

Алгоритм диагностики заболеваний печени

Серов Н.А.
УГМА, г. Екатеринбург

Проблема диагностики заболеваний печени остается актуальной в связи с латентным во многих случаях течением их и непрерывным обновлением информации о данной патологии. Так, например, достаточно четко в последнее время определены критерии неалкогольного стеатогепатита (НАСГ), доказана возможность быстрого прогрессирования его в цирроз печени [4, 5]. Появились новые данные о латентной HBV-инфекции [1, 3], требующей чрезвычайно сложных методик диагностики, описывают все больше случаев так называемых перекрестных синдромов [2].

Хотя наиболее часто встречающейся патологией безусловно остаются вирусные, алкогольные и смешанные (вирусно-алкогольные) хронические диффузные заболевания печени (ХДЗП) в процессе дифференциальной диагностики врач может столкнуться и с редкими нозологическими формами патологии печени. И во всех случаях незыблемой остается роль прижизненного морфологического исследования органа. Унифицированный подход к диагностике заболеваний печени требует осмысления таких аспектов, как дифференциация гепатопатий на диффузные и очаговые формы, выявление признаков портальной гипертензии (ПГ) и ее осложнений.

Кроме гастроэнтерологов и гепатологов с патологией печени неизбежно сталкиваются врачи различных специальностей: инфекционисты, хирурги, онкологи, акушеры-гинекологи, фтизиатры, реаниматологи-анестезиологи и др.,

в связи с чем общее представление о заболеваниях печени необходимо всем интернистам.

Диагностика должна начинаться на уровне первичного звена (поликлиника, врачи общей практики) и заканчиваться в гастроэнтерологических отделениях и гепатологических центрах.

В целом, необходимо уточнение этиологии, активности и стадии процесса, осложнений, включая развития гепатоцеллюлярной и холангиогенной карциномы. Только точно сформулированный диагноз гепатопатий предполагает адекватную терапию. Алгоритмизированный подход призван оказывать помощь в данном процессе, хотя не может и не должен претендовать на "диагностическую всеобъемлемость".

Предложенный алгоритм дифференциальной диагностики заболеваний печени призван помочь врачам первичного звена, а также и другим интернистам структурировать и упростить диагностический поиск настолько, насколько это возможно, если в его основу положен один из признаков заболеваний печени - гепатомегалия.

В данном случае под гепатомегалией предполагается любое увеличение размеров печени - от незначительных, что имеет место при большинстве вирусных ХДЗП, до выраженных, встречающихся при алкогольной болезни печени, НАСГ, болезнях накопления, онкопатологии и т.д.

Алгоритм может быть использован в качестве рабочего инструмента только в том случае, если гарантировано высокое исполнительское качество всех включенных в него лабораторно-инструментальных методик.

Серов Николай Андреевич - канд. мед. наук,
ассистент кафедры внутренних болезней №1
УГМА

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ХДЗП (I)

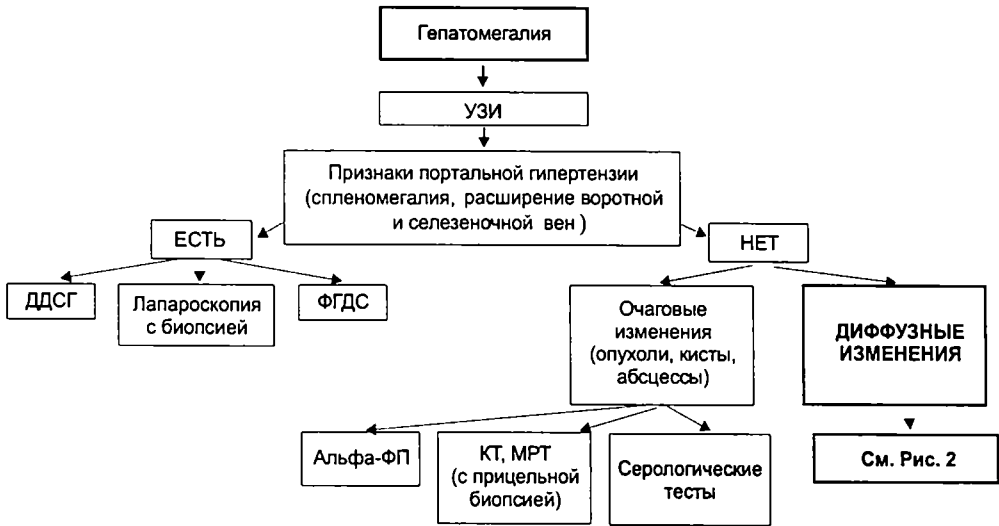


Рисунок 1. Алгоритм диагностики ХДЗП. Этап 1.

Комментарии к рисунку 1.

1. Разрешающая способность УЗИ - диаметр опухоли > 1,5-2 см;

2. ДДСГ - Доплер-дуплекс сонография печени;

3. ФГДС - фиброгастродуоденоскопия;

4. Опухоли печени:

· злокачественные (метастатические) - 90-95%;

· первичные (гепатоцеллюлярная карцинома, гепатобластома, холангиокарцинома, ангиосаркома);

· доброкачественные: аденома, холангиома, гемангиома.

5. Абсцессы различают амебные и гнойные.

6. Кисты - врожденные (поликистозная болезнь, болезнь Кароли); приобретенные (простые, инфекционные - эхинококк).

7. Разрешающая способность КТ, МРТ диаметр опухоли - 2,5-3 мм.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ХДЗП (II)

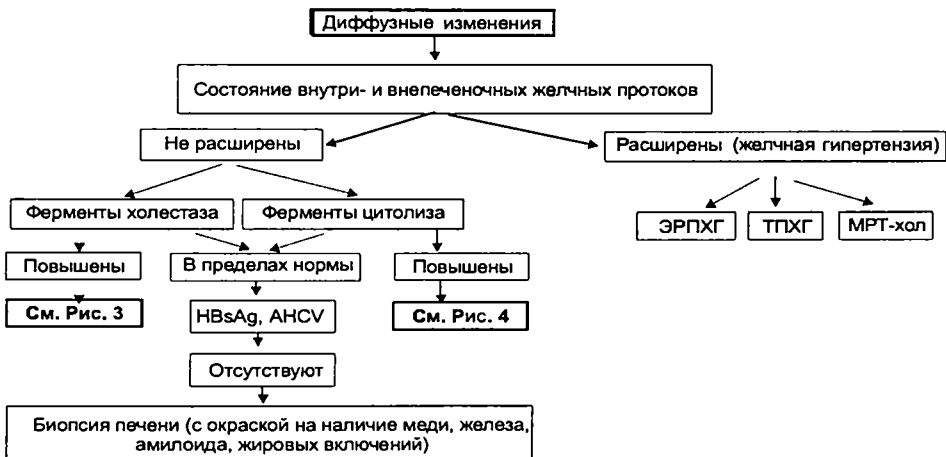


Рисунок 2. Алгоритм диагностики ХДЗП. Этап 2.

Комментарии к рисунку 2.

Эндоскопическая ретроградная панкреатохолагиография (ЭРПХГ), магнитно-резонансная томография билиарного дерева (МРТ-хол), транспеченочная ТПХГ проводятся независимо от уровня желтухи и позволяют определять уровень и причину обструкции билиарного дерева.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ХДЗП (III)

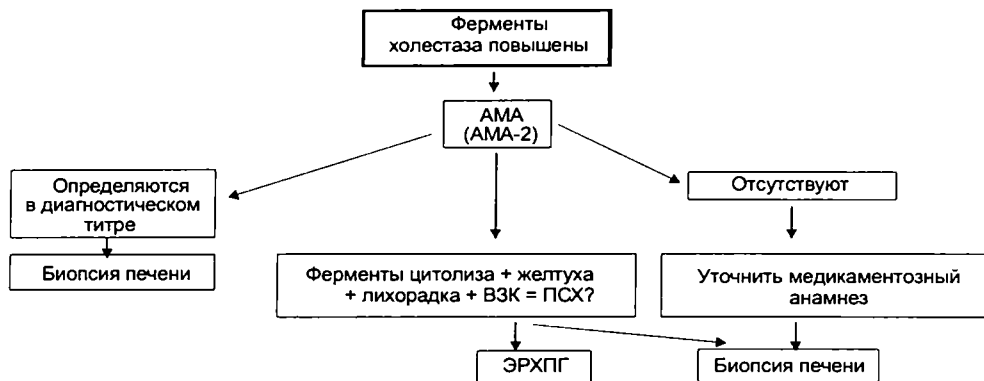


Рисунок 3. Алгоритм диагностики ХДЗП. Этап 3.

Комментарии к рисунку 3.

АМА - антимитохондриальные антитела (при первичном билиарном циррозе (ПБЦ) определяются в 90-95 %.

АМА-2 - наиболее частый подтип АМА при ПБЦ.

ВЗК - воспалительные заболевания кишечника.

ЭРХПГ + биопсия печени - уточняют диагноз первично-склерозирующего холангита.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ХДЗП (IV)

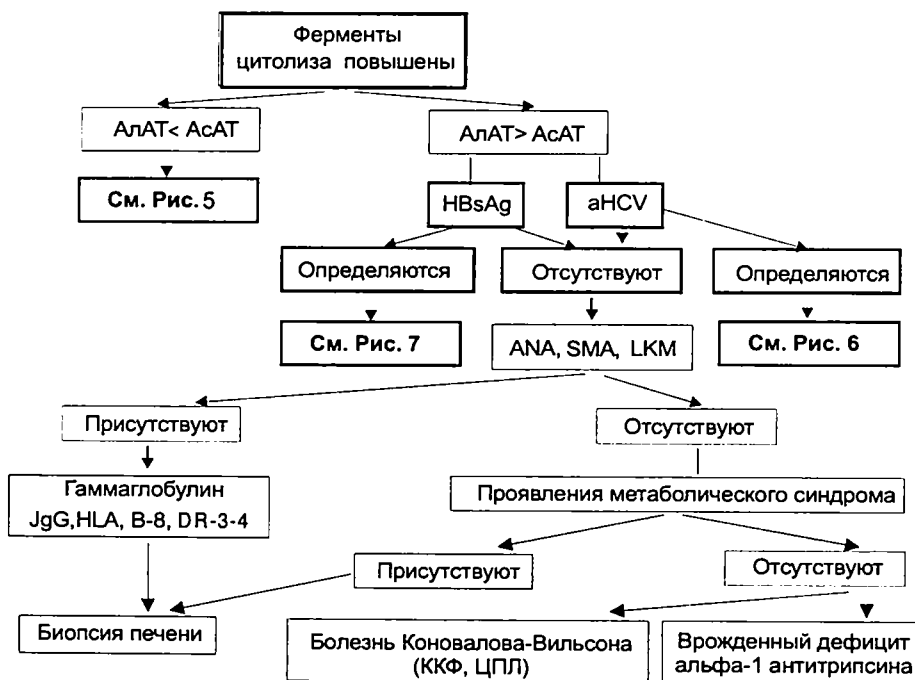


Рисунок 4. Алгоритм диагностики ХДЗП. Этап 4.

Комментарии к рисунку 4.

ANA - антинуклеарные антитела.

SMA - антитела к гладкой мускулатуре.

LKM - антитела к печеночно-почечным митохондриям.

Метаболический синдром: ИМТ > 26, абдоминальный тип ожирения, артериальная гипертензия, инсулинорезистентность (сахарный диабет-2, преддиабет), иперхолестеринемия, триглицеридемия.

ККФ - роговичное кольцо Кайзер-Флейшнера.

ЦПЛ - церулоплазмин.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ХДЗП (V)



Рисунок 5. Алгоритм диагностики ХДЗП. Этап 5.

Комментарии к рисунку 5.

Указанные дозы алкоголя (в пересчете на этанол) являются циррогенными.

Внешние признаки хронического алкоголизма - ожирение, увеличение слюнных желез, инъекция склер, поля сосудистых звездочек, контрактура Дююитрена, энцефалопатия, полинейропатия, миокардиодистрофия, гиповитаминозы.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ХДЗП (VI)

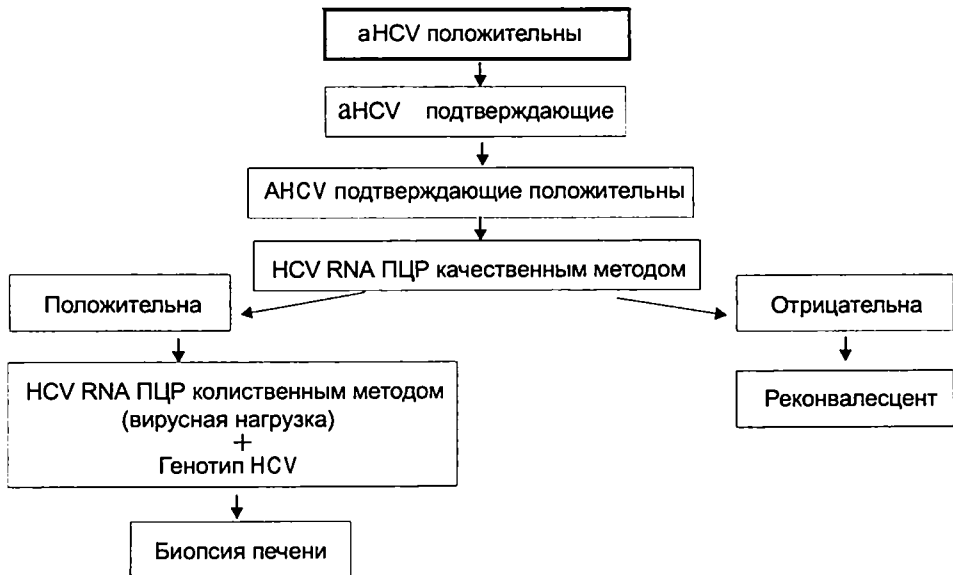


Рисунок 6. Алгоритм диагностики ХДЗП. Этап 6.

Комментарии к рисунку 6.

1. При HCV-инфекции высокая вирусная нагрузка > 2 млн коп/мл, низкая < 2 млн коп/мл.

2. аHCV (+), HCV RNA (-) может наблюдаться в следующих случаях:

а. реконвалесцент острого вирусного гепатита;

б. больной с устойчивым вирусологическим ответом на противовирусную терапию.

в. низкий уровень репликации, не определяемый стандартным методом ПЦР.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ХДЗП (VII)

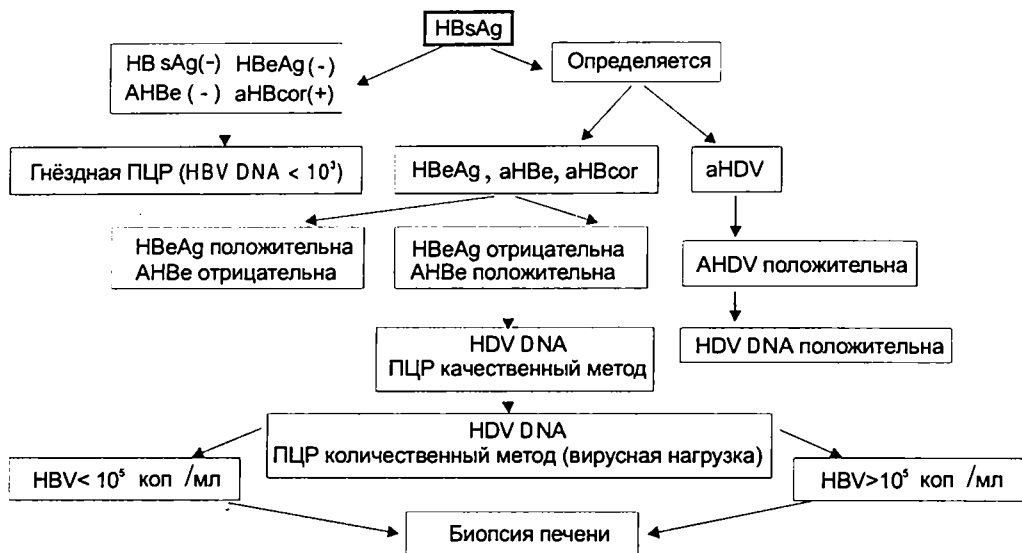


Рисунок 7. Алгоритм диагностики ХДЗП. Этап 7.

Комментарии к рисунку 7.

HBsAg (+), HBeAg(+) - активный HBeAg(+) гепатит

HBsAg (+), aHBe(+), HBV > 105 коп/мл - HBeAg(-) гепатит

HBsAg (+), aHBeAg(+), HBV < 105 коп/мл - неактивный носитель HBsAg

HBsAg (-), aHBeAg(-), aHBcor(+), HBVDNA < 103 - латентная HBV-инфекция.

Литература

1. Абдурахманов Д.Т. Клиническое значение и трудности диагностики латентной ВГВ-инфекции. Вирусные гепатиты. Информ. бюллетень 2002; 1(14): 11-6.
2. Ивашкин В.Т., Буеверов А.О. Аутоиммунные заболевания печени в практике клинициста. М.: ООО "Издат. Дом "М-Вести". 200: 102 с.
3. Идрисова Л.Р. Эпидемиологические особенности, механизмы развития и клиническое значение HBsAg-негативного гепатита В. Вирусные гепатиты. Информ. бюллетень 2005; 3(22): 12-7.
4. Leuschner U. Non-alcoholic Steatohepatitis (NASH). Dr. Falk Pharma GmbH. 2003: 32 p.
5. Sherlock S., Dooley J. Diseases of the Liver and Biliary System. Tenth edition, 1997: 714 p.