ВНЕПЕЧЕНОЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Ксения Алексеевна Вютрих[1, 2], Наталья Олеговна Гончар[1, 2], Наталья Яковлевна Дзеранова[1]

[1] Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2

[2] Городская Мариинская больница. 191014, Санкт-Петербург, Литейный пр., д. 56

E-mail: ksux33@mail.ru

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: аутоиммунный гепатит; внепеченочные проявления; хронический вирусный гепатит С; полимиозит; системная склеродермия; системный склероз; HCV.

Введение. Частота внепеченочных проявлений хронического вирусного гепатита С (HCV) достигает 23%, и в ряде случаев внепеченочные проявления маскируют поражение печени. Природа их развития обусловлена иммунными реакциями, возникающими в ответ на репликацию вируса. Роль HCV-инфекции как этиологического фактора показана при смешанной криоглобулинемии, иммунной тромбоцитопении, синдроме Шегрена, аутоиммунном тиреоидите, поздней кожной порфирии, красном плоском лишае и других заболеваниях. Связь HCV с развитием системного склероза (склеродермии) и полимиозита в настоящее время не установлена, но в литературе представлены случаи сочетания этих заболеваний с аутоиммунным гепатитом.

Цель исследования. Обратить внимание клиницистов на необходимость обследования на вирусные гепатиты при подозрении на наличие у пациента аутоиммунного заболевания.

Клиническое наблюдение. Пациентка Т., 40 лет, направлена в стационар для обследования с жалобами на отеки стоп и голеней, мышечную слабость, больше в нижних конечностях, утомляемость, одышку при физической нагрузке.

Впервые отечность, высыпания в области голеней появились за 8 лет до настоящей госпитализации, разрешились самостоятельно. Обследовалась в терапевтическом стационаре с подозрением на дебют саркоидоза легких, синдром Лефгрена. Медицинская документация не представлена. Рекомендованная биопсия кожного лоскута не проводилась, у пульмонолога не наблюдалась. Слабость и утомляемость вновь стала отмечать в течение последнего года. За месяц до госпитализации появилась и стала прогрессировать отечность нижних конечностей и одышка.

Проживает одна, не работает. Факт чрезмерного потребления алкоголя не подтверждает.

На момент поступления в стационар при осмотре кожные покровы сухие, бледные, субиктеричные. Местно — по всей поверхности голеней и тыльной поверхности стоп кожа плотная, отечная, гиперемированная, безболезненная, теплая на ощупь.

Обследование было направлено на выявление системного заболевания — системного склероза, полимиозита, аутоиммунного гепатита, кроме того, исключались саркоидоз и онкопатология.

В клиническом анализе крови выявлены умеренные нормохромная анемия и тромбоцитопения. В биохимическом анализе крови — небольшое повышение печеночных трансаминаз. Общий билирубин — 61,7 мкмоль/л, С-реактивный белок — 48,9 мг/л. антистрептолизин-О — 229,7 МЕд/мл, ревматоидный фактор — 54 МЕд/мл.

Патологии со стороны сердечно-сосудистой системы при выполнении электрокардиографии и эхокардиографии не обнаружено. Данных за саркоидоз при обзорной рентгенографии, мультиспиральной КТ органов грудной клетки не было. Изменения по результатам ультразвукового исследования в артериях и венах нижних конечностей отсутствовали; при обследовании брюшной полости — гепатоспленомегалия, диффузные изменения паренхимы печени, почек, поджелудочной железы, скудное количество жидкости.

Иммунологические исследования показали пограничное повышение титра антител к синтетазе PL-7, SRP, Mi2, типичных для полимиозита, а также антинуклеарного фактора (ядерный гранулярный тип свечения) и отсутствие изменений титра антител, типичных для системного

склероза. Тест на вирусный гепатит С положителен. По данным биопсии кожного лоскута — кожа с типичным эпидермисом, фиброзом дермы и подкожной клетчатки.

На фоне лечения гепатопротекторами, мочегонными, глюкокортикостероидами отмечено некоторое уменьшение отеков и гиперемии нижних конечностей, улучшение общего состояния. После выписки рекомендовано обратиться к гепатологу для решения вопроса о назначении противовирусной терапии.

Заключение. Кожные изменения, более типичные для системного склероза, сочетаются в описанном клиническом случае с повышением титра антител, характерных для полимиозита, что позволяет говорить о формировании overlap-синдрома. Значение HCV-инфекции в его развитии весьма вероятно и требует дальнейшего изучения. По мере накопления данных план обследования пациентов с подозрением на системный склероз/полимиозит может быть дополнен обязательным тестом на HCV-инфекцию. Кроме того, следует рассмотреть вопрос о расширении показаний к определению иммунологических маркеров аутоиммунных заболеваний у пациентов с вирусным гепатитом С.