Течение и прогноз. У большинства больных заболевание прогрессирует с развитием билиарного цирроза печени; средняя продолжительность жизни пациентов с момента установления диагноза составляет 10—12 лет.

АЛКОГОЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ

Основные формы алкогольной болезни печени: стеатоз (встречается наиболее часто), алкогольный гепатит и цирроз (развиваются приблизительно у 15—20% лиц, страдающих хроническим алкоголизмом), веноокклюзионная болезнь (перивенулярный фиброз).

Факторы риска развития алкогольной болезни печени (АБП):

- женский пол,
- генетическая предрасположенность,
- количество и длительность употребления этанола (ежедневное употребление более 40 г абсолютного этанола представляет риск развития АБП, употребление 80 г абсолютного этанола на протяжении 10 лет и более повышает вероятность развития цирроза).

Патогенетические аспекты развития АБП: прямой токсический эффект этанола, токсичные продукты метаболизма этанола (ацетальдегид), генетические механизмы, иммунные механизмы (клеточный и гуморальный иммунитет). Вирусы гепатитов В и С утяжеляют течение АБП, играют роль в развитии морфологической картины активного гепатита.

Клиническая картина. Диспепсия, боль в верхнем квадранте живота, энцефалопатия. Гепатомегалия с преимущественным увеличением левой доли печени, спленомегалия (у больных с портальной гипертензией). К патогномичным висцеральным поражениям хронической алкогольной интоксикации относят: алкогольную энцефалопатию, периферические нейропатии, поражение печени (цирроз 20%, стеатоз 60-65%), поджелудочной железы, миокарда, почек. У больных алкоголизмом язвенная болезнь желудка встречается в 6 раз чаще, сердечно-сосудистые заболевания - в 8 раз чаще, самоубийства в 10 раз чаще, туберкулёз – в 16 раз чаще.

Алкогольный цирроз печени сопровождается атрофией гонад с импотенцией и повышением уровня эстрогенов, вызывающих гинекомастию, «сосудистые звёздочки», ладонную (пальмарную) эритему. Статус больного – псевдокушингоидный или псевдогипертиреоидный – одутловатое лицо, «выпученные» глаза с инъекцией склер. Характерна эйфоричная манера поведения, увеличение околоушных желёз, телеангиэктазии, особенно в зоне декольте, периферические полиневриты, миопатии, атрофия мышц, энцефалопатия, кардиомиопатия, панкреатит, эрозивный гастрит, рецидивирующая пневмония.

При острых формах алкогольного гепатита нередко наблюдается отечно-асцитический синдром, желтуха, лихорадка, симптомы абстиненции (тремор, потливость, возбуждение). Часто отмечаются рвота, тошнота, боли в эпигастрии. При этом выраженность энцефалопатии не всегда коррелирует с тяжестью поражения печени.

Диагностика. Особенностью лабораторной диагностики является лейкоцитоз (около $12 \times 10^9/\text{л}$ у 50% больных с алкогольным гепатитом). Соотношение АсАТ:АлАТ (коэффициент Де Ритиса) повышается 2:1; повышение с последующим