

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СТЕАТОЗА ПЕЧЕНИ И СТЕАТОГЕПАТИТА СРЕДИ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ТОЛЬЯТТИ

Орел О.Э.



*Орел Ольга Эдуардовна – врач-терапевт, заместитель директора по лечебной части,  
Муниципальное унитарное предприятие Пансионат «Звездный», г. Тольятти*

**Аннотация:** в статье анализируются частота обнаружения бессимптомного течения неалкогольной жировой болезни печени.

**Ключевые слова:** стеатоз, стеатогепатит, неалкогольная жировая болезнь печени.

*Актуальность проблемы.* Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) все чаще упоминается как важная проблема здравоохранения [2, с. 21]. Она включает спектр заболеваний от стеатоза до неалкогольного стеатогепатита. И при наиболее неблагоприятном течении служит причиной развития цирроза и печеночной недостаточности. НАЖБП является диагнозом исключения, который устанавливают пациентам с гистологически подтвержденными заболеваниями печени, такими как алкогольная болезнь печени, но не употребляющими алкоголь в опасных дозах (в среднесуточной дозе 40 г и больше чистого этанола для мужчин и 20 г и больше для женщин). По данным ВОЗ не ассоциированная с алкоголем жировая инфильтрация печени лежит в основе около 25-35% случаев жировой болезни печени (ЖБП) [1, с. 37]. Научное развитие проблема НАЖБП получила в 1990-е годы, после того, как в клинических исследованиях были получены данные о широкой и гендер-зависимой распространенности неалкогольного стеатоза печени, а неалкогольный стеатогепатит (НАСГ) был описан как самостоятельная нозология [3, с. 31]. Однако, данные о его эпидемиологии сильно варьируют. НАСГ выявляют во всех возрастных группах, но в 60-75% случаев он встречается у женщин 40-75 лет. Ранее считалось, что НАСГ встречается не менее чем у 1-2% «здоровых» непьющих людей с нормальным весом и у 30-40% людей, страдающих ожирением. [2, с. 21]. Согласно последним данным, распространенность НАСГ значительно больше. По данным аутопсий, в индустриальных странах ЖБП выявляют у 20-35% взрослого населения [7, с. 6]. Несмотря на то, что «золотым стандартом» диагностики НАЖБП по-прежнему является биопсия печени, ее проведение не всегда возможно, особенно у пациентов с бессимптомным поражением. В связи с этим при диагностике для исключения других заболеваний печени проводят биохимические исследования, ультразвуковое сканирование печени и контрастную ангиографию.

*Материалы и методы:* Из числа пациентов поликлиники Центрального района г. Тольятти мною были обследованы 150 человек в возрасте 25-60 лет. При отборе принимались во внимание следующие параметры:

1. Отсутствие приема алкоголя в опасных дозах (среднесуточное употребление этилового спирта в количестве более или равно 40 г. для мужчин и 20 г. для женщин в течение 5 лет и более).
2. Отсутствие верифицированного гепатита/цирроза вирусного происхождения, алкогольного, другой этиологии.
3. Отсутствие онкологических заболеваний.
4. Отсутствие врожденных заболеваний печени.

Каждый пациент, соответствующий критериям отбора, приглашался на обследование дважды с интервалом в шесть недель.

Визит I. Исследовались следующие параметры:

1. Наличие факторов риска: ожирение; диабет 2 типа; гиперлипидемия; женщины в возрасте 45-55 лет.

2. Данные осмотра: нитчатые телеангиоэктазии; иктеричность склер; пальмарная эритема; порхающий тремор кистей рук. При пальпации/перкуссии печени оценивались размеры и консистенция печени, состояние края печени.

3. Биохимический анализ крови: АЛТ, АСТ, ГГТП, ПТИ, глюкоза, тромбоциты, холестерин, триглицериды, Hbs антитела, HCV антитела.

4. УЗИ печени, поджелудочной железы и селезенки: признаки стеатоза печени, признаки фиброза печени, признаки цирроза печени, признаки застойной печени, признаки стеатоза поджелудочной железы, признаки портальной гипертензии.

Визит II. Проводился опрос по уточнению информации по приему алкоголя (изменился ли режим приема алкоголя за время после первого визита); проводился повторный забор крови. Для пациентов с нормальными значениями всех показателей первого визита: щелочная фосфатаза, билирубин, альбумин, гамма-глобулин, сывороточное железо. Для пациентов с отклонениями АЛТ, АСТ, ГГТП первого визита проводилась повторная их оценка + ЩФ, билирубин, альбумин, гамма-глобулин, сывороточное железо.

#### Оценка пациента.

1. Пациент без патологии печени (нормальные УЗИ и кровь при отсутствии факторов риска) исключался из дальнейшего участия в исследовании.

2. Пациент с вирусным гепатитом В и С или выявленным вирусоносительством исключался из дальнейшего участия в исследовании и направляется к инфекционисту для уточнения диагноза и лечения.

3. Пациент с подозрением на цирроз (данные осмотра, увеличенные размеры печени, портальная гипертензия; тромбоцитопения < 140000) исключался из дальнейшего участия в исследовании и направляется к гепатологу для уточнения диагноза и лечения.

4. Пациент, при выявлении повышенных в >1,5 раза уровней трансаминаз и/или ГГТП в ходе двух последовательных исследований крови с интервалом в 6 недель, а также с признаками стеатоза, выявленными на УЗИ, классифицировался как больной с верифицированным неалкогольным стеатогепатитом.

5. Пациент с нормальными уровнями трансаминаз и других печеночных маркеров или транзиторным подъемом последних (не подтвержденным при повторном биохимическом исследовании), но с признаками стеатоза, выявленными при УЗИ, классифицировался как больной с верифицированным неалкогольным стеатозом.

6. Пациент, удовлетворяющий требованиям, отраженным выше, классифицируется как больной с верифицированной НАЖБП на нецирротической стадии процесса.

7. Пациент при выявлении отношения ЩФ к АЛТ < 3; гамма-глобулин >1,5 N, классифицируется как больной с подозрением на аутоиммунный гепатит и направляется к гепатологу для уточнения диагноза и лечения.

8. Пациент при выявлении высокого уровня сывороточного железа, характерной кожной сыпи, классифицируется как больной с подозрением на гемохроматоз и направляется к гепатологу для уточнения диагноза и лечения.

*Результаты исследования.* Пациенты без патологии печени составили 72,7% (109 человек), с вирусным гепатитом В 0,7% (1 человек), с вирусным гепатитом С 1,3% (2 человека), с подозрением на цирроз не выявлено, с неалкогольным стеатогепатитом 4% (6 человек), с неалкогольным стеатозом 21,3% (32 человека). Количество пациентов с верифицированной НАЖБП на нецирротической стадии процесса составило 25,3% (38 человек); из них не имели факторов риска (ожирение, метаболический синдром, сахарный диабет, гиперлипидемия) 18 человек, что составило 47,36% от числа пациентов с верифицированной НАЖБП.

*Выводы.* Распространенность стеатоза печени и стеатогепатита среди трудоспособного населения Центрального района города Тольятти очень высока. Стеатоз печени выявляется во всех возрастных группах преимущественно у людей, имеющих факторы риска (ожирение, метаболический синдром, сахарный диабет, гиперлипидемия). Почти половина обследованных пациентов с верифицированной НАЖБП не имели факторов риска. Таким образом, среди трудоспособного населения Центрального района города Тольятти нет четкой зависимости между наличием таких факторов риска, как ожирение, метаболический синдром, сахарный диабет, гиперлипидемия, и развитием НАЖБП. НАЖБП является важной проблемой, требующей выявления и устранения основного этиологического фактора в каждом конкретном случае, выработки эффективных и безопасных методов патогенетического лечения.

#### **Список литературы**

1. *Щекина М.И.* Неалкогольная жировая болезнь печени // Consilium medicum, 2009. № 8. С. 37–39.
2. *Семендяева М.Е.* Неалкогольная жировая болезнь печени как медицинская и социальная проблема // Consilium medicum, 2007. № 2. С. 21, 24, 6.

3. *Ивашкин В.Т. и др.* Клинические рекомендации по диагностике и лечению неалкогольной жировой болезни печени Российского общества по изучению печени и Российской гастроэнтерологической ассоциации // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол., 2016. № 26 (2). С. 24-42.
4. *Звенигородская Л.А.* // Неалкогольная жировая болезнь печени у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа: особенности патогенеза и лечения РМЖ. № 22. С. 1607-1612.
5. *Полунина Т.Е.* Неалкогольный стеатоз печени в практике интерниста // Москва, 2015. Эффективная фармакотерапия в гастроэнтерологии.
6. *Полунина Т.Е.* Неалкогольный стеатоз печени в практике интерниста. Эффективная фармакотерапия в гастроэнтерологии, 2009. № 1. С. 14-19. 13.
7. *Гундерманн К.-Й.* // Неалкогольная жировая болезнь печени: от определения к лечению. Росс. Мед. Вести, 2009. 2: 1-7.
8. *Clark J.M.* The epidemiology of non alcoholic fatty liver disease in adults // J Clin Gastroenterol, 2006. № 40 (1). С. 5–10.
9. Материалы многоцентрового исследования по НАЖБП // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2016. ISSN. С. 1382-4376.
10. *Hickman I., Sullivan C. et al.* Altered clot kinetic in patients with non-alcoholic fatty liver disease // Annals of Hepatology, 2015. № 8 (4). С. 331-38.
11. *Богомолов П.О.* Многофакторный генез жирной болезни печени // Гепатологический форум, 2006. № 3. С. 4-10.
12. *Драпкина О.В.* НАЖБП. Современный взгляд на проблему // Лечащий врач, 2010. № 5. С. 57-61.
13. *Корнеева О.Н.* Неалкогольный стеатогепатит при метаболическом синдроме // Consilium medicum, 2007. № 2. С. 18-21.
14. *Богомолов П.О.* Неалкогольный стеатогепатит: патофизиология, патоморфология, клиника и подходы к лечению // Фарматека, 2003. № 10. С. 31-39.
15. *Шаронова Л.А.* Взаимосвязь неалкогольной жировой болезни печени и сахарного диабета 2-го типа // РМЖ, 2017. № 22. С. 1635-1640.