

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ПРИАРАЛЬЯ

Худайкулова Ф.Х. Email: Khudaykulova680@scientifictext.ru

*Худайкулова Феруза Хожиккуловна - старший преподаватель,
кафедра факультетской и госпитальной терапии,
Ургенчский филиал
Ташкентская медицинская академия, г. Ургенч, Республика Узбекистан*

Аннотация: в настоящее время самой частой патологией среди хронических диффузных заболеваний печени является неалкогольная жировая болезнь печени. Важно изучение встречаемости НАЖБП при ИБС среди населения Южного Приаралья, выяснение особенностей клинических проявлений, что необходимо для разработки новых направлений лечения и профилактики этих заболеваний. Были проанализированы данные клинических проявлений и особенности течения, проблемы диагностики, ведения и лечения больных среди населения Южного Приаралья с ишемической болезнью сердца, у которых выявлена неалкогольная жировая болезнь печени.

Ключевые слова: неалкогольная жировая болезнь печени, ишемическая болезнь сердца, ожирение, атеросклероз, цирроза печени, диспепсический синдром, холестерин, триглицериды, липогенные гены.

FREQUENCY OF OCCURRENCE OF NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE LIVING IN THE ARAL SEA REGION

Khudaykulova F.Kh.

*Khudaykulova Feruza Khojikulovna - Senior Teacher,
DEPARTMENT OF FACULTY AND HOSPITAL THERAPY,
URGENCH BRANCH
TASHKENT MEDICAL ACADEMY, URGENCH, REPUBLIC OF UZBEKISTAN*

Abstract: currently, the most common pathology among chronic diffuse liver diseases is non-alcoholic fatty liver disease. It is important to study the incidence of NAFLD in CHD among the population of the southern Aral sea region, to find out the features of clinical manifestations, which is necessary for developing new directions of treatment and prevention of these diseases. The data of clinical manifestations and features of the course, problems of diagnosis, management and treatment of patients among the population of the southern Aral sea region with ischemic heart disease, who were diagnosed with non-alcoholic fatty liver disease, were analyzed.

Keywords: non-alcoholic fatty liver disease, coronary heart disease, obesity, atherosclerosis, liver cirrhosis, dyspepsia, cholesterol, triglycerides, lipogenic genes.

УДК: 616.36.-003-826

В настоящее время самой частой патологией среди хронических диффузных заболеваний печени является неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП), выявляемая в промышленно развитых странах у 14-27% населения. НАЖБП является одним из самых распространенных заболеваний, приводящим к ухудшению качества жизни, инвалидизации и смерти. В первую очередь, это обусловлено высоким риском прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). НАЖБП является одной из частых патологий, которое встречается у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) и увеличивает риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний. По данным Third National Health and Examination Survey (NHANES-III) прогрессирующий печёночный фиброз при НАЖБП на 70% увеличивает риск всех случаев летальности, в особенности связанной с ССЗ. В развитии и прогрессировании цирроза печени имеет значение нарушение внутripеченочной гемодинамики, сопровождающейся изменением продукции маркеров повреждения эндотелия: оксид азота (NO), эндотелин (Et -1), васкулоэндотелиальный фактор роста (VEGF), фактор Виллебранда (vWF). В процессе липогенеза печеночный X-рецептор (LXR) функционирует как сенсор липидов и значительно повышает активность SREBP -1c (sterol regulatory element binding protein 1c), который является ключевым фактором транскрипции, контролирующим экспрессию липогенных генов, и таким образом способствует синтезу жирных кислот в тканях печени и повышению количества триглицеридов в крови. Установлена связь между НАЖБП и таких поражений сердечно-сосудистой системы (ССС), как, утолщение комплекса "интима-медиа" (КИМ), атеросклероз корня аорты, поражение венечных и сонных артерий, диастолическая дисфункция левого желудочка. С учётом распространения ССЗ, 24% больных с НАЖБП погибают от инфаркта миокарда, и только 13% от патологии печени.

В клинической практике диагноз НАЖБП обычно устанавливается при УЗИ печени при отсутствии других причин стеатогепатоза: алкоголя, токсического и аутоиммунного повреждения печени.

Вышесказанное подчеркивает практическую важность изучения встречаемости НАЖБП при ИБС среди населения Южного Приаралья, выяснения особенностей клинических проявлений, что необходимо для разработки новых направлений лечения и профилактики этих заболеваний. На данной территории проживает более 10 млн человек. Несмотря на проводимые медико-профилактические мероприятия, среди населения этого региона сохраняется высокий уровень заболеваний желудочно-кишечной и сердечно-сосудистой системы.

Цель работы: проанализировать данные клинических проявлений и особенности течения, проблемы диагностики, ведения и лечения больных среди населения Южного Приаралья с ишемической болезнью сердца, у которых выявлена НАЖБП.

Клинические особенности: на момент постановки диагноза большинство пациентов не имели никаких симптомов или признаков заболевания печени. Повышение уровня аминотрансфераз до лёгкой или умеренной степени является наиболее распространённым и часто единственным изменённым лабораторным признаком при НАЖБП.

Материалы и методы: В течение 2 лет (2018, 2019 гг.) под нашим наблюдением находились 235 больных с ИБС. У всех больных диагноз установлен на основании общепринятых клинико-лабораторных и инструментальных исследований. Среди них у 97 больных (41,3%) была обнаружена НАЖБП. Пациенты имели компоненты МС и несколько факторов риска ССЗ.

Диагноз был верифицирован УЗИ, ЭХО-КГ, анализом аминотрансфераз АЛТ, АСТ, холестерина и триглицеридов крови. Для статистической обработки и анализа полученных результатов использовали методику по Стьюденту и Фишеру в модификации Ермолевой с определением среднего квадратического отклонения, средней арифметической ошибки по способу моментов ($M+m$) и степени достоверности (P).

Результаты и обсуждение. При возрастном анализе больных мы распределяли их следующим образом: от 45 до 59 лет - 132 (56,2 %); от 60 лет и старше - 103 (43,8%) больных. В первой группе лиц, наиболее активного и трудоспособного возраста НАЖБП обнаружено у 68 (51,5%) исследуемых, а во второй группе у 29 (28,2%) обследованных. Этот факт говорит о том, что в активный трудоспособный период имеется наибольшая нагрузка на организм практически по всем «факторам риска» развития ССЗ: ожирение, нервно-эмоциональные нагрузки, курение, приём алкоголя, нарушение в режиме питания и отдыха, которые увеличивают риск заболеваемости. По полу количество больных мужчин превышало количество женщин всего в 2,8% - мужчины составили 51,3%, женщины 48,7% ($P < 0,001$). Данный факт указывает на одинаковый риск развития НАЖБП среди больных с ИБС как у женщин, так и у мужчин, что полностью соответствует вышеприведенным факторам риска.

Анализ профессиональной принадлежности и степени ожирения показал, что наибольший процент больных (56,2 %) относятся к I группе (лица умственного труда с умеренным ожирением I и II степени), что подтверждает тот факт, что психоэмоциональные нагрузки с которым связан умственный труд и ожирение приводит к развитию ССЗ при НАЖБП.

Значительных различий между городским и сельским населением нами не отмечено. Больные проживающие в городе составили 47,5%, сельской местности 52,5% ($P > 0,05$).

Следующими изученными симптомами были проявления диспептического синдрома. Диспептический синдром у больных находившихся под нашим наблюдением складывался из следующих симптомов: тяжесть после еды с локализацией в правом подреберье 51,8% ($P < 0,001$), в эпигастральной области 1,8%, вокруг и ниже пупка - 1,2%; метеоризм у 69,8%; тошнота после приёма пищи у 11,7% больных.

Роль питания: результаты опроса выявили более высокое потребление продуктов с высоким содержанием ХС (высококалорийные национальные блюда) в 1-й группе. Также важно отметить большее употребление газированных напитков с фруктозой у больных этой группы.

Таким образом, из полученных результатов видно, что в регионе Южного Приаралья НАЖБП у больных с ишемической болезнью сердца встречается, в основном, в возрасте от 45 лет и старше, она сопровождается наличием нескольких факторов риска развития ССЗ (ожирение, нервно-эмоциональные нагрузки, курение, приём алкоголя, нарушение в режиме питания и отдыха), при постоянной связи с приемом высококалорийной пищи. Привлекает внимание тот факт, что существенных различий между числом больных, проживающих в сельской местности, и городского населения не выявлено. Анализ полученных результатов показывает, что наиболее часто диспептический синдром проявлялся метеоризмом (у 69,8% больных) и тяжестью после еды с локализацией в правом подреберье (у 51,8%) обследованных, тогда как тошнота после приёма пищи наблюдалась всего у 11,7% исследованных.

Вывод:

1. Наибольшее число больных с ишемической болезнью сердца, у которых наблюдалась НАЖБП, встречается в возрастной категории от 45 до 59 лет (51,5%), т.е. наиболее активного и трудоспособного возраста;

2. Риск развития НАЖБП среди больных с ИБС был одинаковым как у женщин, так и у мужчин;

3. Наибольший процент больных (56,2%) составляют лица умственного труда с умеренным ожирением I и II степени, что подтверждает тот факт, что психоэмоциональные нагрузки, с которым связан умственный труд и ожирение, приводят к развитию ССЗ при НАЖБП;

4. Значительных различий между городским и сельским населением не отмечено. Больные, проживающие в городе, составили 47,5%, сельской местности-52,5%;

5. Диспепсический синдром у больных с ишемической болезнью сердца, у которых наблюдалась НАЖБП, в основном, проявляется следующими симптомами: тяжесть после еды с локализацией в правом подреберье (51,8%) и метеоризм у (69,8%);

6. Немаловажную роль в развитии НАЖБП у больных с ИБС играет частое потребление продуктов с высоким содержанием ХС (высококалорийные национальные блюда) и употребление газированных напитков с фруктозой.

Список литературы / References

1. Буеверова Е.Л., Дранкина О.М., Ивашкин В.Т. Неалкогольная жировая болезнь печени у больных с атерогенной дислипидемией: терапевтические возможности врача-интерниста. Российские медицинские вести, 2014; XIX; 3: 28-36.
2. Дранкина О.М., Корнеева О.Н. Континуум неалкогольной жировой болезни печени: от стеатоза печени до сердечно-сосудистого риска // Рациональная фармакотерапия в кардиологии, 2016. Т. 12. № 4. С. 424-429.
3. Ефременко Ю.Р., Королева Е.Ф., Горшкова Т.Н. Показатели липидного обмена и свободнорадикального окисления при метаболическом синдроме // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского, 2011. № 2-2. С. 183-189.
4. Серов В.Н. Метаболический синдром (нейрообменно-эндокринный синдром) // Medica Mente. Лечим с умом, 2015. № 1. С. 16-19.
5. Щекотова А.П. Состояние эндотелия при хронических диффузных заболеваниях печени. Пермский медицинский журнал, 2009; 26(2): 78-82.
6. Dai X., Wang B. Role of gut barrier function in the pathogenesis of nonalcoholic fatty liver disease. Gastroenterology Research and Practice, 2015: 52 с.
7. Ferre P., Foutelle F. Hepatic steatosis: a role for de novo lipogenesis and the transcription factor SREBP-1c. Diabetas Obes Metab, 2010; 1; 55-56.
8. Kim D., Kim W.R. Nonobese fatty liver disease. Clin Gastroenterol Hepatol. 2017; 15 (4): 474-485. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2016.08.028/> (дата обращения: 27.01.2020).
9. Wattacheril J., Arun J. Sanyal A.J. Lean NAFLD: an underrecognized outlier. Curr Hepatology Rep. 2016; 15; 134. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://doi.org/10.1007/s11901-016-0302-1/> (дата обращения: 27.01.2020).