**Прогностические показатели неблагоприятного течения цирроза печени**

**Турецкая М.А.**

**Научный руководитель: доцент Визе-Хрипунова М.А.**

Заболевания печени являются глобальной проблемой здравоохранения. Самыми распространенными причинами формирования ЦП являются хронический вирусный гепатит С и алкогольная болезнь печени. Более чем у 50% больных манифестация болезни может происходить на этапе декомпенсированной стадии, наличие которой свидетельствует о неблагоприятном прогнозе заболевания. Ежегодно в мире от цирроза печени умирает более 1 млн человек. По данным ВОЗ, за последние 20 лет показатель смертности от цирроза печени возрос до 10-20 на 100000 населения в год. На сегодняшний день цирроз печени как причина смерти занимает 10-е место и входит в 6 основных причин у лиц наиболее трудоспособного возраста 35-55 лет.

Одной из наиболее важных проблем современной гепатологии является изучение предикторов декомпенсации цирроза печени, которые связаны с неблагоприятным исходом заболевания.

**Цель исследования**. Определить этиологические факторы, клинические, лабораторные, инструментальные данные, определяющие тяжелое течение цирроза печени.

**Материалы и методы исследования.** Проанализированы истории болезни 200 пациентов с циррозом печени, проходивших диагностику и лечение в гастроэнтерологическом отделении Ульяновской областной клинической больницы в период 2019-2021 годов. Среди пациентов выделена группа с крайне тяжелым течением (24 человека), находившихся на лечении в отделении интенсивной терапии. Все пациенты проходили обследование и лечение, согласно стандартам министерства здравоохранения РФ. Анализировались клинические, лабораторные (общеклинические, биохимические) и инструментальные (УЗИ ОБП, ФГДС, УЗДГ сосудов печени) данные. Был рассчитан индекс фиброза FIB-4.

**Результаты.** Среди госпитализированных больных 86 мужчин и 114 женщин, средний возраст 53,3±5,6 лет. Преобладали больные с циррозом печени класса С-61%, однако среди больных ОРИТ они составляли 91,6%. По этиологии доминировал алкогольный генез-52%, вирусные гепатиты-37,5%, а 10,5% -исходы первичного аутоиммунного холангита, аутоиммунного гепатита, ВИЧ и пр. Но среди больных с крайне тяжелым течением доминировал алкогольный генез-75%. В клинической картине у больных циррозом печени отмечались желтуха, асцит, геморрагии, гепато- и спленомегалия, однако выраженность этих показателей значительно доминировала у пациентов ОРИТ.

Выявлены отличия у этих двух категорий пациентов и в лабораторных общеклинических и биохимических показателях. Средние показатели эритроцитов и тромбоцитов и Нв были снижены (3,66\*1012 ; 128,7\*109 и 109г/л соответственно), но у больных ОРИТ эти показатели снижались значительно сильнее ( 3,10 \*1012; 111,9\*109 и 97,9 г/л соответственно). В тоже время у тяжелых больных отмечалась системная воспалительная реакция, в виде лимфопении-16,4% , повышения СОЭ до 36,8 мм/ч, повышение СРБ-33,0 мг/л.

У больных ОРИТ на фоне сохраняющегося умеренного цитолиза (АЛТ-48 ед/л, АСТ-107,6 ед/л) наблюдался выраженный холестаз ( общий билирубин-149,8 мкмоль/л, прямой-62,6 мкмоль/л, ЩФ-193,6 ед/л, ГГТП-317 ед/л). Показателями тяжелого течения являлись снижение уровня альбумина (24,9 г/л), холинестеразы (2,7ед/л), протромбина (50,7 %) и фибриногена (1,5г/л) , что отражало прогрессирующую печеночную недостаточность.

Значительные изменения отмечались у пациентов с крайне тяжелым течением по показателям функционального состояния почек. Уровень мочевины и креатинина в этой группе был значительно повышен ( 11,4ммоль/л и 154,5мкмоль/л соответственно) и отражал развитие почечной недостаточности, вероятно в рамках гепаторенального синдрома.

При эндоскопическом исследовании 52% больных ЦП имели ВРВП, в 64% случаев на СОЖ и ДПК выявлены множественные эрозии в рамках портальной гастропатии (ПГП). Эрозии при ПГП, как правило, не связаны с воспалительными изменениями СОЖ, они являются следствием нарушений ее микроциркуляции и трофики. Однако стоит отметить, что у пациентов ОРИТ изменения слизистой верхних отделов ЖКТ носили более агрессивный характер- в 20% были выявлены язвы желудка ( в основной группе только в 7% случаев), в 8%-развилось кровотечение из ВРВП.

Нами произведена оценка выраженности фиброза с помощью теста FIB-4. Используются параметры: возраст, АСТ, АЛТ, тромбоциты.  
Формула расчета: FIB-4 = возраст (лет) \* АСТ / (тромбоциты (10^9/л) \* sqrt(АЛТ)). Если значение меньше 1.45, то вероятность значительного фиброза мала (порядка 90%). Если значение больше 3.25, то велика. Использовали интернет-калькулятор. 75% пациентов с циррозом печени имели выраженный фиброз-более 9. Но среди пациентов ОРИТ в 93% определялся выраженный фиброз и индекс фиброза достигал - 10,3 балла, что и определяло более тяжелое течение.

**ВЫВОДЫ**

1. Наиболее частой этиологической причиной декомпенсации цирроза печени является алкогольное поражение.

2. Основными клиническими особенностями больных циррозом печени связанными с неблагоприятным течением заболевания явились сочетание первичной декомпенсации болезни , выраженного асцита и желтухи.

3. Лабораторными показателями тяжелого течения цирроза печени, являются: холестаз, снижение альбумина , протромбина, холинестеразы и фибриногена (печеночно-клеточная недостаточность) в сочетании с ростом уровня мочевины и креатинина (повреждение почек), лимфопения и повышение СРБ (системное воспаление).

4. Инструментальными показателями тяжелого прогрессирующего течения являются: наличие выраженного асцита, варикозно-расширенных вен пищевода Ш степени и портальной гастропатии III степени.

5. Прогностическая модель оценки риска тяжелого прогрессирующего течения у больных циррозом печени включает сочетание декомпенсации заболевания с прогрессирующей печеночно-клеточной недостаточностью и холестазом на фоне нарушения выделительной и фильтрационной функции почек, выраженность системных воспалительных реакций, язвенного поражения желудка и ДПК и фиброза более 10 по данным теста FIB-4.