

ДОПЛЕРОГРАФІЧНА ОЦІНКА СТАНУ СУДИН І ОРГАНІВ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ ПОРТАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ НА ФОНІ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ

Русин В.І., Переста Ю.Ю., Русин А.В., Стойка В.І., Ковач В.В., Уваров П.В.

Ужгородський державний університет, м.Ужгород

При визначенні показників та виборі тактики хірургічного лікування хворих цирозом печінки (ЦП), ускладненим портальною гіпертензією (ПГ) велике значення приділяється методам дослідження, які характеризують не тільки морфо-функціональні зміни печінки, селезінки та системи портопечінкового кровообігу, але і індивідуальним особливостям ангіоархітектоники судин ворітного басейну [1, 2]

Мета дослідження. Оцінити ехосеміотику органів гепатобіліарної системи та визначити стан ангіоархітектоники ворітного басейну.

Методи і матеріали. Ультразвукове абдомінальне сканування виконували на апараті SIM 5000 з використанням конвексного датчику 3,5 МГц.

Дослідження хворих виконували в положенні лежачи на спині, на лівому і правому боці. Датчик розміщували в епігастральній області або в області правого підребр'я. При візуалізації селезінкової вени та селезінки - в області лівого підребр'я.

Усім хворим виконували одномоментне ультразвукове дослідження печінки, селезінки, жовчного міхура, а також судин системи ворітної та нижньої порожнистої вен, визначаючи лінійну та об'ємну швидкість кровоплину.

При аналізі ехограм вивчали форму, розміри, структуру печінки та селезінки, наявність або відсутність асцитичної рідини в черевній порожнині. При візуалізації судинних структур, оцінювали довжину, форму, величину, просвіту, анатомічне розташування та індивідуальні особливості співвідношення різних судин один до одного.

Нижню порожнисту вену вивчали на рівні впадіння ниркових вен в правому підребр'ї а також в косих міжреберних проекціях справа на рівні власних печінкових вен.

Оцінку отриманих даних проведено у 108 хворих ЦП ускладнених ПГ у віці від 14 до 61 років. Усі хворі знаходилися на лікуванні в хірургічній клініці ОКЛ м.Ужгорода з січня 1994 по квітень 1999 року.

Ступінь печінкової недостатності оцінювали відповідно до критеріїв Чайлд-Туркотта, згідно з якими групу А склали 78 хворих, групу В - 12 хворих, групу С- 18 пацієнтів.

Результати та їх обговорення. При дослідженні стану печінкової паренхіми у хворих ЦП характерною виявилась така картина: розміри печінки були збільшені у 65 (60,2%) хворих, у 25 (23,1%) - залишались нормальними, у 18 (16,6%) вони були зменшені. Зменшення розмірів печінки в поєднанні з змінами її контурів, наявністю дифузних змін та вузлів, розцінювалось як наявність атрофічного процесу, що було протипоказом до шунтуючої операції. Приблизно у 76% хворих виявлена деформація контурів печінки за рахунок збільшення її лівої долі. При ехолокації виявлені ехоструктури різної щільності та розмірів, які в більшості носили дифузний характер, а в 30% - дифузно-вогнищевий.

Внутрішньопечінкові відгалуження ворітної вени у половини хворих мали вид ампутованої кукси.

Практично у всіх хворих візуалізувалась збільшена селезінка з дифузними або вогнищевими ущільненнями, її розміри коливались від 12 до 35 см по довжині та від 8 до 15 см по ширині.

Відмічена певна кореляція лінійної та об'ємної швидкостей кровоплину по ворітній та селезінковій венам (табл.1) в залежності від стадії печінкової недостатності.

По мірі прогресування печінкової недостатності зменшується об'ємна та лінійна швидкість у ворітній та селезінковій венах. Хоча ЛШК в селезінковій вені зростає тільки до певного моменту. Як тільки довжина осі селезінки стає більше 28 см, ЛШК по селезінковій вені також починає зменшуватися.

Наявність асцитичної рідини в черевній порожнині візуалізувалась в 20% випадків. При цьому рідина виявлялась у вигляді еховільної зони навколо печінки або жовчного міхура. Ознаки асциту також визначалися і в піддіафрагмальному просторі.

Показники ворітно-печінкового та селезінкового кровоплину при ЦП (M±m)

Показники об'ємної та лінійної швидкостей кровоплину	Печінкова недостатність по Чайлду		
	A	B	C
ЛШК у ворітній вені см/сек	11,8±21	8,1±1,8	6,9±0,11
Об'ємна швидкість у ворітній вені мл/хв	920,0±97,6	621,6±66,3	450,0±64,2
ЛШК у селезінковій вені см/сек	17,4±0,38	28,3±0,44	26,2±0,32
Об'ємна швидкість у селезінковій вені мл/хв	951,0±96,5	617,7±61,2	600,0±67,0

При зменшенні печінки в розмірах (16,6%) вона не візуалізується в правому підребір'ї, а її структура оцінювалась через міжреберні проміжки.

Візуалізація ворітної вени була проведена в 100% випадків. Як правило, її довжина не перевищує 6 см, а діаметр від 0,9 до 1,5 см. Збільшення діаметру ворітної вени виявлено нами майже у 80% хворих.

Селезінкова вена оцінювалась на поперечних скенограмах як ехонегативний утвір, ідучий зверху вниз до переду з невеликим зміщенням в каудальному напрямку. Селезінкова вена оцінювалась в поперечній площині на протязі від воріт селезінки до верхньої мезентеріальної вени. Діаметр її визначався як в проекції воріт селезінки (від 0,7 до 2,5 см) так і в проекції хвоста підшлункової залози (від 0,8 до 1,4 см).

Діаметр селезінкової вени більше 1,5 см в області воріт спостерігався тільки у 3-х хворих, а довжина осі селезінки при цьому була більше 35 см.

У всіх пацієнтів визначали анатомічне співвідношення селезінкової та лівої ниркової вени для оцінки можливості створення сплено-ренальних

анастомозів. Діаметр лівої ниркової вени коливався від 0,8 до 1,2 см.

Крім того, оцінювали градієнт тиску між селезінковою, ворітною, та нижньою порожнистою веною.

При візуалізації портокавальних анастомозів у 80% хворих виявлено значне збільшення діаметру і варикозне розширення вен області печінково-селезінкових анастомозів, що проявляється у вигляді множинних ехонегативних просторів, розташованих в безпосередній близькості воріт селезінки.

Інші, характерні для ПГ розширення судин висхідного, поперечного та низхідного відділів обоєвої кишки, стравоходу, шлунку при ультразвуковому дослідженні не визначались у зв'язку з важкостями візуалізації вказаних органів.

Таким чином, ультразвукове сканування дозволяє в комплексі оцінити як стан органів гепатобіліарної системи у хворих з ЦП, так і визначити деякі індивідуальні особливості ангіоархитектоники ворітного басейну, деякі показники портокавального та селезінкового кровопостачання, що є надзвичайно важливим для хірурга в плані визначення тактики хірургічного лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Назаров Ф.Г., Азатьян Г.А., Кудикова Г.Ю., Деватов А.В. "Предоперационная сонографическая оценка состояния сосудов и органов гепатобилиарной системы у больных циррозом печени и портальной гипертензией" // *Анналы хирургической гепатологии*// 1998.-Т.3.-№2.-С.-30-32
2. Русин В.І., Переста Ю.Ю., Філіп С.С., Русин А.В., Стойка В.І., Чаварга М.І., Логойда А.І. " Показники ворітно-печінкового та селезінкового кровопостачання при цирозі печінки" // *Науковий вісник Ужгородського університету/Серія Медицина*/ 1999.-Вип.8.-С.-118-120.

РЕЗЮМЕ

Допплерографическая оценка состояния сосудов и органов гепатобилиарной системы у больных портальной гипертензией на фоне цирроза печени

Русин В.И., Переста Ю.Ю., Русин А.В., Стойка В.И., Ковач В.В., Уваров П.В.

Целью исследования явилась оценка органов гепатобилиарной системы и определение состояния ангиоархитектоники воротного бассейна. Установлено, что ультразвуковое сканирование позволяет в комплексе оценить как состояние органов гепатобилиарной системы у больных с циррозом печени, так и определить некоторые индивидуальные особенности ангиоархитектоники воротного бассейна, некоторые показатели портальной и селезеночной кровоснабжения.

SUMMARY

Dopplerographic estimation of the state of vessels and organs of hepatobiliar system in patients with portal hypertension on the background of liver cirrhosis

Rusin V.I., Peresta Yu.Yu., Rusin A.V., Stolka V.I., Kovach V.V., Uvarov P.V.

The aim of the investigation was the estimation of the organs of hepatobiliar system and determination of the state of angioarchitectonics of a portal basin. It was determined that ultrasonic scanning allows in complex estimate both the state of organs of hepatobiliar system in patients with liver cirrhosis and determine some individual peculiarities of arcvhitectonics of the prtal basin, some indices of portoliver and spleen blood supply.