

УДК: 616.36-002.2(617.7-003.669-073.8)

МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ СТАДИИ И ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТАХоджибеков Марат Худайкулович, Мамажанова Нодира Мирфотиховна
Ташкентская Медицинская Академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент**СУРУНКАЛИ ГЕПАТИТНИНГ ДАВРИ ВА ОҒИРЛИК ДАРАЖАСИНИ ТАШХИСИДА МУЛЬТИПАРАМЕТРИК ЁНДАШУВ**Ходжибеков Марат Худайкулович, Мамажанова Нодира Мирфотиховна
Тошкент Тиббиёт Академияси, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.**MULTIPARAMETRIC APPROACH IN DIAGNOSTICS OF THE STAGE AND SEVERITY OF CHRONIC HEPATITIS**Hodzhibekov Marat Khudaykulovich, Mamazhanova Nodira Mirfotikhovna
Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Tashkente-mail: marat.khodzhibekov@gmail.com

Резюме. Тадқиқот 3 гуруҳга бўлинган ҳолда, ёш жиҳатидан таққослаш мумкин бўлган 172 нафар беморларнинг клиник-лаборатор текширувларига асосланган. Допплерографик текшируви стандарт усулда дарвоза венасидаги қон оқими аниқланди. Режимдаги маълумотлар ва доплер эгри чизигини баҳолаш асосида диаметри, қон оқимининг ўртача тезлиги ва доплер спектрининг шакли баҳоланди. Бизнинг тадқиқотимизга кўра кулранг шкалали ултратовуш текширувида сурункали гепатит билан беморларнинг 85%ида унинг эхографик белгилари аниқланди. Допплерографик тадқиқотлар жигарнинг фиброзланиш босқичларини дифференциал таъхислаш учун жуда муҳим бўлиб, даволаш тактикасини ўз вақтида тузатиш имконини беради.

Калит сўзлар: жигар, дарвоза венаси, сурункали гепатит, фиброз.

Abstract. The study was based on a clinical and laboratory examination of 172 patients of comparable age, which were divided into 3 groups. Dopplerography examined the blood flow in the portal vein according to standard methods. Based on the data in the regime and the evaluation of the Doppler curve, the diameter, average blood flow velocity, and the shape of the Doppler spectrum were estimated. According to our study, 85% of patients with chronic hepatitis had ultrasound signs on a seroscale ultrasound scan. Dopplerographic research is informative for the differential diagnosis of stages of liver fibrosis, which allows timely correction of treatment tactics.

Keywords. Liver, portal vein, chronic hepatitis, fibrose.

Актуальность. Хронические гепатиты особенно вирусной этиологии, являются приоритетной проблемой общественного здравоохранения из-за широкого распространения, длительного течения и неблагоприятных последствий. По данным Всемирной организации здравоохранения вирусным гепатитом В или С инфицированы 325 млн человек во всем мире, а умирает от него ежегодно 1,4 млн. человек. По уровню смертности от инфекционных заболеваний данная болезнь стоит на втором месте после туберкулеза. Большинство лиц, с хроническим гепатитом С, не подозревают об инфекции до о наличии заболевания до тех пор, пока вирус не приведет к тяжелому поражению печени. В связи с этим актуальным остается вопрос ранней оценки активности и стадии хронических гепатитов для своевременной адекватной терапии. На сегодняшний день проведено немало исследований, по оценке методов диагностики активности и стадии хронических гепатитов. Существуют различные мнения о специфичности и чувствительности каждого из этих методов в оценке стадии и тяжести данного заболевания. Имеются немало работ по оценке чувстви-

тельности и специфичности серо шкального ультразвукового исследования, доплерографии и лабораторных анализов в диагностике хронических гепатитов.

Целью этого исследования был мультипараметрический ультразвуковой подход в оценке активности и стадии у больных с верифицированным диагнозом хронический гепатит.

Материалы и методы. Исследование было основано на клинико-лабораторном обследовании 172 больных сопоставимого возраста, которые были разделены на 3 группы: - в 1 группу вошли 80 больных возрасте 18-72 с верифицированным диагнозом хронический гепатит, из которых у 42 – выявлен вирусный гепатит С, 38 - вирусный гепатит В, не имеющих клинико-лабораторных данных за цирроз печени; - 2 группа состояла из 72 больных возрасте 20-67 лет с различными-ми соматическими патологиями без хронического гепатита. - в 3 группу вошли 20 профессиональные спортсмены в возрасте 18-25 лет ведущие здоровый образ жизни, не имеющие клиника лабораторных проявлений каких-либо заболеваний и сведений болезни печени в анамнезе.

Пациенты всех трех групп были комплексно исследованы с применением клиника биохимических и иммуноферментных лабораторных анализов. Всем пациентам выполнено УЗИ печени по стандартным методикам на аппарате УЗИ «ESAOTEMYLAB 7» (Италия) конвексным датчиком частотой 3.5МГц. На серошкальной эхограмме оценивали частоту выявления признаков, наиболее характерных для хронического гепатита: гепатомегалия, спленомегалия, изменения эхогенности паренхимы, зернистость, наличие гиперэхогенных включений и диаметр портальной вены. Допплерографически исследовали кровоток в портальной вене по стандартной методике. На основе данных В режима и оценки доплеровской кривой оценивали диаметр, среднюю скорость кровотока и форму доплеровского спектра. Пациентам 3 группы с верифицированным диагнозом хронический вирусный гепатит проводилась эластография на аппарате «Fibroscan» для оценки наличия и стадии фиброза по шкале Метабир.

Результаты и обсуждение. По данными нашего исследования на серошкальном ультразвуковом исследовании у 85% пациентов с хроническим гепатитом присутствовали его эхографические признаки. Эхографические признаки, упоминаемые в литературе как типичные для хронического гепатита, наблюдались даже у молодых здоровых людей в 2 (11%) случаях. В 1 группе описываемые признаки имели место в 30 (40%) случаях. Наиболее распространенным признаком являлось повышение эхогенности паренхимы печени. У 10% здоровых лиц отмечалось умеренное повышение эхогенности. У пациентов 2 группы отмечалось умеренное повышение эхогенности 40% случаях. Признак зернистости паренхимы печени в группе ЗД не выявлялся. У пациентов группы БЗП умеренно выраженная зернистость паренхимы печени наблюдалась 34% случаях. У пациентов с хроническим гепатитом в 88% процентов случаях на УЗИ выявлялось зернистость паренхимы печени. У 78% пациентов отмечалась умеренно выраженная форма и у 10% выраженная форма зернистости. У 9 пациентов этот признак не определялся. Признак гиперэхогенные включения в первой группе не наблюдался. В группе БЗП этот признак определялся у 8 пациентов (11%). В третьей группе больных с хроническим гепатитом этот признак встречался у 64 (80,0%) пациентов. Признак перепортального фиброза в первой и второй группе не выявлялся. В группе с хроническим гепатитом этот признак встречался у 85% случаев в разной степени выраженности. По данными доплерографического исследования в группах ЗД и БЗП диаметр воротной вены в области ворот печени составлял 1.02 ± 0.03 см. В этих группах определялся низко-

скоростной непрерывный гепатоленальный кровоток. Средняя скорость кровотока составила 19.3 ± 1.03 /сек.

У всех пациентов с хроническим гепатитом со слабым фиброзом печеночной ткани 6.4-7.5кПа, по данным эластографии, диаметр воротной вены достоверно не изменялся. Отмечалось значительное повышение скорости кровотока в воротной вене. Средняя скорость кровотока была до 25.4 ± 1.2 /сек. У всех пациентов (28) с умеренным фиброзом печеночной ткани по данным эластографии 7.9-8.7кПА диаметр воротной вены увеличивался, но изменения не были достоверными. Скоростные показатели не резко отличались от показателей первой и второй группы пациентов. Средняя скорость кровотока была до 17.1 ± 1.05 /сек.

По мере нарастания тяжести фиброза паренхимы печени, по шкале Метабир до 11.2-22 кПа (28 больных), отмечалось разнообразное изменение скорости кровотока в воротной вене. У 19 больных с тяжелым фиброзом отмечалось, снижение средней скорости кровотока в воротной вене до 8.2 ± 2.4 /сек. У 9 больных наблюдалось усиление средней скорости кровотока до 21.3 ± 2.5 /сек. У всех 19 больных с тяжелым фиброзом отмечалось уменьшение волнообразности спектра доплеровской кривой. Так же отмечалось стойкое увеличение диаметра воротной вены. Как показывают полученные данные эхографические признаки, упоминаемые в литературе как типичные для хронического гепатита, могут иметь место и при отсутствии такового, так как даже у молодых здоровых людей наблюдались отдельные случаи изменения эхогенности. У пациентов группы БЗП описываемые признаки встречались в 30% случаях. Распространенным признаком хронического гепатита являлась повышение эхогенности паренхимы печени. Наиболее чувствительным эхо признаком при хроническом гепатите является наличие включений, а специфичным – неоднородность эхо структуры. При анализе не выявлено достоверных различий в частоте проявления эхографических признаков между изучаемыми группами пациентов с отсутствием (группы ЗД, БЗП) и наличием хронического гепатита. Статистический анализ частоты выявления эхографических признаков у пациентов с хроническим гепатитом показал, что характерными для данного заболевания УЗИ признаками являются наличие включений, повышения эхогенности и неоднородность эхо структуры печени.

Частота повышения эхогенности печени не имеет статистических значимых отличий между группами. У пациентов с хроническим гепатитом достоверно чаще, чем при его отсутствие выявляются включения, однако частота их не зависит от стадии и активности патологического процес-

са. Не однородность структуры выявляется при хроническом гепатите достоверно чаще, чем при его отсутствие и статистически значимо различается в группах с различной активности хронического гепатита. Таким образом, наиболее чувствительным к наличию или отсутствию хронического гепатита и его степени и стадии является такой эхо признак как неоднородность структуры. Наличие и стадия фиброза достоверно не влияют на частоту проявления каждого из изучаемых признаков, однако частота отсутствия эхографических изменений печени достоверно ниже у здоровых людей чем и при гепатите с тяжелым фиброзом. Полученные данные свидетельствуют о недостаточной диагностической ценности УЗИ при выявление хронического гепатита, установление его стадии и активности.

По данным доплерографии стоит отметить, что этот метод более информативен в оценке ранних стадии и тяжести хронический гепатитов. Данные доплерографии более четко показали различие между группами. К механизмам, обеспечивающим поступление постоянного объема крови по воротной вене, можно отнести увеличение кровотока на более поздних этапах развития болезни что связано с снижением тонуса сосудистой стенки. Снижение линейной скорости кровотока воротной вене коррелирует со степенью развития коллатералей и тяжести заболевания. Линейная скорость кровотока в воротной вене у больных с тяжелым фиброзом и спленоренальным шунтированием ниже чем у пациентов без спленоренального шунтирования. Отмечается снижение линейной скорости кровотока в воротной вене, у пациентов с тяжелым фиброзом, по мере развития пищеводных коллатералей. Так же отмечается усиление линейной скорости кровотока воротной вене у пациентов с тяжелым фиброзом с реканализованными пупочными венами.

Таким образом полученные данные свидетельствуют что порто-печеночная гемодинамика изменяется в зависимости от степени фиброобразования процесса. Изменения скорости кровотока в воротной вене зависит от стадии выраженности фиброза; - в начальной стадии фиброза выявляется повышение линейной скорости кровотока воротной вены печени; - стадия умеренного фиброза характеризуется отсутствием значительных изменений по отношению к контрольной группе; - стадия выраженного фиброза характеризуется различными изменениями скорости кровотока воротной вены и уменьшением волнообразности спектра доплеровской кривой, и достоверным увеличением диаметра воротной вены

Выводы. 1. Результаты нашего исследования показали, что эхографические признаки, упоминаемые в литературе как типичные для хронического гепатита, могут иметь место и при отсут-

ствии такового даже у молодых здоровых людей. 2. По данными нашего исследования ультразвуковое исследование печени не является достаточным для диагностики хронического гепатита, оценки его стадии и активности, но, вследствие своей неинвазивности, безвредности и доступности, может быть полезно в установлении показаний к дальнейшему обследованию. 3. Допплерографическое исследование информативно для дифференциальной диагностики стадий фиброобразования печени, что позволяет своевременно скорректировать тактику лечения. 4. При выявлении эхографических изменений печени является необходимым комплексное исследование в том числе выполнение доплерографии и эластографии.

Литература:

1. Левитан Б.Н Особенности портального кровотока при хронических гепатитах и циррозах печени // Визуализация в клинике. 2001. № 5. - С.16-20
2. Значение ультразвукового исследования при определении стадии хронических диффузных заболеваний печени // Терапевт. 2011. №1. С. 32-35.
3. Рахимова З.Р., Ходжакулиев Б.Г Допплерографическое изменение печеночного кровотока у больных с циррозом печени // Молодой ученый. - 2014. - №4. - С .377-379.
4. Hirata M, Akbar SM, Horiike N, Onji M. Noninvasive diagnosis of the degree of hepatic fibrosis using ultrasonography in patients with chronic liver disease due to hepatitis C virus // Eur J Clin Invest. -2001.- № 3.- P.:528-535.

МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ СТАДИИ И ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА

Ходжибеков М.Х., Мамажанова Н.М.

Резюме. Исследование было основано на клинико-лабораторном обследовании 172 больных сопоставимого возраста, которые были разделены на 3 группы. Допплерографически исследовали кровотоки в портальной вене по стандартной методике. На основе данных в режимах и оценки доплеровской кривой оценивали диаметр, среднюю скорость кровотока и форму доплеровского спектра. По данными нашего исследования на серошкальном ультразвуковом исследовании у 85% пациентов с хроническим гепатитом присутствовали его эхографические признаки. Допплерографическое исследование информативно для дифференциальной диагностики стадий фиброобразования печени, что позволяет своевременно скорректировать тактику лечения.

Ключевые слова. Печень, воротная вена, хронический гепатит, фиброз.