

У женщин с первичным хроническим пиелонефритом выявлены существенные нарушения почечной гемодинамики в сроки гестации 16–20 и 28–32 недели по сравнению со здоровыми беременными. У 155 пациенток с хроническим пиелонефритом вне обострения в 16–20 недель гестации достоверно снижался объёмный почечный кровоток (РИ) – $0,1345 \pm 0,0150$ у. е., амплитудно-частотный показатель (АЧП) – $0,1724 \pm 0,0223$ у. е. против РИ – $0,2245 \pm 0,0068$ у. е. и АЧП – $0,2842 \pm 0,0078$ у. е. в контрольной группе ($p < 0,05$), увеличивалось сосудистое сопротивление в почках, дилятационный индекс (ДИК) – $21,85 \pm 1,13\%$ против $17,57 \pm 1,14\%$ ($p < 0,01$). При этом изменения были более выраженными при обострении воспалительного процесса в почках (РИ – $0,1273 \pm 0,0151$ у. е., АЧП – $0,1697 \pm 0,0211$ у. е., ДИК – $25,7 \pm 1,42\%$ ($p < 0,01$)).

Выявленные нарушения почечной гемодинамики сохранялись в 28–32 недели гестации и перед родами.

Проведён сравнительный анализ показателей почечной гемодинамики в зависимости от присоединения гестационной артериальной гипертензии.

Наиболее информативными в плане прогнозирования развития артериальной гипертензии у этих пациенток оказались: РИ и АЧП, отражающие состояние артериального кровотока в почках, и ДИК, отражающий почечное сосудистое сопротивление.

Установлено, что при показателях РИ – ниже $0,1279 \pm 0,008$ у. е., АЧП – ниже $0,1611 \pm 0,004$ у. е. и ДИК – выше $22,79 \pm 0,37\%$ у женщин с хроническим пиелонефритом в срок беременности 16–20 недель в дальнейшем (в 28–32 недели) развивается артериальная гипертензия в 87,5% случаев. При показателях РИ – выше $0,1417 \pm 0,007$ у. е., АЧП – выше $0,1828 \pm 0,004$ у. е. и ДИК – ниже $20,93 \pm 0,51\%$ у женщин с хроническим пиелонефритом в срок беременности 16–20 недель в дальнейшем отмечалось неосложнённое течение беременности и физиологические роды на фоне артериальной нормотензии.

На основании полученных данных нами разработан способ прогнозирования развития гестационной артериальной гипертензии у женщин с хроническим пиелонефритом: проводится компьютерное реографическое исследование почечной гемодинамики в 16–20 недель гестации, при уменьшении РИ ниже $0,1279 \pm 0,008$ у. е., АЧП – ниже $0,1611 \pm 0,004$ у. е. и повышении ДИК выше $22,79 \pm 0,37\%$ прогнозируется развитие артериальной гипертензии в дальнейшем в сроки до 32 недель беременности в 87,5% случаев (патент РФ № 2204313).

Предложенный способ позволяет за 10–12 недель до развития клинических проявлений артериальной гипертензии начать профилактические мероприятия.

ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ

Тонких О. С.,
Завадовская В. Д.,
Сотникова Л. С.,
Эль-Акад Е. В.

ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России (Томск)

Современный взгляд на доброкачественные заболевания молочных желез как на фактор риска развития рака и высокий уровень распространенности этой патологии среди женщин различных возрастов на долгое время определили интерес исследователей к данной проблеме. Анализ опубликованных за последние годы работ показывает, что существуют противоречия по вопросам этиологии и патогенеза различных форм мастопатий.

Целью исследования стала оценка показателей ультразвуковой сонографии молочных желез у

пациенток с различными формами фиброзно-кистозной болезни.

В рамках межведомственной научно-практической программы «Здоровье женщины», совместного проекта СибГМУ, НИИ фармакологии СО РАМН, НИИ психического здоровья СО РАМН и Департамента здравоохранения администрации Томской области, обследовано 86 женщин репродуктивного возраста. Исследование выполнено в рамках гранта Президента РФ № МК-3743.2008.7. Основную группу составили 66 пациенток с верифицированным диагнозом и фиброзно-кистозной

болезнью молочных желез (ФКБ). В контрольную группу вошли 20 практически здоровых женщин, сопоставимых с основной группой по возрасту, без соматической и гинекологической патологии.

Ультразвуковое исследование выполнялось на аппарате «Sonix» фирмы «Ultrasonix» (США) с использованием линейных датчиков от 10 до 14 МГц с применением цветового и энергетического доплеровского картирования. Статистический анализ данных осуществлялся при помощи пакета программ Statistica 6.0 («StatSoft», USA). Проводился анализ вариационных рядов методами описательной статистики с вычислением медианы (Me) и верхнего и нижнего квартилей. Качественные признаки оценивались путем вычисления абсолютных и относительных частот. Анализ различий по количественным признакам выполнялся методами множественного сравнения независимых групп (ANOVA Краскела – Уоллиса) и методами сравнения двух независимых групп (U-тест Манна – Уитни). Для изучения связей между признаками применялся корреляционный анализ Кенделла. Разницу значений считали статистически значимой при $p < 0,05$.

Средний возраст пациенток с ФКБ составил $30,4 \pm 0,3$ года. Данные ультразвукового исследования позволили разделить пациенток с ФКБ на три группы: I группа ($n = 32$) – с преобладанием железистого компонента; II группа ($n = 18$) – с преобладанием кистозного компонента; III группа ($n = 16$) – с преобладанием фиброзного компонента.

Эхоскопически при ФКБ с преобладанием железистого компонента у пациенток определялось увеличение толщины слоя паренхимы желез до 19 мм ($16 \div 23$), отмечалась средняя или пониженная эхогенность железистого слоя, со слабой выраженностью или отсутствием явлений жировой инволюции, уменьшение толщины пре- и ретромаммарного слоя (средние значения – 2 мм ($1 \div 3$)). Дуктэктазия встретилась лишь у 8% ($n = 4$) женщин I группы. При проведении доплерографии выявлено увеличение количества сосудов и увеличение скоростей кровотока: $V_{\max} - 0,16$ м/с ($0,15 \div 0,17$), $V_{\min} - 0,06$ м/с ($0,05 \div 0,07$), RI – 0,6 ($0,5 \div 0,7$), PI – 1,13 ($1,11 \div 1,15$).

При ФКБ с преобладанием кистозного компонента диагностировалось наличие кист, средние размеры которых составили 5 мм ($4 \div 7$). В большей части случаев кисты обнаружены в обеих желе-

зах ($n = 16$, 89%), у 11% ($n = 2$) женщин – в одной из желез. Увеличение толщины железистого слоя установлено у 77% ($n = 14$) пациенток, она составила 16 мм ($14 \div 18$), что достоверно ниже, чем при железистом варианте ФКБ. Во II группе также отмечено наличие более выраженного перидуктального фиброза, а у 30% ($n = 6$) пациенток выявлено расширение млечных протоков.

Анализ доплерографических показателей кровотока при кистозной форме ФКБ не выявил достоверных отличий их значений при железистом варианте. Характерным стало увеличение толщины слоя фиброглангулярной ткани у всех пациенток с ФКБ с преобладанием фиброзного компонента, которая составила 15 мм ($13 \div 17$). Отмечено резкое повышение эхогенности железистой ткани, наличие перидуктального фиброза и фиброзирование связок Купера, а также увеличение количества жировых включений, увеличение толщины пре- и ретромаммарной клетчатки, толщина которой, в большинстве случаев, соответствовала нормальным значениям для данной возрастной группы. Дуктэктазия выявлена у 67% пациенток ($n = 11$), это достоверно чаще, чем в двух других группах ($r = 0,76$; $p < 0,05$). Оценка показателей кровотока при ФКБ с преобладанием фиброзного компонента не выявила достоверных отличий от их значений при других вариантах ФКБ. Сравнительный анализ показал, что в III группе увеличение толщины железистой ткани значимо меньше, чем в I группе ($r = 0,81$; $p < 0,05$), причем она не отличается от толщины фиброглангулярного слоя у пациенток II группы ($r = 0,47$; $p > 0,05$).

Таким образом, характерной особенностью ФКБ с преобладанием железистого компонента является гиперплазия фиброглангулярного слоя молочных желез, при этом отмечается уменьшение, а иногда полное отсутствие пре- и ретромаммарной клетчатки. При ФКБ с преобладанием кистозного компонента наблюдается наличие кист небольших размеров (5–7 мм) по всем квадрантам желез, при этом толщина фиброглангулярной ткани увеличивается незначительно. Для ФКБ с преобладанием фиброзного компонента характерно одновременное увеличение толщины железистого слоя и резкое повышение его эхогенности, а также фиброзирование стромальных элементов желез. Отмечается умеренное повышение скорости кровотока и увеличение количества сосудов в фиброглангулярном слое молочных желез по данным цветового и энергетического доплеровского картирования.