



4. Профилактика, диагностика и лечение: рекомендации внок // Кардиоваскуляр. терапия и проф. — 2004. — Прил. 1. — С. 19.

5. Столярченко А. Д. Опросник Айзенка по определению темперамента. Основы психологии. — Ростов н/Д: Феникс, 1997. — 736 с.

6. Сумин А. Н. Поведенческий тип «д» (дистрессорный) при сердечно-сосудистых заболеваниях // Кардиология. — 2010. — № 10. — С. 66–73.

7. Усенко А. Г. особенности психосоматического статуса у больных артериальной гипертензией, профилактика осложнений и оптимизация лечения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Новосибирск, 2007. — 29 с.

8. Усенко Г. А. и др. Особенности потребления и использования кислорода организмом больных ишемической болезнью сердца в дни магнитных бурь в зависимости от психосоматического статуса // Ученые записки Петрозавод. гос. ун-та. — 2012. — Т. 127. — № 6. — С. 49–54.

9. Ханин Ю. Л. Исследование тревоги в спорте // Вопросы психологии. — 1978. — № 6. — С. 94–106.

10. Фейгенбаум Х. Эхокардиография. — М.: Видар, 1999. — 512 с.

11. Devereux R. B., Reichek N. Echocardiographic determination of left ventricular mass in man. anatomic validation of the method // Circulation. — 1977. — Vol. 55. — P. 613–618.

РЕЗЮМЕ

Г. А. Усенко, А. Г. Усенко, Д. В. Васендин, О. В. Нищета

Особенности психосоматического статуса и ремоделирование гипертрофии миокарда

Целенаправленная антигипертензивная терапия сочеталась с более ранним (на 6 месяцев) и более выраженным приближением массы миокарда левого желудочка и индекса массы миокарда левого желудочка, систолической и диастолической функции к таковым у здоровых лиц соответствующего темперамента и тревожности.

Ключевые слова: гипертония, психосоматический статус, снижение гипертрофии левого желудочка.

SUMMARY

G. A. Usenko, A. G. Usenko, D. V. Vasendin, O. V. Nischeta

Psychosomatic status and myocardial hypertrophy remodelling specificity

Special antihypertensive therapy was combined with a preliminary (6 months) and more pronounced approach of the left ventricle myocardial mass and of the left ventricle index as well as of the systolic and diastolic functions to those in healthy people of the corresponding temperament and anxiety.

Key words: hypertension, psychosomatic status, myocardial hypertrophy remodeling.

© Коллектив авторов, 2013 г.
УДК [618.19-006.6-079.4]:615.837.3

**Е. А. Бусько, Т. Т. Табагуа,
А. В. Мищенко, В. В. Семиглазов**

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ И СОНОЭЛСТОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ДОЛЬКОВОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

НИИ онкологии имени Н. Н. Петрова, Санкт-Петербург; Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова

ВВЕДЕНИЕ

Инвазивный дольковый рак (ИДР) по частоте занимает второе место среди всех морфологических вариантов рака молочной железы, уступая лишь инвазивному протоковому раку. В настоящее время особые сложности возникают в отношении ранней диагностики как дольковой карциномы *in situ*, так и ИДР. Отсутствие четкой клинической и рентгенологической симптоматики приводит к более позднему выявлению ИДР по сравнению с протоковым раком. Инвазивный дольковый рак отли-

чается нетипичным для инвазивного рака характером роста в 33–70 % случаев. Гистологическая модель долькового рака характеризуется диффузной инфильтрацией ткани молочной железы со скудной фиброзной реакцией [2]. В результате ИДР зачастую не вызывает явных нарушений анатомической структуры молочной железы и приводит к увеличению число непальпируемых опухолей.

Наиболее объективную картину дает лучевая диагностика ИДР. В настоящее время для предоперационной оценки размера ИДР чаще используют маммографию и ультразвуковое исследование, реже магнитно-резонансную томографию. К сожалению, негативная рентгенологическая картина встречается при ИДР намного чаще, чем при протоковом раке. В некоторых работах описывается лишь деформация структуры железистой ткани, без четких узловых образований [3]. Чувствительность маммографии при диагностике ИДР находится, по различным данным, в пределах 57–81 %. Частота ложноотрицательных заключений маммографии при данной патологии выше, чем при диагностике инвазивного протокового рака, и может достигать 19 %.

Чувствительность УЗИ, по различным данным, варьирует от 68 до 98 %. УЗИ более точно, чем маммография, определяет размеры опухоли, а также визуализирует мультицентричные очаги. Однако

специфических ультразвуковых признаков долькового рака не существует [2].

К наиболее частым ультразвуковым характеристикам (60 %) долькового рака многие авторы относят неоднородную, гипоехогенную структуру образования с неровным, нечетким контуром и выраженной акустической тенью. Реже (15 %) при аналогичных ультразвуковых характеристиках за образованием определяется прерывистая акустическая тень. Четко очерченные образования с полициклическим контуром встречаются в 12 % случаев. Приблизительно у 13 % пациенток дольковый рак не имеет отображения при УЗИ [2, 5].

Многие авторы сходятся во мнении, что данные ультразвуковые характеристики могут встречаться как при протоковой карциноме, так и при дольковой [2, 5].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В работе выполнен сравнительный анализ данных ультразвукового и эластографического исследований при дольковой и протоковой формах РМЖ, а также неопухолевых процессах молочной железы.

Исследование проводилось с октября 2008 г. по март 2010 г. на базе НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова на ультразвуковом аппарате с помощью линейного датчика 12 МГц, УЗИ дополнялось соноэластографией (СЭГ) с оценкой качественных (определение жесткости образования по системе, предложенной A. Itoh et al. [4], которая включает в себя 6 эластотипов, определяемых с помощью цветового картирования) и количественных (определение коэффициента жесткости – StR, пороговое значение которого = 4,3 [1]) соноэластографических показателей. Все выявленные при УЗИ образования мы делили по типу строения на инфильтративный и солидный. К инфильтративному типу мы относили образования с нечетким, неровным контуром, инфи-

трацией окружающих тканей и преимущественно однородной структурой. Сольный тип, как правило, имел более четкий контур, инфильтрация окружающих тканей была менее выражена, структура неоднородна.

Результаты анализа соноэластографических и ультразвуковых показателей были сопоставлены с результатами морфологического исследования пунктатов и послеоперационных препаратов.

Статистически анализ данных был проведен с помощью программы «Статистика 6.1». Данные представлены в виде $M \pm \sigma$, где M – среднее арифметическое значение; σ – стандартное отклонение.

В группу были включены 152 женщины в возрасте от 22 до 82 лет (средний возраст – $52,0 \pm 13,6$ года). Во всех случаях ультразвуковая картина не позволяла исключить РМЖ. Доброкачественные образования были верифицированы у 50 (32 %) пациенток, среди них выявлены 32 (64 %) фиброаденомы, 10 (20 %) участков локализованного фиброаденоматоза и 8 (16 %) случаев воспалительных изменений. Злокачественные образования обнаружены у 102 пациенток (68 %), из них дольковая карцинома была верифицирована у 24 (23 %) женщин, протоковая – у 78 (77 %). Средний размер выявленных доброкачественных образований составлял $1,78 \pm 1,14$ см, злокачественных – $1,76 \pm 0,78$ см, а максимальная глубина залегания не превышала 2 см. Гистологическое подтверждение было получено путем выполнения аспирационной биопсии под контролем УЗИ у 48 (32 %) женщин, трепан-биопсии под контролем УЗИ – у 99 (65 %), стереотаксической пункции – у 5 (3 %).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В нашем эксперименте дольковая карцинома чаще всего имела вид инфильтрата (20, 84 % случаев)

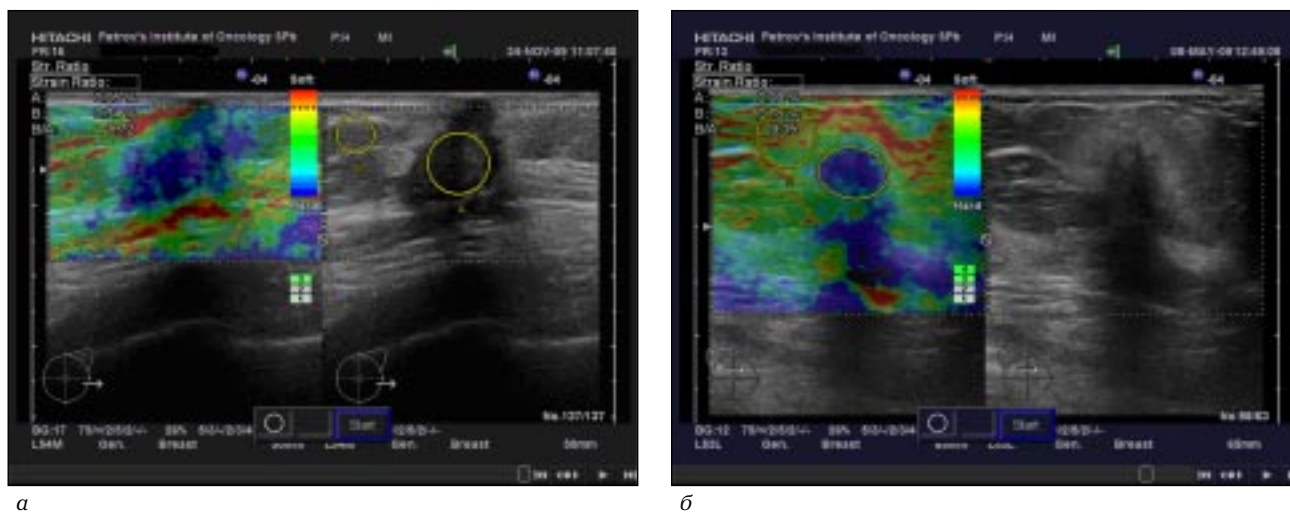


Рис. 1. Дольковая карцинома: а – солидный тип строения; б – инфильтративный тип строения

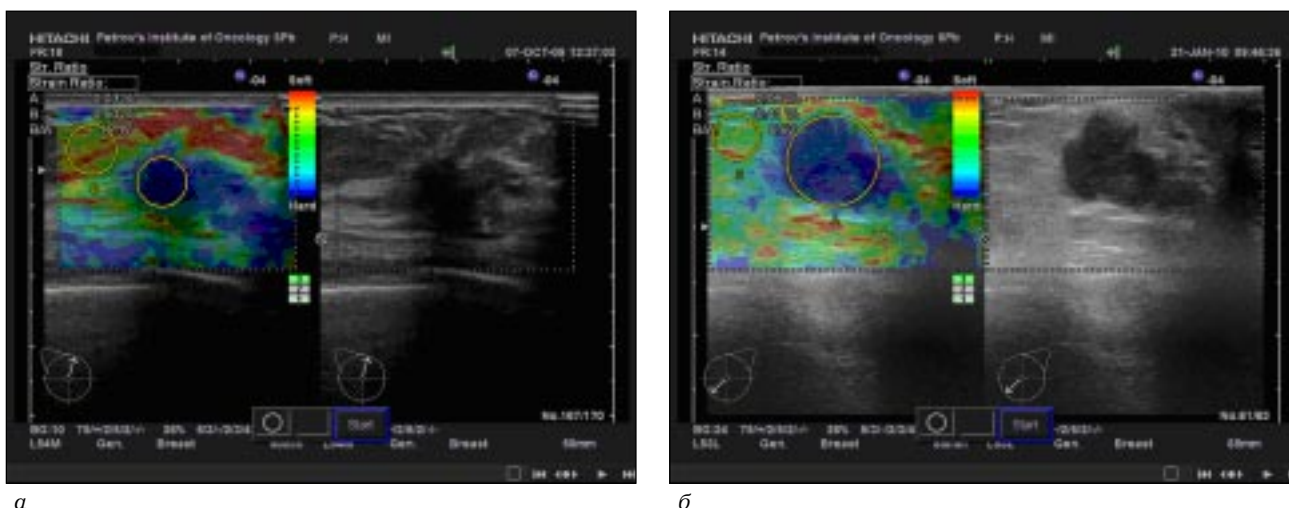


Рис. 2. Протоковая карцинома: *а* – инфильтративный тип строения; *б* – солидный тип строения

с нечеткими, неровными контурами с широкой зоной гиперэхогенной «нежной» инфильтрацией и чаще с прерывистой акустической тенью (рис. 1, б).

Гипоэхогенное солидное образование, с местами четким, неровным контуром и с узкой зоной инфильтрации без акустической тени встречалось только в 4 (16 %) случаях (рис. 1, а).

Протоковая карцинома имела солидную структуру в 48 (62 %) случаях, а в виде инфильтрата определялась в 30 (38 %) случаях. Сплошная структура протоковой карциномы имела схожие с дольковой характеристики. При инфильтративном типе строения контур протоковой карциномы чаще был более «грубый», спикурообразный (рис. 2).

При соноэластографии и протоковые, и дольковые карциномы картировались синим цветом, имели 4 – 5-й эластотип. Коэффициент жесткости (StR) превышал пороговое значение 4,3.

Фиброаденомы в нашем исследовании имели четкий, ровный контур, преимущественно однородную структуру, определялись боковые латеральные тени. При СЭГ фиброаденомы имели мозаичный тип картирования, определялся 2 – 3-й эластотип, показатели коэффициента жесткости не превышали пороговое значение 4,3.

При локализованном фиброаденоматозе у 8 (80 %) женщин определялся гипоэхогенный инфильтрат, преимущественно однородной структуры с нечеткими, местами спикурообразными контурами неправильной формы. Схожую ультразвуковую картину в нашем эксперименте имели протоковые карциномы инфильтративного типа (рис. 3). У остальных 2 (20 %) женщин выявлялось солидное гипоэхогенное образование с нечеткими контурами. У половины определялась прерывистая акустическая тень.

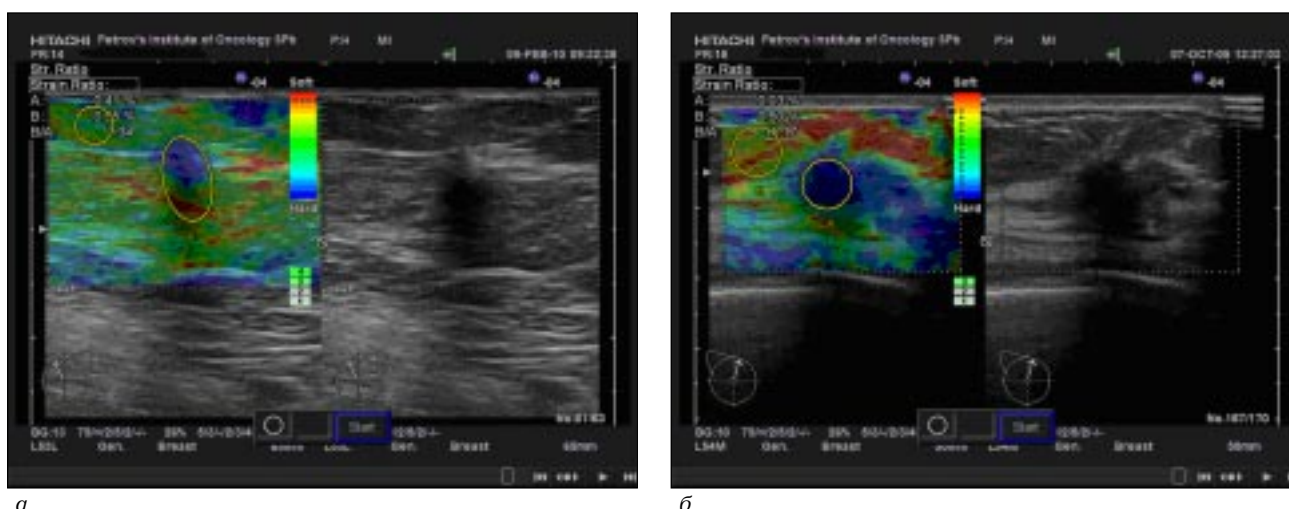


Рис. 3. Инфильтративный тип строения: *а* – локализованный фиброаденоматоз при СЭГ, определяется 0-й эластотип StR = 1,34; *б* – протоковая карцинома при СЭГ, определяется 5-й эластотип StR = 15,17

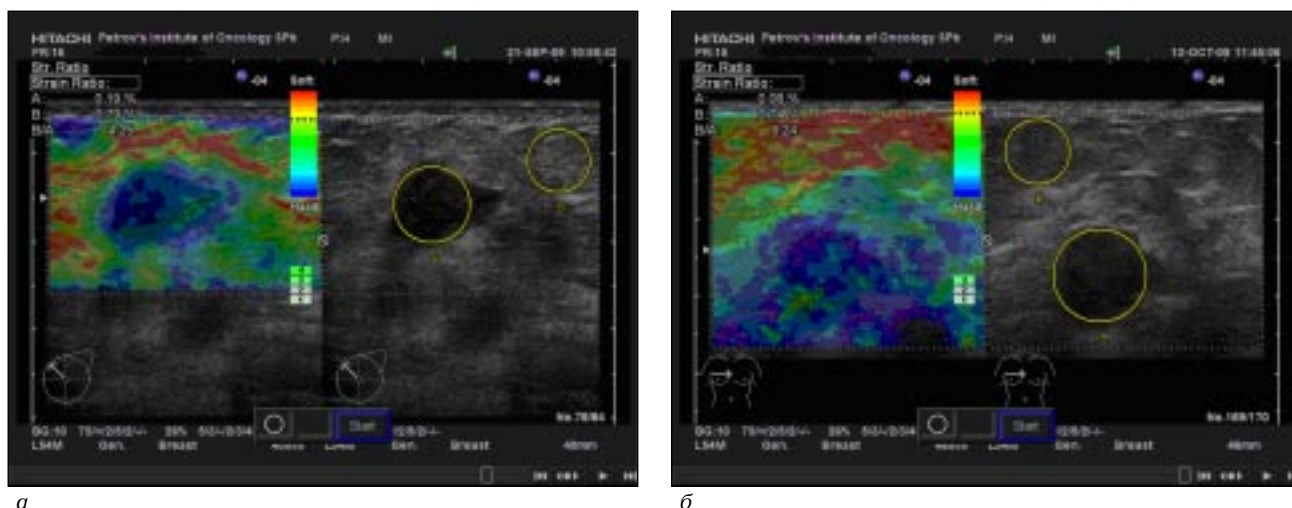


Рис. 4. Сплотный тип строения: *а* – воспалительные изменения при СЭГ, определяется 3-й эластотип StR = 4,25; *б* – дольковый рак при СЭГ, определяется 5-й эластотип StR = 9,24

При СЭГ участки локализованного фиброаденоматоза картировались желто-зеленым цветом, определялся 2-й, реже 3-й эластотип, максимальные показатели StR = 3,92.

Воспалительные изменения молочной железы мы также разделили на инфильтративный у 6 (75 %) женщин и сплотный тип строения у 2 (25 %) женщин. При инфильтративном типе выявлялся гипзоэхогенный инфильтрат с нечеткими, неровными контурами с широкой зоной гиперэхогенной, «нежной» инфильтрации, которая была схожа с эхографическими проявлениями дольковой карциномы (рис. 5). При сплотном типе также определялась схожая эхографическая картина с дольковой карциномой: выявлялось сплотное образование с нечеткими контурами и с узкой зоной инфильтрации (рис. 4).

А вот СЭГ-картина отличалась от выявляемой при дольковой карциноме: определялся 0 – 3-й эластотип, StR = 1,09 – 4,25.

ВЫВОДЫ

При анализе соно- и эластограмм мы, как и другие авторы, не нашли существенных характеристик, которые помогли бы дифференцировать дольковую и протоковую карциному. По ультразвуковой и соноэластографической картине проводить дифференциальную диагностику между дольковой и протоковой карциномой нецелесообразно, так как они имеют практически идентичные характеристики. Но в силу особенностей гистологического строения, а именно – отсутствия выраженной фиброзной реакции, которая больше характерна для протоковых карцином, дольковые

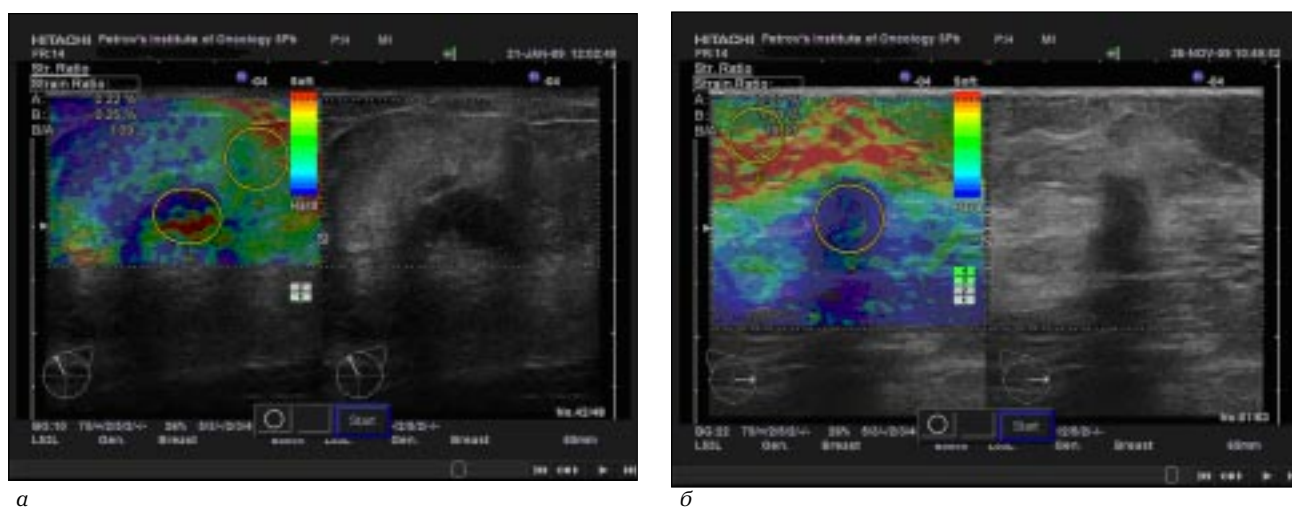


Рис. 5. Инфильтративный тип строения: *а* – воспалительные изменения при СЭГ, определяется 0-й эластотип StR = 1,09; *б* – дольковый рак при СЭГ, определяется 5-й эластотип StR = 19,10



карциномы могут иметь схожую эхографическую картину с воспалительными изменениями молочной железы. Инфильтративный тип строения протоковой карциномы имеет схожие эхографические характеристики с локализованным фиброаденоматозом, также, возможно, за счет особенностей гистологического строения. СЭГ позволила в нашем исследовании дифференцировать данные изменения за счет различных показателей жесткости воспалительных, доброкачественных и злокачественных образований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рожкова Н. И. и др. Новая технология — соноэластография в маммологии // Медицинская визуализация. — 2010. — № 4. — С. 89–99.
2. Butler R. S. et al. Sonographic Evaluation of Infiltrating Lobular Carcinoma // A. J. R. — 1999. — № 172. — P. 325–330.
3. Helvie M. A. et al. Invasive lobular carcinoma. Imaging features and clinical detection // Invest. Radiol. — 1993. — № 28 (3). — P. 202–227.
4. Itoh A. et al. Breast disease: clinical application of US elastography for diagnosis // Radiology. — 2006. — № 239. — P. 341–350.
5. Lopez K. et al. Invasive Lobular Carcinoma of the Breast % Spectrum of Mammographic, US, and MR Imaging Findings // RadioGraphics. — 2009. — № 29. — P. 165–176.

РЕЗЮМЕ

Е. А. Бусько, Т. Т. Табагуа, А. В. Мищенко, В. В. Семиглазов

Дифференциальная ультразвуковая и соноэластографическая диагностика долькового рака молочной железы

На основании проведенного исследования надежных дифференциально-диагностических ультразвуковых и соноэластографических признаков дольковой и протоковой карцином установлено не было. Дольковые карциномы имели идентичную эхографическую картину с воспалительными изменениями молочной железы. Инфильтративный тип строения протоковой карциномы имел схожие эхографические характеристики с локализованным фиброаденоматозом. Соноэластография позволила дифференцировать данные изменения за счет различных показателей жесткости воспалительных, доброкачественных и злокачественных образований.

Ключевые слова: соноэластография, протоковая карцинома, дольковая карцинома.

SUMMARY

E. A. Bus'ko, T. T. Tabagua, A. V. Mishchenko, V. V. Semiglazov

Differential ultrasound and sonoelastographic diagnosis of lobular carcinoma of the breast

The study performed failed to reveal any reliable differential-diagnostic ultrasound and sonoelastography signs of the lobular or ductal carcinomas. Lobular carcinomas and inflammatory lesions had similar sonography patterns. The infiltrative ductal carcinomas and nodal mastopathy had similar sonographic patterns as well. Sonoelastography allowed differentiation of the data obtained owing to difference in harshness indices of the inflammatory, benign and malignant tumors.

Key words: sonoelastography, lobular carcinoma, ductal carcinoma.

© Т. В. Коваленко, А. А. Горячева, А. В. Барсуков, 2013 г.
УДК [616.33-002.44:616.839]-092-08

**Т. В. Коваленко, А. А. Горячева,
А. В. Барсуков**

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО ДИСБАЛАНСА У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА И ЛЕЧЕНИЯ

Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова, Санкт-Петербург; Смоленская государственная медицинская академия

Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки, являясь одной из актуальных проблем современной гастроэнтерологии, относится к классическим психосоматозам — многофакторным по своей природе органическим заболеваниям, в возникновении, течении и исходе которых, наряду с наследственной предрасположенностью и дей-

ствием разнообразных факторов внешней среды, важная роль принадлежит психосоциальным и личностным влияниям [6]. На сегодняшний день ЯБ рассматривается большинством авторов как системное заболевание целостного организма [12]. Язвенный процесс является конечным этапом сложного многопланового заболевания, в патогенез которого вовлечены центральная и вегетативная нервная система (ВНС), биогенные амины, пептидные гормоны пищеварительного тракта, микробная экспансия *Helicobacter pylori*. В настоящее время взаимосвязь ЯБ и нейроэндокринной сферы рассматривается в контексте психосоматической медицины [6]. Важная роль в патогенезе заболевания принадлежит ВНС, тесно связанной с корой и подкоркой, при этом вегетативная дисфункция рассматривается как важнейший патогенетический фактор неинфекционной желудочно-кишечной патологии [5, 13]. Вегетативные нарушения встречаются у 75–82% пациентов и возникают под влиянием различных воздействий, могут предшествовать развитию болезни или быть ее следствием, но всегда оказывают влияние на клинические