

неверно называют облысением по мужскому типу, что приводит к неоправданно редкой ее диагностике у женщин, особенно при оценке ранних проявлений алопеции, так как рисунок выпадения волос у женщин иной, нежели у мужчин.

Под нашим наблюдением находились 85 женщин с жалобами на выпадение волос в возрасте от 17 до 55 лет.

При первичном осмотре пациентов с жалобами на выпадение волос производили сбор анамнеза, описание клинических проявлений (специального и локального статуса). Всем больным производилось обследование: общеклинические, серологические, иммунологические, биохимические анализы крови. По показаниям рентгенография области турецкого седла, электроэнцефалограмма, гормональный статус. Каждому было рекомендовано исследование волос на микроэлементы. Всем пациентам после комплексного обследования проводилась диагностика волос, использовали компьютерную программу фирмы «Наутилус», Санкт-Петербург.

В результате проведенного нами исследования наиболее часто отмечалась миниатюризация волосных фолликулов (78%) имеющих 1/3 и 1/2 диаметра терминальных волос, преимущественно в лобно-теменной зоне. Вышеописанная характеристика лукович свойственна для андрогенной алопеции.

При себорейном дерматите наблюдалась ложная гипертрофия лукович с преобладанием трапециевидных форм и избыточным салным секретом (45%). У пациенток с диффузным выпадением волос при анализе трихограмм было выявлено повышенное число волос в фазе телогена 27%. У 43% обследованных нами пациенток отмечены низкие показатели железа. У женщин с диффузным облысением, после консультации гинекологом-эндокринологом, были выявлены поликистоз яичников (48%); выпадение волос на голове у таких пациенток часто сочеталось с себорей, угревой болезнью и гирсутизмом.

Компьютерная диагностика волос позволила на ранних этапах заболевания поставить правильный диагноз, назначить адекватную терапию, следить за ходом лечения. У всех пациентов, которым была сделана компьютерная диагностика в начальной стадии заболевания, отмечалась более быстрая положительная динамика. Кроме того, процедура усиливает доверие пациента, позволяет снять часть стресса, который испытывает человек, начавший терять волосы.

#### **АНАЛИЗ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ НА ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ**

Мищенко Т.В., Лазарев А.И.

*Курский государственный медицинский университет,  
Курск*

Развитие генерализованного пародонтита (ГП) сопровождается разрушением целостности зубного ряда, нарушением взаимоотношения челюстей, воспалением околозубных тканей и резорбцией альвеолярного отростка.

Клиническая картина пародонтита характеризу-

ется кровоточивостью дёсен, подвижностью и дистопией зубов, нарушением окклюзионных взаимоотношений, формированием зубодесневых карманов. Наблюдается резорбция костной ткани альвеолярных отростков, нарушение функции жевания и речи, эстетические дефекты.

Дефекты зубных рядов осложняются снижением высоты нижней отдела лица, травматической окклюзией, которая усугубляет течение патологического процесса. Происходят патологические изменения в области височно-нижнечелюстного сустава.

Наши исследования показывают, что в 90% случаев у больных с ГП средней тяжести и в 100% наблюдений у больных с тяжелой формой поражения наблюдается вторичное снижение прикуса, нередко сочетающееся с сагиттальным или трансверзальным смещением нижней челюсти. При этом величина снижения межальвеолярного расстояния колеблется от 2 до 12 мм. Современные методы диагностики позволили нам уточнить значение ряда элементов комплексной терапии и оценить их влияние на качество и эффективность реабилитации.

Следует заметить, что протезирование при сниженном межальвеолярном расстоянии неизбежно приводит к снижению максимального усилия сжатия челюстей. Количество жевательных движений, требующихся для размельчения пищи, возрастает, что обуславливает перегрузку пародонта. При кажущемся благополучии усугубляется тяжесть патологического процесса.

С позиции выбора тактики лечения больных с ГП важно понимать, что заболевание носит системный характер и сопровождается одновременным поражением и снижением функции отдельных элементов зубочелюстной системы. Консервативные мероприятия в лечении пародонтита заключаются в проведении профессиональной гигиены, антибактериальной терапии и применении препаратов, нормализующих реакцию иммунной системы.

Принципиально новые диагностические возможности для оценки результатов лечения появились в связи с использованием цифровой рентгенографии - способа получения рентгеновского изображения в цифровом виде для последующего анализа, обработки и хранения. Используя цифровое изображение, можно провести коррекцию искажений, благодаря улучшению визуальных характеристик добиться выявления тонких дифференциально-диагностических признаков патологических состояний, осуществить передачу изображения на большие расстояния. Современные сканирующие устройства обеспечивают значительный динамический диапазон. За счет получения дополнительной информации можно уменьшить число выполняемых рентгенологических процедур.

Как показали наши исследования, плотность костной ткани меняется на этапах проведения лечебных мероприятий. Ретроспективный анализ ортопантограмм, полученных в ходе лечения 28 больных со средней и тяжелой степенью ГП показал существенное изменение плотности костной ткани на различных этапах реабилитационного процесса: до лечения, в процессе лечения хронического пародонтита, после депульпирования зубов и временного протези-

рования, после рационального протезирования и восстановления жевательной функции.

### **ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЯ ПРОСТАТЫ ПОД УЗИ-КОНТРОЛЕМ КАК ПОСЛЕДНИЙ ЭТАП ДИАГНОСТИКИ РАКА ПРОСТАТЫ**

Неймарк А.И., Музалевская Н.И., Алиев Р.Т.  
*АГМУ, кафедра урологии и нефрологии,  
Барнаул*

Биопсия предстательной железы является заключительным этапом в обследовании пациента с подозрением на рак предстательной железы. На клинической базе кафедры урологии и нефрологии АГМУ в условиях урологического отделения МУЗ «Горбольница №11» с 2004 года по настоящее время внедрена пункционная аспирационно-режущая биопсия простаты, выполняемая под УЗИ-контролем (Hitachi EUB 515 А, двуполостной ректальный датчик с частотой 6,5 МГц) из 4-8 вколов веерообразно, дающая возможность получить от 12 до 24 столбиков ткани. Манипуляция проводится под внутривенным обезболиванием, длительность анестезии и манипуляции 8-10 минут. За указанный период времени проведено 55 биопсий простаты. Среди выявленных эхографических данных преобладают комбинация узла центральной части простаты (ДГП) и гипозоногенного участка периферической части (35%), одинаково часто определялось тотальное поражение простаты опухолью без дифференциации экзон и одиночные гипозоногенные участки периферической части простаты без деформации контура железы, одиночные гипозоногенные участки, вызывающие асимметрию простаты (по 13%). В 25% выявлялся классический узел доброкачественной гиперплазии простаты с кистами, петрификациями по границы узла и в двух случаях анэхогенное образование, исходящее из базальной части простаты с неоднородным внутренним содержимым, с толстой стенкой повышенной эхогенности неравномерной толщины с элементами кровотока. В 49% по полученным результатам биопсии диагностирован рак простаты (в основном темноклеточная мелкоацинарная аденокарцинома по шкале Глиссона от 4 до 6 баллов), в 27,3% случаев простатическая интраэпителиальная неоплазия низкой степени (в том числе в составе ДГП и как самостоятельное гистологическое заключение), в 18,2% - ДГП, в 5,5% наблюдений – киста простаты и один случай лейомиомы. Таким образом использование пункционной аспирационно-режущей биопсии под УЗИ-контролем является высокоинформативным методом диагностики рака простаты, сопоставимым (по литературным данным) с использованием автоматических биопсийных игл, позволяющим определить прогностические критерии (шкалу Глиссона) при раке простаты и выявить предраковые состояния (простатическую интраэпителиальную неоплазию) и определить дальнейшую тактику ведения больного.

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЭРЕКТИЛЬНОГО РЕЗЕРВА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА У БОЛЬНЫХ С СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ**

Неймарк А.И., Алиев Р.Т., Баканова А.С.

Эректильная дисфункция входит в пятёрку наиболее распространенных заболеваний мужской половой системы, поэтому вопросы диагностики и лечения такой категории больных очень важны.

Полиэтиологичность, полипатогенетичность эректильной дисфункции определяют большие трудности диагностики и лечения данной патологии. На наш взгляд, для определения тактики ведения больных в зависимости от этиологии может быть удобной определение функционального эректильного резерва полового члена на фоне тестирования с ингибиторами ФДЭ – 5 типа и сопоставить его с показателями УЗДГ полового члена.

Нами проведено исследование, которое включило 37 пациентов с различной этиологией эректильной дисфункции. Всем пациентам было проведено комплексное обследование, которое включало: сбор жалоб, данных анамнеза (на основании шкал МКФ, МИЭФ), гормонального профиля, физикального обследования, ультразвуковое исследование полового члена с определением артериальной и венозной составляющей эрекции на фоне интракавернозного фармакотеста и тест с ингибиторами ФДЭ – 5 типа, как начальный этап диагностики. При этом пациентам назначали в течение ближайших 10 дней последовательно все 3 представителя этой группы препаратов (Виагра, Левитра, Сиалис) с целью – сравнить их индивидуальное действие на организм каждого пациента и для определения функционального эректильного резерва полового члена.

В результате нашего обследования мы попытались сопоставить данные субъективной оценки результатов приёма всех трёх ингибиторов ФДЭ - 5 типа и ультразвукового фармакодоплерографического исследования сосудов и пещеристой ткани полового члена, и на основании этих данных спрогнозировать дальнейшую тактику ведения пациентов. Положительный тест с ингибиторами ФДЭ – 5 типа: достигнута хорошая или отличная жесткость полового члена, необходимая для проведения полового акта.

По результатам обследования все пациенты разделились на 3 категории:

Первая группа – тест с ингибиторами ФДЭ – 5 типа положительный, нарушений в сосудистом звене эректильной функции нет, явления кавернофиброза отсутствуют, но беспокоит нарушение эректильной функции.

Вторая группа – тест с ингибиторами ФДЭ - 5 типа был положительный, при этом выявлены признаки изолированного поражения артериальной составляющей пенильной гемодинамики - 7 пациентов, венозной недостаточности – 3 пациента и смешанной формы (сочетание артериальной и венозной недостаточности) – 16 пациентов.

В третьей группе пациентов - отрицательный тест с ингибиторами ФДЭ – 5 типа и сосудистые нарушения аналогичные таковым у пациентов второй группы.