



УДК 616.36



ОСЬОДЛО Г.В.

Українська військово-медична академія МО України, м. Київ

## ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ Й ТЕРАПЕВТИЧНІ АСПЕКТИ ХРОНІЧНИХ ДИФУЗНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПЕЧІНКИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

**Резюме.** У статті проаналізовано результати статистичної звітності щодо захворюваності, структури та підходів до лікування хронічних дифузних захворювань печінки (ХДЗП) у військовослужбовців. Показано, що ХДЗП займають друге рангове місце у структурі хвороб органів травлення серед офіцерів та військово-службовців контрактної служби, третє місце — серед військовослужбовців строкової служби, і впродовж 10-річного статистичного ряду рівень захворюваності на ХДЗП збільшився в 1,2 раза. У структурі ХДЗП серед офіцерів і військовослужбовців контрактної служби переважає хронічний гепатит невірусної етіології, а серед військовослужбовців строкової служби — хронічний вірусний гепатит. Для лікування ХДЗП як вірусної (у 76,9 % хворих), так і невірусної етіології (у 67,3 % хворих) використовували есенціальні фосфоліпіди, урсодезоксихолеву кислоту та їх поєднання.

**Ключові слова:** хронічні дифузні захворювання печінки, хронічний вірусний гепатит, хронічний гепатит, цироз печінки, захворюваність, військовослужбовці, есенціальні фосфоліпіди, урсодезоксихолева кислота.

### Актуальність проблеми

Хронічні дифузні захворювання печінки (ХДЗП), будучи одними з найпоширеніших серед хвороб органів травлення (ХОТ) у військовослужбовців, вимагають значних витрат на діагностику та лікування, призводять до формування ускладнень при неадекватній терапії, зниження якості життя та зміни категорії придатності військових. У Збройних силах України налагоджена чітка система статистичної звітності щодо захворюваності, госпіталізацій, тривалості та звільняємості особового складу із хронічним вірусним гепатитом (ХВГ), хронічним гепатитом (ХГ) і цирозом печінки (ЦП), проте останніми роками не проводилось аналітичних досліджень із вказаної проблематики.

Як свідчать дані Інституту гастроентерології НАМН України, ХДЗП є актуальною проблемою цивільної охорони здоров'я, за 2006–2011 рр. відбулося зростання поширеності ХГ (на 13,9 %) і захворюваності (на 7,0 %), аналогічно за вказаний період збільшилася поширеність ЦП (на 8,6 %), хоча захворюваність знизилась на 12,5 % [8].

За останнє десятиріччя змінилось співвідношення серед етіологічних чинників ХДЗП. На віруси гепатитів В, С і алкоголь припадає до 80 % причин виникнення ХДЗП та зростає питома вага неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ) [1, 3, 5, 7]. Україна відноситься до країн із середньою інтенсивністю епідемічного процесу по вірусних гепатитах. Незважаючи на зниження захворюваності на гепатит В завдяки вакцинопрофілактиці та впровадженню в медичну практику одноразового інструментарію, рівень її залишається в 10–20 разів вищим порівняно з країнами Європи та Північної Америки [1, 3]. Реєстрація гепатиту С та його наслідків здійснюється в нашій країні з 2003 року, тому необхідний масив інформації для отримання об'єктивних даних відсутній, проте можна передбачити, що рівень захворюваності на НСВ-гепатит не менший ніж 5 % [5].

Дані щодо поширеності алкогольної хвороби печінки в Україні також не відображають дійсного становища. Для 39 % чоловіків і 8,7 % жінок нашої країни

© Осьодло Г.В., 2013

© «Гастроентерологія», 2013

© Заславський О.Ю., 2013

як мінімум 1 раз на місяць характерні епізоди вживання алкоголю більше 80 г/добу в перерахунку на чистий етанол, що пов'язано з високим ризиком розвитку алкогольної хвороби печінки [2]. У європейських країнах НАСГ діагностують в 11 % пацієнтів, яким проводять біопсію печінки у зв'язку з підвищенням трансаміназної активності крові, у США — у 23,5 % [1, 7, 9]. В Україні до 2012 року офіційна статистика щодо цього захворювання відсутня.

Незважаючи на поліетіологічність ХДЗП, їх перебіг має універсальні патофізіологічні та патоморфологічні особливості, що обґрунтовує застосування патогенетичної гепатопротекторної терапії [4, 6]. Етіотропна противірусна терапія хронічних вірусних гепатитів є найбільш ефективною в досягненні стійкої вірусологічної відповіді та профілактиці ускладнень захворювань [1, 3], проте вона є обтяжливою для пацієнта. Велика кількість альтернативних лікарських засобів для лікування хворих на ХДЗП, більшість із яких не мають доведеної ефективності з позицій доказової медицини, актуалізує пошук ефективних методів лікування захворювань печінки із застосуванням гепатопротекторів із наявною доказовою базою.

У 2011 році професором К.-Дж. Гундерманом [11] проведено критичний аналіз експериментальної і клінічної баз даних (Medline, Embase, Cochrane Library) щодо ефективності застосування есенціальних фосфоліпідів (ЕФЛ) при ХДЗП, враховуючи результати 248 клінічних досліджень, що дозволило охарактеризувати ЕФЛ як медикаментозний середник, який відповідає принципам доказової медицини. Результати проведених досліджень свідчать про суттєве їх значення для клітинної диференціації, проліферації й регенерації; позитивний вплив ЕФЛ на активність мембранозв'язувальних білків, ферментів, рецепторів; здатність до регуляції трансмембранного транспорту і метаболічних процесів та участь у транспорті жирів у крові, жовчі, шлунково-кишковому тракті, модулюванні імунологічних реакцій, у процесах адгезії та агрегації еритроцитів і тромбоцитів [7, 9, 11].

У цілому механізм дії ЕФЛ при хворобах печінки пов'язаний із відбудовою uszkodжених ланок ліпідних структур клітинних і субклітинних мембран, пригніченням перекисного окиснення ліпідів, нейтралізацією активних форм кисню і вільних радикалів, підвищенням детоксикаційного й екскреторного потенціалу гепатоцитів, зниженням ліпідної інфільтрації печінки й активацією її зірчастих клітин. Широкий діапазон впливу ЕФЛ на різні ланки патогенезу ХДЗП забезпечує їх високу ефективність при лікуванні алкогольної хвороби печінки, НАСГ, вірусних гепатитів, токсичних уражень, печінкової коми при фульмінантному гепатиті, фіброзу і цирозу печінки [4, 6, 9, 11].

Публікації останніх років привертають увагу до гепатопротекторних властивостей урсодезоксихолевої кислоти (УДХК), тривале застосування якої при хронічному ураженні печінки сприяє покращенню функціональних показників, гістологічної структури печінкової паренхіми, особливо за наявності холестатичного синдрому [2, 4, 6]. Препарат застосовують при вірусних, аутоімунних, токсичних гепатитах, проте не сформовано одностайної думки щодо високої ефективності УДХК при НАСГ [10]. При ХВГ препарат здатний зменшувати рівень трансаміназної та гістологічної активності без значущого впливу на вірусне навантаження.

Висока частота ХДЗП і необхідність у тривалому лікуванні знижують працездатність та зменшують боєздатність Збройних сил, що пов'язано з професійною дискваліфікацією військовослужбовців і визначає як медичну, так і соціально-економічну значущість проблеми.

Метою дослідження було вивчення рівня, структури й динаміки захворюваності на ХДЗП, їх місця в загальній структурі ХОТ у різних категорій військовослужбовців та підходів до лікування.

### Об'єкт і методи дослідження

Для дослідження захворюваності вихідним матеріалом служили дані статистичної звітності за 10-річний

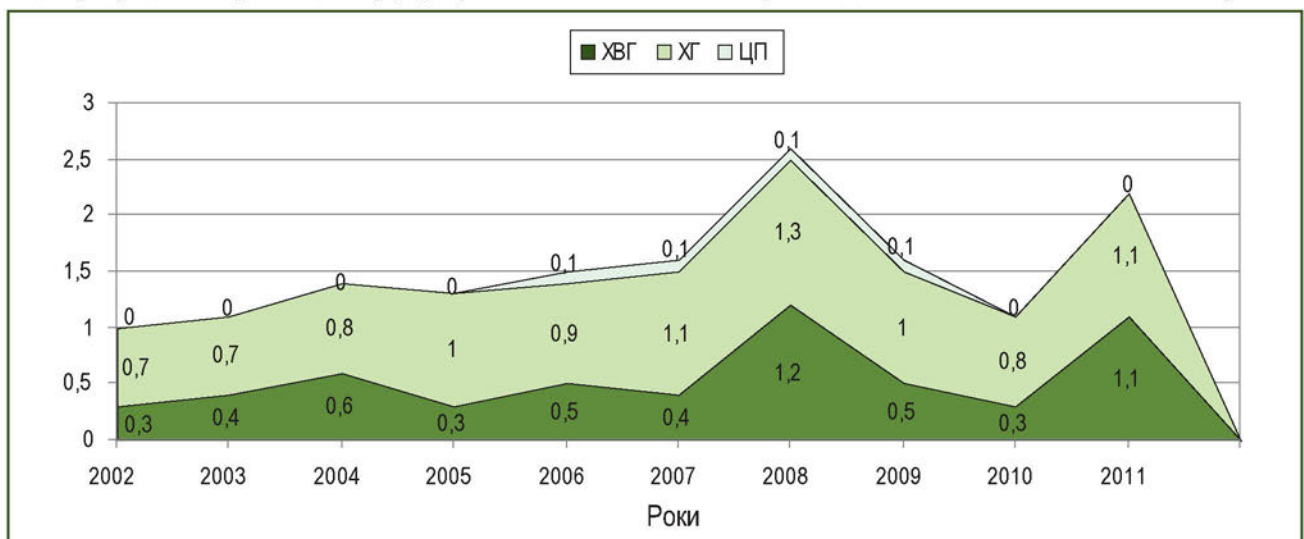


Рисунок 1 — Рівень, структура та динаміка захворюваності на ХДЗП в офіцерів за 2002–2011 рр. (%)

статистичний ряд 2002–2011 рр. (форма 2/мед). Визначались рівень, структура і динаміка захворюваності на хронічний вірусний гепатит (ХВГ) І класу та хвороби органів травлення і ХДЗП невірусної етіології XI класу хвороб (згідно з МКХ-10) за кожен рік і середні за десять років.

Для вивчення структури ХДЗП та їх лікування у військовослужбовців та військових пенсіонерів проводився аналіз електронної бази даних 137 виписних епікризів хворих клініки гастроентерології Головного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» (ГВМКЦ «ГВКГ») за 2011–2012 рр.

### Результати досліджень та їх обговорення

Аналіз захворюваності на ХОТ в офіцерів протягом 10 років свідчить про переважання в структурі XI класу хвороб езофагогастродуоденальної зони: стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки — (71,3 ± 6,32) %, (29,52 ± 1,69) ‰, без урахування хвороб порожнини рота. Друге місце посідають

хвороби гепатопанкреатобіліарної зони: печінки, жовчного міхура, жовчовивідних шляхів та підшлункової залози — (16,58 ± 1,53) % у структурі класу, (6,86 ± 0,41) ‰, представлені ХГ, ЦП, холелітіазом, безкам'яним холециститом — (2,37 ± 0,16) ‰ та хворобами підшлункової залози — (1,91 ± 0,20) ‰. На третьому місці знаходяться хвороби кишечника і очеревини — (12,0 ± 1,28) %, (4,98 ± 0,32) ‰.

Для аналізу динаміки і структури захворюваності на ХДЗП в офіцерів упродовж 10-річного статистичного ряду досліджували захворюваність на хронічний вірусний гепатит (I класу) та захворюваність на хронічний гепатит і цироз печінки (XI класу). Установлено, що у 2011 році порівняно з 2002 р. рівень захворюваності на ХДЗП збільшився у 2,2 раза: із 1,0 ‰ у 2002 р. до 2,2 ‰ у 2011 р. (рис. 1). Причому найвищим приростом (у 3,7 раза) характеризувалася група ХВГ, де захворюваність зростає з 0,3 ‰ у 2002 р. до 1,1 ‰ у 2011 р.

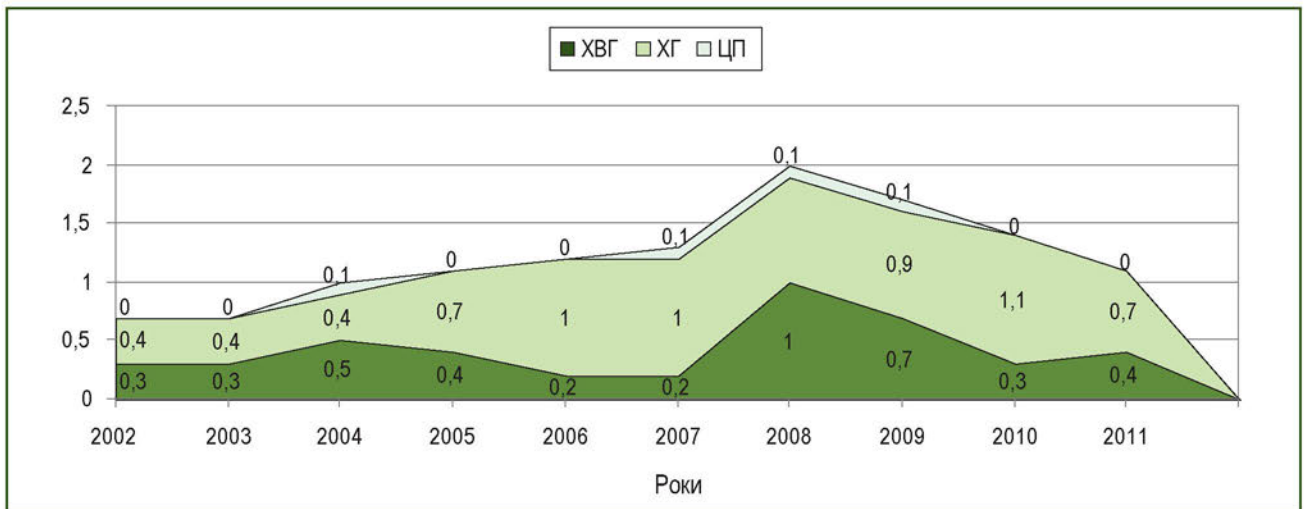


Рисунок 2 — Рівень, структура та динаміка захворюваності на ХДЗП у військовослужбовців контрактної служби за 2002–2011 рр. (‰)

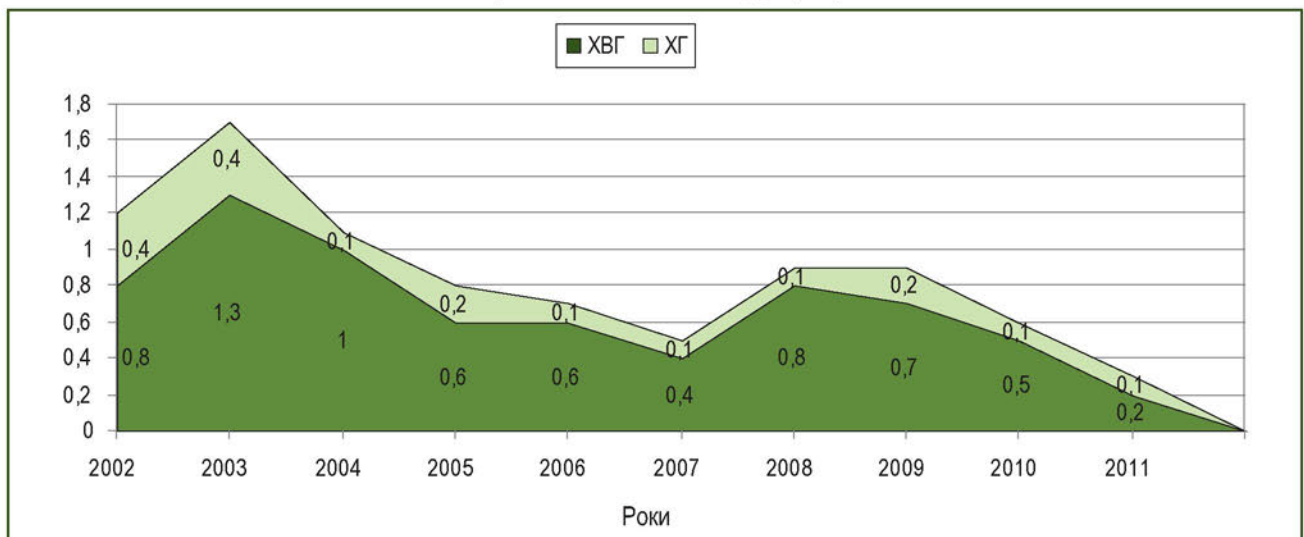


Рисунок 3 — Рівень, структура та динаміка захворюваності на ХДЗП у військовослужбовців строкової служби за 2002–2011 рр. (‰)

Нижчі темпи зростання зареєстровані в групі хронічного невірусного гепатиту — в 1,6 раза: із 0,7 ‰ у 2002 р. до 1,1 ‰ у 2011 р., хоча ХГ займає I рангове місце в структурі ХДЗП серед офіцерів — (63,16 ± 7,24) ‰. Найвищі піки захворюваності на ХДЗП характерні для 2008 р., із рівнем у 2,6 ‰, та для 2011 р., із рівнем у 2,2 ‰. Захворюваність на ЦП не зазнавала коливань і не перевищувала рівня в 0,1 ‰.

Указані негативні тенденції свідчать про зростання в структурі ХДЗП в офіцерів частки ХВГ, що найближчими роками може суттєво вплинути на формування формуляра централізованих медичних закупівель для проведення стандартної противірусної терапії таким пацієнтам.

Захворюваність на ХОТ у військовослужбовців за контрактом, як і в офіцерів, більше ніж наполовину представлена хворобами стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки — (73,64 ± 2,36) ‰ або (23,47 ± 2,85) ‰. Друге місце посідає захворюваність на хвороби печінки, жовчного міхура,

жовчовивідних шляхів та підшлункової залози — (4,49 ± 0,43) ‰ або (14,09 ± 0,72) ‰ у структурі класу. Ця група представлена хронічним гепатитом, цирозом печінки, холелітазом і безкам'яним холециститом — (1,84 ± 0,20) ‰ та хворобами підшлункової залози — (1,91 ± 0,20) ‰. Третє місце посідають хвороби кишечника та очеревини — (12,27 ± 1,28) ‰ або (3,91 ± 0,32) ‰.

Установлено, що за 10-річний статистичний ряд рівень захворюваності на ХДЗП у військовослужбовців контрактної служби поступово збільшувався, із найвищим піком у 2008 р. і рівнем у 2,0 ‰, у 2011 р. перевищив відповідний показник 2002 р. в 1,6 раза: 1,1 ‰ у 2011 р. проти 0,7 ‰ у 2002 р. (рис. 2). Вищою часткою ((61,8 ± 11,4) ‰) і приростом (в 1,8 раза) характеризувалась група хронічного невірусного гепатиту, де захворюваність зростає відповідно з 0,4 ‰ у 2002 р. до 0,7 ‰ у 2011 р. Дещо нижчі темпи зростання у групі ХВГ — в 1,3 раза: із 0,3 ‰ у 2002 р. до 0,4 ‰ у 2011 р. Захворюваність на ЦП у

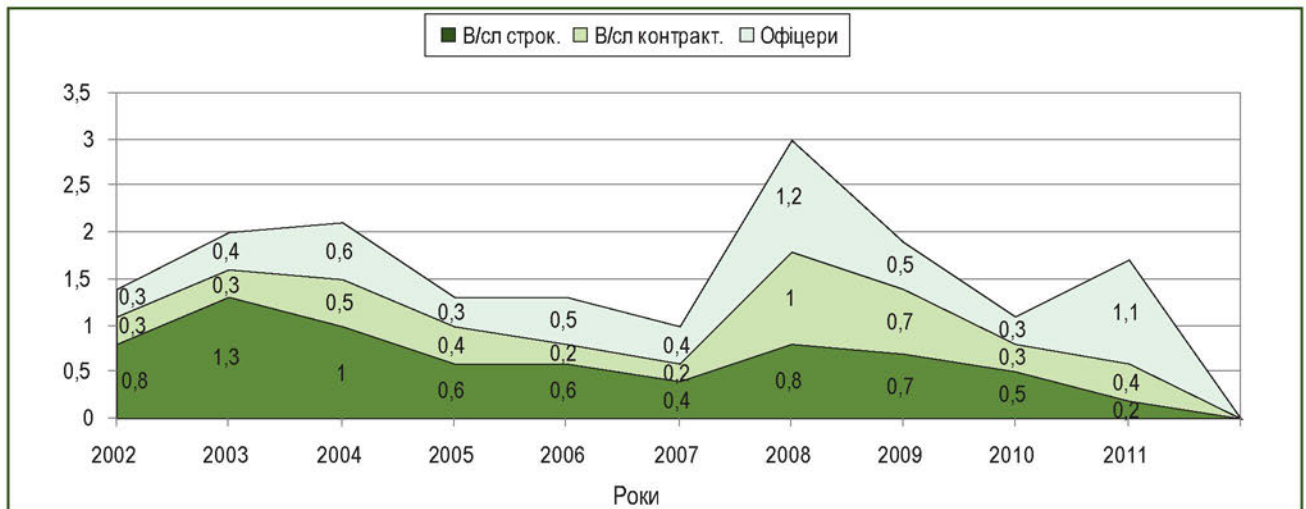


Рисунок 4 — Рівень, структура та динаміка захворюваності на ХВГ у різних категоріях військовослужбовців Збройних сил України за 2002–2011 рр. (‰)

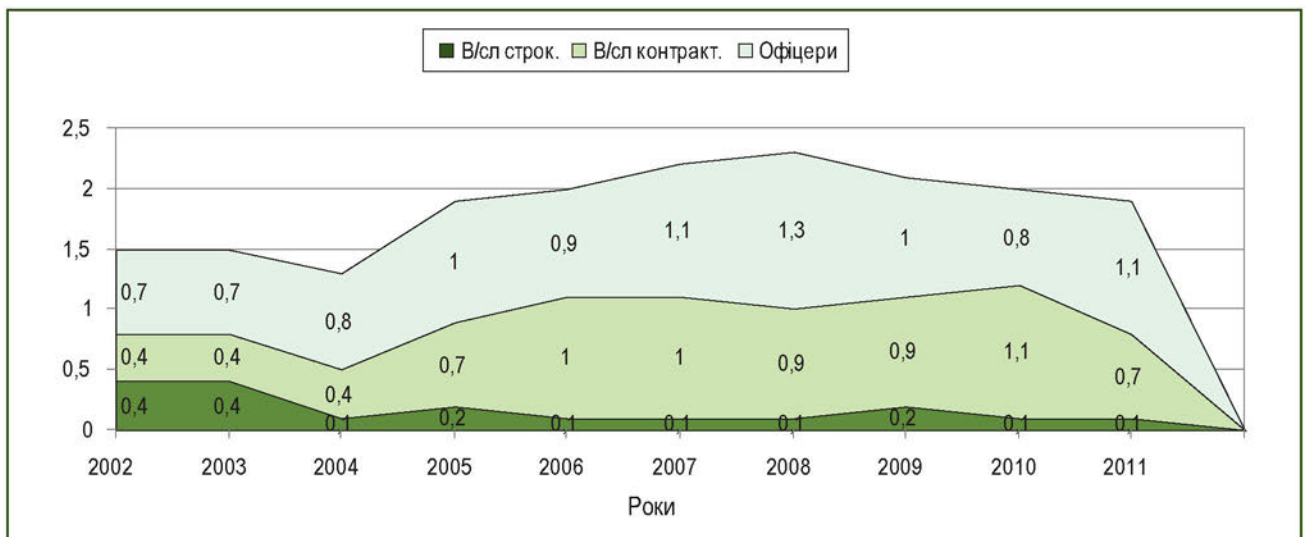
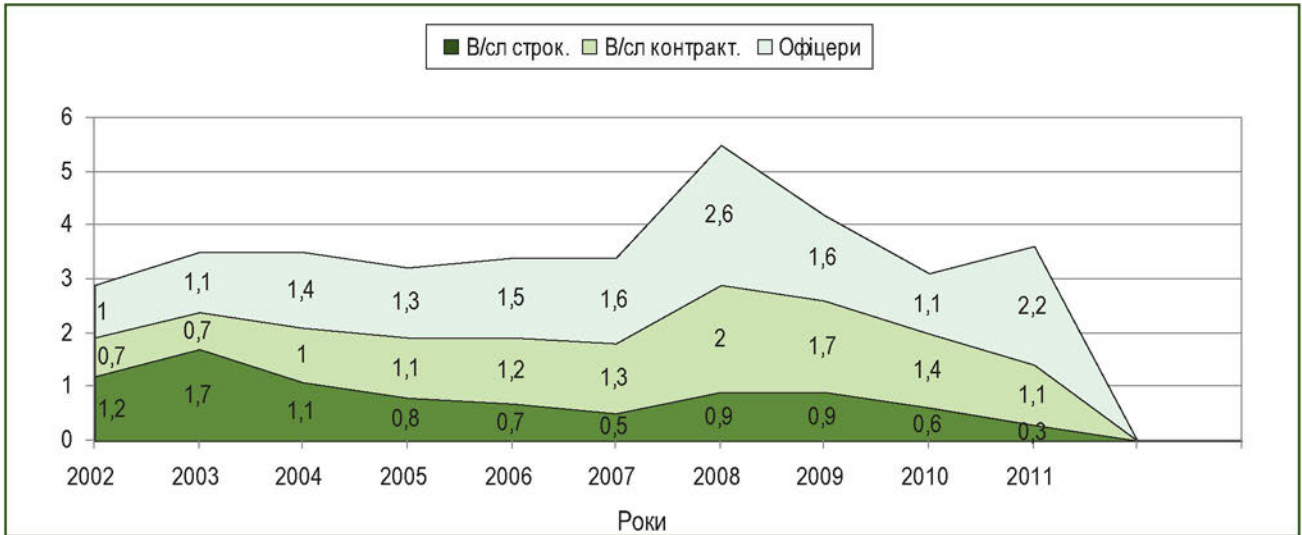


Рисунок 5 — Рівень, структура та динаміка захворюваності на ХГ у різних категоріях військовослужбовців Збройних сил України за 2002–2011 рр. (‰)



**Рисунок 6 – Рівень, структура та динаміка захворюваності на ХДЗП у різних категорій військовослужбовців Збройних сил України за 2002–2011 рр. (%)**

контрактників, як і в офіцерів, не перевищувала рівня в 0,1 %.

Найвища захворюваність на хвороби органів травлення спостерігається в групі військовослужбовців строкової служби. При цьому ХОТ у солдатів, як і в офіцерів та контрактників, більше ніж наполовину представлені хворобами стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки – (53,11 ± 13,86) % або (70,09 ± 6,68) %. На відміну від офіцерів та військовослужбовців контрактної служби друге місце серед ХОТ у військовослужбовців строкової служби посідають хвороби кишечника та очеревини – (25,04 ± 2,48) % або (18,3 ± 3,8) %. Захворюванням гепатопанкреатобіліарної зони належить третє рангове місце – (3,56 ± 0,93) % або (4,85 ± 0,72) % у структурі класу.

При вивченні рівня та динаміки захворюваності на ХДЗП у військовослужбовців строкової служби виявлено її поступове зниження упродовж 10-річного ста-

тистичного ряду у 4 рази: із 1,2 % у 2002 р. до 0,3 % у 2011 р. (рис. 3). Проте насторожує висока частка ХВГ, що досягає (80,5 ± 8,2) % у структурі ХДЗП. Цирозу печінки у цих військовослужбовців не виявляли.

При аналізі захворюваності за 10-річний термін за основними групами ХДЗП у різних категорій військовослужбовців встановлено найвищі показники ХВГ серед військовослужбовців строкової служби (рис. 4). Так, рівень захворюваності на ХВГ у військовослужбовців строкової служби перевищував в 1,7 раза захворюваність військовослужбовців контрактної служби ((0,73 ± 0,23) % проти (0,43 ± 0,18) % відповідно) та в 1,3 раза – захворюваність на ХВГ офіцерів ((0,73 ± 0,23) % проти (0,56 ± 0,24) % відповідно).

Отримані дані необхідно враховувати при розробці профілактичних стратегій для осіб призовного віку, з обов'язковою вимогою щодо тестування на маркери

**Таблиця 1 – Частота застосування гепатопротекторів при лікуванні ХДЗП у військовослужбовців та пенсіонерів ЗСУ, M ± m**

Група препаратів	Кількість хворих військовослужбовців		Кількість хворих пенсіонерів	
	Абс.	%	Абс.	%
Донатори тілових сполук	2	3,4	2	2,5
Есенціальні фосфоліпіди	23	39,7	12	15,2*
Екстракт артишоку	3	5,2	4	0,5
Комбіноване лікування	12	20,7	32	40,5*
Препарати тваринного походження	1	1,7	2	2,5
Синтетичні гепатопротектори	1	1,7	2	2,5
Урсодезоксихолева кислота	16	27,6	25	31,6
Всього	58	100	79	100

Примітка. \* – P < 0,05 – вірогідність відмінностей у групах порівняння.

ХВГ цієї категорії населення для ретельного відбору у військові організовані колективи юнаків, не інфікованих гепатотропними вірусами.

Захворюваність на хронічний невірусний гепатит у військовослужбовців строкової служби був найнижчим: меншим у 4,2 раза, ніж у військовослужбовців контрактної служби —  $(0,18 \pm 0,9) \%$  проти  $(0,75 \pm 0,23) \%$ , у 5,2 раза меншим, ніж в офіцерів —  $(0,18 \pm 0,9) \%$  проти  $(0,94 \pm 0,16) \%$  відповідно, що відображено на рис. 5.

Для визначення тенденції щодо рівня й динаміки захворюваності на ХДЗП серед військовослужбовців ЗСУ за 10-річний період ми проаналізували загальну захворюваність (рис. 6). Установлено, що у 2011 р. порівняно з 2002 р. рівень захворюваності на ХДЗП серед військовослужбовців збільшився в 1,2 раза: із  $2,9 \%$  у 2002 р. до  $3,6 \%$  у 2011 р., із піком зростання у 2008 р. — в 1,9 раза (із  $2,9 \%$  у 2002 р. до  $5,5 \%$  у 2008 р.).

При аналізі структури ХДЗП у військовослужбовців і військових пенсіонерів, які проходили стаціонарне лікування в клініці гастроентерології ГВМКЦ «ГВКГ» за 2011–2012 рр., встановлено переважання як у військовослужбовців ( $35,6 \%$ ), так і в пенсіонерів ( $34,2 \%$ ) криптогенного гепатиту. Реактивний гепатит частіше (у  $25,4 \%$ ) виявляли у військовослужбовців порівняно з пенсіонерами (у  $5,1 \%$ ),  $p < 0,05$ , а цироз печінки — у пенсіонерів (у  $29,1 \%$ ) порівняно з військовослужбовцями (у  $3,4 \%$ ),  $p < 0,05$ . У структурі ЦП за етіологічним чинником переважав цироз вірусної етіології — у  $41,7 \%$  (10 із 24) хворих. Не виявляли відмінностей у частоті ХВГ у військовослужбовців (у  $16,9 \%$ ) та військових пенсіонерів (у  $10,1 \%$ ),  $p > 0,05$ , та в частоті НАСГ — у  $18,6$  та у  $21,5 \%$  відповідно,  $p > 0,05$ . У військовослужбовців строкової служби в структурі ХДЗП переважав реактивний (у  $69,2 \%$ ) і токсичний гепатит (у  $15,4 \%$ ), а ХВГ і НАСГ зустрічався у  $7,7 \%$  хворих.

Для аналізу вибору лікувальних систем для хворих на ХДЗП на госпітальному етапі вивчено частоту застосування різних гепатопротекторів. Установлено, що найчастіше у військовослужбовців, госпіталізованих у клініку гастроентерології, використовували ЕФЛ у дозі  $1800$  мг/добу — у  $39,7 \%$  (23 із 58) хворих, що частіше ( $p < 0,05$ ), ніж у пенсіонерів, УДХК у дозі  $10$  мг/кг/добу — у  $16$  ( $27,6 \%$ ) хворих та комбіноване лікування різними групами гепатопротекторів — у  $12$  ( $20,7 \%$ ), рідше — біофлавоноїди й синтетичні препарати (табл. 1).

У військових пенсіонерів, хворих на ХДЗП, найчастіше використовували комбіноване лікування різними гепатопротекторами — у  $32$  ( $40,5 \%$ ) порівняно з офіцерами та військовослужбовцями строкової служби ( $20,7 \%$ ),  $p < 0,05$ , УДХК у дозі  $10$  мг/кг/добу — у  $25$  ( $31,6 \%$ ) порівняно з  $27,6 \%$ ;  $p > 0,05$ , та ЕФЛ у дозі  $1800$  мг/добу — у  $12$  ( $15,2 \%$ ) порівняно з  $39,7 \%$ ,  $p < 0,05$ , а біофлавоноїди й синтетичні препарати, як і в попередній групі, використовували рідко.

При лікуванні 26 хворих на хронічний вірусний гепатит В і С та ЦП вірусної етіології найчастіше у  $20$  ( $76,9 \%$ ) хворих використовували ЕФЛ у дозі  $1800$  мг/добу, УДХК у дозі  $10$  мг/кг/добу та їх поєднання, а стандартна противірусна терапія не проводилась.

## Висновки

ХДЗП займають друге рангове місце у структурі ХОТ офіцерів та військовослужбовців контрактної служби і третє місце — у військовослужбовців строкової служби. Упродовж 10-річного статистичного ряду (2002–2011 рр.) серед військовослужбовців відбувалося підвищення рівня захворюваності на ХДЗП в 1,2 раза з піком зростання у 2008 р. — в 1,9 раза.

Хронічний гепатит невірусної етіології займає перше рангове місце у структурі захворюваності на ХДЗП офіцерів ( $63,16 \pm 7,24 \%$ ) та військовослужбовців контрактної служби ( $61,8 \pm 11,4 \%$ ) порівняно з військовослужбовцями строкової служби, де в структурі захворюваності лідує ХВГ із середньою часткою за 10 років у  $(80,5 \pm 8,2) \%$ .

Рівень захворюваності на ХВГ у військовослужбовців строкової служби перевищував в 1,7 раза захворюваність військовослужбовців контрактної служби та в 1,3 раза — захворюваність офіцерів, що необхідно враховувати при розробці профілактичних стратегій для осіб призовного віку з метою відбору у військові колективи юнаків, неінфікованих гепатотропними вірусами.

У структурі госпіталізованої захворюваності на ХДЗП як у військовослужбовців ( $35,6 \%$ ), так і у військових пенсіонерів ( $34,2 \%$ ) переважав криптогенний гепатит. Реактивний гепатит частіше (у  $25,4 \%$ ) виявляли у військовослужбовців порівняно з пенсіонерами (у  $5,1 \%$ ), а ЦП — у пенсіонерів (у  $29,1 \%$ ) порівняно з військовослужбовцями (у  $3,4 \%$ ),  $p < 0,05$ . У структурі ЦП за етіологічним чинником переважав цироз вірусної етіології — у  $41,7 \%$  хворих.

Найчастіше для лікування ХДЗП як вірусної (у  $76,9 \%$  хворих), так і невірусної етіології (у  $67,3 \%$  хворих) використовували есенціальні фосфоліпіди в дозі  $1800$  мг/добу, УДХК у дозі  $10$  мг/кг/добу та їх поєднання.

## Список літератури

1. Бабак О.Я. Современная гепатология: достижения, проблемы и перспективы / О.Я. Бабак // Современная гастроентерология. — 2013. — № 2(70). — С. 12–20.
2. Бабак О.Я. Цирроз печени и его осложнения / О.Я. Бабак, Е.В. Колесникова. — Киев: Здоровье Украины, Доктор-Медиа, 2011. — 576 с.
3. Зайцев И.А. Хронический вирусный гепатит В в вопросах и ответах / И.А. Зайцев, А.А. Заплотная. — Киев: Вольф, 2006. — 112 с.
4. Оковитый С.В. Гепатотропные средства: современное состояние проблемы / С.В. Оковитый, Д.С. Суханов, М.Г. Романцов // Тер. архив. — 2012. — № 2. — С. 62–68.
5. Парентеральні вірусні гепатити: навч. посібник / [І.В. Дзюблик [та ін.]]; за ред. І.В. Дзюблик. — Київ: КМАПО, 2005. — 168 с.

6. Скрипник І.М. Клінічна гепатологія / І.М. Скрипник, Т.В. Мельник, М.М. Потяженко. — Полтава: Дивосвіт, 2007. — 424 с.

7. Скрыпник И.Н. Оценка терапевтических подходов к лечению неалкогольного стеатогепатита в Украине и его взаимосвязь с факторами риска: результаты открытого мультицентрового проспективного исследования DIREG\_L\_04443 / И.Н. Скрыпник // Сучасна гастроентерологія. — 2013. — № 2(70). — С. 64-71.

8. Степанов Ю.М. Гастроентерологічна допомога населенню України: основні показники здоров'я та ресурсне забезпечення у 2011 р. / Ю.М. Степанов, І.Ю. Скирда // Гастроентерологія. — 2013. — № 1(47). — С. 8-12.

9. Степанов Ю.М. Стеатоз і стеатогепатит — тригери печінкового фіброгенезу? / Ю.М. Степанов, О.Ю. Філіппова // Гастроентерологія. — 2013. — № 2(48). — С. 98-108.

10. Arvind N. Therapy for NAFLD — a comparative study of essential phospholipids vs. ursodeoxycholic acid / N. Arvind, P. Savaikar, J.S. Rajkumar // Ind. J. Clin. Pract.— 2006. — Vol. 16. — P. 21-24.

11. Gundermann K.-J. Activity of essential phospholipids (EPL) from soybean in liver diseases / K.-J. Gundermann, A. Kuenker, E. Kuntz, M. Drozdzik // Pharmacological Reports. — 2011. — Vol. 63. — P. 643-659.

Отримано 19.10.13 □

Оседло Г.В.

Украинская военно-медицинская академия МО Украины, г. Киев

Osyodlo G.V.

Ukrainian Military Medical Academy of Ministry of Defense of Ukraine, Kyiv, Ukraine

### ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКИХ ДИФФУЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

**Резюме.** В статье проанализированы результаты статистической отчетности по заболеваемости, структуре и подходах к лечению хронических диффузных заболеваний печени ХДЗП у военнослужащих. Показано, что ХДЗП занимают второе ранговое место в структуре болезней органов пищеварения среди офицеров и военнослужащих контрактной службы, третье место — среди военнослужащих срочной службы, и в течение 10-летнего статистического ряда уровень заболеваемости ХДЗП возрос в 1,2 раза. В структуре ХДЗП среди офицеров и военнослужащих контрактной службы преобладает хронический гепатит невирусной этиологии, а среди военнослужащих срочной службы — хронический вирусный гепатит. Для лечения ХДЗП как вирусной (у 76,9 % больных), так и невирусной этиологии (у 67,3 % больных) использовали эссенциальные фосфолипиды, урсодезоксихолевую кислоту и их сочетание.

**Ключевые слова:** хронические диффузные заболевания печени, хронический вирусный гепатит, хронический гепатит, цирроз печени, заболеваемость, военнослужащие, эссенциальные фосфолипиды, урсодезоксихолевая кислота.

### EPIDEMIOLOGIC AND THERAPEUTIC ASPECTS OF CHRONIC DIFFUSE LIVER DISEASES IN SERVICEMEN

**Summary.** In the article we had analyzed the results of statistical accounting on morbidity, structure and approaches to treatment of chronic diffuse liver diseases (CDLD) in servicemen. It is shown that CDLD take second ranking place in the structure of digestive diseases among officers and contract servicemen, third place — among compulsory-duty servicemen, and for 10-year statistical series level of CDLD incidence increased by 1.2 times. In the CDLD structure among officers and contract servicemen, chronic hepatitis of non-viral etiology prevails, and among compulsory-duty servicemen — chronic viral hepatitis. For treatment of CDLD of both viral (in 76.9 % of patients) and non-viral etiology (in 67.3% of patients) we used essential phospholipids, ursodeoxycholic acid, and their combination.

**Key words:** chronic diffuse liver diseases, chronic viral hepatitis, chronic hepatitis, liver cirrhosis, morbidity, servicemen, essentials phospholipids, ursodeoxycholic acid.