

Ендокринологічний практикум БЕЗСИМПТОМНЕ ПІДВИЩЕННЯ ТРАНСАМІНАЗ У ПАЦІЄНТА З ОЖИРІННЯМ

Анамнез. У 50-річної жінки під час профілактичного обстеження виявлено незначно змінені печінкові проби (невелике підвищення рівня трансаміназ – рівень АлАт – 0,67 ммоль/л, АсАТ – 50 ммоль/л). Подібні зміни вже відзначалися при обстеженні більше 6 місяців тому, але хвора якихось спеціальних лікувальних заходів не проводила.

Жодних скарг не висуває, не курить, заперечує вживання алкоголю, трав'яних харчових добавок і застосування будь-яких інших ліків, крім призначених для терапії супутньої гіперхолестеринемії і гіпертонії (аторвастатин 40 мг, лізиноприл 20 мг та аспірин 325 мг щодня). Мати страждала на цукровий діабет і гіпертонію.

При огляді. Стан задовільний, надмірне харчування (ІМТ – 32 кг/м²), пульс – 84 за 1 хв, АТ – 150/100 мм рт.ст., шкірні покриви блідо-рожеві. Тони серця ритмічні, дещо приглушені, акцент 2 тону над аортою, в легенях – чисте везикулярне дихання, живіт при пальпації м'який, безболісний, печінка пальпується біля краю реберної дуги, гомілок.

При обстеженні. Маркери хронічних вірусних (В і С) і автоімунного гепатитів негативні, показники обміну заліза і рівень феритину, інші загальноклінічні аналізи – нормальні. Рівень глюкози натще – 7,0 ммоль/л, глікозильованого гемоглобіну – 7,6%, холестерину – 6,4 ммоль/л, ліпопротеїдів низької щільності – 4,4 ммоль/л, ліпопротеїдів високої щільності – 0,8 ммоль/л, тригліцеридів – 3,9 ммоль/л.

УЗД ОЧП. Незначне збільшення розмірів печінки, ознаки її жирової інфільтрації; жовчний міхур не збільшений, без конкрементів; підшлункова залоза не збільшена, підвищеної ехогенності, з нерівними контурами.

Запитання:

I. Який найбільш вірогідний діагноз?

1. Жировий гепатоз
2. Неалкогольний стеатогепатит (НАСГ)
3. Токсичний (алкогольний?) гепатит
4. Медикаментозно-індуковане пошкодження печінки (статин-індукована гіпертрансаміназемія)
5. Хронічний вірусний гепатит
6. Цироз печінки
7. Гемохроматоз

II. Яка на сьогодні найпоширеніша причина розвитку неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП)?

1. Цукровий діабет
2. Гіперхолестеринемія
3. Ожиріння
4. Прийом деяких медикаментів
5. Дисбіоз кишечника та СНБР
6. Баріатричні операції
7. Голодування та швидка втрата ваги

III. Який відсоток гладких пацієнтів мають НАЖХП?

1. Більше 30%
2. Більше 40%
3. Більше 50%
4. Більше 60%
5. Більше 70%
6. Більше 80%

IV. У якого числа хворих на НАЖХП розвивається НАСГ?

1. 5–10%
2. 10–20%
3. 20–30%
4. 30–40%
5. 40–50%
6. 50–60%

V. Які додаткові дослідження є найважливішими для визначення ризику розвитку НАЖХП?

1. ЕКГ
2. Комп'ютерна томографія
3. Встановлення наявності та ступеня фіброзу печінки (біопсія, еластографія, фібротест)
4. Моніторинг ліпідного спектру
5. Моніторинг рівня глікемії
6. Моніторинг ліпідного спектру та рівня глікемії

VI. Які додаткові дослідження є найважливішими для визначення прогнозу щодо перебігу НАЖХП?

1. ЕКГ
2. Комп'ютерна томографія
3. Встановлення наявності та ступеня фіброзу печінки (біопсія, еластографія, фібротест)

4. Моніторинг ліпідного спектру
5. Моніторинг рівня глікемії
6. Моніторинг ліпідного спектру та рівня глікемії

VII. Який із перерахованих методів лікувального впливу найбільш ефективний при НАСГ?

1. Модифікація способу життя і зниження надмірної маси тіла
2. Прийом адеметіоніну
3. Прийом урсодезоксихолевої кислоти
4. Прийом статинів
5. Прийом пробіотиків
6. Прийом цукрознижувальних препаратів

ПРАВИЛЬНІ ВІДПОВІДІ НА ЗАПИТАННЯ

(даній темі присвячена стаття С.М.Ткача, Т.Л.Черверди «Неалкогольна жирова хвороба печінки: поширеність, природний перебіг, сучасні підходи до діагностики та лікування», розміщена в рубриці «Лекції» цього журналу)

- I. 2. Неалкогольний стеатогепатит (НАСГ)
- II. 3. Ожиріння
- III. 6. Понад 80%
- IV. 3. 20–23%
- V. 6. Моніторинг ліпідного спектру і рівня глікемії
- VI. 3. Встановлення наявності і ступеня фіброзу печінки (біопсія, еластографія, фібротест)
- VII. 1. Модифікація способу життя і зниження надмірної маси тіла

Підготував проф. С.М. Ткач

Дата надходження до редакції 25.01.2016 р.