

## ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА СПЛЕНОМЕГАЛИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ДИФФУЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

Х.Т. ЖУМАБАЕВ, Г.Г. СОИПОВА, З.Ш. НАЗАРОВА

Андижанский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Андижан

## ЖИГАРНИ СУРУНКАЛИ ДИФФУЗ КАСАЛЛИКЛАРИДА СПЛЕНОМЕГАЛИЯ СИНДРОМИНИ КЕЧИШИ ХУСУСИЯТЛАРИ

Х.Т. ЖУМАБАЕВ, Г.Г. СОИПОВА, З.Ш. НАЗАРОВА

Андижон Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Андижон

## FEATURES OF SYNDROME IN SPLENOMEGALY CHRONIC DIFFUSE LIVER DISEASES

H.T. ZHUMABAYEV, G.G. SOIPOVA, Z.Sh. NAZAROVA

Andijan State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Andijan

Мақолада жигарни сурункали диффуз касалликларида спленомегалия синдромини клиник кўриниши ва қора талокни эхограмма кўрсаткичларини ўзгариш хусусиятлари келтирилган. Келтирилган маълумотлар билан танишиш спленомегалия синдромини дифференциал диагностикасини барвақт ўтказишга имконият яратади.

**Калит сўзлар:** *Спленомегалия, сурункали гепатит, жигар циррози, ультратовуш текширув.*

This article contains information about the clinical manifestation of the syndrome of splenomegaly and changes ehokartiny spleen in chronic diffuse liver disease virus and alcoholic etiology. Presenting the results of studies suggest an etiological factor splenopatii

**Key words:** *splenomegaly, chronic hepatitis, cirrhosis, ultrasound diagnostics.*

**Актуальность.** За последнее время идентифицированы новые болезни селезенки и разработаны новые методы их лечения. Многосторонняя деятельность селезенки управляется сложной регуляционной системой, которая до настоящего времени недостаточно изучена. Синдром спленомегалии – довольно частое проявление различных заболеваний. Однако, вовлечение селезенки в патологический процесс практически всегда требует дифференциальной диагностики [2].

**Материалы и методы исследования:** Обследовано: 1. Больные ХВГ В (320 пациентов) средний возраст составил  $36 \pm 9,8$  лет, а давность заболевания пациентов - от 3 до 20 лет. 2. Больные ХВГ С (320 пациентов): по 80 больных с минимальной, со слабовыраженной, с умеренной и высокой степенью активности воспалительного процесса в печени. Средний возраст больных ХВГ С составил  $41,0 \pm 10,5$  лет, давность заболевания - от 2 до 15 лет. 3. Больные микст гепатитом В+D соответственно ко- (28 больных) и суперинфекцией (14 больных). Средний возраст больных составил  $28 \pm 3,2$  лет. Давность заболевания составила в среднем 10-12 лет. 4. 50 больных с циррозом печени, ассоциированного хроническим вирусным гепатитом В, в стадии класс А по Чайлд-Пью. 5. 30 больных алкогольным циррозом печени, в стадии класс А по Чайлд-Пью. Средний возраст 25 лет. Давность заболеваний колебалась от 3 до 8 лет. Контрольную

группу составили 80 человек, в возрасте от 25 до 50 лет.

Ультразвуковое исследование пациентов осуществлялось на аппарате MINDRAY DC-6 Expert с использованием конвексного датчика 2,5-10 МГц. Пациенты обследовались полипозиционно, комплексно. Диагноз цирроза печени установлен на основании клинико-лабораторных, биохимических результатов исследований и верифицирован обнаружением специфических маркеров в периферической крови методом иммуноферментного анализа. Исследование селезенки проводилось в положении пациента на правом боку через межреберные промежутки на уровне 9-11-го ребер по средне- и заднеключичным линиям, полипозиционно по трем размерам: длина – при положении плоскости сканирования параллельно ребрам и измерении максимальной длины органа, толщина – при указанном выше положении датчика и измерении от области ворот селезенки до латеральной поверхности перпендикулярно последней и ширина – при положении плоскости сканирования перпендикулярно ребрам и измерении видимого поперечника [3,5].

**Результаты исследования:** Синдром спленомегалии в 40-50% случаях протекал бессимптомно. У пациентов иногда наблюдалось чувство тяжести в левом подреберье, пальпаторная болезненность и увеличение селезенки. Спленомегалия у больных циррозом печени характеризо-

васались следующими клиническими проявлениями: 1. Кардиальный синдром больные предъявляли жалобы на: сердцебиение - 12 больных; одышку - 10; неприятные ощущения в области сердца - 16; перебои сердцебиения - 5; характерные боли в области сердца - 6; слабость - 10; утомляемость - 20. При объективном исследовании выявлены: тахикардия - у 14 и шумы в области сердца - у 3 больных. При биохимическом анализе крови отмечено преобладание показателей АСТ над АЛТ у 10 больных. 2. Билиарный синдром выявлен у 90% больных и выражался билиарной диспепсией и характерным болевым синдромом в правом подреберье. 3. Гастро-дуоденальный синдром наблюдался у 70% больных, который проявлялся: сialореей и афтозным стоматитом и нарушением аппетита, изжогой, горечью во рту, вздутием живота, неустойчивостью стула. Венозным расширением вен пищевода, гастродуоденальной зоны и стенок желчного пузыря. 4. Синдром энтеро-колопатия выражался хроническим илиотифлитом, язвенным колитом дисбактериозом и синдромом мальабсорбции. 5. Диспанкреатизм, связанный с нарушением экзокринной функции поджелудочной железы и проявляющийся панкреатогенной диареей, выявлен у 40% больных. 6. Нарушение морфо-функционального состояния и увеличение размеров щитовидной железы выявлено у 20% больных. Из них состояние эутиреоза отмечено у 40%, гипотиреоза - у 50%, гипертиреоза - у 10% больных. 7. Эндокринный синдром с нарушением функции половых органов - у 30%» (боли в яичках, снижение потенции). 8. Кожно-геморрагический - у 45% (кровоточивость дёсен, носовые кровотечения, кожные пигментации). 9. Гематологические проявления отмечены - у 70% больных, сопровождающиеся гипохромной анемией 2-3 степени, лейкопенией и уменьшением количества тромбоцитов более чем в 1.5-2 раза. 10. Симптоматический сахарный диабет наблюдался у 15 больных.

Выявлены следующие особенности эхографических показателей селезенки при хронических заболеваниях печени: 1. В норме на эхограммах селезенка имела полулунную форму, ограниченной капсулой до 2-3 мм, которая определялась в виде гиперэхогенной полоски по всему контуру органа за исключением области ворот. Длина селезенки составила  $100,2 \pm 7,9$  мм, толщина -  $36,5 \pm 3,9$  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 поч-

ки. Селезеночная вена визуализировалась в норме как анэхогенный тяж, диаметр которого равнялся  $5,8 \pm 0,5$  мм. 2. При ультразвуковом обследовании больных хроническим гепатитом В основным показателем изменения селезенки было увеличение её размеров – спленомегалия, которая варьировала в зависимости от стадии (давности) процесса от незначительной до выраженной. При этом эхоструктура паренхимы органа остаётся однородной, эхогенность средней (сопоставимой с эхогенностью паренхимы почки), контуры ровными, четкими. При нарастании портальной гипертензии у больных хроническим гепатитом В с помощью эхоскопии можно определить увеличение диаметра селезеночной вены от незначительного её расширения в области ворот селезенки до варикозного расширения и её извилистости [1].

Хронический гепатит В и С минимальной степени активности характеризовался следующими признаками: Диаметр портальной вены составил  $11,4 \pm 0,5$  мм, селезеночной вены -  $6,1 \pm 0,4$  мм. Понижение звукопроводимости отмечено у 55% больных. Спленомегалия наблюдалась всего у 1-5% больных. Селезеночный индекс (СИ) не превышал 2200 мм<sup>2</sup>. При хроническом В и С гепатите слабовыраженной степени активности Отмечено расширение диаметра портальной вены до 13-14 мм, селезеночной вены - до 7-8 мм. У четверти больных наблюдали увеличение размеров селезенки, соответственно и селезеночного индекса до 2600 мм<sup>2</sup>. При хроническом гепатите В и С умеренной степени активности. В 20% случаях отмечены признаки портальной гипертензии - воротная и селезеночная вены были расширены, внутренние их диаметры составили:  $12,8 \pm 1,2$  мм и  $8,1 \pm 1,1$  мм соответственно. Спленомегалия выявлена у 60% больных, СИ достигал до 3000 мм<sup>2</sup>. Высокая степень активности хронического гепатита В и С. Признаки портальной гипертензии выявлены в 60-70% случаях: диаметр портальной вены составлял  $13,7 \pm 0,8$  мм, селезеночной вены -  $10,5 \pm 1,3$  мм. Спленомегалия отмечена во всех наблюдениях. Селезеночный индекс составил 3000 и более кв.мм. Проведенные исследования показывают что, по совокупности эхографических данных гепатолиенальной системы можно определить степень активности хронического гепатита вирусной этиологии. 3. При коинфекции (одновременном заражении организма вирусами гепатита В и D) структурные изменения печени чаще проявлялись свойственным моноинфекции гепатита В с признаками мелкокапельного стеатоза. Эхографически выявляли: умеренное увеличение печени у 82,1% больных; гиперэхогенность паренхимы печени - у 96,4%

больных; снижение звукопроводимости – у 85,7% больных. Отсутствовали симптомы портальной гипертензии: увеличение диаметра селезеночной и воротных вен, спленомегалия [7]. 4. Эхограмма селезенки при циррозе печени вирусной этиологии в стадии компенсации с портальной гипертензией характеризовалась: 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 селезенки более 50 мм наблюдалось у 80% больных. Расширение селезеночной вены (более 8мм) выявлено у 85% больных, в среднем на 40%. Повышение селезеночного индекса по сравнению со здоровыми наблюдалось в 77% случаях в среднем на 25%. У 5 больных с циррозом печени обнаружены расширение вен у ворот селезенки и в стенке желчного пузыря [6]. 5. У больных алкогольным циррозом печени эхопоказатели селезенки характеризовались следующими особенностями: Увеличение длины наблюдалась у 20% больных в среднем на 25%. Утолщение капсулы отмечено у 15 % больных в среднем на 20%. Увеличение толщины селезенки наблюдалось у 20% больных. Расширение селезеночной вены (более 8мм) наблюдалась у 15% больных, в среднем на 20%. Повышение селезеночного индекса отмечено в 30% случаях в среднем на 15%.

**Выводы:** 1. У больных хроническим гепатитом В спленомегалия варьировала в зависимости от давности процесса от незначительной до выраженной. При этом эхоструктура паренхимы селезенки выглядела однородной, контуры ровными, четкими. Выявлено увеличение диаметра селезеночной вены от незначительного её расширения в области ворот селезенки до варикозного расширения и её извилистости. 2. При коинфекции гепатита В+D структурные размеры селезенки чаще оставались не увеличенными. При суперинфекции – выраженной спленомегалией и расширением селезеночной вены. 3. При циррозе печени вирусной этиологии наблюдалось нарушение всех показателей эхограммы селезенки в 1,5-2 раза больше, чем при алкогольном циррозе печени. При этом спленомегалия сопровождалась расширением вен у ворот селезенки и в стенке желчного пузыря. Следовательно, по степени изменения эхокартины селезенки, можно предположить этиологический фактор спленопатии.

#### Литература:

1. Абдурахманов Д.Т., Крель П.Е., Лопаткина Т.Н. и т.д. Хронический гепатит D: клиническая характеристика, течение и прогноз. //Клиническая гепатология. 2009. №1. С. 47-50
2. Андреевская Е.А. Наполова Е.В.. Дифференциальная диагностика спленомегалии // Информационное письмо. - Забайкальский Край. – 2012 г. - 10 с.
3. Дворяковская Г.М., Строкова Т.В., Дворяковский И.В. Ультразвуковая диагностика хронического вирусного гепатита дельта у детей. Медицинский журнал «SonoAce-Ultrasound» N19, 2009.
4. Пасиешвили Л.М., Бобро Л.Н. Синдром спленомегалии в практике семейного врача // Украинский терапевтический журнал – 2007, №2 – С. 112-119.
5. Тюрин В.П., Сидоренко Л.С., Троян В.Н. Ультразвуковое исследование селезенки в диагностике и лечении инфекционного эндокардита // Врач. – 2006. - № 8. – С. 49-53.
6. Gaiani S., Bolondi L, Li Bassi S. et al Effect of meal on portal hemodynamics in healthy humans and in patients with chronic liver disease // Hepatology- 1999.- V. 9.- P. 815-819.
7. Rizzetto M. Hepatitis D: virology, clinical and epidemiological aspects. Acta Gast. Hepat. Belg., 2000, LXIII, 221-224

#### ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА СПЛЕНОМЕГАЛИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ДИФFUЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

Х.Т. ЖУМАБАЕВ, Г.Г. СОИПОВА,  
З.Ш. НАЗАРОВА

Андижанский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Андижан

В данной статье приведены сведения о клиническом проявлении синдрома спленомегалии и изменениям эхокартины селезенки при хронических диффузных заболеваниях печени вирусной и алкогольной этиологии. Ознакомление с результатами исследования позволит предположить этиологический фактор спленопатии.

**Ключевые слова:** Спленомегалия, хронический гепатит, цирроз печени, ультразвуковая диагностика.