



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

2 (64) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

2 (64)

2024

февраль

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.01.2024, Accepted: 10.2.2024, Published: 20.02.2024

УДК 616.155.194-02:616.36-002

ВОПРОСЫ НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА (обзор литературы)

Юлдашев Ж.А. <https://orcid.org/0009-0000-4872-5981>

Ахмедова Н.Ш. <https://orcid.org/0009-0002-3864-3987>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али Ибн Сины, Узбекистан,
Бухара Ш., улица Гиждувани. 23. Телефон: +998 (65) 223-00-50 электронная почта:
info@bsmi.uz

✓ Резюме

Ранняя диагностика и своевременное назначение лечения больным хронического гепатита и цирроз печени является одной из важнейших задач современной медицинской практики. Важнейшим достижением предшествующего этапа развития гепатологии явилось доказательство этиологического единства острых и хронических форм гепатитов В, С, Д и хронического гепатита, цирроз печени, гепатоцеллюляр карцинома. Их следует рассматривать как фазы единого патологического процесса. Своевременная диагностика этих состояний - залог выработки оптимальной тактики ведения больного, профилактики осложнений. Разработка новых методов неинвазивной оценки фиброза печени, отражающие как структурное, так и функциональное состояние органа, доступных для первичного обследования больных и их мониторинга.

Ключевые слова: Хронический вирусный гепатит, избыточное масса тело, фиброз печени, трансаминазы, эластометрия.

ISSUES OF NONINVASIVE DIAGNOSIS OF LIVER FIBROSIS IN OVERWEIGHT PATIENTS (literature review)

Yuldashev J.A. <https://orcid.org/0009-0000-4872-5981>

Akhmedova N.Sh. <https://orcid.org/0009-0002-3864-3987>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali Ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara Sh.,
Ghijduvani street. 23. Phone: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

Early diagnosis and timely treatment of patients with chronic hepatitis and liver cirrhosis is one of the most important tasks of modern medical practice. The most important achievement of the previous stage of the development of hepatology was the proof of the etiological unity of acute and chronic forms of hepatitis B, C, D. and chronic hepatitis, liver cirrhosis, hepatocellular carcinoma. They should be considered as phases of a single pathological process. Timely diagnosis of these conditions is the key to developing optimal patient management tactics and preventing complications. Development of new methods for noninvasive assessment of liver fibrosis, reflecting both the structural and functional state of the organ, available for initial examination of patients and their monitoring.

Keywords. Chronic viral hepatitis, overweight, liver fibrosis, transaminases, elastometry.

ОРИҚЧА ВАЗНЛИ БЕМОРЛАРДА ЖИГАР ФИБРОЗИНИ НОИНВАЗИВ ТАШХИСЛАШ МАСАЛАЛАРИ (Адабиётлар шарҳи)

Юлдашев Ж.А. <https://orcid.org/0009-0000-4872-5981>

Ахмедова Н.Ш. <https://orcid.org/0009-0002-3864-3987>

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш.,
Гиждувоний кўчаси. 23. Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Сурункали вирусли гепатит ва жисгар циррози билан оғриган беморларни ерта таъхислаш ва ўз вақтида даволаш замонавий тиббий амалиётнинг муҳим вазифаларидан биридир. Гепатология ривожланишининг олдинги босқичидаги энг муҳим ютуқ гепатит В, С, Д. Сурункали вирусли гепатит, жисгар циррози, гепатоцеллюляр карциноманинг ўткир ва сурункали шакллариининг этиологик бирлигининг исботи эди. Улар битта патологик жараённинг босқичлари сифатида кўриб чиқилиши керак. Ушбу ҳолатларни ўз вақтида таъхислаш беморларни бошқаришнинг мақбул тактикасини ишлаб чиқиш ва асоратларни олдини олишнинг калитидир. Беморларни дастлабки текшириш ва уларни кузатиш учун мавжуд бўлган органнинг таркибий ва функционал ҳолатини ақс эттирувчи жисгар фиброзини неинвазив баҳолашнинг янги усуллариини ишлаб чиқиш.

Калит сўзлар: Сурункали вирусли гепатит, ортиқча тана вазни, жисгар фибрози, трансаминазалар, эластометрия.

Актуальность

Высокая распространенность и заболеваемость хроническим гепатитом С (ХГС), как в мире, так и в нашей стране, прежде всего среди трудоспособного населения, обуславливает значительные материальные затраты и экономические потери при борьбе с ним [1,2,8]. Длительное бессимптомное течение ХГС и манифестация заболевания на поздних стадиях (цирроз печени), статистически достоверная ассоциация с развитием гепатоцеллюлярной карциномы является серьезной проблемой здравоохранения.

Проблема ранней диагностики и эффективного лечения хронического гепатита С (ХГС) является одной из самых актуальных в современной медицине в связи с его широкой распространенностью, латентным течением и возможностью неблагоприятных исходов - цирроза печени (ЦП) и гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК) [4,6]. По последним данным, в мире насчитывается около 170 млн. инфицированных вирусом гепатита С (ВГС), что составляет 3% населения Земли [7,10].

Проблема усугубляется тем, что в течение длительного времени у большинства инфицированных пациентов отсутствуют какие-либо симптомы заболевания [6,7].

Ранняя диагностика и своевременное назначение лечения больным ХГ и ЦП является одной из важнейших задач современной медицинской практики. Важнейшим достижением предшествующего этапа развития гепатологии явилось доказательство этиологического единства острых и хронических форм гепатитов В, С, Д. ХГ, ЦП, ГЦК. Их следует рассматривать как фазы единого патологического процесса. Своевременная диагностика этих состояний - залог выработки оптимальной тактики ведения больного, профилактики осложнений. «Золотым стандартом» в диагностике фиброза печени (ФП) остается биопсия печени [10,12].

Последующий мониторинг пациентов на фоне естественного течения заболевания или после проведенной терапии также требует доступных неинвазивных тестов. Поэтому оправдан поиск неинвазивных методов оценки фиброза. Сывороточные тесты оценки фиброза, содержащие суррогатные маркеры фиброза, при их доступности, информативны лишь на стадии ЦП [Бондаренко А.В., Барамзина С.В., 2010]

Результаты прямого метода определения стадии ФП - эластометрии - обладая высокой диагностической точностью, зависят от возраста, индекса массы тела, активности заболевания по биохимическим тестам [Белавина И.А., 2012].

В связи с несовершенством большинства существующих лабораторных и инструментальных методов раннего распознавания трансформации ХГ в цирроз печени и противоречивыми сведениями об их диагностической значимости остается актуальной проблема поиска новых неинвазивных и чувствительных способов оценки гепатоцеллюлярного воспаления, склероза, нарушения сосудистой архитектоники печени с формированием портальной гипертензии в комплексной диагностике прогрессирующего течения хронического гепатита [10,11].

Актуальна, таким образом, разработка новых методов неинвазивной оценки фиброза печени, отражающие как структурное, так и функциональное состояние органа, доступных для первичного обследования больных и их мониторинга.

Цель исследования изучение последних научных информаций о неинвазивной диагностики фиброза печени у пациентов ХГС с абдоминальным ожирением.

Прогрессирование фибротических изменений в ткани печени – ключевой фактор развития цирроза. Изучение эволюции фиброза печени имеет важное значение для оценки эффективности патогенетического лечения и является дополнительным критерием успешности противовирусной терапии пациентов с ХГС. На развитие и прогрессирование фиброза печени у пациентов с ХГС в большинстве случаев до и после противовирусной терапии влияют: ожирение, инсулинонезависимый сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, дисбиоз кишечника [4, 6, 7, 9, 10]. С учетом того, что к 2030 г. в мире будет более 2 млрд человек с избыточной массой тела и более 1 млрд – с ожирением, проблема развития жировой болезни печени, прогрессирования фиброза печени вплоть до цирроза и гепатоцеллюлярного рака приобретает важное значение и для пациентов с ХГС [4].

Магнитно-резонансную томографию (МРТ), как правило, используют для диагностики цирроза и его осложнений. МРТ позволяет выявлять макроструктурные изменения паренхимы печени: фиброзные септы и узлы регенерации, а также наличие спленомегалии с вычислением объема органа, варикозного расширения вен портальной системы и асцита. Использование внутривенного контрастирования улучшает визуализацию фиброза и связанных с циррозом осложнений (артерио-портальных шунтов, гепатоцеллюлярной карциномы) [6]. Выявление и оценка минимального/умеренного фиброза (стадии F1 и F2 по METAVIR) — более сложная задача, и для этой цели изучаются диагностические возможности нескольких новых магнитно-резонансных методик.

Транзиентная эластография. ТЭ с использованием аппарата Fibroscan (Echosens, Франция) стала первым ультразвуковым эластографическим методом для оценки эластичности путем измерения скорости упругих сдвиговых волн в паренхиме, генерируемых механическим толчком. Первые клинические данные, полученные с использованием этого метода, были опубликованы в 2003 г. [19]. Методика подробно описана в литературе. Обследование проводится натошак. Пациент максимально отводит кзади правую руку, исследователь располагает ультразвуковой датчик над правой долей печени через межреберье, аппарат производит механическую вибрацию, которая генерирует упругие поперечные волны, распространяющиеся через ткань. Скорость волн измеряется и выражается в килопаскалях, при этом она прямо коррелирует с упругостью ткани. Чем больше плотность ткани, тем быстрее распространяется поперечная волна. ТЭ проста в исполнении, хорошо переносится пациентами и дает немедленный результат [18,19].

В ходе проведенного исследования было установлено, что значения FIB-4 > 2,67 и APRI > 1,5 только у 31% и 15% пациентов с ХГС и АО ответственно отражали поздние стадии заболевания (F3–F4). В то же время у данных пациентов на стадиях F3–F4 77% значений APRI и 46% – FIB-4 регистрировались в так называемой «серой зоне». Поэтому такая условно неопределенная категория пациентов с ХГС и АО при невозможности проведения пункционной биопсии печени и ультразвуковой эластометрии, видимо, требует повторной динамической оценки значений FIB-4 и APRI.

APRI (platelet ratio index) - это достаточно простой тест, основанный на определении уровня АСТ и количества тромбоцитов для прогнозирования значительного фиброза и цирроза у пациентов с ХГС. В метаанализе Lin и др. (2011) было выявлено, что показатель APRI выше 1,0 имел чувствительность 76 % и специфичность 72 % для прогнозирования цирроза печени. Кроме того, авторы пришли к выводу, что оценка APRI выше 0,7 имеет чувствительность 77 % и специфичность 72 % для прогнозирования значительного фиброза печени [17]. Для выявления цирроза использование порогового значения APRI 2,0 было более специфичным (91 %), но менее чувствительным (46 %). Сам по себе APRI, вероятно, недостаточно чувствителен, чтобы исключить серьезное заболевание. Некоторые данные свидетельствуют о том, что использование нескольких индексов в сочетании (например, APRI + FibroTest) или алгоритмического подхода может привести к более высокой диагностической точности, чем использование только APRI [8].

Другой индекс - FIB-4 использует следующие показатели: возраст, уровень АСТ и АЛТ, количество тромбоцитов. При использовании нижнего порогового значения 1,45 балл FIB-4 <1,45 имел отрицательную прогностическую ценность 90 % для развитого фиброза [9].

В 2015 году Xiao и др. сравнили APRI и FIB-4 в метаанализе 39 статей с 9377 пациентами с гепатитом В. Для диагностики цирроза APRI имел в нормированном пространстве площадь под кривой (AUROC) 0,726, а FIB-4 имел AUROC 0,844. Авторы пришли к выводу, что APRI и FIB4 могут идентифицировать фиброз, связанный с HBV, с умеренной чувствительностью и точностью.

Сравнительная неоднозначность полученных результатов свидетельствует, что определение индексов фиброза печени FIB-4 и APRI не является абсолютным критерием диагностики поздних стадий ХГС, но, с учетом простоты расчета и в целом удобства применения в амбулаторной практике, данные маркеры могут быть использованы для комплексной клинко-лабораторной оценки нарушений функционального состояния и стадии фиброза печени у пациентов с ХГС, состоящих на диспансерном учете, как с висцеральным (абдоминальным) ожирением, так и при его отсутствии. Нарастание значений индексов FIB-4 и APRI в динамике у наблюдаемых пациентов с ХГС и метаболическими факторами риска (абдоминальное ожирение, инсулинорезистентность) позволит выделить категорию пациентов, нуждающихся в углубленном обследовании для своевременного определения темпов прогрессирования заболевания [17,18,19].

Заключение

Таким образом, полученные в настоящей работе результаты свидетельствовали, что рутинные и достаточно простые лабораторные индексы (FIB-4, APRI) могут быть использованы у пациентов с ХГС и АО. Следует отметить, что FIB-4 был достоверно более информативен для определения стадии фиброза, чем APRI у пациентов с ХГС с АО и инсулинорезистентностью (НОМА-IR>2). В целом, доступная в клинической практике оценка сочетания неинвазивных индексов FIB-4, НОМА-IR с учетом ИМТ, ОТ может помочь практикующему врачу при диспансерно-динамическом наблюдении выделить группы риска среди пациентов с ХГС с ожирением и инсулинорезистентностью в зависимости от выраженности фиброза, а значит, своевременно провести комплекс лечебно-профилактических мероприятий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Трифонова, Г.Ф. Острый и хронический гепатит С в Российской Федерации в 1994–2013 гг. // Инфекция и иммунитет. 2014;4(3):267-274.
2. Жданов, К.В. Гепатит С и неалкогольная жировая болезнь печени у пациентов с ВИЧ-инфекцией // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2017;9(1):36-42.
3. Ковалева В.А., Жевнерова Н.С., Антонова Т.В. Нарушения углеводно-липидного обмена и уровень галектина-3 как факторы прогрессии фиброза печени при хроническом гепатите С. // Терапевтический архив. 2021;93(2):164-168.
4. Ткаченко Л.И., Малеев В.В., Цветковская Т.Н. Роль ожирения в развитии метаболических нарушений, прогрессировании фиброза печени и исходов противовирусной терапии у больных хроническим гепатитом С. // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. 2016;1:22-31.
5. Соловьева Ю.А. "Неинвазивные методы диагностики фиброза печени" Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М. К. Аммосова. Серия: Медицинские науки, 2020;4(21):45-54.
6. Bacigalupo ML, Manzi M, Rabinovich GA, Troncoso MF. Hierarchical and selective roles of galectins in hepatocarcinogenesis, liver fibrosis and inflammation of hepatocellular carcinoma. // World J Gastroenterol. 2013;19(47):8831-49. doi: 10.3748/wjg.v19.i47.8831
7. Dong R, Zhang M, Hu Q, et al. Galectin-3 as a novel biomarker for disease diagnosis and a target for therapy (Review). // Int J Mol Med. 2018;41:599-614. doi: 10.3892/ijmm.2017.3311
8. Traber PG, Chou H, Zomer E, et al. Regression of fibrosis and reversal of cirrhosis in rats by galectin inhibitors in thioacetamide-induced liver disease. PLoS ONE. 2013;8:e75361. doi: 10.1371/journal.pone.0075361

Поступила 20.01.2024