

Этот показатель (при первичных и метастатических опухолях) варьируется по данным литературы от 24 до 98%, по нашим данным он составил 46,1%. Наилучшие результаты получены при РТА небольших по размерам очагов (до 3,0–3,5 см в диаметре). Рецидивы в большинстве случаев (75 %) отмечены

у больных с большими размерами очагов (больше 3,5 см в диаметре) и у больных с множественным поражением печени (61,5%).

Метод СВЧ ТА очагов в печени рассматривается нами как один из возможных этапов комплексного лечения больных с данной патологии.

ОЦЕНКА КРОВОТОКА В СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ

*Рыхтик П.И., Загайнов В.Е., Горохов Г.Г.,
Бельский В.А., Заречнова Н.В.*

ФГУ «ПОМЦ ФМБА России»,
г. Нижний Новгород

Введение. В прогнозировании отдаленных результатов и качества жизни пациентов, перенесших резекции печени, определяющими факторами являются размеры и исходное состояние паренхимы культи печени. Известные методы оценки состояния культи печени связаны с измерением ее размеров по данным УЗИ, редко используются биопсии печени. С 2005 года нами выполнено 190 резекций печени. Для оценки состояния культи печени при мониторинге за пациентами мы используем комплексное ультразвуковое исследование, включающее УЗДГ сосудов брюшной полости.

Цель исследования: оценить диагностические значение доплерографических показателей кровотока по селезеночной артерии при динамическом контроле за пациентами после резекций печени.

Материалы и методы. На базе отделения лучевой диагностики ФГУ «ПОМЦ ФМБА России» с 2005 по 2009 годы обследовано 75 пациентов перенесших резекции печени в объеме не менее портальной гемигепатэктомии. Возраст больных был от 36 до 74 лет (средний возраст $64,4 \pm 10,8$ лет), из них 41 мужчина и 34 женщины. Исследования проводились в предоперационном периоде и в динамике после оперативного лечения в сроки 5–7 дней после операции, 3 мес., 6 мес. и 1 год. Контролем послужили исследования у 30 здоровых людей (Группа 1). Среди оперированных больных выделены две подгруппы: 64 пациента у которых клинически и при динамическом УЗИ и УЗДГ картины не было признаков портальной гипертензии в послеоперационном периоде составили группу А. 11 пациентов, у которых в послеоперационном периоде отмечено нарастание клинических и ультразвуковых признаков портальной гипертензии (снижение кровотока по воротной вене, увеличение размера селезенки, появление варикозного расширения вен пищевода) были объединены в группу В.

Всем пациентам выполнено комплексное ультразвуковое исследование на сканере экспертного класса «Voluson 730 Pro» производства GE, оснащенных электронными мультимодальными конвексными датчиками. Ультразвуковое исследование включало серошкальное сканирование органов брюшной полости, эхокардиографию, ультразвуковую доплерографию сосудов портальной системы, печеночных и почечных вен, в том числе цветное доплеровское картирование и энергетический доплер. Результаты исследования заносились в специально разработанный протокол, а полученные изображения фиксировались на электронном носителе, встроенном в ультразвуковой сканер.

Среди всех доплерографических параметров акцент делался на изучении гемодинамики в селезеночной артерии. Диаметр сосуда определялся в воротах селезенки до места её деления на внутриорганные ветви. При количественном анализе кровотока оценивались: пиковая систолическая скорость, конечная диастолическая скорость, усреднённая по времени средняя скорость кровотока, являющаяся результатом усреднения средних значений скорости за один сердечный цикл, а также определялись индекс резистентности. Исследуемые показатели снимались с наиболее чётко лоцируемого прямолинейного участка сосуда с минимально возможным углом инсонации. Контрольный объём устанавливался по центру сосуда и занимал не менее 2/3 его просвета, и выполнялась коррекция угла между ультразвуковым лучом и потоком крови в сосуде. Для анализа бралось среднее значение из 3 различных измерений.

Для оценки кровотока в селезеночной артерии нами дополнительно оценивалось время акселерации (ВА), представляющее собой временной интервал в миллисекундах от начала систолы до пика систолической скорости.

Результаты и обсуждение. Общеизвестными ультразвуковыми признаками ПГ являются расширение воротной и селезеночной вены, асцит, спленомегалия, развитие портокавальных анастомозов, в том числе реканализация пупочной вены, и ряд известных доплерографических показателей. Исходя из нашего опыта контроля за больными после порто-системных шунтирований при циррозах

(ССЫЛКА) мы применили наиболее значимые УЗ и УЗДГ показатели портальной гипертензии для контроля состояния культи печени после резекций.

Показатели кровотока по селезеночной артерии в последнее время все чаще становятся объектом изучения у больных с портальной гипертензией. У оперированных больных после резекций печени

показатели кровотока по селезеночной артерии для мониторинга ранее не использовались. По нашим данным, такие показатели как пиковая систолическая скорость и, особенно, время акселерации позволяют с высокой степенью достоверности диагностировать повышение давления в системе воротной вены (табл.16, 17).

Таб. 16. Гемодинамические показатели кровотока в селезеночной артерии (группа А)

	CA Vs, cm/c	CA IP	CA BA
Контроль	104,83±9,61	0,71±0,02	0,049±0,029
До операции	91,72±24,15	0,67±0,05	0,064±0,027
5–7 дней после операции	94,54±15,23	0,68±0,04	0,125±0,035
3 мес.	89,69±19,22	0,70±0,03	0,108±0,048
6 мес.	95,54±12,56	0,69±0,04	0,089±0,035
12 мес.	99,18±11,89	0,72±0,04	0,072±0,028
P	0,02	0,01	0,0001

Таб. 17. Гемодинамические показатели кровотока в селезеночной артерии (группа В)

	CA Vs, cm/c	CA IP	CA BA
До операции	90,15±7,15	0,69±0,02	0,067±0,021
5–7 дней после операции	87,34±15,23	0,68±0,04	0,135±0,028
3 мес.	81,31±11,12	0,71±0,02	0,139±0,032
6 мес.	79,98±8,87	0,70±0,03	0,152±0,024
12 мес.	83,68±8,45	0,73±0,03	0,187±0,035

Время акселерации потока в селезеночной артерии является важным доплерографическим критерием для диагностики портальной гипертензии, позволяющим не только установить

факт повышенного давления в системе воротной вены у оперированных больных, но и позволяет в ряде случаев прогнозировать течение данного синдрома.

ОЦЕНКА СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПОСТИНФАРКТНЫХ БОЛЬНЫХ В РАННИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ И ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Шахова Е.Б.

Государственная Медицинская Академия, г. Нижний Новгород

Цель исследования – изучить влияние стентирования и шунтирования коронарных артерий на динамику сократительной функции миокарда левого желудочка (ЛЖ) у больных, перенесших инфаркт миокарда, с помощью эхокардиографии (ЭхоКГ).

Материалы и методы. Обследовано 175 больных ишемической болезнью сердца, имевших в анамнезе 1–3 перенесенных инфарктов. Средний возраст составил 56±5 лет. При поступлении все больные проходили полное клиническое обследование, включая ЭхоКГ и селективную коронарографию. Всем больным была проведена реваскуляризация миокарда: стентирование коронарных артерий – 94 пациента (группа 1), шунтирование коронарных артерий – 81 пациент (группа 2). По данным СКГ в группе 1 преобладало поражение бассейна передней нисходящей артерии (ПНА) (31%) изолированно и в сочетании с бассейном правой коронарной артерии (ПКА) (22%). Среди пациентов группы 2 пре-