

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Гистологическая картина нормальной слизистой дистального отдела пищевода нами обнаружена у 14,1 % больных основной и у 28,6 % больных контрольной группы. В обеих группах при НЭРБ чаще встречались гиперплазия базального слоя (65,0 %, 66,6 %, 53,7 %, 33,3 %, НЭРБ — основная и контрольная группы, ЭРБ — основная и контрольная группы соответственно, $p > 0,05$) и явления гиперкератоза (50 %, 33,3 %, $p < 0,05$, НЭРБ — основная и контрольная группы, 19,5 %, 16,7 %, $p > 0,05$, ЭРБ — основная и контрольная группы соответственно). Тогда как для ЭРБ были характерны значительная клеточная инфильтрация эпителия воспалительными клетками (нейтрофилами и эозинофилами) и наличие грануляционной ткани (внутри основной и контрольной групп, $p < 0,05$). Выраженность гиперкератоза была выше в основной группе, других показателей — в контрольной.

Только в эзофагобиоптатах старшей возрастной группы были диагностированы дискератоз, утолщение и склероз базальной мембраны. Они в два раза чаще были обнаружены при ЭРБ, отражая более существенные процессы дисрегенерации и атрофии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выявлены особенности гистологической картины слизистой оболочки дистального отдела пищевода при рефлюкс-эзофагите при ГЭРБ в старших возрастных группах. Полученные результаты свидетельствуют о значимости раннего морфологического исследования для своевременного распознавания воспалительных изменений слизистой оболочки пищевода у больных ГЭРБ пожилого и старческого возраста.

В.М. Пархоменко, О.В. Скатова

НЕЙРОВИЗУАЛИЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Росздрава (Чита)

Клиническая диагностика рассеянного склероза (РС) нередко представляет большие трудности в связи с отсутствием патогномичных признаков болезни.

Внедрение в клиническую практику нейровизуализационных методов исследования — самое большое достижение в диагностике РС за последние годы (ядерная магниторезонансная компьютерная томография — МРТ, рентгеновская компьютерная томография — КТ, вызванные потенциалы — ВП). Под наблюдением находилось 106 больных. КТ проведена у 26 больных, МРТ — у 18, ВП — у 12. По опыту нашей работы можно сказать, что далеко не всегда клинически подтвержденные случаи РС находят подтверждение при КТ. Но все-таки в 60–65 % случаев выявляются изменения, которые и можно отнести к проявлениям данного заболевания. Среди выявленных при КТ признаков особого внимания заслуживают очаги пониженной плотности в белом веществе. Чаще очаги бывают единичными, реже определяются 2–3 очага размерами от 3 до 20 мм. В основном данные очаги локализуются вокруг передних рогов и тел боковых желудочков, реже — в других отделах мозга, в том числе и в мозжечке. Контуры данных отделов довольно четкие. Отсутствуют признаки воздействия перидокального отека на срединные структуры. В стадии обострения процесс обнаруживается примерно в 30 % случаев, в то время как в стадии ремиссии — более 10 %. К КТ-признакам РС можно отнести увеличение желудочков различной степени и расширение субарахноидального пространства. Оба этих признака не специфичны и являются проявлением сопутствующих атрофических изменений. Наиболее чувствительным методом является МРТ. Чувствительность МРТ при РС оценивается в 90–95 %, таким образом, отсутствие изменений на МРТ головного и спинного мозга почти наверняка исключает диагноз РС. Чаще всего очаги обнаруживались перивентрикулярно — 90 %, в мозолистом теле — 80 %, изолированные очаги в белом веществе — 75 %, реже в мозжечке — 35 %, и всего один случай в базальных ганглиях. Очаги в базальных ганглиях и черной субстанции выявляются значительно чаще (в 40–50 % случаев), хотя клинические проявления поражения экстрапирамидной системы при РС достаточно редко.

Для подтверждения диагноза РС по МРТ используются диагностические критерии МРТ F.H. Fazekas: наличие не менее трех очагов, два из которых размером более 6 мм, расположенных перивентрикулярно, или один очаг расположен субтенториально. Значение исследования вызванных потенциалов (ВП) заключается в выявлении очагов поражения ЦНС, которые «не звучат» клинически, а также данный вид исследования служит подтверждением сомнительных клинических данных. Из 12 исследуемых больных зрительные ВП (очаги демиелинизации) были изменены в 75 % слу-

чаев, а слуховые ВП — в 35 % случаев. Следует иметь в виду, что на ранней стадии заболевания выявление поражения ЦНС с помощью ВП не всегда возможно. Кроме того, изменение ВП не является специфичным для РС.

Таким образом, наиболее чувствительным методом является МРТ. Отсутствие изменений на МРТ головного и спинного мозга позволяет исключить диагноз РС.

**А.П. Перинов, Г.С. Бадмаева, В.О. Дагбаева, П.И. Косоротиков, В.Е. Нелип, И.А. Шагдурова,
Э.С. Красник, К.Х. Соболева, А.Д. Банзаракцаев**

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Бурятский республиканский онкологический диспансер (Улан-Удэ)

В республике Бурятия рак молочной железы является одним из самых распространенных видов злокачественных опухолей у женщин. Несомненно, отрадным является факт улучшения качества первичной диагностики рака молочной железы. Так, в 2006 году возрос процент первично выявленных больных раком молочной железы с I и II стадией заболевания (61,2 % против 55,6 % в 2002 году). Именно при ранних стадиях рака молочной железы удается получить наиболее высокую продолжительность жизни и проводить лечение с наименьшими затратами. Снизилось число больных с распространенными стадиями заболевания: с III стадией — с 30,6 % в 2002 году до 28,1 % в 2006 году, а с IV стадией — с 14,1 % в 2002 году до 10,7 % в 2006 году.

К сожалению, далеко не всех больных раком молочной железы можно эффективно вылечить с использованием только локальных методов воздействия (лучевая терапия или операция). Основная масса больных нуждается в системных методах терапии (полихимиотерапии, гормонотерапии, таргетной терапии). Благодаря успехам, достигнутым в комплексном лечении больных раком молочной железы, стало меняться отношение к прогнозу заболевания. В настоящее время рак молочной железы считается хроническим заболеванием, и в зависимости от стадии процесса ставится задача полного излечения или prolongации жизни больного на 5 и более лет.

Больная П., 48 лет, обратилась в Бурятский Республиканский онкологический диспансер в январе 2005 года с жалобами на уплотнение и отечность левой молочной железы. Проведено обследование (маммография, пункция молочной железы с цитологическим исследованием, обзорная рентгенография органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, сканирование скелета, общий анализ крови, мочи). В анамнезе у больной указание на онкопатологию отсутствовало. Среди близких родственников также не было зарегистрировано случаев рака. Был выявлен рак левой молочной железы T4N1M1, IV стадия, инфильтративно-отечная форма, метастазы в легкие, II кл. гр. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки определялись множественные очаговые тени по легочным полям с обеих сторон различного размера метастатического характера, увеличение всех групп лимфатических узлов. Учитывая возраст и общее состояние больной, было решено начать лечение с полихимиотерапии. Всего было проведено 8 курсов неоадьювантной полихимиотерапии с включением таких препаратов, как паклитаксел и доксорубицин. На фоне проведения полихимиотерапии отмечалась положительная динамика в виде уменьшения отечности левой молочной железы, регресс метастатических образований в легких. После проведения 8 курсов полихимиотерапии легочные поля были без свежих очаговых и инфильтративных теней. 21.01.2006 года больной была выполнена расширенная радикальная мастэктомия по Пейти-Диссону. Послеоперационное течение протекало без особенностей. Гистологическое исследование: инфильтрирующий рак молочной железы с метастазами в лимфатические узлы. В послеоперационном периоде вновь было проведено 4 курса полихимиотерапии по аналогичной схеме. Лечение было закончено в мае 2006 года. С мая 2006 года больная принимает аримидекс по 1 мг в сутки. При контрольном обследовании в марте 2007 года в онкодиспансере данных за отдаленные метастазы не выявлено.

Таким образом, современные методы лечения больных диссеминированным раком молочной железы приводят к достижению клинической ремиссии в течение максимально возможного времени, увеличивают продолжительность жизни больных и улучшают ее качество, при этом тактика лечения для каждого конкретного больного должна быть индивидуальна.