

чить наличие ЦП. Сочетание снижения скорости воротного кровотока с повышением резистентности артериального печеночного кровотока и монофазным кровотоком в печеночных венах характерно для сформировавшегося ЦП. Для верификации диагноза предпочтительно гистологическое исследование материала, полученного при проведении пункционной биопсии печени. Отсутствие перечисленных выше изменений позволяет предположить небольшую вероятность ЦП, что не исключает раннюю стадию его раз-

вития и необходимость проведения пункционной биопсии печени. Т.о., применение модели алгоритма позволяет не только исключить или подтвердить внепеченочную причину ПГ, но и с высокой долей вероятности диагностировать синусоидальную форму ПГ (ЦП любой этиологии). Использование в практической работе модели алгоритма позволит оптимизировать обследование больных с признаками патологии печени и ПГ и эффективно повышает информативность УЗИ.

Особенности гемодинамики сосудов брюшной полости у пациентов с язвенной болезнью

Шакаева Т.А., Чёрногуз С.А., Жанова Э.М.

Карагандинский государственный медицинский университет, ТОО «Аланда-клуб», Караганда, ПТМФ «Эко-Терминал Нурбай и К», Темиртау

Процессы ульцерогенеза, хронизации язв и их рецидивы тесно связаны с недостаточностью кровоснабжения гастродуоденальной зоны, нарушениями гемодинамики сосудов брюшной полости и, как следствие - трофики пораженных тканей. Внедрение в практику ультразвуковой аппаратуры, совместившей стандартную эхографию и доплерографию, позволяют изучать кровоток в сосудах артериовенозного русла, что повысило возможность диагностики сосудистых нарушений при язвенной болезни (ЯБ).

Цель работы - изучить особенности гемодинамики сосудов брюшной полости у пациентов с ЯБ желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) в зависимости от фазы заболевания.

Материал и методы. В группу обследованных были включены 48 пациентов (25 мужчин и 23 женщины), в возрасте от 28 до 64 лет (средний возраст - 47,2 года). С ЯБЖ наблюдались 28 пациентов, с ЯБ ДПК - 20 пациентов. В комплексное обследование пациентов входило: эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), эхография, лабораторные исследования в острую фазу, стадии красного и белого рубца, через 6 месяцев после рубцевания язвы. УЗИ выполнялось натощак, после предварительной подготовки, включавшей соблюдение диеты с исключением продуктов, вызывающих повышенное газообразование на ультразвуковом приборе с использованием конвексного датчика частотой 3,5 МГц.

Для изучения гемодинамических показателей в системе воротной, селезеночной вен, чревном стволе, селезеночной, общей печеночной и верхнебрыжеечной артериях проводилось измерение внутреннего диаметра сосуда, линейные скорости кровотока в венах, пиковая систолическая, конечная диастолическая скорости в артериях, рассчитывался индекс резистентности (ИР), определялись объемные скорости кровотока. Использовались различные доступы сканирования для получения сегментов интересующих сосудов, где сохранялся корректный угол между

их анатомической осью и ультразвуковым лучом (менее 60°).

Результаты. Полученные результаты дуплексного сканирования сосудов брюшной полости доказывают, что у всех пациентов в острую фазу заболевания отмечается увеличение диаметра и объемного кровотока при снижении ИР в чревном стволе, селезеночной и верхнебрыжеечной артериях, а также в воротной и селезеночной венах, что можно объяснить максимальным притоком крови к очагу воспаления по сосудам, кровоснабжающим желудок и ДПК. Одновременно регистрировалось снижение диаметра и объемного кровотока, увеличение ИР в общей печеночной артерии. В фазах рубцевания имело место уменьшение диаметра и объемного кровотока, увеличение ИР в чревном стволе, селезеночной и верхнебрыжеечной артериях, уменьшение диаметра и объемного кровотока в воротной и селезеночной венах, увеличение диаметра, объемного кровотока и, наоборот, уменьшение ИР в общей печеночной артерии. Через 6 месяцев после рубцевания язвенного дефекта нами зарегистрировано дальнейшее уменьшение диаметра и объемного кровотока по сравнению с фазой белого рубца, что может свидетельствовать о завершении процесса регенерации ткани и отсутствии очага воспаления. Данные наблюдения требуют дальнейшего детального изучения для разработки возможности прогноза вариантов течения и исходов ЯБ.

Выводы

1. У пациентов с ЯБ вне зависимости от фазы заболевания отмечается снижение реакции сосудистой системы.
2. Дуплексное сканирование является информативным методом оценки состояния гемодинамики в сосудах брюшной полости у больных язвенной болезнью.
3. Изучение особенностей гемодинамики сосудов брюшной полости может использоваться для прогнозирования обострения язвенной болезни.

Роль пункционной биопсии печени под контролем УЗ при хронических гепатитах

Зубов А.Д.

Донецк, Украина

Пункционная биопсия печени как известно, остается золотым стандартом в диагностике хронических гепатитов. Основной задачей биопсии является прижизненная морфологическая оценка активности процесса и выраженности фиброза; кроме того, гистологический анализ позволяет получить дополнительную информацию о течении процесса - в частности, наличие или присоединение токсического либо аутоиммунного компонента.

При ВГС существуют следующие особенности:

Прежде всего, отсутствует корреляция между тяжестью морфологических изменений и данными клинических, биохимических, серологических, вирусологических исследований. УЗИ не всегда дает убедительную информацию о наличии гепатита или степени его тяжести. Нередки случаи, когда при нормальной УЗ-картине печени гистологическое исследование дает хронический гепатит с высокими уровнями активности и фиброза.

Таким образом, все больные с выявленным либо по-