

Достоверной разницы в значениях ИР и ПИ между пациентами с многоузловым зобом и одиночными очаговыми образованиями не выявлено.

Заключение

Ультразвуковое исследование с использованием доплерографии не позволяет выявить рак щитовидной железы во всех случаях. Однако применение в клинической практике цветового доплеровского картирования щитовидной железы связано со следующими преимуществами:

1. Определение архитектоники сосудов и оценка органного кровообращения; возможность визуализации в режиме ЦДК мелких сосудов, не визуализируемых в В-режиме.
2. Визуализация внутриопухолевого кровотока, определение архитектоники сосудов опухоли.
3. Визуализация кровотока в тканях, прилегающих к опухоли.
4. Дифференцировка типа опухоли (опухоль с хорошо развитой сосудистой сетью и интенсивным кровоснабжением или малососудистая опухоль).

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдулахимова М. М., Митьков В. В., Бондаренко В. О. и др. Диагностика узловых образований щитовидной железы с исполь-

зованием современных методов исследования // Ультразвуковая диагностика. – 2002. – № 2. – С. 7–15.

2. Бржезовский В. Ж., Любаев В. Л., Пачес А. И. и др. Состояние диагностики и лечения при медуллярном раке щитовидной железы // Вестник Московского онкологического общества. – 2002. – № 11. – С. 2–3.

3. Валдина Е. А. Заболевания щитовидной железы. – М., 1993. – С. 159–171.

4. Демидчик Е. П., Демидчик Ю. У. Результаты хирургического лечения рака щитовидной железы у детей // Международный журнал радиационной медицины. – 1999. – № 3–4. – С. 44–47.

5. Демидчик Е. П., Цыб А. Ф., Лушников Е. Ф. Рак щитовидной железы у детей. М., 1996. – С. 152.

6. Харченко В. П., Зубовский Г. А., Самко Х. А. и др. Цветная доплерография, скинтиграфия и электроакупунктура в оценке состояния щитовидной железы в норме и при опухолевых поражениях: Методические рекомендации. – М., 1994. – 22 с.

7. Lu C., Chang T., Hsiao Y. L., Kuo M. S. Ultrasonographic findings of papillary thyroid carcinoma and their relation to pathologic changes. J. Formos Med. Assoc. – 1994. – № 93 (11–12). – P. 933–938.

8. Marzano L. A., et al. Il carcinoma midullare; Editore dal CLUB delle U.E.G. Grafica Santhiense, giugno. – 2000. – P. 33–35.

9. Okour K. I. Заболевания щитовидной железы – сравнение ультразвукового и других методов исследования // Sonoace International. – 1999. – № 5 – P. 51–59.

Поступила 11.01.2010

**Г. И. ТАРУАШВИЛИ, Е. В. СИМОНЕНКО, А. В. МОРОЗОВ,
Я. Б. МИРКИН, С. А. ГОЛОХВАСТ, Д. В. СИМОНЕНКО, А. Г. ГИШЕВ**

ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАРТИНЫ СКЛЕРОЗА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПРИ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ

*Кафедра госпитальной хирургии с курсом урологии
Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. 8 (861) 2615203*

Ультразвуковое исследование полового члена при болезни Пейрони определяет степень склероза полового члена и выявляет признаки склеротического поражения кавернозного тела.

Ключевые слова: ультразвуковое исследование, гиперэхогенное образование, кавернозное тело, склероз.

**G. I. TARUASHVILI, E. V. SIMONENKO, A. V. MOROZOV, Y. B. MIRKIN,
S. A. GOLOKHVAST, D. V. SIMONENKO, A. G. GISHEV**

PARTICULARIES OF ULTRASONIC PICTURE OF PENIS SCLEROSIS WITH PEYRONIE'S DISEASE

*Chair of hospital surgery with urology course of Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedin str., 4, tel. 8 (861) 2615203*

Ultrasonic research of a penis with Peyronie's disease defines a degree of sclerosis of a penis and reveals symptoms of sclerosis defeat of cavernosal body.

Key words: ultrasonic research, hyperechogenes formation, cavernosal body, sclerosis.

Введение

Большие возможности в оценке склеротических изменений тканей полового члена (ПЧ) у пациентов с болезнью Пейрони (БП) открылись с внедрением в клиническую практику ультразвуковых методов исследования [1]. В ряде работ было отмечено, что характерные признаки на ультрасонограммах появляются

в зависимости от структурных изменений склеротической бляшки [2, 3, 4]. Целью нашей работы являлось определение ультразвуковых признаков, определяющих степень склеротического поражения ПЧ, у пациентов с БП. Также изучалась возможность использования данных ультразвукового исследования (УЗИ) при выборе кавернозного тела (КТ), в наибольшей степени

поражённого склерозом, для последующей имплантации в него фаллопротеза при одностороннем неполном интракавернозном протезировании у пациентов с БП с сохранённой эрекцией.

Материалы и методы

УЗИ полового члена сделано у 114 пациентов с БП. Для УЗИ использовали аппарат Acuson 128. В В-режиме в продольном и поперечном направлениях линейными датчиками 6–14 МГц оценивались эхоструктура пещеристой ткани и склеротической бляшки, отношение последней к кавернозному телу. У этих же пациентов проводилась пальпация ПЧ и склеротической бляшки. Определялись локализация и размеры склеротической бляшки, степень её плотности, степень сдавления бляшкой правого или левого КТ.

Результаты исследований

В соответствии с результатами обследований нами предложена классификация по степени плотности склероза тканей ПЧ.

I степень – пальпируются мягкие или плотно-эластичные бляшки по ходу ствола ПЧ. При УЗИ признаки склеротического процесса в тканях ПЧ не обнаруживали. На рисунке 1 представлена ультрасонограмма поперечного среза кавернозных тел ПЧ пациента с БП при I степени склероза.

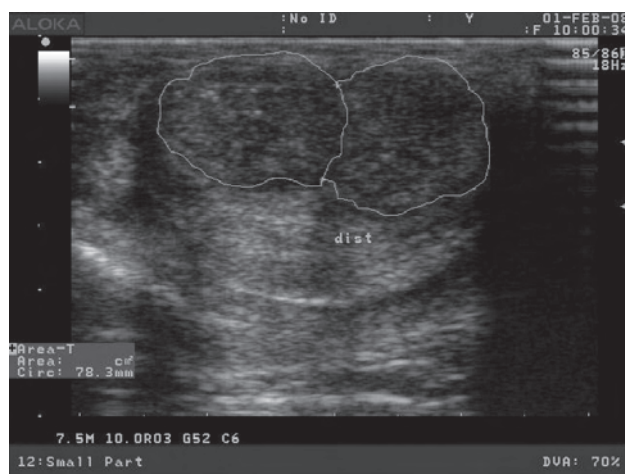
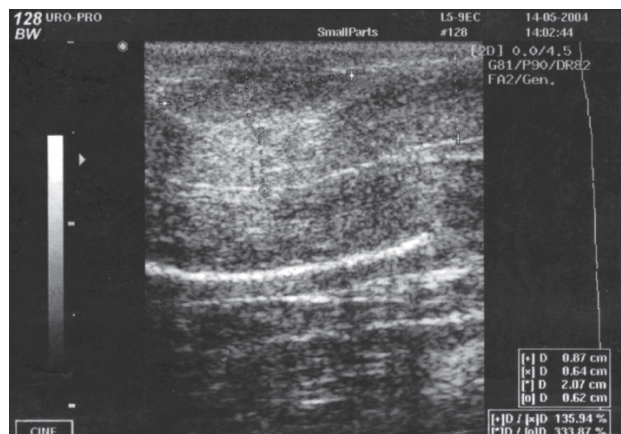


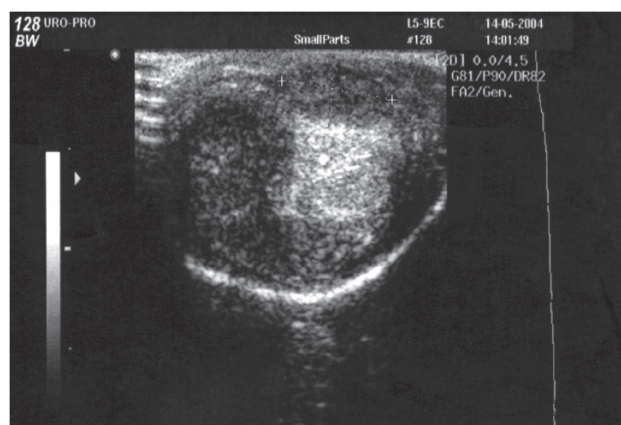
Рис. 1. Серошальная эхография ПЧ. Поперечный срез КТ пациента с БП

Правое и левое КТ не отличаются по экзогенной структуре и размерам эректильных площадей (площадей поперечного сечения). Такая ультразвуковая картина наблюдалась у 7 (6,14%) обследованных нами пациентов с БП.

II степень – пальпаторно определяется плотная бляшка. При УЗИ визуализируется гиперэхогенное образование без акустической тени. На рисунке 2 представлена ультрасонограмма пациента с БП при II степени склероза. По тыльной поверхности ПЧ на продольном срезе над КТ определяется образование длиной 2,07 см, высотой 0,64 см. Это образование гиперэхогенно. Гиперэхогенность её нарастает на границе с левым КТ. На поперечном срезе образование неоднородной эхогенности расположено по тыльной поверхности дистального отдела левого КТ. Площадь левого КТ на этом срезе уменьшена. Размеры правого КТ не изменены.



а



б

Рис. 2. Серошальная эхография ПЧ: а) продольный, б) поперечный срезы КТ пациента с БП

Полученную ультразвуковую картину можно трактовать как плотную склеротическую бляшку без участков обызвествления (отсутствие акустических теней, отходящих от образования) с признаками выраженного сдавления левого КТ. Признаки второй степени склероза выявлены у 61 (53,5%) пациента.

III степень – пальпируется бляшка хрящевой плотности. На ультрасонограмме находят гиперэхогенное образование с отдельными участками, дающими акустические тени (рис. 3).

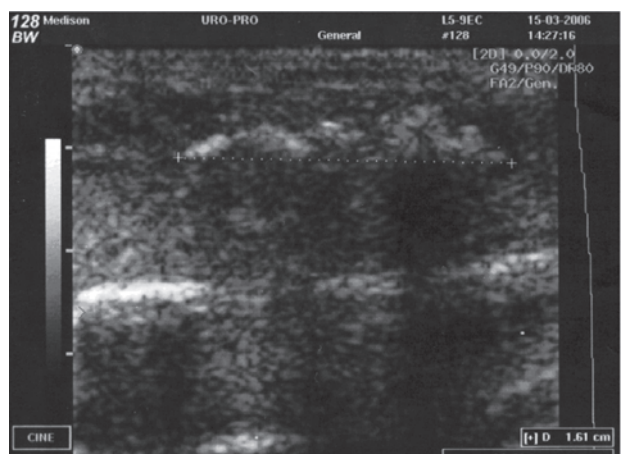
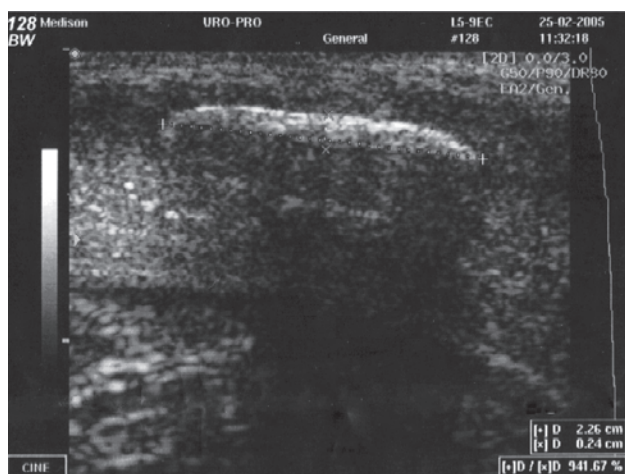


Рис. 3. Серошальная эхография ПЧ (продольный срез КТ) пациента с БП

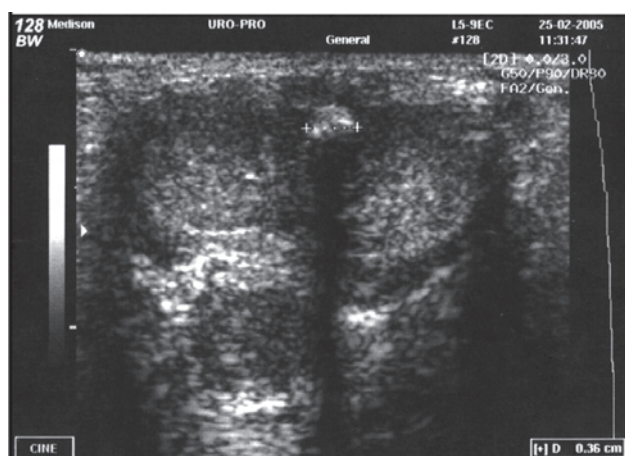
На представленной ультрасонограмме большое (1,7 см) гиперэхогенное образование (склеротическая бляшка) в целом не даёт акустической тени. В образовании имеются небольшие по размерам участки гиперэхогенности с акустической тенью. Это свидетельствует о начальных этапах кальцинации бляшки. Ультразвуковые признаки склероза III степени выявлены у 37 (32,6%) обследованных пациентов с БП.

IV степень – пальпаторно бляшка имеет плотность костной ткани. При УЗИ полового члена определяется однородное гиперэхогенное образование, на всём протяжении которого визуализируется эхотень, отходящая от него.

На рисунке 4 на продольном срезе по дорсальной поверхности вдоль левого КТ определяется протяжённое гиперэхогенное образование с акустической тенью. Высота КТ в этом месте уменьшена, что свидетельствует о сдавлении его склеротической бляшкой. На поперечном срезе по дорсальной поверхности над левым КТ в дистальном отделе локализуется гиперэхогенное образование с акустической тенью. Этот признак можно рассматривать как склеротическую бляшку с обызвествлением и окостенением.



а



б

Рис. 4. Серошкальная эхография ПЧ:
а) продольный, б) поперечный срезы
КТ пациента с БП

На рисунке 4б площадь поперечного сечения левого КТ уменьшена, эхоструктура его гиперэхогенна, что свидетельствует о сдавлении и склерозе преимущественно левого КТ. Ультразвуковая картина склероза IV степени выявлена у 4 (7,8%) обследованных пациентов с БП.

Таким образом, УЗИ полового члена позволяет выявить объективные признаки степени склероза тканей ПЧ при болезни Пейрони. Эти признаки можно считать более достоверными, чем данные пальпаторного исследования ПЧ, так как последние основаны на субъективных ощущениях и опыте врача.

Определение степени плотности склероза имело существенное значение для выбора метода лечения пациента с БП. При I степени плотности бляшки оперативное лечение не рекомендовалось. Назначались лекарственная терапия и физиотерапевтические процедуры для рассасывания мягкой бляшки и профилактики прогрессирования заболевания. При II степени плотности целесообразно оперативное лечение. Наряду с общепринятыми показаниями к оперативному лечению БП целесообразно ставить вопрос об операции при появлении признаков укорочения и сморщивания ПЧ. При III степени плотности склеротических образований во время операции сопротивление растяжению ПЧ со стороны бляшки увеличивается. Поэтому, если растяжение ствола ПЧ инструментами и эндопротезом не удастся, наносятся 2–3 поперечных разреза на всю глубину бляшки. Это облегчает процесс растягивания и выпрямления ПЧ. При IV степени плотности растягивание ствола ПЧ проводится после иссечения окостеневшей бляшки. Образовавшийся дефект белочной оболочки закрывается лоскутом фасции ПЧ.

Проведенные исследования также показали, что при ультразвуковом исследовании могут быть выявлены признаки сдавления КТ склеротической тканью. Это даёт возможность использовать полученную информацию при решении вопроса об имплантации фаллопротеза в КТ с большей степенью склеротического поражения при проведении одностороннего неполного интракавернозного протезирования у пациентов с БП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зубарев А. Р. Ультразвуковая диагностика заболеваний наружных половых органов / А. Р. Зубарев, М. Д. Митькова, М. В. Корякин, В. В. Митьков, – М.: Видар, 1999. – 136 с.
2. Lopez J. A. Duplex ultrasound findings in men with Peyronie's disease / J. A. Lopez, J. P. Jarro // Urol. Radiol. – 1991. – V. 12. – P. 199–202.
3. Patel U. Penile sonography / U. Patel, W. R. Lees // Ultrasound of Superficial Structures. – 1995. – P. 201–228.
4. Andersen M. Imaging modalities in Peyronie's diseases. An intrapersonal comparison of ultrasound sonography. X-ray in mammography technique computerized tomography and nuclear magnetic resonance in 20 patients / M. Andersen, H. E. Wegner, K. Miller // Eur. Urol. – 1998. – V. 34. – P. 128–134.

Поступила 15.12.2009

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ КВИНАПРИЛОМ НА РЕГУЛЯТОРНО-АДАПТИВНЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ I ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА

¹Кардиологическое отделение МУЗ городской больницы № 2 «КМЛДО»,
Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6/2;

²кафедра госпитальной терапии,

³кафедра нормальной физиологии Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. 8988-242-51-25

В исследовании участвовали 49 пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I функционального класса (ФК) на фоне гипертонической болезни I–II стадий. Из них 24 женщины и 25 мужчин, их возраст составил $52,5 \pm 1,4$ года. Исходно и через 6 месяцев монотерапии квинаприлом (аккупро, Pfaizer, США, суточная доза $17,3 \pm 4,7$ мг) были выполнены тредмилометрия, эхокардиография, тест шестиминутной ходьбы. Для объективного количественного определения состояния регуляторно-адаптивного статуса организма выполнена проба сердечно-дыхательного синхронизма. Монотерапия квинаприлом у пациентов с ХСН I функционального класса на фоне гипертонической болезни I–II стадий в течение 6 месяцев достоверно улучшала структурное и функциональное состояние миокарда, повышала толерантность к физической нагрузке, положительно влияла на регуляторно-адаптивные возможности обследованных. Регуляторно-адаптивные возможности опосредуются взаимодействием двух отделов вегетативной нервной системы на периферии – симпатического и парасимпатического, ингибитор АПФ квинаприл улучшал функциональное состояние организма пациентов благодаря как регрессу сердечно-сосудистого ремоделирования, так и оптимальному влиянию на развивающийся при ХСН симпатопарасимпатический дисбаланс.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, квинаприл, сердечно-дыхательный синхронизм, регуляторно-адаптивный статус.

V. G. TREGUBOV¹, K. S. SPIRINA¹, M. I. VESELENKO¹,
E. S. KUMACHYOVA¹, S. V. RUTENKO¹, S. G. KANORSKIY², V. M. POKROVSKIY³

THE INFLUENCE OF QUINAPRIL THERAPY ON STATEDLY ADAPTIVE STATUS OF PATIENTS WITH I ST FUNCTIONAL CLASS CHRONIC CARDIAC FAILURE

¹Cardiological branch of city hospital № 2,
Russia, 350012, Krasnodar, Krasnykh partisan st., 6/2;
Kuban state medical university,

²hospital therapy chair,

³normal physiology chair,

Russia, 350063, Krasnodar, Sedina st., 4, tel. 8988-242-51-25

The research covered 49 patients with 1st functional class chronic cardiac failure with underlying hypertensive disease of I–II stages, including 24 women and 25 men the average age of whom was $52,5 \pm 1,4$ y. o. Treadmill activity, echocardiography and 6-minute walk test was carried out initially and within six months of Quinapril therapy (Accupro of Pfaizer, USA production, daily dose is $17,3 \pm 4,7$ mg). For the purpose of fair quantitative estimation of statedly adaptive status of an organism cardio-respiratory synchronism trial has been executed. The Quinapril monotherapy of patients with 1st functional class chronic cardiac failure with underlying I–II stage hypertensive disease during 6 months reliably improved the structural and functional status of myocardium, advanced effort tolerance, and positively affected statedly adaptive capacities of the examined patients. Statedly adaptive capacities are medicated by interaction of two peripheral divisions of vegetative nervous system, the sympathetic and the parasympathetic one. The Quinapril, ATE (angiotensine transforming enzyme) inhibitor improved functional state of patients due to regress of cardiovascular remodeling and appropriate impact on sympathetic-parasympathetic imbalance evolving under chronic cardiac failure.

Key words: chronic cardiac failure, quinapril, cardio-respiratory synchronism, statedly adaptive status.

Введение

Ещё в 60-е годы XX века в Фремингемском исследовании было показано, что при снижении артериального давления (АД) уменьшается риск ХСН, причем не только вследствие более редкого развития инфаркта миокарда. В недавно завершившемся исследовании HYVET лечение артериальной гипертензии (АГ) у лиц старше 80 лет сопровождалось снижением риска инсульта на 30% ($p=0,06$) и общей смертности на 21%

($p=0,02$), но особенно эффективно удавалось предупредить развитие ХСН – она встречалась на 64% реже ($p<0,001$) [6].

У больных с АГ развивается ХСН с сохранной фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ), поэтому, согласно теоретическим представлениям, антигипертензивные препараты с антиремоделирующей активностью должны улучшать прогноз таких пациентов. Однако специально организованные рандомизированные