

ЧТО СКРЫВАЕТСЯ ПОД МАСКОЙ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА?

*Раевнева Т.Г.¹, Ивановская А.А.², Лизун Д.В.², Лазовская М.А.³.
УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹
УЗ «3-я городская клиническая больница»²
УЗ «10-я городская клиническая больница»³, Минск*

Введение. Синдром холестаза является следствием различных по своей природе и прогнозу заболеваний. Любого происхождения полнокровия, возникающие от синусоидальных мембран гепатоцитов до фатерова соска, приводят к формированию развернутой картины холестатического синдрома. В связи с большой разнородностью причин, лежащих в основе холестаза, диагностический поиск не всегда бывает простым.

Цель определить нозологическую принадлежность синдрома холестаза и выделить курабельные заболевания у пациентов с синдромом холестаза гастроэнтерологического отделения.

Материал и методы. Исследование было моноцентровым, наблюдательным, одномоментным, поперечным, ретроспективным. Выполнено на базе УЗ «3 ГКБ», УЗ «10 ГКБ». Критерии включения: факт госпитализации, наличие лабораторных маркеров синдрома холестаза, период с 1 января 2019 по 1 октября 2019 года. В исследование включено 87 историй болезни (n=87). Мужчины: n=42 (48%), женщины: n=45(52%). Средний возраст 51 год (от 25 лет до 71 года).

Диагностический алгоритм включал следующие этапы: сбор анамнеза, с акцентом на определение риска гепатотоксичности при употреблении алкоголя, лекарственных веществ и других токсинов; физикальное исследование; общеклинические лабораторные исследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, копрограмма; лабораторные исследования с определением маркеров вирусных гепатитов (А, В, С), спектр аутоантител (антинуклеарные, к микросомам печени и почек, антигладкомышечные, к растворимому антигену печени и поджелудочной железы, антимитохондриальные), сывороточных общих иммуноглобулинов классов G, A, M, E; инструментальные исследования: электрокардиография, ультразвуковое и эндоскопическое исследования органов брюшной полости. У части пациентов (n=38) выполнена компьютерная томография или магнитно-резонансная томография (n=7).

Результаты и обсуждение. В исследуемой группе цирроз печени различной этиологии явился причиной синдрома холестаза у 26 пациентов (29,9%), а гепатоцеллюлярная карцинома и метастатическое поражение печени у 13 (15%). Алкогольный гепатит констатирован у 9 пациентов (10,3%). Хронический панкреатит (n=9) и желчнокаменная болезнь (n=6), привели к формированию вторичного холестатического гепатита (17,3%). Аутоиммунные заболевания печени (первичный билиарный цирроз печени и первичный склерозирующий холангит) диагностированы у 9 пациентов (10,3%). У 3 пациентов

Современный многопрофильный стационар - мультидисциплинарный подход к пациенту : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 35-летию УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, 22 мая 2020 г.

(3,4%) холангит развился на фоне другого заболевания: паранеопластический при системном лимфопролиферативном заболевании, при реакции отторжения почечного трансплантата, в дебюте смешанного заболевания соединительной ткани. Острый гепатит, как причина синдрома холестаза, диагностирован у 8 пациентов (9,2%). У 3 пациентов это был острый лекарственный гепатит (НПВП и фитотерапия), у 1 – гипоксический на фоне стеноза аортального клапана, у 1- вирусный гепатит А (далее получал лечение в профильном стационаре, у 3 – этиология неуточненной. Все продемонстрировали значительное улучшение в текущую госпитализацию.

У 4 пациентов (4,6%) на фоне хронической тофусной подагры констатирован хронический гепатит с преобладанием синдрома холестаза. У 3 из них в печени при ультразвуковом исследовании обнаружены кальцинаты линейной формы с максимальным размером до 2,5 мм. Следует отметить, что среди пациентов с циррозами печени и синдромом холестаза в данной выборке у двоих сопутствующий диагноз так же подагра. Мы полагаем, что кальцинаты в печени и собственно хронический гепатит/цирроз явились следствием перенесенных ранее холангитов, вероятно, паразитарной природы. Заключение основывается на следующих фактах: определенные диетические предпочтения пациентов с подагрой; линейная форма кальцинатов в печени при исключении перенесенных ранее септических состояний или васкулитов может соответствовать только кальцинированию поврежденных сегментов желчных протоков в результате перенесенного ранее воспаления. Известно, что аутоиммунные процессы, как правило не сопровождаются кальцинированием поврежденных участков желчевыводящей системы. Напротив, при холангитах паразитарного происхождения характерны такие изменения. Еще один механизм возможного повреждения печени у данной категории пациентов – гепатотоксичность нестероидных противовоспалительных препаратов, аллопуринола, колхицина и др.

Заключение. Причиной синдрома холестаза почти у третьей части пациентов в исследуемой группе был цирроз печени (29,8%). Лечение и прогноз в этой группе определялись тяжестью печеночно-клеточной недостаточности и портальной гипертензии. В то же время у 17,2% пациентов холестаз был вторичным и потребовал хирургической коррекции. Пациенты с первичным и метастатическим поражением печени злокачественными новообразованиями получали дальнейшее лечение по поводу основного заболевания (15%). Первичный билиарный цирроз печени демонстрирует, как правило, хороший ответ на медикаментозную терапию. Синдром холангита в исследуемой группе был разнородным: как первичным склерозирующим, так и синдромом в рамках других заболеваний, что потребовало междисциплинарного подхода в его лечении. Остается не ясным течение холестаза у пациентов с подагрой, что требует особо тщательного их наблюдения как ревматологом, так и гастроэнтерологом.