



Российская гастроэнтерологическая ассоциация  
Российское общество по изучению печени  
Научное сообщество по изучению микробиома человека



# Российский журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии, Колопроктологии

Russian Journal of Gastroenterology,  
Hepatology, Coloproctology

Приложение № 64  
Материалы Тридцатого Юбилейного Российского  
Гастроэнтерологического Конгресса  
29 сентября – 1 октября 2024 г., Москва

№ 5

34

Том

2024

111

## РИСК РАЗВИТИЯ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Гейвалдова Н.Н., Боблат Г.К., Демченко А.А.

Государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

В настоящее время в мире наблюдается тенденция к росту заболеваемости гепатоцеллюлярным раком (ГЦР). Пациенты с циррозом печени (ЦП) имеют высокий риск развития ГЦР. Необходимо выявить риски развития ГЦР у каждого пациента индивидуально, так как определяет онкологическую агрессивность и необходимость диспансерного наблюдения.

**Цель исследования:** определить риски развития ГЦР у пациентов с ЦП алкогольной этиологии.

**Материал и методы.** Обследовано 54 пациента с ЦП алкогольной этиологии. Возраст пациентов составил  $49,6 \pm 9,3$  лет, женщины было 13, мужчины – 41. Класс А по шкале Чайлд – Пью был диагностирован у 9 чел., класс В – у 25 чел., а класс С – у 20 пациентов. Всем пациентам высчитывали трехлетний (R3) и пятилетний (R5) риски развития ГЦР с помощью онлайн-калькулятора «HCC risk calculator».

**Результаты.** Риск развития ГЦР у больных алкогольным ЦП в течение трех лет составил  $4,5$  ( $1,5 - 9$ )%, а пятилетний риск –  $7,5$  ( $2,6 - 14,9$ )%. Однако распределение рисков в зависимости от компенсации цирроза было различным – риск развития ГЦР нарастал в зависимости от тяжести заболевания. Так, показатель R3 увеличивался по мере ухудшения ЦП от класса А к классу С по Чайлд – Пью –  $2,3$ %,  $2,8$ %,  $7,9$ %. Такая же закономерность была прослежена относительно показателя R5 – соответственно  $3,9$ %,  $4,8$ %, и  $13,1$ %. Если достоверной разницы между рисками развития ГЦР у пациентов с ЦП классов А и В не было, то разница показателей пациентов с компенсированным циррозом и больных с ЦП класса С по Чайлд – Пью различалась как для R3, так и для R5 ( $p < 0,0003$ ). Кроме того, имелось различие для показателя R5 между пациентами с ЦП классов В и С по Чайлд – Пью –  $p = 0,001$ .

**Заключение.** У пациентов с алкогольным ЦП отмечается высокий риск развития ГЦР, который значительно увеличивается при нарастании тяжести цирроза. Цирротически измененная печень с наличием гиперпластических узлов имеет высокий пролиферативный потенциал. Необходимо диспансерное наблюдение за пациентами с ЦП алкогольной этиологии с целью раннего выявления ГЦР и своевременного лечения.

112

АССОЦИАЦИЯ НЕЙТРОПЕНИИ С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ИНВАЗИЕЙ *OPISTHORCHIS FELINEUS*Горчилова Е.Г.<sup>1</sup>, Цуканов В.В.<sup>2</sup>, Васютин А.В.<sup>2</sup>, Тонких Ю.Л.<sup>2</sup>, Ольховская М.Ю.<sup>1</sup><sup>1</sup> КБ «РЖД-Медицина», <sup>2</sup> ФИЦ КНЦ СО РАН, НИИ медицинских проблем Севера, Красноярск, Россия

**Цель работы:** исследовать ассоциацию нейтропении с выраженностью фиброза печени у больных с инвазией *Opisthorchis felineus* (*O. felineus*).

**Материалы и методы.** Всего было обследовано 328 пациентов с инвазией *O. felineus* (120 мужчины и 208 женщины, средний возраст – 41,9 лет). Диагностика описторхоза осуществлялась методами копроовоскопии и микроскопии дуоденального содержимого. Всем пациентам проводился клинический осмотр и лабораторная диагностика (включая развернутый анализ крови). 103 больным была осуществлена эластометрия печени на ультразвуковых системах Aixplorer (Франция) или Siemens Acuson S2000 (Германия) с определением степени фиброза печени по METAVIR.

**Результаты.** Среди больных с инвазией *O. felineus* частота лейкопении составила 10,1%, нейтропении – 29,6%. Относительная нейтропения встречалась у 41,0% больных описторхозом с фиброзом печени F1-F2-F3 по METAVIR и у 23,4% пациентов с инвазией *O. felineus* и фиброзом печени F0 по METAVIR ( $p = 0,09$ ). Для лейкопении эти показатели составили, соответственно, 17,9% и 6,3% ( $p = 0,12$ ). Абсолютное содержание лейкоцитов в крови ( $Me [C_{25}-C_{75}]$ ) составило  $4,69 [4,05-7,00] \times 10^9/л$  у лиц с описторхозом и фиброзом печени F2-F3 по METAVIR,  $6,03 [4,74-6,74] \times 10^9/л$  у пациентов с инвазией *O. felineus* и фиброзом печени F0 по METAVIR ( $p = 0,1$ ). Абсолютное количество нейтрофилов в крови в этих группах пациентов равнялось, соответственно,  $2,24 [1,61-3,28] \times 10^9/л$  и  $3,06 [2,54-3,73] \times 10^9/л$  ( $p = 0,04$ ).

**Заключение.** Полученные данные позволяют предполагать важную роль изменения количества, и, вероятно, функционального состояния нейтрофилов для генеза фиброза печени у больных описторхозом.

## КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ В СОЧЕТАНИИ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ИЗЫТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА АЛКОГОЛЯ (МЕТ-АБП)

Гомонова В.П., Райхельсон К.Л.

Медицинский институт СПбГУ, НК и ОЦ гастроэнтерологии и гепатологии Санкт-Петербург, Россия

**Цель:** проведение сравнительной оценки клинико-лабораторных и инструментальных показателей метаболически ассоциированной жировой болезни печени (МАЗБП) и МАЗБП в сочетании с употреблением избыточного количества алкоголя (Мет-АБП).

**Материалы и методы.** В исследование включено 45 пациентов с МАЗБП (группа 1) и 52 пациента с Мет-АБП (группа 2). Изучались клинические и лабораторные данные. Оценка стеатоза и фиброза проводилась с помощью транзитной эластографии с функцией контролируемого ультразвука. МАЗБП установлена на основании выявленного стеатоза и фиброза. Мет-АБП установлена на основании выявленного стеатоза и фиброза. Критерии МАЗБП – при остром употреблении  $140-350$  г/неделю этанола для женщин и  $210-420$  г/неделю этанола для мужчин).

**Результаты.** У пациентов с Мет-АБП в сравнении с группой 1 отмечались более высокие значения ОТ –  $103,1$  (95% доверительный интервал (ДИ):  $99,8-106,2$ ) см против  $96,5$  (95% ДИ:  $92,6-100,4$ ) см; показатели систолического АД –  $128,1$  (95% ДИ:  $125,1-131,1$ ) мм рт. ст. против  $121,7$  (95% ДИ:  $118,2-125,3$ ) мм рт. ст.; диастолического АД –  $80,9$  (95% ДИ:  $78,9-82,9$ ) мм рт. ст. против  $76,2$  (95% ДИ:  $74,7-77,8$ ) мм рт. ст.; уровня глюкозы (95% ДИ:  $20,0-88,7$ ) Ед/л; холестерина липопротеинов низкой плотности –  $3,9 \pm 1,2$  ммоль/л против  $3,0 \pm 0,9$  ммоль/л (все различия  $p < 0,05$ ).

В группе 2 выявлены более высокие показатели стеатоза (90% (95% ДИ:  $298,7-320,8$ ) дБ/м<sup>2</sup>) и фиброза ( $6,8$  (95% ДИ:  $6,1-7,6$ ) кПа) по сравнению с группой 1 ( $286,4$  (95% ДИ:  $276,4-296,4$ ) дБ/м<sup>2</sup> и  $5,8$  (95% ДИ:  $5,1-6,6$ ) кПа, соответственно,  $p < 0,05$ ).

**Заключение:** у пациентов с Мет-АБП отмечаются более неблагоприятные кардиометаболические характеристики и выраженнее структурные изменения печени по сравнению с пациентами с МАЗБП.

114

## ЖЕЛТУХА, ЛИХОРАДКА И ЛИМФАДЕНОПАТИЯ У ПАЦИЕНТКИ 18 ЛЕТ

Григоренко А.В., Черенда А.С., Жаркова М.С., Шулькева Ю.О., Некрасова Т.П.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова (Сеченовский университет), Россия

**Цель работы:** представить клиническое наблюдение синдрома исчезающих желчных протоков, как проявление паранеопластического процесса при лимфоме Ходжкина.

**Клинический случай.** Пациентка Ш., 18 л., поступила с жалобами на желтушное окрашивание кожи и склер, общую слабость. Из анамнеза: заболевание манифестировало с суставного синдрома. Назначены НПВП. На 10-й день терапии – лихорадка, пожелтение склер, тошнота. Исключались вирусные и аутоиммунные гепатиты, болезнь Вильсона, механическая желтуха. При КТ ОБП: распространенная лимфаденопатия, гепато- и спленомегалия. При ПЭТ-КТ: распространенная лимфаденопатия с поражением ЛУ: подчелюстных и надпочечных, паратрахеальных справа, ВГЛУ, забрюшинных, ретрокруральных, подвздошных справа с активным захватом 18F-ФДГ. Госпитализирована в УКБ №2 для уточнения генеза поражения печени. При обследовании в клинике: признаки холестаза, синдрома цитолга, воспалительной, печеночно-клеточной недостаточности. УЗИ ОБП: распространенная лимфаденопатия и гепато- и спленомегалия. Биопсия надпочечного ЛУ – обнаружены клетки Березовского – Штернберга. Установлен диагноз: Ходжкинская лимфома. Проводилось 4 курса ПХТ (BEGEV), после чего отмечалась регрессия признаков холестаза, лимфаденопатии, лихорадки. При повторной госпитализации: при биопсии печени – морфологическая картина выражающих желчных протоков. Клинический диагноз: Основное заболевание: Ходжкинская лимфома, с поражением над- и поддиафрагмальных лимфатических узлов, селезенки и печени («синдром исчезающих желчных протоков»). Состояние после 4 курсов полихимиотерапии с ниволумабом.

**Заключение.** Поражение печени при лимфоме Ходжкина может проявляться синдромом исчезающих желчных протоков – одним из вариантов паранеопластического синдрома. Вторичное повреждение гепатоцитов проявляется цитолитическим синдромом, возможно развитие печеночной недостаточности. Методы визуализации и ПЭТ-КТ позволяют исключить биллиарную гипертензию и инфильтрацию печени клетками лимфомы.