

УДК 616.36-002-076:616.36-004	UDC 616.36-002-076:616.36-004
СЛУЧАЙ БЕССИМПТОМНОГО ТЕЧЕНИЯ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТА С ИСХОДОМ В ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ	THE CASE OF NON-SYMPTOMATIC DEVELOPMENT OF NON-ALCOHOLIC STEATOLIVERITIS WITH TRANSITION TO LIVER CYRROSIS
Донцова Екатерина Романовна	Dontzova Ekaterina Romanovna
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар, Россия	SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia
Статья посвящена одной из наиболее серьезных и нерешенных проблем в современной гастроэнтерологии – доклиническому выявлению цирроза печени.	The article is devoted to the most serious and non-solved problem of modern gastroenterology – pre-clinical revealing of liver cirrhosis.
Ключевые слова: ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ	Key words: LIVER CYRROSIS

Введение

Цирроз печени занимает одну из лидирующих позиций среди причин смертности гастроэнтерологических больных. Фиброз печени, являющийся терминальной стадией болезни печени, характеризуется нарушением архитектоники органа и приводит к ряду тяжелых осложнений, таких как: портальная гипертензия, печеночная недостаточность, печеночная энцефалопатия, асцит, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и др.

Возможности терапии заболевания сводятся только к лечению осложнений, а сама болезнь приобретает тяжелое течение и характеризуется крайне неблагоприятным прогнозом. Поэтому особенно важно раннее выявление и лечение воспаления печеночной паренхимы с целью снижения темпов прогрессирования фиброзообразования [9].

Заболевания печени требуют тщательной дифференциальной диагностики. Они имеют много общих клинических и лабораторных проявлений, но и принципиальных отличий, предусматривающих уточнения.

Основные нозологические формы:

- 1) алкогольное поражение печени;
- 2) вирусная инфекция (маркеры гепатитов В, С);
- 3) болезнь Вильсона – Коновалова (необходимо исследовать уровень церулоплазмина, суточной экскреции меди с мочой, выявление колец Кайзера – Флейшера);
- 4) аутоиммунный гепатит и первичный билиарный цирроз (ПБЦ) (уровень гамма-глобулинов, Ig класса G, аутоиммунные антитела (ANA antiLKM-1, ASMA, AMA-M2);
- 5) наследственный гемохроматоз (определение уровня сывороточного железа, трансферрина, ферритина, генетическое

исследование – мутации в гене HFE, окраска на железо по Перлсу при морфологическом исследовании печени);

6) лекарственный гепатит (уточнить анамнез и связь с приемом препарата);

7) врожденная недостаточность альфа-1-антитрипсина (определяется уровень альфа-глобулинов крови, сывороточного альфа-1-антитрипсина, генетическое исследование – мутации в гене A1AT) [1].

До настоящего времени «золотым стандартом» диагностики фиброза печени являлась ее пункционная биопсия – процедура, позволяющая определить не только степень повреждения и воспаления этого органа, но и оценить эффективность используемой терапии. В случае необходимости ее корректируют для достижения оптимального результата. Манипуляцию проводят под ультразвуковым контролем, что позволяет избежать повреждения сосудов и последующего возникновения кровотечений [2].

В настоящее время стали актуальными новые неинвазивные методики оценки фиброза печени – эластометрия и эластография паренхимы печени, согласно которым устанавливают степень фиброза печени по эластичности печеночной ткани [3]. Преимущества этих методик неоспоримы, однако они не всегда доступны лечебным учреждениям.

Продemonстрируем случай доклинического установления диагноза «цирроз печени» с помощью пункционной биопсии.

Клинический случай

В июне 2014 г. в гастроэнтерологический центр СКАЛ ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» обратился пациент 39 лет с жалобами на: инверсию сна, общую слабость, потерю массы тела (на 12 кг за 6 месяцев). Из анамнеза стало известно, что в 2004 г. пациент находился на стационарном лечении по поводу острого токсического гепатита после

случайного употребления керосина. Был проведен курс лечения гепатопротекторами в течение двух месяцев. В дальнейшем больной не вспоминал о перенесенном заболевании.

В январе 2014 г. пациент находился на лечении у дерматолога с диагнозом «себорейный дерматит лица». При изучении биохимического анализа крови были выявлены повышенные показатели печеночных проб (гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ) – до 7 норм, аспартатаминотрансфераза (АСТ) и аланинаминотрансфераза (АЛТ) – до 3 норм, щелочная фосфатаза (ЩФ) – до 1,5 норм), другие показатели (общий билирубин и фракции, амилаза, глюкоза) в пределах нормы. Маркеры вирусных гепатитов В, С – отрицательны. Прием алкогольных напитков пациент отрицает.

Объективно: Кожные покровы физиологической окраски, чистые. Индекс массы тела (ИМТ) – 30 кг/м². Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Размеры печени по Курлову: 12×11×9 см.

Выполнены следующие обследования:

УЗИ органов брюшной полости – признаки гепатомегалии, диффузных изменений печени с признаками жировой инфильтрации, воротная вена – 13 мм, диффузные изменения поджелудочной железы.

Эзофагогастродуоденоскопия: Поверхностный гастрит.

Фиброколоноскопия: Катаральный колит.

Серологическое исследование крови: антиядерные антитела (ANA), антимитохондриальные антитела (AMA), антитела к гладким мышцам (SMA) – отрицательны.

Диагноз после дообследования: Неалкогольная жировая болезнь печени: стеатогепатит минимальной степени активности с синдромом холестаза.

Рекомендации при выписке: снизить вес на 10 кг в течение года, принимать урсодезоксихолевую кислоту – 15 мг/кг в сутки после еды, разделив на 2–3 приема длительно.

Из-за сохраняющегося повышения уровня трансаминаз на фоне терапии в течение трех месяцев пациенту было предложено выполнить пункционную биопсию печени. В сентябре 2014 г. была проведена манипуляция под ультразвуковым контролем, получены результаты ПГИ: цирроз печени умеренной степени активности (индекс по Knodell 9).

Заключительный диагноз: Цирроз печени класс А по Чайлд-Пью, умеренная степень активности (гистологически).

Рекомендовано продолжить прием препаратов урсодезоксихолевой кислоты в дозе 15–20 мг/кг в сутки после еды, разделив на два приема длительно.

По результатам динамического наблюдения в декабре 2015 г. в условиях гастроэнтерологического центра СКАЛ пациент жалоб не предъявлял, отмечал снижение веса на 7 кг за 10 месяцев (ИМТ – 27). По результатам лабораторных исследований: общий анализ крови – в пределах нормы; в биохимии крови выявлено повышение АСТ и АЛТ – до 1,5 норм, электролиты, коагулограмма – в пределах нормы.

Обсуждение

Неалкогольная жировая болезнь печени на ранних стадиях часто протекает бессимптомно, не имея специфических лабораторно-инструментальных изменений.

Приведенный нами клинический случай демонстрирует необходимость более тщательного обследования и использования дополнительных малоинвазивных методов исследования, таких как пункционная биопсия печени. Этот метод имеет ряд противопоказаний, поскольку возможно появление таких осложнений, как перигепатит и

травматический плеврит, после манипуляции могут сохраняться болевые ощущения в области проведения пункции [2]. При этом особое значение биопсия имеет для установления таких диагнозов, как гемохроматоз, неалкогольный стеатоз [4].

Появление возможности определения в сыворотке крови различных аутоантител помогает исключить аутоиммунные заболевания печени на доклиническом этапе, что и описано в клиническом случае.

Несмотря на многочисленные исследования, направленные на изучение этиологии, патогенеза, методов диагностики и лечения заболеваний печени, в частности цирроза печени, остается много нерешенных вопросов. Отсутствуют лечебные подходы, способствующие приостановлению прогрессирования заболевания.

Ранняя диагностика цирроза печени необходима в связи с прогрессирующим течением заболевания, развитием осложнений и неблагоприятным прогнозом. Медикаментозное лечение заболевания направлено на предотвращение развития осложнений, в терминальной его стадии основным эффективным методом терапии является ортотопическая трансплантация печени.

В практику врача-гастроэнтеролога необходимо внедрять современные методы обследования для раннего выявления заболевания, что поможет выбрать правильную тактику ведения каждого конкретного пациента.

Список литературы

1. Диагностика и лечение неалкогольной жировой болезни печени: метод. рекомендации / под ред. академика РАН, профессора В. Т. Ивашкина. – М., 2015. – 29 с.
2. *Castera L., Vergniol J., Foucher J., Le Bail B., Chanteloup E., Haser M., Darriet M., Couzigou P., Ledinghen V. de.* Prospective comparison of transient elastography, Fibrotest, APRI and liver biopsy for the assessment of fibrosis in chronic hepatitis // *C. Gastroenterology*. – 2005; 128: 343–350.
3. *Ferard G., Piton A., Messous D., Imbert-Bismut F., Frairi A., Poynard T., Lessinger J. M.* Intermethod calibration of alanine aminotransferase (ALT) and gammaglutamyltransferase (GGT) results: application to FibroTest and ActiTest scores // *Clin. Chem. Lab. Med.* 2006; 44: 400–406.
4. *Beaugrand M.* Liver stiffness measurement: new tool to assess liver fibrosis. EASL Single Topic Conference on The role of liver biopsy in diagnosis and management of chronic liver disease // June. 14–15, 2004; Torino, Italy.
5. *Mendoza J., Gomez-Dominguez E., Moreno-Otero R.* Transient elastography (Fibroscan), a new non-invasive method to evaluate hepatic fibrosis // *Medicina Clinica*. 2006; 6 (126): 220–222.
6. *Космачева Е. Д.* Трансплантация печени и основные соматические заболевания у пациентов в отдаленном послеоперационном периоде / Е. Д. Космачева, А. Э. Бабич // *Consilium Medicum. Гастроэнтерология. (Прил.)*. 2015; 1: 18–23.
7. Трансплантация печени. Национальные клинические рекомендации, 2013.
8. http://transpl.ru/images/cms/data/pdf/nacional_nye_klinicheskie_recomendacii_po_transplantacii_pecheni. Pdf/ Transplantatsiia pecheni. National'nye klinicheskie recomendatsii, 2013.
9. http://transpl.ru/images/cms/data/pdf/nacional_nye_klinicheskie_recomendacii_po_transplantacii_pecheni.pdf [in Russian]
10. *Хубутия М. Ш., Чжао А. В., Джаграев К. Р.* Трансплантация печени как радикальный метод лечения конечных стадий заболеваний печени / М. Ш. Хубутия, А. В. Чжао, К. Р. Джаграев // *Практ. медицина. Хирургия*. 2010. С. 9–13/ *Khubutiia M. Sh., Chzhao A. V., Dzhagraev K. R.* Transplantatsiia pecheni kak radikal'nyi metod lecheniia konechnykh stadii zabolevanii pecheni // *Pract. Meditsina. Khirurgiia*. 2010; s. 9–13. [in Russian]
11. *de Aiwis NMW, Day CP.* Non-alcoholic fatty liver disease: The mist gradually clears // *J. Hepatol*. 2008; 48: S. 104–12.