

ЛИТЕРАТУРА

1. ВОЗ. Гепатит А. Информационный бюллетень № 328. Электронная библиотека ВОЗ. — 2018.
2. Карцев, А. Д. Цикличность и сезонность заболеваемости вирусным гепатитом А / А. Д. Карцев, К. В. Блохин // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2001. — № 6. — С. 26–30.
3. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2015 году: государственный доклад. — М.: Федеральная служба по надзору и сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2016. — 200 с.
4. Матказина, И. П. Анализ заболеваемости вирусным гепатитом А / И. П. Матказина // Научный форум: медицина, биология и химия: сб. ст. по материалам III междунар. науч.-практ. конф. — 2017. — № 1(3). — С. 29–37.
5. Шаханина, И. Л. Экономический ущерб от гепатита А в Российской Федерации / И. Л. Шаханина, Л. А. Осипова // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 1999. — № 4. — С. 22–24.
6. Современные особенности эпидемического процесса гепатита А в России и странах Европы, определяющие стратегии его профилактики / В. П. Чуланов [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2012. — № 3. — С. 28–34.
7. Карцев, А. Д. Цикличность и сезонность заболеваемости вирусным гепатитом А / А. Д. Карцев, К. В. Блохин // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2001. — № 6. — С. 26–30.
8. Клинико-эпидемиологическая характеристика гепатита А (ГА) в период периодического подъема в 2012 г. / Г. С. Суранбаева // Медицина Кыргызстана. — 2013. — № 1. — С. 143–146.
9. Кареткина, Г. Н. Вирусный гепатит А: современные особенности клиники, диагностики и профилактики / Г. Н. Кареткина // Медицина России. — 2012. — № 4. — С. 1–3.

УДК 616.36-002.17-092

ЧАСТОТА РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЙ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ ПО ДАННЫМ ЭЛАСТОМЕТРИИ И СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ СТАДИЯМИ ФИБРОЗА

Волковец А. В., Архипенко Т. В.

Научный руководитель: д.м.н., доцент *Е. Л. Красавцев*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Фиброз печени — это локальное или диффузное увеличение количества соединительной ткани, внеклеточного матрикса (коллагеновой волокнистой ткани в перисинусоидном пространстве) и основной путь прогрессирования хронических диффузных заболеваний печени. На ранних стадиях фиброза нет клинических проявлений, и лишь при гистологическом исследовании биоптата выявляется чрезмерное накопление соединительной ткани [1, 2]. Во многих развитых странах заболевания печени входят в первую пятерку причин смертности. В мире насчитывается более 2 млрд человек с хроническими заболеваниями печени (ХЗП), как вирусной, так и невирусной этиологии. Степень выраженности фиброза при хроническом заболевании печени отражает отдаленный прогноз и, следовательно, необходимость и срочность лечения. Фиброз печени имеет 5 степеней (стадий): F0, F1, F2, F3, F4 (цирроз). Для определения тяжести фиброза существуют различные методики: биопсия, анализ крови, при котором измеряются показатели биохимических маркеров формирования фиброза (ФиброТест, ФиброМакс). В настоящее время самым лучшим методом определения стадии фиброза печени считается эластометрия — прямое ультразвуковое определение плотности печеночной ткани на аппарате Фиброскан. Полученные в результате измерений плотности в нескольких точках (10–20) в килоПаскалях соответствуют степеням фиброза по шкале МЕТАВИР от F0 — здоровая печень, до F4 — цирроз [3].

Цель

Изучить частоту различных стадий фиброза печени по данным эластометрии и частоту сопутствующей патологии желчевыводящих путей и поджелудочной железы по данным УЗИ у пациентов с различными стадиями фиброза и различного возраста.

Материал и методы исследования

На базе Гомельской областной инфекционной клинической больницы обследовано 189 пациентов в возрасте от 19 до 78 лет (средний возраст $44,2 \pm 12,29$ лет). Проводилась эластометрия с целью определения наличия, стадии фиброза и сопутствующих патологий у паци-

ентов различного возраста. Ультразвуковая эластография печени проводилась при помощи аппарата Фиброскан с датчиком типа М (предназначенным для обследования взрослых) по стандартной методике: пациенту, находящемуся в положении лежа на спине, выполнялась серия измерений в различных участках, соответствующих VII–IX межреберьям от правой задней подмышечной до среднеключичной линии. Математическая обработка результатов производилась при помощи программ «MS Excel 2007», «Statistica» 6.0 (StatSoft Inc.).

Результаты исследования и их обсуждение

Среди 189 пациентов, которым проводилась эластометрия с целью определения наличия и стадии фиброза на базе Гомельской областной инфекционной клинической больницы за 2018 г., чаще встречались F0 и F1 стадии фиброза — 54 (28,5 %) и 42 (22,5 %) пациента соответственно, F0-F1 — 10 (5,3 %) человек, F0-F2 — 1 (0,5 %) человек, F1-F2 — 7 (3,7 %) человек, F2 — 33 (17,4 %) человека, F2-F3 — 3 (1,5 %) человека, F3 — 22 (11,6 %) человека, F3-F4 — 2 (1,1 %) человека, F4 — 15 (7,9 %) человек.

При УЗИ у 28 пациентов из 189 были выявлены такая сопутствующая патологии как: гемангиома, диффузные изменения поджелудочной железы, состояние после холицистоэктомии, кисты печени, полипоз желчного пузыря. Наибольшая частота приходилась на диффузные изменения поджелудочной железы (19 (67,8 %) человек). У пациентов с F0 стадией фиброза сопутствующая патология встречалась у 6 (11,1 %) человек, с F1 — у 7 (16,6 %), с F1-F2 — у 1 (14,28 %), с F2 — у 3 (9,09 %), с F2-F3 — у 2 (66,6 %), с F3 — у 5 (22,72 %), с F4 — у 4 (26,6 %).

При сравнении групп пациентов с F0 и F1 с F3 и F4 стадией фиброза частота сопутствующей патологии в этих группах статистически значимо не отличались ($\chi^2 = 1,2393$); также как и в группах пациентов с F0 и F1 с F2 стадией фиброза, $\chi^2 = 0,3630$; и в группах с F1 и F2 с F3 и F4 стадией фиброза ($\chi^2 = 1,1900$).

Среди пациентов в возрасте до 20 лет был 1 пациент с F0 стадией фиброза (100 %), в группе 20–40 лет (78 пациентов) с F0 стадией выявлялось 26 (33,3 %) человек, с F0-F1 — 7 (8,97 %), с F0-F2 — 1 (1,3 %), с F1 — 23 (29,49 %), F1-F2 — 3 (3,85 %), F2 — 11 (14,1 %), F3 — 4 (5,13 %), F3-F4 — 1 (1,3 %), F4 — 2 (2,56 %). В группе 41–60 лет (88 пациента) с F0 было 23 (26,1 %) человека, с F0-F1 — 3 (3,4 %), с F1 — 16 (18,18 %), с F1-F2 — 3 (3,46 %), с F2 — 18 (20,45 %), с F2-F3 — 1 (1,13 %), с F3 — 15 (17,05 %), с F4 — 9 (10,23 %). После 60 лет (22 пациента) с F0 обнаруживалось 4 (18,18 %) человека, с F1 — 3 (13,64 %), с F1-F2 — 1 (4,54 %), с F2 — 4 (18,18 %), с F2-F3 — 2 (9,1 %), с F3 — 3 (13,64 %), с F3-F4 — 1 (4,54 %), с F4 — 4 (18,18 %) человека.

Частота F0 и F1 стадий фиброза у пациентов в возрастной группе 20–40 лет не отличалась от возрастной группы 41–60 лет ($\chi^2 = 1,3035$). Частота F0 и F1 стадией фиброза у пациентов в возрастной группе 41–60 лет чаще встречалась, чем в возрастной группе после 60 лет ($\chi^2 = 5,2415$, $p < 0,05$). F2 стадия фиброза у пациентов в возрастной группе от 41–60 лет встречалась чаще, чем у пациентов после 60 лет ($\chi^2 = 3,3945$). F3 и F4 стадия фиброза у пациентов в возрастной группе 20–40 лет встречалась реже, чем в возрастной группе 41–60 лет ($\chi^2 = 4,0251$). F3 и F4 стадия фиброза у пациентов в возрастной группе от 41–60 лет обнаруживалась реже, чем в возрастной группе после 60 лет, ($\chi^2 = 3,7698$, $p < 0,05$).

Выводы

1. У пациентов старше 60 лет частота встречаемости F3-F4 стадии фиброза выше, чем у лиц более молодого возраста.
2. Частота сопутствующей патологии поджелудочной железы и желчевыводящих путей по данным УЗИ у пациентов с различными стадиями фиброза не различалась, но отчелась тенденция увеличения частоты при более продвинутых стадиях фиброза печени (F3-F4).

ЛИТЕРАТУРА

1. Шерлок, Ш. Заболевания печени и желчных путей: практическое руководство / Ш. Шерлок, Дж. Дули. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2002. — 864 с.
2. Павлов, Ч. С. Современные возможности эластометрии, фибро-и акти-теста в диагностике фиброза печени / Ч. С. Павлов, Д. В. Глушенко, В. Т. Ивашкин // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. — 2008. — № 4. — С. 43–52.
3. Клиническое использование эластографии печени для диагностики выраженности фиброза у пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени / С. В. Морозов [и др.] // Вестник РГМУ. — 2010. — № 2. — С. 6–11.