**УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ЭЛАСТОГРАФИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖИРОВОГО ГЕПАТОЗА**

**ULTRASONIC ELASTOGRAPHIC AND MORPHOLOGICAL FEATURES OF FATTY HEPATOSIS**

Х.А.Рашидова

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Республика Узбекистан, улица Амира Темура 18.

**Ключевые слова:** гепатозы, двухмерная эластография сдвиговой волной, морфология.

**Обоснование.** Неалкогольная жировая болезнь печени – распространенное хроническое заболевание печени, характеризующееся патологическим накоплением жировых капель, не связанное с употреблением алкоголя. Главной причиной в развитии осложнений и неблагоприятных исходов этого заболевания является развитие фиброзных изменении в печени, которые приводят к циррозу печени.

**Цель исследования.** Определение информативности двухмерной эластографии сдвиговой волной при гепатозах путём сравнительного анализа морфологического и ультразвукового эластометрического исследования.

**Материалы и методы.** Проведено обследования 40 пациентов в возрасте 35-60 лет, контрольную группу составили 25 здоровых лиц с индексом массы тела 24-26. Среди 40 больных стадия F1 выявлена у 15 (37,5 %) больных, стадия F2 у 20 (50 %), стадия F3 у 5 (12,5 %). Диагноз основывался на клинических, лабораторных и ультразвуковых исследованиях на приборе Mindray Consona N9 с использованием конвексного датчика на частоте 2,0-3,5 МГц. При отсутствии противопоказаний всем больным хирургами была проведена пункционная биопсия под ультразвуковой навигацией с соблюдением условий асептики и антисептики.

**Результаты и обсуждение.** При первой стадии фиброза печени F1 (n=15) показатель эластометрии в среднем составил 5,4 (4,8-6,2) кПа, а скорость сдвиговой волны составила 1,1±0,2 м/с. При гистоморфологическом исследовании у этой группы выявлена слабая жировая дистрофия печени, ткань печени имела разную степень жирового-дистрофических изменений на общем фоне. В случае второй стадии фиброза F2 (n=20) средние показатели эластометрии составили 6,9 (6,3 – 7,9) кПа, а скорость сдвиговой волны увеличилась до 1,5±0,2 м/с. У пациентов этой группы гистологическое исследование показало, что в гепатоцитах формировалась умеренно и крупнокапельная жировая дистрофия. В стадии F3 (n=5) показатель эластометрии составил в среднем 8,3 (8,1 – 13,5) кПа, а величина скорости сдвиговой волны достигла до 1,7±0,2 м/сек. В этом случае определялись гепатоциты с жировой дистрофией в очаге, окруженной скоплением липофагов. Совпадение стадии фиброза, определенной по данным эластометрии с морфологическим исследованием биоптата печени наблюдалось у 36 (90%) больных жировом гепатозом.

**Выводы.** Сопоставление результатов двухмерной эластографии сдвиговой волной и морфологических изменений паренхимы печени при гепатозах показало их высокую (90%) корреляцию с данными перечисленных исследований. При наличии противопоказаний к пункционной биопсии, сдвиговолновая эластография может служить ценным диагностическим методом в уточнении стадии фиброза при гепатозах.

**Список литературы.**

1. Аришева О.С., Гармаш И.В., Кобалова Ж.Д., Моисеев В.С. Методы диатостики фиброза печени//Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. -2013, №7, с. 49-55.
2. Борсукова А.В. Ультразвуковая эластография: как делать правильно. Под общей редакцией Смоленск, 2018.-120с.
3. Широкова Е.Н., Павлов Ч.С., Карасёва А.Д. Эластография в диагностике неалкогольной жировой болезни печени //Annals of the Russian Academy of Medical Sciences. 2019;74(1):5–13.