

этого необходимо широкое использование консультаций терапевта, невропатолога, эндокринолога.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вихляева Е. М., Василевская Л. Н. Миома матки. М., Медицина, 1981.—2. Галлер Г., Ганефельд М., Яросс В. Нарушения липидного обмена. М., Медицина, 1979.—3. Давыдов С. Н. Акуш. и гин., 1978, 3.—4. Старцева Н. В. Там же, 1980, 3.—5. Супрун Л. Я. В кн.: Актуальные вопросы магнитобиологии и магнитотерапии. Ижевск, 1981.—6. Третьякова Л. М. Акуш. и гин., 1980, 6.

Поступила 17 июля 1984 г.

УДК 616.36—002.12/14—079.4—073.4—8

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕЧЕНИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЖЕЛТУХ

Ю. Р. Камалов, М. В. Северов

*Кафедра терапии и профзаболеваний (зав.—акад. АМН СССР проф. Е. М. Тареев)
1-го Московского медицинского института имени И. М. Сеченова*

Трудности диагностики природы желтухи общеизвестны. Клинико-лабораторные данные в настоящее время позволяют дифференцировать ее механический или паренхиматозный характер лишь у 40—80% больных. Подобное положение делает оправданным дальнейший поиск методов диагностики. Среди них обращают на себя внимание попытки применения двухмерного ультразвукового исследования (УЗИ) в оттенках серой шкалы. Быстрое усовершенствование аппаратуры позволило не только визуализировать паренхиматозные органы брюшной полости, но и оценивать состояние печени, поджелудочной железы и крупных желчных протоков. Это послужило основой использования УЗИ в решении задач дифференциальной диагностики желтух.

Обследовано 53 человека, госпитализированных в терапевтическую клинику в течение года в связи с желтухой, характеризовавшейся повышением уровня общего билирубина в сыворотке крови более 34 мкмоль/л.

УЗИ выполняли на аппарате Echoview-80 L фирмы Picker (США). Программа комплексного УЗИ включала оценку состояния печени, поджелудочной железы, желчного пузыря, крупных желчных протоков и сосудов печени, а также определение объема свободной жидкости в брюшной полости.

После обследования все больные были разделены на две группы: в 1-ю вошли 8 человек, у которых было обнаружено расширение общего желчного протока, во 2-ю — 45 человек без этого признака. Расширение желчевыводящих путей — информативный признак препятствия оттоку желчи. В связи с подозрением на обструктивную желтуху больным 1-й группы проведено дополнительное обследование — эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, чрескожная холецистохолангиография или операционная холангиография. Диагноз механической желтухи подтвержден у всех: опухоль поджелудочной железы найдена у 5 больных, стриктура общего желчного протока — у 2, вентильный камень — у 1.

Анализ особенностей УЗИ печени у больных 1-й группы показал, что у 5 больных имеется расширение не только общего желчного протока, но и внутрипеченочных, причем желтуха у них сохранялась длительный срок (от 4 до 7 мес). У остальных 3 больных с давностью желтухи 1—3 нед внутрипеченочные желчные протоки, по данным УЗИ, оставались неизмененными. Уровень обструкции — сужения конечной части общего желчного протока — не удалось достоверно установить только у одной больной из-за выраженного метеоризма и недостаточно четкой визуализации протока. С помощью УЗИ причина нарушения оттока желчи правильно определена у 4 пациентов с опухолью поджелудочной железы и у одной с вентильным камнем в общем желчном протоке. У 3 больных причина осталась неуточненной: у 2 со стриктурой общего желчного протока вследствие хронического панкреатита без изменения размеров поджелудочной железы и у одного с опухолью поджелудочной железы при обследовании в связи с сопутствующим метеоризмом.

Таким образом, УЗИ печени оказалось достаточно надежным ориентировочным методом для установления диагноза механической желтухи.

Из 45 больных 2-й группы диффузное увеличение эхогенности ткани печени выявлено у 43, повышенное затухание ультразвукового сигнала — у 32. Эти ультразвуковые признаки в сочетании с повышенным содержанием общего билирубина в сыворотке крови расценены как проявления паренхиматозного типа желтухи. Дополнительное обследование, включавшее биопсию печени у 32, лапароскопию у 21 больного, наряду с клиническими данными позволило диагностировать цирроз печени у 32, хронический активный гепатит — у 6, функциональную гипербилирубинемию — у 4; лекарственный гепатит — у 3.

Анализ особенностей УЗИ среди больных 2-й группы показал, что размеры печени и селезенки достоверно определены у всех, свободная жидкость в брюшной полости найдена у 4, камни желчного пузыря впервые обнаружены у одного. Кроме того, с помощью УЗИ у 2 пациентов было выявлено безопасное место для проведения чрескожной биопсии печени. Применение этого исследования оправдывалось неудачными попытками предыдущих биопсий из-за уменьшения размеров печени у одного больного и опасностью «слепой» биопсии из-за спаек в правом боковом синусе плевры — у другого. Биопсии выполнены без осложнений. У одного больного при УЗИ ошибочно заподозрены метастазы в печень. Последующие лапароскопии и биопсия выявили только крупноузловой цирроз печени.

Таким образом, УЗИ оказалось полезным методом обследования больных с паренхиматозным типом желтухи. Оно позволяло выявлять усиление эхогенности и повышенное затухание ультразвукового сигнала при циррозах, обнаруживать начальные проявления асцита, спленомегалию, камни в желчных путях, а также уточнять безопасную область для биопсии печени. Механическая и паренхиматозная желтуха правильно диагностирована у всех пациентов, что в целом соответствует данным, полученным в ходе обследования больших групп больных [3, 5].

Информативность комплексного УЗИ, его безопасность, возможность обследования тяжелобольных, в том числе повторно, минимальная предварительная подготовка дают основание применять его в начале обследования у больных с желтухой неясной этиологии [1]. УЗИ позволяет быстро определять тактику дальнейшего обследования: при обнаружении расширенных желчных протоков необходимо срочное комбинированное рентгенологическое исследование желчевыводящих путей (эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, чрескожная холецистохолангиография и т. п.), а при нерасширенных желчных протоках показано морфологическое исследование ткани печени (биопсия, лапароскопия). В диагностически сложных случаях УЗИ целесообразно повторять через 3 нед.

Результаты УЗИ печени могут быть и неточными, особенно при обследовании больных с выраженным метеоризмом. К недостаткам метода относятся методические сложности визуализации общего желчного протока на всем протяжении [6]. Кроме того, ультразвук не всегда позволяет обнаруживать камни во внутрипеченочных желчных протоках. Несмотря на эти ограничения, некоторые авторы [2] считают приблизительно одинаковой точность данных, получаемых при УЗИ и эндоскопической ретроградной холангиографии и рентгеновской компьютерной томографии. Другие исследователи предпочитают эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию как более достоверный метод, уточняющий не только состояние желчевыводящих путей ниже уровня сдавления, но и причину обструкции [3]. Однако следует отметить инвазивный характер последней процедуры, имеющей свои противопоказания и достаточно частые осложнения. В противоположность ей УЗИ — неинвазивный метод исследования, у него нет противопоказаний, в том числе и для повторных обследований.

ВЫВОДЫ

1. Комплексное УЗИ печени — надежный скрининговый метод в дифференциальной диагностике желтух.

2. УЗИ в большинстве случаев дает ориентировочную информацию о состоянии печени, поджелудочной железы, крупных желчных протоков; что позволяет дифференцированно назначать инвазивные методы исследования для уточнения природы желтухи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Соколов Л. К., Мишушкин О. Н., Саврасов В. А. и др. Клин. мед., 1983, 2.— 2. Вагон R. L., Stanlly R. J., Lee I. K. a. o. Radiology, 1982, 145 1.—

3. Dewbury K. C., Joseph A. E. A., Hages S., Murray C. Brit. J. Radiol, 1979, 52.— 4. Karoff C., Pott G., van Husen, Zierden E. Med. Welt., 1981, 32.— 5. Кноп Р., Хук Л., Хаусаман А. U. Dtsch. med. Wschr., 1981, 106, 45.— 6. Siegel J. H., Yatto R. P. Arch. Intern. Med., 1982, 142, 10.

Поступила 4 декабря 1984 г.

ЭХОГРАФИЯ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

А. В. Мазурин, В. П. Булатов, А. М. Запруднов, А. Г. Писарев

Кафедра пропедевтики детских болезней (зав.— проф. А. В. Мазурин), кафедра детских инфекционных болезней (зав.— акад. АМН СССР проф. Н. И. Нисевич) 2-го МОЛГМИ имени Н. И. Пирогова, кафедра пропедевтики детских болезней (зав.— доц. Н. А. Черкасова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

До настоящего времени многие аспекты проблемы заболеваний гепатобилиарной системы у детей остаются нерешенными, что побудило нас определить диагностическую ценность ультразвукового исследования печени и желчевыводящих путей при различных формах поражения. Нами обследовано 82 ребенка (мальчиков — 39, девочек — 43) в возрасте от 3 до 14 лет.

Диагноз ставили на основании клинико-лабораторного и инструментального исследований, включающих эзофагогастродуоденоскопию и ректороманоскопию; у части детей определяли интрагастральное и интрадуоденальное давление, выполняли пероральную холецистографию, ультразвуковое исследование печени и желчного пузыря.

Эхографию проводили на аппарате «Суперскан-50» фирмы «Рош-биоэлектроник» [7]. Печень и желчный пузырь исследовали натощак, после соответствующей подготовки, в положении больного лежа на спине. Исследование осуществляли до введения желчегонного завтрака и через 30 мин после приема 2 сырых яичных желтков.

Все больные были распределены на 4 группы: в 1-ю (21) вошли дети с обострением хронического холецистита, во 2-ю (47) — с дискинезией желчевыводящих путей по гипомоторному типу, в 3-ю (8) — с дискинезией желчевыводящих путей по гипермоторному типу, в 4-ю (6) — с хроническим гепатитом.

При объективном обследовании детей с обострением хронического холецистита отмечено доминирование симптомов интоксикации (19), признаков полигиповитаминоза (13). Пальпация болезненна в правом подреберье (18), в правом подреберье и эпигастрии (3). Пузырные симптомы были резко положительными у 20 детей. У 19 больных печень выступала по срединно-ключичной линии из-под края реберной дуги на 1,5—3 см. Субфебрильная температура наблюдалась у 10 детей.

Результаты эхографического исследования приведены в табл. 1. Изменений эхогенности печени в группе детей с обострением хронического холецистита не обнаружено. Обращало внимание увеличение желчного пузыря в размерах, его деформации в области тела (9) и, особенно, шейки (20); у 4 больных отмечено сужение шейки в области пузырной воронки, у 10 — осадок в просвете желчного пузыря. Кроме того, у большинства больных (17) констатировано замедленное сокращение желчного пузыря в ответ на желчегонный завтрак.

Полученные результаты позволяют высказать мнение о возможности воспалительных поражений гепатобилиарной системы у детей. Наличие деформаций желчного пузыря, изменение стенок являются, по-видимому, одной из причин нарушения сократительной функции желчного пузыря и развития застоя желчи с возможным инфицированием его стенок. В дальнейшем стенки желчного пузыря уплотняются, склерозируются, слизистая оболочка атрофируется [1].

При объективном обследовании детей с дискинезией желчевыводящих путей по гипомоторному типу симптомы интоксикации встречались значительно реже [7]. При пальпации отмечалась болезненность в правом подреберье (38), в правом подреберье и около пупка (9), положительные пузырьные симптомы (39). Нарушения со стороны вегетативной нервной системы в виде потливости, изменения дермографизма и термоасимметрии наблюдались у 15 из 47 детей.