

РИСК РАЗВИТИЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОЛИЧЕСТВА И СОЧЕТАНИЙ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

¹Семененкова А.Н., ¹Штонда М.В., ¹Сухих Ж.Л., ¹Семененков И.И.,

²Кунаш И.И., ²Кашицкая М.Э., ²Разумеева О.Г., ²Жилинская А.В.

¹Институт повышения квалификации и переподготовки кадров
здравоохранения УО «Белорусский государственный медицинский
университет», г. Минск, Республика Беларусь

²Учреждение здравоохранения «2-я городская клиническая больница»,
г.Минск, Республика Беларусь

Актуальность. В настоящее время неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) представляет собой самое частое хроническое заболевание печени в развитом мире, поражающее от 24 до 48% взрослого населения, и рассматривается как фактор риска развития и прогрессирования заболеваний печени и сердечно-сосудистой системы, а также является независимым фактором риска хронической болезни почек. НАЖБП в значительной мере ассоциирована с метаболическим синдромом (МС) и по данным литературы развивается у 75-93% пациентов с МС, и даже рассматривалась как печеночная манифестация МС. НАЖБП ассоциирована с такими метаболическими нарушениями как ожирение (51,34%; 95% ДИ: 41,38-61,20), сахарный диабет (СД) 2 типа (22,51%; 95% ДИ: 17,92-27,89), гиперлипидемия (69,16%; 95% ДИ: 49,91-83,46), артериальная гипертензия (АГ) (39,34%; 95% ДИ: 33,15-45,88), МС (42,54%; 95% ДИ: 30,06-56,05). Опубликованные мета-анализы свидетельствуют о том, что прогноз жизни пациентов с НАЖБП определяется сердечно-сосудистыми событиями в значительно большей степени, чем печеночными осложнениями: у пациентов с НАЖБП по сравнению с лицами без НАЖБП наблюдается высокий риск смертельных и несмертельных сердечно-сосудистых заболеваний (относительный риск (ОР) 1,64; 95% ДИ: 1,26–2,13), который значимо выше у пациентов с более тяжелым поражением печени (ОР 2,58; 95% ДИ: 1,78–3,75), а также повышен риск развития ишемической болезни сердца (ИБС) (ОР 2,26; 95% ДИ: 1,04–4,92). Ряд исследований показывает четкую ассоциацию между НАЖБП и уровнем артериального давления (АД) как у страдающих АГ, так и у лиц с нормальным АД, и свидетельствуют о том, что связь НАЖБП с АГ - двунаправленная: сама по себе АГ – фактор риска развития НАЖБП, а НАЖБП – фактор риска развития АГ. Ожирение, в большей мере висцеральное, является доказанным фактором риска НАЖБП. У пациентов с морбидным ожирением, подвергшихся бариатрической хирургии, распространенность НАЖБП составила более 90% и у 5% был выявлен цирроз печени. Высокая распространенность НАЖБП отмечена в группе пациентов с

СД 2 типа: в исследовании Tangher G. и соавт. обследовано 2839 пациентов с СД 2 типа, у 69,5% из которых была выявлена НАЖБП. Распространенность НАЖБП у лиц с дислипидемией составила по оценкам экспертов 50%.

Заболеваемость НАЖБП быстро растет из-за продолжающейся эпидемии ожирения, МС и СД 2-го типа. Диагностика заболевания на ранней стадии имеет важное прогностическое значение и, учитывая зачастую бессимптомное течение процесса, требует проведения целенаправленного диагностического поиска заболевания у лиц высокого риска.

Цель. Оценить риск развития неалкогольной жировой болезни печени в зависимости от количества и сочетаний компонентов метаболического синдрома.

Материалы и методы. В исследование было включено 148 пациентов с МС, находившихся на стационарном лечении в терапевтических отделениях УЗ «2-я городская клиническая больница г. Минска», медиана (Ме [25;75]) возраста которых составила 56 [46;61] лет, из них 89 мужчин (60,1%) и 59 женщин (39,9%). Наличие МС устанавливалось на основании критериев IDF 2005 года. Диагноз НАЖБП устанавливался в соответствии с клиническим протоколом №54 «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения», утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь 01.06.2017 г. Диагноз НАЖБП до поступления в стационар был установлен у 41 пациента с МС (27,7%), в стационаре на основании анализа результатов проведенного обследования ещё у 67 пациентов впервые была диагностирована НАЖБП. Таким образом, НАЖБП у обследованных пациентов с МС была выявлена в 73% (95% ДИ: 65,85-80,15) случаев (n=108 из 148). Для оценки риска развития НАЖБП пациенты с МС были разделены на две подгруппы: подгруппу «пациенты с МС и НАЖБП» (n=108 из 148) и подгруппу «пациенты с МС без НАЖБП» (n=40 из 148).

Обследование пациентов проводили на основе полученного информированного добровольного согласия, одобренного комитетом по этике ГУО «БелМАПО». Работа выполнялась в соответствии с этическими принципами выполнения биометрических исследований согласно Хельсинской декларации Всемирной Медицинской Ассоциации. Статистический анализ полученных данных был выполнен при помощи программы Portable Statistica 6.0 (StatSoft, Inc., США).

Результаты. Согласно результатам межгруппового сравнительного анализа заболеваний и состояний у пациентов с МС и НАЖБП АГ и абдоминальное ожирение встречались в 100% (n=108 из 108) случаев, ИБС - в 71,3% (n=77 из 108) случаев, дислипидемия - у 88,9% (n=96 из 108) пациентов, гиперурикемия – у 42,6% (n=46 из 108) пациентов, нарушения углеводного обмена (СД 2 типа или НТГ) - у 59,3% (n=64 из 108) пациентов, стеатоз поджелудочной железы у 50,9% (n=55 из 108) пациентов, ЖКБ - у 29,6% (n=32

из 108) пациентов, ГЭРБ – у 10,2% (n=11 из 108) пациентов, что свидетельствует о высоком коморбидном статусе этих пациентов. При этом у пациентов с СД 2 типа НАЖБП встречалась в 89,8% (95% ДИ 81,33-98,27) случаев, а при наличии нарушений углеводного обмена (СД 2 типа или НТГ) – у 90,1% (95% ДИ 83,15-97,05) пациентов.

По спектру сопутствующей патологии статистически значимые отличия между подгруппами имели место в отношении НТГ, СД 2 типа, повышенного уровня глюкозы в плазме крови натощак, гипертриглицеридемии, гиперурикемии, стеатоза поджелудочной железы ($p<0,05$).