

Клінічна практика

УДК: 616.36-002.2

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С

Е. В. Гаврилюк¹, Е. В. Яцюк¹, В. В. Бокатуева², О. Ю. Бычкова¹

¹ Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, Украина

² ГЛПУ «Центральная клиническая больница Укрзалізниці», г. Харьков, Украина

В статье представлен клинический случай хронического гепатита С с развитием миелодиспластического синдрома, хронической анемической и печеночной энцефалопатии. Обсуждаются клиника, диагностика, возможные методы медикаментозной терапии и прогноз.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: хронический вирусный гепатит С, миелодиспластический синдром, синдром печеночной энцефалопатии

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ХРОНІЧНОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С

О. В. Гаврилюк¹, О. В. Яцюк¹, В. В. Бокатуева², О. Ю. Бычкова¹

¹ Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, Україна

² ДЛПЗ «Центральна клінічна лікарня Укрзалізниці», м. Харків, Україна

У статті представлений клінічний випадок хронічного гепатиту С з розвитком мієлодиспластичного синдрому, хронічної анемічної і печінкової енцефалопатії. Обговорюються клініка, діагностика, можливі методи медикаментозної терапії та прогноз.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: хронічний вірусний гепатит С, мієлодиспластичний синдром, синдром печінкової енцефалопатії

CLINICAL CASE OF CHRONIC VIRUS HEPATITIS C

E. V. Gavrilyuk¹, E. V. Yatsyuk¹, V. V. Bokatueva², O. Yu. Bychkova¹

¹ V. N. Karazin Kharkiv National University, Ukraine

² STPI «Ukrzaliznytsya Central Clinical Hospital», Kharkiv, Ukraine

The article presents a clinical case of chronic virus hepatitis C with development myelodysplastic syndrome, a chronic anemic and hepatic encephalopathy. The authors discuss the clinical features, diagnosis, possible methods of medical treatment and prognosis.

KEY WORDS: chronic virus hepatitis C, myelodysplastic syndrome, hepatic encephalopathy syndrome

Вирусный гепатит С («ласковий убийця») — антропонозная вирусная инфекция из условной группы трансфузионных гепатитов, характеризующаяся поражением печени, безжелтушным, лёгким и среднетяжёлым течением в острой фазе и частой склонностью к хронизации, развитию цирроза печени и первичной гепатокарциномы [1–4].

В 1989 г. создана тест-система для выявления антител к новому вирусу, а затем обнаружена его РНК, что позволило из плазмы

искусственно инфицированных шимпанзе, больных хроническим гепатитом «ни-А, ни-В» выделить новую самостоятельную нозологическую форму — вирусный гепатит С [5, 6]. У пациентов с вирусным гепатитом С развивается множество гематологических синдромов, в том числе, как исключение, аплазия костного мозга [7–10].

В данной статье описывается клинический случай хронического гепатита С, осложнившегося миелодиспластическим синдромом.

мом с развитием анемической и печеночной энцефалопатии. Случай интересен тем, что пациентка на протяжении длительного периода лечилась не по поводу основного заболевания, а его осложнения — анемической и печеночной энцефалопатии.

Клинический случай

Пациентка П., 64 лет, поступила в клинику с жалобами на умеренные головные боли, головокружение несистемного характера, одышку при физической нагрузке, шаткость при ходьбе, периодическую тошноту, перепады артериального давления, замедленный темп речи, слабость в конечностях, общую слабость.

Анамнез болезни

В 2009 г. диагностирован хронический гепатит С. Тогда же лечилась у гастроэнтеролога (со слов пациентки, документы не представила) пегинтроном (пэгинтерферон альфа-2b) и ребетолом (рибавирин).

В феврале 2010 г., январе и июле 2011 г. в связи с ухудшением состояния находилась на лечении в неврологическом стационаре с диагнозом дисциркуляторная дисметаболическая энцефалопатия II ст., мозжечково-атактический, астенический синдромы. Двусторонняя пирамидальная недостаточность. Церебральный атеросклероз. Гипертоническая болезнь II ст. Сопутствующий диагноз: хронический гепатит, тромбоцитопения.

29.09.2012 г. в связи с резким ухудшением состояния в ургентном порядке была доставлена в отделение реанимации и интенсивной терапии больницы скорой медицинской помощи. После оказания необходимой помощи и улучшения общего состояния была переведена в неврологический стационар с ранее указанным диагнозом.

Анамнез жизни

Перенесенные в детстве инфекции, туберкулез, венерические заболевания, сахарный диабет отрицает. Наследственные заболевания не установлены. Аллергический анамнез не отягощен. Не курит, алкоголь не употребляет.

Объективный осмотр

Общее состояние удовлетворительное. Сознание — умеренное оглушение. Нормостенического телосложения, пониженного питания. Кожные покровы чистые, бледные,

сухие, тургор снижен. Общее развитие мышечной системы слабое, тонус мышц несколько снижен. Деформаций костей и болезненности при поколачивании нет. Периферических отеков голеней нет. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Деятельность сердца ритмичная, тоны приглушены, акцент II тона на аорте. АД — 140/75 мм рт. ст. Пульс ритмичный, 120 уд./мин. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень увеличена (+ 2 см), пальпируется нижний полюс селезенки. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления без особенностей.

Неврологический статус

Сознание ясное. Менингеальные знаки отрицательные. Глазные щели D = S, зрачки D = S. Движения глазных яблок возможны в полном объеме, нистагм при взгляде влево. Речь дизартрична. Сухожильные и периостальные рефлексы конечностей D = S, высокие, с расширенной зоной вызывания. Чувствительность сохранена. ПНП выполняет с промахиванием с двух сторон.

Диагноз при поступлении

Дисциркуляторная энцефалопатия II–III ст.

Данные лабораторных методов исследования

Клинический анализ крови: анемия (Hb 86 г/л, эритроциты 2,57 Т/л), тромбоцитопения (тромбоциты 71 Г/л), лейкоцитопения (лейкоциты 2,7 Г/л), эозинофилия (эозинофилы 8 %).

Клинический анализ мочи: протеинурия (белок 0,045 г/л), лейкоцитурия (лейкоциты 35–40 в п/зр.).

Биохимический анализ крови: гипопроteinемия (общий белок 62 г/л), синдром цитолиза (АсАт — 73 U/L, АлАт — 51 U/L), повышение уровня креатинина (110 мкмоль/л).

Коагулограмма: увеличение РФМК.

Липидный спектр: все показатели в пределах нормы.

Анализ крови на маркеры вирусных гепатитов: HCV — результат положительный (при определении АТ к гепатиту С иммунохроматографическим тестом).

Миелограмма: пунктат гипоклеточный. Кроветворение по нормобластическому типу. Гиперплазия эритрономобластического роста. Встречаются эритрономоциты с признаками дисплазии: дольчатость ядер, зернистость цитоплазмы, мегакариоциты — единичные в препарате. Миелодиспластический синдром?

Данные инструментальных методов исследования

Электрокардиограмма: ритм синусовый, правильный. Срединное положение электрической оси. Нарушение процессов реполяризации в верхушечной области. Признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.

Эхокардиография: склеротические изменения стенок аорты, створок аортального и митрального клапанов. Пролабирование передней створки митрального клапана — I ст. с регургитацией — I ст. на клапане. Гипертрофия миокарда ЛЖ. Дополнительная хорда в просвете ЛЖ, гемодинамически незначимая.

УЗДГ сонных артерий: угловой изгиб ВСА с обеих сторон, больше справа.

УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения паренхимы печени и поджелудочной железы без их увеличения. Состояние после холецистэктомии. Солевой диатез почек. Гидрокаликоз справа. Нефроптоз справа — I ст.

УЗИ щитовидной железы: увеличение щитовидной железы I ст.

МРТ головного мозга: объемной патологии головного мозга не выявлено. Признаки дегенеративного поражения с наличием очагов «накопления» марганца в подкорковых ядрах. Диффузный атрофический процесс. Арахноидальная киста правой лобной области. Заместительная наружная, арезорбтивная внутренняя гидроцефалия.

Консультация окулиста: ослаблена конвергенция, поля зрения не ограничены, зрачки равны, на глазном дне — ангиопатия сетчатки обоих глаз.

Консультация отоларинголога: субъективные ушные шумы, хроническая сенсоневральная тугоухость с обеих сторон II ст.

Консультация гематолога (с учетом данных стеральной пункции): миелодиспластический синдром?

Консультация психиатра: органическое эмоциональное лабильное расстройство.

Консультация гастроэнтеролога: хронический вирусный гепатит С, минимальная степень активности. Анемия неясного генеза.

Лечение в стационаре

Режим полупостельный. Исключены жирные сорта мяса и рыбы, жареное, копченое, специи, ограничено употребление поваренной соли до 5–6 г/сут. Рекомендованы молочные продукты, нежирные отварные сорта мяса и рыбы, овощи, ягоды.

Медикаментозная терапия (Гепат-Мерц (Ornithinum) внутривенно 10 мл на 5 % растворе глюкозы, тиоцетам (Piracetam + Thiotriazoline) внутривенно 20 мл на 100 мл 0,9 % натрия хлорида, витамины группы В, фолиевая кислота (Acidum Folicum) — по 1 таблетке 3 раза в день, актовегин (Actovegin) внутривенно 10 мл на 200 мл 0,9 % натрия хлорида, рибоксин (Inosine) — по 1 таблетке 2 раза в день, цераксон (Citicoline) внутривенно по 5 мл 2 раза в день, дипиридамол (Dipyridamol) по 25 мг 3 раза в день) ощутимого клинического результата не дала.

Врачебный консилиум

Диагноз

Основное заболевание: хронический вирусный гепатит С с минимальной активностью, миелодиспластический синдром. Сопутствующее заболевание: артериальная гипертензия, степень I, стадия II. Осложнение: смешанная (гипоксемическая, печеночная, гипертензивная) энцефалопатия III ст.

Рекомендации

Консультация инфекциониста, лечение в гематологическом стационаре.

ВЫВОДЫ

Клинический случай интересен тем, что определявшая тяжесть состояния пациентки неврологическая картина, по поводу которой она лечилась на протяжении определенного периода времени, была обусловлена осложнившейся хронический вирусный гепатит С, а также артериальную гипертензию, энцефалопатией, ключевая роль в которой принадлежит последствиям миелодиспластического синдрома.

Пациентка должна лечиться у гематолога и инфекциониста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bartosch B., Dubuisson J. Recent Advances in Hepatitis C Virus Cell Entry / B. Bartosch, J. Dubuisson. — *Viruses*. — 2010. — № 2. — P. 692—709.
2. Хворостинка В. Н. Терапевтическая гастроэнтерология / [В. Н. Хворостинка, Н. И. Яблучанский, С. Н. Панчук, Л. М. Пасиешвили]. — Х. : Основа, 1999. — 368 с.
3. О कोरोков А. И. Диагностика болезней внутренних органов. Том 1. Диагностика болезней органов пищеварения / А. И. О कोरोков. — М. : Мед. лит., 2007. — 560 с.
4. Ивашкин В. Т., Лапина Т. Л. Гастроэнтерология, национальное руководство / В. Т. Ивашкин, Т. Л. Лапина. — М. : ГЭОТАР-Медиа. — 2008. — 754 с.
5. Tan S. L. Hepatitis C Viruses: Genomes and Molecular Biology / S. L. Tan. — Norfolk (UK) : Horizon Bioscience, 2006. — 470 p.
6. Tang H., Grise H. Cellular and molecular biology of HCV infection and hepatitis. — *Clin Sci (Lond)*. — 2009, 117(2). — P. 49—65.
7. Chou R., Clark E., Helfand M. Screening for Hepatitis C Virus Infection. — *Systematic Evidence Reviews*. — No. 24. — 2004.
8. Hartwell D., Jones J., Baxter L., Shepherd J. Peginterferonalfa and ribavirin for chronic hepatitis C in patients eligible for shortened treatment, re-treatment or in HCV/HIV co-infection: a systematic review and economic evaluation. — *Health Technology Assessment*. — No. 15. — 2011.
9. Chronic hepatitis C presenting with hepatic involvement by chronic lymphocytic leukemia responding to polyethylene glycol interferon- α -2b / Hoki T., Kuroda H., Ishikawa K., Okagawa Y., Yamada M., Sakurai T., Fujii S., Maeda M., Fujita M., Nagashima K., Nojiri S., Joumen W., Kato J. *Gan To Kagaku Ryoho*. — 2012, — 39(10).
10. Руководство по гематологии /под ред. А.И. Воробьева, 3-е изд., перераб. и допол. — М. : Ньюдиамед, 2003. — 280 с.