

ДИСКУССИЯ

УДК 616. 366 – 003. 7 – 056. 52] – 02 : 616. 36 – 002. 2. 001. 8

К ВОПРОСУ О “НЕАЛКОГОЛЬНОМ СТЕАТОГЕПАТИТЕ”

Отзывы о статье А.Х. Одинцовой и А.П. Киясова “Неалкогольный стеатогепатит: связь с ожирением и желчнокаменной болезнью, корреляция степени морфологической активности и изменений функциональных проб печени” (Казанский мед. ж., 2004, № 2).

На основании изучения 21 пункционной биопсии печени у больных с ожирением, сочетанном с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), авторы упомянутой статьи показали, что в 18 случаях “налицо был не просто стеатоз, а имел место стеатогепатит”. Термин “неалкогольный стеатогепатит” (НАСГ) появился в отечественных научных (но не в морфологических !) журналах с 2000 г. Он был неудачно позаимствован из зарубежных источников начала 80-х годов. НАСГ – это надуманный диагноз, так как само по себе ожирение печени не вызывает воспаления в этом органе.

О каком воспалении в печени может идти речь у больных данной группы? Исходя из этиологической классификации гепатитов (вирусные, алкогольные, медикаментозные, аутоиммунные, реактивные), мы можем предположить у больных с ожирением и ЖКБ наличие реактивного гепатита. Думается, отнюдь не случайно среди 21 больного было 19 женщин. Помимо латентно протекающего калькулезного холецистита у женщин чаще наблюдается воспалительная патология органов брюшной полости (сальпингоофорит, цистит, энтероколит, гастродуоденит и т.д.), которая может осложниться развитием реактивного гепатита. Сами авторы статьи не исключают возможности влияния на печень второго этиологического фактора (помимо первого этиологического фактора, вызывающего стеатоз печеночной ткани), указывая, что “триггером воспаления может быть бактериальный эндотоксин, вызывающий образование провоспалительных цитокинов”. Однако в тексте статьи нет упоминания о реактивном гепатите. Авторы не описывают характер воспалительной инфильтрации печени: какие клетки преобладают в инфильтрате (лейкоциты или лимфоциты), какова локализация воспаления (внутри печеночных долек или в портальных полях).

Вызывает нарекание термин “неалкогольный”, так как он ни о чем не го-

ворит (это равносильно спросить о национальности человека, а в ответ получить “я не русский” – великолепная информация!). Чтобы понять корень заблуждений авторов статьи, проанализируем одно из следующих предложений в ее начале: “Этиологическими факторами, приводящими к развитию НАСГ, являются сахарный диабет, избыточная масса тела, гиперлипидемия, прием некоторых лекарств, длительная терапия глюкокортикоидами, синдром избыточного бактериального роста...”. Из текста ясно, что под термин НАСГ авторы пытаются подвести гепатиты разной этиологии (в том числе медикаментозные и реактивные), а также фиброзы печени, развивающиеся как следствие наличия жирового гепатоза у больных сахарным диабетом и общим ожирением (кстати, фиброзы печени верифицируются авторами как НАСГ 3-й степени активности!).

Такую трактовку этиологии НАСГ А.Х. Одинцова и А.П. Киясов позаимствовали некритично из обзорной статьи П.О. Богомолова и Т.В. Павловой, посвященной клинко-морфологическому анализу неалкогольной жировой болезни печени (“Фарматека”, 2003, № 10, С. 31–39).

Итак, диагноз “алкогольный стеатогепатит” имеет право на существование, так как один алкогольный фактор может вызывать и стеатоз печени, и воспаление данного органа. В тех случаях, когда два процесса в печени (стеатоз и гепатит) возникают под влиянием двух различных этиологических факторов, нельзя писать диагноз “неалкогольный стеатогепатит”, а следует диагностировать “жировой гепатоз в сочетании с гепатитом (реактивный, медикаментозный и др.)”. Поэтому мы не рекомендуем подменять неалкогольную жировую болезнь печени надуманной формой “неалкогольный стеатогепатит”.

Доц. В.П. Нефедов (Казань)

* * *

Термин “неалкогольный стеатогепатит” (НАСГ) входит в современное понятие “неалкогольная жировая болезнь печени” (НЖБП), включающее стеатоз (жировую инфильтрацию печени без воспаления) и НАСГ, т.е. гепатит с последующим развитием фиброза и цирроза этого органа. Целью исследования А.Х. Одинцовой и А.П. Киясова было определение частоты стеатоза и НАСГ у больных с ожирением в сочетании с желчнокаменной болезнью (ЖКБ). На основании морфологических исследований биоптатов печени авторы обнаружили НЖБП у 20 (95%) из 21 обследованного. У 2 пациентов выявленный стеатоз был без гепатита, у 18 – стеатогепатит (81%), что намного больше, чем у больных только с ожирением.

В своем отзыве на означенную статью под названием “О “неалкогольном стеатогепатите”, опубликованном в этом же номере, доц. В.П. Нефедов не согласен с диагнозом НАСГ у больных ЖКБ с избыточной массой тела. Он предлагает выявленный гепатит называть реактивным гепатитом, развившимся на фоне гепатоза, и считает, что его причиной является какой-то другой этиологический фактор. Действительно, диагноз “реактивный гепатит” в клинической практике ранее имел место, причем в таких случаях он трактовался как воспаление печени в ответ на какую-либо патологию внутренних органов (гастроэнтерит, энтероколит, цистит, пиелонефрит и т.д.). Более того, В.П. Нефедов не согласен вообще с диагнозом НАСГ, считая его надуманной нозологической формой. В этом плане с ним трудно согласиться.

Для клиницистов признание нозологического диагноза НАСГ, в отличие от других “обтекаемых” терминов подобных патологий (диабетический гепатит, псевдоалкогольный гепатит, реактивный гепатит и др.), принятых в 80-е годы

и раньше, имеет принципиальное значение. Дело в том, что НАСГ, несмотря на, казалось бы, доброкачественное течение по сравнению с алкогольным поражением печени, в 40% случаев приводит к фиброзу и циррозу. По данным S. Zaeks и R. Shersthe (2005), в течение 1–7 лет цирроз печени при НАСГ развивается в 8–18% случаев.

Как нозологическая форма НАСГ все чаще используется в клинической практике. В немалой степени этому способствовал “информационный взрыв” в гепатологии, наблюдаемый в последние 10–15 лет. Благодаря современным технологиям, за эти годы были детально изучены патологические процессы в печени, описаны новые нозологические формы болезней, в частности НАСГ. В настоящее время НАСГ является общепринятым диагнозом в России и за рубежом.

Другое дело, что клинико-лабораторная диагностика его далеко не проста. Как и при многих хронических заболеваниях печени, в том числе при хронических вирусных гепатитах, клиническая симптоматика болезни скудна. Данные УЗИ могут подтвердить только жировую инфильтрацию, но не гепатит; биохимические тесты неспецифичны, нередко запаздывают по времени или вообще отсутствуют при наличии выраженного, по данным биопсии, воспаления в печени. Несмотря на эти трудности, практические врачи должны знать об этом заболевании и своевременно его диагностировать. При подозрении на НАСГ необходимо тщательное клинико-лабораторное обследование пациентов для исключения других причин поражения печени, а окончательный диагноз ставится только на основании морфологического исследования биоптата печени.

Проф. Д.Ш. Еналеева (Казань)