



Д. Н. ОСЬКИН, В. Л. ДОБИН, В. А. МАРТЫНОВ

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова

Комплексная характеристика функции печени у больных туберкулезом и вирусными гепатитами

Оськин Дмитрий Николаевич

кандидат медицинских наук,

доцент кафедры фтизиопульмонологии с курсом лучевой диагностики РязГМУ

390026, г.Рязань, ул. Ленинского комсомола, 105. тел.: 8 (4912) 92-01-51

Комплексное обследование проведено у 21 пациента с впервые выявленным верифицированным туберкулезом органов дыхания и вирусными гепатитами С и В. Выявлены клинико-лабораторные признаки высокой активности вирусных гепатитов, а также формирование цирроза печени у пациентов с ко-инфекцией. Пациенты с хроническими вирусными гепатитами являются группой высокого риска развития туберкулеза.

Ключевые слова: туберкулез, вирусный гепатит, цирроз печени.

D. N. OSKIN, V. L. DOBIN, V. A. MARTYNOV

Complex characteristic function of liver at patients with tuberculosis and virus hepatites

Complex inspection is lead at 21 patients with for the first time revealed verified tuberculosis of respiratory organs and virus hepatites B and C, clinical-laboratory attributes of high activity of virus hepatitis and also formation of cirrhosis of liver at patients with Co-infection. Patients with chronic virus hepatites are group of high risk development of tuberculosis.

Keywords: tuberculosis, virus hepatites, cirrhosis of liver.

Вирусные гемотрансмиссивные гепатиты являются в настоящее время серьезной проблемой не только в нашей стране, но и во всем мире. В исследованиях, проведенных в России, антитела к вирусу гепатита С среди населения выявлялись в 3,5% случаев (1). Хронические вирусные гепатиты представляют собой персистирующую инфекцию, часто малосимптомную, но склонную к формированию цирроза печени. Ряд исследований показывают высокую распространенность вирусных гепатитов и среди пациентов с туберкулезом. (2,3,4).

Целью настоящей работы было исследование клинических, лабораторных и других особенностей ко-инфекции туберкулеза и вирусных гепатитов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Комплексное обследование проведено у 21 пациента с впервые выявленным верифицированным туберкулезом органов дыхания и вирусными гепатитами С и В, подтвержденными клиническими и иммунологическими методами. Обследование в стационаре проводилось в течение 7-10 дней после поступления, до начала противотуберкулезного лечения. Изучались клинические и лабораторные данные, показатели белковой, пигментной, липидной и ферментативной функции печени. Ультразвуковое исследование печени проводилось на аппарате Philips HD3: определяли размеры печени, оценивали

состояние паренхимы, билиарной системы, архитектонику портальных сосудов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Среди пациентов преобладали мужчины (19). У 19 пациентов был хронический вирусный гепатит С, у одного — хронический вирусный гепатит В и у одного — хронический микст-гепатит В и С. У одиннадцати пациентов гепатит развился за 5-10 лет до выявления туберкулеза (10 пациентов с хроническим гепатитом С и 1- с гепатитом В), у десяти больных был выявлен при скрининге в противотуберкулезном стационаре (9 пациентов с хроническим гепатитом С, и 1- с гепатитом В и С). Возраст пациентов колебался от 25 до 60 лет: 15 из них было в возрасте 25-40 лет и 6 — 40-60 лет; среди них было лишь 5 рабочих и служащих, остальные были безработными (12) и инвалидами (4); восемнадцать — жители России, трое — мигранты из Узбекистана и Армении. Особо необходимо отметить, что среди пациентов значительную часть составляли злоупотребляющие алкоголем (13), наркоманы (5) и лица, побывавшие в заключении (8). У 8 пациентов были множественные татуировки, у 3 вероятными причинами заражения гепатитом были парентеральные вмешательства (операции, инфузии лекарств и компонентов крови). Лишь у одного пациента с хроническим гепатитом С в анамнезе был эпизод желтухи. Всем больным после обследования инфекционистом был подтвержден диагноз хронического вирусного гепатита С, В, В и С.

Гепатит характеризовался следующими жалобами: постоянные тупые, ноющие боли в правом подреберье, без иррадиации, умеренной интенсивности, усиливающиеся при физической нагрузке, были у 8 пациентов, тошнота — у 3, ощущение переполнения желудка после еды — у 4, отсутствие аппетита — у 9, полиартрит мелких суставов пальцев рук — у 1. У всех пациентов были преходящая немотивированная усталость, недомогание, низкая толерантность к физическим нагрузкам.

При пальпации у девяти пациентов было выявлено увеличение печени на 1-4 см ниже правого реберного края, при этом она была плотной и умеренно болезненной.

Изменения гемограммы были у всех пациентов (повышение СОЭ до 20-40 мм/ч). У 3 была анемия (с количеством эритроцитов $3,2-3,8 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобина 96-102 г/л). Умеренный лейкоцитоз ($10-12 \cdot 10^9/л$) — у 6. Обращало на себя внимание, что у 12 пациентов с активным туберкулезом и гепатитами количество лейкоцитов было у нижней границы нормы ($4,0-4,5 \cdot 10^9/л$) и с относительным лимфоцитозом.

При лабораторном обследовании установлено, что уровень общего белка у пациентов находился в пределах $63,0 \pm 6,0$ г/л (N-65,0-85,0 г/л), концентрация альбуминов составляла 41 ± 5 % (N-56-66%), концентрация глобулинов — 57 ± 4 % (N-33-43%) (преимущественно за счет γ -глобулинов), с соотношением альбуминов к γ -глобулинам менее 3 (у 13 пациентов). Таким образом, у большинства пациентов была выраженная гипер- γ -глобулинемия. Уровень общего билирубина составлял $22,0 \pm 6,0$ мкмоль/л (N-8,6-20,5 мкмоль/л) преимущественно за счет прямой фракции. У 6 из 11 больных отмечена гипохолестеринемия $-2,5-2,8$ ммоль/л (N- 3,6-5,2 ммоль/л). У 9 из 11 пациентов отмечено 2-4 кратное повышение активности АЛТ — $1,4-2,6$ ммоль/л (N- 0,1-0,68 ммоль/л). Указанное повышение активности трансаминаз указывает на умеренную и высокую активность вирусного гепатита. У 3 больных были лабораторные признаки холестаза: подъем щелочной фосфатазы до 308-1250 Ед/л (N — до 258 Ед/л), общего били-

рубина до 26-66 мкмоль/л (N — 8,6-20,5 мкмоль/л) и его прямой фракции до 7,6- 15,4 мкмоль/л (N — 0,86-4,3 мкмоль/л), γ -глутамилтранспептидазы до 87-120 Ед/л (N- жен до 38 ЕД/л, N муж до 55 ЕД/л).

У 13 больных туберкулез был выявлен при профилактических осмотрах, у 8 - при обращении за медицинской помощью с легочными жалобами. Среди форм туберкулеза преобладал инфильтративный туберкулез протяженностью до 3 сегментов (таблица 1), у 12 с распадом и у 7 с обсеменением. Бактериовыделение было у 9 пациентов, при этом в 1 случае была лекарственная резистентность (S,E).

Таблица 1
Формы туберкулеза легких
у пациентов с ко-инфекцией

Форма туберкулеза	Количество пациентов
Инфильтративный туберкулез	16
Очаговый туберкулез	1
Туберкулема	1
Фиброзно-кавернозный туберкулез	1
Казеозная пневмония	1
Диссеминированный туберкулез	1

Для туберкулеза было характерно течение с преобладанием деструкции (16) и бактериовыделения (9), а в клинике — астения и кашель с выделением мокроты. Лихорадка выше 38°C наблюдалась у 5 пациентов. У 8 в течение всего времени наблюдения сохранялся субфебрилитет (температура тела до $37,2-37,5^{\circ}\text{C}$ в вечерние часы), у остальных температура тела была $36,3-36,9^{\circ}\text{C}$.

У всех пациентов наблюдались ультразвуковые изменения структуры печени. У 17 они были сходными: контуры печени четкие ровные, но внутренняя структура мелкоочаговая, в виде незначительно неоднородно уплотненной паренхимы, с «пестротой» за счет утолщения стенок внутривнутрипеченочных тубулярных структур и центроробулярных вен, ультразвуковой сигнал почти не затухал в дорзальных отделах, задний контур был виден четко. У 4 было выявлено значительное диффузное уплотнение паренхимы с затуханием ультразвука в дорзальных отделах.

Ультразвуковые размеры печени пациентов с ко-инфекцией изменялись в широких пределах. Более чем у половины пациентов размеры печени были увеличены (15), при этом нижний край печени выступал из-под реберной дуги на 0,5-4 см — у 17 (в 3 случаях наблюдалось опущение печени). Наибольшая степень увеличения печени была у пациентов с синдромом холестаза (3), гипербилирубинемией (9) и портальной гипертензией (4). На рис. 1 приведены эхографические размеры печени у пациентов с ко-инфекцией.

Архитектоника сосудов портальной системы у 17 пациентов была следующей: V.portae- 10,1-12,8 мм, v. lienalis — 4,0-7,7 мм (на уровне верхней брызжеечной артерии), нижняя полая вена — 23,0-30,0 мм (на вдохе спадается не менее чем на половину), правая печеночная вена — 7-10,8 мм, правая долевая ветвь воротной вены — 7,0-9,0 мм, левая долевая

ветвь воротной вены — 7,9-10,5 мм. У 4 пациентов архитектура сосудов была значительно изменена — расширены v. Portae до 14,5 мм и v. Lienalis до 9,7 мм, с наличием портокавальных анастомозов в воротах печени и селезенки, что свидетельствует о портальной гипертензии. Признаков свободной жидкости в брюшной полости не было ни у одного пациента. На основании ультразвукового исследования по сравнению с физикальным и лабораторным обследованием были получены дополнительные данные, свидетельствующие об активности вирусного гепатита и формирующемся циррозе печени у обследованных пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Скудные, неспецифичные симптомы хронических вирусных гепатитов, сходные с клиническими проявлениями туберкулеза, не позволяют установить диагноз на основании только рутинного клинико-лабораторного обследования пациентов. Хронические вирусные гепатиты у всех пациентов были выявлены в разное время по результатам дополнительного иммунологического скрининга. Дальнейшее дообследование пациентов с гепатитами и туберкулезом позволило выявить значительные нарушения функции печени (в ряде случаев вплоть до цирроза), что было скрыто от клиницистов.

В клинической картине вирусных гепатитов преобладали неспецифичные астено-вегетативный и диспептический синдромы, обусловленные мезенхимальным воспалением с начинающимся печеночным фиброзом, которые прояв-

ляли себя, наряду с ультразвуковыми признаками, гипер-γ-глобулинемией, повышением активности трансаминаз, повышением концентрации билирубина, гипохолестеринемией. У трех пациентов были лабораторные признаки холестаза, у одного внепеченочные (вероятно аутоиммунные) проявления болезни, и еще у четверых — цирроз печени с портальной гипертензией.

Таким образом, комплексное обследование пациентов выявило умеренную и высокую биохимическую активность вирусных гепатитов у пациентов с ко-инфекцией до начала противотуберкулезной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

Галицкий Л.А., Зарецкий Б.В., Лебединец А.И. Вирусный гепатит В во фтизиатрической практике. Большой Целевой Журнал о туберкулезе 1999; 4: 10-12.

Добин В.Л., Оськин Д.Н., Гринюк И.Л. Ко-инфекция: туберкулез плюс HCV. Туберкулез в России год 2007: Материалы VIII Российского съезда фтизиатров. М., 2007, С. 403

Fitzgerald G.R., Grimes H., Reynolds M. Hepatitis-associated-antigen-positive hepatitis in a tuberculosis unit. Gut. 1975; 16: 421-428.

Hurst A., Maier H.M., Lough S.A. Studies of hepatic function in pulmonary tuberculosis. Am. J. Med. Sci. 1947; 214: 431-435.

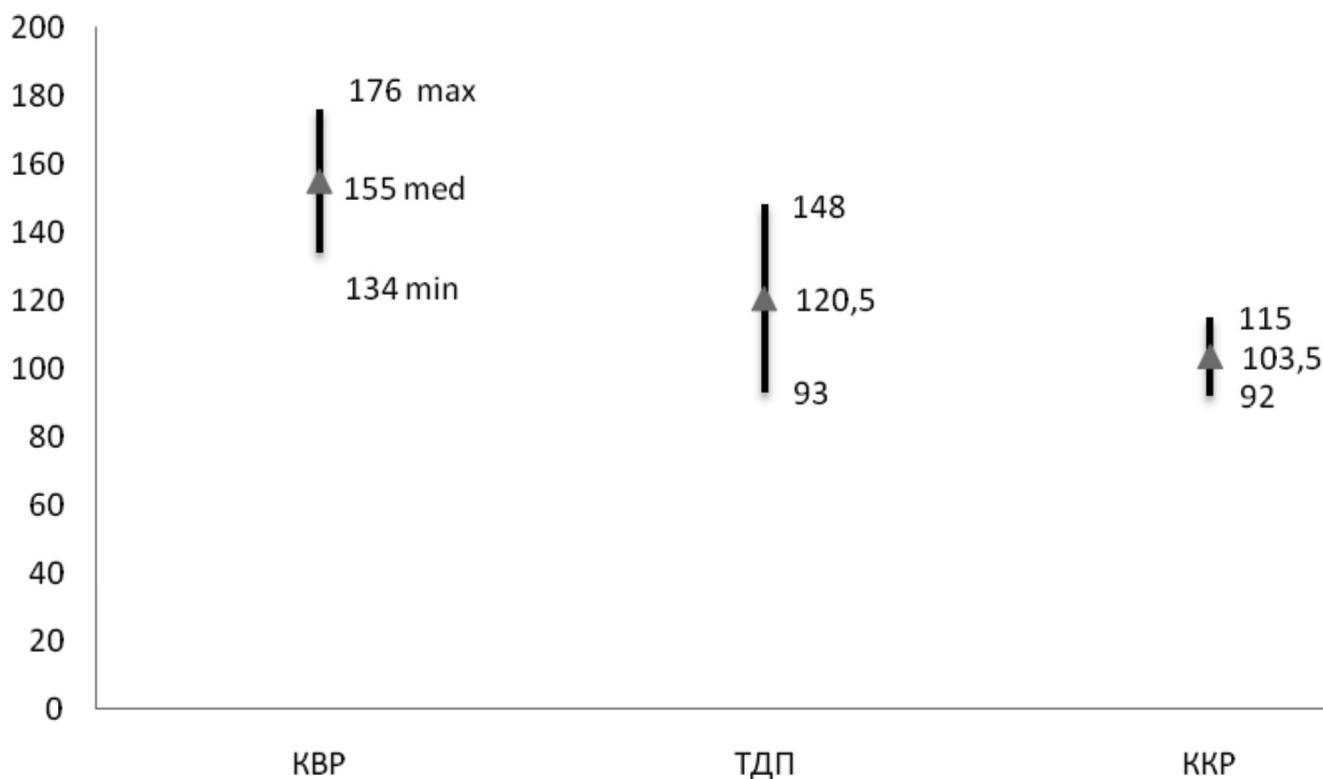


Рисунок 1

Эхографические размеры печени у пациентов с ко-инфекцией

КВР – косовертикальный размер,

ТДП – толщина правой доли печени,

ККР – кранио-каудальный размер, размеры указаны в мм,