

более высокие значения CAP (297,3±49,7), чем лица с HSI <36 (177,5±40,5), $p=0,000$. У пациентов с NAFLD-LFS > -0,64 диагностированы более высокие значения CAP (282±58,3), чем у лиц с NAFLD-LFS < -0,64 (149,6±26,5), $p=0,003$. Статистически значимые различия значений CAP при значениях $TyG > 8,5$ и $< 8,5$ не выявлены (228,2±75,1 и 261,5±61,5 против 284,5±63,9 и 263,0±76,8), $p=0,06$ и $p=0,94$.

Заключение. Частота выявления стеатоза печени по данным оценки CAP у лиц с кардиометаболическими ФР составила 61,9%. Наиболее информативными расчетными индексами СП у этих пациентов были индексы HSI и NAFLD-LFS. В условиях высокой распространенности НАЖБП своевременное выявление стеатоза печени и его количественная оценка становятся актуальными задачами не только в гепатологии, но и в здравоохранении в целом.

083 КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ РИСКИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФИБРОЭЛАСТОМЕТРИИ ПЕЧЕНИ В ОЦЕНКЕ СТЕАТОЗА И ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ ПО ДАННЫМ ЭЛАСТОМЕТРИИ У ЛИЦ С ФАКТОРАМИ РИСКА

Хамзина Ф. Т.^{1,2}, Мангушева Я. Р.², Абдулхаков С. Р.^{3,2}, Гайсина Л. Р.², Абакумова А. А.², Гульмирзоева М. Д.²

¹Казанская государственная медицинская академия — филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Казань; ²Медико-санитарная часть ФГАОУ ВО "Казанский (Приволжский) федеральный университет", Казань; ³ФГАОУ ВО "Казанский (Приволжский) федеральный университет", Казань, Россия

fhamzina@inbox.ru

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) — распространенное хроническое заболевание печени, характеризующееся патологическим накоплением жировых капелек, не связанное с употреблением алкоголя. Избыточная аккумуляция жиров в гепатоцитах ассоциируется с развитием стеатоза печени (СП) — ранним и чувствительным маркером глубоких нарушений метаболизма. У больных с НАЖБП в сочетании с СД установлена более высокая распространенность сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) с повышением риска возникновения всех форм ишемической болезни сердца (ИБС), инфаркта миокарда, внезапной сердечной смерти. Известно, что существуют параллели в развитии фиброза печени и сердца.

Цель. Сравнение возможностей применения вибрационно-контролируемой транзитной эластометрии (ТЕ) и эластографии сдвиговой волны (ЭСВ) в определении степени стеатоза и стадии фиброза печени у пациентов с СД 2 типа.

Материалы и методы. Обследовано 25 пациентов (56% мужчин и 44% женщин) с диагнозом СД 2 типа, с индексом

Fibrosis4 > 1,3, в возрасте от 35 до 81 лет (64,12±11,17). Обследовано 25 пациентов (56% мужчин и 44% женщин) с диагнозом СД 2 типа, с индексом Fibrosis4 > 1,3, в возрасте от 35 до 81 лет (64,12±11,17), с ИМТ от 16 до 36,6 (28,75±5,49) и уровнем АЛТ от 7,5 до 58,3 Ед/л (27,33±15,77). Всем больным было проведено УЗИ гепатобилиарной зоны на УЗ сканере APLIO MX (Toshiba, Япония) и определение эластичности печени с целью оценки степени стеатоза (S) и стадии фиброза (F) методом контролируемого параметра затухания ультразвука (КПЗУ) на аппарате FibroScan (Echosens, Франция) с применением M- и XL — датчиков. 24 пациента дополнительно прошли диагностику стадии фиброза печени методом ЭСВ (PHILIPS Affiniti 70). Всем пациентам исследования были выполнены в один день, строго натощак. Интерпретация стадии фиброза проводилась по параметру жесткости (кПа) в соответствии со шкалой METAVIR, степени стеатоза — по параметру CAPscore (дБ/м) по шкале NAS. Статистическая обработка результатов проведена в SPSS Statistics 26

Результаты. СП печени при УЗИ диагностирован у 13 (52%) пациентов, методом КПЗУ — у 16 (64%) больных. Повышение ИМТ коррелировало с выраженностью стеатоза печени по данным FibroScan ($p < 0,01$). У 9 (36%) обследованных пациентов СП по данным КПЗУ не диагностирован, что соответствовало степени стеатоза S0 и совпадало с результатами УЗИ. По данным КПЗУ СП-1 степени (S1) определялся в 24% случаев, 2 степени (S2) выявлен в 4% случаев, 3 степени (S3) — у 36% больных. Фиброз по данным КПЗУ был диагностирован у 8 (32%) пациентов, у остальных 17 (68%) пациентов показатели жесткости соответствовали F0. Фиброз 1 стадии (F1) определялся у 12% больных, фиброз 2 стадии (F2) у 4%, фиброз 3 стадии (F3) — у 12% больных, фиброз 4 стадии (F4) — у 4% пациентов. Выраженность стеатоза печени не влияла на стадию фиброза печени по результатам FibroScan. По данным ЭСВ фиброз был диагностирован у 6 (25%) пациентов, у остальных 18 (75%) фиброз не определялся (F0). F1 — определялся у 4,2% больных, F2 у 12,4%, F3 — у 4,2% больных, F4 — у 4,2% пациентов. Сравнение результатов оценки эластичности печени методом ФЭМ и ЭСВ показали совпадение стадии фиброза печени по результатам жесткости у 22 (91,6%) больных, из них у 4 (16,6%) пациентов стадия фиброза отличалась по уровню жесткости. У 2 (8,3%) пациентов результаты кардинально отличались: у 1 пациента — F0 (КПЗУ), F3 (ЭСВ), у 1 пациента — F1 (КПЗУ), F0 (ЭСВ).

Заключение. Частота выявления СП по данным оценки CAP у больных с СД-2 типа составила 64%. Повышение ИМТ является фактором риска развития и усугубления СП. Выраженность фиброза имеет малый коэффициент корреляции с уровнем СП по данным КПЗУ. Измерение эластичности ткани печени с целью выявления фиброза посредством ЭСВ сопоставимо по своей точности с ТЕ. Выявление и четкий контроль метаболических факторов риска остается основным направлением для терапевтических мероприятий: пациенты с СД и НАЖБП имеют высокий риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний.

ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

084 ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ И МЕХАНИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МИОКАРДА ПРЕДСЕРДИЯ И ЖЕЛУДОЧКА КРЫС И МОРСКИХ СВИНОК

Балакин А. А., Проценко Ю. Л.

ФГБУН Институт иммунологии и физиологии Уральского отделения РАН, Екатеринбург, Россия
balakin_a_a@mail.ru

Механический ответ миокарда является следствием интегральной активности электромеханического и механоэлектри-

ческого контуров регуляции сократимости, которые отличаются в предсердии и желудочке разных видов животных. Кардиомиоциты предсердий имеют ряд морфологических и электрофизиологических особенностей, которые отличают их от желудочковых и определяют их восприимчивость к аритмиям. Это в значительной степени обусловлено особыми свойствами ионных каналов, их распределением и влиянием на них механической нагрузки. Представляет интерес у разных животных сопоставить изменения электрической активности в ответ на изменение длины (преднагрузки) многоклеточных препаратов миокарда правого предсердия (ПП) и желудочка (ПЖ), в которых кардиомиоциты взаимодей-