DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-176-4-65-71 УДК 616.36-003.826-036.22(1-22)

Распространённость и структура хронических заболеваний печени различной этиологии на сельском терапевтическом участке Иркутской области

Михайлова Н.В.¹, Петрунько И.Л.²

- ¹ Областное Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Усольская городская больница», 65459, г. Усолье-Сибирское, ул. Куйбышева, 4, Россия
- ² «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования» -филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России

Prevalence and structure of fatty liver disease of varying etiology at the rural therapeutic stretch

N. V. Mikhailova¹, I. L. Petrunko²

- ¹ Usolsk City Hospital, 665459, Usolye-Sibirskoye, Kuibysheva str., 4
- ² Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education Branch Campus of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education

Для цитирования: Михайлова Н. В., Петрунько И. Л. Распространённость и структура хронических заболеваний печени различной этиологии на сельском терапевтическом участке Иркутской области. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2020;176(4): 65–71. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-176-4-65-71

For citation: Mikhailova N.V., Petrunko I.L. Prevalence and structure of fatty liver disease of varying etiology at the rural therapeutic stretch. Experimental and Clinical Gastroenterology. 2020;176(4): 65–71. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-176-4-65-71

Михайлова Наталья Владимировна, врач-терапевт участковый

Петрунько Ирина Леонидовна, заведующий кафедрой медицинской экспертизы, д.м.н., профессор

Natalya V. Mikhailova, physician district

Irina L. Petrunko, Head of the Department of medical examination, Professor, MD; ORCHID: http://orcid.org/0000-0001-6239-4859

Петрунько Ирина Леонидовна Irina L. Petrunko petrunkoirina@mail.ru

Резюме

Цель исследования: изучить распространённость, нозологическую, возрастную и половую структуру жирового поражения печени (ЖПП) разной этиологии на сельском терапевтическом участке.

Материалы и методы: из 1568 населения участка явились на обследование 1152 человека (73,5%).

Результаты: Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) была выявлена у 21,4%, алкогольная болезнь печени (АБП) — у 24,0% населения сельского врачебного участка (р>0,05). ЖПП, ассоциированное с вирусными гепатитами В и/или С, обнаружено у 1,7%; токсический гепатит — у 1 человека — 0,09% обследованных. Распространённость НАЖБП составила 220,1; АБП — 246,0; ЖПП, ассоциированное с вирусными гепатитами В и/или С — 17,4; ЖПП на фоне токсического гепатита — 0,9 на 1000 населения сельского врачебного участка. При НАЖБП соотношение мужчины — женщины составляло 1:4,3 (р<0,001). В нозологической структуре НАЖБП достоверно преобладал стеатоз печени (р<0,001), он был у 225 (91,1%), стеатогепатит — у 20 (8,1%), цирроз печени — у 2 (0,8%) человек, гендерных различий не выявлено (р>0,05). На трудоспособный возраст приходилось почти половина больных (48,2%): мужчин — 51,1%, женщин — 47,5%; различия не достоверны (р>0,05). При АБП соотношение мужчины: женщины 1:1,4 (р>0,05). Нозологическая структура АБП: стеатоз печени — у 167(60,5%), стеатогепатит — у 62(22,5%), цирроз печени — у 47 (17,0%) человек. Большая часть больных АБП, как мужчин (73,0%), так и женщин (75,2%), были трудоспособного возраста (р<0,001). Гендерных различий не выявлено для всех возрастных групп (р>0,05). ЖПП среди лиц с положительными маркёрами вирусных гепатитов В и/или С было выявлено у 20 (1,7% от общего количества обследованных) человек, мужчин — 9 (45,0%), женщин — 11 (55,0%) (р>0,05). Нозологическая структура ЖПП: стеатоз печени — у 10 (50,0%), стеатогепатит — у 2 (10,0%), цирроз печени — у 7 (35,0%), рак печени — у 1 (5,0%).

Ключевые слова: неалкогольная жировая болезнь печени, алкогольная болезнь печени, распространённость, сельское население

Summary

The aim of the research: Examination of the prevalence, bending, age and sex structure of fatty liver lesions (FL) of different etiology in rural therapeutic area.

Materials and methods: 1152 person (73.5%) from 1568 the population of the rural therapeutic area, came to the examination.

Results: Free fatty liver disease (NAFLD) was revealed at 21.4%, alcoholic liver disease (ALD)-24.0% of the rural population (p>0.05). FL associated with viral hepatitis B and/or C, detected at 1.7%; toxic hepatitis — 1 man — 0,09% among the surveyed. Prevalence of NAFLD was 220.1; FLD — 246.0; FL associated with viral hepatitis B and/or C — 17.4; FL amid toxic hepatitis — 0.9 on 1000 population rural therapeutic plot. In NAFLD, the ratio between men and women was 1:4.3 (p <0.001). Liver steatosis significantly prevailed in the nosological structure of NAFLD (p <0.001), it was in 225 (91.1%), steatohepatitis in 20 (8.1%), cirrhosis in 2 (0.8%) people, no gender differences were revealed (p>0.05). Almost half the patients accounted for working age (48.2%): men — 51.1%, women — 47.5%; differences are not significant (p> 0.05). In ALD the ratio between men and women was 1:1.4 (p>0.05). The nosological structure of ALD: liver steatosis in 167 (60.5%), steatohepatitis in 62 (22.5%), cirrhosis in 47 (17.0%) people. Most patients with ALD, both men (73.0%) and women (75.2%), were of working age (p <0.001). FL among persons with positive markers of viral hepatitis B and/or C20 have been identified (1.7% of the total number surveyed) people: men — 9 (45.0%), female — 11 (55.0%) (p>0.05). Nosological structure of FL: liver steatosis — 10 (50.0%), steatohepatitis — 2 (10.0%), liver cirrhosis — 7 (35.0%), liver cancer — 1 (5.0%).

Keywords: free fatty liver disease, alcoholic liver disease, the prevalence of, rural population

На сегодняшний день как алкогольная болезнь печени, так и неалкогольная жировая болезнь печени привлекают внимание широкого круга специалистов как в нашей стране, так и за рубежом [1].

Алкогольная болезнь печени (АБП) включает несколько вариантов повреждения паренхимы печени вследствие злоупотребления алкоголем, приводящего к развитию последовательных стадий стеатоза, алкогольного гепатита (стеатогепатита), фиброза, до цирроза (ЦП) и гепатоцеллюлярной карциномы [10,11].

По данным ВОЗ употребление алкоголя ассоциировано с риском развития более чем 200 заболеваний, среди которых следует выделить ЦП, рак различной локализации и сердечно-сосудистые заболевания. Смертность при заболеваниях органов пищеварения в связи со злоупотреблением алкоголем занимает большой удельный вес. В рамках исследовательской программы National Health and Nutrition Examination Surveys изучена распространенность хронических болезней печени в США с 1988 по2008 г. [3]. За этот период распространенность гепатита В, гепатита С и алкогольного гепатита практически не изменилась, а доля НАЖБП среди хронических болезней печени выросла с 46,8 до 75,1% [3].

Эпидемиологические исследования последнего десятилетия показывают, что НАЖБП является одним из самых распространенных гастроэнтерологических заболеваний в США и странах

Западной Европы. В общей популяции взрослого населения индустриально развитых стран распространенность НАЖБП варьирует в разных эпидемиологических исследованиях в пределах 20–35% (в среднем 25%), а в некоторых этнических группах, например, среди испаноязычных людей, достигает 45% [6].

По результатам Российского исследования DIREG (2007 г.) распространенность НАЖБП у амбулаторных пациентов, обратившихся к терапевтам и гастроэнтерологам, составляла 27%, при этом у 80,3% диагностирован стеатоз печени, у 16,8% – стеатогепатит, у 2,9% – цирроз печени [5]. Исследование DIREG 2 (2015 г.) показало, что распространенность НАЖБП составила уже 37,3%, показав рост на 10% за 7 лет в сравнении с данными DIREG 1 [5].

Из представленных данных видно, что на разных территориях распространённость и структура НАЖБ и АБП различна и меняется во времени. Данных о распространённости и структуре жирового поражения печени (ЖПП) различной этиологии в сельской местности как в России, так и за рубежом не найдено. Эта информация необходима для понимания реального состояния проблемы и планирования медицинской помощи.

Цель исследования: изучить распространённость, нозологическую, гендерную и возрастную структуру ЖПП различной этиологии на сельском терапевтическом участке в Восточной Сибири.

Материалы и методы

Из 1568 жителей п. Тельма Усольского района, проживающих на одном терапевтическом участке, согласились принять участие в исследовании 1152(73,5%) человека. Им было проведено дополнительное обследование: субъективные данные, в том числе алкогольный анамнез (под злоупотреблением алкоголя понимали употребление более 20мл этанола для женщин и более 40мл для мужчин в сутки

и/или более 140мл для женщин и 210мл для мужчин в неделю (в прошлом и/или настоящем)), выясняли сопутствующую патологию. Проводили анализ медицинской документации, объективный осмотр. Исследовались маркёры вирусных гепатитов В и С, биохимические показатели крови: аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), щелочная фосфатаза (ЩФ), общий белок,

альбумин, протромбин. Выполнялось ультразвуковое исследование органов брюшной полости. В соответствии с полученными данными все лица были распределены по группам: НАЖБП, АБП, пациенты с положительными маркёрами вирусных гепатитов В и/или С. С токсическим лекарственным стеатогепатитом была 1 больная.

Статистическая обработка проводилась с использованием критерия Стьюдента- t и критерия хи-квадрат, различия считались статистически значимыми при уровне значимости p<0,05 (95%-й уровень значимости). Критическое значение для критерия Стьюдента – 1,96 (при данном числе степеней свободы и уровне значимости p<0,05).

Результаты

Из 1152 обследованных, проживающих на сельском врачебном участке, ЖПП разной этиологии были выявлены у 544(47,2%) человек. Из них НАЖБП – у 247 (45,4%), АБП – у 276 (50,7%). Маркёры вирусных гепатитов В и/или С были выявлены у 29 человек, из которых ЖПП было у 20(3,7%) от всех ЖПП). У 1(0,2%) от всех ЖПП) в анамнезе был токсический гепатит на фоне противоопухолевого лечения циклофосфамидом.

Лиц с отрицательными маркёрами вирусных гепатитов и без токсического поражения печени было 1122 человека. Среди них НАЖБП была выявлена у 247(21,4%), АБП – у 276(24,0%)(p>0,05).

Среди больных НАЖБП преобладали женщины (p<0,001), их средний возраст не отличался (p>0,05) от возраста мужчин. Соотношение мужчины: женщины было 1:4,3. Проведён анализ нозологической структуры НАЖБП –достоверно преобладал стеатоз печени (p<0,001). Гендерных различий в частоте стеатоза печени, стеатогепатита и цирроза печени не выявлено (p>0,05 во всех случаях) (табл. 1).

Распространённость НАЖБП на сельском терапевтическом участке составила 214,4на 1000 населения.

Анализ возрастной структуры НАЖБП показал, что на трудоспособный возраст приходится почти половина больных (48,2%): мужчин – 51,1%, женщин – 47,5%; различия не достоверны (p>0,05) (табл. 2).

Среди больных АБП мужчин было 159 (57,6%), их средний возраст $50,3\pm11,0$ лет; женщин – 117 (42,4%), их средний возраст $49,8\pm10,6$ лет, гендерных различий в доле и возрасте больных не было (p>0,05). Соотношение мужчины: женщины 1:1,4. При анализе нозологической структуры АБП также установлено преобладание стеатоза печени для обоих полов вместе и для мужчин (p<0,05), однако для женщин такое преобладание было не достоверно (p>0,05). При этом наблюдалось отсутствие гендерных различий в нозологической структуре НАЖБП (p>0,05 во всех случаях) (табл. 3).

Распространённость АБП на сельском терапевтическом участке составила 239,6 на 1000 населения.

Анализ возрастной структуры АБП показал, что как у мужчин (73,0%), так и у женщин (75,2%), большая часть больных приходилась на трудоспособный возраст (p<0,001). Гендерных различий не выявлено для всех возрастных групп (p>0,05 во всех случаях) (табл. 4).

Нам представлялось интересным сравнить нозологическую структуру НАЖБП и АБП. При НАЖБП стеатоз печени – 91,1%, стеатогепатит – 8,1%, цирроз печени – 0,8%. При АБП стеатоз печени – 60,5%, стеатогепатит – 22,5%, цирроз печени – 17,0%.

Установлено, что стеатогепатит и цирроз печени при АБП встречались чаще (p<0,001 в обоих случаях), тогда как при НАЖБП – стеатоз печени (p<0,05) (табл. 5).

Также мы сравнили возрастные структуры НАЖБП и АБП. АБП достоверно чаще встречалась у лиц трудоспособного возраста (p<0,05), а НАЖБП – у лиц старческого возраста (p<0,001) (табл. 6).

Среди обследованных лиц с положительными маркёрами вирусных гепатитов В и\или С было 29, в том числе гепатита В – 8; гепатитов В и С –1; гепатита С –20 человек. Вторичное ЖПП из 29 инфицированных было выявлено у 20(69,0% и 1,7% от всех обследованных). Распространённость ЖПП, ассоциированного с положительными маркерами вирусных гепатитов, на сельском терапевтическом участке составила 17,4 на 1000 населения.

У лиц с положительными маркёрами вирусного гепатита В ЖПП было выявлено у 4 (50,0%); гепатитов В+С – у 1 (100%); гепатита С – у 15 (75,0%) человек. Чаще страдают ЖПП больные с положительными маркерами вирусных гепатитов В и С, реже – с положительными маркерами вирусного гепатита В, однако разница не достоверна (p>0,05).

Нозологическая структура ЖПП, ассоциированного с положительными маркерами вирусных гепатитов В и/или С следующая: стеатоз печени – 10 (50,0%), стеатогепатит – 2 (10,0%), цирроз печени – 7 (35,0%), гепатоцеллюлярная карцинома – 1 (5,0%) (p>0,05). При сравнении нозологической структуры ЖПП у мужчин (стеатоз печени – 1 (11,1%), стеатогепатит – 1 (11,1%), цирроз печени – 6 (66,7%), гепатоцеллюлярная карцинома – 1 (11,1%)) и женщин (стеатоз печени – 9 (81,2%), стеатогепатит – 1 (9,4%), цирроз печени – 1 (9,4%), гепатоцеллюлярная карцинома – 0)) гендерных различий не выявлено (p>0,05 во всех случаях).

Средний возраст больных с ЖПП, ассоциированным с положительными маркерами вирусных гепатитов, составил $55,2\pm11,5$ лет. Злоупотребляющих алкоголем среди них было 14 (70%), мужчин – 9, женщин – 5. Возрастная структура мужчин: трудоспособный возраст – 3 (27,3%), пожилой возраст – 1 (11,1%), старческий возраст – 0; женщин: трудоспособный возраст – 8 (88,9%), пожилой возраст – 7 (63,6%), старческий возраст – 1 (9,1%). Достоверных гендерных различий не выявлено во всех возрастных категориях (p>0,05 со всех случаях) (табл. 9)

Была 1 больная (0,09% от общего количества обследованных), 79 лет, со стеатогепатитом лекарственной этиологии на фоне противоопухолевого химиотерапевтического лечения циклофосфамидом. Распространённость ЖПП вследствие токсического лекарственного поражения составила 0,9 на 1000 населения сельского врачебного участка.

Таблица 1

Нозологическая структура НАЖБП на сельском терапевтическом участке (абс. число и%)

Table 1

Nosologic structure NAFLD at the rural therapeutic stretch (number,%)

Количество больных и%	Стеатоз печени (1)	Стеатогепатит (2)	Цирроз печени (3)	P 1 – (2+3)
Bcero 247(100%)	225(91,1%)	20(8,1%)	2(0,8%)	<0,001
Мужчины 47(19,0%)	45(95,7%)	2(4,3%)	0	<0,001
Женщины 200(81,0%)	180(90,0%)	18(9,0%)	2(1,0%)	<0,001
p<0,001	p>0,05	p>0,05	p>0,05	

Таблица 2

Возрастная структура НАЖБП на сельском терапевтическом участке (абс. число и%)

Table 2

Age structure of NAFLD at the rural therapeutic stretch (number,%)

	Всего	Трудоспособный возраст (1)	Пожилой возраст (2)	Старческий возраст (3)	p 1 – (2+3)
Всего	247	119(48,2%)	84(34,0%)	44(17,8%)	p>0,05
Мужчины	47	24(51,1%)	17(36,1%)	6(12,8%)	p>0,05
Женщины	200	95(47,5%)	67(32,0%)	38(20,5%)	p>0,05
p	p<0,001	p>0,05	p>0,05	p>0,05	

Таблица 3

Нозологическая структура АБП на сельском терапевтическом участке (абс. число и%)

Table 3 Nosologic structure ALD at the rural therapeutic stretch (number,%)

Количество больных	Стеатоз печени (1)	Стеатогепатит (2)	Цирроз печени (3)	p 1 – (2+3)
Bcero 276(100%)	167(60,5%)	62(22,5%)	47(17,0%)	p<0,05
Мужчины 159(57,6%)	96(60,3%)	33(20,8%)	30(18,9%)	p<0,05
Женщины 117(42,4%)	71(60,7%)	29(24,8%)	17(14,5%)	p>0,05
p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	

Таблица 4

Возрастная структура АБП на сельском терапевтическом участке (абс. число и%)

Age structure ALD at the rural therapeutic stretch (number,%)

Количество больных	Всего	Трудоспособный возраст	Пожилой возраст	Старческий возраст	р
Всего	276	203(73,6%)	66(23,9%)	7(2,5%)	<0,001
Мужчины	159	116(73,0%)	39(24,5%)	4(2,5%)	<0,001
Женщины	117	87(74,4%)	27(23,1%)	3(2,5%)	<0,001
p	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	

Таблица 5

Сравнительный анализ нозологических структур НАЖБП и АБП на сельском терапевтическом участке (абс. число и%)

Table 5

Comparative analysis of disease NAFLD and ALD structures at the rural therapeutic stretch (number,%)

Таблица 6

Сравнительный анализ возрастных структур НАЖБП и АБП на сельском терапевтическом участке (абс. число и%)

Table 6

Comparative analyses of age structures of NAFLD and at the rural ALD therapeutic stretch (number,%)

Количество больных и%	Стеатоз печени	Стеатогепатит	Цирроз печени
НАЖБП 247(100%)	225(91,1%)	20(8,1%)	2(0,8%)
АБП 276(100%)	167(60,5%)	62(22,5%)	47(17,0%)
p	p<0,05	p<0,001	p<0,001

Количество больных и%	Трудоспособный возраст	Пожилой возраст	Старческий возраст
НАЖБП 247(100%)	119(48,2%)	84(34,0%)	44(17,8%)
АБП 276(100%)	203(73,6%)	66(23,9%)	7(2,5%)
p	p<0,05	p>0,05	p<0,001

Обсуждение результатов

Нами получены данные о распространённости ЖПП различной этиологии, а также их нозологической, гендерной и возрастной структуре в популяции, проживающей на сельском врачебном участке. ЖПП разной этиологии были выявлены у 544 (47,2%) человек. Из них $HAЖБ\Pi - y$ 247 (45,4%), АБП – у 276 (50,7%), ЖПП у лиц с положительными

маркёрами вирусных гепатитов В и/или С было у 20 (3,7%), ЖПП на фоне лекарственного поражения печени - у 1 (0,2%).

НАЖБП была выявлена у 21,4%, АБП – у 24,0% населения сельского врачебного участка, достоверных различий не было (р>0,05). Литературных данных по исследованию распространенности

НЖБП и АБП в определённой популяции (в нашем случае на сельском врачебном участке) мы не нашли. По данным Научного общества гастроэнтерологов России (НОГР), распространенность НАЖБП в общей мировой популяции варьирует от 6,3 до 37,3% [1], чему соответствуют и наши результаты. По результатам скрининга болезней печени на примере случайно включенных в исследование 5000 жителей г. Москвы установлено, что распространенность АБП в популяции составляет 6,9% [17]. Наше исследование, проходившее сплошным методом и в Сибирском регионе, дало другие результаты.

Выявленная нами более низкая частота НЖБП по сравнению с исследованием DIREG 2, может быть обусловлена другим дизайном исследования и тщательным выяснением алкогольного анамнеза не только у больного, но и у его близких, чего не было в исследованиях DIREG, там оценка проводилась по обращаемости к врачам терапевтам и гастроэнтерологам. В нашем исследовании участковый врач хорошо знает проживающее население, а пациенты часто отрицают злоупотребление алкоголем.

ЖПП, ассоциированные с вирусными гепатитами В и\или С, выявлены- у 1,7% обследованных. Распространённость стеатоза печени у больных хроническим вирусным гепатитом С колеблется от 35 до 81% и сопряжена с прогрессированием фиброза печени [18, 19].

Токсический лекарственный стеатогепатит нами обнаружен у 0,09% населения сельского врачебного участка. Стеатогепатит является редкой формой лекарственного поражения печени, менее 2% всех случаев неалкогольных стеатогепатитов (НАСГ). Кроме того, в настоящее время имеет место высокая распространенность НАСГ в популяционном масштабе, что создает определенные сложности в уточнении этиологических факторов данного заболевания [6,8,9].

Резюмируя всё вышесказанное, мы определили, что распространённость НАЖБП составила – 220,1; АБП – 246,0; ЖПП, ассоциированное с положительными маркёрами вирусных гепатитов В и/или С – 17,4; ЖПП (стеатогепатит) вследствие токсического лекарственного поражения – 0,9 на 1000 населения сельского врачебного участка. Данных о распространенности ЖПП на сельском врачебном участке нами в литературе не найдено.

Среди больных НАЖБП мужчин было 47 (19,0%), достоверно преобладали женщины 200 (81%) (р<0,001), их возраст не отличался (р>0,05) от возраста мужчин. Соотношение мужчины: женщины было 1:4,3. Крупных исследований, касающихся гендерных особенностей НАЖБП, не проводилось. Ранее было установлено, что в урбанизированных городах Америки НАЖБП чаще страдают мужчины, так как у них чаще имеется ожирение [13, 23]. По нашим данным преобладали женщины. Однако понимание демографических предикторов НАЖБП изменилось, поскольку в абсолютном исчислении большинство пациентов с НАЖБП - женщины в менопаузе или более молодые женщины с дисфункцией яичников разной этиологии [21].

Нозологическая структура НАЖБП: стеатоз печени – у 225 (91,1%), стеатогепатит – у 20 (8,1%), цирроз печени – у 2 (0,8%) человек, то есть достоверно преобладал стеатоз печени (р<0,001), о чём свидетельствуют и литературные источники [1, 5, 14]. Касаемо нозологической структуры НАЖБП, наши результаты близки к результатам исследования DIREG [5]. Было установлено, что достоверные гендерные различия в нозологической структуре НАЖБП на сельском терапевтическом участке отсутствовали (р>0,05 во всех случаях).

Согласно литературным данным дополнительными факторами, увеличивающими риск развития жировой дегенерации печени, являются пожилой и старческий возраст, мужской пол [13, 14]. В нашем исследовании анализ возрастной структуры НАЖБП показал, что на трудоспособный возраст приходится почти половина больных (48,2%): мужчин – 51,1%, женщин – 47,5%; различия не достоверны (р>0,05), так же как между лицами трудоспособного и более старшего возраста. Достоверных различий по полу в возрастной структуре НАЖБП не выявлено (р>0,05 во всех случаях).

На долю АБП по литературным данным приходится 30% всех форм хронических диффузных болезней печени [22]. На сельском терапевтическом участке среди больных АБП мужчин было 159 (57,6%), женщин – 117 (42,4%) (р>0,05). Соотношение мужчины: женщины 1:1,4. Нозологическая структура: стеатоз печени – у 167 (60,5%), стеатогепатит – у 62 (22,5%), цирроз печени - у 47 (17,0%) человек, достоверно преобладал стеатоз печени (р<0,05). Достоверные гендерные различия в нозологической структуре АБП на сельском терапевтическом участке также отсутствовали (р>0,05 во всех случаях), однако у мужчин преобладание стеатоза печени было достоверно (р<0,05), а у женщин - нет (р<0,05). Известно, что дорога к ЦП начинается с развития потенциально обратимых стеатоза (80-90% пациентов с хронической алкогольной интоксикацией (ХАИ)) и хронического стеатогепатита (30-40% пациентов с ХАИ), на фоне которых постепенно формируются фиброз и ЦП, развиваются хроническая печеночная недостаточность и портальная гипертензия (15-20% пациентов с ХАИ) [11]. По другим данным клинико-морфологические формы АБП соотносятся так: алкогольный стеатоз 60-90% случаев, алкогольный гепатит 10-30% и алкогольный цирроз печени в 8-20% случаев [22]. Наши результаты не противоречат указанным данным. Вместе с тем среди больных, страдающих хроническим алкоголизмом, жировой гепатоз выявляется в 60-65%, а цирроз печени в 20% случаев [12].

При анализе возрастной структуры, выяснилось, что как у мужчин (73,0%), так и у женщин (75,2%), большая часть больных АБП приходилась на трудоспособный возраст. Результаты скрининга пациентов гастроэнтерологических стационаров и поликлиник г. Москвы на предмет употребления алкоголя свидетельствуют о том, что каждый второй (49,8%) пациент трудоспособного возраста (43,18±13,04 года) злоупотребляет алкоголем, из них мужчины и женщины составили 30,1 и 19,7% соответственно [2, 20].

При сравнении нозологических структур НАЖБП и АБП установлено, что при АБП стеатогепатит и цирроз печени встречались достоверно чаще (p<0,001 в обоих случаях), а при НАЖБП – стеатоз печени (p<0,05).

Сравнивая возрастные структуры НАЖБП и АБП обнаружено, что АБП достоверно чаще встречалась у лиц трудоспособного возраста (p<0,05), а НАЖБП – у лиц старческого возраста (p<0,001). По литературным данным распространенность НАЖБП увеличивается с возрастом [7].

ЖПП среди лиц с положительными маркёрами вирусных гепатитов В и\или С, было выявлено у 20 (69,0%) из 26 человек. В нозологической структуре достоверных различий не выявлено (р>0,05), что связано с малым количеством больных: стеатоз печени – 10 (50,0%), стеатогепатит – 2 (10,0%), цирроз печени – 7 (35,0%), рак печени – 1 (5,0%).

Стеатогепатит вследствие токсического лекарственного поражения был у 1 больной (0,09% от общего количества обследованных).

Заключение

- 1. Распространённость НАЖБП на сельском врачебном участке составила 220,1; АБП 246,0; ЖПП, ассоциированной с положительными маркёрами вирусных гепатитов В и/или С 17,4; стеатогепатита вследствие токсического лекарственного поражения 0,9 на 1000 населения.
- 2. При НАЖБП соотношение мужчины: женщины 1:4,33, а при АБП оно 1:1,4.
- 3. Большая часть больных АБП приходилась на трудоспособный возраст.

Литература | References

- 1. Лазебник Л.Б., Радченко В.Г., Голованова Е.В. и соавт. Неалкогольная жировая болезнь печени: клиника, диагностика, лечение (рекомендации для терапевтов, 2-я версия). XVI съезд Научного общества гастроэнтерологов России (НОГР) и XI Национальным конгрессом терапевтов. ноябрь. 2016 // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2017; 138 (2): 22–37.
 - Lazebnik L. B., Radchenko V. G., Golovanova E. V., et al. Nonalcoholic fatti liver disease: clinic, diagnostics, treatment (recommendations for therapists, 2ndedition). Experimental and Clinical Gastroenterology, 2017; 138 (02): 22–37.
- WHO. Globalstatusreport: Alcoholandhealth. 2014. http://www.who.int/substance_abuse/publications/glo-balalcoholreport/en (Accessed 20 February 2018).
- Younossi Z.M., Stepanova M., Affendy M. et al. Changes in the prevalence of major chronic liver disease in the United States from 1998 to 2008. Clinical gastroenterology and hepatology. Russian edition, 2011;(05): 261–267.
- 4. *Clark J. M.* The epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease adults. *J. Clin Gastroenterol.* 2006, no.40, pp. 5–10.
- Ивашкин В.Т., Драпкина О. М., Маев И.В и соавт. Распространенность неалкогольной жировой болезни печени у пациентов амбулаторно-поликлинической практики в Российской Федерации: результаты исследования DIREG 2. РЖГГК. – 2015. – № 6. – С. 31–41.
 - Ivashkin V. T., Drapkina O. M., Mayev I. V., et al. Prevalence of non-alcoholic fatty liver disease in out-patients of the Russian Federation: DIREG 2 study results. Ross J Gastroenterol Gepatol Koloproktol. 2015; 25 (06): 31-41.
- 6. Плотникова Е.Ю., Талицкая Е.А., Краснова М.В., Краснов К.А. Стеатогепатит – вариант лекарственного поражения. Фарматека. – 2013. -№ 6(259). – С. 68–72. Plotnikova E. Yu., Talickaja E.A., Krasnova M. V., Krasnov K. A. Steatohepatit – variant lekarstvennogo porageniy [Steatohepatitis-drug option defeats]. Farmateka. – Farmateka, 2008. vol. 6, no. 259. pp. 68–72.

- 7. Brea A., Puzo J. Non-alcoholic fatty liver disease and cardiovascular risk. Journal Cardiol. 2013, no.167(4), p. 17.
- 8. Stravitz R.T., Sanyal A. J. Drug-induced steatohepatitis. Clin. Liver Dis. 2003, no. 7(435), p. 51.
- Grieko A., Forgione A., Miele L., et al. Fatty liver and drugs. European Review for Medical and Pharmacological Sciences. 2005, no.9 (261), P. 63.
- Clinical Practical Guidelines: Management of Alcoholic Liver Disease European Association for the Study of the Liver (EASL), 2012. J. of Hepatology. 2012, Vol. 57, P. 399–420/
- 11. O'Shea R. S., Dasarathy S., McCullough A. J. et al. Alcoholic liver disease. AASLD practice guidelines. Hepatology. 2010, Vol. 51, no. 1, pp. 307–328.
- Подымова С. Д. Алкогольная болезнь печени: Механизмы прогрессирования, патогенетическая терапия. Лечащий врач. – 2005. – № 6/1
 - *Podymova S.D.* Alkogolnaja bolezn pecheni: Mehanizmy progressirovanija, patogenetiheskay terapiy [Alcoholic liver disease: mechanisms of progression, pathogenetic therapy]. Available at: https://www.lvrach.ru/2001/06–06/4528796/ (accessed 23 August 2017).
- 13. Аметов А.С., Прудникова М.А. Диагностика и лечение неалкогольной жировой болезни печени у пациентов с сахарным диабетом типа 2: современный взгляд на проблему. Эндокринология: новости, мнения, обучение. 2016. № 3. С. 37–45
 - Ametov A. S., Prudnikova M. A. Diagnostika I lehenie nealcogolnoi jirovoi bolezni peheni u pacientov s saharnim diabetom tipa 2: sovremennii vzglyd na problemu [Diagnosis and treatment of non-alcoholic fatty liver disease in patients with type 2 diabetes mellitus: a modern view on the problem]. Endokrinologiy: novosti, mneniy, obuchenie. Endocrinology: news, views, training. 2016, no. 3, pp. 37–45.
- 14. *Балукова Е.В., Успенский Ю. П.* Неалкогольная жировая болезнь печени и метаболический синдром. Гастроэнтерология. 2014. № 1. С. 45–48.
 - Balukova E. V., Uspensky Y. P. Nealkogolnay jirovay bolezn peheni I metaboliheskii sindrom

- [Non-alcoholic fatty liver disease and metabolic syndrome]. Gastroenterologiy Gastroenterology. 2014. no. 1, pp. 45–48.
- FrithJ., Day C.P., HendersonE., Burt A.D., Newton J.L. Non-alcoholic fatty liver disease in older PEOPLE. Gerontology. 2009, no.55(6), pp. 607–613.
- Bellentani S., Scaglioli F., Marino M., Bedogni G. Epidemiology of non-alcoholic fatty liver disease. Dig. Dis. 2010, no.28, pp. 155–161.
- Komova A., Maevskaya M., Ivashkin V. Prevalence of Liver Disease in Russia's Largest City: A Population based Study. Am J Clin Med Res. 2014;2(5):99–102.
- 18. Ткаченко Л.И., Малеев В.В. Стеатоз печени у больных хроническим вирусным гепатитом В. Казанский медицинский журнал. 2014. Том 95, № 1. С. 35–41. Tkachenko L.I., Maleev V. V. Liver steatosis in patients with chronic viral hepatitis B. Kazan medical journal. 2014; 95 (01): 35–41.
- Castera L. Steatosis, insulin resistance and fibrosis progression in chronic hepatitis. *Minerva Gastroenterol. Dietol.* 2006, Vol. 52, pp. 125–134.

- 20. Маевская М.В., Бакулин И. Г., Чирков А. А., Люсина Е. О, Луньков В. Д. Злоупотребление алкоголем среди пациентов гастроэнтерологического профиля. РЖГГК. 2016. № 26(4). С. 24–35.
 - Maevskaya M. V., Bakulin I. G., Chirkov A. A., Lucina E.O, Lunkov V. D. Alcohol abuse among gastroenterological patients. Ros J Gastroenterol Hepatol Koloproc. 2016;26(04): 24–35.
- Ballestri S., Nascimbeni F., Baldelli E. et al. NAFLD as a Sexual Dimorphic Disease: Role of Gender and Reproductive Status in the Development and Progression of Nonalcoholic Fatty Liver Disease and Inherent Cardiovascular Risk. Adv Ther. 2017, Vol. 34(6), pp. 1291–1326.
- Еремина Е. Ю. Алкогольная болезнь печени. Архив внутренней медицины 2012. № 6(8). С. 50–54.
 Yeremina E. U. Alcoholic liver disease. Archives of internal medicine. 2012;6 (08):50–54.
- Lonardo A., Bellentani S., Argo C. K. et al. Epidemiological modifiers of non-alcoholic fatty liver disease: Focus on high-risk groups. Dig Liver Dis. – 2015. vol. 47, no. 12, pp. 997–1006.