

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН НА ФОНЕ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

София Васильевна Яковлева^{1, 2}, Ирина Юрьевна Пирогова¹

¹ Южно-Уральский государственный медицинский университет. 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64

² Медицинский центр «Лотос». 454080, г. Челябинск, ул. Энгельса, д. 4

E-mail: ysv9090831979@gmail.com

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: кардиометаболические факторы риска; неалкогольная жировая болезнь печени; витамин D; молодые мужчины.

Введение. Дефицит витамина D — одна из причин формирования и прогрессирования ожирения, инсулинорезистентности и сахарного диабета 2-го типа. Поиск факторов, ассоциированных со стеатозом печени и инсулинорезистентностью у лиц молодого возраста, представляется перспективным для выявления заболевания на ранних стадиях и своевременного назначения патогенетически обоснованной терапии. Патогенез метаболического синдрома и неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) сложен и не до конца ясен. Тем не менее можно утверждать, что витамин D играет важную роль в развитии главного связующего звена всех компонентов метаболического синдрома — резистентности к инсулину.

Цель исследования. Выявить клинико-лабораторные особенности у молодых мужчин на фоне НАЖБП.

Материалы и методы. Тип исследования — одномоментное, «поперечный срез». Обследованы 102 пациента мужского пола, средний возраст $37,3 \pm 0,8$ года. Пациенты были разделены на две группы: группа I — лица со стеатозом печени ($n=70$), возраст $37,0 \pm 0,9$ года; группа II — лица без стеатоза печени ($n=32$), возраст $38,2 \pm 1,6$ года; различия по возрасту статистически не значимы.

Верификация стеатоза и фиброза печени, а также оценка их стадии проводилась методом эластометрии на аппарате FibroScan 502 TOUCH с программным обеспечением CAP. Всем пациентам проводился клинический осмотр, сбор анамнеза по специально разработанной анкете. Определялись показатели липидного спектра крови, углеводного и пуринового обмена, индекс инсулинорезистентности (НОМА-IR), уровень 25(OH)D. Уровень 25(OH)D определялся методом хемилюминесценции на аппарате ARCHITECT 2000 Abbot. Для обработки данных применялся пакет статистического программного обеспечения IBM SPSS Statistics (2021). Статистически значимым принимался уровень $p < 0,05$. С учетом проверки на нормальность распределения, количественные данные представлены как $M \pm \sigma$.

Результаты. В ходе проведенного исследования выявлены следующие клинико-лабораторные особенности у молодых мужчин на фоне НАЖБП.

1. У молодых мужчин с НАЖБП наблюдается сердечно-сосудистая полиморбидность: ожирение, высокоатерогенная дислипидемия, инсулинорезистентность, системное воспаление, тромбофилия, артериальная гипертензия, сформировавшаяся за счет метаболически ассоциированной гломерулопатии, и составляют от 65,7 до 100%.

2. У молодых мужчин с НАЖБП лабораторные маркеры кардиометаболического риска, такие как инсулинорезистентность, гиперурикемия, гипертриглицеридемия, холестринемия, дислипидемия в виде повышения уровня холестерина (ХС) липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и снижения уровня ХС липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) регистрируются от 22,5 до 68,6%, что значимо чаще, чем у их сверстников без НАЖБП (от 4,2 до 30,7%). Гипергликемия натощак отмечена только у пациентов с НАЖБП в 44,2% случаев.

3. У молодых мужчин с НАЖБП регистрируется низкий уровень обеспеченности витамином D, что в данной когорте пациентов стоит рассматривать не только как фактор риска развития инсулинорезистентности, но и как фактор, утяжеляющий течение метаболического синдрома и, следовательно, повышающий риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

4. У 92,9% молодых мужчин с НАЖБП количество компонентов метаболического синдрома составило 4 и более на одного пациента, тогда как у их сверстников без НАЖБП — не более 2 компонентов.

5. У молодых мужчин с НАЖБП лабораторные маркеры кардиометаболического риска, такие как нарушение углеводного обмена, дислипидемия и инсулинорезистентность, имеют выраженную отрицательную динамику от стадии стеатоза к неалкогольному стеатогепатиту: для нарушения углеводного обмена от 44,2 до 80,4% случаев, для дислипидемии — от 65,3 до 96,0% случаев, для инсулинорезистентности — от 86,4 до 92,2% случаев.

6. У молодых мужчин с НАЖБП выявленные факторы кардиометаболического риска ассоциированы не только с НАЖБП, но и с уровнем 25(ОН)D, а именно: инсулинорезистентностью, системным воспалением, висцеральным ожирением.

7. У молодых мужчин с НАЖБП обнаружена взаимосвязь между обеспеченностью витамином D и прогрессированием НАЖБП до стеатогепатита и фиброза печени.

8. У молодых мужчин с НАЖБП выявлены следующие взаимосвязи кардиометаболических факторов риска: абдоминальное ожирение — инсулинорезистентность — воспаление; абдоминальное ожирение — инсулинорезистентность — повышение уровня фибриногена; снижение уровня 25(ОН)D и ХС ЛПВП — гипертриглицеридемия — инсулинорезистентность.

Заключение. Расширение представлений о патологических механизмах, возникающих при НАЖБП у лиц молодого возраста, диктуют необходимость внедрения активной терапевтической тактики в ключе многофакторного управления, что позволит установить более эффективный контроль над прогрессированием инсулинорезистентности и висцеральным ожирением за счет своевременного скрининга и дотации витамина D.

Так, например, в группе молодых пациентов при верификации НАЖБП и/или выявлении 4 компонентов и более метаболического синдрома, рекомендуем проводить скрининг на уровень обеспеченности витамином D. При выявлении недостаточности/дефицита витамина D в сыворотке крови пациента своевременно проводить дотацию витамина D согласно существующим рекомендациям. Врачам-терапевтам и гастроэнтерологам расценивать дефицит витамина D фактором риска прогрессирования НАЖБП и фактором, утяжеляющим течение метаболического синдрома, а, следовательно, развития сердечно-сосудистых осложнений.