

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВИРАЗНОСТІ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ З КОНТРАКТУРОЮ ДЮПЮІТРЕНА ЗА ДАНИМИ РІЗНИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ

Іскра Н.І.¹, Гур'єв С.О.², Кузьмін В.Ю.^{1,2}

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

²Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф

Резюме. У роботі приведені результати різних методів дослідження виразності фіброзу печінки у хворих на хронічний гепатит з контрактурою Дюпюїтрена, постраждалих та ліквідаторів наслідків катастрофи на ЧАЕС, проведеного протягом 2000-2010рр., яких в залежності від ступеню деформації кисті було поділено на 3 групи. До 1^{-ої} групи увійшло 24 хворих, які мали I ступінь деформації кисті; до 2^{-ої} групи - 23 хворих, які мали II ступінь деформації кисті; 3^{-ю} групу склало 22 хворих, які мали III ступінь деформації кисті

Ключові слова: контрактура Дюпюїтрена, кисть, фіброз печінки, методи дослідження.

Вступ. Доволі відомим сьогодні є той факт, що нециротичний фіброз печінки (первинний гепатопортальний склероз), відомий під назвою ідіопатична портальна гіпертензія, або нециротичний портальний фіброз, зустрічається у клінічній практиці частіше ніж діагностується [7]. Частково це пояснюється малою інформативністю лікарів з вітікаючим звідси недостатньо цілеспрямованим пошуком клінічних симптомів. Такі хворі тривалий час лікуються у стаціонарах різного профілю, де під час проведення диференційної діагностики такий діагноз, як фіброз печінки, навіть не обговорюється, недивлячись на доволі яскраву клінічну картину [1]. Фіброз печінки – це локальне або загальне збільшення колагенової волокнистої тканини печінки без перебудови її структури [2]. Під час патоморфологічного дослідження виявляється, що незмінені печінкові дольки оточені широкими полями фіброзної сполученої тканини, яка поширюється з портальних просторів утворюючи картину портального і септального фіброзу печінки.

Гістологічне дослідження біоптатів печінки вважається «золотим стандартом» діагностики хронічного гепатиту. Результати гістологічного дослідження дозволяють морфологу судити про етіологію хронічного гепатиту, визначити ступінь його активності та стадію процесу, встановити

наявність цирозу печінки, диспластичні зміни гепатоцитів, виявити гепатоцелюлярну карциному, прогнозувати перебіг захворювання і ефективність терапії, оцінити результати протівірусної терапії при повторних біопсіях [5, 6]. Однак у відношенні біопсії немає єдиної думки. Широке втілення біопсії печінки в клінічну практику спеціалізованих відділень обмежується наявністю кількох проблем: відсутністю нормативних документів, регламентуючих проведення маніпуляції; недостатньою кількістю кваліфікованих патоморфологів, здатних об'єктивно описати і надати кількісну оцінку морфологічним ознакам; інвазивним характером процедури і потенційним ризиком розвитку ускладнень, які напряду пов'язані з досвідом лікаря, виконуючого біопсію печінки [4, 6, 8].

Сучасний етап розвитку клінічної медицини характеризується поступовим відходом від традиційно визнанного на протязі століть основного шляху накопичення лікарських знань – морфологічного методу дослідження тканини печінки. Методики, які використовуються у сьогоденні, є широкодоступними й безпечними та проводяться у динамиці з метою оцінки прогресування враження і ефективності лікування [3, 4, 8, 9].

Мета. Порівнюючи дані різних методів діагностики фіброзу печінки та систематизуючи ознаки виразності фіброзу визначити ступінь їх інформативності.

Матеріали і методи. Результати нашої роботи базуються на даних комплексного, динамічного спостереження хворих (постраждалих та ліквідаторів аварії на ЧАЕС) з контрактурою Дюпюїтрена, проведеного на базі поліклініки радіаційного реєстру АМН України протягом 2005-2010рр.. У дослідженні використовувались карти динамічного спостереження та історії хвороби, які зберігаються у архіві Центру та Ірпенського військового госпіталю.

Для реалізації мети нами було обстежено 69 хворих (чоловіки віком від 45-65 років) з хронічним гепатитом та контрактурою Дюпюїтрена, які

знаходились на лікуванні у стаціонарі НЦРМ АМН України та Ірпенському військовому госпіталі.

Тривалість патологічного процесу в печінці та долонному апоневрозі у всіх хворих враховувалась наступним чином: до 5 років; від 5 до 10 років; від 10 та більше років.

Клінічне обстеження хворого складалось із загальних та спеціальних досліджень. Нами проводився ретельний збір анамнезу захворювання, об'єктивне обстеження пацієнта (щоденна оцінка загального стану, скарг, даних перкусії та аускультатії легенів та серця, пальпація органів черевної порожнини). Всім хворим виконували лабораторні дослідження крові, сечі та калу, проведено фібро-тест з використанням методики BioPredictive (Франція), еластометрія. Біопсія печінки була узята під час виконання лапароскопічної холецистектомії з приводу хронічного калькульозного холецистити спеціальною голкою-трепаном діаметром 16G (1,6мм), довжиною 150-200мм з ріжучим механізмом забору матеріалу. Під час біопсії такою голкою, ми отримували циліндричний стовбчик тканини діаметром 1,6мм та довжиною до 9мм, який містив не менше 4 долек та 3 порталних трактів. Парафінові зрізи фарбували гематоксилін-еозином за Giemsa, van Gieson, PAS або ШИК-реакцією.

Результати та їх обговорення. При аналізі отриманих результатів (табл.) виявлено, що морфологічні ознаки фіброзних змін печінки були виявлені у всіх обстежених хворих.

Таблиця

Характер морфологічних змін тканини печінки у хворих на хронічний гепатит з контрактурою Дюпюїтрена в залежності від тривалості захворювання

Морфологічні ознаки	Групи			Разом n=69
	До 5 років, n=24	Від 5 до 10 років, n=23	Понад 10 років, n=22	
Фіброзні зміни	24	23	22	69
Лімфоцитарна інфільтрація:				
Слабка	8	2	4	14
Помірна	4	4	2	10

Виражена	2	6	10	18
Жирова дистрофія:				
Слабка	2	-	-	2
Помірна	2	2	-	4
Виражена	-	4	1	5
Холангіти:				
Слабкий	4	1	1	6
Помірний	1	1	1	3
Виражений	-	1	1	2
Дилатація синусоїдів	1	2	2	5
Відсутність морфологічних змін	-	-	-	-

Отримані результати показали, що за даними морфологічного дослідження стадію фіброзу оцінену як F1 мали 22 (91,7%) пацієнти першої групи, 2 (8,7%) пацієнти другої групи та 1 (4,5%) пацієнт третьої групи. Тривалість патологічного процесу у долонній поверхні кисті хворих другої та третьої групи не перевищувала 5 років.

Стадію фіброзу F2 за даними морфологічного дослідження мав 1 (4,2%) пацієнт першої групи, 18 (78,3%) хворих другої групи та 4 (18,2%) пацієнта третьої групи з тривалістю патологічного процесу у долонній поверхні кисті від 5 до 10 років.

Оцінену як F3 за даними морфологічного дослідження стадію фіброзу мали: 1 (4,2%) пацієнт першої групи, 2 (8,7%) пацієнти другої групи та 17 (77,3%) пацієнтів третьої групи. Тривалість патологічного процесу у долонній поверхні кисті хворих першої та другої групи перевищувала 10 років.

За даними еластометрії першу стадію фіброзу мали 17 (24,6%) пацієнтів, другу стадію фіброзу мав 21 (30,4%) пацієнт, третю стадію – 20 (28,9%) з 69 обстежених пацієнтів. Слід зауважити, що першу стадію фіброзу мали 16 (66,6%) пацієнтів першої групи та 1 (4,3%) пацієнт другої групи.

Середній показник еластичності печінки у хворих зі стадією фіброзу, визначеною за даними морфологічного дослідження, як F1 – 6,6кПа; у хворих з F2 – 8,5кПа; у хворих з F3 – 10,3кПа.

Показники чутливості та специфічності склали: для стадії F1 – 66,0% та 83,0%; для F2 – 86,0% та 100,0%; для F3 – 100,0% та 100% (відповідно).

За даними фібро-тесту першу стадію фіброзу мали 18 (26,1%) пацієнтів, другу стадію фіброзу мали 19 (27,5%) пацієнтів, третю стадію – 20 (28,9%) з 69 обстежених хворих.

Чутливість (за даними фібро-тесту) та специфічність методу склали: для F1 – 70% та 85%; для F2 – 80,0 та 100,0%; для F3 – 100,0% та 100,0% (відповідно).

Висновки.

1. Результати еластометрії та фібро-тесту високоінформативні на всіх стадіях фіброзу печінки і можуть бути використані для неінвазивної діагностики у хворих на хронічний гепатит з контрактурою Дюпюїтрена.

2. Отримані нами дані порівняльної характеристики діагностичної точності на різних стадіях фіброзу з різним ступенем деформації кисті у хворих з контрактурою Дюпюїтрена вказують на максимальну діагностичну точність еластометрії та фібро-тесту на стадії F3.

Література

1. Кузнецова О.Л., Савельева С.Ю., Елисеева И.Я., Соколова М.В. Системные поражения при цитомегаловирусной инфекции // Терап. архив. – 1998. – №11. – С.33-35.

2. Логинов А.С., Блок Ю.Е. Хронические гепатиты и циррозы печени. М., 1987. – 272с.

3. Павлов Ч.С., Золотаревский В.Б., Ивашкин В.Т. и др. Современные методы ранней диагностики фиброза печени // Клини. мед. – 2005. – Т.83, №12. – С. 58-60.

4. Павлов Ч.С., Ивашкин В.Т. Биопсия печени: методология и практика сегодня // Рос. Журн. Гастроэнтерол.колопроктол. – 2006. – Т.16, №4. – С. 65-78.

5. Хронический вирусный гепатит/ Под ред. В.В. Серова, З.Г. Апросиной.- М.:Медицина, 2002. – 384с.

6. Майер К.П. Гепатит и последствия гепатита: Практич.рук.:Пер. с нем. – М.: ГЭОТАР Медицина, 2004. – 717с.

7. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевание печени и желчных путей. Пер. с англ. М. Медицина, 1999, – 864с.

8. Blanc F., Bioulac-Sage P., Balabaud C., Desmouliere A. Investigation of liver fibrosis in clinical practice // Hepatol. Res. – 2005. – Vol.27.

9. Ghany M., Doo E. Assessment of liver fibrosis: palpate, poke or pulse// Hepatology. – 2005. – Vol. 42, № 4. – P. 759-761.