

СВОЕВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ФИБРОЗА ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Г.Г. БЕДЕЛЬБАЕВА, Л.К. ТАШЕНОВА, Б.Б. КАМАЛОВА, Б. ЕРДАШ

Национальный медицинский университет, г. Алматы, Республика Казахстан

Цель исследования – изучение взаимосвязи между нарушением показателей липидного обмена и степенью фиброза у больных неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились 58 больных в возрасте от 32 до 60 лет, которые рандомизированы на две группы: 1-я группа включала 32 пациента с изолированным течением НАЖБП и во 2-й НАЖБП сочеталась с сахарным диабетом (СД) 2 типа – 26 пациентов. У всех больных диагноз верифицирован с помощью инструментальных (УЗИ) и клинико-лабораторных методов исследования. Для исключения вирусной этиологии поражения печени определяли маркеры гепатитов В и С методом ПЦР. Функциональное состояние печени оценивали по уровню общего билирубина и его фракций, активности щелочной фосфатазы (ЩФ), АСТ и АЛТ, тимоловой пробы, липидного профиля. В качестве маркеров липидного обмена изучали содержание общего холестерина, β -липопротеидов, триглицеридов, липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП) в сыворотке крови. Также определяли уровень тромбоцитов в сыворотке крови. Риск развития фиброза был рассчитан по формуле NFS.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При оценке трофологического статуса в обеих группах преобладали пациенты с избыточной массой тела. Индекс массы тела был менее 25 кг/м^2 лишь у 17,5% пациентов в группе с изолированным течением НАЖБП и только у 5% пациентов в группе с сочетанием НАЖБП и СД 2 типа. Тогда как ожирение 2 степени наблюдалось у 7 и 50% больных в каждой группе соответственно. При проведении NAFLD fibrosis score в 1-й группе больных отсутствие или минимальные проявления фиброза выявлены у 71,6% пациентов, тогда как у больных 2-й группы – у 65% пациентов. В «серой зоне» находились 21,4% и 25% пациентов соответственно. Высокий риск развития фиброза печени выявлен у 7% больных НАЖБП и у 10% больных с сочетанием НАЖБП и СД 2 типа. Риск развития фиброза при сочетании НАЖБП с СД 2 типа достоверно выше ($p < 0,05$), чем при изолированном течении НАЖБП, что дополнительно подчеркивает системность и закономерность мета-

болических нарушений. У больных НАЖБП и НАЖБП в сочетании с СД 2 типа имело место достоверное повышение уровня АЛТ и АСТ ($p < 0,001$), между группами достоверных различий нет, хотя уровень аминотрансфераз был выше у больных 1-й группы.

Нарушение липидного обмена выявлено у пациентов двух групп. Общий холестерин, β -липопротеиды и триглицериды достоверно повышены в обеих группах ($p < 0,05$). Однако во 2-й группе уровни данных показателей более высокие, чем в группе НАЖБП ($p < 0,05$). ЛПВП достоверно ($p < 0,001$) снижены в группах наблюдений, что обусловлено высоким уровнем триглицеридов в сыворотке крови. Однако снижение уровня ЛПВП во 2-й группе встречалось у 30% больных по сравнению с изолированным течением НАЖБП (22%). Достоверных различий уровней ЛПНП и ЛПОНП в 1 и 2 группах выявить не удалось. Анализ показателей белкового спектра у больных двух групп выявил достоверное ($p < 0,05$) повышение γ -глобулинов, в группе с сочетанием НАЖБП и СД 2 типа, по сравнению с показателями 1-й группы. Показатели тимоловой пробы, отражающие изменение коллоидного состава белков в сыворотке крови, достоверно ($p < 0,05$) повышены в 1-й группе больных и во 2-й группе при сравнении с 1-й группой ($p < 0,05$). Корреляционный анализ выявил положительные связи между показателем ИМТ и уровнем ТГ ($r = 0,64$; $p < 0,001$) в группе НАЖБП. Повышение концентрации ОХ и ТГ в группе пациентов с НАЖБП и СД 2 типа прямо зависело от ИМТ ($r = 0,67$, $p < 0,05$; $r = 0,71$, $p < 0,05$ соответственно).

ВЫВОДЫ

НАЖБП – хроническое прогрессирующее заболевание, приводящее к развитию цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы. Диагностическим неинвазивным тестом для определения фиброза печени и прогрессирования болезни является NAFLD fibrosis score тест. При НАЖБП нарушения липидного обмена коррелирует со степенью тяжести фиброза печени: чем выше дислипидемия, тем больше вероятность развития фиброза печени.

Контакты: Бедельбаева Гульнара Габдуалиевна, д-р мед. наук, профессор, заведующая кафедрой терапии Института последилового образования Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы. E-mail: bedelbaeva@mail.ru

Contacts: Gulnara G Bedelbayeva, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department of the Faculty of postgraduate education of the Asfendiyarov Kazakh National Medical University. E-mail: bedelbaeva@mail.ru