

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации



Кафедра факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и иммунологии

Распространенность неалкогольной жировой болезни печени среди пациентов с кардиометаболическими состояниями, находящимися на программном гемодиализе

Выполнили: студенты 4 курса Лечебно-профилактического факультета Постникова Екатерина Александровна, Абросимов Алексей Владимирович
ms.postnikova.ekaterina@mail.ru

Научный руководитель: кандидат медицинских наук, доцент Куприянова Инесса Николаевна

VI Всероссийский научно-практический конгресс с международным участием

«Белые ночи гастроэнтерологии»

Санкт-Петербург, 31 мая - 1 июня 2024 года

Актуальность

НАЖБП ассоциируется с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний. Существует корреляция между тяжестью НАЖБП и стадиями ХБП: наличие стеатогепатита и прогрессирующего фиброза повышает риск развития ХБП. Пациенты с НАЖБП имеют повышенную частоту проведения программного гемодиализа (ПГД) по поводу ХБП 5 ст. и меньшую выживаемость. НАЖБП неблагоприятно влияет на клинические исходы и смертность от всех причин у людей с ХБП. Модификация образа жизни у больных НАЖБП вызывает регресс гистологических изменений в печени и улучшение функции почек. Работ по оценке выраженности НАЖБП у пациентов с кардиометаболическими состояниями, находящимся на ПГД нам не встретилось.

Цель исследования

Изучить распространенность и выраженность НАЖБП у пациентов с кардиометаболическими состояниями, находившимся на программном гемодиализе.

Материалы

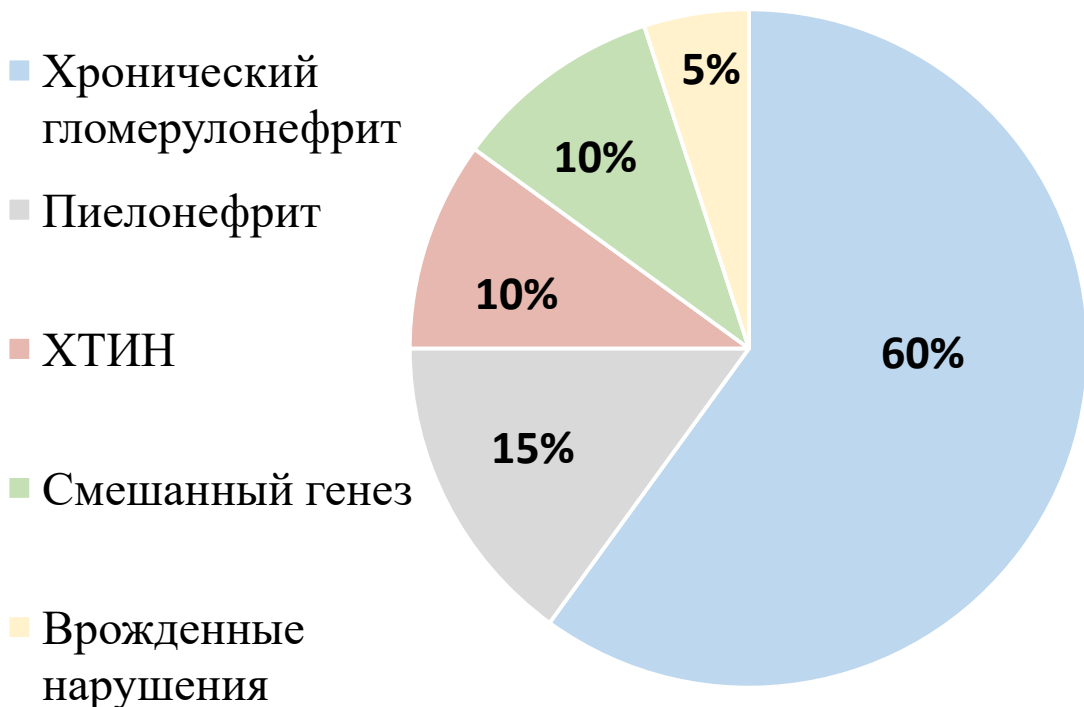
Отобрано 20 пациентов в возрасте 37÷77 лет на программном гемодиализе с доказанным кардиометаболическим риском

Критерии исключения: наличие вирусного гепатита В и С; наличие в анамнезе хронического употребления алкоголя в токсичных дозах.

Методы

Общеклиническое обследование, АЛТ, АСТ, альбумин, креатинин, мочевины, липидный спектр, измерение ИМТ, ОТ, АД. Всем больным рассчитывали индекс стеатоза (St-index), индекс фиброза FIB-4, индекс Aspartate aminotransferase to Platelet Ratio Index (APRI), NAFLD fibrosis score (NFS), индекс коморбидности Чарлсона (Charlson Comorbidity Index, CCI).

Структура причин ХБП5 у пациентов, находящихся на диализе



Средний возраст пациентов: 54,15 года
Соотношение мужчин и женщин: 13 (65%) : 7 (35%)

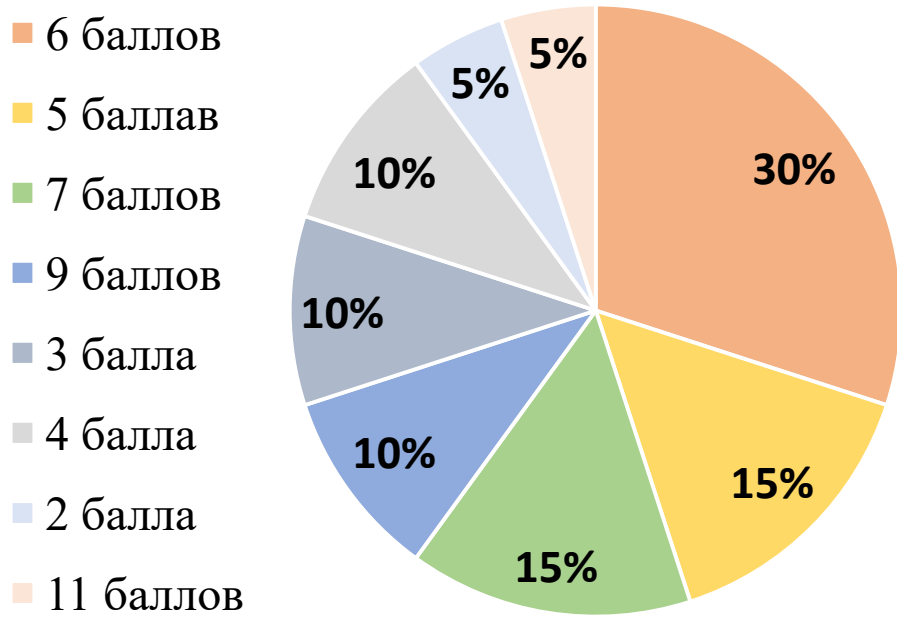
В структуре причин ХБП5 у пациентов, находящихся на ПГД преобладает хронический гломерулонефрит (12n; 60%); тубуло-интерстициальные поражения встречаются реже.

Распространенность кардиометаболических нарушений среди пациентов с терминальной степенью почечной недостаточностью, вызванной нефропатологией

Диагноз	АГ		СД 2 типа		Дислипидемия		Ожирение	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Хронический гломерулонефрит	12	60	2	10	2	10	4	20
Пиелонефрит	3	15	0	0	0	0	1	5
ХТИН	2	10	1	5	0	0	0	0
Врожденные нарушения	1	5	0	0	0	0	0	0
Смешанный генез	2	10	0	0	0	0	0	0
Всего (от общего числа пациентов)	20	100	3	15	2	10	5	25

У всех пациентов была артериальная гипертензия (20n; 100%). Ожирение - у 5 больных (25%), сахарный диабет 2 типа-у 15% (3n) , у 10% (2n) – дислипидемия.

Индекс коморбидности пациентов на программном гемодиализе

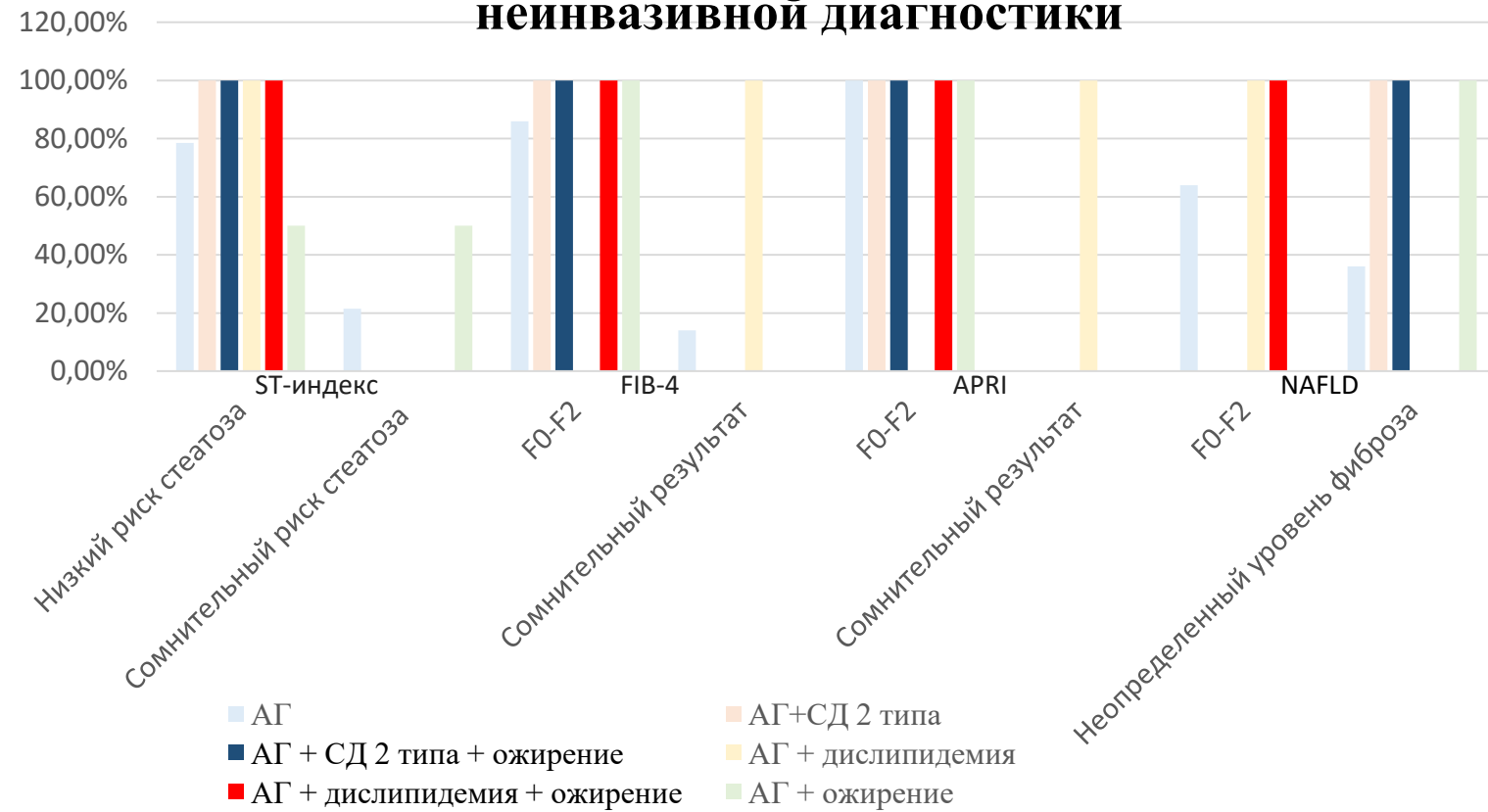


Уровни коморбидности по показателю ИКЧ:

- Низкий: 0-1 балл
- Средний: 2-3 балла
- Высокий: ≥ 4 баллов

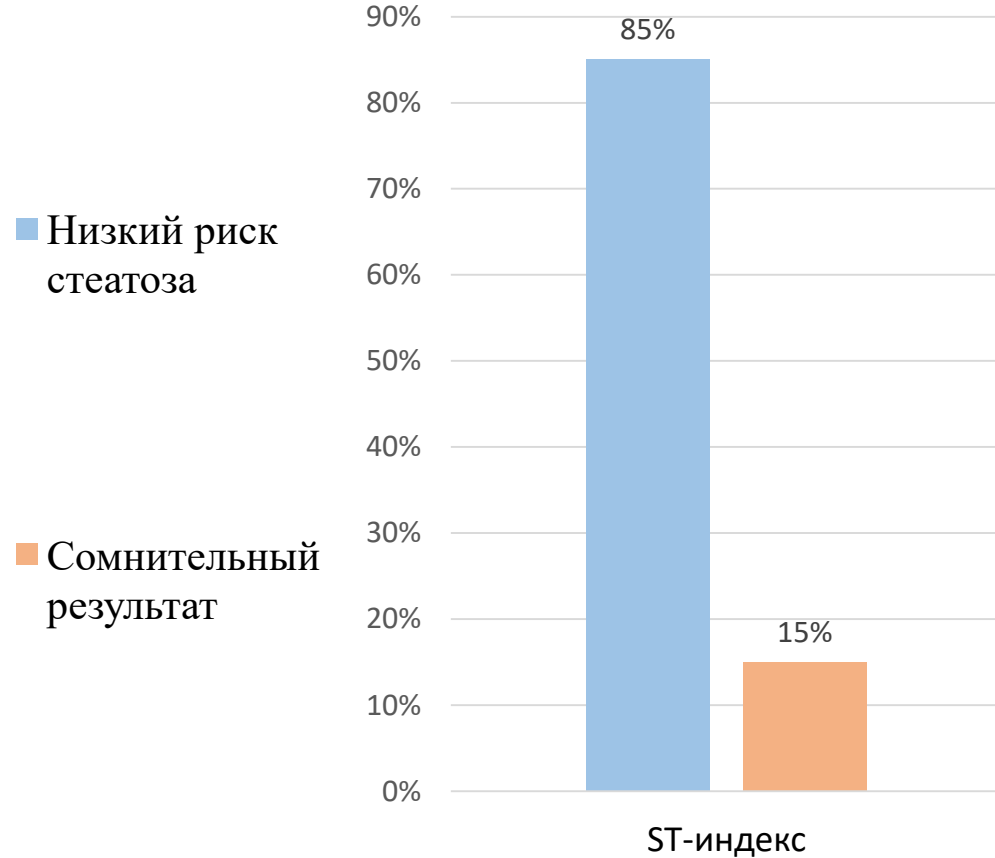
Пациенты, находящиеся на гемодиализе, имеют высокий уровень коморбидности: у большинства (17п, 75%) индекс Charlson равен 5 или более баллов.

Распространенность стеатоза и фиброза печени у пациентов на гемодиализе с метаболическими рисками в анамнезе в зависимости от метода неинвазивной диагностики



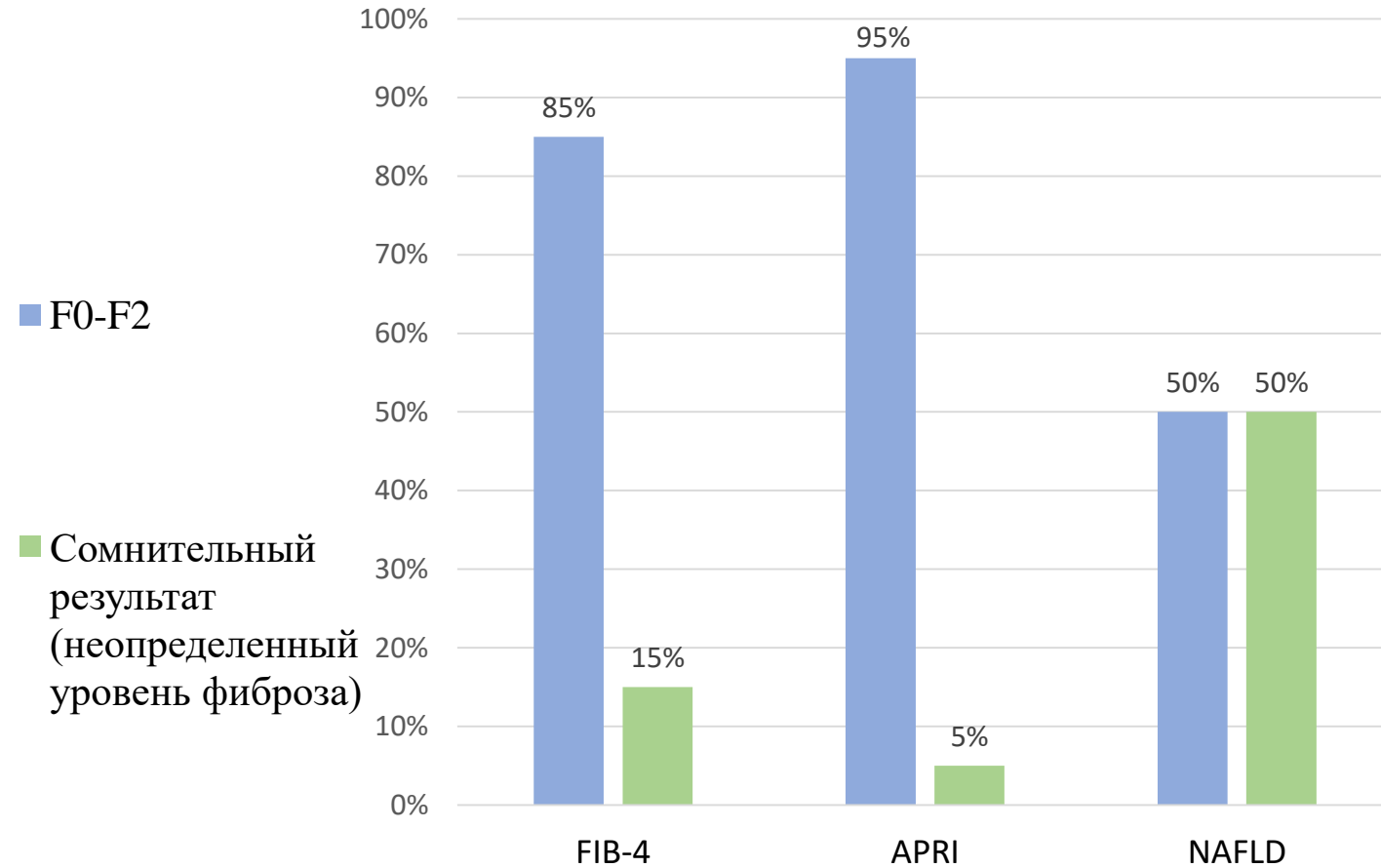
Сочетание 3-х факторов риска (АГ + дислипидемия + ожирение; АГ + СД 2 типа + ожирение), в сравнении с сочетанием 2-х факторов риска или наличием 1 фактора риска, независимо от метода неинвазивной диагностики, в большей степени является предиктором стеатоза и фиброза печени.

Анализ уровня стеатоза печени у пациентов на гемодиализе



Низкий риск стеатоза печени определен у 85% (17n) пациентов;
Сомнительный результат получен в 15% случаев (3 пациента);
Стеатогепатит отсутствовал, что было подтверждено данными БАК.

Анализ уровня фиброза печени в зависимости от метода неинвазивной диагностики НАЖБП



По индексу FIB-4 начальная стадия фиброза (F0-F2) выявлена у 85% (17n) больных
Согласно индексу APRI начальная стадия фиброза (F0-F2) выявлена у 95% (19n) больных
По индексу NAFLD значимых различий по частоте между начальными стадиями фиброза (F0-F2) и выявлением промежуточного риска не выявлено.

Выводы

1. В исследование вошло 20 больных, имеющие кардиометаболические состояния (артериальная гипертензия, сахарный диабет 2 типа, дислипидемия, лишний вес), находящиеся на ПГД (среднее значение СКФ: 4,575; среднее время на диализе 9,25 лет). Это были в основном мужчины (65%), средний возраст 54,15 года. Причины лечения ПГД: хронический гломерулонефрит, пиелонефрит, хронический тубулоинтерстициальный нефрит, врожденная патология, смешанный генез;
2. У 17 пациентов был высокий уровень коморбидности Charlson (5 баллов – 3п; 15%, 6 баллов – 6п; 30%, 7 баллов – 3п; 15%, 9 баллов – 2п; 10%, 11 баллов – 1п; 5%), что говорит о менее чем 21% 10-летней выживаемости пациентов данной группы;
3. Сочетание 3-х факторов риска (АГ + дислипидемия + ожирение; АГ + СД 2 типа + ожирение) у пациентов с терминальной ХБП, в сравнении с сочетанием 2-х факторов риска или наличием 1 фактора риска у данной группы пациентов, независимо от метода неинвазивной диагностики, является наиболее серьезным фактором риска развития стеатоза и фиброза печени;
4. По данным ST-индекса у пациентов на ПГД определен низкий риск стеатоза в 85% (17п) случаев, не выявлен ни один случай НАСГ, что подтверждено показателями АЛТ и АСТ;
5. Индекс APRI позволил в большей степени выявить начальную стадию фиброза (F0-F2) у пациентов с терминальной ХБП, чем индексы FIB-4 и NAFLD (95% против 85% и 50%), что противоречит литературным данным;
6. Сохранность функций печени у пациентов на программном гемодиализе с доказанным кардиометаболическим риском, может быть связана с грамотно подобранной программой диализа и протоколом лечения, регулярным контролем врачом диализного центра, комплаентностью пациентов (соблюдение диеты, отказа от употребления алкоголя в токсичных дозах).