

Поражение печени при сердечной недостаточности

Начальник центра гастроэнтерологии и гепатологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр высоких медицинских технологий – Центральный военно-клинический госпиталь им. А.А. Вишневецкого» Минобороны России, к.м.н. Алексей Сергеевич БАЛАБАНОВ рассказал о методах диагностики поражений печени у пациентов с сердечной недостаточностью.

Сердечная недостаточность представляет собой не отдельный диагноз, а клинический синдром, включающий основные жалобы и симптомы, которые могут сопровождаться другими клиническими признаками. В мире распространенность хронической сердечной недостаточности (ХСН) варьируется от 0,3 до 5,3%. При этом, по данным российских авторов, на долю пациентов с ХСН III–IV функционального класса приходится 3,32%. Смертность в этой группе пациентов составляет 9,91%, а средняя продолжительность жизни – всего 3,8 года. Системные изменения при ХСН негативно отражаются на состоянии всех органов и систем, в том числе печени. Наиболее распространенными в клинической практике синдромами при поражении печени у пациентов с ХСН считаются цитолиз и холестаза. Основными маркерами дисфункции печеночной паренхимы при развитии сердечной недостаточности служат уровни гамма-глутамилтранспептидазы, общего билирубина и наличие гипоальбуминемии. В настоящее время выделяют такое понятие, как сердечно-печеночный синдром – совокупность клинико-лабораторных признаков нарушения функции печени, возникающих у пациентов с декомпенсацией сердечной недостаточности при наличии исходного нарушения функции сердца и от-

сутствии других первичных заболеваний печени. Уникальная система кровоснабжения печени является основой для понимания патофизиологии заболеваний печени при ХСН. К механизмам кардиогенного повреждения печени относят индуцированный ХСН цитолиз гепатоцитов (гепатоцеллюлярный вариант), который развивается при нарушении венозного оттока, и холестатический вариант, связанный с системным застоем. Таким образом, на фоне острой сердечной недостаточности снижаются сердечный выброс и печеночный кровоток, а ХСН вызывает застойные явления в печени. Как острая, так и хроническая сердечная недостаточность приводит к гипоксии гепатоцитов и повреждению печени. Несмотря на высокую частоту заболеваний печени у пациентов с сердечной недостаточностью, до сих пор не разработаны четкие диагностические критерии по выявлению кардиогенного поражения печени для применения в реальной клинической практике. Отсутствие руководств по диагностике и лечению кардиогенного поражения печени, включая кардиальный цирроз печени, создает дополнительные проблемы для врача-клинициста. При острой и хронической сердечной недостаточности для выявления сердечно-печеночного синдрома оценивают совокупность клинико-лабораторных показателей печеночной дисфунк-

ции. При этом оценка клинических симптомов патологии печени нередко затруднена, поскольку симптомы «маскируются» под клинику сердечной недостаточности. В клинических рекомендациях по диагностике и лечению ХСН роль оценки печеночной патологии сведена к минимуму: рекомендуется определять уровни печеночных ферментов, билирубина, альбумина. Данные критерии не позволяют адекватно проанализировать состояние печеночной паренхимы и своевременно назначить лечение. Критерии острого поражения печени при сердечной недостаточности более четкие. Так, наличие сердечной или легочной недостаточности и уровней аминотрансфераз, в 20 раз превышающих верхнюю границу нормы, позволяют заподозрить острое повреждение печени. Накопленные данные указывают на то, что в прогрессировании декомпенсации ХСН, одной из самых распространенных болезней в мире, и ее прогнозе важную роль играет развитие дисфункции периферических органов-мишеней, в том числе печени. Бессимптомное или малосимптомное течение поражения печени на фоне отсутствия универсальных диагностических критериев усложняет оценку реальной распространенности сердечно-печеночного синдрома, что приводит к поздней диагностике кардиального фиброза/цирроза печени. ☺