

«Молодые Врачи Азербайджана»  
при официальном партнерстве  
Западно-Казахстанского Медицинского Университета и  
Харьковского Национального Университета им. В.Н. Каразина

**Международная Научно-Практическая Конференция  
«ОЖИРЕНИЕ:  
мультидисциплинарный подход к проблеме»**

**и**

**«II Симуляционный Тренинг по Лапароскопической  
Хирургии».**

*27-29 ноября 2019  
Баку, Азербайджан*



Президент конференции: Алиев Амир

Председатель научного комитета:  
Чобанов Рафиг (Азербайджанский Медицинский Университет)

Члены научного комитета:

1. Журабекова Гульмира (Западно-Казахстанский Государственный Медицинский Университет)
2. Тихон Алена (Государственный Университет Медицины и Фармации, Молдова)
3. Божков Анатолий (Харьковский Национальный Университет им. В.Н. Каразина)
4. Андреева Анастасия (Харьковский Национальный Медицинский Университет)
5. Ерлыкина Елена (Приволжский Исследовательский Медицинский Университет)
6. Сулейменова Роза (Медицинский Университет Астана)
7. Мусаходжаева Дилорам (Республиканский Научный Центр Иммунологии, МЗ Республики Узбекистан)
8. Тургамбаева Асия (Медицинский Университет Астана)
9. Заманбекова Жанар (НАО «Медицинский Университет Семей)
10. Мусина Айман (Медицинский Университет Астана)
11. Обухова Лариса (Приволжский Исследовательский Медицинский Университет)

ученый секретарь: Гаджиева Ягут (Азербайджанский Медицинский Университет)

## СДВИГОВОЛНОВАЯ ЭЛАСТОГРАФИЯ КАК МЕТОД НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Железнякова Н.М., Рождественская А.А., Визир М.А., Степанова О.В.

Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра внутренней медицины №1, г. Харьков, Украина

Актуальность. Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) — хроническое заболевание, которое поражает от 17 до 46 % взрослого населения и объединяет стадийные морфологические изменения печеночной паренхимы: стеатоз, неалкогольный стеатогепатит, фиброз, цирроз печени и гепатоцеллюлярную карциному. Возрастающая распространенность заболевания связана с эпидемией ожирения, а развитие заболевания на фоне повышенной массы тела и ожирения приводит к дополнительному кардиометаболическому риску, негативно отражается на тяжести заболевания, прогнозе, повышает риск летального исхода. «Золотым стандартом» диагностики НАЖБП во всем мире остается биопсия печени, однако метод признан травматичным и связан с риском ложно-отрицательных результатов. Один из альтернативных неинвазивных методов оценки фиброза печени — сдвиговолновая эластография в режиме реального времени, основанная на количественном измерении жесткости паренхимы печени. Метод имеет ряд аппаратзависимых факторов, уменьшающих достоверность полученных данных, к которым относится ожирение — избыточно развитый слой подкожно-жировой клетчатки пациента искажает путь ультразвука к области исследования и обратно.

Цель исследования: оценить возможность применения сдвиговолновой эластографии в качестве метода неинвазивной диагностики неалкогольной жировой болезни печени у пациентов с повышенной массой тела или ожирением.

Материалы и методы. Исследование было проведено на базе ГУ «Национальный институт терапии им. Л. Т. Малой НАМН Украины». Обследовано 93 пациента с НАЖБП в возрасте 28–60 лет, 52 женщины и 41 мужчина, из которых 34,4% имели повышенную массу тела (индекс массы тела (ИМТ) >25), 20,4 % страдали ожирением I ст. (ИМТ >30), а 7,5% — ожирением II ст. (ИМТ >35). Всем пациентам было проведено одномоментное ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости с помощью аппарата Soneus P7 (Ultrasign, Украина) с конвексным датчиком 1–6 МГц, включая В-режим и сдвиговолновую эластографию (эластометрию) с измерением средней плотности паренхимы печени (кПа).

Результаты. Полученные данные были разделены на группы согласно классификации стадий фиброза по шкале METAVIR с учетом средней плотности паренхимы печени: фиброз отсутствует (F0): 2,5–6 кПа — 10 пациентов (10,7%), слабо выраженный фиброз (F1): 6–7 кПа — 31 пациент (33,3%), умеренно выраженный фиброз (F2): 7–9,5 кПа — 25 пациентов (26,8%), сильно выраженный фиброз (F3): 9,5–12,5 кПа — 18 пациентов (18,3 %), цирроз (F4): 12,5 и более кПа — 1 пациент (1%). Отдельную категорию составили пациенты с проблемами выбора адекватных доступов для эластометрии, акустическими окнами и артефактами при проведении сдвиговолновой эластографии — 18 пациентов (19,3%), 33,3% из которых имели повышенную массу тела, 38,8% — ожирение I ст., а 27,7% — ожирение II ст., при этом в данную группу вошли 71,4% всех пациентов с ожирением II ст. Установлено, что в группах сильно выраженного фиброза и цирроза (F3–F4) 47,3% составляют пациенты с ожирением I–II ст.

Выводы. Таким образом, повышение массы тела и ожирение у пациентов не только отрицательно влияет на течение и прогноз неалкогольной жировой болезни печени, но также ограничивает применение неинвазивных методов диагностики НАЖБП, которые позволяют избежать биопсии печени. Важной задачей становится поиск дополнительных лабораторных и инструментальных диагностических методов для подтверждения НАЖБП у пациентов с повышенной массой тела или ожирением.