

Жалобы:

- выраженная слабость;
- мышечная боль;
- боль в коленных суставах;
- изжога (редко)



Anamnesis morbi:

- **2011 г.:** появились жалобы на мышечную боль и сильную слабость; в биохимическом анализе крови: ↑ КФК, ЛДГ, АЛТ, АСТ (до 10 ВГН). Пациентка обследована, диагноз - *полимиозит*;
- **2012 г.:** инициирована терапия преднизолоном 70 мг/сут с постепенным снижением до отмены; в дальнейшем – рецидив, возобновление терапии с 20 мг/сут с постепенным снижением до 5 мг/сут. В биохимическом анализе крови: ↑ АЛТ - 2 ВГН;
- **2013 г.:** ↑ АЛТ - 12 ВГН, АСТ – 9 ВГН, КФК – 1.2 ВГН. Консультация гастроэнтеролога: АИГ ? → скрининг АИЗП – отрицательно. Дальнейшее обследование не проводилось. Пациентка продолжает постоянный прием преднизолона 2,5-5 мг/сут; с этого времени – сохраняется синдром цитолиза
- **2023 г.:** в связи с усилением мышечной боли, слабости → курс метотрексата 15 мг/нед + преднизолон до 2.5 мг/сут;
- **Декабрь 2023 г.:** ↑ АЛТ, АСТ, состояние расценено как ЛИПП. Курс адеметионина - без эффекта;
- **В феврале 2024 г.** ↑ АЛТ 4.5 ВГН. УЗИ ОБП: гепатомегалия, картина жировой инфильтрации печени, мелкая киста печени, воротная вена – 10 мм. ЭГДС: дивертикул средней трети грудного отдела пищевода. Недостаточность кардии. Признаки ГПОД. Картина поверхностного антрального гастрита с элементами атрофии слизистой. Эпителиальная неоплазия 0-1S субкардиального отдела желудка

УЗИ ОБП:

Эхографические признаки диффузных изменений печени по типу стеатоза (S3), кисты левой доли печени, диффузных изменений поджелудочной железы.

Состояние после холецистэктомии.

Признаки портальной гипертензии не выявлены.

КТ ОБП:

Состояние после холецистэктомии от 2008 года. Начальные КТ-признаки стеатоза печени.

КТ-признаки хронического панкреатита, вне обострения. Единичные кисты почек с двух сторон (Bosniak I). МКБ. Единичные, мелкие, рентгеноконтрастные конкременты почек с двух сторон.

УЗИ-эластометрия:

2,81 кПа, что соответствует стадии фиброза по шкале METAVIR F 0-1.

Лабораторно:

IgA - 3,11 г/л;
IgG - 9,71 г/л;
IgM - 0,78 г/л;
АЛТ - **141 Ед/л;**
АСТ - **109 Ед/л.**
АНФ – 320.



Заключительный диагноз:

Основной: Хронический неverifiedированный гепатит, умеренная биохимическая активность S3 (F0-1 по Metavir, эластометрия 03.24г).

Сопутствующий: Гипертоническая болезнь 2ст. АГ контролируемая. Риск ССО высокий. ЦВБ. Энцефалопатия смешанного характера(дисциркуляторная, посттравматическая-спортивная травма в 1962г.) 1 степени. Судорожный синдром (ремиссия). СГПОД. Дивертикул средней трети грудного отдела пищевода. ЖКБ, лапароскопическая холецистэктомия от 2008г. Тубулярная аденома с ИЭН Low grade сигмовидной кишки (полипэктомия от 2021). Хронический геморрой, вне обострения. Остеопороз смешанного генеза (постменопаузальный+стероидный), осложненный компрессионными переломами Th12-L4. ДДЗП: распространенный остеохондроз с грыжеобразованием. Полиостеоартроз 3 стадии по Келлгрэну-Лоуренсу, ФНС 2. Правосторонний трохантерит. МКБ. Конкременты обеих почек. Единичные кисты почек. Хронический цистит, вне обострения. Хронический пиелонефрит, вне обострения. ХБП С1.. Полип уретры. Варикозная болезнь вен нижних конечностей.

Конкурирующий: Полимиозит, хронически-активное течение, активность низкой степени.

Рекомендации при выписке:

- Преднизолон 5мг длительно (доза титруется ревматологом);
- Витамин Д 2000 ЕД\сут длительно под контролем уровня витамина Д;
- Препараты кальция 1 табл в сутки длительно;

- Госпитализация хирургическое отделение СЗГМУ имени Мечникова И.И. для проведения гепатобиопсии.



"ООО" НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР КЛИНИЧЕСКОЙ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Санкт-Петербург, проспект Славы, дом 32, литера А
телефон: 8-812-679-42-50, Почта: registr@ncmd.ru
Лицензия № Л041-011148-78/00333528

ПРОТОКОЛ

Гистологического исследования биопсийного (операционного) материала
Регистрационный № 38623

Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента: **Лишацкая Надежда Михайловна**

Пол: **женский** Дата рождения: **08.05.1954** Возраст: **69**

Место регистрации:

Телефон:

Медицинское учреждение/отделение/врач,
направившее биопсийный (операционный) материал

Обратилась самостоятельно.

Диагноза заболевания (состояния) по данным направления: Хр. неverified гепатит.

Код МКБ по данным направления:

Дата забора материала по данным направления: 08.04.2024

Материал помещен в 10%-ный раствор нейтрального формалина: да

Дата поступления материала: 08.04.2024

Отметка о сохранности упаковки: да

Дата регистрации материала: 08.04.2024

Вырезка проводилась: 08.04.2024

Количество объектов исследования: 1 объект(а/ов)

Маркировка материала: Фрагменты ткани

Характер материала: биопсия диагностическая

МАКРОСКОПИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ: 3 столбца коричнево-серой ткани 0,3x0,1x1,5x0,1 см.

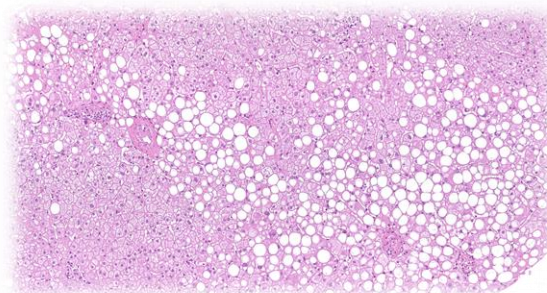
МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ: Гистологическое исследование выполнено на серийных срезах с окрасками Г-Э, ШИК-реакция, ШИК-реакция с амилгазой, трихром по Массону.

Дальковидное строение нарушено за счет дисконформации балочек в связи с диффузной, преимущественно крупновезикулярной, а также средневезикулярной, жировой дистрофией гепатоцитов (до 60% клеток). Углеводородная функция гепатоцитов диффузно снижена (ШИК-реакция). Лобулярно определяются рассеянные лимфоциты, гистиоциты, нейтрофильные гранулоциты, единичные фокальные некрозы, очаговая макрофагальная реакция. Определяются единичные тельца Маллори. Очаговый перивенулит отдельных центральных вен. Часть лобулярных желчных протоков со слабым перидуктальным фиброзом. Часть портальных трактов незначительно расширены за счет минимальной лимфоцитарной инфильтрации. Без поражения лобулярной пластинки. Инфильтрация не ассоциирована с мелкими желчными протоками. В отдельных портальных трактах неравномерный слабый фиброз.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Гистологическая картина хронического стеатогепатита со слабой активностью (A1 по METAVIR), умеренным стеатозом (около 60% клеток), минимальным фиброзом (F1 по METAVIR) морфологическими признаками, наиболее характерными для неалкогольной жировой болезни печени.

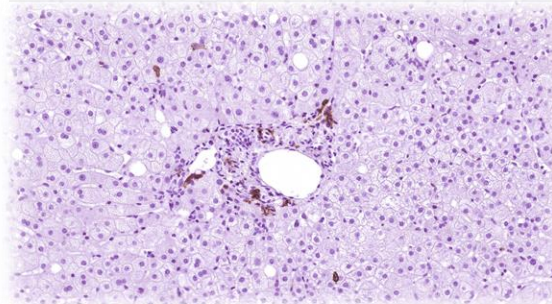
Консультировали: Воробьев С. Л.

Выполнил: 10.04.24 13:07. Беляков Илья Александрович.

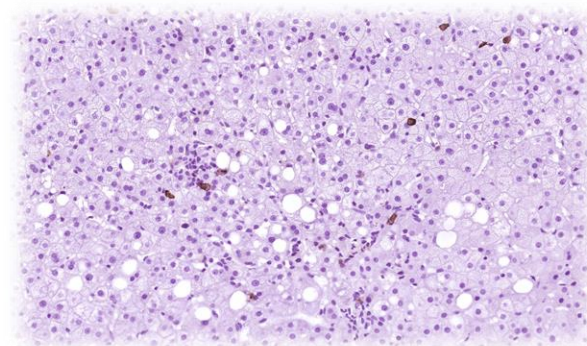


HEx100 крупновезикулярный стеатоз

При повторном исследовании биопсийного материала, с использованием ИГХ, были выявлены признаки, характерные для АИГ



CD38 плазмоциты, портальный тракт x 200



CD38 плазмоциты, лобулярно x 200

На основании полученных данных можно говорить о сочетанном генезе поражения печени у данной пациентки (жировая болезнь печени, ассоциированная с длительным приемом преднизолона, и аутоиммунный гепатит)