

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ

Сборник материалов
итоговой научно-практической конференции

28-29 января 2021 года



Гродно
ГрГМУ
2021

УДК 61:005.745(06)

ББК 5л0

А 43

Рекомендовано Редакционно-издательским советом ГрГМУ (протокол № 2 от 22 января 2021 г.).

Редакционная коллегия:

ректор ГрГМУ, доц., Е. Н. Кроткова (отв. редактор);
проректор по научной работе ГрГМУ, проф. С. Б. Вольф;
зав. НИЛ ГрГМУ, доц. М. Н. Курбат.

Рецензенты:

проректор по учебной работе ГрГМУ, доц. В. С. Аносов;
проректор по научной работе ГрГМУ, проф., С. Б. Вольф;
зав. НИЛ ГрГМУ, доц. М. Н. Курбат.

Актуальные проблемы медицины : сб. материалов итоговой научно-практической конференции (28-29 января 2021 г.) [Электронный ресурс] / отв. ред. Е. Н. Кроткова. – Гродно : ГрГМУ, 2021. – Электрон. текст. дан. (объем 12 Мб). – 1 эл. опт. диск (CD-ROM).

ISBN 978-985-595-568-0.

В сборнике статей представлены научные работы, посвященные актуальным проблемам медицины по следующим направлениям: акушерство и гинекология, внутренние болезни, инфекционные болезни, неврология и психиатрия, медицинская психология, педиатрия и неонатология, хирургия, фундаментальная медицина, гуманитарные науки, организация здравоохранения и высшего медицинского образования.

Информация будет полезна широкому кругу научных сотрудников и работников практического здравоохранения.

Авторы, представившие информацию к опубликованию несут ответственность за содержание, достоверность изложенной информации, указанных в статье статистических, персональных и иных данных.

УДК 61:005.745(06)

ББК 5л0

ISBN 978-985-595-568-0

© ГрГМУ, 2021

НЕИНВАЗИВНЫЕ МАРКЕРЫ СТЕАТОЗА И ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ В ДИАГНОСТИКЕ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Рожественская А. А., Железнякова Н. М.

Харьковский национальный медицинский университет

Актуальность. Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) – одна из наиболее распространенных нозологий в структуре хронических заболеваний печени во всем мире. Последнее время уделяют особое внимание коморбидности патологии – в частности, сочетанию НАЖБП с гипертонической болезнью (ГБ) и ожирением [2; 3].

Для оценки риска фиброза используются неинвазивные методы диагностики состояния печеночной паренхимы: индекс фиброза NFS (Non-alcoholic Fatty Liver Disease Fibrosis Score), APRI (AST to Platelet Ratio Index) [4; 5], а также неинвазивная шкала фиброза – US-FLI (Ultrasound Fatty Liver Indicator) [1].

Определение влияния ГБ и избыточной массы тела на течение НАЖБП важно для дальнейшего понимания проблемы и разработки соответствующих рекомендаций пациентам, которые находятся в зоне повышенного риска тяжелого течения НАЖБП.

Цель. Оценить влияние сопутствующей ГБ на состояние печеночной паренхимы у пациентов с НАЖБП с помощью неинвазивных методов оценки стеатоза и фиброза печени.

Методы исследования. Было обследовано 115 больных с НАЖБП на стадии неалкогольного стеатогепатита (НАСГ), из них – 57 мужчин и 58 женщин, средний возраст пациентов составлял 48,4 года (95% ДИ 47,4; 49,3). Пациенты были разделены на две группы: основная группа (n = 63) состояла 32 мужчин и 31 женщины с НАЖБП на фоне ГБ, средний возраст – 48,4 года (95% ДИ 47,2; 49,6), а группа сравнения (n = 52) – из 25 мужчин и 27 женщин с изолированным течением НАЖБП, средний возраст – 48,3 года (95% ДИ 46,8; 49,8).

Группа контроля (n = 52) состояла из 12 женщин и 8 мужчин – практически здоровых добровольцев, средний возраст – 47,1 (95% ДИ 45,1; 49,1).

Всем пациентам были проведены стандартные антропометрические измерения – определение роста, веса, расчет индекса массы тела (ИМТ) по общепринятой формуле, а также клиничко-лабораторные исследования согласно стандартным методикам.

Индекс NFS был рассчитан по формуле: $-1,675 + (0,037 \times \text{возраст [в годах]}) + (0,094 \times \text{индекс массы тела [кг/м}^2]) + (1,13 \times \text{признаки нарушения толерантности к глюкозе / сахарного диабета [есть = 1, нет = 0]) + (0,99 \times \text{АСТ/АЛТ}) - (0,013 \times \text{уровень тромбоцитов [} \times 10^9/\text{л]}) - (0,66 \times \text{уровень альбумина [г/л]})$. Результат теста APRI определяли по формуле: $(\text{АСТ}/(\text{верхний предел АСТ})) \times 100 / \text{уровень тромбоцитов (10}^9/\text{л)}$ [5].

Всем пациентам было проведено УЗИ в В-режиме с помощью системы Soneus P7 (Ultrasign, Украина). Полуколичественную оценку стеатоза печени проводили по шкале УЗ-индикатора жировой болезни печени – US-FLI. При расчете результатов оценивали усиление эхогенности печени в сравнении с корковым слоем почки (по шкале от 0 до 3 баллов), а также другие УЗ-признаки стеатоза печени – дистальное затухание эхо-сигнала, нечеткость сосудистого рисунка, затруднение визуализации диафрагмы или желчного пузыря, признаки фокального скопления жировых структур (по бинарной шкале – 0 или 1 балл).

Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакетов компьютерных программ "Excel 2019" (Microsoft), "Statistica 8.0. For Windows" (StatSoft Inc.) с помощью общепринятых статистических методов.

Результаты и их обсуждение. Анализ антропометрических показателей выявил 22 пациента с нормальным весом (ИМТ < 25) и 41 пациент с избыточной массой тела (ИМТ ≥ 25) в группе пациентов с НАЖБП на фоне ГБ, а в группе изолированной НАЖБП было выявлено 23 пациента с нормальным ИМТ и 29 пациентов с ИМТ ≥ 25. Индекс массы тела обследуемых из контрольной группы не выходил за пределы нормальных значений.

Расчет ИМТ не выявил статистически значимых различий между группами: у пациентов с НАЖБП и ГБ показатель в среднем составил 26,9 (95% ДИ 25,68; 26,87), а у пациентов с изолированной НАЖБП – 25,1 (95% ДИ 25,38; 26,56; $p = 0,620$). В сравнении с контрольной группой ИМТ у всех пациентов с НАЖБП был достоверно выше ($p < 0,001$). У пациентов с НАЖБП на фоне ГБ было выявлено достоверное повышение уровня АЛТ, АСТ и глюкозы ($p < 0,001$), а также статистически значимое снижение уровня тромбоцитов и альбумина ($p < 0,001$).

У пациентов с НАЖБП на фоне ГБ был выявлен достоверно более высокий риск фиброзирования паренхимы печени по результатам тестов US-FLI, NFS и APRI ($p < 0,001$). По результатам всех неинвазивных тестов были определены статистически значимые различия между группами пациентов с НАЖБП и контрольными результатами, независимо от сопутствующей ГБ (табл. 1).

При распределении групп по ИМТ было обнаружено, что практически по всем показателям достоверные различия между подгруппами с нормальной и избыточной массой есть только в группе с коморбидным течением НАЖБП ($p < 0,001$). При изучении взаимозависимостей между результатами неинвазивных тестов определения риска фиброза печени и ИМТ были выявлены более умеренные и существенные зависимости между показателями в группе с НАЖБП на фоне ГБ. Была определена сильная корреляционная связь между результатами ультразвукового теста US-FLI и ИМТ у пациентов с коморбидным течением НАЖБП ($r = 0,80$).

Таблица 1. – Результаты неинвазивных тестов оценки фиброза печени

Показатель	НАЖБП и ГБ (n = 63)	НАЖБП (n = 52)	Контроль (n = 20)	Достоверность между группами и по отношению к контролю
US-FLI	6,00 (95% ДИ 5,24; 6,12)	3,00 (95% ДИ 2,91; 3,74)	0,00 (95% ДИ 0,00; 0,00)	$p_{1-2} < 0,001$ $p_{1-3} < 0,001$ $p_{2-3} < 0,001$
NFS	-1,62 (95% ДИ - 1,66; -1,16)	-2,45 (95% ДИ -2,54; -2,11)	-3,54 (95% ДИ -3,80; -3,38)	$p_{1-2} < 0,001$ $p_{1-3} < 0,001$ $p_{2-3} < 0,001$
APRI	1,11 (95% ДИ 1,11; 1,26)	0,72 (95% ДИ 0,71; 0,79)	0,19 (95% ДИ 0,17; 0,22)	$p_{1-2} < 0,001$ $p_{1-3} < 0,001$ $p_{2-3} < 0,001$

Примечание:

- $p < 0,05$ - разница между группами статистически достоверна;
- p_{1-2} – разница между группой с НАЖБП + ГБ и НАЖБП;
- p_{1-3} – разница между группой НАЖБП + ГБ и контрольной группой;
- p_{2-3} – разница между группой с изолированной НАЖБП и контрольной группой.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о существенном триггерном влиянии сопутствующей ГБ на процессы фиброзирования паренхимы печени, что проявляется достоверно более частым выявлением основных качественных УЗ-признаков стеатоза печени по результатам теста US-FLI и повышением результатов неинвазивных тестов оценки фиброза печени NFS и APRI.

Избыточная масса тела может рассматриваться как дополнительный, прогностически неблагоприятных фактор прогрессирования изменений паренхимы печени при НАЖБП на фоне ГБ, что подтверждается достоверно более глубокими изменениями неинвазивных индексов US-FLI, NFS и APRI при сравнении с таковыми у пациентов с нормальной массой тела.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ballestri S., Nascimbeni F., Baldelli E., et al. Ultrasonographic fatty liver indicator detects mild steatosis and correlates with metabolic/histological parameters in various liver diseases / S. Ballestri, F. Nascimbeni, E. Baldelli et al. // *Metabolism*. – 2017. – Vol. 72. – P. 57–65.
2. Polyzos S. A., Kountouras J., Mantzoros C. S. Obesity and nonalcoholic fatty liver disease: From pathophysiology to therapeutics / S. A. Polyzos, J. Kountouras, C. S. Mantzoros // *Metabolism*. – 2019. – Vol. 92. – P.82-97
3. Targher G., Corey K. E., Byrne C. D. NAFLD, and cardiovascular and cardiac diseases: Factors influencing risk, prediction and treatment / G. Targher, K. E. Corey, C. D. Byrne *Diabetes & Metabolism Journal*. – 2020. – Vol. 6. – P. 3-38.
4. Vilar-Gomez E., Chalasani N. Non-invasive assessment of non-alcoholic fatty liver disease: Clinical prediction rules and blood-based biomarkers / E. Vilar-Gomez, N. Chalasani // *Journal of Hepatology*. – 2018. – Vol. 68(2). – P. 305-315.

5. Yen Y. H., Kuo F. Y., Kee K. M. et al. APRI and FIB-4 in the evaluation of liver fibrosis in chronic hepatitis C patients stratified by AST level / Y. H. Yen, F. Y. Kuo, K. M. Kee // PloS one. – 2018. – Vol. 13(6). – P.1-6.

АНАЛИЗ РАННЕЙ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Романчук В. В.¹, Ромашко А. А.², Парфенюк В. И.¹

*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь¹,
Гродненская университетская клиника²*

Актуальность. Проблема глаукомы является одной из наиболее актуальных и важных в офтальмологии, имея большое медико-социальное значение в виду высокой распространенности и тяжести исходов заболевания, нередко ведущих к слепоте и инвалидности. По данным ВОЗ 2% населения Земли страдает нарушениями зрительных функций по причине глаукомы (прим. 150 млн человек). Глаукома входит в первую тройку причин слепоты во всем мире наряду с катарактой и ВМД. Пациенты, страдающие глаукомой, в основном это лица в возрасте старше 50-60 лет. Увеличение численности населения в возрасте 60 лет и старше происходит быстрее, чем в любой другой возрастной группе во всем мире. По данным статистики сегодня в мире 605 млн людей в возрасте 60+, к 2025 году прогнозируется 1,2 млрд, а к 2050 году – 2 млрд человек. Значительное распространение глаукомы, трудности ранней диагностики и неблагоприятный прогноз служат причиной повышенного внимания к этому заболеванию со стороны ученых и практических врачей. В Республике Беларусь на диспансерном учете состоят более 90 тысяч пациентов, и почти столько же людей пока еще не знают о своей болезни. Раннее выявление глаукомы на сегодня – один из самых болезненных вопросов противоглаукомной работы во всей стране. Залогом успешного лечения глаукомы является начало ее лечения на ранних стадиях. В этих случаях больше шансов обойтись медикаментозным лечением, избежать хирургии и длительно сохранить пациенту зрительные функции[1]. Профилактика слепоты от глаукомы зависит от её ранней диагностики и патогенетического лечения, основанных на использовании современных организационных и медицинских технологий[2].

Цель. Провести анализ выявляемости пациентов с первичной открытоугольной глаукомой по стадиям развития среди населения Гродненской области.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 100 человек (200 глаз) с впервые выявленным диагнозом «первичная открытоугольная глаукома» (ПОУГ), направленных в кабинет по лечению больных глаукомой консультативной поликлиники УЗ «Гродненская университетская клиника».