

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

ДВНЗ «Ужгородський національний університет» (м. Ужгород)

morika14154@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Наукове дослідження виконано в рамках загальнокафедральної теми кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб ДВНЗ «УжНУ» «Поліморбідна патологія при захворюваннях органів травлення, особливості патогенезу, можливості корекції», № державної реєстрації 0118U004365.

Вступ. За даними ВООЗ, хронічна обструктивна хвороба легень (ХОЗЛ) посідає четверте місце серед причин інвалідності та смертності населення, і близько 7% людей страждають цим захворюванням в Україні [1]. Експерти прогнозують, що до 2030 року ХОЗЛ буде третьою за величиною причиною смерті у всьому світі [2].

У свою чергу, захворювання печінки залишається таким же актуальним і сьогодні. У сучасній гастроентерології спектр цих захворювань дуже широкий. У розвинених країнах одним із найпоширеніших хронічних захворювань печінки є неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП), яка зустрічається від 17 до 33% і є складовою метаболічного синдрому (МС) [3]. Деякі автори вважають, що первинне обстеження пацієнтів виявляє фіброз печінки у 30-40% пацієнтів з неалкогольним стеатогепатитом (НАСГ) [4,5]. У 20-25% випадків НАСГ може прогресувати до цирозу протягом 5-10 років, а 30-40% пацієнтів помирають від його ускладнень [4]. В даний час НАСГ вважається однією з найпоширеніших причин підвищених функціональних тестів печінки без клінічних симптомів [3,6]. Ми живемо в епоху коморбідності та поліморбідності. У всьому світі спостерігається швидке зростання поєднаної патології захворювань [7]. Все більше вчених розглядає ХОЗЛ як мультисистемне захворювання із супутньою патологією, що включає субклінічні позагенетичні фактори, що провокують загострення ХОЗЛ [8,9], та збільшують частоту госпіталізації [9,10,11]. Однією з умов, що негативно впливають на перебіг ХОЗЛ, є надмірна вага, яка визнана однією з проблем 21 століття і є фактором ризику для розвитку та швидкого прогресування ряду хронічних захворювань, включаючи патологію дихальних шляхів [12,13]. Доведено, що надмірна вага супроводжується прихованим запаленням жирової тканини, продукти метаболізму жирних кислот стимулюють міграцію макрофагів та інших імунокомпетентних клітин у жирову тканину [14,15], жир в організмі виробляє більше 50 адипокінів і впливає на ліпідний обмін, запальні процеси та імунну систему [15,16] та є основним фактором виникнення та розвитку МС. Згідно з дослідженнями, поширеність МС у пацієнтів з ХОЗЛ коливається від 21 до 50% [17,18]. Найбільш поширеним МС є у пацієнтів групи GOLD II і становить 48-59% порівняно з 4,5-44% у пацієнтів з GOLD IV [2,19]. Загальними зв'язками патогенезу для ХОЗЛ та МС є ожиріння, гіподинамія, куріння, вживання кортикостероїдів, системне запалення,

окислювальний стрес та гіпоксія [20]. Системне запалення відіграє ключову роль у патогенезі ХОЗЛ та МС. Поєднання цих двох патологій одночасно значно посилює прояви системного запалення [11,16,17], що супроводжується порушенням функції гепатобілярної системи, симптоми якої на початкових стадіях захворювання непомітні і можуть залишатися поза полем зору лікаря [3]. Тому, актуальним залишається вивчення функціональних змін печінки у хворих на ХОЗЛ для попередження загострень та ускладнень, а також удосконалення лікувальної тактики пацієнтів з даною патологією.

Мета роботи. Вивчити клініко-лабораторні особливості неалкогольної жирової хвороби печінки у хворих на ХОЗЛ.

Об'єкт і методи дослідження. Проведено проспективне відкрите дослідження в умовах стаціонару та кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб медичного факультету УжНУ. Дослідження проводились за інформованою згодою пацієнтів, і їх методологія відповідала Гельсінській декларації 1975 року та її перегляду 1983 року та затверджено локальною комісією УжНУ з біоетики (Протокол № 1 від 10.01.2020).

Критеріями включення у дослідження був підтверджений діагноз хронічної обструктивної хвороби легень (GOLD I-II) та вік більше 40 і менше 70 років. Критеріями виключення з дослідження були наявність маркерів вірусного гепатиту В і С, маркерів аутоімунного гепатиту /перехресного синдрому (анти-LKM-1, анти-SLA та анти-LC-1) та ВІЛ-інфекції, вживання алкоголю, токсичне ураження печінки та відмова пацієнта від досліджень. Відповідно до встановлених критеріїв у дослідження було включено опрацювання медичних карт 142 хворих з ХОЗЛ, які проходили лікування в пульмонологічному відділенні Закарпатської обласної клінічної лікарні імені Андрія Новака протягом 2018-2020 років. Серед обстежуваних було 60,5% (86) чоловіків та 39,5% (56) жінок. Середній вік $57,8 \pm 1,5$ року.

Діагноз ХОЗЛ був виставлений згідно Міжнародної класифікації хвороб-10 перегляду та підтверджений за допомогою спірометрії, де реєстрували зменшення співвідношення ОФВ1/ФЖЄЛ < 0,7 (70%) після прийому бронхолітика.

Функціональний стан печінки оцінювали за показниками біохімічного аналізу крові – загальний білірубін (ЗБ) та його фракції, загальний білок та білкові фракції, активність сироваткових цитолітичних ферментів аланінамінотрансферази (АЛТ) та аспаратамінотрансферази (АСТ), активність холестатичних ферментів (лужної фосфатази та γ -глутамілтранспептидази), рівень сечовини, креатиніну, глюкози, які визначали за допомогою автоматичного біохімічного аналізатора та оригінальних реактивів ChemWell, Awareness Technology INC (США).

Ліпідний склад крові характеризували за концентрацією загального холестерину (ЗХ), холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ) та тригліцеридів (ТГ), використовуючи набори «Био-Ла-Тест» («LACHEMA», Чехія).

Усі загальноклінічні, біохімічні та імунологічні дослідження проводились в атестованій лабораторії Закарпатської обласної клінічної лікарні імені Андрія Новака та приватних лабораторіях («Діла» та «Сінево»). Ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини проводили на апараті Philips HDI-1500 із датчиком для сканування з частотою 3,5 мГц. Залежно від ультразвукової картини жирової інфільтрації печінки та запального процесу в усіх хворих оцінювали стеатоз як мінімальний, помірний та виражений. Для визначення ступеня стеатозу печінки використали неінвазивний метод діагностики – ФіброМакс, який включає: ФіброТест, АктіТест, СтеатоТест, ЕшТест, НешТест. Дослідження ґрунтується на комплексному аналізі 10 біохімічних показників: альфа-2-макроглобулін, гаптоглобін, Апо-А1, ГГТП, загальний білірубін, АЛТ, АСТ, глюкоза крові, ТГ, ЗХ.

Для оцінки трофологічного статусу хворих з ХОЗЛ використовували антропометричний показник індекс маси тіла, який вираховували за загальноприйнятою формулою. За норму вважали ІМТ 18,5-24,9 кг/м².

В залежності від індексу маси тіла, хворі були поділені на дві групи: 1-у групу (n=52) складали хворі на ХОЗЛ, які мали підвищену масу тіла (ПМТ) та 2-а група (n=90) включала пацієнтів з ХОЗЛ, які мали нормальну масу тіла (НМТ). Групи були репрезентативні за віком, статтю та важкістю перебігу хвороби. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб (середній вік 32,3±1,4 р.).

Для статистичної обробки отриманих даних у роботі застосовано параметричні та непараметричні методи (аналіз за Краскелом-Уолісом, критерій Манна-Уїтні; критерій Стюдента), які виконували в середовищі пакета SPSS 11.5. Оцінені середні значення, стандартні похибки та достовірність відмінностей, які вважались вірогідними при p<0,05.

Результати дослідження та їх обговорення. За даними клініко-лабораторних досліджень порушення функції печінки встановлено у 35,2% (50/142) хворих на ХОЗЛ, із достовірним переважанням таких у групі із надмірною вагою 65,4% (34/52) проти 17,8% (16/90) (p<0,05) у хворих з нормальною вагою.

Диспептичні прояви, що характеризували порушення функції печінки, мали місце у 42,2% (60/142) хворих. Хворі скаржились на гіркий присмак в роті, періодичні неприємні відчуття в правому підребер'ї та здуття черева. На періодичний свербіж шкіри скаржилось 16,2% (23/142) пацієнтів. Астеновегетативний синдром зареєстровано у 83,8% (119/142) хворих, та загальну слабкість у 70,4% (100/142) хворих (табл. 1).

Встановлено, що достовірно частіше скарги мали хворі з ПМТ. У хворих з ХОЗЛ та ПМТ свербіж шкіри реєстрували у 8,1 раз частіше, біль та важкість у правому підребер'ї — у 3,7 раз, диспептичний синдром — у 3 рази, ніж у хворих з НМТ (p<0,05).

Таблиця 1 – Скарги хворих

Ознака	Група (абс./%)		
	ХОЗЛ+ПМТ (n=52)	ХОЗЛ+НМТ (n=90)	Всього хворих (n=142)
Загальна слабкість	42/80,8	58/64,4	100/70,4
Свербіж шкіри	19/35,5*	4/4,4	23/16,2
Біль та важкість у правому підребер'ї	34/65,4*	16/17,8	50/35,2
Диспептичний синдром	38/73,1*	22/24,4	60/42,2
Астено-вегетативний синдром	50/96,2	69/76,7	119/83,8

Примітка. Достовірність різниці: * – в порівнянні з хворими 2 групи (p<0,05).

При вивченні функціональних проб печінки, були виявлені наступні зміни з боку біохімічних показників (табл. 2).

Отримані результати біохімічних досліджень виявили синдроми цитолізу, холестазу та порушення ліпідного обміну у обстежуваних пацієнтів, що підтверджували наявність неалкогольної жирової хвороби печінки. Активність печінкових трансаміназ, що характеризує синдром цитолізу, відзначено у 32,4% (46/142) хворих з середнім показником у 1,7 раз вище норми. Синдром холестазу супроводжувався тенденцією до підвищення рівня загального білірубину у 26,7% (38/142) пацієнтів з переважанням його кон'югованої фракції. Показники ЛФ та ГГТП були вище референтних значень у 29,6% (42/142) осіб, що теж підтверджує наявний холестаз.

При порівнянні біохімічних показників крові встановлено, що у 53,8% (28/52) осіб з 1 групи рівні АЛТ були у 3,2 рази вище за показник у контрольній групі. У 20,0% (18/90) хворих другої групи рівень АЛТ був на верхній межі норми або перевищував норму у 1,2 рази. Загальний білірубін у 73,1% (38/52) хворих першої групи був на верхній межі норми або незначно підвищений, а у 100% хворих другої групи цей показник був у нормі.

Таблиця 2 – Біохімічні показники функції печінки у хворих на ХОЗЛ

Показники	Групи		
	1-а (n=52)	2-а (n=90)	Контрольна група (n=30)
АЛТ (Од/л)	69,5±2,8*	42,4±2,1	22,1±3,7
АсАТ (Од/л)	48,6±2,7	37,3±2,9	14,2±2,1
ЛФ (Од/л)	143,5±0,4*	54,2±0,9	52,3±5,7
ГГТП (МО/л)	64,4±2,8*	35,3±3,2	24,4±3,0
ЗБ (мкмоль/л)	22,5±0,6	15,4±1,2	14,3±1,2
Загальний білок (г/л)	78,2±3,2	81,4±2,7	79,5±1,3
ЗХ (ммоль/л)	5,73±	4,33±	3,82±0,35
ЛПВЩ(ммоль/л)	1,08±	1,39±	1,54±0,05
ЛПНЩ(ммоль/л)	2,05±	1,28±	1,23±0,03
ТГ(ммоль/л)	2,56±	1,23±	0,99±0,19

Примітка. Достовірність різниці: * – в порівнянні з хворими 2 групи (p<0,05).

Характерною особливістю ліпідного спектру крові у 67,3% (35/52) осіб 1 групи були високі рівні ЗХ, ЛПНЩ та гіпертригліцеридемія, що свідчить про наявні у них порушення ліпідного обміну.

За даними УЗД у 20,4% (29/142) хворих виявлено різного ступеня жирову інфільтрацію печінки, а у 14,1% (20/142) обстежених – гепатомегалію. Аналізуючи дані отримані в результаті проведеного Стеато-Тесту у хворих на ХОЗЛ з ПМТ встановлено, що 34,6% (18/52) мали стеатоз печінки 1-2 ст. Слід відмітити, що у 25,0% (13/52) хворих з ПМТ реєструвались тіль-

ки зміни у лабораторно-інструментальних показниках без наявності скарг.

Висновки

1. Встановлено, що у хворих на ХОЗЛ неалкогольна жирова хвороба печінки реєструється у 3,7 раз частіше у осіб підвищеною масою тіла, аніж у хворих з нормальною вагою (65,4% проти 17,8%; $p < 0,05$) та проявляється синдромами цитолізу і холестази.

2. У 25,0% хворих на ХОЗЛ з підвищеною масою тіла спостерігаються зміни у лабораторно-інструментальних показниках без наявності скарг, що підтверджує частий латентний перебіг неалкогольної жирової хвороби печінки на стадії стеатозу.

Перспективою подальших досліджень є вивчення спільних ланок патогенезу НАЖХП і ХОЗЛ, а також розробка адекватних схем терапії коморбідного стану.

Література

1. Nakaz MOZ. Ukraini vid 27.06.2013 № 555 "Unifikovaniy klinichniy protokol pervinnoyi, vtorinnoyi (spetsializovanoi), tretinnoyi (visokospetsializovanoi) medichnoyi dopomogi ta medichnoyi rehabilitatsiyi, "Hronichne obstruktyvne zahvoryuvannya legen". Chinniy vid 2013-06-27. Ministerstvo Ohoroni Zdorovya Ukraini. Kyiv 2013 [cited 2013 cherven'23]; 100 s. Dostupno: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2013_555hozl_ukpmd.pdf [in Ukrainian].
2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD): Update Feb. 2015. Available from: <http://www.goldcopd.org>
3. Stepanov YuM, Nedzvetska NV, Yagmur VB, Klenina IA. Nealkogolna zhirova hvoroba pechlnki: osoblivosti metabolichnih zmin na riznih etapahrozvitku hvorobi. Gastroenterologiya. 2018;52(1):1-6. [in Ukrainian].
4. Vdovichenko VI, Aksentychuk HB. Poshirenist nealkogolnoyi zhirovoyi hvorobi pechinki sered pomerlih, yaki strazhdali na tsukrovoyi diabet 2 tipu. Suchasna gastroenterologiya. 2013;1(69):41-6. [in Ukrainian].
5. Stepanov YuM, Filippova OYu. Steatoz i steatogepatit – trigeri pechinkovogo fibrogenezu? Gastroenterologiya. 2013;2(48):97-106. [in Ukrainian].
6. Tereschenko YuA, Tereschenko SYu. Bessimptomnoe povyishenie aktivnosti syivorotochnykh aminotransferaz: etapyi diagnosticheskogo poiska. Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii. 2014;24(1):29-38. [in Russian].
7. Kolomoets MYu, Vashenyak OO. Komorbidnist i polimorbidnist u terapeutichnykh praktitsi. Ukrayinskiy medichniy chasopis. 2012;5(91) IX/X:140-1. Dostupno: www.umj.com.ua [in Ukrainian].
8. Mostoviy YuM. Hronichne obstruktyvne zahvoryuvannya legen. Klyuchovi pitannya. Ukr. med. chasopis. 2016;4:63-6. [in Ukrainian].
9. Bhatt SP, Dransfield MT. AECOPD: Acute exacerbations of chronic obstructive cardiopulmonary disease? Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2013 Nov 1;188(9):1046-8.
10. Gashinova KYu. Sistemni efekti i komorbidnist u ambulatornih patsientiv z HOZL. Ukr. pulmonol. zhurnal. 2013;2:41-5. [in Ukrainian].
11. Fediv OI, Tsintar TP, Ushakov VI. Tsitokinoviy profil i vmist adipokininu u hvorih na nealkogolny steatogepatit, poednaniy iz hronichnim obstruktyvnim zahvoryuvannam legen. Bukovinskiy medichniy visnik. 2017;21(3):108-13. Dostupno: http://nbuv.gov.ua/UJRN/bumv_2017_21_3_18 [in Ukrainian].
12. Samuleeva YuV, Zadionchenko VS, Li VV, Adasheva TV, Samorukova EI, Pihlak AE, i dr. Ozhirenie i metabolicheskie narusheniya u bolnykh hronicheskoy obstruktyvnoy boleznyu legkih: vozmozhnosti fenotirovaniya. Pulmonologiya. 2015;5:32-8. [in Russian].
13. Waschki B, Kirsten AM, Holz O, Meyer T, Lichtinghagen R, Rabe KF, et al. Angiopietin-like protein 4 and cardiovascular function in COPD. BMJ Open Respir Res. 2016;3(1):7. DOI: 10.1136/bmjresp-2016-000161
14. Bichkova SA. Kliniko-funktsionalni osoblivosti perebigu hronichnogo obstruktyvnogo zahvoryuvannya legen, poednanogo z metabolichnim sindromom. Likarska sprava. 2014;7-8:54-9. [in Ukrainian].
15. Kumor Kisielewska A, Kierszniewska Stepien D, Pietras T, Kroczyńska Bednarek J, Kurmanowska Z, Antczak A, et al. Assessment of leptin and resistin levels in patients with chronic obstructive pulmonary. Pol Arch Med Wewn. 2013;123:215-20. DOI: 10.20452/pamw.1724
16. Ostrovskiy MM, Korzh NV. Markeri sistemnogo zapalennya ta nadmirna masa tila u hvorih na hronichne obstruktyvne zahvoryuvannya legen iz III stupenem bronhoobstruktsiyi. Astma ta Alergiya. 2019;2:10-6. [in Ukrainian].
17. Treumova SI, Petrov EE, Boryak VP. Hronichne obstruktyvne zahvoryuvannya legen u poednanni z metabolichnim sindromom. Visnik problem biologiyi i meditsini. 2015;1:33-6. [in Ukrainian].
18. Vanfleteren LEGW, Lamprecht B, Studnicka M, Kaiser B, Gnatiuc L, Burney P, et al. Body mass index and chronic airflow limitation in a worldwide population-based study. Chron Respir Dis. 2016;13(2):90-101. DOI: 10.1177/1479972315626012
19. Vujic T, Nagorni O, Maric G, Popovic L, Jankovic J. Metabolic syndrome in patients with chronic obstructive pulmonary disease: frequency and relationship with systemic inflammation. Hippokratia. 2016;20(2):110-4.
20. Mostovoy YuM, Rasputina LV, Dovgan AO. Problema komorbidnih staniv u natsionalniy ugodi z diagnostiki ta likuvannya hronichnogo obstruktyvnogo zahvoryuvannya legen iz pozitsiyi vlasnogo dosvidu. Obgovorennya Nakazu № 555. Buk. med. visnik. 2014;18(3):221-6. [in Ukrainian].

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Дербак М. А., Храмцова І. О., Коваль В. Ю., Лазур Я. В., Жованик Н. В.

Резюме. У роботі представлено результати вивчення клінічних та лабораторних особливостей неалкогольної жирової хвороби печінки у пацієнтів із хронічною обструктивною хворобою легень (ХОЗЛ). У дослідження було включено 142 пацієнти з підтвердженим діагнозом ХОЗЛ. Для визначення ступеня стеатозу печінки усім хворим проведено УЗД органів черевної порожнини та використано неінвазивний метод діагностики – ФіброМакс, який включає: ФіброТест, АктіТест, СтеатоТест, ЕшТест, НешТест. Дослідження ґрунтується на комплексному аналізі 10 біохімічних показників: альфа-2-макроглобулін, гаптоглобін, Апо-А1, ГГТП, загальний білірубін, АЛТ, АСТ, глюкоза крові, тригліцериди, загальний холестерин. Залежно від маси тіла пацієнтів було сформовано дві групи: 1 група – n = 52 пацієнти з ХОЗЛ із підвищеною масою тіла (ПМТ) та 2 група, n = 90 пацієнтів із ХОЗЛ з нормальною масою тіла (НМТ). За даними клініко-лабораторних досліджень порушення функції печінки встановлено у 35,2% (50/142) хворих на ХОЗЛ, із достовірним переважанням таких у групі із надмірною вагою 65,4% проти 17,8% ($p < 0,05$) у хворих з нормальною вагою. Диспептичні скарги пред'являли 42,2% пацієнтів з ХОЗЛ. Пацієнти скаржились на гіркоту в роті, періодичний дискомфорт у правому підребер'ї та здуття живота. Астеновегетативний синдром був виявлений у 83,8% пацієнтів, а 70,4% – мали загальну слабкість. Рівні загального білірубину, лужної фосфатази, гамма-глутаміл-транспептидази були достовірно вищими у хворих на ХОЗЛ з ПМТ порівняно з пацієнтами з НМТ ($p < 0,05$), що свідчить про переважання у них синдрому холестази. У 34,6% хворих на ХОЗЛ зареєстровано стеатоз печінки 1-2 ступеня. Також у пацієнтів із ХОЗЛ з ПМТ виявлено підвищений рівень загального холестерину та ліпопротеїдів низької щільності, що свідчить про порушення ліпідного обміну у цих пацієнтів.

Слід зазначити, що 25,0% пацієнтів з ПМТ мали лише зміни лабораторних та інструментальних показників без скарг. Встановлено, що у пацієнтів із ХОЗЛ неалкогольна жирова хвороба печінки реєструється в 3,7 рази частіше у людей із надмірною вагою, ніж у пацієнтів із нормальною масою тіла і супроводжується синдромами цитолізу та холестази. У кожного четвертого пацієнта із ХОЗЛ і надмірною вагою відмічаються зміни лабораторних та інструментальних показників без скарг, що підтверджує частий прихований перебіг неалкогольної жирової хвороби печінки на стадії стеатозу.

Ключові слова: хронічна обструктивна хвороба легень, неалкогольна жирова хвороба печінки, стеатоз, надмірна вага.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Дербак М. А., Храмцова И. О., Коваль В. Ю., Лазур Я. В., Жованик Н. В.

Резюме. В работе представлены результаты изучения клинико-лабораторных особенностей неалкогольной жировой болезни печени у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). В исследование включены 142 больных с подтвержденным диагнозом ХОБЛ. Для определения степени стеатоза печени всем больным проведено УЗИ органов брюшной полости и использовано неинвазивный метод диагностики – ФиброМакс, который включает: ФиброТест, АктиТест, СтеатоТест, ЕшТест, НешТест. Исследование основывается на комплексном анализе 10 биохимических показателей: альфа-2-макроглобулин, гаптоглобин, Апо-А1, ГГТП, общий билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза крови, ТГ, ОХ. В зависимости от массы тела больных сформированы две группы: 1 группа – n=52 больных ХОБЛ с избыточной массой тела (ИМТ) и 2 группа, n=90 больных ХОБЛ с нормальной массой тела (НМТ). По данным клинико-лабораторных исследований нарушение функции печени установлено у 35,2% (50/142) больных ХОБЛ, с достоверным преобладанием таких в группе с избыточным весом 65,4% против 17,8% (p < 0,05) больных с нормальным весом. Диспептические жалобы имели 42,2% больных ХОБЛ. Больные жаловались на горечь во рту, периодические неприятные ощущения в правом подреберье и вздутие живота. Астеновегетативный синдром установлен в 83,8% больных, общую слабость имели 70,4% больных. Уровни общего билирубина, щелочной фосфатазы, гаммаглутамилтранспептидазы достоверно выше обнаружены у больных ХОБЛ с ИМТ, в сравнении с больными с НМТ (p < 0,05), что указывает на преобладание у них синдрома холестаза. У 34,6% больных ХОБЛ регистрируется стеатоз печени 1-2 ст. Также, у больных ХОБЛ с ИМТ выявлены повышенные уровни общего холестерина и липопротеидов низкой плотности, что свидетельствует о нарушении липидного обмена у этих больных. Следует отметить, что 25,0% больных ХОБЛ с ИМТ имели только изменения в лабораторно-инструментальных показателях без наличия жалоб. Установлено, что неалкогольная жировая болезнь печени регистрируется в 3,7 раз чаще у больных ХОБЛ с избыточной массой тела, чем у больных с нормальной массой тела и сопровождается синдромами цитоліза и холестаза. У каждого четвертого больного ХОБЛ с избыточной массой тела наблюдаются изменения в лабораторно-инструментальных показателях без наличия жалоб, что подтверждает частое латентное течение неалкогольной жировой болезни печени на стадии стеатоза.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, неалкогольная жировая болезнь печени, стеатоз, повышенная масса тела.

CLINICAL AND LABORATORY FEATURES OF NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Derbak M. A., Khrantsova I. O., Koval V. Yu., Lazur Ya. V., Zhovanik N. V.

Abstract. The article presents the results of studying the clinical and laboratory features of non-alcoholic fatty liver disease in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The study included 142 patients with a confirmed diagnosis of COPD. All patients underwent ultrasound of the abdominal cavity and used a non-invasive method of diagnosis – FibroMax, which includes: FibroTest, ActiTest, SteatoTest, AshTest, NashTest to determine the degree of hepatic steatosis. The study is based on a comprehensive analysis of 10 biochemical parameters: alpha-2-macroglobulin, haptoglobin, Apo-A1, GGTP, total bilirubin, ALT, AST, blood glucose, TG, ZH. Two groups were formed depending on the body weight of patients: 1 group – n=52 patients with COPD with overweight (PMT) and 2 group, n=90 patients with COPD with normal body weight (BMI). According to clinical and laboratory studies, liver dysfunction was found in 35.2% (50/142) of patients with COPD, with a significant predominance of those in the overweight group of 65.4% vs. 17.8% (p < 0.05) in patients with normal weight. Dyspeptic complaints were reported by 42.2% of patients with COPD. The patients were complained of bitterness in the mouth, intermittent discomfort in the right hypochondrium and bloating. Asthenovegetative syndrome was found in 83.8% of patients, and also 70.4% had general weakness. Levels of total bilirubin, alkaline phosphatase, gamma-glutamyl-transpeptidase were significantly higher in patients with COPD with BMI compared with patients with BMD (p < 0.05), indicating a predominance of cholestasis syndrome. Liver steatosis of 1-2 degrees was registered in 34.6% of patients with COPD. Also, patients with COPD with BMI were found to have elevated levels of total cholesterol and low-density lipoproteins, indicating impaired lipid metabolism in these patients. It should be noted that 25.0% of patients with BMI had only changes in laboratory and instrumental parameters without complaints. It was found that in patients with COPD non-alcoholic fatty liver disease is registered 3.7 times more often in overweight people than in patients with normal body weight and is accompanied by cytolysis and cholestasis syndromes. In every fourth patient with COPD and overweight, there are changes in laboratory and instrumental parameters without complaints, which confirms the frequent latent course of non-alcoholic fatty liver disease at the stage of steatosis.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, nonalcoholic fatty liver disease, steatosis, overweight.

*Рецензент – проф. Катеринчук І. П.
Стаття надійшла 15.11.2020 року*