. Выполнена эзофагогастродуоденоскопия: выявлены признаки эритематозной гастропатии, *Helicobacter pylori* (–). Проведено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости (ОБП), колоноскопия. Патологических изменений не выявлено. Лечение эффекта не дало: боль в эпигастральной области сохранялась, аппетит отсутствовал, появилась субфебрильная температура, отмечалась потеря массы тела. Больной самостоятельно начал принимать нимесулид, который купировал боль в эпигастральной области. При компьютерной томографии (КТ) ОБП и малого таза выявлены признаки мезентериального паникулита, после чего пациент обратился к ревматологу.

Анамнез жизни. Из перенесенных ранее заболеваний – простудные, детские инфекционные. С 2006 г. отмечается повышение артериального давления, по поводу чего пациент наблюдается у кардиолога по месту жительства. Длительное время принимает рамиприл, небиволон. В 2018 г. выявлен сахарный диабет 2 типа, в связи с чем наблюдается у эндокринолога (максимальный уровень сахара в крови 6,5 ммоль/л). Соблюдает диету, гипогликемические препараты не принимает.

Туберкулез, болезнь Боткина, аллергические реакции отрицает.

Данные объективного исследования. Общее состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37° С. Правильного телосложения. Индекс массы тела 24,9 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, без сыпи. Щитовидная железа не увеличена. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Грудные железы без уплотнений. Костно-суставная система без патологии. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота дыхательных движений 18/мин. Границы относительно сердечной тупости расширены на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Деятельность сердца ритмичная, ослаблен I тон на верхушке. Частота сердечных сокращений (ЧСС) 74 уд./мин. АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Печень – у края реберной дуги по правой среднеключичной линии. Селезенка не увеличена. Дефекация и диурез в норме. Пульсация на периферических сосудах удовлетворительная. Периферических отеков нет.

Данные дополнительных методов исследования. В крови: эритроциты $5,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 168 г/л, гематокрит 47,7, тромбоциты $246 \times 10^9/л$, лейкоциты $7,19 \times 10^9/г$, эозинофилы 3,5%, палочкоядерные 3%, сегментоядерные 55%, базофилы 0,5%, лимфоциты 26%, моноциты 12%, СОЭ 7 мм/ч, глюкоза 6,45 ммоль/л, С-реактивный белок 1,55 мг/мл, мочевина 7,6 ммоль/л, креатинин 0,083 ммоль/л, мочевая кислота 206 ммоль/л, амилаза 48 ЕД/л, общий билирубин 12,7 ммоль/л, билирубин прямой 4,2 ммоль/л, общий белок 68 г/л, аспартатаминотрансфераза 40 ЕД/л, аланинаминотрансфераза 31 ЕД/л, общий холестерин 5,2 ммоль/л. Антиядерные антитела: отрицательный результат (менее 1:100).

Моча: цвет светло-желтый, удельный вес 1010, мутность слабая, белок, глюкоза, ацетон не выявлены, лейкоциты 2-4 в поле зрения, эритроциты и соли не обнаружены, умеренное количество слизи.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС 78 уд./мин, признаки гипертрофии левого желудочка.

ЭхоКГ: признаки атеросклероза аорты, гипертрофия миокарда левого желудочка. Фракция выброса 56%.

Мультиспиральная КТ ОБП и малого таза: при КТ брюшной полости, забрюшинного пространства и таза, проведенной в спиральном режиме шагом 1 мм, определяется участок уплотнения жировой клетчатки, муфтообразно обхватывающий чревный ствол и частично верхнюю брыжеечную артерию, без признаков сужения просветов, ориентировочными размерами 36×16 мм, с нечеткими контурами. На этом уровне визуализируется единичный чревный лимфоузел размером 17×9 мм. Желудок достаточно растянут жидкостью, без признаков патологического утолщения стенок. Петли тонкой кишки визуализируются в спавшемся состоянии, окружающая жировая клетчатка не изменена. Толстая кишка раздута газом, стенки петель не утолщены, параколитическая жировая клетчатка не изменена. Печень обычных размеров, структура ее однородная. Внутрипеченочные протоки не расширены. Очаговых образований в печени не выявлено. Желчный пузырь в размерах не увеличен, содержимое его однородно. Рентгеноположительные конкременты не определяются, стенки желчного пузыря не изменены. Холедох не расширен. Воротная вена не расширена. Лимфоузлы области ворот печени не увеличены. Поджелудочная железа не увеличена, головка 26 мм, тело 10 мм, хвост 8 мм. Структура железы однородная, паренхима на уровне тела и хвоста атрофична. Проток поджелудочной железы не расширен. Паранепочечная клетчатка не изменена. Область фатерова соска без особенностей. Селезенка не увеличена, структура ее однородна, плотность обычная. Надпочечники типично расположены, однородной структуры. Почки типично расположены, обычных размеров и формы. Паренхима почек не истончена. Кортико-медуллярная дифференциация паренхимы сохранена, контрастирование ее без особенностей. Полая система почек не расширена. Брюшная аорта и подвздошные артерии атеросклеротически изменены. Забрюшинные лимфоузлы не увеличены. Предстательная железа размерами 36×44 мм, структура ее однородная, плотность обычная. Окружающая клетчатка не изменена. Семенные пузырьки без особенностей. Мочевой пузырь обычных размеров и формы, рентгеноположительные конкременты



А.Н. Беловол



И.И. Князькова

в просвете не определяются. Стенки мочевого пузыря не утолщены, окружающая клетчатка не изменена. Лимфоузлы таза, паховые лимфоузлы не увеличены. Заключение: КТ-признаки мезентериального паникулита.

С учетом перечисленных данных был поставлен клинический диагноз: мезентериальный паникулит, активность I степени, подострое течение.

Назначено: метилпреднизолон 8 мг/сут, пантопразол 40 мг/сут, продолжить прием антигипертензивных препаратов. Рекомендовано наблюдение у ревматолога, эндокринолога и кардиолога по месту жительства.

На фоне проводимой терапии через 2 месяца нормализовалась температура, улучшился аппетит, слабость стала менее выраженной. Боли в эпигастральной области нет.

Диагностика мезентериального паникулита. Лабораторные показатели обычно находятся в пределах нормы. В клинических исследованиях сообщается об анемии, незначительном увеличении количества лейкоцитов, скорости оседания эритроцитов, уровня С-реактивного белка [1, 4].

Методы визуализации играют важную роль в диагностике мезентериального паникулита. В то же время рентгенография органов брюшной полости не имеет диагностической ценности. Правильно диагностировать мезентериальный паникулит помогают УЗИ и КТ ОБП [8].

УЗИ ОБП позволяет отличить неизмененный брыжеечный жир от воспаленного; последний характеризуется гомогенной эхогенностью [9]. Возможно выявление дополнительных образований (без четких границ) различных размеров со структурой, напоминающей уплотненную жировую ткань. Брыжейка тонкой кишки гипертрофирована, в ее толще наблюдаются увеличенные лимфатические узлы и расширенные сосуды [9].

Часто мезентериальный паникулит выявляется во время компьютерной или магнитно-резонансной томографии при обследовании ОБП по другим причинам. Более того, для диагностики мезентериального паникулита достаточно наличие результатов КТ брюшной полости благодаря высокой специфичности этого метода [2].

КТ-картина отражает главные патологические компоненты: воспаление, жировой некроз или фиброз. Воспалительный компонент проявляется повышением плотности брыжейки, жировой пролиферацией и маленькими узлами [8]. Среди наиболее часто выявляемых КТ-признаков мезентериального паникулита следует отметить следующие [8]:

- повышение плотности жировой ткани брыжейки (симптом мутной брыжейки);
- мягкотканное образование в корне брыжейки;
- признак жирового кольца, основанный на сохранении нормальных денситометрических величин жира рядом с брыжеечными сосудами;
- увеличенные лимфатические узлы в брыжейке;
- псевдокапсула, представляющая собой слой мягкой ткани, который отделяет непораженную брыжейку от воспаленного жира.

В заключение необходимо подчеркнуть, что мезентериальный паникулит представляет собой мультидисциплинарную проблему и может встречаться в практике клиницистов разных специальностей (терапевтов, гастроэнтерологов, ревматологов, хирургов, гинекологов, инфекционистов и др.). Многообразие клинических проявлений означает, что для дифференциальной диагностики необходимо учитывать большое количество заболеваний. Это, в свою очередь, требует тщательного опроса и всестороннего клинико-лабораторного и инструментального обследования пациента для верификации диагноза и своевременного назначения адекватной терапии.

Список литературы находится в редакции.