

АКТУАЛЬНОСТЬ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Усанова А.А.¹, Павлов Ч.С.², Кузма Ф.М.¹, Новикова Э.К.¹, Сергутова Н.П.¹

¹МГУ им Н.П. Огарева, Саранск, e-mail: Fadykuzma@mail.ru;

²Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, Москва

Употребление алкогольных напитков приводит к развитию около 200 болезней, к которым относятся цирроз печени, онкологические заболевания различной локализации, травматизм и заболевания сердечно-сосудистой системы. Высокая смертность при заболеваниях печени обусловлена злоупотреблением алкогольсодержащих напитков, которые приводят к развитию алкогольной болезни печени. Каждый год в мире регистрируют около 3 млн летальных случаев, причиной которых стал алкоголь. По данным исследований, у каждого второго жителя России старше 18 лет имеются проблемы с алкоголем. Официальная статистика Российской Федерации говорит о том, что алкоголь является одним из факторов смерти среди российского населения (11,9%). У 47,7% умерших, а это практически половина, причиной стали необратимые изменения во внутренних органах, а несчастный случай явился причиной летальности лишь у 21,7%. К сожалению, большинство умерших были в возрасте от 20 до 50 лет (молодой и активный возраст), что делает данную проблему актуальной в социально-экономическом плане. Для Российской Федерации злоупотребление алкоголем и его последствия – острая проблема, но если сравнивать различные страны по количеству употребления спиртосодержащих напитков, то данная цифра различна для разных стран, наибольшей является в Европе.

Ключевые слова: алкогольная болезнь печени, алкоголизм, цирроз, опросники CAGE и АУДИТ.

RELEVANCE AND EPIDEMIOLOGY OF ALCOHOLIC LIVER DISEASE

Usanova A.A.¹, Pavlov Ch. S.², Kuzma F. M.¹, Novikova E. K.¹, Sergutova N.P.¹

¹N.P.Ogarev Mordovia State University, Saransk, e-mail: Fadykuzma@mail.ru;

²I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow

The use of alcoholic beverages leads to the development of about 200 diseases, which include cirrhosis of the liver, oncological diseases of various localization, injuries and diseases of the cardiovascular system. High mortality in liver diseases is achieved by the abuse of alcoholic beverages, which lead to the development of alcoholic liver disease. Every year, about 3 million deaths are recorded in the world, the cause of which was alcohol. According to research, every second inhabitant of Russia over 18 years old has problems with alcohol. The official statistics of the Russian Federation shows that alcohol is one of the factors of death among the Russian population (11.9%). In 47.7% of the dead, which is almost half, the cause was irreversible changes in the internal organs, and the accident caused mortality in only 21.7%. Unfortunately, the age of the deceased is from 20 to 50 years old – a young and active age, which makes this problem relevant in socio-economic terms. For the Russian Federation, the abuse of alcohol and its consequences is an acute problem, but if we compare different countries in terms of the amount of alcohol-containing drinks consumed, then this figure is different for different countries, and the largest is in Europe.

Keywords: alcoholic liver disease, alcoholism, cirrhosis, CAGE and AUDIT questionnaires.

В современном мире все больше обращает на себя внимание проблема алкоголизма. Стоит отметить, что изучают ее не только в медицинской сфере, но и в экономической, и в социальной. Это связано с тем, что злоупотребление спиртными напитками ведет не только к развитию различных патологий, но и к потере трудоспособности, а, следовательно, к экономической проблеме в государстве. Высокая медико-социальная значимость алкоголизма обусловила высокий интерес к его изучению, а соответственно, появилось большее количество научных публикаций как в отечественной, так и в иностранной литературе.

Цели работы:

- проанализировать научную литературу об актуальности и эпидемиологии алкогольной болезни печени;
- раскрыть значимость проблемы алкоголизма;
- определить факторы риска развития алкогольной болезни печени.

Современные источники информации говорят о том, что на сегодняшний день среди причин нетрудоспособности и ранней смертности у населения высокие позиции занимают хронические заболевания печени. Основной причиной развития данной патологии остается вирусная этиология, но не менее важное значение имеет и невирусная природа. Однако смертность по причине последней, а именно алкогольной этиологии, превысила смертность, обусловленную вирусной этиологией. Ведущими факторами, поражающими печень, остаются: заражение гепатотропными вирусами, а также повреждающее действие ксенобиотиков (в первую очередь алкоголя и лекарственных препаратов) и метаболические нарушения [1].

Всемирная организация здравоохранения в своем отчете указывает на то, что 6% всех смертей в мире (около 3,3 млн смертей) являются результатом чрезмерного употребления алкоголя. Также в своем отчете за 2016 г. ВОЗ говорит о том, что около 43% людей в мире старше 15 лет принимали алкоголь в последний год. В 2013 г. в Корее было проведено обследование здоровья и питания, были получены результаты по употреблению алкоголя – среди мужчин и женщин употребление составило 75,3% и 45,7% соответственно [2].

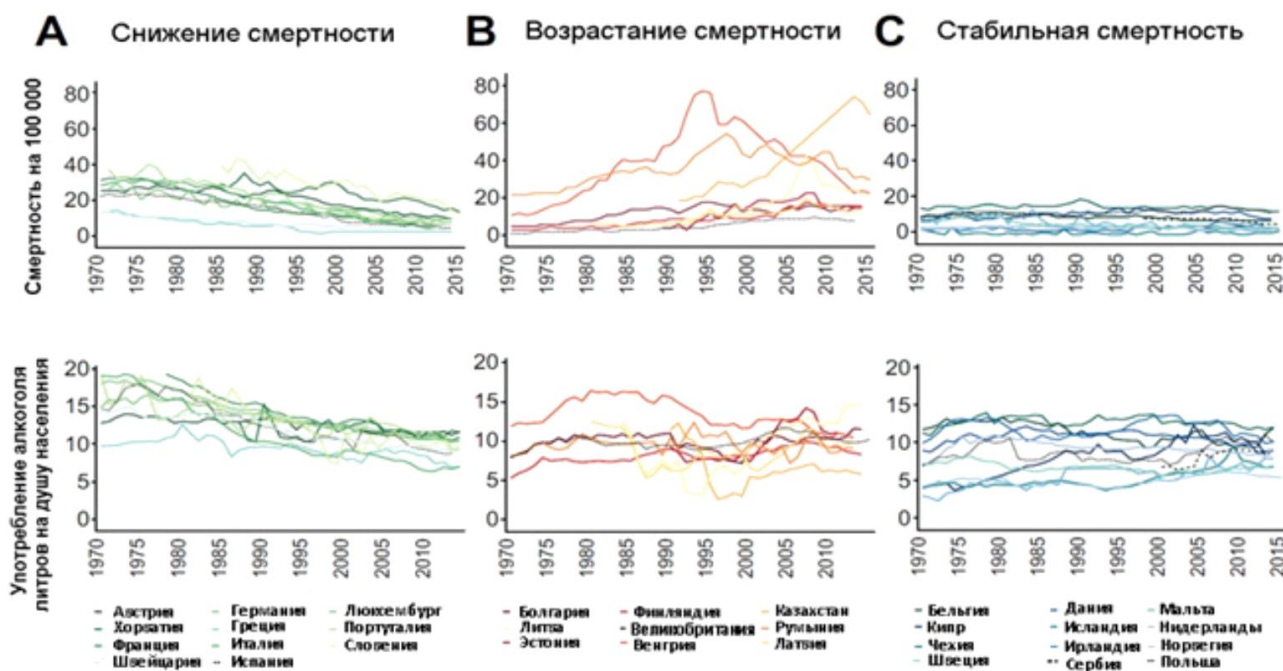
Прямая связь между смертностью по причине патологии печени и употреблением спиртосодержащих напитков подтверждается практически во всех странах мира.

Официальная статистика Российской Федерации говорит о том, что алкоголь является одним из факторов смерти среди населения России (11,9%). У 47,7% умерших, а это практически половина, причиной стали необратимые изменения во внутренних органах, а несчастный случай стал причиной летальности лишь у 21,7%. К сожалению, большинство умерших были в возрасте от 20 до 50 лет (молодой и активный возраст), что делает данную проблему актуальной в социально-экономическом плане [3].

Основной орган, где происходит метаболизм этанола, – печень. Процесс биотрансформации алкоголя проходит со скоростью 7–10 г в час. Это происходит с участием НАД⁺ за счет окислительных процессов. Конечный результат – уксусная кислота, которая образуется из ацетальдегида. Был проведен ряд исследований, где определялось токсическое влияние алкогольных напитков не только на печень, но и на весь организм в целом, а также на течение таких заболеваний, как старческое слабоумие, остеопороз и сердечно-сосудистая патология [4].

Взаимосвязь между употреблением алкоголя и смертностью по причине заболеваний

печени наглядно показана на рисунке.



Динамика смертности от цирроза печени и потребление алкоголя в Европе [5]

Для Российской Федерации злоупотребление алкоголем и его последствия – острая проблема, но если сравнивать различные страны по количеству употребления спиртосодержащих напитков, то данная цифра различна для разных стран, наибольшая – в Европе (таблица) [6].

Характеристика употребления алкоголя в мире (2010 г.) [7]

Регион	Употребление на душу населения, л	Распространенность алкогольной зависимости, %
Африка	6,0	1,4
Америка	8,4	3,4
Юго-Восточная Азия	3,5	1,7
Европа	10,9	4,0
Восточное Средиземноморье	0,7	0,2
Западная часть Тихоокеанского региона	6,8	2,3
Глобально (ВОЗ)	6,2	2,9

Если рассматривать всех пациентов, которые находятся на лечении в стационарах

терапевтического профиля, то более 10% пациентов – пациенты с хроническим алкоголизмом и с заболеваниями, к которым он привел.

В г. Москве было проведено тестирование с использованием опросников CAGE и AUDIT среди пациентов гастроэнтерологического профиля. Результаты показали, что практически каждый второй пациент в трудоспособном возрасте (30–56 лет) злоупотребляет крепкими спиртными напитками, среди них 30,1% мужчин и 19,7% женщин [8].

Длительное постоянное употребление крепких спиртных напитков является третьим по счету фактором риска развития заболеваний и инвалидности во всем мире [9].

Употребление алкоголя каждый день в течение 10 лет и более в дозах 60–80 г/день у мужчин и 20 г/день у женщин приводит к тяжелой прогрессирующей форме заболевания печени в 40% случаев [10].

Однако в северной части Италии было проведено обследование 6917 человек, по итогам которого было выявлено, что лишь у 13,5% развилась алкогольная болезнь печени, при этом употребление алкоголя было ежедневным и в очень больших количествах (120 г/л) [11].

Подобное исследование было проведено и в г. Кракове (Польша), где обследовали 443 пациентов с алкоголизмом, проходивших лечение в дезинтоксикационном центре, лишь у 194 (43,8%) была обнаружена патология печени (характер повреждений данные авторы не описывают). Таким образом, нельзя ставить знак равенства между злоупотреблением алкоголем и прогрессированием алкогольной болезни печени (АБП) вплоть до цирроза печени (ЦП) [9].

Необходимо отметить, что в развитии алкогольной болезни печени играют значимую роль не только количество употребляемого алкоголя и длительность, но и еще ряд предрасполагающих факторов. Так, наследственность проявляется в виде полиморфизма генов, которые отвечают за работы фермента алкогольдегидрогеназы; курение сигарет и женский пол – женщины в 2 раза более чувствительны к действию алкоголя, в отличие от мужчин. Связь пола и этанола обусловлена наличием фермента, а именно – для женского пола характерны низкая активность алкогольдегидрогеназы, а также быстрый метаболизм этилового спирта в печени – главном детоксикационном органе нашего организма. Есть еще важная причина, по которой алкогольная болезнь печени развивается у мужчин реже: это вес, а именно большая масса тела, и, следовательно, большее количество воды в организме сильного пола; все это увеличивает распределение алкоголя, снижает его концентрацию в кровеносном русле [12].

Негативное влияние алкоголя на организм человека также зависит от характера и качества питания, недостаточного количества витаминов А и Е в организме. Это связано с тем, что при дефиците питательных веществ восстановительный потенциал клеток печени резко

снижен. Отдельно отметим, что при чрезмерном употреблении спиртосодержащих напитков происходит увеличение всасывания и, соответственно, отложения в клетках печени железа. А оно работает как поставщик электронов, тем самым запускаются перекисное окисление липидов и образование свободных радикалов. Данные процессы приводят к большему повреждению мембранного слоя клеток печени.

Также стоит отметить, что прием людьми алкогольных напитков на «голодный» желудок в 2,7 раза повышает риск возникновения алкогольной болезни печени по сравнению с людьми, которые делают это во время приема пищи [13].

Некоторые исследования, помимо вышеперечисленных факторов, отмечают значимость в развитии алкогольной болезни печени и вида алкогольсодержащего напитка. При пересчете на этанол, при общей одинаковой дозе, менее опасными считаются вина, причиной чего является содержание в них антиоксидантов – большого количества флавоноидов.

Также следует отметить, что сивушные масла, которые содержатся в большом количестве в некачественных спиртных напитках («подпольных» водке, коньяке, виски), приводят к выраженному похмельному синдрому [14].

Стоит отметить и кратность приема спиртных напитков. В исследовании J.S. Tolstrup (2004) было показано, что прием алкоголя в определенном количестве в течение нескольких дней более безопасен, нежели прием этого же объема, но за один раз. Хотя многие доктора утверждают, что редкое употребление алкоголя, даже в больших дозах, менее губительно действует на печень, чем постоянно и в маленьких объемах, объясняя это тем, что в промежутках между употреблением у органа есть время для восстановления [15].

Даже человек без медицинского образования знает о том, что при употреблении крепких спиртных напитков впоследствии возникает алкогольная болезнь печени. Стадии алкогольной болезни печени развиваются последовательно друг за другом, часто наблюдается наложение одной стадии на другую. Болезнь начинается с накопления молекул жира в гепатоцитах – жировая дистрофия печени, или стеатогепатит (алкогольный гепатит). Происходит процесс некроза (отмирание) клеток печени и замещение их соединительной тканью (рубцевание) – данный процесс приводит к развитию фиброза, это вторая стадия алкогольной болезни печени. Прогрессирование фиброзообразования приводит к нарушению архитектоники органа и развитию цирроза печени [4].

Но на сегодняшний день появилось много данных о том, что алкогольную болезнь следует рассматривать как системное заболевание, так как, кроме печени, в процесс вовлекаются все органы желудочно-кишечного тракта, эндокринная, иммунная системы, кости, скелетные мышцы, периферическая и центральная нервная система, сердечно-

сосудистая система. И самое важное, что происходит сбой в работе всех этих систем. Данные функциональные нарушения появляются на первых этапах развития болезни, еще когда нет серьезных значимых и необратимых изменений в печеночной ткани [16].

Уже в 1878 г., еще при Фридрейхе, говорилось о нежелательном пагубном действии алкоголя на все органы и системы, а именно уделялось внимание действию алкоголя на поджелудочную железу. Так как установить чрезмерный прием спиртных напитков тяжело, а также нет классификации панкреатита по этиологии, прием алкоголя и развитие болезни связывают редко. Если сравнивать частоту воспаления поджелудочной железы у алкоголиков и у трезвенников, то частота его развития в 4 раза выше у первых, чем у вторых.

Ученые отмечают, что дозозависимый эффект воздействия спиртных напитков на железу имеет место, но развитие панкреатита и прием алкоголя не связаны линейно. В практике данная кривая имеет ровную форму, но до порогового значения, а затем заметно растет с увеличением количества потребления алкоголя [16, 17].

ВОЗ в 2011 г. сообщила о том, что в результате употребления алкоголя в организме могут развиваться минимум 60 основных, известных медицине, системных заболеваний [18, 19].

Полное прекращение употребления алкоголя может положительно повлиять на течение заболевания, а именно процесс фиброобразования может носить обратимый характер, особенно велик шанс на начальных этапах, но не исключается обратимость и на развернутых стадиях. Но ученые показывают, что далеко не всегда удастся остановить данный процесс и избежать осложнений, приводящих к летальному исходу. Данный факт обусловлен тем, что пациенты лишь на последних стадиях обращаются к врачам по причине отсутствия отличительных признаков заболевания, а также наличия психологического барьера у алкоголиков.

У врачей остро встает вопрос на ранних стадиях заболевания по поводу лечения пациента: рекомендовать только отказ от употребления спиртных напитков или же стоит сразу, возможно, на самых первых приемах, назначить лекарственные препараты. Но стоит помнить, что больные с алкогольной зависимостью не всегда полностью прекращают употребление спиртных напитков, лишь 1/3 слушают и полностью придерживаются рекомендаций врача, 1/3 уменьшают употребление наполовину, а еще 1/3 продолжают злоупотреблять алкоголем [20, 21].

Также отметим, что лишь у 8–20% людей, которые употребляют крепкие спиртные напитки, развивается цирроз печени. Было проведено наблюдение продолжительностью 12,7 года за пациентами с алкогольным стеатозом, в результате развитие цирроза отмечено лишь у 22% больных. Это еще раз подтверждает, что цирроз печени не 100%-ный конечный

результат алкогольной болезни печени [22].

Это наглядно показывает и исследование, которое было проведено в 1999–2001 гг. в США, в результате которого было получено, что лишь 44% циррозов печени – исход алкогольной болезни печени [23, 24].

Также необходимо отметить, что проблема алкоголизма с каждым годом молодеет. Все больше людей трудоспособного возраста становятся инвалидами по причине употребления алкоголя. Основной причиной гастроэнтерологических летальных исходов в Российской Федерации остается чрезмерное употребление спиртных напитков. Следовательно, борьба с алкоголизмом и алкогольной болезнью печени требует все больших сил как со стороны общества, так и со стороны медицинских работников, а именно врачей, в области предупреждения развития болезни и лечения.

Алкоголизм и, как следствие, алкогольное поражение организма – «болезнь» современного общества, а не только медицины. И для решения данной глобальной проблемы нужно создавать фундаментальные медико-социальные программы.

Список литературы

1. Балукова Е.В., Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А. Поражения печени различного генеза (токсического, лекарственного, дисметаболического): от этиологической гетерогенности к единой унифицированной терапии пациентов // РМЖ. Медицинское обозрение. 2018. № 26(1). С.35-40.
2. Lee YJ., Cho S., Kim SR. Effect of alcohol consumption on kidney function: population-based cohort study. *Sci. Rep.* 2021. № 11(1) P. 2381-2394.
3. Pimpin L., Cortez-Pinto H., Negro F., Corbould E., Lazarus JV., Webber L. Burden of liver disease in Europe: Epidemiology and analysis of risk factors to identify prevention policies. *J. Hepatol.* 2018. № 69 (3). P. 718-735.
4. Zdrojewicz Z., Pypno D., Bugaj, B., Cabała K. Alkohol--kiedy z korzyścią dla zdrowia? [Alcohol--when it's beneficial to your health?]. *Polski merkuriusz lekarski: organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego.* 2015. № 39(234). P. 347–351.
5. Ferraguti G, Pascale E, Lucarelli M. Alcohol addiction: a molecular biology perspective. *Curr. Med. Chem.* 2015. № 22(6). P. 670-684.
6. O'Shea R.S., Dasarathy S., McCullough A.J., Alcoholic liver disease. *Hepatology.* 2010. № 51(1). P. 307-328.
7. Asrani S.K., Devarbhavi H., Eaton J., Kamath P.S. Burden of liver diseases in the world. *J. Hepatol.* 2019. № 70 (1). P. 151-171.

8. Полунина Т.Е. Алкогольная болезнь печени. Клинический пример // Медицинский совет. 2020. № 5. С. 48-58.
9. Rocco A., Compare D, Angrisani D., Sanduzzi Zamparelli M., Nardone G. Alcoholic disease: liver and beyond. *World J. Gastroenterol.* 2014. № 20(40). P. 14652-14659.
10. Гао Б., Баталлер Р. Алкогольная болезнь печени: патогенез и новые терапевтические цели // Гастроэнтерология. 2011. № 141. С. 1572–1585.
11. Ивашкин В.Т., Маевская М.В., Павлов Ч.С., Сиволап Ю.П., Луньков В.Д., Жаркова М.С., Масленников Р.В. Клинические рекомендации Российского общества по изучению печени по ведению взрослых пациентов с алкогольной болезнью печени // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2017. №6. С. 20-40.
12. Цуканов В.В., Васютин А.В., Тонких Ю.Л. Современные аспекты ведения пациентов с алкогольной болезнью печени // Фундаментальная и клиническая медицина. 2019. №2. С.78-83.
13. Тарасова Л.В. Алкогольная болезнь печени – наиболее актуальная проблема современной гепатологии // Ремедиум Приволжье. 2016. № 9 (149). С.15-20
14. Мавлитова Л.А., Хлынова О.В. Влияние эссенциальных фосфолипидов и силимарина на структурно-функциональное состояние печени при стеатогепатитах различного генеза // Пермский медицинский журнал. 2015. №32 (2). С. 6-12.
15. Pohanka M. Toxicology and the biological role of methanol and ethanol: Current view. *Biomed Pap Med. Fac. Univ. Palacky. Olomouc. Czech. Repub.* 2016. № 160(1). P. 54-63.
16. Le Daré B, Lagente V., Gicquel T. Ethanol and its metabolites: update on toxicity, benefits, and focus on immunomodulatory effects. *Drug. Metab. Rev.* 2019. № 51(4). P. 545-561.
17. Всемирная организация здравоохранения. Глобальный отчет о состоянии алкоголя и здоровья, 2011 г.
18. EASL Clinical Practical Guidelines: Management of Alcoholic Liver Disease. *J. Hepatol.* 2012. № 57. P. 399-420.
19. Thursz M., Gual A., Lackner C., Mathurin P., Moreno C., Spahr L., Sterneck M., Cortez-Pinto H. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of alcohol-related liver disease. *Hepatol.* 2018. № 69. P. 154–181.
20. Маев И.В., Андреев Д.Н., Дичева Д.Т., Абдурахманов Д.Т. Алкогольная болезнь печени: современное состояние проблемы // Терапевтический архив. 2014. № 86(4). С. 108-116.
21. Самсонов А.А., Плотникова Е.Ю., Никушкина И.Н., Талицкая Е.А., Краснова М.В., Краснов О.А. Алкогольная болезнь печени и алкоголизм – две болезни и одна проблема // Медицинский совет. 2013. № 10. С. 38-41.

22. Шукевич Т.М., Помыткина Т.Е., Мозес К.Б. Алкогольная болезнь печени - ключевые вопросы эпидемиологии и патогенеза заболевания // Медицина в Кузбассе. 2020. №19 (1). С. 5-10.
23. Corrao G., Bagnardi V., Zambon A., La Vecchia C. A Meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. Prev. Med. 2004. № 38(5). P. 613-619.
24. Fuster D., Samet J.H. Alcohol Use in Patients with Chronic Liver Disease. N. Engl. J. Med. 2018. № 379(13). P. 1251-1261.