

УДК 616.36-008.5-073.48-079.4

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ В ДИФЕРЕНЦІАЛЬНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ЖОВТЯНИЦЬ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ

О.М. Мельник

Військовий медичний клінічний центр західного регіону, м. Львів

Реферат. Найбільш інформативним, достовірним і неінвазивним методом діагностики характеру жовтяниці є сонографія. Проаналізовано результати ультразвукового дослідження 136 хворих із синдромом жовтяниці, виявленої при проведенні УЗД у відділенні ультразвукової діагностики Військового медичного клінічного центру західного регіону м. Львова. Хворих із ознаками гемолітичної жовтяниці було – 13 (9,6%), ознаками паренхіматозної жовтяниці – 35 (25,7%) і жовтяницею механічного генезу – 88 (64,7). Основною сонографічною ознакою обтураційної жовтяниці є дилатація внутрішньо – і позапечінкових жовчних проток. УЗД є високоінформативним діагностичним методом при захворюваннях органів гепатопанкреатодуоденальної зони, ускладнених механічною жовтяницею. Практична перевага методу полягає в тому, що УЗД дозволяє скоротити діагностичний період, сонографічні дані можна використовувати для побудови програми діагностичних досліджень.

Ключові слова: обтураційна жовтяниця, холедох, ультразвукове дослідження.

Збільшення частоти захворювань органів гепатопанкреатобіліарної зони, ускладнених синдромом жовтяниці, дають підстави розглядати диференціальну діагностику жовтяниць, як одну з актуальних проблем. Відповідно механізмам порушення метаболізму білірубину виділяють: гемолітичну, паренхіматозну і обтураційну жовтяницю [1].

Гемолітична жовтяниця характеризується підвищеним утворенням білірубину у зв'язку із збільшеним розпадом (гемолізом) еритроцитів. Паренхіматозна (печінкова) жовтяниця виникає при пошкодженні гепатоцитів. Основними причинами паренхіматозної жовтяниці є: гострий і хронічний гепатит, цироз печінки, метастатичне ураження печінки та ін. Обтураційна жовтяниця виникає при частковій або повній непрохідній внутрішньо- та позапечінкових жовчних проток і наводить до накопичення зв'язаного (прямого) білірубину в жовчних протоках і печінці, формуючи синдром холестазу. Причини виникнення обтураційної жовтяниці діляться на три великі групи, які представлені у таблиці [1].

Найбільш інформативним, достовірним і неінвазивним методом діагностики характеру жовтяниці є сонографія [2, 3, 6].

Діагностичні можливості ультразвукового методу дозволяють визначити [4, 5]:

- характер жовтяниці: паренхіматозна або обтураційна;

- провести диференціальну діагностику між жовтяницею доброякісного і пухлинного генезу;

- встановити рівень обтурації жовчних проток в разі механічної природи.

Діагностичні можливості методу мають певні межі, проте не знижують цінність методу.

Матеріал та методи

Проаналізовано результати ультразвукового дослідження 136 хворих із синдромом жовтяниці, виявленого при проведенні ультразвукового дослідження (УЗД) у відділенні ультразвукової діагностики Військового медичного клінічного центру західного регіону м. Львова. Хворих з ознаками гемолітичної жовтяниці було – 13 (9,6%), ознаками паренхіматозної жовтяниці – 35 (25,7%) і жовтяницею механічного генезу – 88 (64,7%).

Результати та обговорення

Для гемолітичної жовтяниці ультразвукова діагностика не є специфічною, проте, можна відзначити, що печінка, як правило, була збільшеною, частіше за рахунок обох долей, контури її зберігалися рівними. Ехогенність паренхіми вагалася від помірно підвищеною до підвищеної з ділянками гіперехогенної неоднорідності. Важливою діагностичною ознакою при гемолітичній жовтяниці було збереження нормального діаметру внутрішньої та позапечінкових жовчних проток.

Діагностика жовтяниці паренхіматозного характеру за допомогою ультразвукового методу дослідження не представляла особливих труднощів. Причинами такої жовтяниці були гепатит, ультразвукова картина якого характеризувалася збільшенням печінки із зниженням її ехогенності і підвищенням перихоледохеальної ехогенності з рахунок серозного набряку навколо судинної клітковини. Для вірусного гепатиту характерна сонографічна картина, яка характеризувалася збільшенням розмірів печінки, частіше за рахунок правої долі, нерівномірним зниженням її ехогенності у поєднанні з ділянками підвищеної ехогенності поблизу жовчних проток.

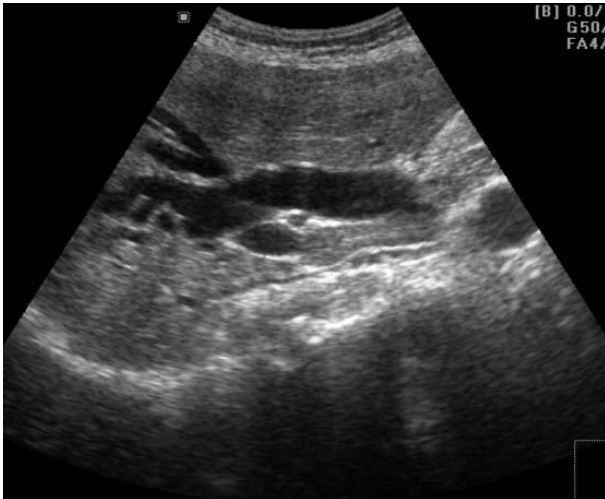


Рис. 1. Дилатація холедоху. Сонограма.

При первинному біліарному цирозі відбувається прогресуюча деструкція дрібних внутрішньо печінкових жовчних проток із розвитком клініки внутрішньо печінкового холестазу. За даними сонографії у хворих на цироз печінки визначається збільшення лівої долі з атрофією правої, закруглення кутів печінки, паренхіма при цьому була неоднорідною.

Серед інвазивних методів дослідження найбільш інформативним діагностичним тестом уточнення генезу жовтяниці є ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія, що дозволяє контрастувати біліарний тракт і диференціювати обтураційний характер жовтяниці. Проте, даний метод можливий лише в умовах спеціалізованих центрів, що володіють необхідним устаткуванням і досвідом.

Основною сонографічною ознакою обтураційної жовтяниці є дилатація внутрішньо- і позапечінкових жовчних проток (рис. 1).



Рис. 2. Холедохолітаз. Сонограма.

Ступень розширення жовчних проток при механічній жовтяниці залежить від причин порушення відтоку жовчі і більшою мірою від тривалості обструкції. Ділятацію внутрішньо печінкових проток можливо виявити вже на 3-5 добу після обструкції.

Найбільш частою причиною механічної жовтяниці був холедохолітаз – 56 (63,6%) хворих (рис. 2, 3). При холедохолітазі визначали діаметр холедоху, стан його стінок, наявність вмісту в його просвіті, зокрема наявність і кількість конкрементів, їх розміри, а також стан біліарних тканин та печінково-дванадцятипалої зв'язки. Ультразвукова ехолокація дозволила достовірно діагностувати холедохолітаз в 87% хворих.

Діагностика стриктур холедоху заснована, перш за все, на основі даних перебігу хвороби, про що свідчать перенесені раніше операції на гепатодуоденальній зоні та суміжних орга-



Рис. 3. Мікрохоледохолітаз. Сонограма.

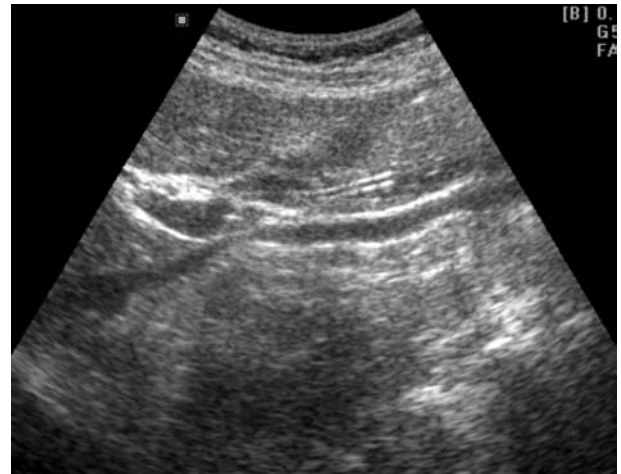


Рис. 4. Стриктура холедоху. Сонограма.



Рис. 5. Велика кіста головки підшлункової залози. Сонограма.

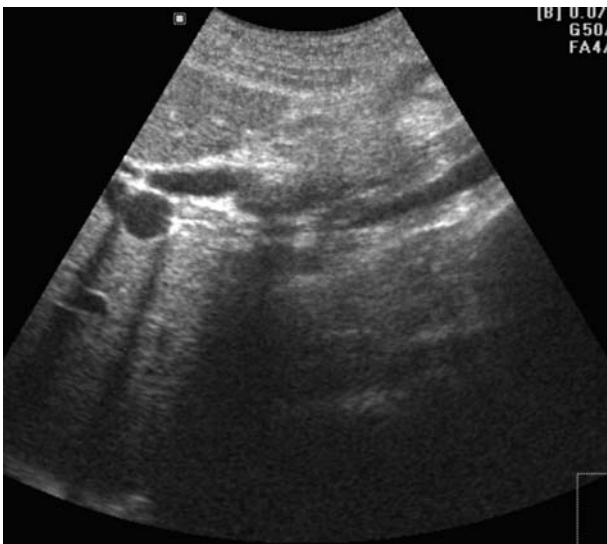


Рис. 6. Кіста холедоху. Сонограма.

нах або анамнестичних даних, вказуючих на часті атаки холангіту. Жовтяниця найчастіше носить ремітуючий характер. За наявності стриктури в 8 хворих гепатикохоледох в зоні звуження візуалізувався у вигляді вузької, різко деформованої трубки (рис. 4). Стінки протоки на значному протязі були різко потовщені унаслідок вираженого склерозу.

При тубулярному стенозі холедоху (9 хворих) принципове значення мав ретельний збір анамнезу, про що свідчать часті та тривалі напади гострого панкреатиту. Специфічні були і дані сонографії, що виявляють збільшену головку підшлункової залози підвищеної ехогенності, частенько з ознаками фіброзу

або кальцифікації. При гарній підготовці хворого і при відповідній його конституції можлива сонографічна візуалізація зони стенозу.

Причиною обтураційної жовтяниці в 7 хворих були кісти головки підшлункової залози досить великих розмірів (рис. 5). Збільшення в розмірах кісти сприяє механічному стисненню інтрапанкреатичної частини холедоху, розвитку жовчної гіпертензії і обтураційної жовтяниці.

Синдром (хвороба) Каролі (тип V по класифікації Todani) був виявлений у 4 дітей у віці 3-9 років. При цьому кістозні зміни спостерігалися виключно у внутрішньо печінкових жовчних протоках, мали тенденцію до злиття, утворюючи великі порожнини (рис. 6, 7) Частіше визначалися у лівій долі печінки, двостороння локалізація кіст зустрічалася рідше.

При пухлинному генезі обструкції (рис. 8) дистального відділу холедоху у 2 хворих визначалося різке розширення внутрішньо- і позапечінкових проток і виражене збільшення жовчного міхура, що пояснюється тривалим застоєм жовчі.

Патогноманічним комплексом для пухлини головки підшлункової залози є поєднання прямих ознак: локальне збільшення головки за рахунок наявності пухлиноподібного утворення різної ехогенності, але переважно пониженою, із непрямыми, до яких відносяться: ектазія головної панкреатичної протоки, явища хронічного панкреатиту, що виникають із-за блокади протоки пухлиною, а також розширення внутрішньо- і позапечінкових проток, збільшення жовчного міхура. Найбільш важкою для УЗД є патологія великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВСДПК).



Рис. 7. Синдром Каролі. Сонограма.

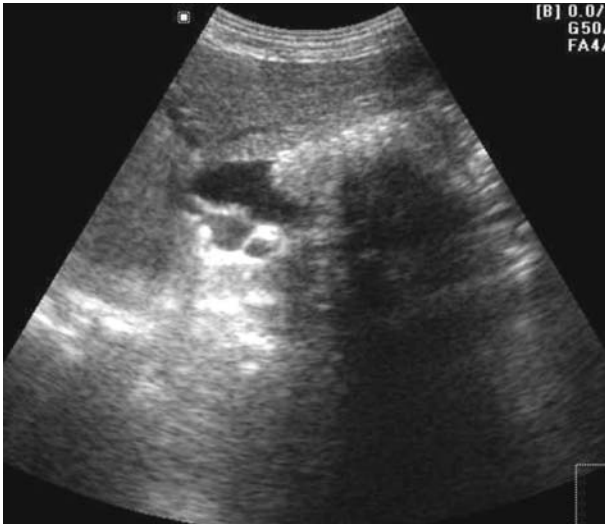


Рис. 8. Пухлина дистального відділу жовчного протоку. Сонограма.

Ультразвукова діагностика пухлини ВСДПК ґрунтується на непрямих симптомах, оскільки візуалізувати це утворення у вигляді пухлинної маси різного рівня ехогенності в зоні ВСДПК вдається рідко. Непрямою ознакою рака у 3 пацієнтів з'явилася холангіоектазія на всьому протязі жовчного дерева, при блокаді Вірсунгової протоки – панкреатоектазія. Пухлини ВСДПК і пухлини дистальної частини жовчного протоку, мають схожу сонографічну картину і практично не помітні між собою.

Пухлини позапечінкових жовчних проток були виявлені в 9 хворих і мали частіше підвищену ехогенність. Важливою непрямою ознакою, яка спостерігалася в 100% випадків була холангіоектазія. Виняток становили хво-



Рис. 10. Рак жовчного міхура. Сонограма.



Рис. 9. Пухлина головки підшлункової залози. Сонограма.

ри в яких жовтяниця була відсутня у зв'язку із накладенням раніше біліодигестивних анастомозів. Для пухлинної оклюзії дольової протоки характерна внутрішньо печінкова холангіоектазія на стороні поразки. При локалізації пухлини в зоні воріт печінки і проксимального відділу печінкової протоки холангіоектазія визначалася в обох долях печінки.

Рак жовчного міхура – пухлина, яка є важкою для діагностики, був виявлений в 6 хворих. Труднощі діагностики обумовлені тим, що пухлина розвивається на фоні тривалої існуючої жовчнокам'яної хвороби, структура її відрізняється частіше підвищеною ехогенністю. Основною ознакою є візуалізація пухлинної маси, що має, частіше позаорганий ріст (рис. 10). При блокаді пухлиною гепатикохоледоху розвивається холангіоектазія вища за пухлину.

Висновки

УЗД є високоінформативним діагностичним методом при захворюваннях органів гепатопанкреатодуоденальної зони, ускладнених механічною жовтяницею. Практична перевага методу полягає в тому, що УЗД дозволяє скоротити діагностичний період, сонографічні дані можна використовувати для побудови програми діагностичних досліджень.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ІССЛЕДОВАНИЯ В ДИФФЕРЕНЦІАЛЬНОЙ ДІАГНОСТИКЕ ЖЕЛТУХ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

О.Н. Мельник

Реферат. Наиболее информативным, достоверным и неинвазивным методом диагностики характера желтухи является сонография. Проанализиро-

ваны результаты ультразвукового исследования 136 больных с синдромом желтухи, выявленно-го при проведении УЗИ в отделении ультразвуковой диагностики военного медицинского клинического центра западного региона г. Львова. Больных с признаками гемолитической желтухи было – 13 (9,6%), признаками паренхиматозной желтухи – 35 (25,7%) и желтухой механического генеза – 88 (64,7). Основным сонографическим признаком обтурационной желтухи является дилатация внутри – и/или внепеченочных желчных протоков. УЗИ является высокоинформативным диагностическим методом при заболеваниях органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненных механической желтухой. Практическое преимущество метода заключается в том, что УЗД позволяет сократить диагностический период, сонографические данные можно использовать для построения программы диагностических исследований.

Ключевые слова: обтурационная желтуха, холедох, ультразвуковое исследование.

THE ROLE OF SONOGRAPHY IN DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF ICTERUS OF DIFFERENT GENESIS

O.N. Melnik

Abstract. The most informative, reliable and uninvaseive method in the diagnostics of character of icterus is sonography. The results of ultrasonic research of 136 patients with syndrome of obstructive jaundice that were revealed during US in military medical clinical center of Lvov western region have been analysed. There were 13 (9,6%) patients with the signs of

haemolytic icterus, 35 (25,7%) patients with the signs of parenchymatous jaundice – and 88 (64,7) patients with the signs obstructive jaundice of mechanical genesis. The basic ultrasonic sign of obstructive jaundice is dilatation inwardly – and or extrahepatic bilious channels. US is a highly-informative diagnostic method in diseases of organs of hepatopancreaticoduodenal area complicated by mechanical obstructive jaundice. Practical advantage of the given method allows to shorten the diagnostic period; sonographic results can be used for the creation of the program of diagnostic researches.

Key words: obstructive jaundice, obstructive jaundice, ultrasonic diagnostics.

ЛІТЕРАТУРА

1. Экстренная хирургия желчных путей. Руководство для врачей / П.Г. Кондратенко, А.А. Васильев, А.Ф. Элин, М.В. Конькова, А.А. Стукало. – Донецк: Лебедь, 2005. – 434 с.
2. Конькова М.В. Диагностическая и интервенционная сонография в неотложной абдоминальной хирургии / М.В. Конькова. – Донецк: Новый мир, 2005. – 300 с.
3. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей / У. Лейшнер. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 264 с.
4. Нидерле Б. Хирургия желчных путей / Б. Нидерле. – Прага: Авиценум, 1982. – 492 с.
5. Bile duct injuries: management of late complications / E. De Santibanes, M. Palavecino, V. Ardiles, J. Pekolj // Surg Endosc. – 2006. – № 11. – P. 1648-1653.
6. Effect of percutaneous biliary drainage on serum levels of tumor markers in patients with obstructive jaundice / M. Koroglu, B.K. Koroglu, O. Akhan et al. // Hepatogastroenterology. – 2006. – № 70. – P. 491-496.