

УДК 616.36-004(071.2)

ПЕРВИЧНЫЙ БИЛИАРНЫЙ ЦИРРОЗ И КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

¹ З. П. Лемешевская, ¹ Г. М. Варнакова, ² Е. Г. Шевченко

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

² УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

PRIMARY BILIARY CIRRHOSIS AND COMORBID PATHOLOGY OF UPPER GASTROINTESTINAL TRACT

¹ Z. P. Lemeshenskaya, ¹ G. M. Varnakova, ² E. G. Shevchenko

¹ Educational Institution «Grodno State Medical University», Grodno, Belarus

² Educational Institution «Belarusian State Medical University», Minsk, Belarus

Введение. Первичный билиарный цирроз (ПБЦ) – редкое аутоиммунное заболевание, характеризующееся медленным прогрессирующим течением воспалительного процесса в портальных трактах и иммуноопосредованной деструкцией внутрипеченочных желчных протоков. Выделяют два варианта его течения: АМА-позитивный (классический) вариант (85,4%) и АМА-негативный вариант (14,6%).

Внутри этих вариантов отдельно следует рассматривать: перекрестный синдром (overlap-syndrome) с аутоиммунным гепатитом (АИГ) – ПБЦ/АИГ (9,4%) и бессимптомное течение (10,9%).

У пациентов с ПБЦ диагностируется коморбидная патология, в том числе и симптомы поражения верхних отделов ЖКТ, знание которых важно для более раннего установления диагноза ПБЦ, особенно в случаях АМА-негативного варианта, перекрестного синдрома и бессимптомного течения.

Цель – представить клинико-лабораторную характеристику ПБЦ.

Материалы и методы. В течение 2009-2016 гг. обследованы 230 пациентов с установленным диагнозом цирроз печени, из них 56 человек с диагнозом ПБЦ, проходивших лечение в УЗ «Минская областная больница», УЗ «ГКБ № 6 г. Минска», УЗ «ГКБ № 4 г. Гродно».

Результаты представлены в виде Me (25; 75). Для обработки полученных данных использовали программу StatsDirect, методы непараметрической статистики, т. к. полученные данные не подчиняются нормальному распределению (положительный тест W Шапиро-Уилка, $p < 0,001$). Использованы показатели непараметрической статистики: Манна-Уитни, Крускала-Уоллиса, Вилкоксона, наравне с χ^2 , критерием Фишера и построением таблиц сопряженности.

Результаты исследований. Средний возраст пациентов составил 55 (49-61) лет. Все пациенты были разделены на 2 большие группы: группа А – 204 человека, представленная циррозами вирусной (В и С), и алкогольной этиологии, и группа Б – 56 человек с установленным диагнозом ПБЦ. Достоверной разницы в возрасте между группами А и Б не выявлено, $p > 0,05$.

По гендерным различиям в группе А достоверно одинаковое количество женщин и мужчин, $\chi^2 34,9$, $p > 0,9$. В группе Б с ПБЦ 100% пациентов представлено женщинами.

Длительность болезни от момента установления диагноза в общей группе составила 12 (6-36) месяцев, в группе А – 18 (6-48), в группе Б – 4 (2-9) месяцев.

Большинство пациентов (91%) в общей группе (260 чел.) при поступлении имели анемию со средним содержанием гемоглобина 111 (94-132), чему также соответствовало низкое содержание железа в сыворотке крови, однако при анализе крови в группе А уровень гемоглобина составил 106 (87-119), в то время как в группе Б – 140 (134-147).

В общей группе преобладали пациенты без асцита – 103 человека, а среди асцитов меньше было напряженных (17 случаев), частота остальных не различалась между собой, $\chi^2 76,19$, $p < 0,0001$. При анализе внутри группы А выявлено 17 случаев напряженных асцитов, остальные виды, как и в основной группе, достоверно не различались по частоте, $\chi^2 19,10$, $p < 0,0008$. При поступлении у всех (100%) пациентов с ПБЦ не выявлено признаков асцита ни клинически, ни в ре-

зультате УЗИ-исследования.

В группе А среди признаков портальной гипертензии у большинства пациентов по результатам ФГДС обнаруживались варикозно расширенные вены пищевода $\chi^2 64,8$, $p < 0,0002$, чего не наблюдалось среди пациентов в группе Б.

Наиболее частым кожным проявлением ПБЦ была гиперпигментация (у 27%). Изначально потемнение кожи наблюдалось на сгибательных поверхностях конечностей, впоследствии распространялось на все тело, в то время как ксантелазмы наблюдались только у 7% пациентов, желтуха – у 11%, $\chi^2 78,5$, $p < 0,0001$. Уровень билирубина составил в общей группе 45 (19-91) мкмоль/л, в группе А 29 (55-106), в группе Б – 16 (14-25) мкмоль/л.

Активность АСТ в общей группе составила 47 (33-68), в группе А – 44 (31-58), в группе Б – 74 (48-100) Ед/л. Показатель АЛТ в общей группе – 50 (35-67), в группе А – 48 (34-59), в группе Б – 84 (48-135) Ед/л.

Наиболее типичным клиническим проявлением ПБЦ служил кожный зуд, который наблюдался у 76% наших пациентов как симптом манифестации заболевания $\chi^2 43,7$, $p < 0,001$.

Со стороны верхних отделов ЖКТ наблюдался синдром Шегрена – выявлялся у 64% пациентов при наличии выраженного холестаза. Проявления синдрома Шегрена были слабовыраженными и нераспознанными, так как в субъективной симптоматике болезни доминировал интенсивный кожный зуд (наличие синдрома подтверждено детальным сбором анамнеза заболевания).

Отмечено, что у 17% пациентов имелись изменения состояния ротовой полости и зубов (в результате разрушения твердой пластины расшатывались и выпадали зубы, прогрессировал кариес), что заставляло пациентов чаще обращаться к стоматологам для протезирования, $\chi^2 43,7$, $p < 0,003$.

У 31% пациентов примерно в одинаковое время с выставлением диагноза ПБЦ были подтверждены сахарный диабет или нарушение толерантности к углеводам.

Поражение легких в виде диффузного пневмосклероза, который был представлен деформацией легочного рисунка, тяжистыми, ячеистыми тенями на рентгенограммах легких, наблюдалось у 40% пациентов (чему не придавалось значения лечащими врачами).

Выводы. Следует отметить, что при ранней диагностике ПБЦ специфической симптоматики нет в 47% случаев, однако следует учитывать такие общие симптомы и коморбидные заболевания, как кожный зуд – 76%; наличие сопутствующего сахарного диабета – 31%; асцит не характерен для пациентов с ПБЦ; наличие нормальных уровней гемоглобина, в отличие от группы с другими циррозами, где преобладала анемия (140 (134-147) и 106 (87-119) г/л, соответственно); диффузный пневмосклероз – 40% случаев.

Со стороны верхних отделов ЖКТ имелись изменения состояния ротовой полости и зубов у 17% пациентов; синдром Шегрена – 64%; варикозное расширение вен пищевода встречается реже, чем в общей группе пациентов с циррозами, $p < 0,0001$.

Проведенный анализ позволит на практике в более ранние сроки выявлять ПБЦ, соответственно, раньше назначить лечение, что, по данным литературы, улучшает прогноз и качество жизни пациентов.