

Ганиева И.Ю.
ассистент кафедры ВОП №1
Ниязова Ё.М.
ассистент кафедры ВОП №1
Андижанский государственный медицинский институт
Андижан, Узбекистан

ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИСТЕМНЫХ ПОРАЖЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ АССОЦИРОВАННОГО ВИРУСОМ ГЕПАТИТА В ЖЕНЩИН

Резюме: В последние годы выявлен ряд особенностей морфофункционального состояния печени в норме и в патологии. Анатомо-топографические и физиологические взаимосвязи печени и других органов обуславливают развитие сочетанных поражений, как органов системы пищеварения, так и других органов и систем всего организма. Также причины системных проявлений патологии печени, по-видимому, связаны с общностью самого этиологического фактора, иммуно-патологическими и аутоиммунными процессами, а также вследствие нарушения многогранной регулирующей функции печени над другими системами организма.

Ключевые слова: патология печени, латентно, атипично, хронических инфекций HBV, хронических инфекций HCV, эхографических данных печени

*Ganieva I.Yu. assistant of the
Department of GP №1
Niyazova Y.M. assistant of the
Department of GP № 1
Andijan State Medical Institute
Andijan, Uzbekistan*

ECHOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF SYSTEMIC LESIONS IN PATIENTS WITH LIVER CIRROSIS ASSOCIATED WITH HEPATITIS VIRUS IN WOMEN

Summary: In recent years, a number of features of the morpho-functional state of the liver in normal and pathological conditions have been identified. Anatomical, topographic and physiological relationships of the liver and other organs cause the development of combined lesions, both of the digestive system organs and other organs and systems of the whole organism. Also, the causes of systemic manifestations of liver pathology, apparently, are associated with the generality of the etiological factor itself, immuno-pathological and autoimmune processes, as well as due to a violation of the multifaceted regulatory function of the liver over other body systems.

Key words: liver pathology, latent, atypical, chronic HBV infections, chronic HCV infections, liver echographic data

Актуальность проблемы: В последние годы выявлен ряд особенностей морфо-функционального состояния печени в норме и в патологии. Анатомо-топографические и физиологические взаимосвязи печени и других органов обуславливают развитие сочетанных поражений, как органов системы пищеварения, так и других органов и систем всего организма. Также причины системных проявлений патологии печени, по-видимому, связаны с общностью самого этиологического фактора, иммуно-патологическими и аутоиммунными процессами, а также вследствие нарушения многогранной регулирующей функции печени над другими системами организма. При этом клинические синдромы сочетанной патологии проявляются латентно, атипично и под маской, затрудняющими своевременно диагностировать как само основное заболевание, так и его

осложнения. Следует подчеркнуть ряд особенностей внепеченочных проявлений хронических инфекций HBV и HCV.

1. Они наблюдаются чаще у женщин.
2. Частота их выявления нарастает по мере увеличения длительности персистенции вирусов и существования болезни печени.
3. Внепеченочные проявления болезни наблюдаются в разных сочетаниях, что создает картину системного заболевания.
4. Активность хронического вирусного заболевания печени не всегда совпадает с наличием и выраженностью внепеченочных проявлений.
5. Внепеченочные проявления могут приобретать ведущее значение в картине болезни и определять ее прогноз (миокардит, легочный васкулит, узелковый периартериит и др.). Системные проявления хронических вирусных заболеваний печени изучены недостаточно, между тем, прогноз заболевания зачастую зависит не только от степени изменений печени, но и от вовлеченности в патологический процесс других органов и систем.

Цель исследования: Изучить распространенность и особенность эхографических проявлений системных поражений у больных циррозом печени ассоциированного вирусом гепатита В, женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы исследования: Обследованы 93 больных циррозом печени класса В по Чайлд-Пью в возрасте 20-49 лет: (20-29 летних было 13, 30-39 летних - 53 и 40-49 летних - 42 больные). Для получения собственных нормативных эхографических данных печени, желчного пузыря, поджелудочной железы и селезенки обследованы 80 практически здоровых людей в возрасте от 20-49 лет, средний возраст $32,8 \pm 8,0$ лет. Ультразвуковое исследование в В – режиме осуществлялось на аппарате MINDRAY DC – 6 Expert. Пациенты обследовались натощак полипозиционно, комплексно. Сократительную способность желчного пузыря с помощью УЗИ оценивали по общепризнанной специальной

методике. Диагноз вирусной этиологии верифицирован на основании анализа ИФА диагностики.

Результаты исследования: 1. **Ультразвуковая характеристика печени** у здоровых женщин репродуктивного возраста. На эхограммах физиологическая подвижность печени сохранена в полном объеме. Линейные размеры печени не отличаются от литературных данных: высота правой доли составила $140,4 \pm 6,7$ мм, толщина правой доли - $120,5 \pm 5,5$ мм, высота левой доли - $82,7 \pm 6,9$ мм, толщина левой доли - $53,6 \pm 7,2$ мм, толщина хвостатой доли - $18,6 \pm 2,3$ мм. Капсула печени отчетливо визуализировалась в виде гиперэхогенной структуры, окружающей паренхиму печени. Внутрипеченочные структуры хорошо дифференцированы. Паренхима однородная, мелкозернистая за счет равномерно распределенных по всему органу эхосигналов с одинаковой интенсивностью, без признаков очаговых и диффузных изменений. Звукопроводимость печени не нарушена, уровень яркости близлежащих и глубоких эхоструктур практически одинаков, эхоплотность средняя. Визуализируемые фрагменты внутрипеченочных сосудов и желчных протоков не расширены, их стенки не изменены. Угол нижнего края левой доли печени не превышал 41° , правой доли - 66° . Внутренний диаметр воротной вены составлял $10,8 \pm 0,92$ мм.

2. **На эхограммах у больных циррозом печени** выявлены следующие изменения: гепатомегалия, преимущественно правой доли (92%), резкое повышение эхоплотности паренхимы печени (99%), диффузная неоднородность крупная зернистость структуры паренхимы - положительный симптом «снежной бури» (79%), мелко- и крупноволнистая неровность контуров печени (99%), значительное понижение звукопроводимости (92%), резкое сужение внутрипеченочных ветвей нижней полой вены их неровность, уплотнение стенок (92%), расширение портальной вены более 13 мм (32%) и селезеночной вены более 8 мм (100%), выраженная спленомегалия (99%).

3. У здоровых женщин на эхограммах селезенка имела полулунную форму, ограниченная капсулой толщиной до 2 мм, которая определялась в виде гиперэхогенной полоски по всему органу за исключением области ворот. Длина селезенки составила $100,2\pm7,9$ мм, толщина - $36,5\pm3,9$ мм. Селезеночный индекс, определяемый путем умножения толщины селезенки на расстояние от ворот селезенки до нижнего полюса в норме не превышал 2200 кв.мм. Структура паренхимы селезенки была однородной, мелкозернистой, эхогенность селезенки - сопоставима с эхогенностью коркового слоя почки. Селезеночная вена визуализировалась в норме как анэхогенный тяж, диаметр которого равнялся $5,8\pm0,5$ мм.

4. Эхограммы селезенки при циррозе печени вирусной этиологии в стадии субкомпенсации с портальной гипертензией характеризовались: увеличением длины у 80% больных в среднем на 30-35%; утолщением капсулы (более 3 мм) отмечено у 55% больных в среднем на 25-30%; увеличение толщины селезёнки более 50 мм наблюдалось у 80% больных; расширение селезёночной вены (более 8 мм) выявлено у 85% больных, в среднем на 40%; повышение селезёночного индекса по сравнению со здоровыми наблюдалось в 77% случаях в среднем на 25%; у 5% больных с циррозом печени обнаружено варикозное расширение вен стенок желчного пузыря.

5. При ультразвуковом исследовании билиарного тракта у здоровых женщин желчный пузырь во всех случаях имел типичную локализацию (в проекции границы 4-5 сегментов) и правильную форму (грушевидная, овальная). Размеры желчного пузыря натощак составляли: длинник - $72,0\pm8,4$ мм, поперечник - $26,4\pm3,9$ мм. Толщина передней стенки пузыря на уровне тела не превышала 3 мм и была равномерной. Внутренний и внешний контуры желчного пузыря визуализировались как четкие и ровные. Содержимое желчного пузыря было гомогенным, внутриполостных образований не определялось.

Общий желчный проток визуализировался над портальной веной и внутренний диаметр его не превышал 5,8 мм. Внутрипеченочные желчные ходы не были расширенными.

6. При циррозе печени функционального класса «В» по Чайлд-Пью поражение жёлчного пузыря наблюдалось у 88,7% больных и характеризовалось следующими эхографическими изменениями: увеличение размеров жёлчного пузыря ($41,3\pm5,5\%$), негомогенность содержимого ($88,7\pm3,5\%$), неравномерное утолщение стенки более 5,0 мм ($75,0\pm4,8\%$), удвоение стенки за счет варикозного расширения вен подслизистого слоя ($13,8\pm3,8\%$) и снижение моторно-эвакуаторной функции жёлчного пузыря ($53,7\pm5,5\%$). У $12,5\pm3,6\%$ больных также выявляли конкременты различных диаметров, у $1,3\pm1,2\%$ - холестероз.

7. При эхографическом исследовании поджелудочной железы у здоровых лиц получены следующие биометрические показатели: толщина поджелудочной железы в области головки составила $22,9\pm2,6$ мм, в области тела - $14,7\pm2,2$ мм и хвостовом отделе - $18,0\pm2,5$ мм. Во всех случаях визуализировался главный панкреатический (Вирсунгов) проток, его внутренние контуры были ровными и диаметр в области тела не превышал 1,6 мм. Контуры поджелудочной железы выглядели ровными и четкими, структура была однородной, мелкозернистой, эхогенность средней и сравнимой с эхогенностью нормальной ткани печени. Дыхательная подвижность поджелудочной железы сохранена.

8. Частота поражения поджелудочной железы при циррозе печени зависит от степени активности процесса и длительности заболевания. Согласно нашим наблюдениям, поражение поджелудочной железы при этом заболевании выявлено у 23,8% больных и характеризовалось: диффузным и/или локальным увеличением размеров поджелудочной железы ($20,0\pm4,4\%$), повышением эхогенности ($48,8\pm5,5\%$), структурными изменениями в виде очагов фиброза и липоматоза ($23,8\pm4,7\%$), неровностью и нечеткостью

контуров железы ($42,5\pm5,5\%$), расширением вирсунгова протока ($17,5\pm4,2\%$)..

9. Ультразвуковая картина поражения почек при циррозе печени отмечены у 60% больных и характеризовалась увеличением размеров почек (53,0%), нарушением (неровностью) контуров (52,0%), повышением (1-2 степени) эхогенности паренхимы (42%), деформацией чашечно-лоханочной системы (49,0%), ограничением дыхательной экскурсии (15%), солевыми включениями в ЧЛС (нефролитиаз – 15%). Важно отметить, что левостороннее поражение почек преобладало в 5-10 раз.

10. При ультразвуковом исследовании поражение щитовидной железы выявлено у 23 (39,6%) больных. При этом диффузное увеличение размеров щитовидной железы 3 степени отмечено у 4 (6,8%) больных, 2 степени – у 9 (15,5%) больных и 1 степени - у 23 (39,6%) больных. Очаговое поражение щитовидной железы в виде коллоидных кист диаметрами от 4 до 11 мм выявлено у 5 (8,6%) больных, в виде солидных узлов диаметрами от 8 до 19 мм – у 4 (6,8%) больных, в виде очагов петрификации со слабой акустической тенью - у 1 (5,8%) больного.

Выводы: 1. Разработаны нормативные показатели эхограмм внутренних органов у женщин репродуктивного возраста, проживающих в областях Ферганской долины.

2. Определены ультразвуковые диагностические критерии цирроза печени класса В у женщин репродуктивного возраста.

3. При циррозе печени ассоциированного вирусом гепатита В в стадии класса В в 30-60% случаев наблюдается поражение панкреато-билиарного тракта, почек и щитовидной железы с латентным течением.

4. Эхографическими отличительными проявлениями поражения желчного пузыря являлись: неравномерное утолщение уплотнение (фиброз) его стенок, экстравезикулярная деформация, внутрипузырные включения (в виде билиарных осадков, холестероза, множественных мелких конкрементов)

и нарушение моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря преимущественно по гипомоторному типу.

5. Эхографические проявления поражения поджелудочной железы выражались увеличением ее размеров локального или диффузного характера, повышением эхогенности, структурной неоднородностью за счет очагов фиброза и участков кальцинации, нечеткостью и неровностью контуров, расширением главного панкреатического протока более 2 мм в области тела, волнистостью его внутренних контуров. Эхографическая картина поражения поджелудочной железы соответствовала отечно-интерстициальному и (или) фиброзно-склеротическому вариантам клинического течения хронического панкреатита.

6. Эхокартина поражения почек выражалась: увеличением их размеров, повышением эхогенности, неровностью контуров и деформацией чашечно-лоханочной систем.

7. При обследовании больных циррозом печени необходимо учитывать его системное течение и для ранней диагностики патологии этих органов рекомендуется эхографическое исследование. Это позволяет проводить адекватную терапию.

Список литературы

1. Алајсиль Л., Одъевр М. Заболевания печени и желчных путей у детей: Пер. с франц. - М.: Медицина, 2012.
2. Блюгер А.Ф., Новицкий И.Н. Практическая гепатология. - Рига: Звайгзне, 2004. - С. 255-267.
3. Богомолов П.О., Шульпекова Ю.О. Неалкогольная жировая болезнь печени: сте-атоз и неалкогольный стеатогепатит // Клин, перспект. гастроэнтерол., гепа-тол. - 2004. - № 3. - С. 20-27.
4. Ветшев П.С. Желчнокаменная болезнь и холецистит // Клин, перспект. гастроэнтерол., гепатол. - 2005. - № 1. - С. 16-24.
5. Ивашик В.Т., Павлов Ч.С., Лукина Е.А. и др. Особенности обмена железа у больных хроническими вирусными гепатитами различной

- этиологии // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.: Материалы IV Рос. гастроэнт. нед., 2018. - Т.8, приложение № 5. - С. 167.
6. *Лебезев В.М., Губский Л.В.* Печеночная энцефалопатия при хирургическом лечении больных с порталой гипертензией // Клин. мед. -2014. -№ 2 (73). -С. 37-39.
 7. *Левина А.А., Цибульская ММ., Циба Н.Н. и др.* Динамика показателей метаболизма железа у больных наследственным гемохроматозом до и после лечения // Клин. и лаб. диагностика. - 1998. - № 8. - С. 31.
 8. *Маевская М.В., Буеверов А.О.* Старые и новые подходы к лечению алкогольной болезни печени // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 2003. -№ 6. - С. 65-68.
 9. Bueverov A.O. // Ros.med.journ. 2003. T. 5. № 1. C. 32.
 10. Damulin I.V. // Ros.med.journ.2005. № 2. C. 44.
 11. Cytnik K. A. Suchasna gasstraenterologiya № 2 (82) • 2015 стр 124-135