

Неалкогольна жирова хвороба печінки у пацієнтки молодого віку з ожирінням в коморбідності з гіперандрогенією, постхолецистектомічним синдромом і реактивним панкреатитом.

Клінічний випадок

О. О. Бондаренко, М. І. Сорочка

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Львів, Україна

Ключові слова: неалкогольна жирова хвороба печінки, інсулінорезистентність, ожиріння, метформін, молодий вік, метаболічний синдром

Вступ

Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) — проблема, що набуває все більшого значення і часто розглядається в літературі як ознака ураження печінки при метаболічному синдромі (МС). Наразі спостерігається тенденція до швидкого зростання і омолодження пацієнтів із даною патологією. В індустріально розвинутих країнах поширеність НАЖХП коливається від 30 до 45%. Хронічні неінфекційні захворювання формують основні питання у галузі охорони здоров'я ХХІ століття. Всесвітня організація охорони здоров'я дану проблему оцінює як «пандемію ХХІ століття», що стрімко охоплює високорозвинені країни, та прогнозує зростання на 50% до 2035 року [9]. Згідно з науковими даними, до 2030 року прогнозується збільшення поширеності НАЖХП на 21%, тоді як випадки неалкогольного стеатогепатиту зростуть на 63% [6]. Реєстрація частоти розвитку МС у осіб молодого віку підвищилася за останні півстоліття у 1,5–2 рази. НАЖХП — це поліетіологічне захворювання, що характеризується порушенням ліпідного метаболізму [2]. Зміни обміну жирів, які виникають при НАЖХП, запускають цілий ряд патологічних каскадних реакцій, що сприяють розвитку різних захворювань і породжують проблему коморбідності [3]. Згідно з ВООЗ, МС — це патологічний стан, який асоціюється з абдомінальним ожирінням, інсулінорезистентністю, артеріальною гіпертензією та дисліпідемією. Швидкі темпи збільшення частоти виникнення даного захворювання становлять глобальну проблему. Адже МС може бути предиктором виникнення та фактором ризику таких захворювань та

їх ускладнень, як цукровий діабет 2-го типу, НАЖХП, ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, інфаркт міокарда, інсульт [7]. Провідну роль у патогенезі виникнення НАЖХП відіграє МС [8]. Все частіше у літературі зустрічаються випадки діагностування НАЖХП у осіб молодого віку [5]. Даний феномен можна пов'язати з урбанізацією, гіподинамією, нерациональним харчуванням, надмірним вживанням продуктів харчування з високою калорійністю та зростанням стресових навантажень. НАЖХП є небезпечним захворюванням, яке може призвести до летальних наслідків. НАЖХП охоплює стеатоз, неалкогольний стеатогепатит, що в кінцевому підсумку може призвести до цирозу, гепатоцелюлярної карциноми та пов'язаних з ними ускладнень [4]. Тому дане питання потребує глибокого і всебічного опрацювання з метою покращення діагностики у пацієнтів молодого віку та забезпечення ефективних підходів до лікування НАЖХП [1].

Мета роботи: покращити діагностику та лікування пацієнтів молодого віку з НАЖХП на тлі ожиріння.

Матеріал і методи. Проаналізовано випадок вперше виявленої НАЖХП у пацієнтки молодого віку з ожирінням в коморбідності з гіперандрогенією, постхолецистектомічним синдромом і реактивним панкреатитом. Системний аналіз, бібліосемантика та аналіз випадку захворювання конкретного пацієнта з НАЖХП. Пошук джерел здійснено за допомогою науково-статистичної бази даних медичної інформації.

Опис клінічного спостереження. Пацієнтка С. амбулаторно звернулась за медичною допомогою на кафедру терапії ЛНМУ ім. Данила Галицького на

первинний огляд 21.08.2018 зі скаргами на невдоволеність власною масою тіла, естетичний дискомфорт та періодичне здуття живота, проноси. Хвора відзначає, що дані скарги з'явилися з 2011 року. Зі слів пацієнтки медичні препарати на постійній основі не приймає. Пацієнтка С. 29 років, гіперстенічної конституції, зріст 165 см, маса тіла 98 кг. Індекс маси тіла — 36,6 кг/м². Об'єм талії — 105 см, об'єм стегон — 116 см, індекс співвідношення талія/стегно — 0,91. Характер відкладення жиру андроїдний. Шкіра надлишкової вологості. Множинні стрії на животі. Надлишковий ріст волосся на підборідді, по білій лінії живота. Шкідливі звички заперечує. З анамнезу відомо, що наявні хронічні захворювання, а саме рефлюкс-гастрит, панкреатит. Сімейний анамнез обтяжений по серцево-судинним захворюванням, надмірній масі тіла. Артеріальний тиск — 120/75 мм рт.ст., пульс — 78 уд./хв, тони серця ритмічні.

Лабораторні показники: загальний аналіз крові, сечі та електроліти крові в межах нормативних значень; біохімічний аналіз крові — підвищений рівень загального білірубину до 34,2 мм/л, прямого — до 10,2 мм/л.

Інструментальні: флюорографія органів грудної порожнини: легені, серце в нормі; електрокардіограма: без видимих патологічних змін.

Після першого візиту був встановлений попередній діагноз: Ожиріння II ступеня. Вторинна інсулінорезистентність. Гіперандрогенія, надниркова форма. Постхолецистектомічний синдром (2014). Реактивний панкреатит. Були рекомендовані додаткові лабораторні дослідження (ліпідний профіль крові, індекс НОМА, гормональні дослідження (пролактин, прогестерон, тиреотропний гормон, андростендіон, дегідроепіандростерону сульфат, кортизол), а також еластометрія печінки. Також був застосований опитувальник SF-36 оцінки якості життя. Пацієнтці були надані рекомендації щодо раціонального харчування, модифікації способу життя. Повторний огляд відбувся 28.08.2018. Аналізи, зроблені на момент огляду: панель щитовидної залози, ДГЕА-С — в межах нормативних значень. Глюкоза крові — 4,74 ммоль/л, інсулін — 26,1 мкОд/мл, HbA1c — 4,775, індекс НОМА — 5,5. Біохімічний аналіз крові — підвищені показники загального (26,9 мкмоль/л) та прямого білірубину (6,3 мкмоль/л), активність аланінамінотрансферази — 51 Од/л, аспартатамінотрансферази — 32 Од/л. Ультразвукове дослідження внутрішніх органів: права нирка: розміри — 103,0×47,0 мм; розташована типово; контур рівний, чіткий; паренхіма не потовщена, товщиною 19,0 мм; ехогенність звичайна; чашково-мискова система не розширена; ущільнена; ліва нирка: розміри — 111,0×46,0 мм; розташована типово; контур рівний, чіткий; паренхіма не потовщена, товщиною 19,0 мм; ехогенність звичайна; чашково-мискова система не розширена; ущільнена; сечовий міхур: форма симетрична; наповнений помірно; стінка 2,0 мм; не потовщена, рівномірна; об'ємні утворення в просвіті не візуалізуються. Селезінка: розміри: 129,0×42,0 мм, збільшена; контури чіткі, рівні; ехогенність звичайна; структура однорідна. Селезінкова вена 8 мм. Підшлункова залоза:

контур чіткий, рівний; ехогенність підвищена; структура однорідна; грубозерниста; розміри: голівка — 29,0 мм, тіло — 17,0 мм, хвіст — 27,0 мм; не збільшена; вірсунгова протока не розширена. Печінка: розміри: права частка — 141,0 мм, ліва частка — 59,0 мм; хвостата частина — 29,0 мм. Не виступає з-під краю реберної дуги; ехогенність підвищена; структура однорідна, грубозерниста; v. portae — 11,0 мм; d. choledochus — 2,0 мм; кровоплин у порталній вені гепатопетальний, швидкість 24 см/с. Еластографія: при проведенні еластометрії паренхіми печінки визначається при ЗХЕ жорсткість печінки F1–F2 за шкалою МетаВір, що відповідає фіброзу легкого ступеня. Жовчний міхур — операційно видалений, ложе без особливостей, просвіт холедоха гомогенний. Висновок інструментального обстеження внутрішніх органів: за даними еластометрії паренхіми печінки виявлено фіброз легкого ступеня. Виражений жировий гепатоз. Гепатоспленомегалія. Вторинні зміни підшлункової залози. Пацієнтці було рекомендовано пройти тест FibroMax або SteatoTest. Отримані дані тесту (SteatoTest) свідчили про виражений стеатоз, більше 30% гепатоцитів із стеатозом (S2–S3).

Хворій було призначене лікування, що включало дієтотерапію, верошпірон у дозі 50 мг двічі на добу до 25-го дня менструального циклу, а також метформін у початковій дозі 250 мг під час вечері. Наступний візит відбувся 11.09.2018. В день консультації хвора скарги не пред'являла. Відзначала покращення загального стану. Об'єктивний огляд: маса тіла — 95 кг, частота серцевих скорочень — 78 уд./хв, артеріальний тиск — 120/80 мм рт.ст. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки звичайного кольору. Фізіологічні відправлення в нормі. Лабораторні дані: глюкоза крові — 4,01 ммоль/л, інсулін — 19,1 мкОд/мл, HbA1c — 4,6, індекс НОМА — 3,4. Біохімічний аналіз крові — показники загального (18,2 мкмоль/л) та прямого білірубину (4,6 мкмоль/л), аланінамінотрансфераза — 28 Од/л, аспартатамінотрансфераза — 24 Од/л. Ультразвукове дослідження: печінка: розміри: права частка — 120,0 мм, ліва частка — 52,0 мм; хвостата частина — 26,0 мм. Не виступає з-під краю реберної дуги; ехогенність підвищена; структура однорідна; v. portae — 10,4 мм; d. choledochus — 2,0 мм. Пацієнтці було кориговане лікування, яке полягало у збільшенні дози метформіну до 800 мг — 1 таблетка під час вечері. Рекомендовані через 3 місяці: консультація терапевта, лабораторні обстеження: біохімічний аналіз крові, інсулін, індекс НОМА, інструментальні обстеження: еластографія.

Результати і обговорення. У нашому спостереженні пацієнтка С., 29 років, звернулася за амбулаторною допомогою з приводу надмірної маси тіла. Основна скарга, що турбувала обстежувану особу, — це невдоволеність антропометричними параметрами, а саме масою тіла. Особі С. були проведені додаткові лабораторні та інструментальні обстеження, проведено диференційну діагностику з метою встановлення достовірного діагнозу. Для ідентифікації діагнозу НАЖХП враховували комплексно дані клініко-лабораторних, біохімічних та інструментальних досліджень згідно зі стандартами обстеження хворих

із патологією органів шлунково-кишкового тракту. До моменту обстеження пацієнтка не отримувала лікування НАЖХП за стандартними схемами. Було встановлено діагноз: Ожиріння II ступеня (андроїдний тип). Вторинна інсулінорезистентність. Постхолецистектомічний синдром (2014). Неалкогольний стеатогепатоз. Гепатоспленомегалія. Реактивний панкреатит. Після встановлення діагнозу, дотримання рекомендацій та проведеного лікування стан пацієнтки покращився. Спостерігалась позитивна динаміка з боку лабораторних, інструментальних показників. А також покращився загальний стан пацієнтки (оцінка якості життя згідно з анкетною-опитувальником SF-36 у порівнянні з моментом, коли особа вперше звернулася на консультацію), зменшилась

маса тіла. Важливо наголосити на відсутності явних скарг у цієї хворої. Саме тривалий безсимптомний перебіг НАЖХП ускладнює своєчасне встановлення діагнозу. Таким чином, рання діагностика та призначення необхідного лікування запобігає виникненню незворотних змін у печінці.

Висновки. Даний клінічний випадок підкреслює актуальність даної проблеми у медичній практиці. Активне виявлення та попередження початкових проявів цієї хвороби у осіб молодого віку допоможе знизити ризик розвитку асоційованих із нею захворювань. Пацієнти з НАЖХП та ожирінням мають підвищений ризик виникнення різноманітних ускладнень, тому потребують більшої уваги лікаря та частішого контролю показників та функціонального стану печінки.

Література:

1. Анохина Г. А., Харченко В. В. Патогенетические аспекты профилактики и лечения фиброза печени у больных неалкогольным стеатогепатитом. *Сучасна гастроентерологія*. 2013. № 4. С. 82–86.
2. Марущак М. І., Антонічев М. М., Мазур Л. П. Механізми формування метаболічних порушень при діабетичному стеатогепатиті. *Сучасна гастроентерологія*. 2013. № 2. С. 30–34.
3. Огнєва О. В. Взаємозв'язок фактора некрозу пухлин α й лептину та їхній вплив на функцію печінки у хворих з неалкогольною жировою хворобою печінки у поєднанні з цукровим діабетом 2-го типу. *Сучасна гастроентерологія*. 2012. № 4. С. 15–18.
4. Alswat K., Aljumah A. A., Sanai F. M. et al. Nonalcoholic fatty liver disease burden — Saudi Arabia and United Arab Emirates. *Saudi journal of gastroenterology: official journal of the Saudi Gastroenterology Association*. 2018. Vol. 24. P. 211–219.
5. Doycheva I., Watt K. D., Alkhoury N. Nonalcoholic fatty liver disease in adolescents and young adults: The next frontier in the epidemic. *Hepatology*. 2017. Vol. 65. P. 2100–2109.
6. Estes C., Razavi H., Loomba R. et al. Modeling the epidemic of nonalcoholic fatty liver disease demonstrates an exponential increase in burden of disease. *Hepatology*. 2017. Vol. 67. P. 123–133.
7. Saklayen M. G. The global epidemic of the metabolic syndrome. *Current Hypertension Reports*. 2018. Vol. 20. P. 12.
8. Streba L. A., Vere C. C., Rogoveanu I., Streba C. T. Non-alcoholic fatty liver disease, metabolic risk factors, and hepatocellular carcinoma: an open question. *World Journal of Gastroenterology*. 2015. Vol. 21, No 14. P. 4103–4110.
9. Weiss R., Dziura J., Burgert T. S. Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescent. *N. Engl. J. Med*. 2004. Vol. 350. P. 2362–2374.

УДК 616.36-056.52-06:(616.43/.45+616.366-089.87+616.37-002)-05.2-053.82-036
doi: 10.33149/vkrp.2020.02.05

UA

Неалкогольна жирова хвороба печінки у пацієнтки молодого віку з ожирінням в коморбідності з гіперандрогенією, постхолецистектомічним синдромом і реактивним панкреатитом. Клінічний випадок

О. О. Бондаренко, М. І. Сорочка

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Львів, Україна

Ключові слова: неалкогольна жирова хвороба печінки, інсулінорезистентність, ожиріння, метформін, молодий вік, метаболічний синдром

Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) — проблема, що набуває все більшого значення і часто розглядається в літературі як ознака ураження печінки при метаболічному синдромі. Наразі спостерігається тенденція до швидкого зростання і омолодження пацієнтів із даною патологією. Метаболічний синдром, який є поліетіологічним захворюванням та характе-

ризується порушенням обміну речовин та запуском різних патологічних каскадних реакцій, може призводити до серцево-судинних хвороб, цукрового діабету та їх ускладнень. Проблема коморбідності призводить до погіршення якості життя пацієнта та в тяжких випадках може стати причиною смерті.

У статті описано клінічний випадок вперше виявленої НАЖХП у пацієнтки молодого віку з ожирінням в коморбідності з гіперандрогенією, постхолецистектомічним синдромом і реактивним панкреатитом. У статті представлений системний аналіз, бібліосемантика та аналіз випадку захворювання конкретного пацієнта з НАЖХП. Пошук джерел здійснено за допомогою науково-статистичної бази даних медичної інформації. Відсутність патогномонічних ознак та скарг даного захворювання привертає увагу науковців і клініцистів до всебічного дослідження даної проблеми, а також удосконалення системи виявлення НАЖХП на ранніх етапах розвитку. Це допоможе уникнути розвитку захворювання та різних ускладнень, пов'язаних із метаболічним синдромом, а також зберегти і покращити життя пацієнта. Боротьба з «хворобами ХХІ століття» повинна починатись ще задовго до прояву явних ознак захворювання.

Даний клінічний випадок підкреслює актуальність вказаної проблеми у медичній практиці. Активне виявлення та попередження початкових проявів даного захворювання у осіб молодого віку допоможе знизити ризик розвитку асоційованих із ним захворювань. Адже пацієнти з НАЖХП та ожирінням мають підвищений ризик виникнення різноманітних ускладнень, тому потребують більшої уваги лікаря та частішого контролю показників та функціонального стану печінки.

УДК 616.36-056.52-06:(616.43/.45+616.366-089.87+616.37-002)-05.2-053.82-036
doi: 10.33149/vkr.2020.02.05

RU Неалкогольная жировая болезнь печени у пациентки молодого возраста с ожирением в коморбидности с гиперандрогенией, постхолецистэктомическим синдромом и реактивным панкреатитом. Клинический случай

О. А. Бондаренко, М. И. Сорочка

Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого, Львов, Украина

Ключевые слова: неалкогольная жировая болезнь печени, инсулинорезистентность, ожирение, метформин, молодой возраст, метаболический синдром

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) — проблема, которая приобретает все большее значение и часто рассматривается в литературе как признак поражения печени при метаболическом синдроме. В настоящее время наблюдается тенденция к быстрому росту и омоложению пациентов с данной патологией. Метаболический синдром, который является полиэтиологическим заболеванием и характеризуется нарушением обмена веществ и запуском различных патологических каскадных реакций, может вызывать сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет и их осложнения. Проблема коморбидности приводит к ухудшению качества жизни пациента и в тяжелых случаях может служить причиной смерти. В статье описан клинический случай впервые выявленной НАЖБП у пациентки молодого возраста с ожирением в коморбидности с гиперандрогенией, постхолецистэктомическим синдромом и реактивным панкреатитом. В статье представлен системный анализ, библиосемантика и анализ случая заболевания конкретного пациента с НАЖБП. Поиск источников осуществлен с помощью научно-статистической базы данных медицинской информации. Отсутствие патогномичных признаков и жалоб данного заболевания привлекает внимание ученых и клиницистов к всестороннему изучению данной проблемы, а также совершенствованию системы выявления НАЖБП на ранних этапах развития. Это поможет избежать развития заболевания и различных осложнений, связанных с метаболическим синдромом, а также сохранить и улучшить жизнь пациента. Борьба с «болезнями XXI века» должна начинаться задолго до проявления явных признаков заболевания.

Данный клинический случай подчеркивает актуальность этой проблемы в медицинской практике. Активное выявление и предупреждение начальных проявлений указанного заболевания у лиц молодого возраста поможет снизить риск развития ассоциированных с ним заболеваний. Пациенты с НАЖБП и ожирением имеют повышенный риск возникновения различных осложнений, поэтому нуждаются в большем внимании врача и частом контроле показателей и функционального состояния печени.

EN Non-alcoholic fatty liver disease in a young patient with obesity, hyperandrogenism, postcholecystectomy syndrome and reactive pancreatitis. A clinical case

O. O. Bondarenko, M. I. Sorochka

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

Key words: non-alcoholic fatty liver disease, insulin resistance, obesity, metformin, young age, metabolic syndrome.

Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) is a problem that is getting increasingly important and is often considered in the literature as a sign of liver damage in the metabolic syndrome. Currently, there is a tendency to rapid growth and rejuvenation of patients with this pathology. Metabolic syndrome, which is a polyetiological disease and is characterized by metabolic disorders and the launch of various pathological cascade reactions, can cause cardiovascular diseases, diabetes mellitus and their complications. Problem of comorbidity leads to deterioration in the quality of life of the patient and in severe cases can cause death.

The article describes a clinical case of newly diagnosed NAFLD in a young patient with obesity in comorbidity with hyperandrogenism, postcholecystectomy syndrome, and reactive pancreatitis. The article presents a system analysis, bibliosemantics and case analysis of a particular patient with NAFLD. The search for sources was carried out using the scientific and statistical database of medical information. The absence of pathognomonic signs and complaints of this disease draws the attention of scientists and clinicians to conduct a comprehensive study of this problem, as well as improving the detection system of NAFLD in the early stages. This will help to avoid the development of the disease and various complications associated with the metabolic syndrome, as well as save and improve the patient's life. Fighting against the "diseases of the 21st century" should begin long before the manifestation of obvious signs of the disease.

This clinical case emphasizes the relevance of this problem in medical practice. Active identification and prevention of the initial manifestations of this disease in young people will help reduce the risk of developing comorbid diseases. Patients with NAFLD and obesity have an increased risk of various complications, therefore, they need more medical attention and frequent monitoring of liver indices and functional status.