

УДК 616.233-002-007.27+616.24-002.5+616.36-002
© Сидоренко Ю.В., Іванова Л.М., 2009

СОНОГРАФІЧНІ ПОКАЗНИКИ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ, СПОЛУЧЕНЕ З НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ НА ТЛІ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

Сидоренко Ю.В., Іванова Л.М.

Луганський державний медичний університет

Сидоренко Ю.В., Іванова Л.М. Сонографічні показники органів черевної порожнини у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень, сполучене з неалкогольним стеатогепатитом на тлі туберкульозу легень // Український морфологічний альманах. – 2009. – Т.7, № 3. – С. 76-78.

У статті представлені особливості клінічного перебігу та даних сонографічного дослідження органів черевної порожнини у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень, поєднане з неалкогольним стеатогепатитом на тлі туберкульозу легень.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, неалкогольний стеатогепатит, туберкульоз легень, клініка, сонографічне дослідження органів черевної порожнини.

Сидоренко Ю.В., Іванова Л.Н. Сонографические показатели органов брюшной полости у больных хроническим обструктивным заболеванием легких, сочетанным с неалкогольным стеатогепатитом, на фоне туберкулеза легких // Український морфологічний альманах. – 2009. – Т.7, № 3. – С. 76-78.

В статье представлены особенности клинического течения и данных сонографического обследования органов брюшной полости у больных хроническим обструктивным заболеванием легких, сочетанным с неалкогольным стеатогепатитом, на фоне туберкулеза легких.

Ключевые слова: хроническое обструктивное заболевание легких, неалкогольный стеатогепатит, туберкулез легких, клиника, сонографическое исследование органов брюшной полости.

Sidorenko J.V., Ivanova L.N. Sonographical inspections of organs of abdominal region at patient with chronic obstructive pulmonary disease, combined with nonalcoholic steatohepatitis and pulmonary tuberculosis // Український морфологічний альманах. – 2009. – Т.7, № 3. – С. 76-78.

In article results of clinical current and sonographical inspections of organs of abdominal region at patients with chronic obstructive pulmonary disease, combined with nonalcoholic steatohepatitis and pulmonary tuberculosis are analyzed.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, nonalcoholic steatohepatitis, pulmonary tuberculosis, clinic, sonographical inspections of organs of abdominal region.

Вступ. Поєднана патологія органів дихання, зокрема у вигляді хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) та туберкульозу легень (ТЛ) все частіше зустрічається в сучасних екологічно несприятливих умовах та негативно впливає на перебіг коморбідного захворювання [7]. Відомо, що 8,5-30 % пацієнтів з ураженням легень та бронхів, як неспецифічного, так і туберкульозного походження страждають на хронічний гепатит неалкогольного та невірусного генезу, в тому числі неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) [2,5]. НАСГ – це одна з форм неалкогольного жирового ураження печінки, яка характеризується поряд з наявністю стеатозу запально-некротичними процесами в тканині цього органу [8,10]. Основною задачею сучасної терапевтичної науки є удосконалення методів діагностики та розробка раціональних методів лікування та медичної реабілітації патології внутрішніх органів в тому числі і коморбідної. В наших попередніх роботах вивчено клініко-біохімічні особливості перебігу патології печінки у хворих на ХОЗЛ на тлі ТЛ, що характеризується порушенням функціональних „печінкових” проб [3]. Водночас в практичній медицині найчастіше з інструментальних методів діагностики НАСГ використовують сонографічне дослідження печінки та інших органів черевної порожнини [9,11]. Тому вважаємо доцільним проаналізувати сонографічні особливості НАСГ у хворих на ХОЗЛ на тлі ТЛ.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами: робота виконується відповідно з основним планом науково-дослідних робіт

(НАР) Луганського державного медичного університету і являє собою фрагмент тем НАР „Вивчення ефективності імунорегулюючих та метаболічно активних препаратів при лікуванні ХОЗЛ, поєданого з хронічною патологією гепатобіліарної системи, у хворих на туберкульоз легень” (№ держреєстрації 0109U0052765) та „Реабілітація хворих зі сполученою терапевтичною патологією” (№ держреєстрації 0106U0010837).

Метою дослідження було вивчення стану печінки та органів черевної порожнини за даними сонографічного обстеження у хворих на ХОЗЛ у поєднанні з НАСГ на тлі ТЛ.

Матеріали і методи дослідження. Під нашим спостереженням в умовах протитуберкульозного стаціонару знаходилося 83 хворих на ХОЗЛ, сполучене з НАСГ на тлі ТЛ. Вік хворих, які знаходилися під наглядом, складав від 20 до 59 років, серед них було 59 (71,1%) чоловіків та 24 (28,9%) жінок. Діагноз ХОЗЛ та ступінь тяжкості його перебігу виставлявся згідно з наказом МОЗ України на основі анамнестичних та рентгенологічних даних і результатів спірографії [12]. І стадія ХОЗЛ реєструвалася у 22 пацієнтів (26,5%), II - у 53 (69,9%) і III - у 8 (9,6%) обстежених хворих. Патологія печінки неалкогольного та невірусного генезу у вигляді НАСГ діагностувалася за допомогою клініко-лабораторного та інструментального обстеження хворих. У всіх хворих, що знаходилися під спостереженням, визначали наявність в крові маркерів вірусів гепатитів В та С - HBeAg та HBeAg - радіоімунним методом, анти-HBe, анти-

НВе на анти-НСV за допомогою імуноферментного аналізу (ІФА). З дослідження виключалися ті особи, в яких виявляли позитивні результати даних тестів, та крім цього, які зловживали алкогольними напоями, з приводу чого вони знаходилися на диспансерному обліку у лікаря-нарколога. За даними комплексного клінічно-мікробіологічного, рентгенологічного та інструментального дослідження у всіх пацієнтів встановлено діагноз вперше діагностованого ТЛ та віднесено до I категорії диспансерного спостереження.

Для визначення морфологічного (сонографічного) стану органів черевної порожнини та функціональних змін з боку ЖМ здійснювали УЗД з використанням апарату "Aloka SSD-630" (Японія) та абдомінальних датчиків [1]. Діагностика гіперехогенності печінки як основної сонографічної ознаки жирової інфільтрації її паренхіми базувалася на порівнянні ехогенності печінки, коркового шару правої нирки, селезінки та коркового шару лівої нирки. Ехогенність паренхіми здорової печінки та коркового шару правої нирки однакові. Якщо різниця між ними є більша від різниці між ехогенністю селезінки і коркового шару лівої нирки, таку печінку розглядають як гіперехогенну [13]. Одночасно оцінювали стан структури печінки, ступінь візуалізації стінок розгалужень воротної та печінкової вен, стінки жовчного міхура, капсули печінки та діафрагми [12]. Статистичну обробку одержаних результатів досліджень здійснювали на персональному комп'ютері AMD Athlon 3600+ за допомогою дисперсійного аналізу з використанням пакетів ліцензійних програм Microsoft Office 97, Microsoft Excel Stadia 6.1 / prof і Statistica [4].

Отримані дані та їх обговорення. При проведенні клінічних спостережень у хворих на НАСГ, сполучений з ХОЗЛ та ТЛ, спостерігалися чітко виражені інтоксикаційний та астено-невротичний синдроми. При цьому переважна більшість пацієнтів скаржилися на виражену загальну слабкість (100%), підвищену стомлюваність та працездатності (100%), схуднення (97,6%), „профузну“ нічну пітливість (82,9%), фебрильну або субфебрильну температуру тіла переважно у другій половині дня (73,2%), зниження апетиту (94,1%), поверхневий сон (75,6%), дратівливість (68,3%) і дифузний головний біль (97,6%). Значна частота та вираженість цього симптомокомплексу була пов'язана в значній мірі з одночасним розвитком та прогресування запального процесу в легенях неспецифічного та туберкульозного характеру. Зі скарж, що мали безпосереднє відношення до патології печінки, обстежені пацієнти відзначали помірну тяжкість у правому підребер'ї (58,5%), гіркоту або металевий присмак у роті (43,9%), нудоту (38,5%). При об'єктивному обстеженні у хворих виявляли субіктеричність склер (31,7%), в невеликій кількості телеангіоектазії або розширення дрібних венозних судин та капілярів здебільшого на шкірі бокових поверхонь тулуба (59%), інколи також на обличчі, пальмарну еритему (79,5%), мармуровість долонь та передпліч (77,1%), матовості нігтьових лож (57,8%). У переважній більшості хворих відмічалася обкладеність язика щільним білим або брудним жовтуватим нальотом. У всіх

пацієнтів мало місце помірно виражене збільшення печінки, яка виступала на 2-4 см з-під реберного краю, край печінки був частіше тупий, заокруглений, чутливий у 53,6% хворих. При цьому всі обстежені пацієнти мали різного ступеню вираженості бронхо-легеневий симптомокомплекс.

За даними УЗД печінки найбільш типовими ознаками НАСГ було збільшення розмірів печінки (100%), її гіперехогенність (100%) внаслідок дифузійної жирової інфільтрації та нерівномірна лунощільність (73,5%) (табл.).

При цьому виділяли три ступені (I, II, III) стеатозу печінки [6]: I ступінь стеатозу печінки (за ультразвуковими ознаками) спостерігався у 25,3 %, II – у 44,6 %, III – у 30,1% хворих (рис. 1).

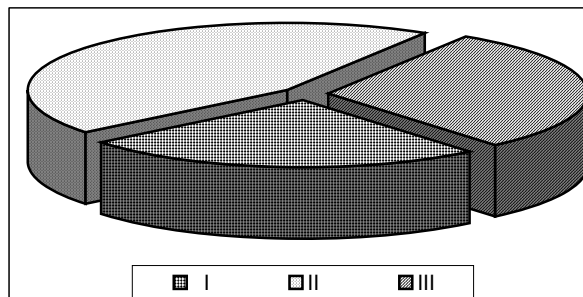


Рис.1. Частота різних ступенів стеатозу печінки у хворих на ХОЗЛ в сполученні з НАСГ на тлі ТЛ.

I ступінь стеатозу печінки характеризувався незначним збільшенням розмірів печінки, гіперехогенністю, звукопровідність звичайна, органи під печінкою візуалізуються чітко. II ступінь стеатозу встановлювали при значній гепатомегалії, «біла печінка», при цьому внутрішньопечінкові протоки та судини, v. portae усередині печінки, капсула та межі печінки видно нечітко. Для III ступеня були характерні: виражена гепатомегалія, «біла печінка», судини усередині печінки, капсула та межі печінки майже не візуалізуються.

Таблиця. Показники УЗД органів черевної порожнини у хворих на ХОЗЛ в сполученні з НАСГ на тлі ТЛ (абс. і %)

Показники сонографічного обстеження	Обстежені хворі	
	абс.	%
Гепатомегалія	83	100
Гіперехогенність печінки	83	100
Нерівномірна лунощільність печінки	61	73,5
Ступінь стеатозу печінки:		
- I-й	21	25,3
- II-й	37	44,6
- III-й	25	30,1
Зміни судинного рисунка	35	42,2
Облітерація судин	29	34,9
Розширення внутрішньопечінкових протоків	30	36,1
«Біліарний сладж»	34	41
Ознаки хронічного запалення ЖМ	49	59
Ознаки хронічного панкреатиту	57	68,7
Функція ЖМ		
- гіпертонус	32	38,5
- нормотонія	22	26,5
- гіпотонія	29	35
Спленомегалія	21	25,3

У частини хворих (42,2%) також виявлялося розширення та підвищення звивистості печінкових вен, при цьому кут впадання вен в крупні су-

дини перевищував 45°, а діаметр судин був не завжди постійним. У 34,9% пацієнтів виявлялась повна облітерація судин.

Водночас у хворих виявлено розширення внутрішньопечінкових жовчних протоків (36,1%), а також феномен «біліарного сладжу» у 41 %, ознаки хронічного запального процесу в жовчному міхурі (потовщення стінок, деформація) - 59 %, дизкінезії жовчного міхура за гіперкінетичним 38,5 % та гіпокінетичним – 35 % типом (рис.2).

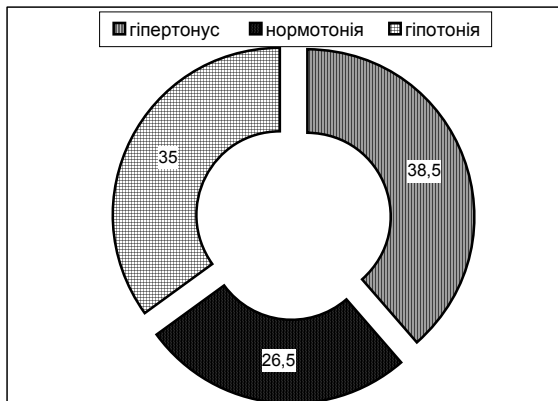


Рис. 2. Функція ЖМ у хворих на ХОЗЛ в сполученні з НАСГ на тлі ТЛ.

Звертає увагу досить значна частота супутнього хронічного панкреатиту – 68,7 %, що проявлялось неоднорідністю луноструктури підшлункової залози, підвищенням її гідрофільності, нечіткістю контурів, наявністю мікролітів у протоці та її розширенням. Збільшення розмірів селезінки виявлено у 25,3% хворих на ХОЗЛ в сполученні з НАСГ на тлі ТЛ.

Таким чином, у пацієнтів зі сполученою патологією органів дихання та печінки при сонографічному дослідженні виявлені ознаки жирової інфільтрації печінки, які супроводжувались змінами з боку інших органів черевної порожнини, які знаходяться з нею в тісній анатомо-функціональній взаємодії.

Висновки:

1. Клінічна картина ХОЗЛ, сполученого з НАСГ на тлі ТЛ, характеризувалась поєднанням інтоксикаційного та астено-невротичного та бронхолегеневого синдромів, симптомами ураження гепатобіліарної системи.

2. При сонографічному дослідженні у хворих зі сполученою патологією органів дихання та печінки виявлено гепатомегалію (100%), гіперехогенність печінки (100%) та її нерівномірну лунощільність (73,5%) внаслідок жирової інфільтрації. При цьому виділяли три ступені стеатозу печінки: I ступінь стеатозу печінки спостерігався у 25,3 %, II – у 44,6 %, III – у 30,1% хворих.

3. Водночас у обстежених хворих виявлено розширення внутрішньопечінкових жовчних протоків (36,1%), а також феномен «біліарного сладжу» у 41 %, ознаки хронічного запального процесу в жовчному міхурі (потовщення стінок, деформація) - 59 %, дизкінезії жовчного міхура за гіперкінетичним 38,5 % та гіпокінетичним – 35 % типом.

4. У пацієнтів з ХОЗЛ, сполученим з НАСГ на тлі ТЛ, при сонографічному дослідженні виявлені ознаки жирової інфільтрації печінки, які супроводжувались змінами з боку інших органів черевної порожнини, які знаходяться з нею в тісній анатомо-функціональній взаємодії.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бацков С.С. Ультразвуковой метод исследования в гастроэнтерологии / С.С. Бацков. – СПб. : Основа, 1995. – 152 с.
2. Гришук Л.А. Частота і структура порушень гепатобіліарної системи у хворих на туберкульоз легень / Л.А. Гришук // Інфекційні хвороби. – 2002. – № 4. – С. 55-57.
3. Іванова Л.М. Клініко-біохімічна характеристика неалкогольного стеатогепатиту у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень в сполученні з туберкульозом органів дихання / Л.М. Іванова, Ю.В.Сидоренко // Сучасна гастроентерологія. – 2008. - № 6. – С.38-41.
4. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. – Киев : Моріон, 2000. – 320 с.
5. Миронова Г.Е. Изменение функционального состояния печени в течении хронического обструктивного бронхита / Г.Е.Миронова, З.Н.Кривошапкина, Б.Т.Величковский // Вестник РАМН. – 2004. – № 3. – С. 13-16.
6. Панчишин Ю.М. Ультрасонографічні критерії стеатозу печінки / Ю.М.Панчишин // Укр. мед. часопис. – 2008. - № 4 (66). – С. 106-112.
7. Тамашкина Г.Н. Частота і характер поражения бронхиальной системы у больных туберкулезом органов дыхания в современных условиях / Г.Н.Тамашкина // Проблемы туберкулеза. – 1999. - № 6. – С.26-30.
8. Fatty liver: imaging patterns and pitfalls / O.W.Hamer, D.A.Aguirre, G.Casola [e.a.] // Radiographics. – 2006. - Vol. 26(6). – P.1637-1653.
9. Karcaaltincaba M. Imaging of hepatic steatosis and fatty sparing / M.Karcaaltincaba, O.Akhan // Eur. J. Radiol. – 2007. - Vol. 61(1). – P. 33-43.
10. McNear S. Current status of therapy in nonalcoholic fatty liver disease / S.McNear, S.A.Harrison // Ther. Adv. Gastroenterol. – 2009. - Vol.2(1). – P. 29-43.
11. Portal fibrosis and hepatic steatosis in morbidly obese subjects: spectrum of nonalcoholic fatty liver disease / G.A.Abrams, S.S.Kunde, A.J.Lazenby, R.H.Clements // Hepatology. – 2004. – Vol. 40(2). – P. 475-483.
12. Severity of ultrasonographic liver steatosis and metabolic syndrome in Korean men and women / H.C.Kim, S.H.Choi, H.W.Shin [e.a.] // World J.Gastroenterol. – 2005. - Vol. 11(34). – P. 5314-5321.
13. Sonography of diffuse liver disease / H.Tchelepi, P.W.Ralls, R.Radin, E.J. Grant // Ultrasound. med. – 2002. - Vol. 21(9). – P. 1023-1032.

Надійшла 12.04.2009 р.
Рецензент проф. А.М.Петруня