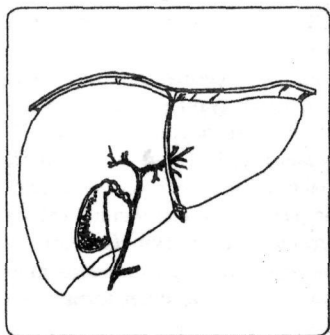




УДК [616.36 - 002 - 076] - 053.2

Ю.Б. Пучков, И.П. Пиотрович, О.В. Пасько, Г.В. Щавелева

ХАРАКТЕРИСТИКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ И ЭХОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ У ДЕТЕЙ

ГУЗ "Детская краевая клиническая больница"; МУЗ "Детская инфекционная больница им. А.К. Пиотровича"; Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

Вирусные гепатиты — одна из актуальных проблем современной медицины. Это определяется не только их повсеместным распространением, но и высоким уровнем заболеваемости, инвалидизации и смертности [3, 5].

Хотя в настоящее время изменилась структура вирусных гепатитов вследствие уменьшения количества острых и увеличения числа хронических форм, уровень персистенции HBV- и HCV-инфекций среди детского населения страны остается достаточно высоким [1, 2, 4, 7, 8].

Как известно, клинические симптомы в силу своей малой выраженности и неспецифичности не являются достаточно надежными критериями оценки тяжести хронических гепатитов [9]. В связи с этим возрастает роль вспомогательных методов диагностики как в установлении этиологии, степени морфологических изменений, так и в последующем мониторинге заболевания. Особенно важна роль прижизненного морфологического исследования, но в силу инвазивности и травматичности метода следует выявлять устойчивые связи между морфологическими изменениями в печени и клинико-биохимическими, серо-вирусологическими, инструментальными (УЗИ,

лапароскопия) данными для последующего наблюдения.

Цель исследования — изучить характер морфологических и ультразвукографических изменений в печени при хронических вирусных гепатитах (ХВГ) у детей.

Под нашим наблюдением в детской инфекционной больнице находились 124 пациента (85 мальчиков и 39 девочек) в возрасте от 1 года до 15 лет с ХВГ: у 82 чел. был диагностирован хронический гепатит В (ХГВ), у 42 чел. — хронический гепатит С (ХГС). Диагноз подтверждался на основании комплексного клинко-лабораторного обследования, включающего выявление специфических сывороточных маркеров HBV- и HCV-инфекций с применением ИФА и ПЦР. Пункционная биопсия проводилась при видеолaparоскопическом исследовании печени с использованием оборудования фирмы "Storz" (Германия) в детском хирургическом отделении детской краевой клинической больницы г. Хабаровска. Биоптаты обрабатывали по общепринятой методике и заливали в парафин. С каждого блока делали до 30-40 парафиновых срезов, которые окрашивали гематоксилином и эозином, пикрофуксином по

методу Ван-Гизона. Оценка гистологических изменений в печени проводилась с помощью классификации, предложенной В.В. Серовым и Л.О. Севергиной (1996). Всем больным проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ) печени и селезенки при обращении в диспансерный кабинет (не реже 1-2 раз в год) и госпитализации в стационар (за 1-2 дн. до биопсии).

Результаты ультразвукового исследования печени и гепатобилиарной области, характеризующие в основном активность воспалительного процесса, у детей с ХВГ на момент биопсийного исследования представлены в табл. 1.

Как видно из табл. 1, наиболее часто отмечалось увеличение размеров, изменение соотношения долей печени, увеличение воротных и внутрибрюшных лимфоузлов, которые, по нашему мнению, являются признаками воспалительного характера. Нередко при обострении ХВГ у больных имелись нарушения эхоархитектоники паренхимы печени в виде "пестрой картины" — от повышения зернистости с регистрацией слабоэхогенных сигналов, возникающих обычно при отеке или дистрофических изменениях ткани, до гиперэхогенных участков, характерных

Таблица 1

Показатели УЗИ печени и гепатобилиарной области при ХВГ, характеризующие активность воспалительного процесса, абс., (%)

Эхографический признак	ХГВ (n=82)	ХГС (n=42)	Всего (n=124)
Увеличение размеров печени	39 (47,6)	23 (54,8)	62 (50)
Неправильное соотношение долей	26 (31,7)	16 (38,1)	42 (34)
Преимущественное увеличение левой доли	(4,9)	5 (11,9)	9 (7)
Преимущественное увеличение правой доли	16 (19,5)	6 (14,3)	22 (18)
Пониженная эхогенность паренхимы печени	8 (9,8)	5 (11,9)	13 (10,5)
Увеличение первого сегмента	16 (19,5)	(21,4)	25 (20)
Увеличение воротных или внутрибрюшных лимфоузлов	25 (30,5)	(21,4)	34 (27)
Нарушение моторной функции желчного пузыря	39 (47,6)	19 (45,2)	58 (47)
Уплотнение стенок желчного пузыря	18 (22)	9 (21,4)	27 (22)
Осадок в области тела желчного пузыря	30 (36,6)	17 (40,5)	47 (38)

Таблица 2

Показатели ультразвукового исследования печени и селезенки, характеризующие стадию хронизации ХВГ, абс., (%)

Эхографический признак	ХГВ (n=82)	ХГС (n=42)	Всего (n=124)
Диффузные изменения паренхимы печени	79 (96)	41 (98)	120 (97)
Повышенная эхогенность паренхимы печени	13 (15,9)	10 (23,8)	23 (18,6)
Усиление сигналов от перипортальных структур	57 (69,5)	29 (69)	86 (69,4)
Расширение воротной вены	15 (18,3)	9 (21,4)	24 (19,4)
Спленомегалия	16 (19,5)	9 (21,4)	25 (20,2)
Расширение селезеночной вены	9 (11)	7 (16,7)	16 (12,9)
Мелкие участки повышенной эхогенности печени	12 (14,6)	9 (21,4)	21 (16,9)
Выраженное уплотнение стенок воротной вены	6 (7,3)	5 (11,9)	11 (8,9)
Уплотнение междолевых перегородок печени	6 (7,3)	5 (11,9)	11 (8,9)
Ослабление кровотока в воротной вене	6 (7,3)	6 (14,3)	12 (9,7)
Ангиоматозная трансформация воротной вены с развитием коллатералей	3 (3,7)	1 (2,4)	4 (3,2)
Неровный контур печени	3 (3,7)	2 (4,8)	5 (4)
Асцит	1 (1,2)	1 (2,4)	2 (1,6)

для соединительно-тканых элементов. Пониженная эхогенность паренхимы печени выявлялась в 10,5% случаев. Увеличение первого сегмента и неправильное соотношение долей встречались в 1/5 и 1/3 части случаев соответственно. Преимущественное увеличение правой доли чаще встречалось при ХГВ — 16 детей, при ХГС — у 6 пациентов, а увеличение левой доли печени в обеих группах регистрировалось лишь в 9 случаях. Показатели ультразвукового исследования печени и селе-

зенки, характеризующие стадию хронизации при ХВГ, представлены в табл. 2.

Ультразвуковые признаки фиброзования мы расположили в порядке появления при прогрессировании болезни: диффузные изменения паренхимы печени, повышение ее эхогенности (зернистости), усиление сигналов от перипортальных структур, расширение воротной вены, спленомегалия, расширение селезеночной вены, мелкие участки повышенной

Таблица 3

Стадии фиброза по данным УЗИ печени у детей с ХВГ, абс., (%)

Стадия фиброза по УЗИ	ХГВ (n=82)	ХГС (n=42)	Всего (n=124)
Слабовыраженный фиброз	54 (66)	21 (50)	75 (60,5)
Умеренный фиброз	24 (29)	17 (41)	41 (33)
Тяжелый фиброз, цирроз	4 (5)	4 (9)	8 (6,5)

эхогенности, выраженное уплотнение стенок воротной вены, уплотнение междолевых перегородок, ослабление кровотока в воротной вене, ангиоматозная трансформация воротной вены с развитием коллатералей, неровный контур печени и асцит. Однако все эхографические показатели в группах ХГВ и ХГС не имели достоверных различий.

При анализе данных табл. 2 можно сказать, что диффузные изменения паренхимы печени встречались в 97% (120 случаев) ХВГ, и при этом в 69,4% (86 случаев) отмечалось усиление эхосигналов различной интенсивности от перипортальных структур. Увеличение размеров селезенки и расширение диаметра воротной вены зарегистрировано в 1/5 части случаев.

В табл. 3 представлено распределение детей с ХВГ на УЗИ по стадиям фиброза.

Анализируя данные табл. 3 и сравнивая показатели при ХГВ и ХГС, можно заключить, что слабовыраженный фиброз является преобладающей формой, составляя 66% (54 случая) и 50% (21 случай) в исследуемых группах. Показатели при тяжелом фиброзе и циррозе были практически сопоставимы. Умеренный фиброз по ультразвуковым данным встречался у 17 (41%) детей с ХГС и у 24 (29%) — с ХГВ.

Полуколичественное изучение биоптатов печени у детей, страдающих ХГВ, выявило в 74% случаев минимальную и слабовыраженную степень, а в 26% — умеренную степень гистологической активности (ГИСА). При оценке гистологического индекса стадии хронизации (ГИСХ) в 41% обнаружена минимальная, в 54% случаев — умеренная и лишь в 5% случаев — тяжелая стадия.

При полуколичественном исследовании биоптатов печени у детей с ХГС в 83% случаев диагностирована минимальная и слабовыраженная степень, а в 17% — умеренная степень гистологической активности. Значения ГИСХ у детей с ХГС характеризуются развитием минимальной в 36%, умеренно выраженной стадии — в 55% и тяжелой стадии — в 9% случаев.

Таким образом, ультразвуковое исследование позволяет судить о стадии

заболевания и выделить относительные критерии активности воспалительного процесса при ХВГ:

- 1) увеличение размеров печени, изменение соотношения долей;
- 2) увеличение воротных и внутрибрюшных лимфоузлов;
- 3) нарушение моторной функции желчного пузыря с утолщением его стенок.

По ультразвуковым данным можно предполагать стадию патологического процесса в печени. Высокая точность определения стадии хронизации при ультразвуковом исследовании зафиксирована при тяжелом фиброзе и циррозе печени. Проблема ультрасонографического разграничения слабовыраженной и

умеренной стадий требует дальнейшего совершенствования с использованием новых технологий, в том числе цветового доплеровского картирования.

Литература

1. Анохин В.А., Гумерова А.А. // Рос. педиатр. журн. 2002. № 2. С. 32-34.
2. Баранова И.П., Самонина С.А., Никольская М.В. и др. // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2003. №1. С. 35-37.
3. Жданов К.В., Гусев Д.А., Лобзин Ю.В. // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2004. №1. С. 86-91.
4. Московская И.А., Григорьева Е.А., Холодник Г.Е. и др. // Эпидемиология и

инфекционные болезни. 2003. №1. С. 32-34.

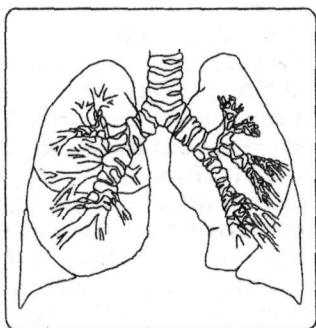
5. Онищенко Г.Г. // Здравоохранение Российской Федерации. 2004. №1. С. 18-24.

6. Серов В.В., Севергина Л.О. // Архив патологии. 1996. № 4. С. 61-67.

7. Учайкин В.Ф. Нисевич Н.И., Чердиченко Т.В. Вирусные гепатиты от А до ТТV. М.: Новая волна, 2003. 432 с.

8. Чердиченко Т.В., Московская И.А. // Дет. инфекции. 2003. №3. С. 11-14.

9. Desmet V.J., Geiber M., Hoonagle J.H. et al. // Hepatobgy. 1994. Vol 19, P. 1513-1520.



Патогенетические аспекты взаимосвязи хеликобактерной (Нр) инфекции и различных форм атопии широко изучаются как отечественными, так и зарубежными исследователями [1-4]. Предполагается, что при Нр-инфекции создается своеобразный иммунологический защитный барьер против бронхиальной астмы [5, 6]. Выявлена определенная зависимость инфицирования детей Нр от социального статуса семей: в благополучных семьях отмечен самый низкий процент инфицированных Нр и наибольшее число детей, больных БА. Эти данные согласуются с "гигиенической теорией", по которой считается, что при улучшении гигиенических условий и снижении циркуляции наиболее распространенных кишечных инфекций увеличивается распространенность атопии и атопических заболеваний [7-10].

В настоящей работе с помощью анкетирования и опроса детей и их родителей, иммунологических и функцио-

УДК 616.248 - 06 : 616.3 - 022 - 053.2

Н.М. Климкович, М.М. Васильева, С.И. Климкович

ВЛИЯНИЕ ИНФИЦИРОВАННОСТИ ДЕТЕЙ HELICOBACTER PYLORI НА РАЗВИТИЕ И ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения; МУЗ "Детская городская больница №2", г. Хабаровск

нальных исследований у детей оценивалась роль Нр-инфицирования детей на развитие бронхиальной астмы.

"Слепым" скринингом на антитела к Нр обследовано 155 детей и подростков в возрасте от 2 до 17 лет (мальчиков — 80, девочек — 75), проживающих на территории в Хабаровской детской городской больнице №2. Средний возраст обследованных составил 7,5 лет. Группы

наблюдения: дети и подростки, страдающие бронхиальной астмой с признаками атопии — 52, неспецифическими воспалительными заболеваниями органов дыхания — 28, заболеваниями пищеварительной системы — 51, практически здоровые, не имеющие жалоб и не состоящие на диспансерном учете — 24 чел.

Таблица 1

Результаты "слепого" серологического скрининга на Нр среди детей, страдающих и не страдающих бронхиальной астмой

Результаты серологического скрининга	Группы детей, %	
	С бронхиальной астмой БА(+)	Не страдающие бронхиальной астмой БА(-)
Серопозитивные Нр(+) (n=64)	15,6±4,5*	84,4±4,5
Серонегативные Нр(-) (n=91)	46,2±5,2 *	53,8±5,2

Примечание. * — $p < 0,05$ между детьми с БА(+) и БА(-) в группах серопозитивных и серонегативных к Нр.