

Козлова Т.С., Гарбар Ю.И.

РЕВМАТИЧЕСКИЕ МАСКИ АУТОИММУННЫХ ГЕПАТИТОВ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Батян Г.М.

1-я кафедра детских болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Аутоиммунный гепатит (АИГ) является редким заболеванием. Многообразие его клинических проявлений, схожесть с клиническими проявлениями других системных аутоиммунных заболеваний, таких как ювенильный идиопатический артрит, системная красная волчанка, системные васкулиты значительно затрудняют его диагностику.

Цель: выявить сходства и различия клинико-лабораторных проявлений аутоиммунного гепатита и системных заболеваний соединительной ткани (СЗСТ) для улучшения дифференциальной диагностики данных заболеваний.

Материалы и методы. Изучены истории болезней 33 детей, находившихся на лечении в УЗ ГДИКБ г. Минска в период с 2018-2024 гг. Возраст детей варьировал от 3 до 17 лет (средний возраст 12 лет). Среди них было 24 девочки (72,7%) и 9 мальчиков (27,3%). Средний возраст дебюта АИГ составил 12,1 года. У девочек - 11,8 лет, у мальчиков - 13,2 года. Проанализированы анамнестические, клинические данные, результаты лабораторно-инструментальных методов исследования: показатели общего анализа крови, биохимического анализа крови (АЛТ, АСТ, билирубин, ЛДГ, ГГТП, ЩФ), результаты исследования на специфические аутоантитела: антинуклеарные антитела (ANA), к гладкой мускулатуре (SMA), к растворимому антигену печени (anti-SLA), к микросомам печени и почек (anti LCM-1), к цитозольному антигену печени 1-типа (Anti-LC-1), данные ультразвукового исследования органов брюшной полости, эластометрии печени, результаты пункционной биопсии печени.

Результаты и их обсуждение. При первичном обращении предъявлялись жалобы на слабость, утомляемость (19,3%), субфебрилитет длительностью от 2-х недель (6%), снижение массы тела (6%), диспепсический синдром (25%), боли в суставах (6%), кровоточивость десен, носовые кровотечения (3%), иктеричность кожи и склер (24%), повышение СОЭ, снижение уровня гемоглобина, тромбоцитов выявленных случайно при профилактическом осмотре (12%). После проведенного лабораторного и инструментального обследования наряду с диагнозом АИГ обсуждались следующие предварительные диагнозы: системная красная волчанка, ювенильный идиопатический артрит, гранулематоз Вегенера, болезнь Бехчета, хронические воспалительные заболевания кишечника. По данным лабораторных методов обследования были выявлены признаки анемии, тромбоцитопения, ускоренное СОЭ, в биохимическом анализе крови повышение уровня АЛТ, АСТ, билирубина, ЩФ, ГГТП, ЛДГ, повышение иммуноглобулинов G. При УЗИ ОБП в 100% случаях визуализировалась гепатомегалия. Всем пациентам была выполнена эластометрия с последующим проведением пункционной биопсии печени, где был выявлен фиброз 1-2 степени у 51,5% пациентов, фиброз 3-4-степени у 48,5%. Таким образом, АИГ тип 1 был диагностирован у 27,3% пациентов, АИГ тип 2 у 15,2%, серонегативный тип АИГ был диагностирован у 57,5% пациентов. У 3-х пациентов диагностирован наряду с АИГ 1 типа вариативный тип АИГ-перекрестный синдром (АИГ+склерозирующий холангит). У 3-х пациентов АИГ с исходом в цирроз печени.

Выводы. Разнообразие клинических проявлений АИГ, схожесть с проявлениями СЗСТ может приводить к диагностическим ошибкам в дебюте заболевания. Дальнейшее дообследование, в том числе и выявление положительных аутоантител, а также проведение пункционной биопсии печени позволяет качественно провести дифференциальную диагностику этих заболеваний.