

ХАРАКТЕРИСТИКА СОНОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ

ГЗ “Запорожская медицинская академия последипломного
образования МЗ Украины”

Вступление. При проведении дифференциальной диагностики острых вирусных гепатитов (ОВГ) используется ультразвуковой метод исследования, чаще с целью исключения хирургической патологии. Данные литературы по сонографической характеристике гепато-билиарной системы при ОВГ немногочисленны, противоречивы, основаны на ограниченном клиническом материале, без учета этиологии, степени тяжести гепатита, фоновых заболеваний.

Цель. Изучение сонографических изменений гепато-билиарной и портальной систем при ОВГ для определения их диагностического и прогностического значения в оценке тяжести гепатита и характера его течения.

Объем и методы. Сонографическое обследование проведено 930 больным в возрасте от 18 до 50 лет в разгаре ОВГ. УЗИ-диагностика проводилась на сонографе ULTIMA/PRO – 30. Результаты. Отмечена зависимость сонографической картины от тяжести ОВГ. При тяжелых и злокачественных формах заболевания у 64% больных регистрируются сонографические признаки синусоидальной портальной гипертензии (значительная гепатомегалия при снижении эхогенности печени и спадении желчного пузыря, спленомегалия с расширением селезеночной вены, асцит в 13% случаев), наличие которых на ранних стадиях заболевания имеет прогностическое значение в отношении тяжести гепатита.

Выводы. Сонографическое исследование является информативным методом диагностики в оценке тяжести и характера течения ОВГ. Для тяжелых и злокачественных форм ОВГ характерно наличие синусоидальной портальной гипертензии (выраженная гепато-спленомегалия, расширение селезеночной вены, асцит при наличии гипозоногенности печени и сморщенного желчного пузыря), выявление сонографических признаков которой позволяет прогнозировать тяжесть течения уже на ранних стадиях заболевания.

Ключевые слова: вирусный гепатит, диагностика, сонография, портальная гипертензия, асцит.

ВВЕДЕНИЕ

Большой спектр возбудителей вирусных гепатитов (ВГ) при наличии у больных сопутствующей патологии гепато-билиарной системы создают предпосылки для многочисленных вариантов сочетанного поражения печени. Острый вирусный гепатит (ОВГ) может стать суперинфекцией при хронических вирусных гепатитах (ХВГ) другой этиологии или наслаиваться на диффузные заболевания печени неинфекционной природы, что существенно затрудняет их дифференциальную диагностику и нередко трактуется, как обострение хронического заболевания.

В диагностическом алгоритме заболеваний печени важное место занимает ультразвуковой метод исследования (УЗИ), позволяющий оценить состояние гепато-билиарной и портальной системы, поскольку клинико-лабораторные показатели у больных нередко однотипны. По данным большинства авторов сонографическая диагностика используется в алгоритме обследования больных ОВГ преимущественно для исключения механической желтухи и выявления билиарной патологии [3,5,6,7]. Лишь немногочисленные публикации посвящены острым вирусным гепатитам [1,2].

Целью исследования явилось изучение сонографических изменений гепато-билиарной и портальной систем при ОВГ для определения их диагностического и прогностического значения в оценке тяжести гепатита и характера его течения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов сонографического обследования 930 больных ОВГ, в возрасте от 18 до 50 лет, госпитализированных в Запорожскую областную инфекционную клиническую больницу в 2004-2009 гг. Больные обследовались на 1 неделе госпитализации, в ряде случаев повторно через 2-5 недель.

У всех больных была типичная желтушная форма ОВГ. Вирусная природа инфекции подтверждена серологическими маркерами и результатами полимеразной цепной реакции: гепатит А (52%), гепатит В (41%), гепатит С (3%), микст-гепатиты (4%). Преобладали мужчины (61%), средний возраст больных составил $32,5 \pm 3,4$ года. Доминировали формы средней тяжести ОВГ (60,4%), легкие формы составили 24%, тяжелые формы – 15,6 % (145 больных).

Ультразвуковое исследование проводилось на аппарате ULTIMA/PRO – 30. Использовалась общепринятая полипозиционная методика осмотра. Оценивались размеры и структура печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки, билиарная и сосудистая системы печени, элементы гепатодуоденальной связки.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Сонографическая картина изменений гепато-билиарной системы не зависела от этиологии гепатита, пола и возраста больных, при одинаковой их тяжести.

Гепатомегалия регистрировалась у 65% больных ОВГ, преимущественно за счет увеличения правой доли печени (диапазон 163-196 мм), значительно реже (13%) регистрировалось увеличение левой доли (диапазон 82 -100 мм) или обеих долей (9%). У 35% больных размеры печени оставались нормальными, преимущественно при легких и средне-тяжелых формах гепатита (соответственно, у 34% и 23%). Нормальная эхоструктура печени регистрировалась у 40% больных, в том числе у 17% обследованных при наличии гепатомегалии.

Диффузные изменения печени в виде повышения эхогенности и неоднородности структуры органа отмечены у 28,5% обследованных. У 212 (80%) пациентов этой группы имели место сопутствующие поражения печени неинфекционной природы: алкогольная болезнь печени, токсические гепатиты (лекарственный, гепатит наркоманов), неалкогольный стеатогепатит, ЖКБ, хронический холецистит. У 38 (14%) больных ОВГ явился суперинфекцией хронического вирусного гепатита другой этиологии. У 5,7% больных данной группы сопутствующей патологии не установлено. Таким образом, диффузные изменения печени регистрировалось у каждого четвертого обследованного больного. В 94% случаев имела место сопутствующая патология гепато-билиарной системы.

У 218 (23,4%) больных уже на 3-5 день желтухи регистрировалась выраженная диффузная гипозоногенность печени, независимо от размеров органа: при легкой форме

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

ОВГ - в 4% случаев, при средне-тяжелых формах – в 14%, а при тяжелых формах – у 90% больных. При тяжелых формах ОВГ гипоехогенность печени сохранялась до 2,5-4 недель. Следует отметить прогностическое значение данного сонографического признака в ранней оценке тяжести ОВГ, т.к. клинические признаки тяжести могут нарастать в течение 1–2 недель.

Спленомегалия выявлена у 67% больных, при этом увеличение поперечного размера селезенки (диапазон 63 - 100 мм) отмечалось в 1,5 раза чаще, чем продольного (диапазон 123 - 170 мм). Изменения структуры селезенки у всех больных отсутствовали. У большинства пациентов нормализация размеров селезенки произошла к периоду выписки. У больных с затяжным течением ОВГ спленомегалия сохранялась длительно (до 2,5 -3 месяцев и более). Высокий процент выявления спленомегалии позволяет считать этот симптом важным диагностическим критерием ОВГ, а сроки нормализации размеров органа – прогностическим тестом в отношении продолжительности заболевания.

Следует отметить значительные расхождения в определении размеров органов пальпаторным и сонографическим методами исследования: гепатомегалия клиницистами регистрировалась в 1,6 раза чаще (у 92 % больных), а спленомегалия – в 2,5 раза реже (у 26% больных), чем при УЗИ-исследовании.

У 21% больных регистрировался спавшийся желчный пузырь, преимущественно при тяжелых формах ОВГ (84%), реже при средне-тяжелых (11,5%). При контроле больных на 3-4 неделе состояние желчного пузыря нормализовалось. У 3,5% больных регистрировался калькулез желчного пузыря.

Проведенный анализ позволил выделить группу пациентов (108 человек), с сонографическими признаками портальной гипертензии: гепатомегалия (90% больных); гипоехогенность печени, независимо от размеров органа; спавшийся желчный пузырь; выраженная спленомегалия с параллельным расширением селезеночной вены (до 8-9 мм). Диаметр воротной вены (12-13 мм) и нижней полой вены оставался в пределах нормы.

Указанный симптомокомплекс регистрировался у 64% больных с тяжелой формой ОВГ, изредка – при средне-тяжелых формах (у 2,5%). У каждого третьего больного отмечена сопутствующая печеночная патология (алкогольная болезнь печени, ХВГ, токсический гепатит). Преобладали мужчины (82%).

По данным УЗИ у 19 больных с тяжелыми формами ОВГ регистрировалось также наличие свободной жидкости в брюшной полости в небольшом, реже – в умеренном количестве. Клинические признаки асцита имелись лишь у 5 больных. Данную группу составили: 1) три больных с фульминантной формой гепатита В (наличие асцита было подтверждено при вскрытии на 6-9 день болезни); 2) пять больных гепатитом В, осложнившимся подострой печеночной недостаточностью (у двух с летальным исходом); 3) семь больных с суперинфекцией ОВГ на фоне ХГС; 4) четыре больных с тяжелой формой гепатита А на фоне алкогольного гепатита (2) и алкогольного ЦП (2).

Регресс сонографических показателей происходил у больных этой группы на 3-6 неделе болезни. Нормализация размеров печени затягивалась до 3 месяцев.

Выявленные сонографические показатели подтверждают наличие при ОВГ функциональной синусоидальной портальной гипертензии, которая клинически проявляется у 2% больных ОВГ, только при злокачественных и тяжелых его формах (13% случаев). В генезе развития данного синдрома имеют значение патогенетические механизмы ОВГ: нарушение капиллярного печеночного кровотока и лимфооттока за счет

отека инфицированных гепатоцитов и образования клеточных инфильтратов; наличия органного ДВС-синдрома; внутрипеченочный холестаз; выраженная гипопропротеинемия за счет снижения синтеза альбуминов; проявления гиперальдостеронизма со склонностью к задержке жидкости вплоть до развития отечно-асцитического синдрома [4,8].

При сочетании ОВГ с хроническими поражениями печени (алкогольным гепатитом, ХВГ, циррозом печени и др.) декомпенсируется уже имеющая место или формирующаяся портальная гипертензия. Сонографическое исследование позволяет контролировать выраженность и динамику этого синдрома, а следовательно, своевременно оценить тяжесть ОВГ и прогнозировать его течение, что имеет важное значение для назначения адекватной терапии.

Выводы

- Сонографическое исследование занимает важное место в диагностике острых вирусных гепатитов в оценке их тяжести и характера течения. Сонографическая картина при ОВГ не зависит от пола, возраста больных и типа гепатита при одинаковой тяжести больных.

- Характерными сонографическими признаками ОВГ является гепатомегалия (65%) при нормальной (42,3%) или сниженной (23,4%) экзогенности печени, спленомегалия (67%), спавшийся желчный пузырь (19,6%) при отсутствии изменений желчных протоков и портальной системы.

- У 28,5% больных ОВГ повышение экзогенности печени обусловлено сопутствующей патологией гепато-билиарной системы (хроническими вирус-ными гепатитами, алкогольной болезнью печени, стеатогепатитом), что следует учитывать при проведении дифференциальной диагностики.

- Наличие синусоидальной портальной гипертензии при тяжелых и злокачественных формах ОВГ подтверждается сонографическими признаками (выраженная гепатомегалия при наличии гипозаполненности печени и спавшегося желчного пузыря, спленомегалия с расширением селезеночной вены, асцит в 13% случаев), выявление которых уже на ранних стадиях заболевания позволяет прогнозировать тяжесть его течения и определить соответствующий объем интенсивной терапии.

Литература

1. Голубовська О.А. Ультразвукові ознаки дифузних уражень печінки. Наук.-практ. медичний журнал «Гепатологія». Львів. 2009: 36-45.
2. Ярешко В.Г., Балашов Г.В., Живиця С.Г., Живиця Л.В. та інші. Диференційна діагностика механічних, паренхіматозних та змішаних жовтяниць: методичні рекомендації. Запоріжжя. 2003.
3. Практическое руководство по ультразвуковой диагностике. Изд. 2-е, Под ред. В.В. Митькова. Видар. 2011.
4. Радченко В.Г., Шабров А.В., Зиновьева Е.И. Основы клинической гепатологии. Заболевания печени и билиарной системы. СПб.: "Издательство"Диалект". "Издательство "Бином". 2005.
5. Руководство по ультразвуковой диагностике /под редакцией Е. С. Пальмера. М. Медицина. 2000.
6. Визир В.А., Приходько И.Б. Ультразвуковая диагностика в практике врача-терапевта (болезни печени, билиарной системы, болезни поджелудочной железы, болезни почек): руководство. Винница: Новая книга. 2007.

7. Эдвард И. Блют, Кэрол Б. Бенсон, Филлип У. Раллс, Мэрлин Д. Сигел. Ультразвуковая диагностика. Практическое решение клинических проблем. УЗИ живота. Медлитература. 2010, 1.

8. Шерлок Ш. Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей: Практич.рук.: Пер. с англ. Под ред. З.Г.Апросиной, Н.А.Мухина. М. ГЭОТАР МЕДИЦИНА. 1999.

Л.В. Живиця, Д.Г. Живиця, Н.В. Шапошнікова,
Г.Ф. Пономаренко, С.К. Лимар

Характеристика сонографічних змін гепатобіліарної системи при гострих вірусних гепатитах

Вступ. При проведенні диференціальної діагностики гострих вірусних гепатитів (ГВГ) використовується ультразвуковий метод дослідження, частіше з метою виключення хірургічної патології. Дані літератури з сонографічної характеристики гепатобіліарної системи при ГВГ малочисельні, суперечливі, засновані на обмеженому клінічному матеріалі, без урахування етіології, ступеня тяжкості гепатиту, фонових захворювань.

Мета. Вивчення сонографічних змін гепатобіліарної і портальної систем при ГВГ для визначення їх діагностичного та прогностичного значення в оцінці тяжкості гепатиту і характеру його перебігу.

Обсяг і методи дослідження. Сонографічне обстеження проведено 930 хворим у віці від 18 до 50 років в розпаді ГВГ. УЗД-діагностика виконувалась на сонографі ULTIMA / PRO - 30.

Результати. Відзначено залежність сонографічної картини від тяжкості ГВГ. При тяжких і злоякісних формах захворювання у 64% хворих реєструються сонографічні ознаки синусоїдальної портальної гіпертензії (значна гепатомегалія при зниженні ехогенності печінки і спадінні жовчного міхура, спленомегалія з розширенням селезінкової вени, асцит в 13% випадків), наявність яких на ранніх стадіях захворювання має прогностичне значення щодо тяжкості гепатиту.

Висновки. Сонографічне дослідження є інформативним методом діагностики в оцінці тяжкості і характеру перебігу ГВГ. Для тяжких і злоякісних форм ГВГ характерна наявність синусоїдальної портальної гіпертензії (виражена гепато-спленомегалія, розширення селезінкової вени, асцит при наявності гіпоехогенна печінки і зморщені жовчного міхура), виявлення сонографічних ознак якої дозволяє прогнозувати тяжкість перебігу вже на ранніх стадіях захворювання.

Ключові слова: вірусний гепатит, діагностика, сонографія, портальна гіпертензія, асцит.

L. V. Zhyvytsia, D. H. Zhyvytsia, N. V. Shaposhnikova,
H. F. Ponomarenko, S.K. Lymar

Specified sonographic changes in the hepatobiliary system in acute viral hepatitis

SI "Zaporizhzhia Medical Academy of Postgraduate Education
of the Ministry of Health"

Introduction. When performing differential diagnosis of acute of viral hepatitis (AVH) it is used an ultrasonic method, often in order to avoid any surgical pathology. The literature data on sonographic specification of the hepatobiliary system in AVH are not numerous, contradic-

tory, based on the limited clinical materials, not including the etiology, severity of hepatitis, background diseases.

Aim. Studying sonographic changes of the hepatobiliary and portal systems in the AVH to determine their diagnostic and prognostic value in assessing the severity of hepatitis and the nature of its course.

Methods.: 930 patients, aged 18-50, in the midst of AVH underwent the sonographic examination. Ultrasonic diagnostic sonography was performed by ULTIMA / PRO - 30.

Results. There was observed the dependent of the sonographic patterns on the severity of AVH. In severe and malignant forms of the disease in 64% of patients there were registered the sonographic signs of sinusoidal portal hypertension (hepatomegaly with a significant decrease in echogenicity of the liver and gall bladder, splenomegaly with the expansion of the splenic vein, ascites in 13% of cases), the presence of which in the early stages of the disease has prognostic value against the background of the severity of hepatitis.

Conclusion. Sonographic examination is an informative method in the diagnosis and assessment of the severity of the AVH course. Sinusoidal portal hypertension (severe hepato-splenomegaly, the expansion of the splenic vein, ascites in the presence of hypoechoic liver and shrunken gall bladder), whose sonographic signs are detected to early prognose the severity of the disease are specific for the severe and malignant forms of AVH.

Key words: viral hepatitis, diagnostics, ultrasound, portal hypertension, ascites.

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2013

Д.Г. Живиця, О.В. Самойленко, В.Г. Казека

ДИСГОРМОНАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ

ДЗ "Запорізька медична академія післядипломної
освіти МОЗ України"

Вступ. ВІЛ-інфекція – тривала інфекційна хвороба, яка розвивається внаслідок інфікування вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) та характеризується прогресуючим ураженням імунної системи. Порухення у функціонуванні імунної системи, що відбувається при ВІЛ-інфекції, можуть призводити до порушень у секретії гормонів і, відповідно, до дисрегуляції багатьох органів і систем.

Мета. Вивчення ендокринного статусу у хворих на ВІЛ-інфекцію за сироватковими показниками гормонів залежно від стадії захворювання.

Методи. В дослідження було включено і обстежено 25 хворих з ВІЛ-інфекцією. Контрольну групу склали 15 ВІЛ-негативних практично здорових осіб. Імунологічне обстеження включало визначення абсолютного і відносного рівнів Т-лімфоцитів (CD3+), Т-хелперів (CD4+), Т-кілерів (CD8+), індексу імунореактивності (CD4+/CD8+) за допомогою моноклональних антитіл на проточному цитофлуориметрі COULTER® EPICS® XL (Beckton Coulter, Франція). Визначення вмісту гормонів наднирників (кортизолу, дегідроепіандростерон сульфату – ДГЕА), тіреотропіну (ТТГ), гормонів щитоподібної залози (вільного тироксину – T_4 , вільного трийодтироніну – T_3) в сироватці крові проводилося за допомогою імуоферментного аналізу з використанням тест-систем Вектор-Бест (Росія). Результати. Проаналізовані зміни рівнів гормонів кори наднирників і гормонів щитовидної залози, а також імунологічний статус у 25 хворих з ВІЛ – інфекцією. У хворих на ВІЛ-інфекцію