

## 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.