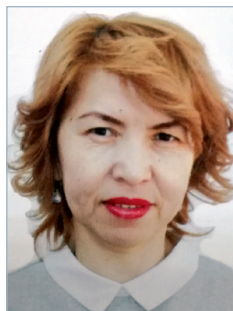


УДК 616-03

З.М. ЖАНКАЛОВА

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Республика Казахстан

НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ (клинический случай из практики)



Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) является одним из самых распространенных заболеваний, приводящим к ухудшению качества жизни пациента, инвалидизации и смерти [1], что обусловлено прежде всего высоким риском прогрессирования НАЖБП с развитием неалкогольного стеатогепатита, цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы. Общая распространенность НАЖБП в популяции колеблется от 10 до 40%. Высокий риск развития НАЖБП наблюдается у пациентов с метаболическим синдромом — с сахарным диабетом 2 типа, ожирением, гипертриглицеридемией [2].

Ключевые слова: неалкогольная жировая болезнь печени, неалкогольный стеатоз, ожирение, эссенциальные фосфолипиды.

Вашему вниманию представляется клинический разбор пациента с НАЖБП. На рисунке 1 представлено УЗИ пациента В., 38 лет.

В 35 лет пациент имел индекс массы тела 32 кг/м². Спустя 3 года – 34 кг/м². Из-за частых командировок пациент питался в кафе, ресторанах, фаст-фудах, употреблял

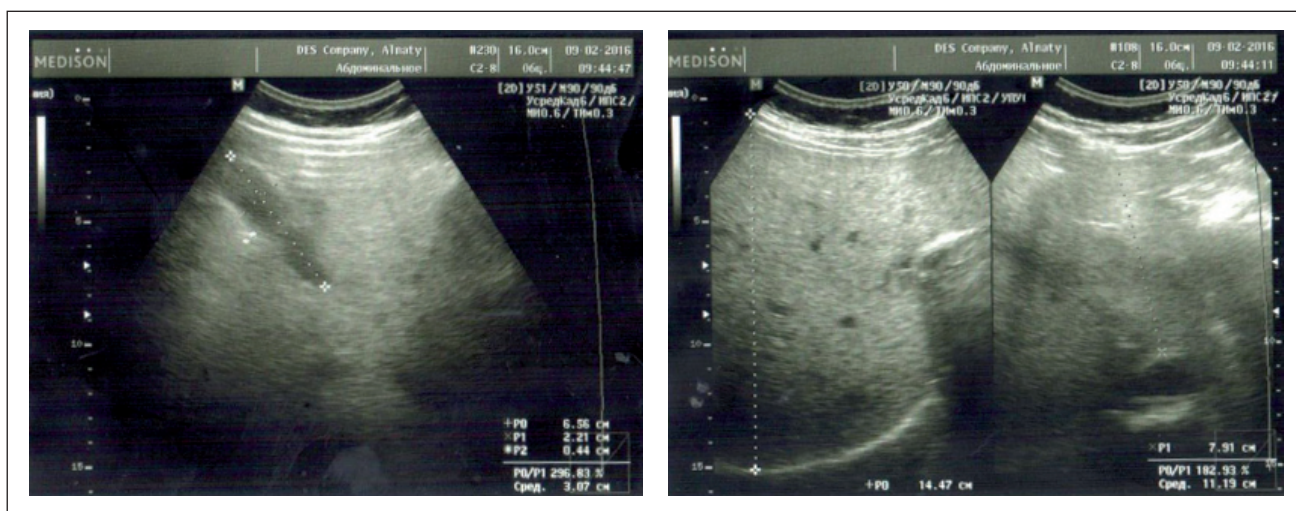


Рисунок 1 – УЗИ пациента В. до лечения

1. Диффузная гиперэхогенная структура печени «яркая печень».
2. Усиление эхоструктуры печени по сравнению с почками.
3. Нечеткость и сглаженность сосудистого рисунка.
4. Дистальное затухание (ослабление) эхосигнала.

При сборе анамнеза выяснилось, что пациент стал отмечать в последнее время снижение работоспособности, повышенную утомляемость, периодически ноющие боли и тяжесть в правом подреберье, которым он внимания не уделял.

жирную, жареную пищу. Не мог обходиться без мучного и сладкого (привычка с детства). Иногда (1 раз в месяц) принимал алкоголь – 1 кружку пива по выходным.

При объективном осмотре гиперстенический тип телосложения. Имеются мелкие розовые стрии в области внутренних поверхностей бедер, на животе. Рост 168 см, вес 115 кг. Окружность талии (ОТ) 114 см, обхват бедер (ОБ) 90 см, соотношение ОТ/ОБ 1,2 см. В легких — дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница относительной тупости сердца по левой срединно-ключичной линии в V межреберье. Тоны сердца: акцент 2-го тона на аорте.

Контакты: Жанкалова Зульфия Мейрхановна, д-р мед. наук, профессор, заместитель декана постдипломного образования КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы. Тел.: + 7 702 604 39 40, e-mail: zulfia-zhankalo@mail.ru

Contacts: Zulfiya M. Zhankalova, Doctor of Medical Sciences, Professor, Vice-Dean of Postgraduate Education of the Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty c. Ph.: + 7 702 604 39 40, e-mail: zulfia-zhankalo@mail.ru

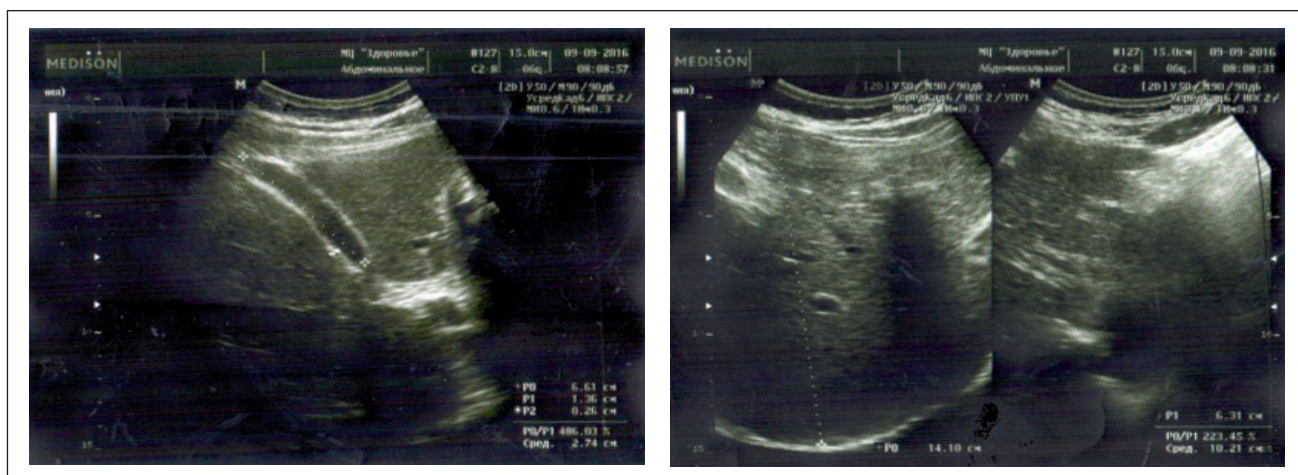


Рисунок 2 - УЗИ пациента после проведенной терапии

АД - 150/100 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме за счет выраженной подкожно-жировой клетчатки, безболезненный, печень у края реберной дуги, край закруглен, поверхность гладкая, эластической консистенции. Периферических отеков нет.

Обследование: ОАК – без патологии, АЛТ 43 ед/л, АСТ – 57 ед/л, билирубин - 9,2 ммоль/л, триглицериды - 1,8 ммоль/л, холестерин - 5,3 ммоль/л, ЛПНП - 3,9 ммоль/л, ЛПВП – 1,6 ммоль/л, сахар крови – 6,0 ммоль/л. Через два часа – 7,9 ммоль/л. ЭКГ-ритм синусовый правильный с чсс = 68 уд. в мин, отклонение электрической оси сердца влево.

Таким образом, у пациента имеется ожирение III степени. Неалкогольная жировая болезнь печени: неалкогольный стеатоз II степени (по УЗИ), неустановленный фиброз (биопсия не проводилась). Нарушение толерантности к глюкозе.

В лечении НАЖБП одним из ведущих принципов терапии является диета [4, 5, 6]. Для пациентов с избыточной массой тела и ожирением — снижение общей энергетической ценности пищевого рациона. Суточная калорийность подбирается индивидуально в зависимости от массы тела, возраста, пола, уровня физической активности [7, 8]. Минимальное потребление калорий в сутки должно быть не менее 1500 для мужчин [9, 10]. Категорически запрещается быстрое снижение веса, так как быстрая потеря веса может привести к развитию «острого» неалкогольного стеатогепатита [11].

Физическая нагрузка. Мы рекомендовали пациенту в зимнее время сначала ежедневную быструю ходьбу, затем бег на свежем воздухе продолжительностью до 1 часа. В летнее время – ежедневные велосипедные прогулки по 1 часу в день.

Физическая нагрузка способствует снижению массы тела, так как увеличивается поступление свободных жирных кислот в мышечную ткань, где происходит их окисление, тем самым уменьшается инсулинорезистентность.

Поскольку в патогенезе НАЖБП лежит так называемая теория «двух ударов», поэтому в первую очередь лечебные мероприятия должны быть направлены на лечение окислительного стресса [12, 13].

Мы использовали препарат, содержащий эссенциальные фосфолипиды (Эссенциале® форте Н). Выбор этого препарата обусловлен прежде всего мембраностабилизирующим эффектом, воздействием на проницаемость мембран гепатоцитов, возможностью снижать окислительный стресс. Окислительный стресс возникает в результате невозможности митохондриального бета-окисления большого

количества жирных кислот, содержащихся в гепатоците.

Препарат назначался по 2 капсулы 3 раза в день в течение 6 месяцев.

В результате проведенной терапии у пациента отмечалось клиническое улучшение: полное отсутствие каких-либо жалоб, снижение веса тела, нормализация всех лабораторных показателей.

Наиболее информативным оказалось проведенное повторное УЗИ [14] пациента (рис. 2).

После проведенного лечения нет УЗИ-признаков стеатоза, эхоструктура печени ровная, однородная, нет признаков «гиперэхогенности».

ВЫВОДЫ

Таким образом, представленный клинический случай демонстрирует пример успешного лечения НАЖБП – неалкогольного стеатоза печени.

Поскольку такие пациенты имеют сочетанную патологию, ведение этих пациентов необходимо проводить совместными усилиями гастроэнтерологов, гепатологов, эндокринологов, кардиологов.

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Автор несет полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Автор не получал гонорар за статью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Мехтиев С.Н., Гриневич В.Б., Кравчук Ю.А., Бращенко А.В. Неалкогольная жировая болезнь печени: клиника, диагностика, лечение // Лечащий врач. – 2008. - №2. – С. 29–37
- 2 Ивашкин В.Т., Драпкина О.М., Шульпекова Ю.О. Диагностика и лечение неалкогольной жировой болезни печени (методические рекомендации). - М.: ООО «Издательский дом «М-Вести», 2009. – 20 с.
- 3 Day C.P., Anstee Q.M., Targher G. Progression of NAFLD to diabetes mellitus, cardiovascular disease or cirrhosis // Nat Rev Gastroenterol Hepatol. – 2013. - Vol. 10.
- 4 Abenavoli L., Peta V. Role Of Adipokines And Cytokines In Non-Alcoholic Fatty Liver Disease // Rev Recent Clin Trials. – 2014. – Vol. 9(3). – P. 134-40

5 Chiang J.Y.L., Tiangang L. Bile acid metabolism // *J Lipids*. – 2012. – 2012:754067

6 Thoma C., Day C.P., Trenell M.I. Lifestyle Interventions for the Treatment of Non Alcoholic Fatty Liver Disease in Adults: A Systematic Review // *J Hepatol*. – 2011. – Vol. 56. – N. 11. – P. 255-66

7 Chalasani N. Who should be screened for NASH? // *Ann N Y Acad Sci*. – 2013. – Vol. 1281. – P. 106-22

8 Pastori D. The efficacy and safety of statins for the treatment of non-alcoholic fatty liver diseases // *Dig and Liv Dis*. – 2015. – Vol. 47, N 1. – P. 4-11

9 Arun J. Sanyal et al. Pioglitazone, Vitamin E, or Placebo for Nonalcoholic Steatohepatitis // *N Engl J Med*. – 2010. – Vol. 362. – No.18. – P. 1675-85

10 World Gastroenterology Organization Global Guideline. Obesity. <http://www.worldgastroenterology.org/global-guidelines.html>

11 Zun Xiang, Yi-peng Chen, Kui-fen Ma, Yue-fang Ye, Lin Zheng, Yi-da Yang, You-ming Li, Xi Jin. The role of Ursodeoxycholic acid in non-alcoholic steatohepatitis: a systematic review // *BMC Gastroenterol*. – 2013. – Vol. 13. – P. 140

12 Сас Е.И., Блинов Д.В., Зимовина У.В. с соавт. Характеристика пациентов, получающих лечение эссенциальными фосфолипидами в условиях реальной клинической практики // *Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии*. – 2015. – №1. – С. 9-17

13 Драпкина О.М., Корнеева О.Н., Ивашкин В.Т. Терапия неалкогольного стеатогепатита при метаболическом синдроме: фокус на эссенциальные фосфолипиды // *Лечащий Врач*. – 2010. – №2. – С. 43–45

14. Алдашева Ж.А. Неалкогольная жировая болезнь печени: роль ультразвукового метода исследования в ее диагностике // *Вестник КРСУ*. – 2013. – Т. 13, №11. – С. 28-31

REFERENCES

1 Mekhtiev SN, Grinevich VB, Kravchuk YuA, Brashchenkova AV Non-alcoholic fatty liver disease: a clinic, diagnosis, treatment. *Lechashchiy vrach = Therapist*. 2008;2:29–37 (In Russ.)

2 Ivashkin VT, Drapkina OM, Shulpecova YuO. *Diagnostika i lechenie nealkogol'noi zhirovoi bolezni pecheni (metodicheskie rekomendatsii)* [Diagnosis and treatment of non-alcoholic fatty liver disease (guidelines)]. Moscow: "Publishing house" M-Vesti; 2009. P. 20

3 Day CP, Anstee QM, Targher G. Progression of NAFLD to diabetes mellitus, cardiovascular disease or cirrhosis. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2013;10

4 Abenavoli L, Peta V. Role Of Adipokines And Cytokines In Non-Alcoholic Fatty Liver Disease. *Rev Recent Clin Trials*. 2014;9(3):134-40

5 Chiang JYL, Tiangang L. Bile acid metabolism. *J Lipids*. 2012;2012:754067

6 Thoma C, Day CP, Trenell MI. Lifestyle Interventions for the Treatment of Non Alcoholic Fatty Liver Disease in Adults: A Systematic Review. *J Hepatol*. 2011;56(11):255-66

7 Chalasani N. Who should be screened for NASH? *Ann N Y Acad Sci*. 2013;1281:106-22

8 Pastori D. The efficacy and safety of statins for the treatment of non-alcoholic fatty liver diseases. *Dig and Liv Dis*. 2015;47(1):4-11

9 Arun J. Sanyal et al. Pioglitazone, Vitamin E, or Placebo for Nonalcoholic Steatohepatitis. *N Engl J Med*. 2010;362(18):1675-85

10 World Gastroenterology Organization Global Guideline. Obesity. Available from: <http://www.worldgastroenterology.org/global-guidelines.html>

11 Zun Xiang, Yi-peng Chen, Kui-fen Ma, Yue-fang Ye, Lin Zheng, Yi-da Yang, You-ming Li, Xi Jin. The role of Ursodeoxycholic acid in non-alcoholic steatohepatitis: a systematic review. *BMC Gastroenterol*. 2013;13:140

12 Sas EI, Blinov DV, Zimovina UV, et al. Characteristics of patients receiving essential phospholipid treatment in real and clinical practice. *Klinicheskie perspektivy gastroenterologii, gepatologii = Clinical prospects of gastroenterology, hepatology*. 2015;1:9-17 (In Russ.)

13 Drapkina OM, Korneeva ON, Ivashkin VT. Therapy of non-alcoholic steatohepatitis *Lechashchiy vrach = Therapist*. 2010;2:43-5 (In Russ.)

14. Aldasheva ZhA. Non-alcoholic fatty liver disease: the role of ultrasound research in its diagnosis. *Vestnik KRSU = Vestnik KRSU*. 2013;13(11):28-31 (In Russ.)

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

З.М. ЖАНҚАЛОВА

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қ., Қазақстан Республикасы

АЛКОГОЛЬСІЗ МАЙ БАУЫРЫ АУРУЫ (клиникалық практикада болған жағдай)

Алкогольсіз май бауыры ауруы - ең көп таралған аурулардың бірі, науқастарды өмір сапасы нашарлауына, мүгедектік пен өлім жағдайының алып келетін. Бұл ауруы негізінен алкогольсіз стеатогепатитке, циррозға және гепатоцеллюлярды карциноманы алып келеді. АМБА-ның жалпы таралуы 10-нан 40%-ға дейін табылады. Метаболикалық синдромы бар науқастарда - 2 типті қант диабетімен, семіздікпен, гипертриглицеридемиямен ауыратын на

Негізгі сөздер: алкогольсіз май бауыры ауруы, алкогольсіз стеатоз, семіздік, эссенциалды фосфолипидтер.

SUMMARY

Z.M. ZHANKALOVA

Asfendiyarov Kazakh National Medical Univesity, Almaty c., Republic of Kazakhstan

NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE (case from a clinical practice)

Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) is one of the most common diseases leading to a deterioration in the patient's quality of life, disability and death. NAFLD characterized by a high risk of progression of NAJBP with the development of non-alcoholic steatohepatitis, cirrhosis and hepatocellular carcinoma. The general prevalence of NAFLD in the population varies from 10 to 40%. A high risk of developing NAJBP is observed in patients with metabolic syndrome - type 2 diabetes, obesity, hypertriglyceridemia.

Key words: non-alcoholic fatty liver disease, non-alcoholic steatosis, obesity, essential phospholipids.

Для ссылки: Жанкалова З.М. Неалкогольная жировая болезнь печени (клинический случай из практики) // *Medicine (Almaty)*. – 2017. – No 9 (183). – P. 104-107

Статья поступила в редакцию 05.09.2017 г.

Статья принята в печать 11.09.2017 г.