DOI: 10.31082/1728-452-2018-196-10-19-21 УДК 616.36-002.1-036.8:616.61-008.64

СЛУЧАЙ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ, ОСЛОЖНЕННОМ ФУЛЬМИНАНТНОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

А.К. ДУЙСЕНОВА¹, А.К. АБДРАХМАНОВА², Р.А. ЕГЕМБЕРДИЕВА¹, Т.К. УТАГАНОВА², С.Б. АЙБОСЫНОВА², А.Е. ДЖУМАБАЕВА³, Б.Б. БАЙМАХАНОВ⁴, Ш.А. КАНИЕВ⁴

¹Казахский национальный медицинский университета им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Республика Казахстан, ²ГКП на ПХВ «Городская инфекционная больница им. И.С. Жекеновой». г. Алматы. Республика Казахстан.

⁴Научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, г. Алматы, Республика Казахстан



Дуйсенова А.К.

Фульминантная печеночная недостаточность (ФПН) — клинический синдром, характеризующийся внезапным развитием печеночной недостаточности у здорового до этого человека, являющейся отражением острого некроза гепатоцитов. Этиология и структура ФПН могут быть самыми разнообразными: от острых вирусных гепатитов, герпесвирусных инфекций, лекарственных, токсических агентов, метаболических, ишемических нарушений и других редких причин. Согласно действующему Клиническому протоколу диагностики и лечения РК «Хронический гепатит В у взрослых» и международным рекомендациям жизнесберегающим мероприятием является срочная трансплантация печени до развития энцефалопатии [1, 2]. В Научном Центре хирургии им. Н. Сызганова впервые в Республике Казахстан успешно проведена родственная трансплантация правой доли печени от живого донора (двоюродного брата) молодой девушке с острым токсическим гепатитом, осложненным фульминантной печеночной недостаточностью.

Ключевые слова: фульминантная печеночная недостаточность, острый токсический гепатит, родственная трансплантация печени.

Для цитирования: Дуйсенова А.К., Абдрахманова А.К., Егембердиева Р.А., Утаганова Т.К., Айбосынова С.Б., Джумабаева А.Е., Баймаханов Б.Б., Каниев Ш.А. Случай предотвращения летальности при остром токсическом гепатите, осложненном фульминантной печеночной недостаточностью // Медицина (Алматы). — 2018. - №10 (196). — С. 19-21

ТҰЖЫРЫМ

ФУЛЬМИНАНТТЫ БАУЫР ЖЕТІСПЕУШІЛІГІМЕН АСҚЫНҒАН ЖЕДЕЛ ТОКСИКАЛЫҚ ГЕПАТИТ КЕЗІНДЕГІ ӨЛІМ-ЖІТІМДІ БОЛДЫРМАУ ЖАҒДАЙЫ

А.Қ. ДҮЙСЕНОВА¹, А.К. АБДРАХМАНОВА², Р.А. ЕГЕМБЕРДИЕВА¹, Т.К. УТАГАНОВА², С.Б. АЙБОСЫНОВА², А.Е. ЖҰМАБАЕВА³, Б.Б. БАЙМАХАНОВ⁴, Ш.А. КАНИЕВА⁴

¹С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қ., Қазақстан Республикасы,

²И.С. Жекенова атындағы қалалық жұқпалы аурулар ауруханасы ЖШҚ МҚМ, Алматы қ., Қазақстан Республикасы,

³Кардиология және ішкі аурулар ҒЗИ, Алматы қ., Қазақстан Республикасы, ⁴А.Н. Сызганов атындағы хирургия ғылыми орталығы, Алматы қ., Қазақстан Республикасы

Фульминантты бауыр жетіспеушілігі (ФБЖ) – гепатоциттердің жедел некрозын көрсететін, бұрын ауырмаған адамда кенеттен дамитын клиникалық синдром. ФБЖ-ның этиологиясы мен құрылымы әртүрлі болуы мүмкін: жедел вирусты гепатиттер, герпесвирусты инфекциялар, дәрілік, токсикалық агенттер, метаболикалық, ишемиялық бұзылыстар және басқа сирек кездесетін себептер. Халықаралық ұсыныстар бойынша энцефалопатия дамығанға дейін жасалынған бауыр трансплантациясы өмір сақтап қалатын шара болып табылады. Қазақстан Республикасында алғашқы рет А.Н. Сызганов атындағы хирургия ғылыми орталығында фульминантты бауыр жетіспеушілігімен асқынған жедел токсикалық гепатитпен ауырған бойжеткенге тірі донордан (жиен ағасы) бауырдың оң жақ бөлігінің туыстық трансплантациясы өткізілді.

Негізгі сөздер: фульминантты бауыр жетіспеушілігі, жедел токсикалық гепатит, бауырдың туыстық трансплантациясы.

SUMMARY

CASE OF PREVENTION OF MORTALITY IN ACUTE TOXIC HEPATITIS COMPLICATED WITH FULMINANT LIVER FAILURE

AK DUISENOVA¹, AK ABDRAKHMANOVA², RA EGEMBERDIEVA¹, TK UTAGANOVA², SB AYBOSYNOVA², AE DZHUMABAEVA³, BB BAYMAKHANOV⁴, ShA KANIEV⁴

¹Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty c., Republic of Kazakhstan, ²City Infectious Diseases Hospital n.a. I.S. Zhekenova, Almaty c., Republic of Kazakhstan,

Контакты: Дуйсенова Амангуль Куандыковна, заведующая кафедрой инфекционных и тропических болезней Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, РК. E-mail: aduysenova@bk.ru

Contacts: Amangul K Duisenova, Head of the Department of Infectious and Tropical Diseases of the Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty c., RK. E-mail: aduysenova@bk.ru

Принято 01.10.2018

³Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней, г. Алматы, Республика Казахстан,

³Research Institute of Cardiology and Internal Medicine of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan,

⁴Scientific Center of Surgery n.a. AN Syzganov, Almaty c., Republic of Kazakhstan

Fulminant hepatic insufficiency (FHI) is a clinical syndrome characterized by a sudden development of hepatic insufficiency in a healthy person, which is a reflection of acute necrosis of hepatocytes. Etiology and structure of FHI can be very diverse: from acute viral hepatitis, herpesvirus infections, medical, toxic agents, metabolic, ischemic disorders and other rare causes. According to international recommendations, life-saving measures are urgent liver transplantation before the development of encephalopathy. In the Scientific Center of Surgery named after A.N. Syzganov for the first time in the Republic of Kazakhstan successfully carried out a related transplantation of the right lobe of the liver from a living donor (cousin) to a young girl with acute toxic hepatitis complicated by fulminant hepatic insufficiency.

Keywords: fulminant liver failure, acute toxic hepatitis, related liver transplantation.

For reference: Duisenova AK, Abdrakhmanova AK, Egemberdieva RA, Utaganova TK, Aybosynova SB, Dzhumabaeva AE, Baymakhanov BB, Kaniev ShA. Case of prevention of mortality in acute toxic hepatitis complicated with fulminant liver failure. *Meditsina (Almaty) = Medicine (Almaty)*. 2018;10(196):19-21 (In Russ.). DOI: 10.31082/1728-452-2018-196-10-19-21

риводим случай развития фульминантной печеночной недостаточности у пациентки молодого возраста с острым токсическим гепатитом (ГКП на ПХВ «ГКИБ им. И.С. Жекеновой, главный врач Абдрахманова А.К., 2017 г., история болезни №448).

Студентка Б., 1998 г.р. поступила 22.01.2018 г. с жалобами на общую слабость, желтушность кожных покровов, темную мочу, боль и тяжесть в эпигастрии, снижение аппетита.

Анамнез заболевания: заболела 15.01.18 г., когда появились слабость, тяжесть в эпигастрии, снижение аппетита, тошнота. 21.01. заметила желтушность кожных покровов, 22.01. обратилась в Городскую студенческую поликлинику. В связи с развитием желтушного синдрома направлена в ГКИБ, госпитализирована с диагнозом «Вирусный гепатит А средней тяжести».

Анамнез жизни: в 2007 г. лечилась по поводу геморрагического васкулита (подтверждающих медицинских документов нет).

Эпидемиологический анамнез: живет в общежитии, в комнате 4 человека, со слов «все здоровы». Контакт с инфекционными больными отрицает. Питается дома и в общепите. Употребляет сырую воду. Не замужем, половой жизнью не живет. Парентеральные вмешательства, гемотрансфузии отрицает.

Объективно: состояние при поступлении средней степени тяжести. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Сознание ясное, поведение адекватное. Симптомов печеночной энцефалопатии нет. Кожные покровы и видимые слизистые ярко-желтушной окраски. Видимых геморрагических проявлений нет. Лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастрии. Печень увеличена на 2,0 см, край закруглен, эластичной консистенции. Селезенка не пальпируется. Моча темная, стул оформленный ахоличный. Назначены базисная терапия и обследование с целью установления этиологии острого гепатита. В ИФА маркеры вирусных гепатитов А, С, Д – отрицательные, обнаружены antiHBcor total, antiHBs IgG. Методом ПЦР ДНК ВГВ и РНК ВГД не обнаружены. При обследовании на герпесвирусы в ИФА обнаружены IgM СМV, при этом ПЦР ДНК ЦМВ, ВЭБ, ВПГ ½ типов – отрицательный результат. ИФА на ВИЧ-инфекцию – отрицательный результат. Обследования на аутоиммунный гепатит, первичный билиарный цирроз, первичный склерозирующий холангит, болезнь Вильсона-Коновалова – отрицательные результаты. В ОАК от 22.01. гем.-124 г/л, Эр.- 4,25х10¹²/л., тромб. - 242х10⁹/л., лейк. - 5,8х10⁹/л., с/я - 62%, мон. – 9%, лимф. - 28%, СОЭ - 4 мм/ч. Биохимический анализ крови щт 22.01.: АЛТ-1095 ед/л, АСТ – 908 ед/л, общий билирубин – 195 ммоль/л. Коагулограмма от 22.01.: МНО - 1,38, ПТИ - 75%, ПО - 1,33, фибриноген – 2,0 г/л, время рекальц. – 113 сек., АПТВ – 38 сек., тромботест-IV, этан.тест – отриц.

Консилиумом выставлен диагноз: Острый гепатит (неуточненный), среднетяжелое течение. Конкурирующий диагноз: ЦМВ-инфекция, генерализованная форма. Цитомегаловирусный гепатит (ИФА ЦМВІдМ — полож.). Сопутствующий диагноз: Оккультная HBV—инфекция (anti HBcor total — полож., antiHBs IgG - полож., ПЦР ДНК ВГВ — отр.). Назначен тенофовир в дозе 300 мг, ганцикловир из расчета 5 мг на кг веса внутривенно, дезинтоксикационная терапия.

29.01. (15-й день болезни, 9-й день пребывания в стационаре) состояние прогрессивно ухудшается. Сознание ясное, но вялая. Желтуха нарастает. Отмечается тахикардия: ЧСС – 94 в мин. Печень в динамике сократилась, перкуторно по краю реберной дуги. С учетом отрицательной динамики по клиническим и лабораторным данным (протромбиновый индекс - 51%), развитием осложнений в виде острой печеночной энцефалопатии 1 ст., нарушения коагуляционного гемостаза, пациентка переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии. Назначены: рифаксимин, дюфалак, орнитина аспартат, свежезамороженная плазма. 03-04.02.2018 г. состояние прогрессивно ухудшается, нарастают симптомы печеночной энцефалопатии, сокращается печень (на 1,0 см выше реберного края). МРТ ОБП от 01.02. – КТ-признаки умеренных дистрофических изменений печени по типу жирового гепатоза, застойного холецистита, дистрофические изменения паренхимы поджелудочной железы, признаки хронического панкреатита, двухстороннего пиелонефрита.

07.02. проводится расширенный консилиум в составе главного гастроэнтеролога УЗ г. Алматы проф. Искакова Б.С., главного гепатолога УЗ г. Алматы Джумабаевой А.Е., врача гепатохирурга-трансплантолога НЦХ им. А.Н. Сызганова Каниева Ш.А., х зав. каф. инфекционных и тропических болезней КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова проф. Дуйсеновой А.К., проф. Егембердиевой Р.А., зам. главного врача по лечебной работе Утагановой Т.К., зав. отделением Айбосыновой С.Б., обосновывается диагноз: Острый гепатит (неуточненный), тяжелое течение. Осложнение: фульминантная печеночная недостаточность, острое течение. Нарушение коагуляционного гемостаза. Холестаз. Сопутствующий диагноз: Хроническая цитомегаловирусная инфекция, активация (ИФА IgM ЦМВ - положительный). Оккультная HBV-инфекция (antiHB cor total – полож., ПЦР ДНК HBV – отриц.). Высказана мысль о токсическом поражении печени, так как больная употребляла много энергетических напитков. Рассмотреть возможность трансплантации печени (поиск и обследование возможных доноров). Произведена коррекция лечения: отменен тенофовир в связи с отсутствием репликации вируса гепатита В (ПЦР ДНК ВГВ – отр.), ганцикловир продолжить (ИФА ЦМВ IgM – полож.), подключить адемеотионин.

07.02. произведен осмотр офтальмологом на предмет колец Кайзера-Флешнера - не обнаружены.

В динамике наблюдения активность АЛТ снизилась до 153 ед., АСТ — до 124 ед., но увеличился показатель общего билирубина — до 579 ммоль/л. Прогессировали нарушения коагуляционного гемостаза: МНО — 2,03, ПТИ — 54%, фибриноген — 1,4 г/л, время рекальц. — 269 сек., АПТВ — 49 сек.

13.02. проведен повторный расширенный консилиум в том же составе. Отмечена отрицательная динамика. Этиология заболевания печени не установлена. Цитомегаловирусная инфекция (ремиссия) и HBV (оккультная инфекция) не являются этиологическими агентами, так как результаты подтверждающих тестов отрицательные. Результаты обследований на аутоиммунные заболевания дали отрицательный результат. Диагноз: Острый гепатит (неутонченный), тяжелое течение. Осложнения: Подострая фульминантная печеночная недостаточность. Нарушение коагуляционного гемостаза. Гипогликемия. Холестаз. Сопутствующий диагноз: Хроническая цитомегаловирус-

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Клинический протокол диагностики и лечения «Хронический вирусный гепатит в у взрослых». Рекомендовано экспертным советом РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от «30» сентября 2015 года протокол № 10. http://www.rcrz.kz

2 Interim Data Relevant to the AASLD 2018 Hepatitis B Guidance. http://aasldpubs.onlinelibrary.willey.com

ная инфекция. (ИФА IgM-положительный). Оккультная HBV-инфекция (antiHBs полож., antiHBcor полож., ПЦР DNA HBV отр.). На основании анамнестических данных предполагается токсическое поражение печени.

19.02 после осмотра гастроэнтеролога ННЦХ им. А.Н. Сызганова доц. Ильясовой Б.С. больная переводится для проведения трансплантации печени с диагнозом: Токсический гепатит, высокой степени активности. Острая печеночная недостаточность. MELD – 28.

На момент перевода от 20.02. ОАК: Эр. - $3,13x10^{12}/\pi$, тромб. — $218x10^9/\pi$., Лейк. — $9,1x10^9/\pi$., с/я - 73%, мон. — 7%, лимф. — 20%, СОЭ — 3 мм/ч., БАК: АЛТ — 80 ед., АСТ - 107 ед., билирубин общий — 710 ммоль/л., коагулограмма: МНО — 2,03, ПО - 1,86, ПТИ — 53%, фибриноген — 1,6 г/л., время рекальц. — 255 сек., АПТВ — 48 сек.

В Научном Центре хирургии им. А.Н. Сызганова впервые в Республике Казахстан успешно проведена родственная трансплантация правой доли печени от живого донора (двоюродного брата) при остром гепатите, осложненном фульминантной печеночной недостаточностью.

Морфологическое заключение: токсическое поражение печени. Выписана в удовлетворительном состоянии. В настоящее время продолжает учебу.

выводы

- 1. Острый гепатит осложнился фульминантной печеночной недостаточностью.
- 2. Успешно проведена родственная трансплантация правой доли печени от живого донора (двоюродного брата).

Морфологически установлено острое токсическое поражение печени.

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за статью.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

REFERENCES

- 1 Klinicheskiy protokol diagnostiki i lecheniya «Khronicheskiy virusnyy gepatit v u vzroslykh». Rekomendovano ekspertnym sovetom RGP na PKhV «Respublikanskiy tsentr razvitiya zdravookhraneniya» Ministerstva zdravookhraneniya i sotsial'nogo razvitiya Respubliki Kazakhstan ot «30» sentyabrya 2015 goda protokol № 10. Interim Data Relevant to the AASLD 2018 Hepatitis B Guidance [Clinical diagnosis and treatment protocol "Chronic viral hepatitis in adults." Recommended by the Expert Council of the RSE on REU "Republican Center for Health Development" of the Ministry of Health and Social Development of the Republic of Kazakhstan dated September 30, 2015, Protocol No. 10.]. Available from: http://www.rcrz.kz
- 2 Interim Data Relevant to the AASLD 2018 Hepatitis B Guidance. Available from: http://aasldpubs.onlinelibrary.willey.com