

ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ КОРОНАРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ  
Тухтакулов А.Ю., Махмудов Н.И., Каттаханова Р.Ю.,  
Шамсутдинова Г.Б., Умирзаков О.Э. Ферганский филиал  
РНЦЭМП Ферганский медицинский институт общественного  
здоровья Республика Узбекистан

**Актуальность:** Известно, что системные вирусные инфекции, в том числе COVID-19, при которых вирус, попадая в организм, распространяется с током крови, могут вызывать кратковременное повышение уровня АЛТ без значимого нарушения функции печени. Это изменение биохимических показателей может отражать как общую активацию иммунитета, так и воспаление, вызванное белками воспаления (цитокинами – веществами белковой природы, выделяемыми иммунными клетками в ответ на проникновение в организм вируса) [2, 3]. Печень больных коронавирусом 194 страдает как из-за непосредственного воздействия инфекции COVID-19, так и из-за лекарственной терапии– приёма противовирусных, жаропонижающих препаратов, антибиотиков [1, 3]. По данным китайских медиков, у пациентов с COVID-19 в критическом состоянии нередко наблюдаются признаки нарушения функции печени. Поэтому пациенты с циррозом и COVID-19 подвержены более высокому риску декомпенсации и развитию печеночной недостаточности [4, 7]. Частота случаев повреждения печени при COVID-19 колеблется от 15% до 53% [6, 8, 9]. Данные основаны на повышении уровня ферментов печени – аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ) – и билирубина.

Данные китайских специалистов показывают, что повреждение печени значительно чаще встречается среди людей с тяжелым течением коронавируса. Пациенты с хроническими заболеваниями печени требуют повышенного внимания врачей в период эпидемии, так как на фоне обострения их заболевания повышается не только риск заражения вирусной инфекцией COVID 19, но и ее более тяжелое течение. Цель исследования: выявление частоты повреждения печени у госпитализированных больных с COVID - 19 с легкой и средней степенью тяжести течения. Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезней 6698 пациентов, находившихся на лечении в привизорных отделениях Ферганской области, организованной в период пандемии COVID-19. Из них у 1468 (22 %) отмечены поражения печени. Из них 164 (11 %) в анамнезе имели хронические заболевания печени - хронический гепатит - у 92, цирроз печени - у 70, эхинококк - у 2 больных. По возрасту больных распределились следующим образом: 0-19 лет - 112 (7,6%), 20-29 лет – 221 (15%), 30-39 лет - 159 (10,8%), 40-49 лет - 171 195 (11,6% ), 50-59 лет - 233 (15,8% ), 60-69 лет - 295 (20%) 70-и более лет - 277 (10% ) больных. Частота поражение печени больше встречалась в 50-69 летнем возрасте, у 528 больных (36%). Также нами изучены частота поражения печени у больных с коронарновирусной инфекцией по группам крови. О (I) Rh + у 265 (18%), А (II) Rh + у 392 больных (26,7%), В (III) Rh + у 465 (31,6%), АВ (IV) Rh + у 346 больных (23,5%). Частота заболевания больше

встречалась у больных со второй и третьей группой крови, составляя 68%). У пациентов с сопутствующими заболеваниями печени хронический гепатит (92 случая), цирроз печени (70 случаев) основное заболевание протекало гораздо тяжелее и имели ряд осложнений. Основные жалобы больных были на чувство тяжести и боли в правом боку, ноющего характера, тошноту, рвоту, общую слабость. Основными критериями диагностики поражения печени при коронарновирусной инфекции это результаты ультразвукового исследования и лабораторных данных. Повышение активности АЛТ/АСТ как правило, не превышало 1,5-2 нормы от верхней границы нормы и сопровождалось незначительным увеличением содержания общего билирубина. Изучены клинко-лабораторные параллели у 227 человек с диагнозом «коронавирусная инфекция COVID-19» в возрасте от 18 до 93 лет, средний возраст больных составил  $48,0 \pm 2,8$  года, преобладали пациенты в возрасте от 41 до 55 лет. Из них было 158 (69,6%) мужчин и 69 (30,4%) женщин. У 151 (66,5%) пациента был идентифицирован вирус SARS-Cov-2, а у 76 (33,5%) - диагноз был поставлен по клинике и эпидемиологическому анализу. (Полимеразная цепная реакция (ПЦР) показала отрицательный результат, вирус не был обнаружен). Верификация диагноза осуществлялась методом ПЦР с применением методов амплификации нуклеиновых кислот. В стандартное лабораторное обследование входили общий и биохимический анализ крови, коагулограмма, определение С-реактивного белка,

D-димера. 196Инструментальная диагностика включала пульсоксиметрию с измерением SpO<sub>2</sub> для выявления дыхательной недостаточности (ДН) и оценки выраженности гипоксемии, а также компьютерную томографию (КТ) органов грудной клетки. Результаты исследования. На момент госпитализации 26,6% пациентов имели повышение уровня АЛТ и у 37,2% пациентов был повышен уровень АСТ, у 45,6% был низкий уровень альбумина и у 18,2% пациентов был повышен общий билирубин. За время госпитализации, продолжительность которой варьировала от 2 до 28 дней, у 69,1% отмечалось повышение уровня АЛТ и у 34,8% – повышение концентрации АСТ, у 11,2% пациентов имело место острое повреждение печени и у 7,9% имела место гипопропротеинемия. Частота острого повреждения печени была выше у пациентов и лиц с предшествующим хроническим заболеванием печени. При этом частота острой печеночной недостаточности не зависела от возраста и была одинаковой у пациентов младше и старше 60 лет. Показано, что предшествующее заболевание печени и острое повреждение печени были ассоциированы с повышением риска тяжелой COVID-19 и исход лечения. К ультразвуковым признакам, которые могут иметь место при остром гепатите, особенно средней и тяжелой степени течения, можно отнести следующие: - увеличение размеров печени у 1230 больных (83,8%); - снижение эхогенности печени у 968 (65,9%), у - 856 (58,3%) наличие неоднородности в паренхиме печени; у 104 (7%) расширение печеночных желчных протоков. Необходимо

отметить, что при остром гепатите данные критерии могут и отсутствовать, или может присутствовать, какой-либо один из них. Поэтому таким пациентам показано УЗИ в динамике. При среднем и тяжелом течении заболевания сонографически могут отмечаться следующие признаки: увеличение печени в размерах; диффузное уплотнение паренхимы печени, обеднение сосудистого рисунка; закругление нижнего края печени; периваскулярный фиброз; выраженное уплотнение Глиссоновой капсулы, вначале увеличение, а затем, вследствие гибели 197 печеночных клеток, уменьшение размеров печени; признаки портальной гипертензии и, в первую очередь, появление множества извитых венозных сосудов в области ворот печени; спленомегалия; асцит, объем жидкости при этом может достигать 10 литров и более.

**Лечение:** Для лечения основного заболевания необходимы противовирусные препараты. Их назначают строго по показаниям, так как они оказывают гепатотоксичное действие. Больным короновирусной инфекцией с поражением печени в комплекс лечения включают гепатопротекторы, прежде всего «Гептрал», а также препараты «Гепта-Мерц» (в любой форме – в порошке или для внутривенного введения), «Урсосан» и препарат «Вобэнзим». Гепатопротекторы могут иметь химическое, синтетическое и натуральное происхождение. В зависимости от состава, они могут разжижать и выводить желчь, проявлять антиоксидантную активность, снимать воспаление. Диетотерапия: Под запрет попадают

тугоплавкие жиры, специи, пряности, алкоголь, субпродукты, мороженое, газированные напитки.

Рекомендуют принимать каши, овощи, фрукты, паровое и отварное мясо, творог, овощные супы, несдобное печенье, белковый омлет. Также важно пить много чистой воды.

**Выводы:** 1. Поражение печени у больных коронавирусом происходит как из-за непосредственного воздействия инфекции COVID-19, так и из-за лекарственной терапии – приёма противовирусных, жаропонижающих препаратов, антибиотиков. 2. Поражение печени, часто отмечается у больных коронавирусом, имеющие в анамнезе хронический гепатит, цирроз печени, хронический холецистит, дискинезии желчных протоков. Больные с хронической патологией печени относятся к группе риска, у которых необходимо усилить профилактические меры против COVID-19. 3. В этой группе больных параллельно с противовирусными препаратами, необходимо назначать гепатопротекторы и диетотерапию.

**Литература:** 1. Полный справочник инфекциониста / Н. И. Зрячкин и др.. - М. : Эксмо, 2004 (ОАО Можайский полигр. комб.). – 990 с. 2. РМЖ. 2020, № 9 : Клинические рекомендации и алгоритмы для практикующих врачей. - 2020. - 80 с. 3. COVID-19 и поражения печени/ Ильченко Людмила Юрьевна, Никитин И.Г., Федоров И.Г./ 2020 / Журнал «Архив внутренней медицины» 4. Ярилин А.А. Иммунология / А.А Ярилин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. -840 с. 5. Назван новый способ распространения коронавируса [Электронный ресурс]

URL:<https://lenta.ru/news/2020/04/06/breath/> 6.

Коронавирус: симптомы и профилактика [Электронный ресурс] URL: <https://medikom.ua/ru/koronavirus-simptomu-i-profilaktika/> 7. Chen N., Zhou M., Dong X. et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet*. 2020; 395(10224):507-13. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30211-7. 8. Li X., Geng M., Peng Y. et al. Molecular immune pathogenesis and diagnosis of COVID-19. *J. Pharmaceutical. Analysis*. 2020;10(2):102-8. doi: 10.1016/j.jpha.2020.03.001. 9. Rothan H.A., Byrareddy S.N. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *J. Autoimmun*. 2020; 109:102433. doi: 10.1016/j.jaut.2020.102433

**РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ**