Невхорошев Є., Соловйов В.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК КРИПТОГЕННОГО ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ: СКЛАДНОСТІ ДІАГНОСТИЧНОГО ПОШУКУ

Харківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини №3 та ендокринології
Науковий керівник: к.мед.н., ас. Шеховцова Ю.О.

Актуальність: На теперешній час цироз печінки (ЦП) входить до числа 10 лідуючих причин смерті пацієнтів у віці 35-60 років і складає від 15 до 30 на 100 000 чоловік. Незважаючи на це до на сьогодняшній день є труднощі у визначенні етіології ЦП, оскільки у кожного 10 з крупновузловим цирозом причину встановити не вдається. Таким чином формується діагноз криптогенного ЦП.

Мета дослідження: Вдосконалення розуміння встановлення діагнозу і етіології ЦП.

Матеріал і методи дослідження: Клінічний аналіз історії хвороби Хворої Х. гастроентерологічного відділення КНП ХОР «ОКЛ».

Результати дослідження: Хвора Х., 35 років поступила 21.11.2018 в ГО ХОКБ з попереднім діагнозом ЦП аутоіммунного генезу, при цьому в інфекційному відділенні вірусний гепатит був виключений (негативні результати маркерів гепатиту). При об’єктивному огляді: виражена іктеричність шкірних покривів та склер, набряки кінцівок, наявність телеангіоектазій, свідомість ясна, збільшення печінки (розмір по Курлову 17-16-15 см), збільшення селезінки (8х6 см),збільшення живота за рахунок асциту. Клінічний аналіз крові: лейкоцитоз (19х109 /л) за рахунок нейтрофілезу (78.8%). Коагулограма без відхилень, на нижній межі норми. Біохімічний аналіз крові: підвищення АСаТ-175,2 Од/л, білірубіну загального - 135 384,2 ммоль/л, прямого білірубіну - 186,2 ммоль/л, непрямого билирубина- 198,0 ммоль/л, лужної фосфотази-128.30 Од/л, гаммаглутамилтранспептідази - 79,9 Од/л. Висновок ультразвукового дослідження органів ШКТ: гепатоспленомегалія, ознаки хронічної дифузної патології паренхіми печінки; ознаки портальної гіпертензії, ознаки хронічного панкреатиту і двостороннього хронічного

пієлонефриту, асцит. Висновок проведеного ЕГДС: кандидозний езофагіт 2ст., варикозно розширені вени стравоходу 1ст., еритематозна гастропатія, застійна дуоденопатія, дуодено-гастральній рефлюкс.Для виключення аутоіммунного гепатиту була проведена імунобіологія його маркерів: антимітохондріальні антитіла (АМА) – <1:100, мікросоми печінки і нирок, антитіла сумарні (LKM) - <1:100, мікросоми печінки і нирок-1, антитіла IgG (LKM-1) - <2 Од/мл, розчинений антиген (анти-SLA) – 0,04. Результати негативні. Дані імунохімії визначають патологію з боку ЩЗ: пероксидаза щитовидної залози (АТПО) – 11,47 МО/мл; тиреоглобулін, антитіла (АТТГ) – 12,79 МО/мл. Результат також негативний. Маркери на системні захворювання: серомукоїди – нижче 1,2 ммоль/л (негативний результат). Дані об'єктивного обстеження, ЕКГ, R-ОГК, лабораторні аналізи виключають застійний цироз через порушення роботи серця, синдром і хворобу Бадда-Кіари. Після огляду офтальмологом була виключена причина цирозу печінки у вигляді хвороби Коновалова-Вільсона, оскільки патогномонічне кільце Кайзера-Флейшера було відсутнє. Було проведено лікування згідно з уніфікованим клінічним протоколом лікування цирозу печінки і його ускладнень.

Висновок: Таким чином, виключивши вірусний, аутоімунний, токсичний, а також інший генез, ми не можемо вказати жодну причину ЦП у даної хворої. У такому разі ставиться діагноз: Криптогенний цироз.