



Токсанбаев Д.С.

УДК 616.36-004-006:617-089.844

## ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ

Д.С. ТОКСАНБАЕВ<sup>1,2</sup>, Н.К. САДЫКОВ<sup>1,2</sup>, М.К. ДУЙСЕБЕКОВ<sup>1,2</sup>,  
С.Б. ЯКЯРОВА<sup>2</sup>, А.А. ЖАНТАЙ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Акционерное общество «Национальный медицинский университет», г. Алматы,  
Республика Казахстан,

<sup>2</sup>ТОО «Институт хирургии», г. Алматы, Республика Казахстан

**Ц**ирроз печени и его осложнения занимают значительное место в структуре заболеваний органов пищеварения, являясь крайне актуальной проблемой здравоохранения всех стран мира. Это связано с широкой распространенностью их основных этиологических факторов, а также осложнением и высоким уровнем летальности.

Но, несмотря на множество решенных проблем в гастроэнтерологии и хирургической гепатологии, вопросы диагностики и лечения пациентов с терминальными стадиями заболевания печени остаются одними из самых актуальных в современной медицине.

**Цель исследования.** На основании современных исследований оптимизировать методы диагностики и лечения пациентов с циррозом печени и его осложнения.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В департаменте гепатопанкреатобилиарной хирургии и гастроэнтерологии, Центра современной медицины «MEDITERRA», с августа 2016 по август 2018 годов на стационарном лечении находились 83 пациента с циррозом печени и его осложнениями (печеночная недостаточность с энцефалопатией, асцит, гепаторенальный синдром, спонтанный бактериальный перитонит, варикозно расширенные вены пищевода с кровотечением). Из них женщин 48 (58%) и мужчин 35 (42%), возраст пациентов был от 17 до 80 лет.

Показаниями к госпитализации явились: тяжелое состояние пациентов, неясность этиологии заболевания, необходимость проведения профилактики осложнения и хирургические вмешательства. Обследование пациентов проводилось согласно существующему в стране протоколу диагностики и лечения, по показаниям проводились дополнительно - фибросканирование, компьютерная томографическая ангиография, биопсия печени и другие современные методы исследования.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе обследований выявлены следующие этиологии терминальных стадий заболеваний печени: ГЦК у 24 (29%) больных (15 - ГЦК+ЦП в исходе вирусных гепатитов В и С, 2 - с ЦП не вирусной этиологии, у 7 пациентов ГЦК не вирусной этиологии без ЦП); гепатиты различной этиологии - 22 (26,5%) пациента: вирусные гепатиты - 14 пациентов; аутоиммунные заболевания печени - у 4 боль-

ных (аутоиммунный гепатит - 1, первичный билиарный холангит - 2, первичный склерозирующий холангит - 1); другие - 4 (алиментарно-токсический, НАЖБП и др.). Цирроз печени - 29 (35%) больных (в исходе вирусного гепатита HBV 5, в исходе HCV 19 и в исходе HBV + HDV у 5 больных). Криптогенный цирроз печени - 8 (9,5%) больных, у которых не удалось выяснить этиологию заболевания.

У 53 (64%) пациентов имелся ряд осложнений, таких как синдром портальной гипертензии, асцит, ВРВПиЖ с эпизодами кровотечения и без, гиперспленизм, энцефалопатия и печеночная недостаточность (холестаз). Для оценки жизненного прогноза пациента необходимо правильно определить стадию печеночной энцефалопатии, так как этот критерий входит в систему оценки тяжести цирроза - по классификации Чайлд-Туркотт-Пью (Child-Turcotte-Pugh, СТП) были распределены следующим образом; класс А у 17 (32%) пациентов, класс В у 19 (36%) пациентов и класс С у 17 (32%) пациентов. Также проводили оценку тяжести состояния и определения очередности трансплантации печени, принятой в большинстве стран по шкале MELD (Model of End-stage Liver Disease), при этом у 19 (36%) пациентов индекс MELD был выше 15 баллов.

Тактика ведения пациентов с циррозом печени и его осложнениями включала в себя, с одной стороны, лечение основного заболевания, приведшего к нарушению функции печени, а с другой - своевременную диагностику и лечение осложнений. Все пациенты получили консервативное лечение и коррекцию осложнений, из них в 31 (37%) случае были проведены следующие вмешательства: с целью выяснения этиологии 8 больным биопсия печени, эндоскопическое лигирование ВРВП выполнено 11 пациентам с целью профилактики кровотечения и его рецидива, рентген-эндоваскулярная окклюзия селезеночной артерии (РЭОСА) проведена 3 пациентам, при ГЦК 4 пациентам выполнена трансартериальная химиоэмболизация (ТАХЭ) и радикальные резекции печени 5 пациентам. В ближайшем послеоперационном периоде непосредственных осложнений либо значительного ухудшения состояния пациентов и летальных исходов не наблюдалось.

Из всех 83 пациентов 13 (16%) пациентов после стабилизации общего состояния и отсутствия противопоказаний к трансплантации печени были направлены на консультацию в трансплантологические центры по месту жительства для радикального лечения.

## ВЫВОДЫ

Наблюдение и лечение пациентов с терминальными стадиями заболевания печени необходимо проводить в специализированных учреждениях с привлечением мультидисциплинарной группы и применением современных методов диагностики и лечения.

В специализированных учреждениях необходимо выявлять этиологию заболевания, устранять осложнения, а также выявлять противопоказания к радикальному методу лечения. При отсутствии возможности радикального лечения пациентов с циррозом печени и его осложнений необходимо направлять в трансплантологические центры для радикального лечения.

Как уже всем известно, единственным и радикальным

лечением данной категории пациентов является трансплантация печени, которую, к сожалению, не всегда возможно выполнить своевременно. Поэтому оптимизация методов диагностики и правильно подобранная тактика лечения осложнений цирроза печени, направленные на профилактику прогрессирования заболевания и устранение возникших осложнений, позволит пациентам благополучно дождаться трансплантации органа.

**Контакты:** Токсанбаев Данияр Сапарович, канд. мед. наук, доцент кафедры хирургии №1 КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, ул. Төле би, 88, индекс 050000. E-mail: dr\_tox@mail.ru

**Contacts:** Daniyar S Toxanbaev, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Surgery Department No. 1 of the Asfendiyarov KazNMU, Almaty c., Tole bi str., 88, index 050000. E-mail: dr\_tox@mail.ru

УДК 616.36-002.14:616.248-07

## ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ АФП ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРВИЧНЫЙ РАК ПЕЧЕНИ

К.С. БРИГИДА

Научно-исследовательский институт Вирусологии, г. Ташкент, Узбекистан

**Г**епатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) - это актуальная проблема современной онкогепатологии. Для установления диагноза первичного рака печени по практическим рекомендациям Всемирной гастроэнтерологической организации достаточными являются следующие находки: классическая картина при одном из визуальных методов исследования, например, большое и/или мультифокальное образование в печени, а также повышенный уровень АФП (альфа-фетопротеина), на фоне хронического заболевания печени на стадии цирроза.

**Цель исследования** - определить диагностическую ценность АФП у пациентов с ГЦК на фоне хронических заболеваний печени.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Сыворотка пациентов с ГЦК на фоне хронических заболеваний печени и данные УЗИ/КТ/МРТ исследований.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В апреле-мае 2018 года на базе НИИ Вирусологии республики Узбекистан было отобрано 23 пациента с подозрением на ГЦК. Критериями отбора были повышенный уровень АФП и/или обнаружение опухоли на УЗИ/КТ/МРТ. Из 23 обследованных нами пациентов у 3 был диагностирован хронический гепатит: HCV этиологии - 1 пациент, HBV+HDV-1 1 пациент, и у 1 пациента выявлен хронический гепатит неясной этиологии. У 20 пациентов диагностировался цирроз печени, у 10 обследованных больных - цирроз печени HCV-этиологии, у 4 пациентов - HBV этиологии, у 1 пациента HCV+HBV-этиологии, у 4 HBV+HDV этиологии и у 1- цирроз печени алкогольной этиологии. У всех обследованных больных было проведено определение уровня АФП в сыворотке крови методом ИФА. Уровень АФП находился в пределах от 3,4 до 425, при норме 8,5 нг/мл. Из них у 10 пациентов уровень

АФП колебался в пределах 13,0-250,0, то есть был выше границы нормы, но при этом методы визуализации наличие опухоли не подтвердили. У данной группы пациентов распределение по нозологическим единицам было следующим: хронический гепатит HCV-этиологии - 1, HBV+HDV этиологии - 1, неясной этиологии - 1, цирроз печени HCV-этиологии - 2, цирроз печени HBV этиологии - 1, цирроз печени HBV+HDV-4. У 13 пациентов уровень АФП колебался в пределах от 3,4 до 425, но у данной категории больных диагноз был подтвержден методами визуализации. При этом у 4 из них уровень АФП был в норме, хотя наличие образования подтверждалось на УЗИ и/или КТ/МРТ. У одного пациента диагноз был подтвержден гистологически путем анализа биоптата печени, взятого под контролем УЗИ. При этом уровень АФП у данного пациента был 7,0, то есть в пределах нормы. У второй пациентки диагноз был подтвержден цитологически и выставлен путем исследования асцитической жидкости, у данной пациентки уровень АФП был 110, то есть повышен. При этом в обоих случаях диагноз подтверждался на УЗИ и/или КТ/МРТ.

### ВЫВОДЫ

На сегодняшний день определение уровня АФП в качестве скрининга ГЦК является стандартом диагностики, повышенный уровень АФП на фоне хронических заболеваний печени не всегда указывает на первичный рак печени, и, наоборот, уровень АФП в пределах нормы не исключает наличие ГЦК в печени. Таким образом данные АФП должны подтверждаться или опровергаться другими онкомаркерами, а также методами визуализации.

**Контакты:** Бригида К.С., младший научный сотрудник, Научно-исследовательский институт Вирусологии, Узбекистан, г. Ташкент. E-mail: info.nii\_virusologii@minzdrav.uz

**Contacts:** Brigida KS, Junior Researcher, Research Institute of Virology of the Republic of Uzbekistan, Tashkent c. E-mail: info.nii\_virusologii@minzdrav.uz