

УДК 616.36-008.5/6-07

МОЖЛИВОСТІ МЕТОДУ УЗД У ВИЗНАЧЕННІ СТАДІЇ РОЗВИТКУ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ

Тамм Т.І., Бардюк О.Я., Богун О.А., Хамам Аббуд, Устінов А.Т.

*Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра хірургії і проктології, м. Харків***РЕЗЮМЕ:** були визначені УЗ-критерії, характерні для стадії компенсації, субкомпенсації та декомпенсації відповідно до паренхіматозного та васкулярного типів цирозу печінки, які діагностували у 112 хворих на цироз печінки.**Ключові слова:** цироз печінки, стадія розвитку, УЗД

Вступ. Кількість хворих з вірусним ураженням печінки, ВІЛ-інфікованих пацієнтів, а також осіб, які страждають на наркоманію та алкоголізм, яка зростає в останній час, є фоном, на якому усе частіше формується ураження печінки, кінцем якого є цироз.

Труднощі діагностики цирозу печінки на початковому етапі захворювання пов'язані із нестачею суб'єктивних та об'єктивних проявів, які можуть імітувати багаточисельні захворювання. В основі цирозу лежить перебудова регенеративної, фібротичної та судинної системи печінки, яка по мірі прогресування проходить стадії компенсації, субкомпенсації та декомпенсації по судинному та/або паренхіматозному типу [1, 2]. Для визначення стадії розвитку цирозу крім визначення функції печінки, яка може бути тривалий час компенсованою, необхідно знати ступінь морфологічних змін, які відбуваються в органі [1, 2].

Остаточний морфологічний діагноз стадії розвитку цирозу печінки можна визначити методом пункційної біопсії [1, 2].

До цього часу серед неінвазивних методів дослідження не існує об'єктивних критеріїв діагностики морфологічних змін печінки у відповідних стадіях розвитку цирозу. В зв'язку з цим представляється цікавим метод УЗД як загально доступний та неінвазивний.

Мета дослідження. Вивчити ультразвукову семіотику цирозу печінки на визначених стадіях його розвитку.

Матеріали та методи. За останні 5 років обстежені 112 хворих на цироз печінки віком від 38 до 63 років. Чоловіків було 96 (85,7%), жінок – 16 (14,3%). Діагностика захворювання здійснювалась на підставі анамнезу, даних лабораторних та інструментальних методів дослідження, а саме – УЗД, КТ. У 32 (28,6%) пацієнтів діагноз верифікували субопераційно.

Результати досліджень та їх обговорення. В процесі дослідження методом УЗД встановлено, що розміри печінки були змінені у всіх 112 (100%) хворих. У 98 (87,5%) із них печінка була збільшеною. На ехограмах виявляли збільшення її кута до 90 градусів та більше, а також розмір органу в дорзо-вентральному напрямку був більшим за 14 см по правій долі. У 14 (12,5%) хворих дорзо-вентральний розмір печінки в правій долі був меншим за 11 см, але кут її був більшим за 90 градусів.

У 35 (31,4%) пацієнтів ехогенність паренхіми печінки була зниженою. У цих же хворих під час УЗД був посилений судинний малюнок печінки за рахунок розширення в більшій мірі системи печінкових вен та незначно – системи ворітної вени. У 77 (68,6%) хворих ехогенність печінки була підвищеною. Структура паренхіми печінки у всіх хворих була незміненою.

Перипортальний фіброз від 3 до 5 мм та більше виявлений у 37 (42%) хворих. Розширення селезінкової вени від 7 до 16 мм виявлено у 88 (78,6%) та наявність асцитичної рідини в черевній порожнині виявлено у 78 (69,6%) хворих.

Реканалізація пупкової вени, ширина якої складала від 2 до 8 мм, виявлено у 92 (82,1%) хворих (симптом Баумгартнера).

Симптом «запустіння» жовчного міхура виявлений у 28 (25%) хворих.

Аналізуючи отримані ультразвукові критерії зміни структури печінки, її венозного малюнка та порівнюючи їх з результатами клініко-лабораторних досліджень, нами доведено наступні факти:

- для початкової стадії цирозу печінки (стадії компенсації) характерне збільшення печінки з підвищенням її ехогенності. Зниження ехогенності печінки спостерігали у всіх пацієнтів із кардіальним цирозом, що сформувався при правошлунковій недостатності. Переповнення кров'ю печінкових вен, їх розширення та порушення відтоку крові з печінки знижували її ехогенність;

- в стадії субкомпенсації до вищеперелічених ознак цирозу печінки додається розширення селезінкової вени та реканалізація пупкової вени. Остання свідчить про початок шунтування крові із системи ворітної вени та формування портокавальних анастомозів;

- в стадії декомпенсації ультразвукова семіотика цирозу печінки може бути відбита у вигляді трьох груп:

Перша група відображена ознаками, які свідчать про декомпенсацію органу, що йде по судинному типу. В цих випадках поряд зі зміною розміру печінки, ехогенності її паренхіми, розширенням ворітної, пупкової, селезінкової вен та спленомегалією з'являється асцит.

Друга група включає до себе збільшену печінку із різко підвищеною ехогенністю паренхіми та

помірно розширеним венозним руслом в системі ворітної вени. В цих випадках незначно збільшена селезінка. Основна ознака, яка поєднує цю групу є симптом «запустіння жовчного міхура», який завжди поєднується в тому чи іншому ступені із зовнішніми проявами жовтяниці. Перелічений симптомомкомплекс на ехограмі у порівнянні з даними клініко-лабораторних досліджень свідчить про гепатоцелюлярну недостатність, яка виникає при декомпенсації цирозу печінки по паренхіматозному типу.

Третя група УЗД-семіотики цирозу печінки відповідає стадії декомпенсації по змішаному типу та включає до себе ознаки першої та другої групи. Співвідношення їх кількості залежить від виразності ознак типу декомпенсації – паренхіматозного або судинного.

В компенсованій стадії цирозу в клінічному аналізі крові зміни практично не виражені. В біохімічних дослідженнях крові є незначне відхилення рівня трансаміназ (АлАТ, АсАТ) в бік їх збільшення, інші показники, які відображають функцію печінки, як правило, не змінені.

В стадії субкомпенсації більш вираженими стають суб'єктивні ознаки загального нездужання. В клінічному аналізі крові, як і раніше, зміни не виражені, але поряд із підвищенням трансаміназ при вираженій гепатоцелюлярній недостатності знижується протромбіновий індекс та спостерігається диспротеїнемія за рахунок зниження альбумінової фракції.

У стадії декомпенсації зміни біохімічних показників крові відповідають типу декомпенсації. При декомпенсації по судинному типу зміни показників, які відображають функцію печінки, виражені незначно. В стадії декомпенсації по паренхіматозному типу спостерігається гіпербілірубінемія до рівня $210 \pm 1,8$ мкмоль/л за рахунок переважаючої

непрямої (некон'югованої) фракції, зростаюча диспротеїнемія (гіпоальбумінемія), зниження протромбінового індексу, а також ріст трансаміназ до $3,1$ (АлАТ) та $2,4 \pm 0,3$ (АсАТ) та незначне збільшення лужної фосфатази до $24 \pm 1,3$ од.. В клінічному аналізі крові у всіх пацієнтів відмічено підвищення ШОЕ до $38 \pm 2,9$ мм/год.

У 18 (16%) хворих при УЗД виявлено, що причиною жовтяниці став первинний біліарний цироз печінки, ознаками якого стали гепатоспленомегалія, розширення селезінкової вени та симптом „запустіння” жовчного міхура. Високі цифри лужної фосфатази в поєднанні із гіпербілірубінемією за рахунок прямої фракції та відсутність ознак механічної жовтяниці за даними УЗД дозволили встановити первинний біліарний цироз печінки.

У 31 (28%) хворого при УЗД були виявлені ознаки механічної жовтяниці з формуванням вторинного біліарного цирозу, а саме: гепатоспленомегалія та розширення селезінкової вени, позитивний симптом Баумгартена.

Гепатоцелюлярна недостатність, що є початковою і відображається у біохімічному аналізі крові, доволі часто дозволяє думати про механічну природу жовтяниці, що може призвести до невиправданого оперативного втручання із фатальними для хворого наслідками. У цих випадках найбільш інформативним та неінвазивним є метод УЗД, який дозволяє визначити стадію розвитку цирозу печінки.

Висновки.

1. Морфологічні зміни в печінці у хворих на цироз можна визначити за допомогою методу УЗД, який є неінвазивним, доступним та об'єктивним.

2. Метод УЗД разом із клініко-лабораторними дослідженнями допомагає визначити стадію розвитку цирозу печінки, що суттєво впливає на тактику лікування хворих та об'єм терапії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Логинов А.С., Блок Ю.Е Хронические гепатиты и циррозы печени / А.С.Логинов, Ю.Е.Блок – М.: Медицина, 1997. – 246 с.
2. Майер К.-П. Гепатит и последствия гепатита / К.-П.Майер. – М.: ГЭОТАР-Медицина, 1999. – 420 с.

SUMMARY

POSSIBILITIES OF ULTRASONOGRAPHY IN DETERMINATION OF LIVER CIRRHOSIS STAGE

Tamm T.I., Bardiuk J.Ja., Bohun O.A., Hamam Abbud, Ustinov A.T.

US-criteria of changes, typical for compensation, subcompensation and decompensation of liver cirrhosis according to its parenchymatous and vascular type are established, basing on the results of US examination of 112 patients with liver cirrhosis.

Key words: liver cirrhosis, stage of development, ultrasonography