

УДК 616.36-003.826

Хомидова Гулузро Джахангир кизи

Кафедра онкологии и медицинской радиологии

Андижанский государственный медицинский институт

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ТЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТА

Резюме: Неалкогольный стеатогепатит (НАСГ) - заболевание, сопровождающееся воспалительной инфильтрацией паренхимы и стромы печени с наличием очагового некроза. NASG-это промежуточное звено между последовательными стадиями одного патологического процесса (неалкогольный стеатоз и неалкогольный стеатозифиброз), форма независимого метаболического заболевания - неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП). Поскольку в списке заболеваний КХТ-10 нет единого кода, отражающего полноту диагноза НАЖБП, наиболее часто используемым в настоящее время является: к 76.0 – жировая дегенерация печени, не классифицированная в других названиях.

Ключевая слова: стеатогепатит, профилактика, лечения, неалкогольная поражения печени.

Khomidova Guluzra Jahangir kizi

Department of Oncology and Medical Radiology

Andijan State Medical Institute

EPIDEMIOLOGY, COURSE AND PREVENTION OF NON-

ALCOHOLIC STEATOHEPATITIS

Resume: Non-alcoholic steatohepatitis (NASH) is a disease accompanied by inflammatory infiltration of the liver parenchyma and stroma with the presence of focal necrosis. NAZG is an intermediate link between the successive stages of one pathological process (non-alcoholic steatosis and non-alcoholic steatofibrosis), a form of independent metabolic disease - non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD). Since there is no single code in the list of KXT-10

diseases reflecting the completeness of the diagnosis of NAFLD, the most commonly used one is currently: k 76.0 – fatty liver degeneration, not classified in other names.

Keywords: steatohepatitis, prevention, treatment, non-alcoholic liver damage.

Актуальность. Стеатогепатиты представляют собой этиологически гетерогенную группу патологических изменений печени, характеризующихся воспалительной инфильтрацией паренхимы печени на фоне жировой дистрофии гепатоцитов [3]. Клиническое значение стеатогепатита, независимо от этиологической причины, заключается в повышенном риске образования фиброза печени и, как следствие, развития цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы, которые являются опасными для жизни состояниями [1]. Принято выделять следующие этиологические варианты стеатогепатитов: метаболические (55-65% случаев), алкогольные (45-55% случаев) и лекарственные (около 5% случаев) [4].

При метаболическом стеатогепатите патогенетической основой являются механизмы увеличения липолиза, увеличения пула свободных жирных кислот и снижения β -окисления на основе ожирения и инсулинорезистентности. Проблема поражения печени у пациентов с метаболическим синдромом актуальна для клинической практики, так как достигает 25% [5].

Диагностика фиброза важна для оценки стадии и риска развития патологического процесса в печени. Биопсия печени остается золотым стандартом диагностики диффузных заболеваний печени, включая НАЖБП. Однако технические трудности и противопоказания к процедуре биопсии вынудили исследователей искать возможность неинвазивной диагностики фиброза [2].

УЗИ брюшной полости (УЗИ) в настоящее время является наиболее распространенным методом диагностики заболеваний печени и используется практически во всех лечебных учреждениях. Большинство ультразвуковых аппаратов имеют возможность исследовать кровотоки с помощью доплерометрии, и результаты могут быть использованы клиницистами не только в диагностических целях, но и для разработки дальнейшей тактики лечения. Однако в настоящее время эффективность диагностики состояния печени этими методами у пациентов с метаболическим синдромом не изучалась [6]. Диагностика фиброза важна для оценки стадии и риска развития патологического процесса в печени. Биопсия печени остается золотым стандартом диагностики диффузных заболеваний печени, включая НАЖБП (Павлов С. С., 2006). Однако технические трудности и противопоказания к процедуре биопсии вынудили исследователей искать возможность неинвазивной диагностики фиброза [2].

УЗИ брюшной полости (УЗИ) в настоящее время является наиболее распространенным методом диагностики заболеваний печени и используется практически во всех лечебных учреждениях. Большинство ультразвуковых аппаратов имеют возможность исследовать кровотоки с помощью доплерометрии, и результаты могут быть использованы клиницистами не только в диагностических целях, но и для разработки дальнейшей тактики лечения. Однако в настоящее время эффективность диагностики состояния печени этими методами у пациентов с метаболическим синдромом не изучалась.

Цель исследования. Оценка эффективности ультразвуковой доплерометрии селезеночной артерии с определением показателей пульсации и сопротивления при неинвазивной диагностике фиброза печени у пациентов с синдромом НАСГ.

Материалы и методы исследования. Чтобы выполнить поставленную задачу, мы обследовали 55 человек в возрасте от 18 до 60 лет, которые обратились в отделение гепатологии клиники АГМИ. При выборе учитывались следующие параметры:

1. Не употреблять алкоголь в опасных дозах (среднее суточное потребление этилового спирта более или равно 40 г для мужчин и 20 г для женщин в течение 5 и более лет).

2. Подтвержденный гепатит/цирроз вирусного происхождения, алкоголь, отсутствие другой этиологии.

3. Отсутствие рака.

4. Отсутствие врожденных заболеваний печени. Каждый пациент, отвечающий критериям приемлемости, был приглашен на двойное обследование с шестинедельными интервалами.

Результаты и методы исследования. Неалкогольный стеатогепатит характеризуется легкими цитолитическими и холестатическими синдромами, развитием признаков жировой дистрофии гепатоцитов и повышением их митотической активности, а также умеренной воспалительной инфильтрацией воротных ходов с ранними признаками фиброза органа. Одним из патогенетических механизмов неалкогольной стеатогепатии является повреждение цепи переноса электронов митохондрий гепатоцитов, прежде всего в области ее над-зависимого комплекса, при котором в дыхательной цепи митохондрий наблюдается значительное (70%) снижение активности цитохромоксидазы.

При гистологическом исследовании биопсии печени у обследованных во всех случаях выявлены морфологические признаки воспаления воротных ходов различной степени выраженности. Сходные морфологические проявления поражения печени выявлены у лиц с латентным и манифестным течением неалкогольной стеатогепатита; наличие гранулярной и вакуолевой дистрофии, воспалительной

инфильтрации и незначительных стадий некрозов, что позволяет рассматривать клинические варианты заболевания как стадии единого патологического процесса. Использование simvastatin в неалкогольном стеатогепатите не приводит к усилению повреждения органов. Действие препарата не повреждает митохондриально-окислительную систему и предотвращает повреждение над-зависимой части дыхательной цепи митохондрий гепатоцитов, при этом значительно снижается выраженность жировой дистрофии печени. Кроме того, simvastatin обладает гипополипидемическим действием, снижает проявления внутрипеченочного холестаза, и не приводит к обострению цитолитического синдрома.

Вывод. Таким образом, спектр фармакотерапевтического действия Холудексана широк и, естественно, не ограничивается НАСГ. Показаниями к назначению холудексана наряду с НАСГ являются: неосложненная желчнокаменная болезнь (желчнокаменная глизна; растворение холестериновых камней в желчном пузыре при невозможности их удаления хирургическими или эндоскопическими методами; профилактика камнеобразования после холецистэктомии); хронический активный гепатит; токсическое (в том числе лекарственное) поражение печени; АБП; первичный билиарный процессор; первичный склерозирующий холангит; муковисцидоз; внутрипеченочная атрезия желчных протоков, врожденная атрезия желчных протоков; дискинезия желчных протоков, эффективность УДКА доказана при всех этих заболеваниях.

Литература:

1. Бадалян Л.О., Медведев М.И., Гусева П.И. и др. Неонатальные судороги (клиника, диагностика, лечение). Метод. рекомендации. М., 1990; 32 с.
2. Вельтищев Ю.Е., В.П.Петров. Объективные показатели нормального развития и состояния здоровья ребёнка (нормативы детского возраста) // Рос. вест. перинатол. и педиатр. Приложение. М.: 2000, 96с.; с. 21-25;