

исследования при оценке патологии печени неспецифичны, в то время как по данным Миронов С.П., Наркевич Б.Я., Зубовский Г.А. сканирование и скинтиграфия печени эффективны и данная информация значительна для диагностики хронических заболеваний печени. Хотя УЗИ признается информативным методом в выявлении диффузной патологии печени (Биссет Р., Хан А., Кунцевич Т.И., и др.) среди авторов нет единодушия в оценке чувствительности и специфичности таких ультразвуковых параметров, какими являются эхоструктура, состояние переднего края; размеры печени; соотношение размеров долей; гемодинамические показатели воротной вены; размеры и эхоструктура селезенки.

Компьютерная томография достоверно выявляет жировой гепатоз печени и при этом даже отрицает необходимость пункционной биопсии. Не наблюдается единства мнений относительно абсолютных значений плотности паренхимы печени.

На сегодняшний день определить плотность печени и активность хронического инфекционного процесса возможно только с использованием пункционной биопсии печени и гистологического исследования биоптата.

Цель данной работы является изучить возможности комплексной эхографии, включающей в себя ультразвуковое исследование в режиме "серой шкалы", цветной доплеровской картины, энергетической доплерографии, и эхогистографии в диагностике постинфекционного цирроза печени.

Материалы и методы.

Проведено комплексное эхографическое обследование 151 пациентов, страдающих хроническими вирусными гепатитами В и С. Ультразвуковое исследование в режиме "серой шкалы", цветной доплеровской картины, и энергетической доплерографии на аппарате Aloka SSD-5000 датчиками на 3,5-5 МГц. Эхогистографию проводили на аппарате Sonodiagnos-360 фирмы Philips с последующей математической обработкой по программе Histogramy 1.0. Диагноз хронический вирусный гепатит и цирроз печени у всех больных верифицирован данными иммуногистохимического исследования.

Результаты.

При ультразвуковом исследовании в режиме "серой шкалы" отмечены следующие изменения: неровность контуров печени имела место при ХВГ в 32,8% случаев, при ЦП - в 78,2%; неоднородность структуры печени при ХВГ - в 85,7%, при ЦП - в 100%; повышение эхогенности при ХВГ - в 56,1%, при ЦП - в 62,8%; обеднение сосудистого рисунка при ХВГ - в 58,3%, при ЦП - в 92,3%. Очаговых изменений при хроническом вирусном гепатите выявлено не было, при циррозе печени - в 50,6%.

Печеночно-венозный индекс при хроническом вирусном гепатите находился в пределах $0,59 \pm 0,042$ при диапазоне колебаний $0,47-0,83$, при циррозе печени - $0,27 \pm 0,032$ при диапазоне колебаний $0,11-0,35$ ($P < 0,001$).

Выводы.

Эхогистографию с вычислением печеночно-венозного индекса можно рекомендовать как скрининговый метод во время проведения ультразвуково-

го исследования органов брюшной полости для дифференциальной диагностики хронического вирусного гепатита и цирроза печени. Значение печеночно-венозного индекса достоверно различаются у больных хроническим вирусным гепатитом и циррозом печени, перекрывание значений между данными группами больных зафиксировано не было.

КОМПЛЕКСНАЯ СОНОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИСТИ

Клюшкин И.В., Замалутдинова Л.Р.

*Кафедра общей хирургии,
Казанский государственный
медицинский университет*

Актуальность проблемы объясняется сложностью анатомического строения кисти, а также функциональными ее особенностями. Ни в каком другом анатомическом образовании не расположены так интимно друг к другу кости, сухожилия, нервы, сосуды. Все эти анатомические образования окружены мышцами, клетчаткой, хорошо васкуляризованы и иннервированы. Благодаря такой сложности строения кисти возможно все многообразие ее функций.

Такое многообразие приводит к довольно частым травмам и микротравмам, сопровождающиеся нарушением целостности кожи кисти, что в свою очередь приводит к инфицированию и возникновению острых гнойных заболеваний ее.

Особенность течения острого гнойного заболевания на кисти, обусловленная вышеперечисленными факторами, довольно часто заставляет решать хирурга вопросы тактики и вида лечения. При осмотре обратившихся за помощью пациентов возникают следующие вопросы:

- необходимость определения фазы течения гнойного процесса на кисти (ранее она определялась только по срокам от начала заболевания);
- топография острого гнойного процесса;
- распространенность очага на кисти;
- топография на кожу (для определения физиологического разреза);

Для решения этих проблем предложено использовать различные способы медицинской визуализации, однако они или громоздки, или дороги, или сложны в исполнении.

Наше внимание привлекли данные (Тихонов В.А., 2003) об использовании УЗ-сканирования с УЗ-гистографией в решении вопросов лечебной тактики после операций на брюшной полости.

Целью своей работы мы поставили решение перечисленных нами проблем с помощью ультразвукового сканирования в сочетании с эхогистографией.

Материалы и методы.

36 пациентов с острыми гнойными заболеваниями кисти на разных сроках от начала заболевания. Все были мужчины от 18 до 56 лет (пациенты Казанского гарнизонного военного госпиталя. Пользовались УЗ скенером Sonodiagnost 360 фирмы "Филипс", Голландия. Изображения получали на принтере фирмы Mitsubishi P-91, с использованием тепловой бумаги 001-KPT-200,0.

Сканирование проводилось по разработанной нами методике в реальном масштабе времени, а также в режиме эхогистографии. Кривая амплитудной гистограммы оценивалась в режиме различной амплитудной светимости (от 1 до 256 градаций "серой шкалы") в выбранной и обведенной на экране зоне изображения (зоне интереса).

В результате проведенных исследований получены следующие результаты.

У 8 больных хирургическое лечение признано преждевременным (стадия инфильтрации острого гнойного процесса), консервативное лечение привело к выздоровлению пациентов.

У всех остальных пациентов (28) диагностирована стадия абсцедирования. При помощи УЗИ в режиме серой шкалы оценена топография гнойного образования и выбраны оптимальные разрезы, позволяющие адекватно дренировать гнойные очаги. Осложнений хирургического лечения не было.

Выводы.

Ультрасонография в реальном масштабе времени позволяет четко визуализировать гнойные очаги на кисти, позволяет определить их топографию и выбрать рациональные разрезы.

УЗ-гистография позволяет определить стадию течения острого гнойного заболевания и решить вопросы лечебной тактики.

К ВОПРОСУ О ЦЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ВАСКУЛЯРИЗАЦИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТКЕ ФИБРОАДЕНОМ И РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Клюшкин¹ И.В., Пасынков^{1,2} Д.В.

¹*Кафедра общей хирургии (зав. — проф.*

С.В.Доброквашин), Казанский государственный медицинский университет, Казань,

²*Республиканский онкологический диспансер Республики Марий-Эл (глав. врач — В.В.Поляков),*

Йошкар-Ола

Цель.

Оценить диагностическую ценность выявления васкуляризации в доплеровских режимах в дифференциальной диагностике доброкачественных (фиброаденом) и злокачественных (различные гистологические формы рака) очаговых образований молочной железы.

Материалы и методы.

Обследовано 92 больных с различными очаговыми образованиями МЖ (фиброденомы - 24 больных, протоковый рак - 32 больных, дольковый рак МЖ - 36 больных). Ультразвуковое исследование проводили на системе SonoAce 8000 (Medison, Ю.Корея) с помощью линейного датчика на 7-10 МГц. Васкуляризацию оценивали с использованием стандартных режимов энергетической доплерографии и цветового доплеровского картирования, поставляемых в программном обеспечении прибора. У всех больных диагноз был подтвержден гистологическим исследованием операционного материала. Эхоконтрастных веществ при исследованиях не использовали.

Результаты.

В результате наших исследований были получены следующие данные. Кровоток был зарегистрирован в 18 (75,0%) фиброаденомах; 26 (81,3%) узлах протокового рака и в 29 (80,6%) узлах долькового рака. При этом в образованиях, наибольший размер которых не превышал 1 см кровоток регистрировался только в 2 из 8 фиброаденом, 3 из 9 узлов протокового и в 3 из 10 узлах долькового рака. Регистрация кровотока в узлах протокового рака часто была затруднена вследствие выраженной дистальной акустической тени, не позволявшей регистрировать кровоток в глубине образования. В образованиях с наибольшим диаметром более 2 см кровоток визуализировался во всех случаях независимо от природы образования.

Выводы.

1. С помощью современной ультразвуковой аппаратуры возможно регистрировать кровоток как в доброкачественных, так и в злокачественных образованиях молочной железы при условии, что их наибольший размер превышает 2 см.

2. Чувствительность современной ультразвуковых сканеров в выявлении васкуляризации как доброкачественных, так и злокачественных очагов в молочной железе малых размеров (1 см и менее) ограничена.

3. Критерий "наличие васкуляризации в узле" не может быть использован в качестве самостоятельного в дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных очаговых образований молочной железы при использовании современной ультразвуковой аппаратуры.

ДИНАМИЧЕСКАЯ ЭХОГИСТОГРАФИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ И ГЕНЕРАЛИЗАЦИИ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЕ

Клюшкин И.В., Тихонов В.А., Лысенко Р.Г.

Казанский гарнизонный военный госпиталь;

кафедра общей хирургии КГМУ;

Казань

"Цель:" Определение диагностической ценности динамической эхогистографии в контроле за течением раневого процесса и прогнозировании осложнений в послеоперационной ране.

"Материалы и Методы:" 159 больным в возрасте 16-70 лет, оперированным в плановом и экстренном порядке, проведена динамическая эхогистография в послеоперационном периоде соответственно стадиям раневого процесса. Все операции сопровождались разрезом на передней брюшной стенке. Сравнивалась ультразвуковая картина на стороне оперативного вмешательства с контралатеральной стороной.

"Результаты:" В 131 случае эхогистографическая картина свидетельствовала о благоприятном течении раневого процесса. Выделены его эхогистографические варианты.

У 28 пациентов прослежено неблагоприятное течение репаративного процесса. Его эхографическими