

САН АСНИ ИНОБЕКНИ

2
2000

КОРЧИНСЬКИЙ М.Ч., ШКУРБА А.В., ЧУБА П.С.
Національний медичний університет, кафедра інфекційних хвороб,
зав. кафедрою — чл.-корр. АМН України, професор Возианова Ж.І.

УДК: 616.36-002-073-00

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ОБСТЕЖЕННЯ В КОМПЛЕКСНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ

ключові слова:
вірусні гепатити, ультразвукове обстеження

В світі зростає тенденція до збільшення захворюваності вірусними гепатитами (ВГ), особливо — ВГВ та ВГС, що підвищує вимоги до якості та своєчасності проведення адекватної діагностики в інфекційних стаціонарах [1]. Значну роль в цьому процесі надають ультразвуковому обстеженню (УЗО) органів черевної порожнини. Переваги методу — це необтяжливість та безпечність для хворого, швидкість виконання, висока інформативність, можливість спостереження в динаміці. УЗО надало можливість лікарю на сучасному етапі мати знання не тільки про біохімічні зміни в бочечки хворого, але й вивчити внутрішню структуру її, її порушення, що відбуваються в середині органу [2].

Можливості УЗО постійно вдосконалюються завдяки введенню нових методів кольорової доплерівської ехографії, тривірної ехографії, використання ультразвукових контрастів типу "Еховісту" та його модифікації із зменшенням розміром часток контрасту "Левовісту", а також через вдосконалення комп'ютерної обробки зображення. Але порівняно з ростом якості та можливостей УЗО значно зростає й вартість апаратури та відповідно, обстеження хворого, що тумовдає деяке відставання у впровадженні цих сучасних методик в систему охорони здоров'я України. Водночас досвід більш як 10-річного використання УЗО при обстеженні хворих жовтяницями, що знаходились у відділенні Центру інфекційних хвороб Центральної міської клінічної лікарні м. Києва, дозволяє зробити висновок про недостатнє використання можливостей навіть існуючої апаратури та методик УЗО.

Нами проаналізовані результати УЗО у 2110 хворих на вірусні гепатити. УЗО проведено за стандартними загальноприйнятими методиками на апараті "Aloka - 630 SSD" з використанням ультразвукових датчиків з робочою частотою 3, 3,5 та 5 МГц. В деяких випадках хворі додатково обстежені за допомогою апарату УЗО "Toshiba" з використанням доплерівської кольорової спектроскографії.

В комплексній діагностиці ВГ, крім наведених інструментальних методів обстеження використали дослідження АлАТ та АсАТ, тимолової проби, білірубину та його фракцій, лужної фосфатази (ЛФ), гамма-глутамілтранспептидази (γ -ГТП), загального білка та його фракцій в сироватках крові кінетичним методом, загального аналізу крові, коменту дограм, амілази сечі та крові, уробіліну та стеркобіліну. Ці тести проводили одночасно з УЗО для співставлення отриманих результатів. Специфічна діагностика ВГ проводили вивченням відповідних маркерів ВГ в імуноферментному аналізі.

За допомогою наведених методів у обстежених нами хворих ВГА підтверджено у 40 (21,8%), ВГВ — у 1120 (53%), ВГС — у 135 (6,4%), ВГД — у 42 (2%), мікст-гепатит (ВГВ+ВГС) — у 235 (11,2%). 118 пацієнтам (5,6%) діагноз построго ВГ (ні А, ні Е) встановлено клінічно.

Ми вважаємо, що ретельна підготовка хворого для першого обстеження не є важливою — досить проведення очищення кишечника ввечері напередодні та вранці перед об-

ним обстеженням, а також провести УЗО натощере. Тільки у дуже товстих осіб необхідно додатково провести за 2-3 доби до УЗО коротку підготовку невулгасивними енте-росорбентами та виключити на цей час молочні і рослинні продукти. При проведенні шогорного УЗО уваги до підготовки залежать від мети дослідження (визначення стану нирок, підшлункової залози тощо).

Як показують наші дослідження, в розпал жовтяниці при типовому перебігу ВГ печінка збільшена в розмірах переважно завдяки правій долі. При цьому, як правило, відбувається певне зменшення ехогенності паренхіми її, погано простежуються печінкові судини. Зберігаються всі структурні компоненти паренхіми, не збільшений діаметр воротньої вени. У тих окремих, в яких до залюковання на ВГ був підтверджений жировий гепатоз, в розпал ВГ його УЗ-ознаки (диспальне загоування ультразвуку тощо) не виявляються. Часто відсутнє збільшення селезінки, практично не має змін її ехогенності та судинного апарату.

Однак зрід дуже часто ВГ з'являється на тлі хронічних гепатитів різної етіології, які вже існували раніше. Тому в цих випадках може виявитися і значне збільшення печінки, і за рахунок лівої долі, підвищення ехогенності паренхіми, потовщення слисконової капсули, розмитість осередку та інші структурні зміни. Іноколи поява гострого процесу на тлі фіброзу, що існує, не призводить до зменшення ехогенності і остання виявляється нормальною. Тому ми вважаємо, що гострота процесу не може бути виявлена за допомогою УЗО і верифікується змінами клінічного перебігу ВГ та в біохімічних тестах. Тому в цих випадках необхідне проведення УЗО в динаміці через 2-3 дні.

При кожному перебігу із загрозою виникнення фулмантної печінкової недостатності, яка відбувається на незмінному до цього стану печінки, відбувається загрозна зменшення розмірів печінки та ехогенності паренхіми, практично не простежуються печінкові судини, можливе розширення діаметра воротньої вени. Як правило, в цих випадках відбуваються і значні зміни лабораторних тестів.

Важливим є дослідження стану підшлункової залози. Її обстеження є досить складним через те, що її візуалізації часто заважає метеоризм. У деяких випадках може допомогти переселення обстеження з горизонтального положення хворого до вертикального, що призводить до опускання кишок донизу черевної порожнини, що може поліпшити УЗ-обстеження. Коли цей прийом не дає результату, ми рекомендуємо провести додаткове обстеження залози після проведення підготовки, як наведено вище. Часто при ВГ відбувається розвиток реактивного панкреатиту, при цьому ми відзначили у хворих збільшення розмірів залози, зменшення її ехогенності. Коли відбувається загострення хронічного панкреатиту, який вже існує, то при проведенні УЗО ми спостерігали збільшення залози з потовщенням її капсули, нормальну або підвищену ехогенність її паренхіми, нерідко розмитість її внутрішньої структури, простежувалася вірусинтова протока.

Результати наших обстежень хворих на ВГ показують, що майже ніколи на початку жовтяничного періоду не відзначається збільшення жовчного міхура. Навпаки, він найчастіше містить мало жовчі або жовсім спадвається. Збільшений або нормальний розмір міхура в розпал жовтяниці має застерегти лікаря щодо можливості міст-патології (ВГ + обтураційна жовтяниця) і необхідності проведення динамічного ретельного повторного УЗО. У розпал жовтяничного періоду може з'явитися механічний компонент жовтяниці у хворих гострим ВГВ, ВГА, ВГВ+Д та, значно рідше — ВГС. Останній характеризується появою незначного розширення внутрішньопечінкових жовчних протоків, загального печінкового протоку та холедоха, невеликим збільшенням жовчного міхура і найчастіше обумовлений реактивним панкреатитом або загостренням хронічного панкреатиту, холециститом. У таких випадках ми проводили додаткове УЗО, які у більшості хворих гострим ВГ ресстрували зникнення механічного компонента протягом 2-3 тижнів на тлі лікування.

Проведений нами аналіз дозволяє виробити такі зауваження щодо методики й доцільності застосування УЗО при ВГ.

1. При ВГ необхідне ретельне обстеження не тільки печінки та селезінки з чітким визначенням їх розмірів, структури та акустичної щільності паренхіми, але й дослідження стану судин цих органів, жовчних шляхів, стану жовчного міхура.

2. Розміри жовчного міхура повинні оцінюватися з урахуванням тривалості жовтяниці та її інтенсивності, періоду хвороби. В разі послання ВГ та обтураційної жовтяниці

ний ступінь збільшення жовчного міхура повинні відповідати ступеню розширення внутрішньочечковикого жовчного протока та підслізку. В разі відсутності розширення жовчного міхура або значного їх розширення при збільшенні об'єму міхура в 2 рази і більше слід зупинитися про поглиблену дисципліну, незалежний компонент жовчанини (за рахунок, наприклад, центрального каменю протоку жовчного міхура чи його шийки), що нерідко відзначається під час загострення хронічних вірусних гепатитів, або в період загострення розвитку жовчанини при гострих ВГ.

3. Потрібно правильно оцінювати зміни з боку пазухової залози, особливо при збільшенні її розмірів, підвищенні ехогенності паренхіми. Ці УЗ-ознаки мають свідчити про загострення хронічного панкреатиту, що частіше при гострих ВГ і швидше ступінь хронічного ВГ. При останніх УЗ-ознаки панкреатиту часто спостерігаються на фоні збільшення жовчного міхура та підвищення його стінок, періоду при цьому і концентрує на них увагу, що може призводити до помилкової діагностики постпечінкової жовчанини в деяких випадках потрібне ретельне дослідження жовчних протоків, оцінка кліпінних та біліарних показників. Серед останніх найбільш інформативним вважаємо не ехогенність АсАТ/АлАТ який нерідко буває >1 не тільки при постпечінковій жовчанині, а й при загостренні хронічних ВГ (особливо ВГС та ВГД), а підвищення співвідношення ступеня підвищення активності цих ферментів і ступенем підвищення активності ЛФ. Інформативною в таких випадках є і оцінка активності γ -ГТП порівняно з ЛФ. Активність γ -ГТП значно підвищена у хворих з хронічним ВГ порівняно з ЛФ, при постпечінковій жовчанині їх співвідношення протилежне.

4. Іншою особливістю відсутність збільшення селезінки та змін її паренхіми, в деяких випадках трапляється помилково на користь відсутності у хворого ВГ. Слід пам'ятати, що навіть при хронічних ВГ (особливо — при ВГС з давністю перебігу до 2 — 3-х років) селезінка інколи не збільшена і не змінена (за даними УЗО). При гострих ВГ це має місце досить часто. Найчастішою причиною УЗ-досліджень є загальом відсутність оцінки змін паренхіми, судин селезінки і навіть її розмірів, що є однією з причин діагностичних помилок при диференціації постпечінкової жовчанини та ВГ.

5. Не зважають часто увагу і на збільшення лімфатичних вузлів панкреатодуоденальної зони, ворот селезінки, що досить часто спостерігається при хронічних ВГ, інколи відзначається і у хворих гострими ВГ. Збільшення лімфатичних вузлів ворот печінки може бути й причиною механічного компонента жовчанини чи навіть постпечінкової жовчанини у хворих на ВГ. У таких випадках вважаємо доцільним не тільки повторне УЗ-дослідження, а й проведення магнітно-резонансна томографії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Овчинко Г.Г., Манисов А.А., Назаров М.И. Заболеласность ВГ в стране и мира по их классификации // ЖМНН. — 1999. — №3. — С. 5-11.
2. Ливинцев О.И., Рутайкер Я.М., Валенкович Л.Н., Желтуха/Клини. мед. — 1998. — №10. — С.59-64.

УДК: 616.36-002-073-02

Корчакский Н.С., Шкурба А.В., Чуба П.С.
Опыт применения ультразвукового исследования в комплексе диагностики вирусных гепатитов

В статье обобщен опыт применения ультразвуковой диагностики при вирусных гепатитах. Описаны основные ультразвуковые изменения, наблюдающиеся в размере желчного пузыря при этих заболеваниях. Даны рекомендации по практическому применению ультразвукового исследования органов брюшной полости, описаны наблюдаемые изменения.

UDK: 616.36-002-073-02

Korchaksky N. S., Shkurba A.V., Chuba P.S.
Experience of application of ultrasonic research in a complex of viral hepatitis diagnostics

In clause the experience of application of ultrasonic diagnostics is generalized at viral hepatitis. The basic ultrasound changes observed in heat of jaundice at these diseases are outlined. The recommendations for practical application of ultrasonic research of organs of abdominal cavity, rating of observable changes are given.