

ГИПОКСИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ СРЕДИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

*Раевна Т.Г.¹, Альшевская А.В.², Вырвич К.В.², Варава Н.К.³
УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «3-я городская клиническая больница»²,
УЗ «10-я городская клиническая больница»³, Минск*

Введение. Высокая метаболическая активность печени делают ее уязвимой кразличного рода сосудистым катастрофам, случающимся при самых разных заболеваниях. Гипоксический гепатит зачастую воспринимается как чрезвычайное осложнение. Фактически, центрлобулярный некроз гепатоцитов у пациентов в критических состояниях встречается нередко. Так в аналитической работе Henrion J. приводит следующие данные. Частота гипоксического гепатита составляет 1:1000 госпитализированных пациентов. Распространенность гипоксического гепатита может быть выше, чем 10%, в частности при кардиогенном шоке – до 22%, при септическом шоке – 13,8%, а в терапевтических отделениях до 0,03%.

Типичный пациент (80%) с гипоксическим гепатитом это пожилой человек с сердечной и/или дыхательной недостаточностью, госпитализированный по экстренным показаниям (пароксизмальные нарушения ритма, отек легкого, тромбоэмболия легочной артерии, инфаркт миокарда, сепсис и др.). Синдром цитолиза умеренно выраженный наблюдается уже при поступлении. Однако клинические симптомы повреждения печени второстепенны в отличие от признаков основного заболевания. При поступлении явная желтуха, как правило, отсутствует. Наблюдается увеличение печени, болезненность ее при пальпации, набухание яремных вен, отек лодыжек. При успехе интенсивной терапии основного заболевания наблюдается стабилизация состояния.

Максимальные значения сывороточные аминотрансферазы достигают в течение 24 часов, причем пиковый уровень аспартатаминотрансферазы обычно выше и раньше, чем аланинаминотрансферазы. Особенно выражено повышение уровня общей лактатдегидрогеназы, что отличает гипоксическое повреждение печени от вирусного гепатита. Спустя сутки уровни ферментов уменьшаются примерно на 50%. В течение 2-3 суток уравниваются уровни аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы. Нормализация уровней ферментов наблюдается через 10-15 дней.

В 1984 году Gibson PR и Dudely F выделили ключевые позиции в диагно-

стике ишемического гепатита:

- наличие острой сердечно-сосудистой или острой дыхательной недостаточности;
- многократное (более чем в 20 раз от верхней границы нормы) повышение аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы;
- отсутствие других причин для острого гепатита, особенно вирусного и лекарственно индуцированного.

До настоящего времени клиническая диагностика базируется на приведенных критериях.

Результаты и обсуждение. В течение 2017-18 гг. были госпитализированы 5 пациентов, соответствующих критериям гипоксического гепатита: 1 женщина и 4 мужчины в возрасте от 28 до 59 лет. Направительные диагнозы были следующими: острый гепатит неуточненной этиологии (n=2); алиментарно-токсический гепатит (n=2); лекарственный гепатит (n=1). Предшествовали развитию цитолитического синдрома следующие состояния: острая сердечная недостаточность на фоне стеноза аортального клапана и чрезмерной физической нагрузки (1 пациент); синкопальное состояние неуточненной этиологии у беременной (1 пациентка); пароксизм фибрилляции предсердий на фоне хронической сердечной недостаточности 2б стадии (1 пациент); чрезмерная физическая нагрузка и тепловой удар (1 пациент); септический шок (1 пациент). В биохимическом анализе крови диагностировалось значительное увеличение уровня лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и трансаминаз (ТА) – 10-25 кратное превышение верхней границы нормы. Увеличение активности АЛТ, АСТ, ЛДГ достигали пиковых значений в первые 24 часа после поступления. Нормализация ТА наблюдалась на 10-15 день. Повышение международного нормализованного отношения наблюдали у 3 пациентов; уровень общего билирубина не превышал норму в исследуемой группе. Во время проведения УЗИ ОБП гепатомегалия отмечалась у 3 пациентов. У всех пациентов субъективная симптоматика острого гепатита отсутствовала. На первый план выходила клиника основного заболевания.

Заключение. Гипоксический гепатит встречаемое, но редко распознаваемое состояние. В анализируемой группе в направительном диагнозе не упоминался гипоксический гепатит. Причинами гипоксического гепатита у троих из представленных пациентов была комбинация факторов риска (острая сердечная недостаточность на фоне стеноза аортального клапана и чрезмерной физической нагрузки; пароксизм фибрилляции предсердий на фоне хронической сердечной недостаточности 2б стадии и чрезмерная физическая нагрузка и тепловой удар, у двоих – по одному фактору риска (синкопальное состояние неуточненной этиологии и септический шок). Лабораторный паттерн гипоксического гепатита в исследуемой группе представлен 10-20 кратным повышением аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы с последующей нормализацией их в течение 10-14 дней; а так же значительным повышением лактатдегидрогеназы. Печеночно-клеточную недостаточность, признаком которой явилось увеличение уровня международного нормализованного отношения, мы

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.

наблюдали у 3 из 5 пациентов. В исследуемой выборке мы не наблюдали фатальных исходов.