ев алгоритм прогноза хирургических осложнений, основанный на оценке иммунологических показателей, оправдал себя.

Литература

1. Булава Г.В. и др. // Хирургия им.Н.И.Пирогова.– 2002.– № 7.– С. 4–11.
2. Буров Н.Е. и др. Ксенон в анестезиологии: Клинико-экспериментальные исследования.– М.: Пульс, 2000.– С.129–154.
3. Гришина Т.И. // Андрол. и генит. хирургия.– 2000.– № 4.– С.1–14.
4. Старченко А.А. и др. // Анестезиол. и реаниматол.– 2002.– №4.– С.46–48.

APPLICATION OF IMMUNOLOGIC VALUES FOR EVALUATION OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS AND SUBSTANTIATION METHOD OF ANESTHESIA

A.N. BELOGRIVTSEV, N.E. BUROV, I.Z. KITASHVILI, I.S. FREYDLIN, E.V. KHRIKOVA

Summary

The authors revealed the supposed algorithm for comparison of prognosis results in consideration of immunologic values and preliminary evaluation of degree of operation and anesthesia risk. It is established that 25% patients – absence of complications. The algorithm of prognosis for immunologic values at 75% results of operations is effective

Key words: immunologic value, anesthesia risk

УДК 616-003.4

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ КИСТ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

А.А. АДЫРХАЕВ, А.З. ГУСЕЙНОВ, Д.А. ИСТОМИН, О.Б. ХАПИЛИНА

Введение. Киста молочных желез (МЖ) рассматривается рядом авторов в рубрике опухолеподобных процессов [1, 5]. Другие авторы кисты МЖ относят к кистозным опухолям [2, 3]. Дисгормональные расстройства приводят к нарушению физиологической эволюции и инволюции в МЖ, развитию очагов патологической пролиферации эпителия. Суммация этих изменений на протяжении продолжительного времени ведет к развитию кист на фоне фиброзно-кистозной мастопатии или фиброзно-кистозной болезни (ФКБ) МЖ [5]. Кистозные образования являются компонентом двух из трех клинических форм ФКБ: кистозной и фиброзно-кистозной, а патологические изменения при этом развиваются в пределах протоково-дольковой единицы [2, 3]. Кисты выстланы или атрофическим эпителием, или эпителием, подвергшимся апокринной метаморфозе. Описаны случаи слизистой метаморфозы эпителия кист [3]. При пролиферативной форме ФКБ МЖ выделяют эпителиальный, миоэпителиальный и фиброэпителиальный варианты пролиферации. При длительном существовании, особенно появлении папиллярного разрастания изнутри, имеется риск малигнизации. Частота малигнизации кист определяется в основном дисгормональной гиперплазией и зависит от клинико-морфологических форм ФКБ МЖ [2]. Считается, что степень риска развития рака МЖ возрастает при кистозных изменениях и зависит от выраженности протоковой и внутридольковой пролиферации [3]. Риск малигнизации непролиферирующей формы ФКБ МЖ составляет 0,9%, при умеренной пролиферации – 2,3%, а при резко выраженной пролиферации – доходит до 31,4%. В целом, вероятность малигнизации кист, по данным разных авторов, колеблется от 1,5 до 4% [2, 4].

Исходя из гистологической классификации и причинно-следственной связи рака МЖ с размерами кисты, обоснован малоинвазивный подход к терапии неосложненных кист МЖ, включая их склерозирование, что позволяет ликвидировать полость кисты, но и активность экссудативного процесса. Определены основные критерии распознавания и уточнения диагноза кист МЖ. При клиническом осмотре выявляется пальпаторно

зубление. Ультразвуковое исследование (УЗИ) и маммография позволяют уточнить диагноз в большинстве случаев.

Основным методом является УЗИ, которое позволяет выявить как глубоко расположенные, так и меньших (до 1,0 см) размеров кистозные образования. Для уточнения диагноза выполняется маммография [3]. Диагноз уточняется проведением пункционной аспирационной биопсии, в ряде случаев с диагностической целью с введением воздуха (пневмоцистография) [5]. В плане лечебно-диагностической тактики общепринята пункция образований, начиная с размеров 1 см [5]. В лечебном плане радикальным является только пункция с эвакуацией содержимого кисты. При отсутствии признаков малигнизации, при размерах до 2,5 см применяется пункционная методика, в ряде случаев с введением воздуха (пневмосклерозирование кисты). При размерах более 2,5 см до недавнего времени наиболее распространенной была операция – секторальная резекция молочной железы со срочным гистологическим исследованием биоптата. Быстрое развитие медицинских технологий позволило внедрить в практику метод лечения кист МЖ, основанный на введении склерозирующих веществ [4, 5]. Но и ныне имеется явное преобладание оперативного вмешательства – секторальной резекции МЖ [5].

Цель исследования – определение оптимальной тактики диагностики кистозных образований МЖ и обоснование неоперативных малоинвазивных методов их лечения.

Материал и методы. Мы располагаем опытом лечения 64 больных с кистами МЖ в клинике хирургических болезней №1 ТулГУ с 2000 по 2004 гт. Все больные – женщины в возрасте от 18 до 59 лет (средний возраст 37,5 года). В диагностике кист МЖ использовали УЗИ (76%), маммографию (13%), сочетание УЗИ и маммографии (21%). Диагноз подтверждали аспирационной тонкоигольной пункцией, которую выполняли под визуальным контролем у 25 (39,1%), под ультразвуковым контролем – у 39 (60,9%) больных. По данным морфологического исследования у 47 (73,4%) больных определены непролиферативные, у 17 (26,4%) – пролиферативные формы ФКБ МЖ. С целью выявления эффекта терапии все больные были разделены на 2 группы: 1-я группа включала пациентов, где в полость кисты после полной эвакуации содержимого с лечебной целью вводился воздух (пневмосклеротерапия); во 2-й группе – вводился 96% этиловый спирт с воздухом (комбинированная пневмоэтанолосклеротерапия). Размеры кист колебались от 0,9 до 3,5 см.

В 1-й группе, включающей 25 больных, вводили воздух в кистозные образования после эвакуации содержимого. Количество воздуха соответствовало 1/2 удаленной жидкости.

Во 2-й группе больных (39 чел.) делали тонкоигольную пункцию: полная эвакуация содержимого не проводилась для сохранения остаточной полости. Через иглу, не меняя ее расположения, вводился в качестве склерозирующего средства 96% этиловый спирт с воздухом в соотношении 1:1. Объем воздушно-спиртовой смеси ≤50% от удаленного содержимого кисты.

Результаты. Как показали проведенные исследования, оптимальная диагностическая тактика включает преимущественное использование УЗИ МЖ. Явным преимуществом УЗИ была возможность проведения исследования в динамике.

Независимо от размеров образования наличие плотной стенки, неровность внутренних контуров кисты, а главное – несоответствие количества жидкости и размеров кистозного образования являлись показанием к маммографии. Как показали наши исследования, во всех случаях содержимое кист следует подвергнуть цитологическому исследованию. При взятии материала частично удается получить биоптат из стенки кисты, что повышает информативность цитологического исследования. При глубоком расположении и небольших размерах (до 1 см) кисты применение УЗИ становится в настоящее время незаменимым для взятия материала и верификации диагноза. Проведение диагностической аспирационной тонкоигольной пункции позволяет верифицировать характер патологии. Эффективность цитологического исследования, позволяющая дифференцировать непролиферативные и пролиферативные формы ФКБ МЖ, составила 88,0%. Анализ полученных результатов показал, что УЗИ, кроме диагностики кист МЖ, также позволяет проводить пункцию, склерозирование, а в дальнейшем динамическое наблюдение за больными. Проведенные нами исследования показали, что пункции под визуальным и УЗ-контролем, могут выполняться независимо от размеров кист. В 5 (12,8%) случаях введения спирто-воздушной смеси больные предъявляли жалобы на жжение и дискомфорт в области

ние и дискомфорт в области введения, отмечалась болезненность при локальной пальпации МЖ, но эти явления проходили в течение суток. Объективные доказательства уменьшения размеров кисты прослежены в сроки от 2 до 12 мес. после терапии. Результаты оценивались по параметрам: полный рецидив (восстановление первичных размеров), частичный рецидив, излечение, определяемое по полному спадению кистозной полости. Через 2 месяца повторно осмотрено 59 (92,2 %) больных, всем проведено контрольное УЗИ. В табл. 1 – данные по итогам лечения через 2 мес.

Таблица 1

Результаты лечения по исследуемым группам через 2 месяца (n – 59)

Результаты лечения	1 группа (n – 23)	2 группа (n – 36)
Полный рецидив	12 (52,2 %)	8 (22,2 %)
Частичный рецидив	9 (39,1 %)	12 (33,3 %)
Ликвидация полости кисты	2 (8,7 %)	16 (44,5 %)

Анализ приведенных в табл. 1 данных показал, что введение только воздуха в полость приводило к спадению полости кисты у 8,6 % больных, что вовсе не свидетельствует об истинном склерозировании. В дальнейшем это являлось предпосылкой к рецидивированию кисты. У остальных больных отмечен рецидив кист. При пневмозтаноловой склеротерапии полный рецидив кисты возник лишь в 22,2% случаев, частичный – в 33,3 %, хотя более чем у трети больных (44,5 %) удалось достичь облитерации полости кисты. Всем больным с полным рецидивом была предложено оперативное лечение. Прооперировано 15 (25,4 %) пациенток – остальные отказались либо воздержались от проведения оперативного вмешательства. Объем операции – секторальная резекция МЖ. По данным гистологического исследования данных за опухолевый процесс не выявлено.

Отдаленные результаты изучены через 1 год. Осмотрено 51 (79,7%) человек, динамика процесса представлена в табл. 2.

Таблица 2

Результаты лечения по исследуемым группам через 1 год (n – 52)

Результаты лечения	1 группа (n – 20)	2 группа (n – 32)
Полный рецидив	10 (50,0 %)	4 (12,5 %)
Частичный рецидив	7 (35,0 %)	13 (40,6 %)
Ликвидация полости кисты	3 (15,0 %)	15 (46,9 %)

Сравнительное изучение в клинических группах показало, что у пациенток 2-й группы получены лучшие результаты. Полное склерозирование отмечено у 15 (46,9 %), частичное уменьшение кистозной полости – у 13 (40,6 %), что в сумме (87,5 %) свидетельствует о лучших результатах терапии во 2-й группе больных. Повторное склерозирование кистозных полостей у больных не проводилось. Всем больным с рецидивом было предложено оперативное лечение – секторальная резекция МЖ. Прооперировано 11 (39,5 %) пациенток с полным рецидивом. Остальные временно отказались либо воздержались от проведения оперативного вмешательства. По данным гистологического исследования, у всех больных данных за злокачественную опухоль не выявлено. Таким образом, наибольший процент полного склерозирования кист при минимальном количестве рецидивов регистрируется в группе больных, где проводилась комбинированная пневмозтанолосклеротерапия.

По сравнению с вышеприведенными данными, методика введения воздуха с целью склерозирования из-за высоких процентов рецидивов не может претендовать на клиническое применение с лечебной целью, однако должна использоваться с диагностической целью (пневмоцистография) для исключения опухолевого процесса. Результаты гистологического исследования после проведенных операций по поводу рецидивных кист (2 и 12 месяцев) показали отсутствие злокачественной опухоли, что подтверждает правильность выбранной альтернативной тактики, позволяющей избежать малигнизации в течении заболевания и ненужной травматизации МЖ при оперативном вмешательстве. Секторальная резекция должна оставаться операцией выбора и

выполняться в тех ситуациях, когда пункционные вмешательства недостаточно эффективны, особенно при рецидивах.

Выводы. Склерозирование с помощью введения воздуха не может претендовать на самостоятельное клиническое применение с целью лечения кист МЖ из-за высокого процента (85,0%) рецидива кист. Диагностическая пневмоцистография в комплексе с другими методами (УЗИ, маммография, аспирационная биопсия) позволяет объективно исключить опухолевый рост. Пневмозтанолосклеротерапия позволят добиться полного склерозирования кистозной полости у половины (46,9 %), заметного уменьшения – у 40,6 % больных и может применяться в клинической практике при условии исключения опухолевого процесса.

Литература

1. *Летягин В.Л. и др.* Лечение доброкачественных и злокачественных заболеваний молочной железы. М., 1997.
2. *Сидоренко Л.Н.* Мастопатия: Психосоматические аспекты. 2-е изд., переработ. и доп. Л, 1991.
3. *Огнерубов Н.А.* Мастопатия: возможности консервативной терапии. Воронеж, 2001.
4. *Collins B. et al.* Correlation of fine needle aspiration biopsy and 3-D magnetic resonance imaging of the breast: Abstr. 45th Annu Sci. Meet. Amer. Soc. Cytopathol. Boston, Mass, Nov. 4–8, 1997 // Acta cytol., 1997; 41, 5: 1592
5. *Logrono R. et al.* // Acta cytol.– 1998.– Vol. 42, № 5.– P. 1172–1176.

УДК 616.155.194:617-089

МЕТОД ОБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА В КЛИНИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

А. А. СОЛОМАХА*

Актуальность прецизионной подготовки пациента к проведению хирургического вмешательства, планирования гемотрансфузии, применения средств альтернативных донорским гемоконпонентам, прогнозирования риска возможных осложнений в раннем послеоперационном периоде является важной повседневной деятельностью хирурга. Проблема определения величины кровопотери в отечественной литературе посвящен обзор [1]. Авторы указывают на сложность изучения данной проблемы. Различают способы оценки гемодинамических показателей, гравиметрические, колориметрические, методы исследования объема циркулирующей крови (ОЦК). Колориметрическое определение гемоглобина в промывных водах осуществляется после стирки марли, которая была использована во время операции [2]. Baranofsky, Treboag предложили гравиметрический метод в 1946 году. Производилось взвешивание марли до и после операции [2]. Rains, 1953, взвешивал большого до и после оперативного вмешательства [2]. Scholbach, 1965, Kostrenska, Gregor, Konopka, 1968, вычисляли объем интраоперационной кровопотери по показателям цианогемоглобина методом спектрофотометрии промывной жидкости операционного белья, халатов, инструментов, электроотсосов. У больного устанавливалось содержание гемоглобина до операции по цианогемоглобину [2]. Г. А. Барашков (1955) установил зависимость объема кровопотери от частоты пульса, уровня артериального давления, показателей гемоглобина, удельного веса крови, гематокрита. Разработанная им таблица позволяет объективно, хотя и примерно, оценить величину кровотечения [2]. В практике часто используется экспресс-метод на основе индекса Алговера – Бари, характеризующий соотношение пульса и систолического давления, чем выше индекс, тем больше кровопотеря [3]. Наиболее известным методом установления ОЦК является детекция внутривенно введенных радиоактивных изотопов хрома – Cr-51, йода – Y-131. Но данная методика требует квалификации и времени [4]. До сих пор неизвестна устойчивость организма к кровопотере и резервы компенсаторных постгеморрагических реакций [3–4]. Но актуальность объективной оценки анемического синдрома в раннем послеоперационном периоде,

* Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко