

Результаты. Эхографическая картина печени и селезенки при ХВГ у детей показала большое разнообразие патологических проявлений. Изменение контуров печени эхографически проявлялось в виде мелко- и крупноволнистой деформации контуров печени. Изменение в виде мелкой и крупной бугристости контура и округления края печени было обнаружено у пациентов с умеренной степенью активности в 12,0% случаев, при выраженной степени активности в 66,0%, в то время как при минимальной степени активности во всех случаях печень имела ровные контуры. Изменение размеров печени у больных с ХВГ данные ультразвуковых методов о размерах печени варьировали в зависимости от степени активности. Начиная с минимальной степени активности ХВГ определялась и прогрессировала гепатомегалия и при выраженной степени определялась диспропорция долей печени, что проявлялось в выраженном увеличении размеров хвостатой доли относительно правой и левой долей. У больных ХВГ при минимальной степени активности независимо по всем измеряемым параметрам прослеживалась тенденция к увеличению размеров, но лишь для двух показателей: высоты (ККР) левой доли - $59,8 \pm 2,1$ мм и толщины левой доли - $38,4 \pm 2,17$ мм. У больных ХВГ умеренной активности был увеличен косой вертикальный размер (КВР) правой доли - $109,2 \pm 4,1$ мм. По остальным параметрам печени было выявлено достоверное увеличение по сравнению с минимальной активностью: толщина правой доли - $70,0 \pm 1,1$ мм, ККР левой доли - $68,2 \pm 1,9$ мм, толщина левой доли - $49,2 \pm 1,5$ мм. Изменение структуры паренхимы печени по данным ультразвуковой визуализации наблюдалось в виде мелкоочаговых изменений при минимальной степени активности ХВГ в 84,0% случаев, при умеренной степени в 44,0%, при выраженной степени в 12,0%. Среднеочаговые структурные изменения печени наблюдались при умеренной степени активности

в 16,0%, при умеренной в 40,0%, при выраженной степени в 24,0% случаев. Крупноочаговые изменения структуры печени визуализировались при умеренной степени активности в 16,0%, при выраженной степени в 64,0% случаев. При исследовании сосудов в В-режиме маркерами изменения параметров внутрипечёчного кровотока служили увеличение диаметра исследованных сосудов. Оценивалось состояние перипортальных тканей. При эхографии в В-режиме к признакам портальной гипертензии (ПГ) традиционно относили увеличение диаметра воротной вены, печеночных вен. При использовании доплеровских режимов становилось возможным определение объемного и скоростного показателей кровотока, изменение направления кровотока, наличие коллатералей. В оценке синдрома изменения внепеченочной гемодинамики оценивалось состояние селезеночных вены и артерии, верхних брыжеечных вены и артерии, при портальной гипертензии - реканализованной пупочной вены и сформированных сплено-ретроперитонеальных шунтов. Нарушение внепеченочной гемодинамики прогрессировало прямо пропорционально продолжительности течения ХВГ и усугублению степени активности патологического процесса. При индивидуальной оценке результатов доплерографии выявленные нарушения сосудистого русла позволили в ранние сроки диагностировать формирующую портальную гипертензию.

Выводы. Комплексные эхографические исследования с применением доплерографии, являясь ценным методом диагностики детей с ХГВ, ХГС и ХГД, расширили диагностические и прогностические возможности практических врачей в дополнение к клиническим, биохимическим, иммунологическим методам исследования и позволили своевременно выявить гемодинамические нарушения при хронических вирусных гепатитах у детей.

ВОЗМОЖНОСТИ ИННОВАЦИОННЫХ НЕИНВАЗИВНЫХ ЭХОГРАФИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ У ДЕТЕЙ

Г.А. Юсупалиева, Ф.И. Иноятова, А.А. Фазылов

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Республиканский специализированный научно-практический медицинский Центр Педиатрии,
Ташкентский институт усовершенствования врачей*

Актуальность. Хронические вирусные гепатиты (ХВГ) у детей представляют серьезную проблему для здравоохранения большинства стран мира, в том числе и в Узбекистане. Особую актуальность ХВГ представляют в

педиатрии, где одной из причин рассматривается несвоевременная, а в отдельных случаях и ошибочная, диагностика патологического процесса в печени. Значимым представляется определение роли современных методов

эхографии в комплексной оценке состояния печени при ХВГ у детей.

Цель. Совершенствование диагностики хронических вирусных гепатитов у детей путём применения современных технологий ультразвуковых исследований в системе комплексных клинико-инструментальных исследований.

Материалы и методы. Нами было обследовано 184 детей с хроническими вирусными гепатитами (ХВГ), из них 150 (81%) детей с ХГВ, 15 (8%) детей с ХГС, 19 (11%) детей с ХГД. Мальчиков было 102, девочек 82. Все больные находились в РСНПМЦ педиатрии в отделении гепатологии и в клинике ТашПМИ в плановом хирургическом отделении. В обследовании пациентов с хроническими вирусными гепатитами В, С и D использованы клинические, лабораторные и инструментальные исследования. Комплексное ультразвуковое исследование с использованием доплерографии печени и селезёнки осуществлялось конвексными, линейными и секторными датчиками различной частоты на ультразвуковых диагностических аппаратах Aloka-630 (Япония), Sterling Philips (Голландия), «InterSCAN-250» (Германия) в отделении гепатологии РСНПМЦ педиатрии МЗ РУз, «Sonoscape SSI-5000» (Китай) в клинике ТашПМИ.

Результаты. В результате исследований детям с ХВГ помимо серошкальной эхографии и доплерофлуометрии были проведены следующие специальные режимы сканирования: эластография, применение 3D, 4D технологий и мультислайсная серошкальная эхогепатография. Характеристика больных ХВГ и разделение их на 3 степени активности патологического процесса: минимальный, умеренный и выраженный, основывались на данных клинического и биохимического обследований. По данным проведения эластографии у пациентов с ХВГ минимальной степени активности признаки фиброза или отсутствовали (F0), или был диагностирован минимальный фиброз (F1) со звездчатым расширением портальных трактов

без образования септ, средний показатель эластичности ткани печени составил $4,6-5,9 \pm 0,3$ кПа, у детей с ХВГ умеренной активности средний показатель эластичности ткани печени был равен $7,7 \pm 0,5$ кПа, что соответствовало умеренной степени фиброза по шкале Metavir (F2), с расширением портальных трактов с единичными порто-портальными септами, у детей с ХВГ выраженной активности (продолжительность заболевания составила в среднем от $7,3 \pm 2,1$ лет) средний показатель эластичности ткани печени был равен $9,5 \pm 1,2$ кПа, что соответствовало фиброзу с многочисленными порто-центрными септами без цирроза по Metavir (F3). Применение 3D, 4D технологий у исследуемых нами больных позволило более точно оценить степень изменения контуров печени, неровность и бугристость поверхности печени. Данная технология полностью позволила воспроизвести анатомо-топографические взаимоотношения общего печеночного протока и желчного пузыря, воротной вены, печеночной артерии и нижней полой вены. При проведении мультислайсной серошкальной эхогепатографии нами были сделаны несколько послойных томографических срезов, что позволило выявить точное анатомическое расположение и глубину фиброзных участков, а также уточнить сосудистую ангиоархитектонику печени при хронических гепатитах у детей.

Заключение. Использование новых инновационных неинвазивных методов эхографии позволило проследить за изменением величины и структуры печени у детей с хроническими вирусными гепатитами в ходе ее течения, определить наличие фиброза, уточнить локализацию и глубину расположения выраженных фиброзных участков, получить объемное изображение в реальном масштабе времени и этим самым существенно расширило диагностические возможности гепатологов и педиатров.

ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С КАСАЛЛИГИНИ ХОМИЛАДОРЛАРДА КЕЧИШИ

Р.Т. Юсупова, М.Т. Маматкулова, Ш.Б. Мухидинова

Тошкент тиббиёт академияси Фаргона филиали

Мақсад. Вирусли гепатит С (ВГС) посттранфузион гепатитларни энг тарқалган тури бўлиб, асосан қон ва унинг препаратлари орқали, баъзан турли парентрал муолажалар ва жинсий алоқа йўли юқеди. Вирусли гепатит С касаллигининг яширин даври ўрта хисобда 5-12 хафта давом этиб, касаллик кўпинча енгил, сарикларсиз ёки билинар билинмас сариклик

билан ўтади. Аксарият холларда субклиник кечиши хам кузатилади. Бунда касаллик кўпинча аста секин бошланиб, сариклик тахминан бир хафтадан кейин пайдо бўлади. Бу даврни олдатда кўпчилик беморлар енгил ўтказдилар. Касалликни ўткир даври енгил ўтишига карамасдан кейинчалик кўпчилик беморларда унинг сурункали турга ўтиши ва жигар циррози