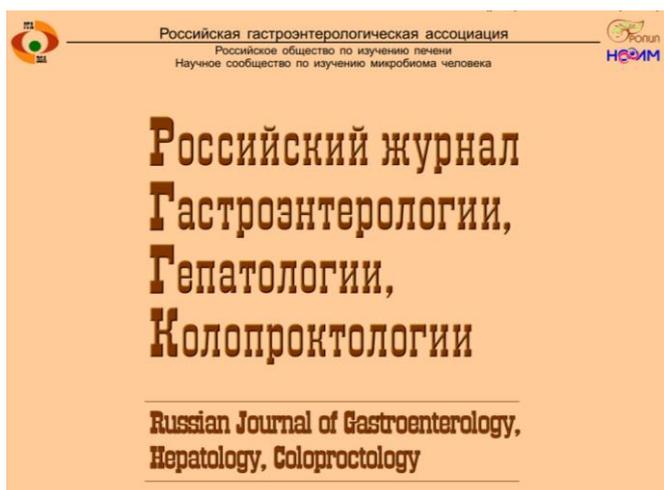




**МАТЕРИАЛЫ  
XXIX ЕЖЕГОДНОГО  
МЕЖДУНАРОДНОГО  
КОНГРЕССА  
«ГЕПАТОЛОГИЯ  
СЕГОДНЯ»**



**ПРИЛОЖЕНИЕ № 65  
АВТОРСКАЯ РЕДАКЦИЯ**

**21-22 марта 2025г.,  
Москва, Россия**



## СОДЕРЖАНИЕ

АЛКОГОЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕН	3
АУТОИММУННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ	5
ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ	8
МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ (НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ)	11
ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ, ПЕЧЕНОЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ	17
ХОЛЕСТАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ	21
ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ	24
ОРФАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ	31
ПРОЧИЕ	34
СПИСОК АВТОРОВ	38

# 1. АЛКОГОЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ



# РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ АЛКОГОЛЬ-МЕТАБОЛИЗИРУЮЩИХ ФЕРМЕНТОВ У БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Гейвандова Н.И., Больбат Г.К., Гарашко А.Ю., Ягода А.В.

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»,  
Ставрополь, Россия

Алкогольная болезнь печени (АБП) является одной из основных причин хронических заболеваний печени, ведущих к формированию цирроза печени (ЦП) и летальным исходам. Темпы прогрессирования АБП различны, важную роль играет генетическая детерминированность.

**Цель исследования:** определить распространенность генетических полиморфизмов Arg47His в гене ADH1B, Glu504Lys в гене ALDH2 и G-1293C (c1/c2) в гене CYP2E1 у больных с АБП.

**Материал и методы.** Обследовано 97 пациентов в возрасте 48,5±9,9 лет (67 мужчин и 30 женщин), находящихся на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении Ставропольской краевой клинической больницы. Стеатоз печени диагностировали у 12 пациентов, алкогольный гепатит (АГ) у 11, цирроз печени у 74 больных. 16 больных с АГ на фоне ЦП и 11 чел. с АГ без ЦП рассматривались совместной группой (27 чел.). Генетические полиморфизмы определяли методом ПЦР-анализа «SNP-ЭКСПРЕСС» с помощью набора реагентов «Литех» (Россия).

**Результаты.** У пациентов с АБП распространенность отдельных генотипов ADH1B не отличалась от здоровых лиц, однако в группе ЦП гетерозиготный генотип \*1/\*2 встречался чаще (29%), чем у больных с АГ (8%), а аллель \*2 при ЦП наблюдался чаще (15%), чем в группе контроля (7%). Не найдено мутаций гена ALDH2 у больных АБП. У пациентов с АБП гетерозиготный генотип c1/c2 в гене CYP2E1 и аллель c2 чаще встречались в группе больных АБП, чем у здоровых (16% и 8% vs 7% и 3%). При АГ генотип c1/c и аллель c2 наблюдали наиболее часто (22% и 12%). Сочетание генотипов ADH1B (\*1/\*2) и CYP2E1 (c1/c2) было отмечено только у 4 больных с ЦП.

**Заключение.** Генетические полиморфизмы алкоголь-метаболизирующих ферментов наблюдаются у больных с тяжелыми вариантами АБП. При алкогольном ЦП генотип ALDH2 \*1/\*2 отмечается чаще, чем при АГ, а аллель \*2 встречается чаще, чем в группе контроля. Больные с АБП демонстрируют наличие генотипа c1/c2 гена CYP2E1 и аллеля c2 в большей степени, чем здоровые, с максимальными долями у пациентов с АГ.

## ЗНАЧИМОСТЬ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ ДОЛГОВРЕМЕННОЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ АЛКОГОЛЬНЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ (ДАЦП)

Попов А.В., Мазурчик Н.В., Кислый Н.Д.

РФ. г. Москва, Российский университет дружбы народов

Актуальность: среди факторов выживаемости пациентов с дАЦП обычно называют возраст, тяжесть поражения печени, коморбидность. Ключевым фактором долговременной выживаемости является способность пациента отказаться от алкоголя. В ряде работ по алкогольной зависимости показано, что на возможность отказа от алкоголя влияет ряд социальных факторов.

**Материалы и методы:** В ретроспективное и проспективное исследование включено 60 человек, наблюдаемых с диагнозом дАЦП в Центре изучения печени МЦ РУДН. Всем пациентам проводилось анкетирование (AUDIT, AUDIT-C, CAGE, Уровень реабилитационного потенциала, оценка уровня социальной адаптации), стандартные лабораторно-инструментальные тесты, включая эластометрию печени. Тяжесть болезни оценивалась и рассчитывалась по Чайлду-Пью-Таркотту, MELD. Выживаемость была посчитана по методу метод Каплана –Мейера с использованием статистической программы «SPSS».

**Результаты:** средняя длительность наблюдения составила 26,00 [0-176] месяцев. Медиана возраста больных 54,50 [28-73] лет, из них 38 (63,3%) мужчин и 22 (36,67%) женщин. За период наблюдения умерло 15 (25%) человек.

В соответствии с опросниками были разделены на пациентов с высоким и хорошим уровнем социальной адаптации.

Группа с высоким уровнем социальной адаптации (ВУА) составила 33 человека, группа с хорошим уровнем социальной адаптации (ХУА) составила 27 человек. Среди наблюдавшихся пациентов не было пациентов с удовлетворительным и низким уровнем социальной адаптации

Группы были сопоставимы по MELD (14,7 и 16,1,  $p < 0.005$ ) и Чайлду-Пью-Таркотту (9 и 10,  $p < 0.005$ ), В группе с ВУА медиана выживаемости составила 20,00 мес [0-176], в группе с ХУА- 27,00 мес [1-

156]

## 2. АУТОИММУННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ



## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА–КОНОВАЛОВА

Маммаев С.Н., Заглиева С.С., Ибрагимова Х.И.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г.Махачкала, Россия, ГБУ РД «РКБ», им. А.В. Вишневого, г.Махачкала, Россия

Описан клинический случай пациента с циррозом печени (ЦП) в исходе болезни Вильсона – Коновалова (БВК) с поражением центральной нервной системы (ЦНС)

**Клиническая картина:** шаткость при ходьбе, затрудненное жевание, выговаривание слов, поперхивание, гиперсаливация.

**Материал и методы исследования.** Диагноз установлен на основании анамнестических данных (у сестры подтвержден диагноз «Гепатолентикулярная дегенерация», которая умерла от данного заболевания), неврологического статуса, биохимического (содержание меди и цинка в крови и моче), полимеразно-цепной реакции (мутация гена АТР7В в 14-м экзоне His1069Gln), фиброзластометрии, морфологического, иммуногистохимического исследования биопсийного материала печени (содержание меди в ткани печени).

**Результаты.** Целью диагностических мероприятий должно быть не только установление заболевания у пациента, но и выявление бессимптомного гомозиготного носительства патологического гена с целью раннего назначения лечения.

У пациента диагностическим маркерам БВК относятся снижение содержания меди и церулоплазмينا в сыворотке крови, повышение суточной экскреции меди с мочой, исследование содержания меди в биоптатах печени.

У больного выявлена наиболее часто регистрируемая мутация в 14-м экзоне His1069Gln, которая обнаруживается у 48 % пациентов. Препаратом выбора и «золотым стандартом» в лечении БВК является D-пеницилламин, Рекомендована терапия: цинка сульфат, купренил постоянно, вит. группы В и симптоматическая терапия.

**Выводы.** Прогноз выздоровления при гепатолентикулярной дегенерации особенно с комбинированным поражением ЦНС, внутренних органов, наследственно-генетического типа болезни, неблагоприятный.

Перерывы в лечении D-пеницилламином, превышающие несколько недель, не допускаются, т.к. возможен рецидив заболевания в виде острой печеночной недостаточности.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПЕРЕКРЕСТНОГО СИНДРОМА АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА И ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА НА ФОНЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ НКВИ-19.

Мехралызаде А.А.<sup>1</sup>, Мисирова Л.М.<sup>1</sup>, Ниязов Р.М.<sup>2</sup>, Агагюлов М.У.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Федеральное государственное бюджетное учреждение «НМИЦ имени В.А. Алмазова» Минздрава России. 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2

<sup>2</sup>Клинический госпиталь МСЧ ГУ МВД России по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области

Аутоиммунные заболевания могут обостряться или возникать после перенесённых вирусных инфекций, включая COVID-19. Исследования показывают, что НКВИ может вызывать различные иммуноопосредованные реакции, которые могут привести к развитию аутоиммунных состояний. Пациентка, 59 лет. Обратилась с жалобами на зуд, слабость, тяжесть в правом подреберье. Из анамнеза известно, что у пациентки длительно аутоиммунный тиреоидит. Также известно, что после перенесённой НКВИ в 2020г. был впервые выявлен положительный АНФ++, АМА++, М2-3Е, АМА-М2. Была назначена терапия УДХК. В марте 2021 г. госпитализирована с диагнозом: Цирроз печени класс А по Чайлд-Пью, в исходе ПБХ, АМА, АМА-М2, М2-3Е положительного и вероятно перекреста с ПСХ. АИТ. Медикаментозный эутиреоз. Осложнение: Гепатосаленомегалия. Портальная гипертензия. Выписана с рекомендациями. Улучшений не отмечала. При холангиопанкреатографии от 2023г. картина соответствует проявлениям ПБХ или ПСХ, МР-картина билиарного сладжа, перегибов желчного пузыря, цирроза печени. На эластографии печени - 11,65 кПа, что соответствует стадии фиброза по METAVIR F-4. Трансаминазы превышали норму в 3 раза, ГГТП в 10 раз. Фиброскан также подтверждает стадию фиброза F-4, 25,7 кПа. Стеатоз печени S-0. Было начато лечение преднизолоном 60 мг и азатиоприном 50 мг. На фоне терапии наблюдалось прогрессирование печеночной недостаточности, синдрома холестаза. Через 4 месяца у пациентки диагностировали болезнь Шегрена и аутоиммунный сахарный диабет. Проконсультирована эндокринологом. Было принято решение начать инсулинотерапию и поменять преднизолон на метипред в связи с большим количеством побочных эффектов. На фоне терапии у пациентки нормализовались трансаминазы, ГГТП, улучшилось общее состояние. На фиброскане отмечается также стадия F-4, но уже 19,6 кПа. Нормализовались показатели трансаминаз, щелочной фосфатазы и ГГТП. Таким образом, можно предположить, что НКВИ является основным триггерным фактором развития множества аутоиммунных заболеваний.

**ОЦЕНКА ОТВЕТА НА ТЕРАПИЮ  
ПРИ ПЕРВИЧНОМ БИЛИАРНОМ ХОЛАНГИТЕ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ  
ПРАКТИКЕ**

**Прашнова М.К.<sup>1,2</sup>, Райхельсон К.Л.<sup>1,4</sup>, Владимирова В.С.<sup>3</sup>, Никифорова Э.А.<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>*Санкт-Петербургский государственный университет*

<sup>2</sup>*Клиника Эксперт*

<sup>3</sup>*Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова*

<sup>4</sup>*Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова  
Санкт Петербург, Россия*

**Цель:** оценить ответ на базисную терапию при первичном билиарном холангите в реальной практике центров гепатологического профиля

**Материалы и методы:** проведена ретроспективная оценка данных 330 пациенток с ПБХ (в т. ч. 70 с ПБХ с признаками аутоиммунного гепатита) из 4-х центров г. Санкт-Петербурга, включенных в мультицентровый регистр редких заболеваний печени. Средний возраст — 58,3±11,4 лет. Средняя продолжительность болезни до постановки диагноза — 56,8±69,6 мес., поздняя стадия ПБХ до начала терапии выявлена у 31,8 % (n=105), в т. ч. 49 с циррозом печени (ЦП). Базисную терапию получали 319 пациентов: 273 — монотерапию урсодезоксихолевой кислотой (УДХК) (средняя доза 13,2±2,8 мг/кг/сут), 41 — УДХК + фибраты (фенофибрат 145мг/сут, n=38 и безафибрат 400мг/сут, n=3); 4 — УДХК + обетихолиевую кислоту (ОБХК) 5 мг/сут. Ответ на базисную терапию при приеме препаратов ≥12 мес. оценен у 213 пациентов по шкале Globe PBC: в том числе 191—при терапии УДХК, 20—УДХК+фибрат, 2—УДХК+ОБХК. Критерий поздней стадии ПБХ—жесткость печени >9,6 кПа (методом транзиентной эластометрии). Критерии клинически значимой портальной гипертензии (КЗПГ): жесткость печени ≥20кПа и/или выявление варикозно-расширенных вен пищевода.

**Результаты:** средний срок наблюдения и терапии УДХК составлял 59,3±44,1мес (от 12 и до 228мес). За период наблюдения доля пациентов с ЦП выросла в 2,2 раза (с 7,8% до 17,24%). Декомпенсация ЦП (класс В и С по Child-Pugh) наблюдалась у 25 пациентов. Отсутствие ответа на терапию УДХК отмечено у 41,4% (n=79), УДХК+фибрат—65% (n=13), УДХК+ОБХК—50% (n=1) пациентов. Отсутствие ответа на УДХК было взаимосвязано с наличием КЗПГ до начала терапии УДХК (p=0,003), но не в других группах.

**Заключение.** Среди пациентов с ПБХ, несмотря на проводимое лечение, высока доля пациентов с прогрессией болезни и отсутствием ответа на базисную терапию. Большая частота неответчиков на УДХК вероятно объясняется большой долей пациентов с поздней стадией заболевания и преобладанием пациентов с резистентным течением, направляемых в специализированные центры.

### 3. ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ



**HBV-ИНФЕКЦИЯ У РЕЦИПИЕНТОВ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА**  
**Калашников М.В., Исаева Е.А., Барсукова Н.А., Буеверов А.О., Богомолов П.О.,**  
**Зулькарнаев А.Б., Ватазин А.В., Пасов С.А.**

*Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени  
М.Ф.Владимирского, Москва, Российская Федерация*

**Цель:** Изучить клинические особенности и прогностическое значение HBV-инфекции у реципиентов почечного трансплантата (РПТ).

**Материалы и методы:** В ретроспективное одноцентровое исследование были включены 44 РПТ с HBV-инфекцией, перенесших трансплантацию почки (ТП) с 1989 до 2024 г. Оценивали частоту и особенности течения вариантов HBV-инфекции, частоту и факторы риска (ФР) неблагоприятных исходов.

**Результаты:** В когорте преобладали мужчины (n=26; 59,1%), медиана возраста была 35 (20,7; 46,0) лет. Длительность наблюдения составила 159 (80,3; 245,3) месяцев. HBV-инфекция была впервые диагностирована до трансплантации почки у 33 (75,0%) пациентов. В структуре вариантов HBV-инфекции превалировала хроническая HBeAg-негативная HBV-инфекция (HBeAg-Н-HBV-И) (n=23; 52,3%), реже наблюдали хронический HBeAg-позитивный гепатит В (HBeAg-П-ГВ) (n=12; 27,3%), хронический HBeAg-негативный гепатит В (n=8; 18,2%) и хроническую HBsAg-негативную HBV-инфекцию (n=1; 2,3%). У всех пациентов проводили противовирусную терапию ламивудином или энтекавиром. Резистентность HBV к ламивудину наблюдали у 11 (25,0%) пациентов, к энтекавиру - у 6 (13,6%). Компенсированный цирроз печени имели 2 (4,6%) пациента. Возврат на гемодиализ произошел у 15 (34,1%) больных, 8 (18,2%) пациентов умерли (все - от внепеченочных патологий). Наличие HBeAg-П-ГВ было ФР смерти по любой причине РПТ (ОШ 6,9 (95% ДИ 1,32-36,0), p=0,025). HBeAg-П-ГВ значимо чаще имели пациенты, у которых HBV-инфекция впервые была диагностирована после ТП (63,6% и 15,2%, p=0,001).

**Выводы:** HBeAg-Н-HBV-И - наиболее частая форма HBV-инфекции у РПТ. HBeAg-П-ГВ является ФР смерти РПТ и чаще обнаруживается у пациентов, не имевших HBV-инфекции до ТП.

**УРОВЕНЬ ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ ДО 3-Х ЛЕТ С ХРОНИЧЕСКИМ  
ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С**

**Первишко О.В.**

*ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия*

**Введение:** описаны влияния витамина 25(OH) D в регуляторных реакциях нарушения микробного разнообразия и поддержания слизистого барьера, что важно в патогенезе фиброза/цирроза.

**Цель:** определить уровень витамина 25(OH) D у детей до 3-х лет с хроническим вирусным гепатитом С.

**Материалы и методы:** обследовано 32 ребенка от 1 года до 3 лет с хроническим вирусным гепатитом С. По показателям биохимического анализа и степени активности процесса пациенты были разделены на 3 группы: 1 группа - 17 детей с минимальной степенью активности, 2 группа - 10 пациентов с низкой степенью активности, 3 группа - 5 обследуемых с умеренной активностью. Дополнительно определяли: уровень общего белка, общего билирубина, прямого билирубина, общего кальция, витамин 25(OH) D. С помощью программы SPSS (разработчик - IBM, США) проводили статистический анализ полученных данных.

**Результаты исследования:** дети с низкой и умеренной степенью активности имели достоверно более высокие показатели АЛТ, АСТ по сравнению с пациентами имеющих минимальную степень воспалительного процесса в печени (p < 0,001). Уровень витамина 25(OH) D у пациентов 2 и 3 группы определялся в виде дефицита и недостаточности, в тоже время у наблюдаемых с минимальной степенью активности хронического процесса показатель находился в пределах нормальных значений. Статистически значимые различия в уровне витамина 25(OH) D были получены у детей 2 и 3 группы от пациентов 1-й группы (p=0,001). Концентрации уровня кальция в группах с различной степенью активности гепатита не имели достоверных различий с нормальными показателями здоровых пациентов. Тесная прямая корреляционную связь выявлялась между уровнем общего белка и витамина 25(OH) D.

**Выводы:** у детей раннего возраста с хроническим вирусным гепатитом С уровень витамина 25(OH) D напрямую зависел от общего белка в сыворотке крови и менялся от активности воспалительного процесса. Концентрация общего кальция соответствовала данным здоровых пациентов.

## РОЛЬ НЕПРЯМЫХ МАРКЕРОВ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В

Терешков Д.В.<sup>1,2</sup>, Мицура В.М.<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь,

<sup>2</sup> У «Гомельская областная инфекционная клиническая больница», Гомель, Беларусь,

<sup>3</sup> ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека», Гомель, Беларусь

Информация о стадии фиброза печени является одним из важных критериев для определения тактики ведения пациентов с хроническим гепатитом В (ХГВ).

**Цель исследования:** оценить возможность применения не прямых маркеров и рассчитанных на их основе индексов для определения выраженности фиброза печени при ХГВ.

Было обследовано 130 пациентов с ХГВ (средний возраст  $41,8 \pm 13,5$  лет, 70% мужчин) с известной стадией фиброза на основании фиброэластографии либо биопсии печени. Определялись лабораторные показатели (аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, гамма-глутамилтрансфераза, щелочная фосфатаза, альбумин, холестерин, тромбоциты, протромбин, международное нормализованное отношение), на основе которых были рассчитаны 7 индексов (АСТ/АЛТ, APRI, FIB-4, S-index, GUCI, King's score и шкала eLIFT). Прогностическое значение индексов для определения выраженного фиброза (стадия F2-F4) оценивалось на основе сравнения площадей под характеристической кривой (ППК), определялись точка разделения (ТР), чувствительность (Чв), специфичность (Сп), позитивная (ППЦ) и негативная прогностическая ценность (НПЦ) параметра. Рассчитанные индексы показали следующее прогностическое значение для определения выраженного фиброза: GUCI (ППК 0,866, ТР  $\geq 0,7$ , Чв 89,5, Сп 78,0, ППЦ 75,6, НПЦ 90,7); eLIFT scale (ППК 0,856, ТР  $> 7$ , Чв 73,6, Сп 85,7, ППЦ 78,0, НПЦ 82,5); King's score (ППК 0,853, ТР  $> 11,38$ , Чв 81,6, Сп 82,0, ППЦ 77,5, НПЦ 85,4); APRI (ППК 0,831, ТР  $> 0,67$ , Чв 81,1, Сп 74,0, ППЦ 68,3, НПЦ 85,1); FIB-4 (ППК 0,817, ТР  $> 2,11$ , Чв 64,2, Сп 92,2, ППЦ 85,0, НПЦ 78,9); S-index (ППК 0,812, ТР  $> 0,16$ , Чв 62,3, Сп 92,2, ППЦ 84,6, НПЦ 78,0) и АСТ/АЛТ (ППК 0,660, ТР  $> 0,92$ , Чв 50,9, Сп 80,5, ППЦ 64,3, НПЦ 70,5). Таким образом, индекс GUCI имеет наиболее оптимальные диагностические характеристики.

**Заключение.** Определение индексов, основанных на не прямых маркерах фиброза, легко выполнимо и может применяться для оценки выраженности фиброза печени и отбора пациентов с ХГВ для проведения противовирусной терапии.

## АНАЛИЗ КОРРЕЛЯЦИИ СТЕПЕНИ СТЕАТОЗА И ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЭЛАСТОМЕТРИИ И ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ ПЕЧЕНИ

Чернов В.С.<sup>1</sup>, Козлов К.В.<sup>2</sup>, Патлусов Е.П.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГКУЗ «5 Военный клинический госпиталь войск национальной гвардии Российской Федерации», г. Екатеринбург,

<sup>2</sup> ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург.

**Введение:** количество инфицированных HBV, по данным ВОЗ достигает 296 млн. чел. Ежегодно до 1,5 млн. чел. инфицируется ВГВ, и более 820 тыс. человек умирают от осложнений ХГВ. В РФ уровень заболеваемости ХВГ по-прежнему высок. В 2020 г. было выявлено более 31 тыс. случаев ХВГ (в 2019 г. – 58,3 тыс. случаев), снижение за год – 46,8%. Заболеваемость ХВГ в 2020 г. составила 21,15 сл. на 100 тыс. населения (СМП) – 47,8 на 100 тыс. населения). Оценка степени ФП необходима всем пациентам с ХВГ.

**Материал и методы.** Было проведено обследование 279 пациентов с ХГВ, находившихся на лечении в инфекционном отделении ФГКУЗ «5 ВКГ ВНГ РФ» в 2017-2024 гг. Диагноз ХГВ был установлен с учетом наличия в крови ДНК HBV. Всем пациентам выполнены эластография печени (ЭП) на аппарате «FibroScan 502», пункционная биопсия печени (ПБП). Средний возраст пациентов с ХГВ составил  $38,6 \pm 0,8$  лет, индекс массы тела (ИМТ)  $26,9 \pm 0,5$  кг/м<sup>2</sup>. ЭП проводилась на аппарате «FibroScan 502» с одномоментным измерением LSM – Liver stiffness measurement – Измерение жесткости печени, и CAP – Controller attenuation parameter – Контролируемый параметр затухания ультразвука, что позволяло судить о степени ФП и стеатоза печени. По результатам ЭП, стадия F0-1 была выявлена у 61% пациентов, F2 – 37%, F3 у 7%, F4 (цирроз) у 5%. Стеатоз печени по данным ЭП не определялся (S0) у 2% пациентов; первая степень стеатоза (S1) диагностирована у 44%, вторая (S2) у 39%, третья степень (S3) – 15%. Нами не выявлено снижение частоты стеатоза по мере прогрессирования ФП от F0 до F4. Прогрессирование стеатоза коррелировало с тяжестью ФП. Результаты ЭП соответствовали результатам гистологического исследования биоптатов ткани печени, диагностическая точность возрастала по мере прогрессирования фиброза. Наши данные подтверждают прогрессирование стеатоза печени, даже в отсутствие репликации HBV. Учитывая неинвазивность и воспроизводимость ЭП на аппарате «FibroScan 502», может выполняться многократно.



**4. МЕТАБОЛИЧЕСКИ  
АССОЦИИРОВАННАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ  
ПЕЧЕНИ (НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ  
БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ)**

## ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ УРОВНЕМ С-ПЕТИДА И ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Алексеева Р.И., Шарафетдинов Х.Х., Плотникова О.А., Пилипенко В.В.

ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», Москва, Россия

**Введение:** тесные патогенетические механизмы развития сахарного диабета 2 типа (СД2) и неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) с основным связывающим звеном - инсулинорезистентностью привлекают внимание к данной проблеме. С-пептид секретируется в бета-клетках поджелудочной железы в эквивалентных количествах с инсулином и может использоваться как биомаркер для оценки функционального состояния инсулин-секретирующей способности, так как имеет более длительный период полураспада по сравнению с инсулином.

**Цель исследования:** оценить взаимосвязь между уровнем С-пептида и показателями функционального состояния печени (аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), общий билирубин).

**Материалы и методы:** в исследование включено 150 пациентов с СД2 с сопутствующим ожирением II-III ст. Средний возраст обследуемых пациентов составил  $58,3 \pm 0,82$  года, индекс массы тела (ИМТ) –  $39,79 \pm 3,17$  кг/м<sup>2</sup>, уровень базальной гликемии –  $6,58 \pm 0,15$  ммоль/л, гликированного гемоглобина –  $6,36 \pm 0,09\%$ . Проведена оценка биохимических показателей крови: глюкозы, АСТ, АЛТ, общего билирубина и С-пептида.

**Результаты:** уровень АЛТ в среднем составил  $29,67 \pm 1,72$  ЕД/л, АСТ –  $26,92 \pm 1,57$  ЕД/л, соотношение АЛТ/АСТ –  $1,09 \pm 0,02$ , общего билирубина –  $14,25 \pm 0,45$  мкмоль/л, С-пептида –  $3,11 \pm 0,22$  нг/мл. Выявлена статистически значимая положительная корреляция между уровнем С-пептида и общим билирубином ( $r=0,171$ ,  $p<0,05$ ), уровнем С-пептида и соотношения АЛТ/АСТ ( $r=0,167$ ,  $p<0,05$ ).

**Выводы:** исследование С-пептида может быть использовано в качестве неинвазивного метода прогнозирования наличия нарушений функции печени у пациентов с СД2. Необходимо проведение дополнительных исследований относительно молекулярных механизмов С-пептида при метаболических заболеваниях печени.

## КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ЖИТЕЛЕЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Гомонова В.П., Райхельсон К.Л.

Медицинский институт ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»,  
Научно-клинический и образовательный центр гастроэнтерологии и гепатологии. Санкт-Петербург,  
Россия.

**Цель.** Оценить вклад кардиометаболических и генетических факторов в развитие компенсированного продвинутого хронического заболевания печени (КПХЗП) у пациентов с метаболически ассоциированной жировой болезнью печени (МАЗБП).

**Материалы и методы.** Включено 108 пациентов с МАЗБП. Оценивались анамнестические, антропометрические и лабораторные данные (уровень тромбоцитов, сывороточные печеночные маркеры, липидный профиль, уровень глюкозы), наличие полиморфизма гена PNPLA3 I148M (rs738409 C>G). Стеатоз выявлялся путем оценки контролируемого параметра затухания ультразвука (КПЗУ). Эластичность печени оценивалась с помощью транзитной эластографии (ТЭ). КПХЗП устанавливалось при значении эластичности печени  $\geq 8$  кПа.

**Результаты.** Группу 1 составили 18 человек с КПХЗП, группу 2 – 90 человек без КПХЗП. Получены статистически значимые различия при сравнении частоты КПХЗП в зависимости от наличия артериальной гипертензии (отношение шансов (ОШ) 5,58; 95% доверительный интервал (ДИ): 1,21–25,71), сахарного диабета 2 типа (СД2) (ОШ 4,58; 95% ДИ: 1,59–13,21), ожирения (ОШ 3,13; 95% ДИ: 1,1–8,9), дислипидемии (ОШ 6,12; 95% ДИ: 1,33–28,19) и мутантного G-аллеля гена PNPLA3 (ОШ 3,9; 95% ДИ: 1,28–11,88). У пациентов с КПХЗП были достоверно более высокие средние значения окружности талии (ОТ), аланинаминотрансаминазы (АЛТ), аспартатаминотрансаминазы (АСТ), гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ) и триглицеридов (ТГ), неинвазивных показателей стеатоза и фиброза. Составленная прогностическая модель продемонстрировала прямую связь вероятности возникновения КПХЗП с наличием СД2 (скорректированное отношение шансов (СОШ) 3,28; 95% ДИ: 0,62–17,33), дислипидемией (СОШ 5,89; 95% ДИ: 1,21–28,67) и значением ОТ (СОШ 1,05; 95% ДИ: 1,01–1,11). Наличие полиморфизма гена PNPLA3 I148M значимо не влияло на формирование поздних стадий заболевания.

**Заключение.** СД2, дислипидемия и значения ОТ являются определяющими факторами в развитии КПХЗП у пациентов с МАЗБП.

## ОЦЕНКА РИСКА ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОК С МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Булатова И.А., Соболев А.А., Гуляева И.Л.

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера»  
Минздрава России, г. Пермь, Россия

**Актуальность.** Распространенность метаболически ассоциированной жировой болезни печени (МАЗБП) среди женщин в постменопаузе составляет до 37 %. Есть данные, что женщины в постменопаузе имеют более высокий риск развития фиброза печени (ФП). Фенотип простого стеатоза также может иметь прогрессирующее течение с развитием ФП, что делает актуальным оценку риска его развития.

**Цель.** Оценить риск ФП у пациенток с МАЗБП в постменопаузе.

**Материал и методы.** Обследовано 70 женщин с МАЗБП (простой стеатоз) в постменопаузе средним возрастом 51,0 (49,0–52,0) лет. Стеатоз печени диагностировали методом ультразвукового исследования. Для скрининга ФП применяли индексы FIB-4 и APRI. При значениях менее 1,3 для FIB-4 и менее 0,5 для APRI вероятность значимого ФП низкая. Пороговыми значениями для решения вопроса о том, есть у пациента с МАЗБП тяжелый фиброз: более 3,25 для FIB-4 и более 0,88 для APRI.

**Результаты.** По результатам исследования расчетные индексы FIB4 и APRI у 58 (83 %) пациенток с МАЗБП были меньше точек отсечения 1,3 и 0,5 и составили 0,8 (0,7–1,0) и 0,2 (0,2–0,3) соответственно, что свидетельствовало о низкой вероятности ФП. Однако у 12 (17 %) женщин значения индексов попали в «серую зону» (от 1,3 до 3,25 для FIB-4 и от 0,5 до 0,88 для APRI), что не исключало у них начальные стадии ФП. Проведенная эластография у 4 пациенток из этой группы показала фиброз I стадии, у 2 женщин - фиброз II стадии.

**Заключение.** Таким образом, расчетные индексы FIB-4 и APRI достаточно информативны для исключения вероятности значимого ФП при МАЗБП. При неопределенном результате (между нижним и верхним пороговыми значениями) следует использовать инструментальные методы (фиброэластографию).

## УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА ТОЛЩИНЫ ВИСЦЕРАЛЬНОЙ И ПОДКОЖНОЙ ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Мухаметова Д.Д., Белоусова Е.Н., Исмаилова Л.Р., Манаенкова Д.Р.,  
Киселева Т.А., Абдулганиева Д.И.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России,  
г. Казань, Российская Федерация

Ультразвуковое исследование (УЗИ) может быть использовано для определения висцерального ожирения (ВО) при неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) НАЖ.

**Цель.** Оценить ультразвуковые (УЗ) показатели висцеральной и подкожной жировой клетчатки (ПЖК) и биоимпедансного анализа (БИА) у пациентов с НАЖБП.

**Материал и методы.** В исследование включен 31 пациент с НАЖБП. Возраст составил 63 [54; 69] года, 17 (55%) женщин. Оценивали ИМТ, окружность талии (ОТ, норма: ж<80, м<94см), выраженность ВО (>130 см<sup>2</sup>) по данным Visceral fat calculator (VFC). Проведено УЗИ жировой ткани: ПЖК на уровне пупка (N<17мм), висцеральный жир по средней линии живота (N<37мм) и суммарная толщина пери- и параренальной клетчатки (N<18мм). Проводился БИА на аппарате ABC-02 «МЕДАСС» с оценкой индекса жировой массы (ИЖМ) (N 3,9-8,2 кг/м<sup>2</sup>).

**Результаты.** Медиана ИМТ составила 29,6 [26,7; 34] кг/м<sup>2</sup>. ИМТ в норме была только у 2 (6%) пациентов, избыток массы тела – у 14 (45%), ожирение – у 15 (49%). Медиана ОТ – 101 [92; 116] см, признаки ВО выявлены у 80% мужчин и 100% женщин. У всех выявлено ВО по данным VFC.

Увеличение УЗ толщины ПЖК на уровне пупка отмечалось в 100% случаев (34,95 [28,04; 41,51] мм), толщины висцеральной клетчатки – у 29 (93,5%) - 71,75 [54,78; 81,68] мм. Толщина пери- и параренальной клетчатки - 26,3 [19,4; 31,4] мм, увеличена в 100% случаев.

По данным БИА медиана ИЖМ – 12,24 [5,5; 21,1] кг/м<sup>2</sup>, был повышен у всех исследуемых.

Выявлены корреляционные связи между УЗ толщиной ПЖК на уровне пупка с ИМТ (r=0,5; p<0,05), ОТ (r=0,47; p<0,05), VFC (r=0,49; p<0,05) и ИЖМ (r=0,36; p<0,05), а также УЗ толщины висцерального жира с ИМТ (r=0,53; p<0,05), ОТ (r=0,5; p<0,05), VFC (r=0,56; p<0,05).

**Заключение.** У большинства пациентов с НАЖБП наблюдалось увеличение УЗ толщины ПЖК на уровне пупка и висцеральной клетчатки, которое коррелировало с ИМТ, ОТ, VFC, долей и ИЖМ по БИА.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ КУРОРТНОЙ ТЕРАПИИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ МАГНИТОТЕРАПИИ ОТ АППАРАТА «МУЛЬТИМАГ»

Федорова Т.Е., Трофимчук Т.А., Самсонова Н.А.

ФГБУ «Санаторий «Москва» УД Президента РФ, г. Ессентуки, Россия

**Цель исследования:** изучить эффективность курортной терапии неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) с применением магнитотерапии от аппарата «Мультимаг».

**Материалы и методы.** Обследовано 43 больных с НАЖБП в возрасте  $52,5 \pm 2,4$  лет. Пациенты получали курортную терапию с применением минеральной воды «Ессентуки-Новая» (21 чел. - 1 ЛК) и магнитотерапии от аппарата «Мультимаг» (22 чел. - 2 ЛК).

**Результаты.** После лечения у пациентов обеих групп уменьшились боли в животе (83,7%), диспепсические симптомы (79,1%), астеноневротические расстройства (67,4%),  $p < 0,05$ . У 86,1% больных отмечено снижение массы тела с  $96,9 \pm 2,8$  до  $93,7 \pm 2,4$  кг ( $p < 0,05$ ), ИМТ - с  $34,6 \pm 1,1$  до  $33,2 \pm 0,8$ ,  $p < 0,05$ . Сравнительный анализ полученных результатов выявил преимущество 2 ЛК. Положительная динамика клинических показателей была на 18-20% более выражена в группе с применением магнитотерапии от аппарата «Мультимаг». По данным печеночных проб отмечено снижение повышенных уровней АЛТ, билирубина и ГГТП соответственно у 87,9%, 82,8% и 88,3% больных 2 ЛК против 63,5%, 62,3% и 71,4% больных 1 ЛК ( $p_{1-2} < 0,05$ ). Гиперхолестеринемия и триглицеридемия снизилась у 88,4% и 87,6% пациентов 2 ЛК против 63,5% и 62,3% в контроле,  $p_{1-2} < 0,05$ . Повышенный уровень МДА снизился у 81,7% во 2 ЛК и 63,4% больных в 1 ЛК,  $p_{1-2} < 0,05$ . Улучшение печеночной гемодинамики отмечено у 87,9% больных 2 ЛК против 71,4% пациентов 1 ЛК,  $p_{1-2} < 0,05$ . Общая эффективность лечения составила 71,4% в 1 ЛК и 90,9% во 2 ЛК,  $p_{1-2} < 0,05$ .

**Заключение.** Применение магнитотерапии от аппарата «Мультимаг» в курортной терапии НАЖБП способствует улучшению функционального состояния печени, липидного обмена, нормализации окислительного гомеостаза и повышает эффективность лечения.

## АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Фомина Л.А.

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ МЗ России, Тверь, Россия

**Цель исследования:** выяснить клинические проявления астенического синдрома (АС) при неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) в зависимости от ее стадии.

**Материалы и методы.** Обследовано 64 пациента с НАЖБП и 15 здоровых лиц. Проводились клиническое обследование, ультразвуковое исследование печени, анализы крови. Пациенты были разделены на 3 группы: 49 человек со стеатозом печени, 15 - стеатогепатитом, 15 - без патологии печени.

**Результаты и обсуждение.** У пациентов при стеатозе печени проявления АС включали эмоциональную лабильность (55%), повышенную тревожность (30%) и раздражительность (65%). Нарушения сна проявлялись сонливостью днем и ранним вечером (55%), плохим засыпанием (40%). Часто присутствовали снижение внимания (76%) и памяти (45%), повышенная усталость при выполнении обычных бытовых дел (55%). Депрессии встречались у 4% лиц.

При стеатогепатите преобладали неустойчивость настроения (57%), повышенная раздражительность (47%) и тревожность (40%). Отмечался высокий процент депрессий (33%). Часто выявлялись прерывистый сон (47%), «тяжелые» пробуждения и разбитость по утрам (40%), что приводило к снижению работоспособности. Нарушения памяти и внимания выявлялись у 57 %, неспособность быстрого переключения внимания у 33%, повышенная усталость при выполнении обычных бытовых дел у 75% лиц.

При отсутствии НАЖБП у трети лиц выявлялась эмоциональная лабильность. Нарушения сна отмечалась в виде плохого засыпания (33%), сонливости днем и ранним вечером (20%), что не влияло на работоспособность. 47% пациентов жаловались на невнимательность. Отсутствовали депрессии, снижение памяти и неспособность быстрого переключения внимания.

**Заключение.** АС достаточно часто присутствовал в клинике НАЖБП, при этом выраженность симптомов возрастала при стеатогепатите. Учитывая соматический характер АС, лечение его должно быть направлено на коррекцию основной патологии.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ВИТАМИНА D И СООТНОШЕНИЯ ПЕЧЕНОЧНЫХ ТРАНСАМИНАЗ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Шарафетдинов Х.Х., Плотникова О.А., Пилипенко В.В., Алексеева Р.И.

ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», Москва, Россия

**Введение:** сахарный диабет (СД) 2 типа является распространенным хроническим метаболическим заболеванием во всем мире, характеризующимся гипергликемией и инсулинорезистентностью (ИР). СД 2 типа связан с высоким риском неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП), которая сама может выступать как фактор риска развития СД 2 типа. Соотношение уровня аланинаминотрансферазы (АЛТ) к уровню аспартатаминотрансферазы (АСТ) связано с ИР и НАЖБП. Показано влияние витамина D на ряд кардиометаболических заболеваний.

**Цель исследования:** оценить взаимосвязь соотношения АЛТ/АСТ с уровнем витамина D в крови.

**Материалы и методы:** в исследование включено 61 пациент с СД2 и сопутствующим ожирением II-III ст. Средний возраст пациентов составил  $60,1 \pm 1,1$  года, средний уровень базальной гликемии составил  $6,58 \pm 0,15$  ммоль/л, гликированного гемоглобина (HbA1c) -  $6,36 \pm 0,09\%$ . Проведено исследование биохимических показателей крови: глюкозы, АСТ, АЛТ, а также витамина D. Уровень витамина D [25-(ОН)D] определяли иммунохемилюминесцентным методом (Siemens для ADVIA Centaur).

**Результаты:** Содержание витамина D в крови у обследованных пациентов в среднем составило  $28,9 \pm 1,34$  нг/мл. У большинства пациентов выявлена недостаточная обеспеченность витамином D: у 1,7% пациентов выявлен выраженный дефицит ( $<10$  нг/мл), у 13,1% - дефицит витамина D (10-20 нг/мл), у 50,8% - недостаточность витамина D (20-30 нг/мл). Выявлена статистически значимая положительная корреляция между уровнем витамина D и соотношения АЛТ/АСТ ( $r=0,323$ ,  $p<0,01$ ).

**Выводы:** необходимо проведение дополнительных исследований для подтверждения связи и уточнения роли витамина D в развитии прогрессирования ИР и НАЖБП, а также для выяснения механизмов, лежащих в основе этой связи, и ее клинических последствий.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ОСОБЕННОСТЕЙ ПИТАНИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ РАБОТНИКОВ ГОРНОДОБЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Шеенкова М.В., Яцына И.В.

ФБУН «ФНЦГ им. Ф.Ф.Эрисмана» Роспотребнадзора, г.Мытищи, Россия

**Введение.** Актуальность изучения модифицируемых факторов риска неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) работников горнодобывающей промышленности обусловлена высокой распространенностью заболевания. Значительная роль в формировании НАЖБП отводится фактору питания. Изучение особенностей фактического питания является основой коррекции нутритивного статуса.

**Цель** – оценка взаимосвязи фактического питания с развитием НАЖБП работников горнодобывающей промышленности.

**Материалы и методы.** Обследованы 65 работников горнодобывающей промышленности. Оценка фактического питания сопоставлена с МР 2.3.1.0253-21. Признаки НАЖБП определены на основании ультразвукового исследования печени, биохимического анализа крови. Рассчитывался коэффициент корреляции Пирсона (r).

**Результаты.** Признаки НАЖБП выявлены у 66% респондентов. По результатам оценки фактического питания рацион 50% обследованных превышал норму физиологической потребности по калорийности. Отмечалась слабая теснота связи между калорийностью рациона и наличием НАЖБП ( $r=0,14$ ). Потребление жиров выше нормы определялось у 75% работников. Выявлена умеренная прямая корреляция между превышением употребления жиров и определением НАЖБП ( $r=0,34$ ). Превышение нормы потребления углеводов выявлено в 14% случаев. Корреляционная связь между повышением уровня углеводов в рационе и НАЖБП слабая ( $r=0,09$ ). В 91% случаев определялся недостаток пищевых волокон в рационе респондентов. Теснота связи между снижением употребления пищевых волокон и наличием НАЖБП средняя ( $r=0,51$ ).

**Выводы.** Признаки НАЖБП выявляются чаще у лиц с превышением физиологической нормы жиров и дефицитом пищевых волокон в рационе. Выявленные факты требуют дальнейшего изучения для разработки эффективной профилактики метаболических заболеваний печени.

# НЕИНСУЛИНОВЫЕ ИНДЕКСЫ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННОЙ СТЕАТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Шиповская А. А.<sup>1</sup>, Дуданова О. П.<sup>1</sup>, Курбатова И. В.<sup>2</sup>, Ларина Н. А.<sup>1</sup>

*1 ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет» Министерства науки и образования  
Российской Федерации, г. Петрозаводск, Россия*

*2 Институт биологии — обособленное подразделение ФГБОУ науки Федерального  
исследовательского центра КарНЦ Российской академии наук", г. Петрозаводск, Россия*

**Цель:** оценить чувствительность индексов инсулинорезистентности (ИР) - триглицеридглюкозного индекса (ТГИ), отношения ТГ к ЛПВП (ТГ/ЛПВП), ТГИ-ИМТ (ТГИхИМТ), Visceral Adiposity Index (VAI), Lipid Accumulation Product (LAP) - у больных метаболически ассоциированной стеатозной болезнью печени (МАСБП).

**Материалы и методы.** Обследовано 42 пациента МАСБП и 41 здоровых доноров. Диагноз устанавливался на основании традиционных антропометрических, лабораторных и ультразвуковых критериев, у всех пациентов НОМА-IR превышал нормальный уровень.

**Результаты.** У всех пациентов МАСБП индексы ИР превышали таковые у здоровых лиц: ТГИ -  $9,02 \pm 0,32$  против  $8,35 \pm 0,25$  ( $p=0,001$ ); ТГ/ЛПВП -  $4,33 \pm 1,74$  против  $2,09 \pm 0,61$  ( $p=0,008$ ); ТГИхИМТ -  $365,64 \pm 68,89$  против  $185,83 \pm 40,46$  ( $p=0,02$ ); VAI -  $3,29 \pm 1,95$  против  $2,31$  ( $p=0,04$ ), LAP -  $148,07 \pm 86,72$  против  $111,75 \pm 32,06$  ( $p=0,03$ ). С НОМА-IR и инсулином достоверно коррелировал ТГИ -  $r=0,58$  ( $p<0,001$ ) и  $r=0,54$  ( $p=0,014$ ) соответственно.

**Выводы.** Все исследуемые индексы ИР, не содержащие инсулин, достоверно отражали наличие ИР при МАСБП и могли использоваться в клинической практике вместо НОМА-IR.

Исследования были проведены в рамках реализации Программы поддержки НИОКР студентов, аспирантов и лиц, имеющих ученую степень, финансируемой Правительством Республики Карелия, а также в рамках государственного задания по теме № FMEN-2022-0009 (№ гос. регистрации № 122031100064-4).

## 5. ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ, ПЕЧЕНОЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ



## АНАЛИЗ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2019-2023 ГГ

Горшенина О.В., Петрунько И. Л., Новожилов А. В.

III экспертный состав ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России, г. Иркутск, Россия

ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Иркутск, Россия  
ГБУЗ «Иркутская ордена «Знак Почета» областная клиническая больница г. Иркутск, Россия

Рост смертности в Российской Федерации от болезней органов пищеварения определил актуальность трансплантации печени как единственного радикального метода лечения болезней печени.

История трансплантации органов в Иркутской области началась с 2003 года. Первую пересадку печени в регионе провели в 2018 году. Всего выполнено 91 трансплантация печени. В учреждениях медико-социальной экспертизы (далее МСЭ) освидетельствовано с трансплантированной печенью 32 человека, среди них впервые 11 человек, ранее установлена инвалидность 21 гражданину.

**Цель работы:** анализ инвалидности, оценка реабилитации после трансплантации печени в Иркутской области за пятилетний период наблюдения.

**Материалы:** направления медицинских учреждений, база данных, прошедших освидетельствование после трансплантации печени в учреждениях МСЭ.

В структуре освидетельствованных граждан преобладают городские жители 25 человек, отмечен рост среди сельских жителей. По половому признаку больше женщин (19 чел.). По возрасту лидирует средневозрастная группа (14 чел.), отмечен рост среди молодого возраста. Основные причины трансплантации - цирроз печени 59%, первичный билиарный холангит 19%, альвеококкоз 13%, рак печени 6%, синдром Бадда-Киари 3%. При первичном освидетельствовании всем установлена первая группа инвалидности на два года. После двух лет отмечена частичная реабилитация у 14%.

**Выводы:** Доступность трансплантации печени жителям отдаленных сельских территорий увеличилась за последние годы. При первичном освидетельствовании с циррозом печени необходимо учитывать возможность реабилитации после трансплантации печени.

## ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Кокина К.Ю., Малиновская Ю.О., Григорьевская А.О., Сумцова О.В., Мойсюк Я.Г.

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

**Цель:** изучить факторы риска острого повреждения почек (ОПП) у реципиентов печени в первые 7 дней после трансплантации.

**Материалы и методы:** в анализ включены данные 143 пациентов, которым была выполнена ТП от трупного донора в ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского» за период с октября 2016 г. по август 2024 г. Из них 72 (50,3%) мужчины, средний возраст  $49,7 \pm 9,62$  лет. Критерием включения являлось наличие данных уровня креатинина в течение 12 часов до ТП и 7 дней после ТП. ОПП определялось как повышение уровня креатинина  $\geq 1,5$  раз по сравнению с исходным уровнем в течение 7 дней после. По тяжести ОПП пациенты разделены на 3 стадии в соответствии с рекомендациями KDIGO 2012 г.

**Результаты:** средний уровень креатинина в течение 12 часов до ТП составил 80 [65.5; 96] (37; 142) мкмоль/л. В течение 7 дней после ТП ОПП зарегистрировано у 53,8% (n = 77) пациентов. Из них, ОПП 1 стадии у 32 (22,4%), 2 стадии – у 29 (20,3%), 3 стадии – у 16 (11,2%) пациентов. На развитие ОПП после ТП не влияли – пол, возраст, этиологический фактор цирроза печени, время оперативного вмешательства, время холодовой и тепловой ишемии. В группе пациентов с ОПП показатель MELD-Na был статистически значимо выше, чем в группе с нормальной почечной функцией, 19 [15; 23] (7; 41) и 15 [12; 19] (7; 33), соответственно (p < 0,001). Также у пациентов с ОПП требовались большие объемы интраоперационной гемотрансфузии, чем без ОПП: эритроцитарной массы 330 мл [0; 660] (0; 3970) и 0 мл [0; 610] (0; 1500) (p < 0,031), а также свежезамороженной плазмы 1303 [900; 1871] (0; 3452) и 1000 [600; 1490] (0; 3700), соответственно (p < 0,01).

**Выводы:** Риск развития ОПП в посттрансплантационном периоде выше у пациентов с исходно более высоким MELD-Na и большим объемом интраоперационной гемотрансфузии.

## РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ ПРОГРАММЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ: ПЕРВЫЕ 150 ОПЕРАЦИЙ

Малиновская Ю.О., Сидоренко А.Б., Кокина К.Ю., Сумцова О.В., Григорьевская А.О.,  
Сутушкин В.Ю., Качмазова М.А., Мойсюк Я.Г.

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, Москва, Россия

Оценка эффективности работы центра трансплантации является неотъемлемым инструментом контроля функционирования программы.

**Материалы и методы:** Данные получены из локального научного регистра ТП. В анализ включены данные 307 кандидатов на трансплантацию и 150 последовательных ТП от посмертных доноров, выполненных 147 реципиентам (3 из них перенесли по 2 ТП) с октября 2016 по июнь 2024.

**Результаты:** Из 307 пациентов, включенных в лист ожидания прооперировано 57% пациентов, в 16% произведен delisting по причине рекомпенсации, 9% пациентов исключены из-за появления противопоказаний, 11% пациентов умерло. Среднее время ожидания до ТП – 6 мес.

Медиана возраста реципиентов составила 50 лет, интерквартильный размах (ИКР) 44-57 лет (от 23 до 69 лет). Медиана MELD-Na на момент ТП составила 18 баллов, ИКР 14-21,5 (от 7 до 41 балла). Наиболее частыми показаниями к ТП служили: цирроз печени вирусной этиологии – 34%, цирроз печени в исходе аутоиммунных и холестатических заболеваний - 23%, ГЦР– 14%, алкогольный цирроз печени - 12%.

Выживаемость реципиентов в течение 1, 3 и 7 лет составляет 91% (95% доверительный интервал (ДИ) 87-96%), 88% (95% ДИ 83-94%) и 85% (95% ДИ 78-93%) соответственно; 1, 3 и 7 летняя выживаемость трансплантатов - 90% (95% ДИ 85-95%), 87% (95% ДИ 81-94%), 84% (95% ДИ 76-93%), соответственно. Летальный исход наступил в 17 случаях (11%). Госпитальная летальность составила 7% (n=11/150).

**Выводы:** Таким образом, функционирующая в Московской области программа трансплантации печени демонстрирует результаты на уровне ведущих мировых центров. Дальнейшее развитие центра и интенсификация работы могут ограничиваться только количеством донорских органов и выделяемых квот.

## НЕИВАЗИВНАЯ ОЦЕНКА ПЛОТНОСТИ ПЕЧЕНИ У ДОЛГОЖИВУЩИХ РЕЦИПИЕНТОВ ТРАНСПЛАНТАТА ПЕЧЕНИ

Марченко Н.В.<sup>1,2</sup>, Герасимова О.А.<sup>1</sup>, Прашнова М.К.<sup>2</sup>, Тилеубергенов И.И.<sup>1</sup>

1.ФГБУ «РНЦРХТ им. академика А. М. Гранова» Минздрава РФ,  
Санкт-Петербург, Россия.

2.ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»,  
Санкт-Петербург, Россия.

Оценка степени фиброз трансплантата печени имеет важное значение для оптимизации иммуносупрессивной терапии в отдаленные сроки после трансплантации печени (ТП), при этом в настоящее время, предпочтение отдается неинвазивным методам диагностики прогрессирования фиброза, что позволяет сократить необходимость биопсии печени.

**Целью** исследования явилось сравнение неинвазивных методов изучения состояния печени методом транзитной эластографии (фиброскан) и расчетных индексов фиброза у долгоживущих реципиентов трансплантата печени.

**Материалы и методы.** В исследование включили 38 реципиентов посмертного трансплантата печени с его удовлетворительной функцией: 23 женщины и 15 мужчин, живущих  $15,1 \pm 4,3$  лет после ТП, наблюдаемых в РНЦРХТ им. ак. А. М. Гранова. У 12 из 38 пациентов трансплантат имел морфологические признаки стеатоза от 30 до 60% при пересадке. На момент исследования средний возраст составил  $54,9 \pm 14,5$  лет. На аппарате Fibroskan-430Mini методом транзитной эластографии определяли жесткость печени в кПа, и стеатоз по степени затухания УЗ-сигнала в dB/m. Учитывали результаты анализа крови (АЛТ, АСТ, тромбоциты, билирубин, альбумин), выполненного в день эластометрии, для расчета FIB-4. Статистическую обработку проводили с помощью Statistica for Windows, v. 13.

**Результаты.** Средний ИМТ составил  $26,5 \pm 3,4$  кг/м<sup>2</sup>, что соответствует избыточному весу. ИМТ был максимальным у тех, кто имеет признаки развившегося стеатоза ( $Z=3,4$ ,  $p=0,0005$ ). Средняя жесткость печени составила  $7,1 \pm 3,6$  кПа (F 1-2), у троих пациентов выявлен выраженный фиброз F3. Среднее значение FIB-4  $1,34 \pm 0,47$  соответствовало F 2 по Ishak. Выявлена взаимосвязь развитие стеатоза ( $Z=3,4$ ,  $p=0,005$ ) и фиброза ( $Z=3,6$ ,  $p=0,0001$ ) с возрастом реципиента.

**Заключение.** Неинвазивные методы оценки фиброза, могут быть использованы для оценки трансплантата печени в динамике. При выявлении выраженного фиброза оптимальным остается выполнение биопсии при планировании модификации поддерживающей иммуносупрессии.

# ОПЫТ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРСПЛЕНИЗМА У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ИЗ ЛИСТА ОЖИДАНИЯ НА ТРАНСПЛАНТАЦИЮ ПУТЕМ ПРОВЕДЕНИЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ

Рябова Е.Н.<sup>1,2</sup>, Васенин С.А.<sup>1</sup>, Муртазалиева М.С.<sup>1</sup>,

Загайнов Е.М.<sup>1</sup>, Серегин А.А.<sup>1</sup>, Загайнов В.Е.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА России,

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» МЗ РФ,  
Нижний Новгород

В листе ожидания (ЛО) на трансплантацию печени (ТП) ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России на 31.12.2024г находилось 293 пациента с циррозом печени (ЦП) различной этиологии. Количество выполненных ТП за 2024г составило всего лишь 10 (8 от посмертного донора и 2 от живого родственного донора). Существует значительная диспропорция между потребностями в ТП и количестве выполняемых операций. Пациенты длительно находятся в ЛО, у них прогрессируют осложнения ЦП. Одним из таких осложнений является развитие выраженной спленомегалии с гиперспленизмом.

Пациенты, находящиеся в ЛО ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России, регулярно посещают хирурга-трансплантолога для коррекции терапии, получения информации о тяжести их текущего состояния и обновления сыворотки крови в базе данных. С июня 2024 года пациентам с прогрессированием спленомегалии с гиперспленизмом мы выполняем эндоваскулярную эмболизацию селезеночной артерии (ЭЭСА). Показаниями для вмешательства являются размеры селезенки более 200 мм в длиннике по данным УЗИ брюшной полости и снижение уровня тромбоцитов (Тр) крови менее  $50-60 \cdot 10^9/\text{л}$ . Всего за 6 месяцев было выполнено 6 ЭЭСА спиралями пациентам с ЦП различной этиологии. Средний размер селезенки в длиннике до ЭЭСА составил  $242 \pm 10,1$  мм, через 1-2 месяца после ЭЭСА  $218 \pm 14,4$  мм. Уровень Тр до вмешательства составлял  $52 \pm 8,7 \cdot 10^9/\text{л}$ , через 1-2 месяца  $98 \pm 22,4 \cdot 10^9/\text{л}$ . Конечно, объём выполненных вмешательств еще недостаточно большой для того, чтобы достоверно судить о привлекательности метода коррекции спленомегалии с гиперспленизмом. Требуется дальнейшая наработка материала и оценка пациентов в отделенные сроки. Однако уже по имеющимся данным можно сказать, что после ЭЭСА селезенка уменьшается на 3-4 см и уровень Тр повышается на 40-100 единиц.

## ФУНКЦИЯ ПОЧЕК ДО, СРАЗУ ПОСЛЕ И ЧЕРЕЗ ГОД ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Сушков А.И., Рудаков В.С., Восканян С.Э.

ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, Москва, Россия

Нарушение почечной функции является одним из наиболее часто встречающихся состояний у кандидатов на трансплантацию и реципиентов печени.

**Цель работы** - оценить распространенность и выраженность нарушений функции почек непосредственно перед трансплантацией печени (ТП), в течение первой послеоперационной недели, при выписке из клиники и спустя год после операции.

В одноцентровое регистровое исследование включены данные о 550 ТП, выполненных последовательно в период с мая 2010 по июль 2024 г. Скорость клубочковой фильтрации (рСКФ) рассчитывали по формуле «2021 СКD-EPI Creatinine». Острое почечное повреждение (ОПП) диагностировали и определяли стадию на основании критериев RIFLE в интервале от 12 часов до 7 дня после пересадки.

Медианные значения рСКФ непосредственно перед ТП ( $n = 550$ ), при выписке ( $n = 472$ ) и спустя год после операции ( $n = 257$ ) составили 107 (интерквартильный размах (ИКР): 86 – 119), 103 (ИКР: 75 – 116) и 79 (ИКР: 62 – 100) мл/мин/1,73м<sup>2</sup>, а доли пациентов с рСКФ менее 60 мл/мин/1,73м<sup>2</sup> – 7,1%, 12,7% и 22,2% соответственно. ОПП развилось после 33,0% операций, в том числе стадий RIFLE  $\geq I$  – в 16,6% случаев. Методы заместительной почечной терапии были использованы после 7,3% ТП.

Возраст реципиента (HR 1,07,  $p < 0,001$ ), артериальная гипертензия (HR 2,2,  $p = 0,010$ ), рСКФ  $< 60$  мл/мин/1,73м<sup>2</sup> при выписке (HR 2,3,  $p = 0,008$ ), концентрация такролимуса (HR 1,18,  $p < 0,001$ ) в крови – независимые факторы риска снижения рСКФ ниже 60 мл/мин/1,73м<sup>2</sup> через год после ТП. Пятилетняя выживаемость реципиентов с рСКФ  $< 60$  мл/мин/1,73м<sup>2</sup>, измеренной через год после ТП составила 89,0%, при рСКФ  $\geq 60$  мл/мин/1,73м<sup>2</sup> – 88,7%,  $p = 0,760$ .

## 6. ХОЛЕСТАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ



**КАСКАДНАЯ ПЛАЗМОФИЛЬТРАЦИЯ У ПАЦИЕНТКИ С МУЧИТЕЛЬНЫМ КОЖНЫМ  
ЗУДОМ КАК РЕЖИМ ОЖИДАНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ**  
**Кашеева М.А., Буеверова Е.Л., Лапшин А.В., Жаркова М.С., Татаркина М.А., Тиханкова А.В.,  
Сивцевич Н.Н., Ивашкин В.Т.**

*ФГАОУ ВО “Первый Московский государственный медицинский университет  
имени И.М. Сеченова” Минздрава России, Москва, Россия*

Пациентка 40 лет с жалобами на мучительный кожный зуд, множественные бляшки на веках, лице, предплечьях, ладонях. С января 2024г. кожный зуд на фоне стресса, периодически принимала алкоголь. В феврале желтуха, потемнение мочи, обесцвечивание кала, интенсивный зуд. Госпитализация в ГКБ: гипербилирубинемия, холестаза, цитолиз, дислипидемия. Исключены вирусные гепатиты, болезнь Вильсона, МРХПГ без особенностей. Диагноз: токсический гепатит, преднизолон 120 мг в/в, без эффекта. Амбулаторно: аутоантитела к митохондриям АМА-M2 положительные, диагноз: первичный билиарный холангит, терапия (урсодезоксихолевая кислота, адеметионин, орнитин, безафибрат) без эффекта. Гены наследственных дислипидемий – мутации не обнаружены. Обратилась в клинику в сентябре. Объективно: гиперпигментация, сухость кожи, расчесы, множественные ксантомы. Гепатоспленомегалия. Лабораторно: альбумин 33,3 г/л, АЛТ 81 ед/л, АСТ 258 ед/л, ГГТ 1399 ед/л, ЩФ 683 ед/л, общий билирубин 85,2 мкмоль/л (прямой 42,5 мкмоль/л), СРБ 16,6 мг/л, желчные кислоты 145,7 ед/л, Ig M 10,53 г/л, холестерин 43,9 ммоль/л, ТГ/ЛПВП 1,33, ЛПНП 41,52 ммоль/л, ЛПОНП 0,90 ммоль/л. УЗДГ сосудов головы и шеи: атеросклероз, стенозы до 30-40%. УЗИ и КТ ОБП: гепатоспленомегалия, аденомиоматоз желчного пузыря. ЭГДС: ВРВП 0-1 ст. Эластометрия печени: фиброз F3-4 ст. по системе METAVIR, стеатоз S1 ст. Клинический диагноз: Основное заболевание: Первичный билиарный холангит (АМА+). MELD Na 19 баллов. Портальная гипертензия: ВРВП 0-1 ст., гепатоспленомегалия. Выраженный синдром холестаза. Осложнение: Атеросклероз брахиоцефальных артерий. Сопутствующее: Аденомиоматоз желчного пузыря. Прежняя терапия без эффекта. Каскадная плазмофильтрация (КП) с умеренной положительной динамикой. Рекомендованы повторные процедуры КП, биопсия печени. Направлена на консультацию к трансплантологу.

**Заключение.** Выраженный синдром холестаза без ответа на лекарственную терапию служит показанием для каскадной плазмофильтрации с целью улучшения качества жизни пациентов во время ожидания трансплантации печени.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГАБАПЕНТИНА С ЦЕЛЬЮ  
КОРРЕКЦИИ КОЖНОГО ЗУДА У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ**

**Закаева Э.Р., Мазурчик Н.В., Кислый Н.Д.**  
*Кафедра госпитальной терапии РУДН, г. Москва, РФ*

Основным клиническим симптомом холестатических заболеваний печени является кожный зуд. Коррекция кожного зуда остается сложной клинической задачей. На фоне терапии препаратами урсодезоксихолевой кислоты, холестирамина, налтрексона, рифампицина коррекция кожного зуда не всегда возможна или достижима. Основным показанием к применению габапентина является нейропатическая боль, однако, в связи со схожестью рецепторов боли и зуда, возможно его применение для лечения кожного зуда любого генеза.

**Цель исследования.** Изучить эффективность и безопасность применения габапентина у пациентов с циррозом печени (ЦП).

**Материалы и методы.** Проведено открытое проспективное несравнительное исследование эффективности и безопасности габапентина у пациентов с ЦП. Обследовано 32 пациента с выраженным кожным зудом. У 20 пациентов наблюдался ЦП в исходе первичного билиарного холангита (ПБХ), у 8 пациентов - ПБХ и аутоиммунного гепатита, у 4 - алкогольного генеза. Диагноз верифицирован клиническими, биохимическими и инструментальными методами исследования. Пациенты получали габапентин в дозе 75-300 мг в течение длительного времени. Оценка кожного зуда проводилась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ).

**Результаты.** Через 2 недели наблюдения снижение интенсивности кожного зуда отмечалось у 94% пациентов, полный регресс отмечен у 19%. Через 3 месяца наблюдения снижение интенсивности кожного зуда отмечалось у 100% пациентов, полный регресс отмечен у 44%. Значимых побочных эффектов не отмечалось. У 100% пациентов на фоне этиотропной и патогенетической терапии отмечено улучшение функции печени, снижение ферментов цитолиза и холестаза.

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности и безопасности низких доз габапентина у пациентов с циррозом печени и выраженным кожным зудом.

## **ЯВЛЯЮТСЯ ЛИ АНТИМИТОХОНДРИАЛЬНЫЕ АНТИТЕЛА (АМА) ПРИ ПЕРВИЧНОМ БИЛИАРНОМ ХОЛАНГИТЕ (ПБХ) СЛЕДСТВИЕМ ДИСФУНКЦИИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ?**

**Маев И.В., Решетняк В.И.**

*ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ, Москва, Россия*

Патогномоничным признаком ПБХ является наличие в плазме крови АМА. АМА образуются к дигидролипоилтрансацилазе пируватдегидрогеназного комплекса (Е2 ПДГ), расположенного на внутренней мембране митохондрий. Причины и механизм образования АМА неизвестны. Считается, что **при ПБХ происходят нарушения в иммунной системе**, сопровождающиеся изменением её толерантности к Е2 ПДГ. В ответ вырабатываются АМА, повреждающие мелкие холангиоциты, что сопровождается их апоптозом и разрушением мелких внутрипеченочных желчных протоков (ЖП). Отсутствуют доказательства повреждающего действия АМА на холангиоциты. Кроме того, изменение толерантности иммунной системы к высококонсервативному Е2 ПДГ должно сопровождаться развитием клинических проявлений системного характера. Но при ПБХ изменения ограничены локальным повреждением холангиоцитов мелких внутрипеченочных ЖП.

Предлагается механизм образования АМА, устраняющий это противоречие.

При ПБХ уменьшается выработка бикарбоната ( $\text{HCO}_3^-$ ) холангиоцитами. Происходит закисление рН внутрипротоковой желчи, что сопровождается поступлением и накоплением жёлчных кислот в мелких холангиоцитах. Происходит солюбилизация жёлчными кислотами фосфолипидов и холестерина с мембран холангиоцитов. Это сопровождается деструкцией митохондрий, высвобождением и деградацией ПДГ. Наличие липоевой кислоты в Е2 ПДГ, приводит к её взаимодействию с желчными кислотами, изменению структуры липоильного домена, что сопровождается приобретением неоантигенных свойств Е2 ПДГ. Презентация лимфоцитами иммуномодифицированного Е2 ПДГ сопровождается стимулированием субпопуляции Т-клеток и специфическим продуцированием АМА.

Представленный механизм образования АМА **указывает на изменение иммунологических свойств Е2 ПДГ антигена и исключает дисфункцию иммунной системы при ПБХ.**

## **ТЕРАПИЯ БИЛИАРНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС**

**Якубчик Т.Н.<sup>1</sup>, Бондарчук Л.К.<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>УО «Гродненский государственный медицинский университет», <sup>2</sup>УЗ «ГОККЦ», г. Гродно, Беларусь*

Билиарные расстройства часто встречаются у пожилых пациентов с ИБС. Возникает трудность в подборе препаратов для лечения из-за возможного лекарственного взаимодействия.

**Цель исследования:** изучить клиническую эффективность приема препарата «Тримедат форте» (АО «Валента Фарм», Россия) в лечении билиарной боли у пациентов с ИБС.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 46 пациентов, госпитализированных с диагнозами ИБС: ОКС (28 пациента с «нестабильной стенокардией» и 18 - с «острым инфарктом миокарда»). Возраст пациентов от 58 до 67 лет. Все пациенты получали стандартную терапию согласно Клинического протокола Министерства Здравоохранения Республики Беларусь. В динамике оценивали клинические, биохимические и ультразвуковые показатели. При наличии билиарной боли в комплекс терапии включали препарат «Тримедат форте» (1 таблетке 2 раза в день).

**Результаты.** Периодические жалобы на горечь во рту, вздутие живота нарушения стула (запоры или чередование запоров с неоформленным стулом), отмечались у 36 пациентов до госпитализации, в день поступления отмечались у 16 пациентов. У остальных проявления диспепсии, ноющие боли в правом подреберье и эпигастрии, болезненность при пальпации в правом подреберье появлялись на 3-6 день терапии. При УЗИ у всех пациентов были выявлены взвеси гиперэхогенных частиц в полости желчного пузыря или эхонеоднородная желчь с наличием сгустков, без признаков воспаления желчного пузыря. При приеме пациентами препарата «Тримедат форте» нивелирование клинических проявлений диспепсии и билиарных расстройств отмечалось на 2-5 день. При продолжении приема препарата в период госпитализации эффект сохранялся.

**Заключение.** Таким образом, препарат «Тримедат форте» является эффективным для нивелирования клинических проявлений билиарных расстройств и может быть применен у пациентов с ИБС.



## ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОНКОМАРКЕРОВ АФП И PIVKA-II В ГРУППАХ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА ГЦК СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Анашкина М. А., Бессонова Е. Н.

Свердловский областной гепатологический центр

ГАОУ СО «Свердловская областная клиническая больница №1», Екатеринбург, Россия

**Актуальность.** ГЦК - одно из самых распространенных онкологических заболеваний печени, чаще всего возникающее при наличии цирротических изменений органа. Большое прогностическое и клиническое значение имеет выявление ГЦК на ранних стадиях. Раннее выявление опухоли дает возможность применения специфических методов лечения, как оперативных методик, так и химиотерапии.

**Цель.** Проанализировать эффективность определения уровня АФП и PIVKA-II сыворотки для раннего выявления очагов ГЦК на фоне цирроза печени.

**Материалы и методы.** В 2024 году с исследовательской целью 128 пациентам было выполнено одновременное определение АФП и PIVKA-II у пациентов с циррозом печени в группах высокого и крайне высокого онкологического риска (вирусный генез цирроза печени и/или отягощенный по ГЦК наследственный анамнез, включая пациентов, состоящих в листе ожидания трансплантации печени). Среди данной группы пациентов у 55 (43%) пациентов уровень АФП превышал норму, и у 74 (57,8%) пациентов выявлен повышенный уровень PIVKA-II. Всем пациентам проводились диагностические КТ- и/или МРТ-исследования для исключения очаговой патологии. Корреляция повышенных показателей наблюдалась у 35 (27,3%) пациентов.

Из всех обследованных пациентов - диагноз ГЦК был подтвержден визуализирующими методиками у 23 (18%) пациентов. У пациентов из группы с подтвержденным ГЦК - у 13 (56,5%) были повышены оба онкомаркера, изолированно только PIVKA-II был повышен у 6 (26,1%), а только АФП был повышен у 2 пациентов (8,7%). У большинства пациентов опухоль была выявлена на ранней стадии.

**Выводы.** Таким образом, складывается впечатление о том, что показатель PIVKA-II имеет большую чувствительность в диагностике ГЦК, а использование определения комбинации онкомаркеров АФП и PIVKA-II, и расчет нового алгоритмического показателя GAAD - может повышать возможность раннего выявления ГЦК. Полученные данные свидетельствуют о том, что данный вопрос требует дальнейшего изучения.

## НЕЙТРОФИЛЬНО-ЛИМФОЦИТАРНЫЙ ИНДЕКС КАК ФАКТОР РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Сергеева С.С., Буеверова Е.Л., Лапшин А.В., Жаркова М.С., Сардарян Г.Г., Схиртладзе М.Р., Березина Е.В., Ивашкин В.Т.

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия

Пациент 42 лет с жалобами на лихорадку до 39°C с ознобами более 1 мес., увеличение в объёме живота, сонливость днём, потерю аппетита. В 2016г. маркеры HCV-инфекции (1в генотип), спленоmegалия, ВРВП 2-3 ст., противовирусная терапия (ПВТ) 24 нед., устойчивый вирусологический ответ (УВО). 2018-2019гг. лигирование ВРВП, тромбоз воротной вены (ТВВ), генетическая тромбофилия. С 2021г. асцит, диуретики. 2023г. – повторные лапароцентезы. Объективно: заторможен, сонлив, тремор рук, температура 36,9°C (а/б терапия), субъиктеричность склер, печёночные знаки, отёки голеней, стоп, ЧДД 22/мин., ЧСС 117/мин., SI ослаблен, систолический шум на верхушке, акцент SII на лёгочной артерии, ритм галопа, напряжённый асцит. Лабораторно: нейтрофилы  $8,56 \cdot 10^9/\text{л}$ , лимфоциты  $0,65 \cdot 10^9/\text{л}$ , нейтрофильно-лимфоцитарный индекс (НЛИ)=13,2, альбумин 33 г/л, общий билирубин 27,6 мкмоль/л, СРБ 107,5 мг/л, ПТИ 32%, NT-proBNP 183 пг/мл. Посевы биожидкостей отрицательные. УЗИ, КТ, МРТ ОБП: цирроз печени (ЦП), портальная гипертензия, ТВВ, гиперваскулярное образование в 3 сегменте печени. ЭГДС: ВРВП 1-2 ст. ЭхоКГ: дилатация предсердий, митральный клапан (МК) – вегетации, регургитация 2 ст., СДЛА 45 мм рт. ст. Клинический диагноз: Сочетанные заболевания: 1. Цирроз печени HCV-этиологии (ПВТ, УВО), класс С по Child-Pugh. 2. Подострый инфекционный эндокардит (ИЭ: 1 большой, 2 малых критерия Дюка) с поражением МК. 3. Гепатоцеллюлярная карцинома. 4. Тромбоз воротной вены. Фоновое: Генетическая тромбофилия (мутация протромбина FII Thr165Met(het)). Осложнения: Синдром системного воспалительного ответа. Печеночная недостаточность, печёночная энцефалопатия 1 ст. Орнитин 50% 20мл в/в/сут.; цефоперазон/сульбактам 1/1г и ванкомицин 1г в/в 2 р/сут.; апиксабан 5мг/сут.; карведилол 12,5мг/сут., периндоприл 4мг/сут.; спиронолактон 200мг/сут., торасемид 10мг/сут.; трансфузии альбумина 20% в/в. После выписки направлен к онкологу, через 4 нед. умер.

**Заключение.** Высокий НЛИ - чувствительный индикатор системного воспаления и фактор риска летального исхода у пациентов с декомпенсацией ЦП на фоне редкого инфекционного осложнения.

## КОМПОНЕНТНЫЙ СОСТАВ ТЕЛА И ОСНОВНОЙ ОБМЕН У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Жариков Ю.О.<sup>1</sup>, Киселева Я.В.<sup>2</sup>, Смыслова В.Д.<sup>1</sup>, Алиева А.М.<sup>1</sup>, Масленников Р.В.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет);  
<sup>2</sup>ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Величина основного обмена (ВОО) отражает суточные затраты энергии, необходимые для функционирования жизненно важных систем органов. Различные заболевания приводят к повышению ВОО, однако связь ВОО и компонента тела у пациентов с циррозом печени (ЦП) недостаточно изучена. **Цель.** Оценить ВОО и её зависимость от изменений компонентов состава тела при ЦП. **Материалы и методы.** Проведено ретроспективное исследование данных 150 пациентов (92 мужчины и 58 женщин) с ЦП. Медиана возраста 55,4 (43,0–61,0) года: 48,5 (43–51) у мужчин и 58,5 (47,5–61,0) лет — у женщин. У 32,6% пациентов ЦП алкогольного генеза, у 10,9% - на фоне вирусного гепатита С, у 10,9% - аутоиммунный генез, в остальных случаях этиология представлена НАЖБП, ПСХ и др. Проведен биоимпедансный анализ (БИА) компонентного состава тела (прибор ABC-01 «МЕДАСС»). Использован регрессионный анализ Сох. **Результаты.** Полученные результаты БИА: ЖМТ (%) у женщин 35,2 (27,4–43,5) против 29,7 (24,7–35,2) у мужчин ( $p=0,007$ ), тощая масса тела (%) 61,1 (52,1–65,9) против 69,4 (68,3–72,1) ( $p=0,001$ ), доля АКМ (%) 30,1 (27,3–32,5) против 37,8 (32,4–43,3) ( $p<0,001$ ), ВКЖ (кг) 20,8 (17,6–23,1) против 22,3 (16,8–24,2) ( $p=0,25$ ), СММ (кг) 16,8 (15,2–20,2) против 19,9 (17,6–24,1) ( $p=0,04$ ). Медиана ВОО (ккал/сут) у мужчин с ЦП составили 1631,0 (1577,5–1760,0), у женщин — 1337,0 (1256,0–1421,5);  $p=0,005$ . В результате однофакторного анализа предикторами изменений ВОО определены: пол, ИМТ, ЖМТ, АКМ, доля СММ, ИТБ, ВКЖ, ММ и ФУ; по результатам многофакторного анализа - АКМ, доля СММ, ММ, ФУ и пол. **Заключение.** Изменение ВОО на фоне ЦП коррелирует с изменениями компонентного состава тела и зависит от таких параметров как пол, АКМ, доля СММ, ММ, ФУ.

## ЦИРРОТИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ

Маммаев С.Н., Абасова А.С., Касаева Э.А., Абакарова Г.Г.  
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ,  
г.Махачкала, Россия,  
ГБУ РД «РКБ», им. А.В. Вишневецкого, г.Махачкала, Россия

Описан клинический случай успешного комплексного лечения с применением селективного обратимого ингибитора натрий-глюкозного котранспортера 2-типа пациента с цирротической кардиомиопатией.

**Клиническая картина:** В анамнезе употребление алкоголя. Больной повышенного питания (ИМТ-31 кг/м<sup>2</sup>), расширенная сосудистая сеть на коже лица, живота. Живот увеличен в объеме за счет асцита, слабость, одышка.

**Материал и методы исследования.** Диагноз установлен на основании клинических, биохимических, инструментальных методов исследования.

**Результаты обследования.** Установлено снижение уровня гемоглобина, тромбоцитов, альбумина, протромбина, повышение уровня цитолитических ферментов до 6 норм, билирубина до 5 норм, гликозилированного гемоглобина до 6,4%, отсутствие маркеров вирусов гепатита В и С. Ультразвуковое исследование брюшной полости-гепатоспленомегалия, асцит. Эзофагогастродуоденоскопия-варикозного расширение вен пищевода не выявлено. ЭХО-кардиография: гипертрофия левого желудочка с утолщением межжелудочковой перегородки, показатель E/A 0,8. Электрокардиограмма: показатель скорректированного интервала QTc по формуле Базетта составил 0,46.

Комплексная терапия с применением гепатопротекторов, мочегонных, белковых препаратов (альбумина), б-блокатора, селективного обратимого ингибитора натрий-глюкозного котранспортера 2-типа способствовала стабилизации клинического состояния.

**Выводы.** Знание клинико-лабораторно-инструментальных проявлений кардиомиопатии при циррозе печени и прогнозирование применения различных фармакологических препаратов, в том числе селективных обратимых ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 -типа позволит значительно улучшить отдаленные прогнозы лечения этой категории больных.

## ИССЛЕДОВАНИЕ САРКОПЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Савельева Т.В., Богачева А.А., Эшмаков С.В., Ежов А.В.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Россия

**Цель.** Изучить особенности саркопении у пациентов с циррозом печени (ЦП).

**Материал и методы.** В исследование включено 37 пациентов с установленным диагнозом ЦП вирусной, алкогольной и смешанной (вирусной+алкогольной) этиологии. Средний возраст составил  $52,7 \pm 14,3$  года. Мужчин – 22 (59,5%), женщин – 15 (40,5%). ЦП класса А по классификации Child–Turcotte–Pugh был установлен у 1 (3%), класса В – у 13 (35%), класса С – у 23 (62%) обследованных. Диагностика саркопении включала опросник SARC-F и функциональные тесты: кистевая динамометрия, тест 5-кратным подъемом со стула, тест «Встань и иди».

**Результаты.** По данным кистевой динамометрии у 21 (57%) пациента наблюдалось снижение силы мышц рук, тест 5-кратным подъемом со стула установил у 27 (73%) снижение силы ног. Вероятная саркопения была выявлена у 17 (63%), пациентов с ЦП класса С, у 9 (24%) обследованных класса В. Результаты исследования установили, что снижение мышечной силы растет с выраженностью ЦП. Как показал тест «Встань и иди», тяжелая саркопения была выявлена у 12 (32%) пациентов, преимущественно у пациентов с ЦП класса С - у 10 (83%) больных. Выявлена значимая прямая корреляционная зависимость между снижением мышечной силы и возрастом, анемией, тромбоцитопенией, обратная – с синдромами холестаза и печеночно-клеточной недостаточности. Следует отметить, что чаще всего саркопения имела место у пациентов с ЦП смешанной этиологии.

**Заключение.** Таким образом, скрининговые методы исследования выявили саркопению у большинства пациентов с ЦП. Вероятность развития тяжелой саркопении имеют пациенты с декомпенсированным ЦП. Полученные данные позволят привлечь внимание врачей, особенно первичного звена, к профилактике, своевременному выявлению саркопении и проведению направленной немедикаментозной (модификация питания и физическая активность) и медикаментозной коррекции у данной категории пациентов.

## ГИПЕРАММОНИЕМИЯ ПРИ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Тараки Б.М., Адамова И.Г., Федоров И.Г., Ильченко Л.Ю., Никитин И.Г.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ; ГКБ им. В.М. Буянова ДЗМ, Россия

Acute-on-chronic liver failure (ACLF) – острая печеночная недостаточность на фоне хронической с чрезвычайно высокой 28-дневной летальностью.

**Цель.** Определить связь гипераммониемии с тяжестью декомпенсации у пациентов с ЦП.

**Материалы и методы.** Проведено комплексное клинично-биохимическое и инструментальное обследование 118 пациентов с ЦП в возрасте от 31 до 75 лет, госпитализированных в многопрофильный стационар. Для оценки степени органной дисфункции использовалась шкала CLIF-C OF-score (Chronic Liver Failure - Consortium - Organ Failure Score). Измерение концентрации аммиака (Ам) в капиллярной крови проводилось экспресс-методом с помощью аппарата PocketChem BA PA-4140 (Япония).

**Результаты.** Основные причины госпитализации пациентов с ЦП: кровотечение из ВРВП, нарастание асцита, инфекции, печеночная энцефалопатия. В первые 3 дня госпитализации острая декомпенсация (ОД) установлена у 65 (55 %) больных, ACLF (ACLF 1 – 66%, ACLF 2 – 23%, ACLF 3 – 11%) - у 53 (45 %). Медиана Ам капиллярной крови при ОД достигала 160 [116–220] мкмоль/л, при ACLF – 173 [123–216] мкмоль/л. Значение Ам в подгруппах распределялось: для ACLF 1 – 164 [112–205] мкмоль/л, ACLF 2 – 166,5 [142,25–199,5] мкмоль/л, ACLF 3 – 223 [199–237] мкмоль/л. Частота летальности пациентов с ОД составила 9,2%, а при ACLF – 26% (ACLF 1 – 17%, ACLF – 3,7%, ACLF 3 – 7,5%, соответственно). При проведении регрессионного анализа выявлена связь между концентрацией Ам, тяжестью декомпенсации и риском летальности ( $p=0,005$  и  $p=0,01$  соответственно).

**Заключение.** Концентрация Ам увеличивается при усугублении тяжести декомпенсации ЦП. Гипераммониемия может служить прогностическим маркером тяжести декомпенсации и потенциальным предиктором летального исхода у пациентов с высоким риском развития ACLF.

## РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ПРОГНОЗ

Храмкова А.И., Аришева О.С., Гармаш И.В., Мисан И.А., Сафарова А.Ф., Цымбал А.С., Карнаушкина М.А., Кобалава Ж.Д.

*РУДН им Патриса Лумумбы, г. Москва, Российская Федерация*

**Цель работы:** Выявить изменения правых отделов сердца (систолическая экскурсия плоскости трикуспидального кольца (TAPSE), продольная пиковая систолическая скорость движения фиброзного кольца трикуспидального клапана (S') и правожелудочково-артериального сопряжения (ПЖАС) у пациентов с циррозом печени, оценить их влияние на внутригоспитальную смертность и трех месячную выживаемость.

**Материалы и методы:** включены 100 пациентов старше 18 лет с ЦП. Мужчин 66, средний возраст  $48,0 \pm 15,25$  лет, средний балл по Чайлд-Пью -  $10 \pm 2$ , MELD -  $20 \pm 8,5$ . Оценивались эхокардиографические параметры правых отделов сердца: TAPSE, S' и ПЖАС. Нормальными показателями считались TAPSE  $\geq 17$  мм, S'  $\geq 9,5$  см / с. Медиана ПЖАС составила 0,79 [0,63; 1,09] мм/мм.рт.ст., Прогноз оценивался по частоте внутригоспитальной смертности и выживаемости через 3 месяца.

**Результаты и обсуждение:** Снижение TAPSE ( $< 17$  мм) регистрировалось у 15 пациентов с циррозом печени, снижение S' ( $< 9,5$  см/с) у 12, снижение ПЖАС ниже медианы ( $< 0,79$  мм/мм.рт.ст.) у 27. Снижение TAPSE ( $< 17$  мм) независимо ассоциировалось с более неблагоприятным прогнозом в отношении внутригоспитальной смертности по данным многофакторного анализа Кокса (скорректированное отношение рисков (скОР) 13,04; 95% доверительные интервалы (ДИ) 2,93–57,88,  $p=0,013$ ). По данным многофакторного анализа снижение S' ( $< 9,5$  см/с), TAPSE ( $< 17$  мм), ПЖАС ниже медианы ( $< 0,79$  мм/мм.рт.ст.) независимо ассоциировалось с более неблагоприятным прогнозом в отношении смерти от всех причин в течение 3 месяцев наблюдения ( $p < 0,05$ ).

**Заключение:** Снижение показателей правожелудочковой функции, таких как TAPSE, пиковая систолическая скорость движения трикуспидального клапана (S'), правожелудочково-артериального сопряжения (ПЖАС) независимо ассоциировалось с более неблагоприятным риском в отношении 3х-месячной выживаемости у пациентов с циррозом печени.

## ПЕРЕНОСИМОСТЬ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ И САТУРАЦИЯ КИСЛОРОДА КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ И ДИСФУНКЦИЕЙ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Храмкова А.И., Аришева О.С., Гармаш И.В., Мисан И.А., Сафарова А.Ф., Цымбал А.С., Карнаушкина М.А., Кобалава Ж.Д.

*РУДН им Патриса Лумумбы, г. Москва, Российская Федерация*

**Введение:** У пациентов с циррозом печени (ЦП) взаимосвязь между изменениями правых отделах сердца и лёгочными нарушениями, включая показатели физической активности (по результатам теста с шестиминутной ходьбой, Т6МХ) и параметры оксигенации крови, остаётся недостаточно изученной.

**Цель работы:** оценить связь между правожелудочковым ремоделированием сердца, Т6МХ и оксигенацией крови у пациентов с ЦП.

**Материалы и методы:** включены 100 пациентов старше 18 лет с ЦП. Мужчин 66 %, средний возраст  $48,0 \pm 15,25$  лет, средний балл по Чайлд-Пью -  $10 \pm 2$ , MELD -  $20 \pm 8,5$ . Пациенты проходили стандартное обследование, включающее: эхокардиографию с оценкой функции правого желудочка (систолическая экскурсия плоскости трикуспидального кольца (TAPSE) ); тест с шестиминутной ходьбой (Т6МХ); сатурацию кислорода в крови, измеренную с помощью пульсоксиметра. Правожелудочковой дисфункцией (ПЖД) считалось TAPSE  $< 17$  мм.

**Результаты:** сформировано 2 группы. Первая – пациенты с ПЖД  $n=15$ , вторая без ПЖД  $n=75$ . Группы были сопоставимы по возрасту, полу, баллам по Чайлд-Пью и MELD. Пациенты 1й группы прошли достоверно меньшее количество метров по сравнению с пациентами 2й группы (Т6МХ 250,00 м [90,00; 340,00], против 335,00 м [250,00; 400,00] ( $p=0,016$ )). Также у пациентов 1й группы отмечалось достоверно более низкие показатели сатурации кислорода в крови (92,00 % [92,00; 96,50] против 98,00 % [96,25; 98,00],  $p=0,008$ ).

**Заключение:** Наличие правожелудочковой дисфункции у пациентов с ЦП характеризуется снижением переносимости физической нагрузки и ухудшением оксигенации крови.

## Т6МХ И ЕГО ДОСРОЧНОЕ ЗАВЕРШЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Цымбал А.С., Карнаушкина М.А., Аришева О.С., Горева Л.А., Маркова М. А.,  
Авдошина С.В., Кобалава Ж.Д.

*Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы, Москва,  
Российская Федерация*

**Цель:** Определить значение досрочного завершения Т6МХ в оценке тяжести и прогноза ЦП.

**Материалы и методы:** Включено 111 пациентов с циррозом печени различной этиологии (67,6% мужчин, средний возраст  $50,3 \pm 10,2$  лет, средний балл по Чайлд-Пью  $10 \pm 2$ , MELD -  $20 \pm 8,5$ ). Сформировано 2 группы. 1 – пациенты, досрочно завершившие тест шестиминутной ходьбы (Т6МХ), (n=19), 2 – прошедшие все 6 минут, (n=92). Всем пациентам было проведено комплексное обследование, включающее Т6МХ. Среднее время досрочного завершения Т6МХ составило  $135 \pm 28,4$  с, среднее расстояние составило  $181,6 \pm 88,8$  м. Пациенты 2 группы прошли  $330,6 \pm 99,9$  м. Конечными точками считались перевод в ОРИТ, летальность в стационаре, смертность в течение 12 недель после выписки.

**Результаты:** Пациенты 1й группы были старше ( $56 [46,50 - 63,50]$ ,  $47 [42,00 - 54,25]$  лет,  $p=0,037$ ), имели больший балл по Чайлд-Пью ( $11 [9,50 - 12,50]$ ,  $10 [8,00 - 11,00]$  б.,  $p=0,014$ ), MELD ( $26,76 \pm 9,22$ ,  $18,57 \pm 7,79$ , ( $p<0,001$ )). Группы не отличались по этиологии, длительности ЦП, полу, значениям билирубина, альбумина, АЛТ, АСТ, креатинина, гемоглобина, тромбоцитов.

Пациенты 1й группы характеризовались большей летальностью в стационаре (n=8 (42%), n=2 (2%) ( $p<0,001$ )), более частыми переводами в ОРИТ (n=6 (32%), n=8 (9%), ( $p=0,027$ )), а также смертностью в течение 3-х месяцев (n=11 (58%), n=12 (13%) ( $p<0,001$ )).

**Вывод:** Досрочное завершение Т6МХ характеризует тяжесть ЦП, его исход во время госпитализации и в течение 3-х месяцев. Т6МХ и его досрочное завершение помогает определить функциональное состояние пациента, может быть использован для оценки тяжести ЦП и прогнозировании смертности пациентов в стационаре и в течение 3-х месяцев после выписки.

## РОЛЬ ШКАЛЫ SOFA В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Цымбал А.С., Карнаушкина М.А., Аришева О.С., Горева Л.А., Маркова М. А.,  
Авдошина С.В., Кобалава Ж.Д.

*Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы, Москва,  
Российская Федерация*

**Цель:** Изучить ассоциации между баллами по шкале SOFA и степени тяжести ЦП, а также определить ее роль в прогнозировании внутрибольничной смертности у данных пациентов.

**Материалы и методы:** В исследование включено 111 пациентов с декомпенсацией ЦП разной этиологии (67,6% мужчин, средний возраст  $50,3 \pm 10,2$  лет). Средний балл по шкале Чайлд-Пью составил  $10 \pm 2$  баллов, по шкале MELD —  $20 \pm 8,5$  баллов. У всех пациентов проведена оценка по шкале SOFA в момент поступления в стационар. Средний балл по шкале SOFA составил  $4 \pm 2,1$  балла. Средняя длительность госпитализации –  $9,97 \pm 5,5$  дней. Выписано из стационара 101 пациент (91,8%), умерло 10 пациентов (9,0 %).

**Результаты.** Выполнен корреляционный анализ взаимосвязи баллов SOFA и Чайлд-Пью, а также SOFA и MELD. Выявлена прямая связь умеренной силы между баллами по шкале SOFA и Чайлд Пью ( $r=0,486$ ,  $p<0,001$ ) и между баллами по шкале SOFA и MELD ( $r= 0,569$ ,  $p<0,001$ ). При увеличении баллов по шкале SOFA на 1 следует ожидать увеличение баллов по MELD на 2,482 ( $p<0,001$ ).

У умерших пациентов медиана SOFA составила 5 баллов (5,0–7,5), у выписанных из стационара - 4 балла (2,0–5,0), ( $p=0,003$ ). Пороговое значение по шкале SOFA, ассоциированное со смертностью в стационаре, составило 5,0 балла [AUC 0,788 95% ДИ (0,615–0,960),  $p=0,003$ ], чувствительность 80,0%, специфичность 65,3%].

**Вывод:** таким образом, расчёт баллов по шкале SOFA коррелирует с тяжестью цирроза печени, а также с вероятными исходами во время госпитализации. Выявлено пороговое значение по шкале SOFA – 5 баллов, которое ассоциировалось со смертностью в стационаре с чувствительностью 80,0%, а специфичностью 65,3%.

## ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОКСИГЕНАЦИИ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ И ЛЕГОЧНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Цымбал А.С., Карнаушкина М.А., Аришева О.С., Горева Л.А., Маркова М. А.,  
Авдошина С.В., Кобалава Ж.Д.

*Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы, Москва,  
Российская Федерация*

**Цель:** Изучить особенности цирроза печени (ЦП) с легочными осложнениями (ЛО) в оценке оксигенации крови у пациентов этой группы.

**Материалы и методы:** Включено 111 пациентов с ЦП (67,6% мужчин, средний возраст  $50,3 \pm 10,2$  года) без заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Средние баллы по Чайлд-Пью и MELD составили  $10 \pm 2$  и  $20 \pm 8,5$  соответственно. 101 пациент (91,8%) был выписан, 10 (8,2%) умерли. Среднее количество койко-дней составило  $9,97 \pm 5,5$  дней. Выделено 2 группы: 1 – с ЛО ( $n=71$ , 65%), 2 – без ЛО ( $n=40$ , 35%). Гепатопульмональный синдром выявлен у 30,6% пациентов, ЛГ – 33,3%, гидроторакс – 26%. 46 пациентов (64,8%) имели одно ЛО, 24 (33,8%) – сочетание двух, 2 (2,8%) – трех ЛО. Проведено обследование с оценкой SpO<sub>2</sub>, %, парциального давления кислорода (PaO<sub>2</sub>, мм рт.ст.) и максимального потребления кислорода (Vo<sub>2</sub>max, мл/мин/кг).

**Результаты:** Пациенты 1 группы были старше [51,00 (44,0;60,0); 46,00 (40,5;49,0),  $p=0,014$ ], имели больший балл по MELD [21 (15 – 28); 17 (11 – 21),  $p=0,08$ ]. Только в 1 группе выявлена платипноэ и ортодексия ( $n=33$ , 45,8%). SpO<sub>2</sub> в покое и PaO<sub>2</sub> были ниже в 1 группе [95,0 (92,0 – 98,0) %; 84,75 (68,30 – 94,55) мм рт.ст.,  $p<0,001$ ]. Vo<sub>2</sub>max был ниже у 1 группы ( $22,7 \pm 0,96$ ;  $28,0 \pm 1,05$ ,  $p=0,008$ ). Группы не отличались по полу, баллам по Чайлд-Пью, значению билирубина, альбумина, МНО, креатинина. Смертность в стационаре в 1 группе составила 12,5% ( $n=9$ ), во 2 – 2,6% ( $n=1$ ),  $p=0,096$ . В течение 6 месяцев пациенты 1 группы умирали чаще,  $n=28$  (38,9%), чем пациенты 2 группы,  $n=9$  (25%),  $p=0,028$ .

**Вывод:** пациенты с ЦП и ЛО были старше, имели более тяжелое течение ЦП, сопровождающееся худшими показателями оксигенации крови и прогнозом в течение 6 месяцев.

## КОРРЕЛЯЦИЯ МЕЖДУ СТЕПЕНЬЮ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ И СТЕПЕНЬЮ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН ПИЩЕВОДА У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Якубчик Т.Н.<sup>1</sup>, Павлюкевич М.В.<sup>2</sup>, Логаш И.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>УЗ «ГКБ № 4 г. Гродно», г. Гродно, Беларусь

**Цель исследования:** изучить возможные корреляции между степенью фиброза при циррозе печени (ЦП) и степенью выраженности варикозных вен пищевода (ВРВП).

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 193 пациента, госпитализированных с диагнозами ЦП в гастроэнтерологическое отделение УЗ «ГКБ № 4 г. Гродно» в 2022-2024гг. Средний возраст пациентов составил  $57,6 \pm 0,8$  лет. Пациенты были обследованы и получали терапию согласно Клинического протокола «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения» МЗ Республики Беларусь. Степень фиброза печени определяли ультразвуковой эластометрией.

**Результаты и обсуждение.** ЦП возник на фоне приема алкоголя (АБП) у 31% пациентов, на фоне ХВГ В у 2 %, на фоне ХВГ С у 3 %, сочетанной этиологии (ХВГ + АБП) у 5 %, с неизвестной этиологией у 57%. У пациентов с АБП выявлены следующие классы тяжести ЦП (по Чайлд-Пью): класс А – 6%, класс В – 35%, класс С – 59%. У пациентов с неизвестной этиологией: класс А – 50%, класс В – 22%, класс С – 28%. У пациентов с ХВГ (В и С): класс А – 56%, класс В – 33%, класс С – 11%. У пациентов с сочетанной этиологией (ХВГ + АБП): класс А – 0%, класс В – 56%, класс С – 44%. Класс С тяжести ЦП чаще ассоциировался с более высокой степенью фиброза (F3-F4) и ВРВП 2-3 степени (ВРВП-3), класс В - с ВРВП 1-2 степени, класс А - с ВРВП 1 степени. Величина коэффициента корреляции между степенью фиброза печени и степенью выраженности ВРВП высокая ( $r = 0,87$ ). У 5 пациентов АБП, при полном воздержании от приема алкоголя в течение двух лет отмечался регресс ВРВП, при сохранении степени фиброза.

**Заключение.** Таким образом, корреляция между степенью фиброза печени и ВРВП подтверждена, но выраженность ВРВП также может зависеть от других факторов.

## 8. ОРФАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ



## **ФИБРОКИСТОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ: ВРОЖДЕННЫЙ ФИБРОЗ ПЕЧЕНИ С КОМПЛЕКСАМИ ФОН МЕЙЕНБУРГА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)**

**Буверов А.О., Калашников М.В., Коблов С.В., Богомолов П.О.**

*Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф.Владимирского, Москва, Российская Федерация*

**Цель:** Охарактеризовать клиническую картину и морфологический субстрат варианта фиброкистозной болезни печени - врожденного фиброза печени (ВФП) с комплексами фон Мейенбурга  
**Материалы и методы:** Проанализированы клиничко-морфологические особенности поражения печени у пациентки с ВФП с комплексами фон Мейенбурга.

**Результаты:** У пациентки 36 лет в 2023 г. при общем анализе крови было выявлено снижение уровня тромбоцитов до 74 тыс/мкл. Клинически наблюдали гепатоспленомегалию, жалоб пациентка не предъявляла. Факторов риска заболеваний печени выявлено не было. Отмечали увеличение активности гамма-ГТ до 2,5 норм, другие биохимические показатели, в том числе индикаторы синтетической функции печени, были в пределах нормы. При компьютерной томографии наблюдали гепатоспленомегалию, диспропорцию сегментов печени, других патологических изменений органов брюшной полости не было. В результате дообследования были исключены алкогольный, вирусный, аутоиммунный генез поражения печени, тезуризмозы и гематологические заболевания. Выполнена пункционная биопсия печени. В биоптате обнаружено большое количество мелких сливающихся островков малоклеточной фиброзной стромы с многочисленными тубулярными структурами, выстланными кубическим эпителием без признаков атипии с просветами различного диаметра, формы и заполненными желчью (комплексы фон Мейенбурга). По результатам биопсии печени диагностирован ВФП с комплексами фон Мейенбурга, пациентка наблюдается хирургом-трансплантологом.

**Выводы:** ВФП с комплексами фон Мейенбурга - редкая причина развития портальной гипертензии. Особенностью поражения печени при ВФП является прогрессирующий фиброз при сохранной синтетической функции органа.

## **ВРОЖДЕННЫЙ ФИБРОЗ ПЕЧЕНИ**

**Ткач К.В., Жаркова М.С., Лапшин А.В., Некрасова Т.П., Шульпекова Ю.О.**

*Сеченовский университет, Москва, Россия*

**Цель:** представить клиническое наблюдение пациента с врожденным фиброзом печени, сложности диагностики и лечения.

Клинический случай. Пациент Т., 39 лет обратился в УКБ№2 с жалобой на общую слабость. Заболевание манифестировало кровотечением из ВРВП; причина портальной гипертензии первоначально не установлена. Отмечались незначительные лабораторные признаки холестаза, снижение уровня альбумина до 30,0 г/л. При рецидиве кровотечения сформирован спленоренальный шунт. Произведена биопсия печени, но в связи с малым количеством материала характер заболевания не установлен. Исключены вирусное, аутоиммунное поражение, болезни накопления. По данным методов визуализации - выраженный фиброз печени, портальная гипертензия, данных в пользу наличия гиперваскулярных образований и тромбоза нет. Пересмотр биоптата печени: изменения междольковых желчных протоков, типичные для порока развития протоковой пластинки; картина врожденного фиброза.  
**Диагноз:** врожденный фиброз печени. Портальная гипертензия: ВРВП 2-3 ст., спленомегалия, рецидивы кровотечений из ВРВП. Спленоренальное шунтирование. Врожденный фиброз может манифестировать в детском, юношеском, реже - в среднем возрасте, часто сочетается с другими фиброзно-поликистозными заболеваниями и протекает в 4 формах: с портальной гипертензией, с холангитом/синдромом Кароли, смешанной и латентной. Тактика ведения определяется ведущим синдромом и темпами прогрессирования. В нашем случае также отмечается риск нарастания печеночной недостаточности, развития гепатоцеллюлярного рака. Планируется постановка в лист ожидания трансплантации печени.

**Заключение.** Врожденный фиброз печени может манифестировать с развития осложнений. Данное наблюдение представляет редкий случай изолированного врожденного фиброза печени, без сопутствующих кистозных изменений, проявившегося поздно. Диагноз верифицируется морфологически.

# ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ SARS-COVID-19 НА ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Тулузановская И.Г., Буренчев С.Д., Розина Т.П.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

(Сеченовский университет), г. Москва, Россия

**Введение.** Болезнь Вильсона-Коновалова (БВК) – наследственное заболевание, с аутосомно-рецессивным типом наследования, полиорганное поражение, при котором обусловлено нарушением метаболизма меди в организме.

В настоящее время влияние новой коронавирусной инфекции (SARS-Covid-19) на характер течения БВК не изучалось.

**Цель работы.** Представить описание клинического случая пациента с болезнью Вильсона-Коновалова и Covid-19 в анамнезе.

Клинический случай. Пациент К., 25.03.2001 года рождения, в 2021 году обратился в поликлинику по месту прохождения срочной военной службы с жалобами, характерные для клинической картины острого респираторного заболевания. Проведенный при поступлении ПЦР-тест на SARS-Covid-19 был положительным. На основании жалоб и результата ПЦР-теста пациента госпитализировали с предварительным диагнозом «Новая коронавирусная инфекция». Во время нахождения в стационаре на фоне проводимой терапии появились жалобы на: носовые кровотечения, слабость, нарастание отеков нижних конечностей, тремор верхних и нижних конечностей, дизартрия. При КТ-исследовании органов брюшной полости выявлены изменения характерные для цирроза печени. Консультация врача-офтальмолога: выявлено полное кольцо Кайзера-Флейшера. Были проведены дополнительные лабораторные исследования: АЛТ – 44,6 МЕ/л; АСТ – 22,2 МЕ/л; билирубин общий – 32,65 ммоль/л; церуллоплазмин – 0,076 г/л. На основании анамнеза и лабораторных данных, консультации врачей-специалистов, пациенту К. выставлен диагноз «Болезнь Вильсона-Коновалова».

**Заключение.** Предположительно, пациенты с болезнью Вильсона-Коновалова являются уязвимой группой населения с повышенным риском инфицирования новой коронавирусной инфекции и усугублением имеющийся симптоматикой.



## ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ СЕРДЦА БЕЗ ОБСТРУКТИВНОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Абдуллаев А.Х., Орзиев Д.З., Узоков Ж.К., Аляви Б.А., Бабаев М.А., Курмаева Д.Н.  
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан

Наблюдали 18 больных ишемической болезнью сердца (ИБС) III-IV функционального класса без обструктивного поражения коронарных артерий с сопутствующим метаболическим синдромом (МС). Исходно и через 3 месяцев изучали показатели ЭКГ, ЭХОКГ, МСКТ, УЗИ печени, содержание холестерина (Х), Х липопротеидов низкой плотности (ХЛПНП), ХЛП высокой плотности (ХЛПВП), триглицериды (ТГ), активность трансаминаз, щелочной фосфатазы, содержание билирубина, полиморфизм генов 9p21 (rs 2383206 и rs 10757272) методом ПЦР. Лечение включало блокаторы кальциевых каналов, антиагреганты (аспирин+тикагрелол), нитраты длительного действия, розувастатин и растительный гепатопротектор. Исходно выявлены изменения по типу атерогенной дислипидемии. Статин привел к нормализации липидов: наблюдали уменьшение содержания Х (с  $7,1 \pm 0,5$  до  $4,6 \pm 0,4$ ), ХЛПНП (с  $3,8 \pm 0,3$  до  $2,3 \pm 0,2$  ммоль/л) ТГ (с  $2,7 \pm 0,2$  до  $1,6 \pm 0,12$  ммоль/л) и увеличение ХЛПВП (с  $1,1 \pm 0,1$  до  $1,3 \pm 0,2$  ммоль/л). Под влиянием лечения улучшились клиническо-лабораторные показатели, активность изученных ферментов (трансаминаз, щелочной фосфатазы) была в пределах нормальных величин. Растительный гепатопротектор, в состав которого входят экстракты девясила, аира болотного, солодки, цикория, ревеня, кукурузные рыльца, горец, бессмертник и тысячелистник, оказал благоприятное влияние на течение ИБС без обструктивного поражения коронарных артерий с МС и предупредил возможные побочные явления лечения и особенно розувастатина. Комплексный подход к ведению этой категории пациентов с учетом индивидуальных особенностей больных и фармакогенетики повышает эффективность лечения, а включение в комплекс растительного гепатопротектора способствует лучшей переносимости статина, предупреждает развитие побочных эффектов и возможных нарушений со стороны печени.

## ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ БИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИИ И ИЗБЫТОЧНОМ ВЕСЕ

Демидова Н.А., Габбасова Л.В., Волевач Л.В., Нафикова А.Ш., Шакирова И.И.  
ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г.Уфа, Россия

**Цель работы.** Изучить ряд метаболических показателей у пациентов с хроническим холециститом в сочетании с избыточным весом у лиц молодого возраста для оптимизации диагностических и профилактических мероприятий.

**Материалы и методы.** Обследовано 66 пациентов с хроническим бескаменным холециститом (ХБХ) с избыточной массой тела (ИМТ), 48 пациентов с ХБХ без избыточного веса, 36 здоровых лиц в возрасте 18-45 лет, группа контроля (КГ) согласно стандарту диагностики. В комплексном исследовании изучали у обследуемых показатели липидов крови, лептина, уровня лептинорезистентности. Применены программы: Statistica, MS Excel, SPSS.

**Результаты.** Обнаружена тенденция к повышению уровня общего холестерина, в сравнении с КГ у лиц с ХБХ. У лиц с ИМТ это выявлено в большей степени ( $p < 0,001$ ). Содержание ХС ЛПВП у пациентов с ХБХ с нормальным весом ( $p < 0,001$ ), с ИМТ ( $p < 0,001$ ) достоверно ниже, чем в КГ. Показатель ХС ЛПНП у пациентов с ХБХ с нормальным весом был достоверно выше, чем в группе КГ ( $p < 0,01$ ), и еще более высокий у пациентов с ИМТ ( $p < 0,001$ ). Уровень ТГ также значительно колебался у пациентов с ИМТ ( $p < 0,001$ ) по сравнению с КГ и с группой ХБХ с нормальным весом ( $p < 0,05$ ). В ходе анализа отклонений от нормы показателей липидного обмена не выявлено, у пациентов с ХБХ имеет место дислипидемия. У лиц с ХБХ с нормальным весом – в 15%, с ИМТ в 22% случаев, что может способствовать формированию билиарного сладжа и конкрементов. У лиц с ИМТ индекс лептинорезистентности достоверно отличался от лиц КГ ( $0,8 \pm 0,05$ ,  $p < 0,001$ ). Лептинорезистентность прогрессировала с увеличением массы тела ( $p < 0,001$ ).

**Выводы.** Таким образом, у лиц с ХБХ выявляется достоверное изменение показателей липидного профиля, а также лептина, лептинорезистентности, причем у лиц молодого возраста с ИМТ она более выражена, что характеризует метаболические нарушения как дополнительный фактор риска калькулезного холецистита, ожирения.

**ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ  
БИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИИ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ**  
Демидова Н.А., Габбасова Л.В., Волевач Л.В., Нафикова А.Ш.  
ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г.Уфа, Россия

**Цель исследования.** Изучение качества жизни при хроническом бескаменном холецистите в сочетании с избыточным весом у лиц молодого возраста для оптимизации диагностических и профилактических мероприятий.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 66 пациентов с хроническим бескаменным холециститом (ХБХ) с избыточной массой тела, 48 пациентов с ХБХ без избыточного веса, 36 здоровых лиц в возрасте 18-44 лет согласно стандарту исследования. В комплексном исследовании билиарной системы были изучены показатели качества жизни пациентов с применением методики SF-36. Для статистического подсчета применены программы: Statistica, MS Excel, SPSS.

**Результаты и обсуждение.** В ходе анализа у пациентов в группе с ХБХ наибольшие отличия от показателей здоровых лиц отмечены по шкалам физической боли (Б), ролевого физического функционирования (РФФ) и ролевого эмоционального функционирования (РЭФ) - на 41,7%, 37,5%, и 39,5% соответственно, с наименьшими показателями по шкале физической боли (Б). Различия по шкалам общего здоровья (ОЗ), социального функционирования (СФ), психологического здоровья (ПЗ) и жизнеспособности (Ж) были несколько меньше – на 31,3%; 22,9%; 18,8% и 20,8% соответственно,  $p < 0,001$ . Среди пациентов с ХБХ с ИМТ наибольшее отличие от показателей качества жизни контрольной группы имели шкалы РЭФ, РФФ и Б – соответственно на 40,9%; 39,4% и 42,4% меньше чем в контроле. Несколько меньшие отличия отмечены при сопоставлении шкал ОЗ, ПЗ, СФ и Ж – соответственно на 31,8%; 22,7%, 24,2% и 19,7%,  $p < 0,001$ .

**Выводы.** Таким образом, у пациентов с хроническим бескаменным холециститом с избыточной массой тела в сравнении с пациентами с нормальной массой тела по всем шкалам выявлены наиболее низкие показатели качества жизни.

**ОСТРЫЙ ЖИВОТ У ДЕТЕЙ В КОНТЕКСТЕ ПАТОЛОГИИ БИЛИАРНОГО ТРАКТА**

Лабузов Д.С., Степанов В.Н., Урда И.В., Иванов Н.А

*Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск, Россия*

**Актуальность.** В последние годы отмечается тенденция к росту заболеваний билиарного тракта у детей. Как причина острого живота, патология билиарного тракта до достижения подросткового возраста встречается достаточно редко. Клиническая картина, указывающая на локализацию острого процесса в правом подреберье, расценивается детскими хирургами скорее как подпечёночный аппендицит.

**Цель.** Представить клинические наблюдения острого живота при патологии билиарного тракта и подпечёночно расположенного аппендикса.

**Материалы и методы.** В группе 6 детей от 5 до 15 лет. Пациенты поступали с подозрением на острые процессы в брюшной полости. Применялись общепринятые клинические, лабораторные и инструментальные методы. У 5 пациентов вмешательство начиналось с диагностической лапароскопии.

**Результаты.** У мальчика 5 лет с периодическими резкими болями в правом подреберье, многократной рвотой и нарастающей симптоматикой острого живота при выполнении лапароскопии диагностирован заворот желчного пузыря – конверсия, холецистэктомия. У мальчика 6 лет с нарастающим болевым синдромом в правом подреберье, в желтушном периоде гепатита А с лабораторным подтверждением, при лапароскопии обнаружены признаки острого флегмонозного холецистита – конверсия, холецистэктомия. У девочки 15 лет с интоксикацией, лихорадкой и выраженными болями в правом подреберье при ультрасонографии выявлена киста холедоха и признаки острого холецистита. После комплексного консервативного лечения и купирования холецистохолангита выполнена гепатикоюностомия. У мальчиков 6 и 7 лет, а так же у девочки 9 лет, с локальной болезненностью в правом подреберье, при выполнении диагностической лапароскопии обнаружены флегмонозно-изменённые червеобразные отростки, прилежащие к дну желчного пузыря.

**Заключение.** В детской практике причинами острого живота с локальной болезненностью в правом подреберье могут быть как патология билиарного тракта, так и аппендикса, при его восходящем подпечёночном расположении.

# ОСОБЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Первишко О.В., Иваненко А.С., Столик Ю.В.  
ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

**Введение:** анализ работ последних лет показывает увеличение частоты встречаемости желчнокаменной болезни (ЖКБ) среди детей.

**Цель:** определить особенности клинического течения желчнокаменной болезни у детей.

**Материалы и методы:** авторами проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 69 детей с впервые выявленным холелитиазом, получавшие обследование и лечение у врача-гастроэнтеролога ДККБ г. Краснодара. Оценивались анамнестические и клинические данные.

**Результаты исследования:** дети были разделены на следующие возрастные группы: период раннего детства  $n=5$  (5,8%), дошкольный возраст  $n=1$  (2,9%), младший школьный  $n=17$  (24,8%) и старший школьный возраст  $n=46$  (66,5%). Наиболее многочисленной была группа детей подросткового возраста, при этом осложненное течение заболевания имели пациенты старше 17 лет. Также проведен анализ зависимости формы заболевания от стадии, были установлены статистически значимые отличия. Так при более продвинутых стадиях (III и IV) отмечалась болевая форма заболевания- 100% исследуемых. Пациенты, имевшие I и II стадии, либо не имели клинических проявлений  $n=15$  (68,2%) и  $n=30$  (73,2%) соответственно, либо предъявляли жалобы диспепсического характера  $n=6$  (27,3%),  $n=5$  (12,2%). При наличии показаний проводилось эндоскопическое исследование, где выявляли все признаки хронического гастродуоденита, тогда как при рецидивирующем калькулезном холецистите ( $p \leq 0,001$ ) имели место язвенные поражения. Каждый второй ребенок с диспепсическим и болевым синдромом имел положительный H. pylori статус.

**Выводы:** ведущим клиническим симптомом I и II стадий ЖКБ являются диспептические проявления, болевой синдром характерен для хронического рецидивирующего калькулезного холецистита и «выключенного» желчного пузыря. Появление данных проявлений может соответствовать клинической картине хронического гастродуоденита.

## НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ ФИБРОЗА И ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Сурков А.Н.<sup>1,2</sup>, Намазова-Баранова Л.С.<sup>1,2</sup>, Гордеева О.Б.<sup>1,2</sup>, Бессонов Е.Е.<sup>1</sup>, Аракелян А.Л.<sup>1</sup>, Ипатова А.А.<sup>1</sup>, Джгаркава И.З.<sup>1</sup>, Дроботок А.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского», Москва, Россия, <sup>2</sup> ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

**Актуальность.** Неинвазивная диагностика фиброза печени (ФП) у детей – важная задача педиатрии.

**Цель.** Оценка сывороточных концентраций потенциальных диагностических биомаркеров ФП у детей.

**Материалы и методы.** Обследовано 60 детей (возраст  $11,2 \pm 2,1$  лет) с хроническими болезнями печени различной этиологии. Всем выполняли двумерную эластографию сдвиговой волной (ДЭСВ) и определяли концентрации (пг/мл) фактора дифференцировки роста 15 (ФДР15), моноцитарного хемоаттрактантного протеина-1 (МХП-1) и белка внеклеточного матрикса 1 (БВМ1) с помощью иммуноферментного анализа. Данные представлены в виде медианы, нижнего и верхнего квартилей. Для сравнения по количественным показателям применяли критерии Краскела-Уоллиса и Данна с поправкой Холма. Различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Согласно результатам ДЭСВ, стадии F0 имели 11, F1 – 22, F2 – 9, F3 – 10, F4 – 8 детей. Концентрация ФДР15 в сыворотке крови на стадии F3 составила 176,5 [170,8;189,5], что было статистически значимо выше, чем при F0 – 156,0 [15,6;159,0] ( $p=0,002$ ) и F1 – 158,0 [15,6;169,5] ( $p=0,014$ ); концентрация МХП-1 – на стадии F3 составила 129,5 [90,3;225,3], что было значимо выше, чем при F0 – 58,0 [35,0;66,0] ( $p=0,001$ ), F1 – 42,5 [30,0;92,8] ( $p=0,017$ ), F2 – 38,0 [18,0; 77,0] ( $p=0,001$ ) и F4 – 40,0 [15,3;134,8] ( $p=0,012$ ); концентрация БВМ1 на стадии F2 составила 303,0 [268,0;397,0], на стадии F4 – 296,0 [270,0;344,3], что было значимо чем при F0 – 245,0 [209,0;257,0] ( $p=0,030$ ,  $p=0,024$  соответственно).

**Выводы.** С помощью определения сывороточных концентраций изучаемых биомаркеров возможно разграничить некоторые промежуточные стадии ФП, что чрезвычайно актуально для педиатрической практики, поскольку в ряде случаев позволит отказаться от проведения биопсии.

# СПИСОК АВТОРОВ

А		Ж		Н		У	
АБАКАРОВА Г.Г.	26	ЖАРИКОВ Ю.О.	26	НАМАЗОВА- БАРАНОВА Л.С.	37	УЗОКОВ Ж.К.	35
АБАСОВА А.С.	26	ЖАРКОВА М.С.	22,25, 32	НАФИКОВА А.Ш.	35, 36	УРДА И.В.	36
АБДУЛГАНИЕВА Д.И.	13	<b>З</b>		НЕКРАСОВА Т.П.	32	<b>Ф</b>	
АБДУЛЛАЕВ А.Х.	35	ЗАГАЙНОВ В.Е.	20	НИКИТИН И.Г.	27	ФЕДОРОВ И.Г.	27
АВДОШИНА С.В.	29,30	ЗАГАЙНОВ Е.М.	20	НИКИФОРОВА Э.А.	7	ФЕДОРОВА Т.Е.	14
АГАГЮЛОВ М.У.	6	ЗАГЛИЕВА С.С.	6	НИЯЗОВ Р.М.	6	ФОМИНА Л.А.	14
АДАМОВА И.Г.	27	ЗАКАЕВА Э.Р.	22	НОВОЖИЛОВ А. В.	18	<b>Х</b>	
АЛЕКСЕЕВА Р.И.	12,15	ЗУЛЬКАРНАЕВ А.Б.	9	<b>О</b>		ХРАМКОВА А.И.	28
АЛИЕВА А.М.	26	<b>И</b>		ОРЗИЕВ Д.З.	35	<b>Ц</b>	
АЛЯВИ БА.	35	ИБРАГИМОВА Х.И.	6	<b>П</b>		ЦЫМБАЛ А.С.	28, 29, 30
АНАШКИНА М. А.	25	ИВАНЕНКО А.С.	37	ПАВЛЮКЕВИЧ М.В.	30	<b>Ч</b>	
АРАКЕЛЯН А.Л.	37	ИВАНОВ Н.А.	36	ПАСОВ С.А.	9	ЧЕРНОВ В.С.	10
АРИШЕВА О.С.	28,29,30	ИВАШКИН В.Т.	22, 25	ПАТЛУСОВ Е.П.	10	<b>Ш</b>	
<b>Б</b>		ИЛЬЧЕНКО Л.Ю.	27	ПЕРВИШКО О.В.	9, 37	ШАКИРОВА И.И.	35
БАБАЕВ М.А.	35	ИПАТОВА А.А.	37	ПЕТРУНЬКО И. Л.	18	ШАРАФЕТДИНОВ Х.Х.	12, 15
БАРСУКОВА Н.А.	9	ИСАЕВА Е.А.	9	ПИЛИПЕНКО В.В	12,15	ШЕЕНКОВА М.В.	15
БЕЛОУСОВА Е.Н.	13	ИСМАИЛОВА Л.Р.	13	ПЛОТНИКОВА О.А.	12, 15	ШИПОВСКАЯ А. А.	16
БЕРЕЗИНА Е.В.	25	<b>К</b>		ПОПОВ А.В.	4	ШУЛЬПЕКОВА Ю.О.	32
БЕССОНОВ Е.Е.	37	КАЛАШНИКОВ М.В.	9, 32	ПРАШНОВА М.К.	7, 19	<b>Э</b>	
БЕССОНОВА Е.Н.	25	КАРНАУШКИНА М.А.	28, 29, 30	<b>Р</b>		ЭШМАКОВ С.В.	27
БОГАЧЕВА А.А.	27	КАСАЕВА Э.А.	26	РАЙХЕЛЬСОН К.Л.	7, 12	<b>Я</b>	
БОГОМОЛОВ П.О.	9, 32	КАЧМАЗОВА М.А.	19	РЕШЕТНЯК В.И.	23	ЯГОДА А.В.	4
БОЛЬБАТ Г.К.	4	КАЩЕЕВА М.А.	22	РОЗИНА Т.П.	33	ЯКУБЧИК Т.Н.	23, 30
БОНДАРЧУК Л.К.	23	КИСЕЛЕВА Т.А.	13	РУДАКОВ В.С.	20	ЯЦЫНА И.В.	15
БУЕВЕРОВ А.О	9, 32	КИСЕЛЕВА Я.В.	26	РЯБОВА Е.Н.	20		
БУЕВЕРОВА Е.Л.	22, 25	КИСЛЫЙ Н.Д.	4, 22	<b>С</b>			
БУЛАТОВА И.А.	13	КОБАЛАВА Ж.Д.	28, 29, 30	САВЕЛЬЕВА Т.В.	27		
БУРЕНЧЕВ С.Д.	33	КОБЛОВ С.В.	32	САМСОНОВА Н.А.	14		
<b>В</b>		КОЗЛОВ К.В.	10	САРДАРЯН Г.Г.	25		
ВАСЕНИН С.А.	20	КОКИНА К.Ю.	18, 19	САФАРОВА А.Ф.	28		
ВАТАЗИН А.В.	9	КУРБАТОВА И. В.	16	СЕРГЕЕВА С.С.	25		
ВЛАДИМИРОВА В.С.	7	КУРМАЕВА Д.Н.	35	СЕРЕГИН А.А.	20		
ВОЛЕВАЧ Л.В.	35, 36	<b>Л</b>		СИВЦЕВИЧ Н.Н.	22		
ВОСКАНЯН С.Э.	20	ЛАБУЗОВ Д.С.	36	СИДОРЕНКО А.Б.	19		
<b>Г</b>		ЛАПШИН А.В.	22, 25, 32	СМЫСЛОВА В.Д.	26		
ГАББАСОВА Л.В.	35, 36	ЛАРИНА Н. А.	16	СОБОЛЬ А.А.	13		
ГАРАШКО А.Ю.	4	ЛОГАШ И.А.	30	СТЕПАНОВ В.Н.	36		
ГАРМАШ И.В.	28	<b>М</b>		СТОЛИК Ю.В.	37		
ГЕЙВАНДОВА Н.И.	4	МАЕВ И.В.	23	СУМЦОВА О.В.	18,19		
ГЕРАСИМОВА О.А.	19	МАЗУРЧИК Н.В.	4, 22	СУРКОВ А.Н.	37		
ГОМОНОВА В.П.	12	МАЛИНОВСКАЯ Ю.О.	18, 19	СУТУШКИН В.Ю.	19		
ГОРДЕЕВА О.Б.	37	МАММАЕВ С.Н.	6, 26	СУШКОВ А.И.	20		
ГОРЕВА Л.А.	29, 30	МАНАЕНКОВА Д.Р.	13	СХИРТЛАДЗЕ М.Р.	25		
ГОРШЕНИНА О.В.	18	МАРКОВА М. А.	29, 30	<b>Т</b>			
ГРИГОРЕВСКАЯ А.О.	18, 19	МАРЧЕНКО Н.В.	19	ТАРАКИ Б.М.	27		
ГУЛЯЕВА И.Л.	13	МАСЛЕННИКОВ Р.В.	26	ТАТАРКИНА М.А.	22		
<b>Д</b>		МЕХРАЛЫЗАДЕ А.А.	6	ТЕРЕШКОВ Д.В.	10		
ДЕМИДОВА Н.А.	35, 36	МИСАН И.А.	28	ТИЛЕУБЕРГЕНОВ И.И.	19		
ДЖГАРКАВА И.З.	37	МИСИРОВА Л.М.	6	ТИХАНКОВА А.В.	22		
ДРОБОТОК А.В.	37	МИЦУРА В.М.	10	ТКАЧ К.В.	32		
ДУДАНОВА О. П.	16	МОЙСЮК Я.Г.	18, 19	ТРОФИМЧУК Т.А.	14		
<b>Е</b>		МУРТАЗАЛИЕВА М.С.	20	ТУЛУЗАНОВСКАЯ И.Г	33		
ЕЖОВ А.В.	27	МУХАМЕТОВА Д.Д.	13				