

Болезнь по доброй воле

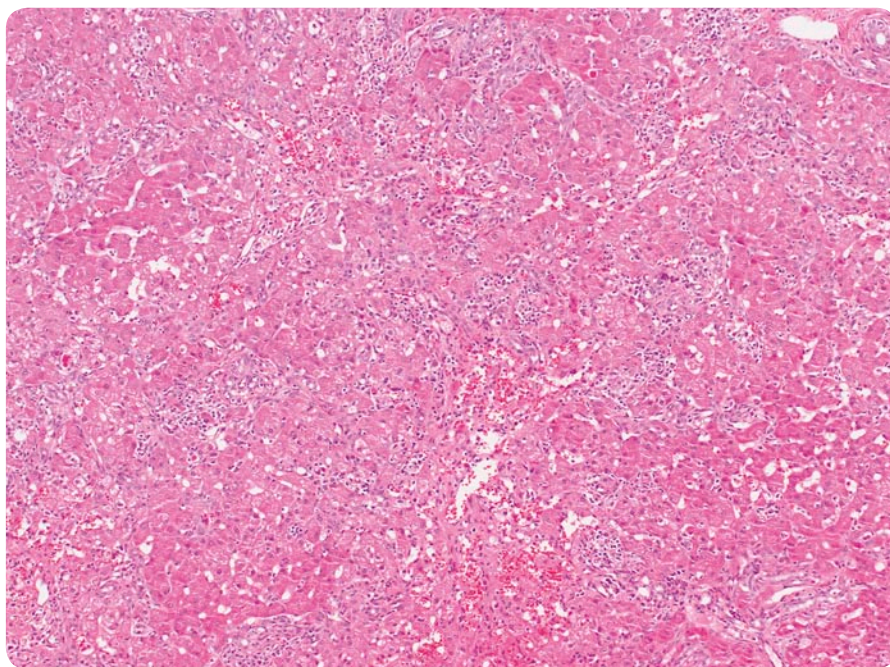
Хронический алкогольный гепатит — воспалительное поражение печени, связанное с токсическим воздействием на нее этанола. Вероятность развития этого состояния зависит от количества потребляемого алкоголя

ФАКТОРЫ РИСКА

Одна из опасностей, подстерегающих людей, которые злоупотребляют спиртным, — развитие алкогольной болезни печени, в частности гепатита, а затем и цирроза. Впервые связь между циррозом печени и употреблением алкоголя была установлена британским патологоанатомом Мэтью Бэйли еще в 1793 г., но, тем не менее, большинство людей не осведомлены либо попросту не осознают эту угрозу, либо смирились с ней. Так, например, в США, по данным 2011 года, цирроз печени занимает 12-е место среди наиболее распространенных причин смерти.

К сожалению, сегодня алкоголизм распространен и среди женщин, что связано с более терпимым отношением общества к употреблению спиртных напитков. У представительниц слабого пола реже предполагают наличие алкоголизма, они попадают к врачу на поздних стадиях болезни, более чувствительны к поражению печени, у них чаще развивается рецидив после лечения. Более высокое содержание алкоголя в крови после употребления допустимой дозы у женщин, возможно, связано с меньшим объемом распределения алкоголя. На фоне алкогольного гепатита у них чаще развивается цирроз печени, даже если они перестают употреблять алкоголь. Помимо этого, в слизистой оболочке желудка женщин снижено содержание алкогольдегидрогеназы, участвующей в метаболизме этанола.

Поведенческие модели употребления алкоголя наследуются, однако не обнаружено генетического маркера, связанного с восприимчивостью к алкогольному поражению пе-



чени. Степень элиминации алкоголя у разных людей может отличаться, по меньшей мере, в три раза. Частота алкоголизма выше у монозиготных, чем у дизиготных близнецов, что подтверждает наличие наследственного дефекта. Результаты современных исследований не позволяют сделать однозначный вывод о связи генов главного комплекса гистосовместимости с алкогольной болезнью печени.

«УЧАСТЬ» АЛКОГОЛЯ В ОРГАНИЗМЕ

Основным местом метаболической трансформации этанола является печень, хотя в этом процессе может также принимать участие эпителий желудка. Этанол дегидрируется алкогольде-

гидрогеназой в ацетальдегид, а затем — альдегиддегидрогеназой в ацетат. Уксусная кислота в реакции, катализируемой ацетат-КоА-лигазой (тиокиназой) в присутствии АТФ, превращается в ацетил-КоА.

Следует отметить, что весь процесс промежуточного метаболизма хорошо согласован. Наряду с цитоплазматической алкогольдегидрогеназой в метаболизме этанола принимают ограниченное участие каталаза и «индуцибельная» микросомальная алкогольоксидаза. Скорость трансформации этанола в печени лимитируется, главным образом, активностью алкогольдегидрогеназы. Максимальная скорость реакции наблюдается даже при небольших concentra-

циях этанола. Поэтому его уровень в организме снижается с постоянной скоростью (расщепление этанола — реакция нулевого порядка).

Хотя изучение влияния этанола на организм представляется крайне актуальным, этому вопросу все еще не уделяется достаточного внимания. Вместе с тем действие больших количеств этанола напоминает наркотическое, что можно объяснить прямым его воздействием на мембраны нейронов.

КОГДА ПЕЧЕНЬ УЖЕ ПОРАЖЕНА

Хроническая алкогольная болезнь печени сопровождается характерной клинической картиной, включающей наличие боли в правом подреберье, выраженной слабости, диспептических явлений, гепатомегалии, желтухи. Уровень в крови АЛТ и АСТ во многом определяется степенью активности воспалительного процесса. При выраженной активности чаще наблюдаются явления холестаза, что сопровождается гипербилирубинемией, преимущественно за счет его прямой фракции.

В ткани печени наблюдаются явления стеатогепатита — воспалительные изменения различной степени выраженности, сочетание признаков воспаления с фиброзом. Характерным морфологическим признаком является образование гиалина. Такие изменения считаются уже необратимыми. При продолжении воздействия алкоголя и высокой активности воспалительного процесса в ткани печени происходит быстрая трансформация гепатита в цирроз.

Диагностика алкогольного гепатита заключается в тщательном сборе алкогольного анамнеза, объективном исследовании пациента с выявлением признаков хронического алкоголизма. Не менее важен анализ лабораторных показателей и оценка морфологической картины печени.

Установить этиологию данного гепатита довольно сложно, поскольку сходную клиническую картину имеют и другие заболевания. Не всегда поможет и указание на употребление спиртных напитков — примерно такую же симптоматику отмечают при других вариантах алкогольной болезни печени.

Биохимическое исследование крови тоже не всегда информативно — иногда повышены только билирубин и белок, в то время как трансферазы и пептидаза практически в норме. Только биопсия печени позволяет установить точный диагноз и стадию процесса.

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ

Регулярное потребление алкоголя может повышать минимальную дневную потребность в холине, фолиевой кислоте и других питательных веществах. Дефицит этих веществ, особенно белков, приводит к снижению содержания аминокислот и ферментов в печени и таким образом может усиливать токсическое действие алкоголя.

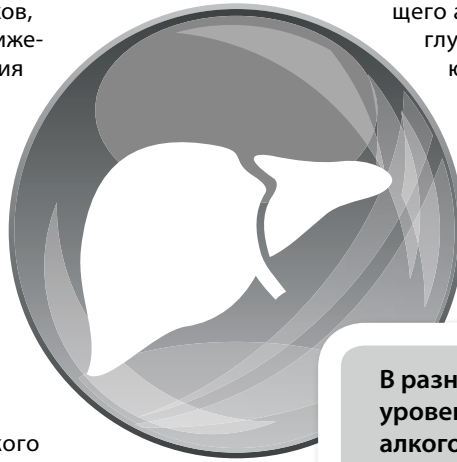
Предполагают, что в развитии гепатотоксического эффекта играют роль как алкоголь, так и неполноценное питание, при этом роль алкоголя более важна. Вероятно, при оптимальном питании возможно употребление определенного количества алкоголя без ущерба для печени. Однако возможно также, что существует пороговая токсическая концентрация, при превышении которой изменение питания не может оказывать защитного действия.

Главными задачами в лечении алкогольной болезни печени являются: защита гепатоцитов от разрушения, уменьшение или устранение воспаления в печеночной ткани, сдерживание развития фиброза и профилактика формирования цирроза.

Обязательное и главное условие лечения — это полный отказ от употребления спиртных напитков.

Доказана высокая клиническая эффективность кортикостероидов при алкогольном гепатите с высокой степенью активности. Положительное влияние такой терапии на выживаемость больных сохраняется в течение года, однако в дальнейшем без лечения нивелируется на протяжении двух лет, что связано с формированием и прогрессированием цирроза печени.

В многочисленных исследованиях сообщалось, что применение эссенциальных фосфолипидов уменьшает воспаление в ткани печени, что проявляется значительным снижением синдрома цитолиза. Кроме того, доказан их антифиброгенный эффект при алкогольном поражении печени. Однако



для достижения желаемого результата необходим длительный прием, иногда до 6 мес.

В связи с особенностями развития алкогольного гепатита целесообразно назначение адеметионина, улучшающего антиоксидантную систему глутатиона и восстанавливающего структуры мембран гепатоцитов. Помимо гепатопротекторов, врач может назначать сорбенты и витамины.

**Подготовил
Руслан Примак,
канд. хим. наук**

В разных странах мира уровень потребления алкоголя имеет свои отличия. Так, в последние 20 лет во Франции и США отмечается его снижение, что, по-видимому, связано с проводимой правительствами антиалкогольной пропагандой и стремлением граждан вести здоровый образ жизни. Что касается Украины, то здесь картина довольно неутешительна: мы находимся в числе европейских лидеров по потреблению алкоголя на душу населения с тенденцией к возрастанию. Одна из причин такого положения — недостаточная просветительская работа. Необходимо отметить и негативную роль компаний — производителей спиртных напитков, которые через средства массовой информации активно насаждают, например, мнение о том, что «футбол без пива — не футбол»