

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИМПУЛЬСНОЙ ЭЛАСТОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Морозова Т.Г., Борсуков А.В.

*Кафедра факультетской терапии ГБОУ ВПО
«Смоленская государственная медицинская академия»
Минздравсоцразвития России
Проблемная научно-исследовательская лаборатория
«Диагностические исследования и малоинвазивные технологии»,
Россия*

Введение. В последние годы активно ведутся разработки неинвазивных методов диагностики фиброза печени в нескольких направлениях: сывороточные маркеры фиброза, методы визуализации.

Непрямая эластография – новый неинвазивный метод оценки выраженности фиброза печени, рассматривающийся в настоящее время как альтернатива пункционной биопсии. Однако применимость этого метода при алкогольной болезни печени остается малоизученной [1,3,6,7,8].

Целью исследования является использование импульсной эластографии печени и селезенки для повышения эффективности диагностики алкогольной болезни печени (АБП).

Материалы и методы. На базе МЛПУ «Клиническая больница №1» в гастроэнтерологическом отделении г. Смоленска с мая 2010 г. по декабрь 2011 г. обследованы 70 пациентов (36 (51,4%) мужчин и 34 (48,6%) женщины в возрасте от 19 до 55 лет ($p > 0,05$)), страдающих АБП. Структура клинических форм: алкогольный стеатоз – 25 (35,7%), алкогольный гепатит – 23 (32,9%), алкогольный цирроз – 22 (31,4%) чел. ($p > 0,05$). Проводилось ультразвуковое исследование органов брюшной полости с оценкой портального кровотока.

Эластография печени и селезенки проводилась при помощи аппарата FibroScan (Echosens, Франция). Известна стандартная

методика проведения эластографии печени при помощи аппарата FibroScan (Echosens, Франция): пациенту, находившемуся в положении лежа на спине с максимально отведенной за голову правой рукой, датчик устанавливают в проекции правой доли печени по средней подмышечной линии в 9-10-м межреберных промежутках.

Нами предложено комплексное эластографическое обследование пациентов. Эластографию печени проводили из 7-10 зон в положении пациента с максимально отведенной за голову правой рукой: датчик устанавливали в 6 межреберье по правой передней подмышечной линии (проекция VII сегмента), в 5 межреберье по правой среднеключичной линии (проекция VIII сегмента), в 9-10 межреберьях по правой среднеключичной линии (проекция VI сегмента), по среднегрудной линии, в эпигастральной области (проекция II, III сегментов), в 8 и 7 межреберьях по правой среднеключичной линии (проекция V сегмента), в 5 межреберье по правой парастеральной линии (проекция IV сегмента).

Затем проводили эластографию селезенки из 7-10 зон: в положении пациента на правом боку. Датчик устанавливали в 8 межреберье по левой передней подмышечной линии (место проекции переднего полюса), в 11 межреберье по левой задней подмышечной линии (место проекции заднего полюса), в 10 межреберье по левой средней подмышечной линии (место проекции среднего сегмента), в 9 межреберье по левой средней подмышечной линии (проекция между передним полюсом и средним сегментом), в 9 межреберье между левой задней подмышечной и левой средней подмышечной линиями (проекция между задним полюсом и средним сегментом селезенки).

У 65 (92,8%) больных проведена биопсия печени под ультразвуковым контролем в качестве референтного метода. Стадии фиброза печени оценивали по системе METAVIR, были сопоставлены с данными эластографии, выраженными в кПа.

Для оценки эластографических данных, полученных при исследовании селезенки, нами предложена специальная шкала, в которой количественные значения (кПа) были представлены в виде «+». Это необходимо вследствие того, что требуется

дополнительное патологоанатомическое исследование гистологического материала паренхиматозного органа.

Результаты и их обсуждение. Совпадение результатов непрямой эластографии печени и морфологического исследования ее биоптатов наблюдалось у 63 (96,9%) обследуемых. При дополнительном проведении эластографии селезенки установлено, что у 8 (22,9%) пациентов со стадией фиброза F1-F2-F3 (всего 35 человек), по данным эластографии печени, показатель эластографии селезенки составил «++++» ($p < 0,001$). Можно предположить, что это свидетельствует о развитии фиброза пульпы или о повышении давления в ней, нарушении микроциркуляции, а это говорит о развитии портальной гипертензии.

Выводы. Для более точного представления о степени выраженности изменений не только печени, но и селезенки, пациентам с алкогольной болезнью печени необходима усовершенствованная методика проведения эластографии, что способствует раннему прогнозированию развития осложнений, в частности, портальной гипертензии. Эластографию печени и селезенки целесообразно использовать для неинвазивной диагностики алкогольной болезни печени в случае, когда пациент отказывается от пункционной биопсии или последняя противопоказана.

Список использованных источников

1. Механизм прогрессирования фиброза в печени при хроническом течении заболеваний вирусной и токсической этиологии / Е.В. Белобородова [и др.] // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2009. – №5. – С. 19-24.
2. Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей / Под ред. В.Т. Ивашкина. – 2-е изд. – М.: ООО «Издат. дом «М-Вести», 2005. – 536 с.: ил.
3. Винницкая, Е.В. Алкогольная болезнь печени / Е.В. Винницкая // Фарматека. – 2007. – №5. – С. 53-58.
4. Особенности клинического течения и фармакотерапии алкогольной болезни печени, сердца и головного мозга у больных с соматической патологией / А.Л. Верткин [и др.] //

- Лечащий врач. – 2009. – №2. – С.64-69.
5. Дуданова, О.П. Особенности спленопортального кровотока при неалкогольной жировой болезни печени / О.П. Дуданова, И.А. Белавина // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология – 2010. – №5. – С.14-18.
 6. Первый российский опыт неинвазивной диагностики фиброза печени с помощью аппарата «ФиброСкан» / В.Т. Ивашкин [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2006. – №4. – С. 65-69.
 7. Неинвазивная диагностика фиброза печени при хроническом гепатите С с помощью доплерографии по индексу пульсации селезеночной артерии / Chen-Hua Liu [et al.] // Клиническая гастроэнтерология и гепатология. Русское издание. – 2008 – №2 – С. 101-109.
 8. Биомаркеры в диагностике фиброза печени у больных с хроническим алкогольным поражением печени / Sylvie Naveau [et al.] // Клиническая гастроэнтерология и гепатология. Русское издание. – 2008. – С. 84-91.

РОЛЬ ПРОМЕЖНОСТНОЙ ЭХОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА И СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Нечипоренко А.Н., Балла А.А., Гаврон И.В.,

Нечипоренко Н.А.

*УЗ "Гродненская областная клиническая больница"
УО "Гродненский государственный медицинский университет",
г. Гродно, Беларусь*

Введение. Признаком стрессового недержания мочи (СНМ) у женщин является смещение уретро-пузырного сегмента книзу и