

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

Научная статья

УДК 616.36-004

3.1.18. Внутренние болезни (медицинские науки)

<https://doi.org/10.17021/2712-8164-2026-2-38-44>

ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫЙ КРИПТОГЕННЫЙ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Алексей Владимирович Дедов^{1,2}, Эла Алла Аяри¹

¹Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Россия

²Городская клиническая больница № 3 им. С. М. Кирова, Астрахань, Россия

Аннотация. Цирроз печени – актуальная проблема клинической гастроэнтерологии. Он отличается длительным малосимптомным течением, нередко внезапной декомпенсацией и высокой смертностью. **Цель:** представить клинический случай декомпенсированного криптогенного цирроза печени и проанализировать современные данные о его возможных причинах, естественном течении, диагностике, лечении и исходах. **Материалы и методы.** Проведено клинико-лабораторное и инструментальное обследование пациентки 42 лет, включая ультразвуковое исследование органов брюшной полости, компьютерную томографию, эзофагогастродуоденоскопию, а также анализ современной отечественной и зарубежной литературы. **Результаты.** У пациентки выявлены асцит, портальная гипертензия, спленомегалия, гипертрофия селезенки, варикозное расширение вен пищевода и печёночная энцефалопатия II степени. Вирусные гепатиты, злоупотребление алкоголем, аутоиммунные и наследственные заболевания печени были исключены, что позволило установить диагноз криптогенного цирроза печени. **Заключение.** Криптогенный цирроз печени является диагнозом исключения и нередко представляет собой конечную стадию ранее нераспознанной метаболически-ассоциированной жировой болезни печени. Ранняя комплексная диагностика и своевременная коррекция осложнений имеют решающее значение для прогноза.

Ключевые слова: криптогенный цирроз; декомпенсация; клинический случай; портальная гипертензия; асцит; печёночная энцефалопатия; варикозное расширение вен пищевода

Для цитирования: Дедов А. В., Эла Алла Аяри. Декомпенсированный криптогенный цирроз печени: клинический случай // Прикаспийский вестник медицины и фармации. 2026. Т. 7, № 2. С. 38–44. <https://doi.org/10.17021/2712-8164-2026-2-38-44>.

OBSERVATIONS FROM PRACTICE

Original article

DECOMPENSATED CRYPTOGENIC LIVER CIRRHOSIS: A CASE REPORT

Alexey V. Dedov^{1,2}, Ela Alla Ayari¹

¹Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia

²City Clinical Hospital No. 3 named after S. M. Kirov, Astrakhan, Russia

Abstract. Liver cirrhosis is a pressing problem in clinical gastroenterology. It is characterized by a prolonged, asymptomatic course, frequent sudden decompensation, and high mortality. **Objective.** To present a clinical case of decompensated cryptogenic liver cirrhosis and to review current data on its possible causes, natural history, diagnosis, treatment, and outcomes. **Materials and methods.** A 42-year-old female patient underwent clinical, laboratory, and instrumental assessment, including abdominal ultrasonography, computed tomography, and oesophagogastroduodenoscopy; current Russian and international literature was also analysed. **Results.** The patient had ascites, portal hypertension, splenomegaly, hypersplenism, oesophageal varices, and grade II hepatic encephalopathy. Viral hepatitis, alcohol misuse, autoimmune liver disease, and hereditary liver disorders were excluded, which allowed the diagnosis of cryptogenic liver cirrhosis to be established. **Conclusion.** Cryptogenic liver cirrhosis is a diagnosis of exclusion and often represents the end stage of previously unrecognised metabolically associated steatotic liver disease. Early comprehensive diagnosis and timely correction of complications are crucial for prognosis.

Key words: cryptogenic cirrhosis; decompensation; case report; portal hypertension; ascites; hepatic encephalopathy; oesophageal varices

For citation: Dedov A. V., Ayari E. A. Decompensated cryptogenic liver cirrhosis: a case report and literature review. Caspian Journal of Medicine and Pharmacy. 2026; 7 (2): 38–44. <https://doi.org/10.17021/2712-8164-2026-2-38-44> (In Russ.).

Введение. Цирроз печени представляет собой терминальную стадию хронического заболевания печени, при которой нормальная паренхима замещается фиброзной тканью и узлами регенерации. Это приводит к развитию портальной гипертензии, печёночной недостаточности и повышенному риску гепатоцеллюлярной карциномы [1, 2]. По мере прогрессирования заболевания формируется компенсированная или декомпенсированная стадия цирроза. Для декомпенсации характерны асцит, печёночная энцефалопатия, желтуха, варикозное кровотечение, спленомегалия, коагулопатия, гипонатриемия, а нередко и спонтанный бактериальный перитонит [3]. Криптогенный цирроз печени определяется как исход четвёртой стадии фиброза, при котором даже после всестороннего клинико-лабораторного, серологического и лучевого обследования не удаётся установить этиологический фактор [4, 5]. В последние годы показано, что значительная часть таких случаев обусловлена метаболически-ассоциированной жировой болезнью печени, включая «выгоревший» неалкогольный стеатогепатит [6–10]. Следовательно, криптогенный цирроз печени следует рассматривать не как самостоятельную нозологию, а как диагностическую категорию, требующую углублённого поиска причины [4, 6].

Цель – описать клинический случай декомпенсированного криптогенного цирроза печени у 42-летней пациентки и кратко обобщить актуальные литературные сведения об эпидемиологии, этиопатогенезе, дифференциальной диагностике, естественном течении и терапии данной патологии.

Материалы и методы. Проведена оценка анамнеза заболевания, результатов объективного обследования, биохимических, гематологических и визуализирующих исследований 42-летней пациентки. Инструментальная диагностика включала ультразвуковое исследование органов брюшной полости, мультиспиральную компьютерную томографию и эзофагогастродуоденоскопию. В раздел обсуждения включены публикации, отражающие криптогенный цирроз печени, его предполагаемый этиопатогенез, прогноз, терапию и клинические исходы.

Клинический случай. Пациентка А., 42 лет, госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Астраханской области «Городская клиническая больница № 3 им. С. М. Кирова» (ГБУЗ АО "ГКБ № 3") с жалобами на прогрессирующее увеличение живота в объёме, боль в эпигастрии в течение примерно двух недель, выраженную астению, анорексию, чувство тяжести и болезненность в правом подреберье, периферические отёки голеней, периодически возникающую тошноту и эпизоды кратковременной заторможенности. Заболевание прогрессировало на протяжении нескольких месяцев. Ранее цирроз или иные хронические заболевания печени не диагностировались. Алкогольную интоксикацию пациентка отрицала. Сведения о вирусных гепатитах отсутствовали. Признаков диабетической, метаболической или медикаментозно-токсической этиологии не выявлено.

При физикальном обследовании состояние пациентки расценено как средней тяжести; гемодинамика стабильна. Артериальное давление колебалось от 90/60 до 130/80 мм рт. ст., частота сердечных сокращений составляла 69–82 уд/мин, частота дыхательных движений – 17–18 в минуту, SpO₂ – 96–98 %, температура тела – 36,8 °С. Рост 168 см, масса тела 67 кг. Кожные покровы и склеры иктеричны. Живот увеличен в объёме за счёт свободной жидкости; определялись выраженный асцит, положительный симптом флюктуации, умеренная болезненность в правом подреберье. Отмечались отёки дистальных отделов нижних конечностей. Печень пальпировалась умеренно плотной, край выступал на 2 см из-под рёберной дуги. Селезёнка увеличена, выступала на 3 см из-под края рёберной дуги. Неврологически выявлялись признаки печёночной энцефалопатии II степени: брадифрения, рассеянное внимание, сомноленция, эпизодический астериксис. Признаков дыхательной недостаточности, тахипноэ и гипоксемии не отмечено.

Лабораторные показатели свидетельствовали о цитолитическом синдроме и декомпенсации функции печени: гипербилирубинемии, гипоальбуминемии, снижении протромбинового индекса, тромбоцитопении, умеренной анемии и лейкопении как проявлениях гиперспленизма, а также о повышении активности аминотрансфераз и γ -глутамилтранспептидазы при умеренной коагулопатии. Серологический скрининг не выявил HBsAg, anti-HCV и аутоантител к ткани печени; признаков гемохроматоза, болезни Вильсона – Коновалова и других наследственных гепатопатий не установлено.

По данным ультразвукового исследования органов брюшной полости паренхима печени была деформирована, контуры – неровные, бугристо-узловые, эхоструктура – неоднородно-зернистая, с признаками выраженной диффузной фиброзной перестройки и наличием регенераторных узлов. Калибр воротной вены составлял 1,4 см, что соответствует портальной гипертензии; длина селезёнки достигала 15,8 см; в брюшной полости визуализировалось около 10 л свободной жидкости, что соответствовало выраженному асциту. Отмечались утолщение стенки желчного пузыря с полиповидным образованием до 0,3 см, нерасширенные внутрипечёночные и внепечёночные желчные протоки, диффузные изменения поджелудочной железы. Ультразвуковая картина соответствовала цирротической трансформации печени с признаками портальной гипертензии и отёчно-асцитического синдрома.

При компьютерной томографии визуализировалась печень с неровным краем, признаками выраженной диффузной узловой перестройки и неоднородной плотностью паренхимы. Выявлялись спленомегалия, дилатация портальной и селезёночной вен, асцитическая жидкость в брюшной полости. Фокальных очагов в печени не обнаружено. КТ-картина соответствовала циррозу печени с портальной гипертензией и асцитом без признаков очагового новообразования.

При эзофагогастродуоденоскопии выявлены варикозно расширенные вены пищевода III–IV степени, признаки портальной гипертензивной гастропатии и хронического гастрита. Слизистая желудка без язвенных дефектов и признаков активного кровотечения. Эндоскопическая картина подтверждала выраженную портальную гипертензию и высокий риск варикозного кровотечения. Пациентке выполнено эндоскопическое лигирование варикозно расширенных вен пищевода.

Результаты. На основании клинико-лабораторных и инструментальных данных верифицирован криптогенный цирроз печени в стадии декомпенсации, осложнённый рефрактерным асцитом, портальной гипертензией, спленомегалией, гиперспленизмом и печёночной энцефалопатией II степени. Тяжесть состояния соответствовала классу C по Child–Pugh.

Лечение включало гипонатриевую диету, диуретики, лактулозу для купирования печёночной энцефалопатии, неселективные бета-адреноблокаторы для контроля портальной гипертензии и постоянный клинический мониторинг. При выраженном асците выполнялся контролируемый парацентез с эвакуацией жидкости и коррекцией водно-электролитного и белкового баланса. Пациентке рекомендованы регулярное наблюдение гастроэнтерологом и гепатологом, контроль клинико-лабораторных показателей и повторная эндоскопия для динамической оценки пищеводных вариксов.

Обсуждение. В современной клинической практике криптогенный цирроз печени регистрируется примерно у 5 % пациентов с циррозом, хотя в отдельных ретроспективных исследованиях его частота достигала 30 % [1, 11, 12]. Снижение удельного веса криптогенных форм в последние десятилетия связано с совершенствованием серологических, иммунологических и молекулярно-генетических методов диагностики вирусных, аутоиммунных и метаболически обусловленных гепатопатий. Большинство подобных случаев представляет собой терминальную стадию нераспознанной метаболически-ассоциированной жировой болезни печени – NASH/MASLD [4, 9, 10]. Морфологические исследования биоптатов и эксплантатов показали, что «необъяснимая» этиология нередко отражает «выгоревший» неалкогольный стеатогепатит, при котором стеатоз и баллонная дегенерация исчезают на фоне выраженного перисинусоидального и портального фиброза [9, 12]. Именно поэтому криптогенный цирроз печени часто выявляют у лиц без выраженного алкогольного анамнеза и без маркёров гепатотропных вирусов [6, 10].

Клинически криптогенный цирроз печени, как правило, манифестирует уже на стадии декомпенсации. Согласно литературным данным, асцит, эзофагеальные вариксы, печёночная энцефалопатия и гиперспленизм относятся к наиболее частым осложнениям, обуславливающим госпитализацию больных [1, 13, 14]. По сравнению с вирусным циррозом у пациентов с криптогенным циррозом печени чаще наблюдаются более выраженная портальная гипертензия, рецидивирующие кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и необходимость ортотопической трансплантации печени на поздних стадиях заболевания [7, 15, 16]. Диагностика криптогенного цирроза печени базируется на принципе исключения. Необходимо исключить вирусные гепатиты, злоупотребление алкоголем, аутоиммунные гепатопатии, гемохроматоз, болезнь Вильсона – Коновалова, дефицит α 1-антитрипсина, медикаментозные гепатотоксические эффекты и иные редкие причины паренхиматозного поражения печени [1, 4, 6]. Ключевое значение имеют серологические маркёры, ультразвуковая, компьютерная и магнитно-резонансная томография, а при наличии показаний – морфологическая верификация посредством чрескожной биопсии печени [3, 6, 17].

Инструментальные методы визуализации важны не только для подтверждения цирроза печени, но и для выявления связанных с ним осложнений. Ультразвуковое исследование позволяет выявить

бугристость капсулы печени, гетерогенность паренхимы, дилатацию воротной вены, спленомегалию и свободную жидкость в брюшной полости. Компьютерная томография уточняет морфологию органа и помогает исключить очаговые новообразования. Эзофагогастродуоденоскопия позволяет диагностировать пищеводные вариксы и прогнозировать риск желудочно-пищеводного кровотечения [6, 18, 19]. Терапия декомпенсированного криптогенного цирроза печени строится на общих принципах ведения терминальной хронической печёночной недостаточности независимо от её генеза. Она включает контроль асцита с помощью диуретиков и парацентеза, профилактику и купирование печёночной энцефалопатии, лечение и профилактику варикозного кровотечения, коррекцию инфекционных осложнений и своевременное направление на ортотопическую трансплантацию печени [17–19]. Значение трансплантации особенно велико при частых декомпенсациях, рефрактерном асците и нарастающей печёночной недостаточности [14, 16].

Согласно данным литературы, исход криптогенного цирроза печени в первую очередь определяется стадией патологического процесса на момент установления диагноза. При первичном выявлении декомпенсации пятилетняя выживаемость существенно снижается, а летальность возрастает вследствие портального кровотечения, септических осложнений и прогрессирующей печёночной недостаточности. В когорте L. Rinaldi и соавт. смертность при криптогенном циррозе печени достигала 39,2 % против 30,0 % при HCV-ассоциированном циррозе; медиана общей выживаемости составила 60 мес. [1, 11]. Эти данные подтверждают, что неясная этиология не исключает тяжёлого течения и требует динамического мониторинга, раннего выявления декомпенсации и регулярного скрининга гепатоцеллюлярной карциномы [12, 13]. Своевременное выявление латентных метаболических нарушений и повторный пересмотр причины цирроза остаются принципиально важными [2, 4, 6, 9].

Представленный клинический случай отражает ситуацию поздней верификации криптогенного цирроза печени на стадии выраженной декомпенсации функции печени. У пациентки отсутствовали токсический анамнез, серологические вирусные маркёры, признаки аутоиммунной и наследственной гепатопатии, однако имелись манифестные проявления портальной гипертензии, рефрактерного асцита и печёночной энцефалопатии II степени. Это согласуется с данными литературы о позднем распознавании данной патологии [1, 4, 6, 13]. Наиболее вероятным патогенетическим механизмом в представленном наблюдении является метаболически-ассоциированная жировая болезнь печени в фазе «выгорания», когда гистологические признаки стеатоза уже отсутствуют [7–9]. Подобные пациенты нередко не имеют явного висцерального ожирения или манифестного сахарного диабета на момент постановки диагноза, поскольку исходная метаболическая агрессия и прогрессирующий фиброгенез имели место ранее [2, 4, 6].

Заключение. Криптогенный цирроз печени следует рассматривать как диагноз исключения, требующий детального этиопатогенетического поиска. Декомпенсированный вариант с асцитом, печёночной энцефалопатией и синдромом портальной гипертензии существенно ухудшает прогноз. Мульти-модальная визуализация с использованием ультразвукового исследования, компьютерной томографии и эзофагогастродуоденоскопии позволяет своевременно стратифицировать тяжесть состояния и сформировать оптимальный лечебный алгоритм. При прогрессировании заболевания показана ортотопическая трансплантация печени [1, 13, 16–18, 20].

Раскрытие информации. Авторы заявляют об отсутствии видимых и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией данной статьи.

Disclosure. The authors declare the absence of visible and possible conflicts of interest associated with the publication of this article.

Вклад авторов. Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Дедов А. В.: научное руководство, концепция статьи, подбор пациента для описания клинического случая, критическое редактирование статьи, утверждение окончательной версии рукописи. Эла Алла Аяри: сбор данных, первичный анализ литературы, подготовка первоначального текста рукописи.

Authors' contribution. The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. Dedov A. V.: scientific supervision, study conception, patient selection for the clinical case description, critical revision of the manuscript, approval of the final version. Ela Alla Ayari: data collection, initial literature review, preparation of the first draft of the manuscript.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования исследования и публикации статьи.

Funding source. The authors declare that there was no external funding for the study or publication of this article.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Rinaldi L., Giordano M., Guerrera B., Amelia A., Fascione M. C., Zampino R., Nevola R., Iuliano N., Rosato V., Adinolfi L. E., Nascimbeni F., Masetti C., Romagnoli D., Baldelli E., Lonardo A., Ballestri S. Clinical features and natural history of cryptogenic cirrhosis compared with hepatitis C virus-related cirrhosis // *World Journal of Gastroenterology*. 2017. Vol. 23, no. 8. P. 1458–1468. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5330831/> (дата обращения: 03.05.2026).
2. Marmur J., Bergquist A., Stal P., Broome U. Liver transplantation of patients with cryptogenic cirrhosis: clinical characteristics and outcome // *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 2010. Vol. 45, no. 1. P. 60–69.
3. Ayata G., Gordon F. D., Lewis W. D., Pomfret E., Pomposelli J. J., Jenkins R.L., Khettry U. Cryptogenic cirrhosis: clinicopathologic findings at and after liver transplantation // *Human Pathology*. 2002. Vol. 33, no. 11. P. 1098–1104.
4. Nalbantoglu I., Jain D. Cryptogenic cirrhosis: Old and new perspectives in the era of molecular and genomic medicine // *Seminars in Diagnostic Pathology*. 2019. Vol. 36, no. 6. P. 389–394. doi: 10.1053/j.semdp.2019.07.003. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31395291/> (дата обращения: 03.05.2026).
5. Al Ghamdi K., Bawareth R., Alqufay A., Alshamase R., Algarni M., Alshehri A., Alshahrani N., Alatawi J., Allahiani W., Alhadlaq F., Alabdullatif G., Alharbi R. Clinical Characteristics, Evaluation, Treatment, and Prognosis of Cryptogenic Cirrhosis // *Journal of Healthcare Sciences*. 2022. doi: 10.52533/JOHS.2022.2907. URL: <https://www.johs.com.sa/pages/issue/abstract/?id=86> (дата обращения: 03.05.2026).
6. Caldwell S. H., Oelsner D. H., Iezzoni J. C., Hespeneide E. E., Battle E. H., Driscoll C. J. Cryptogenic cirrhosis: clinical characterization and risk factors for underlying disease // *Hepatology*. 1999. Vol. 29, no. 3. P. 664–669. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10051466/> (дата обращения: 03.05.2026).
7. Poonawala A., Nair S. P., Thuluvath P. J. Prevalence of obesity and diabetes in patients with cryptogenic cirrhosis: a case-control study // *Hepatology*. 2000. Vol. 32, no. 4. P. 689–692.
8. Senanayake S. M., Niriella M. A., Weerasinghe S. K., Kasturiratne A., De Alwis J. P., De Silva A. P., Jayasinghe S., Nimralanathan N., Kumaran T., Dassanayake A. S., Ramanayake S. P., De Silva H. J., Kasturiratne A., Kiriella G. D. Survival of patients with alcoholic and cryptogenic cirrhosis without liver transplantation: a single centre retrospective study // *BMC Research Notes*. 2012. Vol. 5. P. 663. doi: 10.1186/1756-0500-5-663.
9. Giannini E. G., Marabotto E., Savarino V., Trevisani F., Di Nolfo M. A., Del Poggio P., Benvegnù L., Farinati F., Zoli M., Borzio F., Chiamonte M., Caturelli E., Rapaccini G. L., Sacco R., Villa E., Foschi F. G., Gasbarrini A. Hepatocellular carcinoma in patients with cryptogenic cirrhosis // *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2009. Vol. 7, no. 6. P. 580–585.
10. De Amico M., Pasta F., Pasta L. Thrombophilic genetic factors PAI-1, 4G-4G and MTHFR 677TT as risk factors of alcohol, cryptogenic liver cirrhosis and portal vein thrombosis in a Caucasian population // *Gene*. 2015. Vol. 568, no. 1. P. 85–88. doi: 10.1016/j.gene.2015.05.033.
11. Duclos-Vallée J. C., Yilmaz F., Johanet C., Roque-Afonso A. M., Gigou M., Trichet C., Dussaix E., Bismuth H., Samuel D. Could post-liver transplantation course be helpful for the diagnosis of so-called cryptogenic cirrhosis? // *Clinical Transplantation*. 2005. Vol. 19, no. 5. P. 591–599.
12. Tardu A., Karagul S., Yagci M. A., Ertugrul I., Sumer D., Kirmizi S., Haberal M. Histopathological examination of explanted liver after transplantation in patients with cryptogenic cirrhosis // *Transplantation Proceedings*. 2015. Vol. 47, no. 5. P. 1450–1452.
13. Rinaldi L., Giordano M., Guerrera B., Amelia A., Fascione M. C., Zampino R., Nevola R., Iuliano N., Rosato V., Adinolfi L. E., Nascimbeni F., Masetti C., Romagnoli D., Baldelli E., Lonardo A., Ballestri S. Cryptogenic cirrhosis: Current knowledge and future directions // *World Journal of Gastroenterology*. 2016. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6490261/> (дата обращения: 03.05.2026).
14. O'Leary J. G., Landaverde C., Jennings L. F., Goldstein R. M., Davis G. L. Patients with NASH and cryptogenic cirrhosis are less likely than those with hepatitis C to receive liver transplants // *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2011. Vol. 9, no. 9. P. 700–704.e1. doi: 10.1016/j.cgh.2011.04.007. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4408909/> (дата обращения: 03.05.2026).
15. Charlton M. R., Kondo M., Robert S. K., Steers J. L., Krom R. A., Wiesner R. H. Liver transplantation for cryptogenic cirrhosis // *Liver Transplantation and Surgery*. 1997. Vol. 3, no. 4. P. 359–364.
16. Huang D. Q., Terrault N. A., Tacke F., Glud L. L., Arrese M., Bugianesi E., Kao J. H., Janssen H. L. A., Sarin S. K., Patel K., Younossi Z. M., Petrick J. L., Rashid R., El-Serag H. B., Barritt A. S. IV, Wong V. W.-S., Foster G. R., Kim Y. J., Esmat G., Wong R. J., Thu H. A., Siddiqui M. S., Sheikh M. Y., Thuluvath P. J., Khakhar A. K., Chong V. H., Castera L., Nguyen M. H., Lim S. G., Ioannou G. N., Zeldis J. B., Yang H.-I., Chuang C.-H., Wu C.-Y., Lee M.-H., Su C.-W., Huo T.-I., Salame F., Francque S., Romero-Gómez M., Abraldes J. G., Jalan R. J., Moreau R., Arroyo V., Strnad P., Cortez-Pinto H., Bowlus C. L., Ha Q. H., Fiel M. I., Szabo G. Global epidemiology of cirrhosis – aetiology, trends and predictions // *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*. 2023. Vol. 20, no. 12. P. 765–792. doi: 10.1038/s41575-023-00846-4 (дата обращения: 03.05.2026).
17. Sanjeevi A., Lyden E., Sunderman B., Weseman R., Ashwathnarayan R., Mukherjee S., Shaw B. W. Jr. Outcomes of liver transplantation for cryptogenic cirrhosis: a single-centre study of 71 patients // *Transplantation Proceedings*. 2003. Vol. 35, no. 8. P. 2977–2980.

18. Álamo J. M., Bernal C., Barrera L., Marín L. M., Suárez G., Serrano J., Gómez M., Pascasio J. M., Briceno J., De la Mata M. Liver transplantation in patients with cryptogenic cirrhosis: long-term follow-up // *Transplantation Proceedings*. 2011. Vol. 43, no. 6. P. 2230–2232.
19. El Atrache M. M., Abouljoud M. S., Divine G., Yoshida A., Kim D. Y., Kazimi M. M., Sontag M., Moonka D., Dyer J., Wright H. Recurrence of non-alcoholic steatohepatitis and cryptogenic cirrhosis following orthotopic liver transplantation in the context of the metabolic syndrome // *Clinical Transplantation*. 2012. Vol. 26. P. E505–E512.
20. Hepatic Cirrhosis // NCBI Bookshelf. 2022. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK482419/> (дата обращения: 03.05.2026).

References

1. Rinaldi L., Giordano M., Guerrero B., Amelia A., Fascione M. C., Zampino R., Nevola R., Iuliano N., Rosato V., Adinolfi L. E., Nascimbeni F., Masetti C., Romagnoli D., Baldelli E., Lonardo A., Ballestri S. Clinical features and natural history of cryptogenic cirrhosis compared with hepatitis C virus-related cirrhosis. *World Journal of Gastroenterology*. 2017; 23 (8): 1458–1468 (accessed: 03.05.2026).
2. Marmur J., Bergquist A., Stal P., Broome U. Liver transplantation of patients with cryptogenic cirrhosis: clinical characteristics and outcome. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 2010; 45 (1): 60–69.
3. Ayata G., Gordon F. D., Lewis W. D., Pomfret E., Pomposelli J. J., Jenkins R. L., Khettry U. Cryptogenic cirrhosis: clinicopathologic findings at and after liver transplantation. *Human Pathology*. 2002; 33 (11): 1098–1104.
4. Nalbantoglu I., Jain D. Cryptogenic cirrhosis: old and new perspectives in the era of molecular and genomic medicine. *Seminars in Diagnostic Pathology*. 2019; 36 (6): 389–394. doi: 10.1053/j.semdp.2019.07.003 (accessed: 03.05.2026).
5. Al Ghamdi K., Bawareth R., Alqufayi A., Alshamase R., Algarni M., Alshehri A., Alshahrani N., Alatawi J., Allahiani W., Alhadlaq F., Alabdullatif G., Alharbi R. Clinical Characteristics, Evaluation, Treatment, and Prognosis of Cryptogenic Cirrhosis. *Journal of Healthcare Sciences*. 2022. doi: 10.52533/JOHS.2022.2907 (accessed: 03.05.2026).
6. Caldwell S. H., Oelsner D. H., Iezzoni J. C., Hespenheide E. E., Battle E. H., Driscoll C. J. Cryptogenic cirrhosis: clinical characterization and risk factors for underlying disease. *Hepatology*. 1999; 29 (3): 664–669 (accessed: 03.05.2026).
7. Poonawala A., Nair S. P., Thuluvath P. J. Prevalence of obesity and diabetes in patients with cryptogenic cirrhosis: a case-control study. *Hepatology*. 2000; 32 (4): 689–692.
8. Senanayake S. M., Niriella M. A., Weerasinghe S. K., Kasturiratne A., De Alwis J. P., De Silva A. P., Jayasinghe S., Nimralanathan N., Kumanan T., Dassanayake A. S., Ramanayake S. P., De Silva H. J., Kasturiratne A., Kiriella G. D. Survival of patients with alcoholic and cryptogenic cirrhosis without liver transplantation: a single centre retrospective study. *BMC Research Notes*. 2012; 5: 663. doi: 10.1186/1756-0500-5-663.
9. Giannini E. G., Marabotto E., Savarino V., Trevisani F., Di Nolfo M. A., Del Poggio P., Benvegnù L., Farinati F., Zoli M., Borzio F., Chiramonte M., Caturelli E., Rapaccini G. L., Sacco R., Villa E., Foschi F. G., Gasbarrini A. Hepatocellular carcinoma in patients with cryptogenic cirrhosis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2009; 7 (6): 580–585.
10. De Amico M., Pasta F., Pasta L. Thrombophilic genetic factors PAI-1, 4G-4G and MTHFR 677TT as risk factors of alcohol, cryptogenic liver cirrhosis and portal vein thrombosis in a Caucasian population. *Gene*. 2015; 568 (1): 85–88. doi: 10.1016/j.gene.2015.05.033.
11. Duclos-Vallée J. C., Yilmaz F., Johanet C., Roque-Afonso A. M., Gigou M., Trichet C., Dussaix E., Bismuth H., Samuel D. Could post-liver transplantation course be helpful for the diagnosis of so-called cryptogenic cirrhosis? *Clinical Transplantation*. 2005; 19 (5): 591–599.
12. Tardu A., Karagul S., Yagci M. A., Ertugrul I., Sumer D., Kirmizi S., Haberal M. Histopathological examination of explanted liver after transplantation in patients with cryptogenic cirrhosis. *Transplantation Proceedings*. 2015; 47 (5): 1450–1452.
13. Rinaldi L., Giordano M., Guerrero B., Amelia A., Fascione M. C., Zampino R., Nevola R., Iuliano N., Rosato V., Adinolfi L. E., Nascimbeni F., Masetti C., Romagnoli D., Baldelli E., Lonardo A., Ballestri S. Cryptogenic cirrhosis: current knowledge and future directions. *World Journal of Gastroenterology*. 2016. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6490261/> (accessed: 03.05.2026).
14. O'Leary J. G., Landaverde C., Jennings L. F., Goldstein R. M., Davis G. L. Patients with NASH and cryptogenic cirrhosis are less likely than those with hepatitis C to receive liver transplants. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2011; 9 (9): 700–704.e1. doi: 10.1016/j.cgh.2011.04.007 (accessed: 03.05.2026).
15. Charlton M. R., Kondo M., Robert S. K., Steers J. L., Krom R. A., Wiesner R. H. Liver transplantation for cryptogenic cirrhosis. *Liver Transplantation and Surgery*. 1997; 3 (4): 359–364.
16. Huang D. Q., Terrault N. A., Tacke F., Gluud L. L., Arrese M., Bugianesi E., Kao J. H., Janssen H. L. A., Sarin S. K., Patel K., Younossi Z. M., Petrick J. L., Rashid R., El-Serag H. B., Barritt A. S. IV, Wong V. W.-S., Foster G. R., Kim Y. J., Esmat G., Wong R. J., Thu H. A., Siddiqui M. S., Sheikh M. Y., Thuluvath P. J., Khakhar A. K., Chong V. H., Castera L., Nguyen M. H., Lim S. G., Ioannou G. N., Zeldis J. B., Yang H.-I., Chuang C.-H., Wu C.-Y., Lee M.-H., Su C.-W., Huo T.-I., Salame F., Francque S., Romero-Gómez M., Abiralde J. G., Jalan R. J., Moreau R., Arroyo V., Strnad P., Cortez-Pinto H., Bowlus C. L., Ha Q. H., Fiel M. I., Szabo G. Global epidemiology of cirrhosis – aetiology, trends

and predictions. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*. 2023; 20 (12): 765–792. doi: 10.1038/s41575-023-00846-4 (accessed: 03.05.2026).

17. Sanjeevi A., Lyden E., Sunderman B., Weseman R., Ashwathnarayan R., Mukherjee S., Shaw B. W. Jr. Outcomes of liver transplantation for cryptogenic cirrhosis: a single-centre study of 71 patients. *Transplantation Proceedings*. 2003; 35 (8): 2977–2980.

18. Álamo J. M., Bernal C., Barrera L., Marín L. M., Suárez G., Serrano J., Gómez M., Pascasio J. M., Briceno J., De la Mata M. Liver transplantation in patients with cryptogenic cirrhosis: long-term follow-up. *Transplantation Proceedings*. 2011; 43 (6): 2230–2232.

19. El Atrache M. M., Abouljoud M. S., Divine G., Yoshida A., Kim D. Y., Kazimi M. M., Sontag M., Moonka D., Dyer J., Wright H. Recurrence of non-alcoholic steatohepatitis and cryptogenic cirrhosis following orthotopic liver transplantation in the context of the metabolic syndrome. *Clinical Transplantation*. 2012; 26: E505–E512.

20. Sharma B., John S. Hepatic cirrhosis. *StatPearls*. – Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2022. NCBI Bookshelf. 2022. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541132/> (accessed: 03.05.2026).

Информация об авторах

А. В. Дедов, кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Россия; гастроэнтеролог, Городская клиническая больница № 3 им. С. М. Кирова, Астрахань, Россия, ORCID: 0000-0003-4806-0144, e-mail: dedov1965.d@yandex.ru;

Э. А. Аяри, студентка, Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Россия, ORCID: 0009-0004-0569-4256, e-mail: Elaayari2002@mail.ru.

Information about the authors

A. V. Dedov, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Department of Internal Medicine Propaedeutics Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia; gastroenterologist, City Clinical Hospital No. 3 named after S. M. Kirov, Astrakhan, Russia, ORCID: 0000-0003-4806-0144, e-mail: dedov1965.d@yandex.ru;

E. A. Ayari, student, Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia, ORCID: 0009-0004-0569-4256, e-mail: Elaayari2002@mail.ru.

Статья поступила в редакцию 20.04.2026; одобрена после рецензирования 01.06.2026; принята к публикации 22.06.2026.

The article was submitted 20.04.2026; approved after reviewing 01.06.2026; accepted for publication 22.06.2026.