

зом, более эффективным методом диагностики является маммографический, в сочетании с цитологическим. При оценке диагностической эффективности сочетания сонографического и цитологического методов выявлено, что совпадение положительного ультразвукового и цитологического методов было преобладающим и наблюдалось в 68%; только цитологический метод позволил выставить диагноз рака в 24%. В 8% случаев диагноз злокачественного новообразования был подтвержден только цитологически, при отсутствии сонографической картины рака молочной железы. Данное наблюдение подтверждает постулат о лидирующей позиции цитоморфологической верификации в окончательной постановке диагноза злокачественного новообразования. Детальная ретроспективная оценка результатов диагностических параллелей лучевых и цитологического методов обследования больных с раком молочной железы позволила выявить следующие соответствия диагноза и метода: рентгенологический метод проведен у 62 пациенток (51%), что составило соответствие диагноза и метода в 44 случаях (73%); сонографическое исследование молочных желез проведено у 94 женщин (78%) и ему соответствует совпадение в 67 случаях (67%); цитологическое исследование при тонкоигольной аспирационной биопсии опухоли проведено у 120 женщин (100%), диагноз подтвержден у 110 (92%). При ретроспективном анализе морфологической структуры опухоли у обследуемого контингента отмечено преобладание недифференцированной формы рака: в 2007 г. – 7 больных (17,5%), 2008 – 10 (25%), 2009 – 12 (30%), всего – 29. Низкодифференцированный рак в 2007 г. не наблюдался, в 2008 – 3 (7,5%), 2009 – 1 (2,5%), всего – 4. Скирр обнаружен в 2007 г. – 11 (27,5%), 2008 – 3 (7,5%), 2009 – 3 (7,5%), всего – 14. Солидный рак выявлен в 2007 г. – 12 (30%), 2008 г. – 6 (15%), 2009 г. – 10 (25%), всего – 28. Протоковый рак: 2007 – 2 (5%), 2008 – 6 (15%), 2009 – 4 (10%), всего – 12. Железистый рак: 2007 – 5 (12,5%), 2008 – 7 (17,5%), 2009 – 2 (5%), всего – 13. Инфильтративный дольковый рак – только в 2009 г и составил 2,5% (1 человек). С заключением «клетки рака» (в связи с глубоким лекарственным патоморфозом): 2007 – 3 (7,5%), 2008 – 5 (12,5%), 2009 – 7 (19%), всего – 15. Проллиферация с началом малигнизации отмечена лишь в 2009 г. – 1 человек (2,5%).

Таким образом, были диагностированы опухоли лишь эпителиальной природы. По стадиям больные распределились следующим об-

разом: I стадия ($T_1N_0M_0$) – 12, II A стадия ($T_2N_0M_0$, $T_1N_1M_0$) – 61, II B стадия ($T_2N_1M_0$) – 26, III A стадия ($T_2N_2M_0$) – 14, III C стадия ($T_2N_3M_0$) – 7. Анализируя градацию по стадиям, можно сделать заключение о преобладании пациентов со II стадией заболевания.

Подводя итоги проделанной работе, можно сделать следующие выводы: сохраняется значительный процент расхождения лучевых результатов диагностики, что требует оптимизации метода обследования, тщательный отбор пациенток на определенную методику в соответствии с возрастом и репродуктивным статусом; введение в работу стереотаксического комплекса для маммографии, что позволит увеличить процент верификации при непальпируемых формах рака молочной железы; включение в комплекс обследования методику прицельной трепанбиопсии новообразований под контролем УЗИ; продолжить ежегодный анализ цитоморфологической верификации опухолей в совокупности с лучевыми методиками.

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Ж.К. Сагандыков

ГККП №7, г. Астана, Казахстан

Язвенная болезнь и эрозивный гастродуоденит – серьезные хронические заболевания, частота которых ежегодно увеличивается [1]. Клинические проявления этой патологии варьируют в зависимости от возраста, сопутствующих заболеваний, проводимого лечения. Нередко атипичное, бессимптомное или малосимптомное течение язвенной болезни [2].

Ведущую роль в диагностике язвенной болезни и ее осложнений играет эндоскопическое исследование [3]. Оно позволяет подтвердить или отвергнуть диагноз, точно определить локализацию, форму, глубину и размеры язвенного дефекта, оценить состояние дна и краев язвы, уточнить сопутствующие изменения слизистой оболочки, а также нарушения моторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки, обеспечивает возможность контроля за динамикой процесса. Специальные методики позволяют выявить *Helicobacter pylori* в биоптатах слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки [4, 5].

Цель работы: изучить клинические и эндоскопические особенности течения язвенной

болезни желудка, двенадцатиперстной кишки и эрозивного гастродуоденита в современных условиях.

Материалы и методы: Работа выполнена на базе ГККП №7 г. Астаны. Согласно дизайну исследования проведен анализ 164 амбулаторных карт пациентов, проходивших лечение у гастроэнтеролога за период с января по декабрь 2011 года с диагнозом язвенная болезнь или хронический эрозивный гастродуоденит. Часть больных наблюдались в динамике во время приема в поликлиники по поводу обострения процесса. Средний возраст больных составил $32,5 \pm 7,5$ лет. Из 164 пациентов 77 (47%) страдали язвенной болезнью, а 87 (53%) хроническим гастродуоденитом. Мужчин было 113 (69%), женщин 51 (31%). Преобладание мужчин статистически достоверно ($p < 0,001$, $\chi^2 = 11,38$), что согласуется с данными литературы. Еще большее преобладание мужчин выявлено в группе с язвенной болезнью. Среди лиц с язвенной болезнью, мужчин было 79%, а в группе исследуемых с эрозивным гастродуоденитом – 60%. Отягощенная наследственность по гастропатологии отмечена у 106 из 164, включенных в исследование, что составило 64%. В группах мужчин и женщин наследственная отягощенность по гастропатологии оказалась идентична и не зависела от диагноза.

Результаты и их обсуждение:

Длительность клинических проявлений гастродуоденальной патологии в анамнезе у обследованных составила от 1 месяца до 10 лет, причем преобладало длительное предшествующее течение заболевания, независимо от того, чем болел – язвенной болезнью или эрозивным гастродуоденитом. У большинства (73%) клинические симптомы присутствовали более одного года. При этом лишь 36% исследуемых обратились к врачу в течение года после появления первых симптомов заболевания.

Из 77 пациентов с язвенным процессом, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки диагностирована у 71 исследуемого (92%), язвенная болезнь желудка – у 6 (8%). После проведения обязательной ФГДС, наиболее частой локализацией патологического процесса у пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки явилась задняя стенка луковицы, а у 5 больных отмечались множественные язвы луковицы ДПК (7%). У 39 пациентов и выявлено серьезное осложнение – рубцовая деформация луковицы ДПК.

Необходимо подчеркнуть, что частота развития деформации луковицы ДПК не зависела

от длительности течения заболевания ($r = 0,03$; $p = 0,8$), что указывает на важность ранней диагностики, своевременного лечения, диспансерного наблюдения и реабилитации больных с язвенной болезнью с самого начала заболевания. Важно, что клиническая картина была идентична в группе, как мужчин, так и женщин, а также не зависела от диагноза, что свидетельствует о невозможности дифференциальной диагностики язвенной болезни и хронического эрозивного гастродуоденита только на основании клиничко-анамнестических данных и требует проведения эндоскопического обследования всем больным с подозрением на данную патологию.

Эндоскопическая картина рубцово - язвенных стенозов выходного отдела желудка в субкомпенсированной стадии отмечалась у 57 пациентов, зависит от локализации и глубины язвы, поражения стенки желудка или двенадцатиперстной кишки воспалительным процессом. Рубцевание препилорических язв отмечалось у 51 человек, которые чаще локализовались на верхней и прилежащих к ней передней и задней стенках желудка, рубцы и складки слизистой оболочки приводят к деформации и сужению этого отдела желудка и затрудняют его опорожнение. У 10 человека, при расправлении складок в области стеноза обнаруживались язвы и деформированный привратник со щелевидным удлинением пораженной стенки пилорического канала. При этом можно было диагностировать не только хроническую язву, но и старые рубцы, суживающие привратник.

Число пациентов с язвой пилорического канала и начальной части луковицы двенадцатиперстной кишки составило 17 человек, эндоскопическая картина была, как правило, следующей: рельефы слизистой оболочки препилорического отдела желудка были продольными лучистыми складками и беловато-желтыми рубцами, соответствующими локализации язвы. Область стеноза часто имела вид «замочной скважины». В основном привратник выглядел деформированным, сужавшимся и плохо расправлялся воздухом.

У 39 пациентов, рубцово-язвенный процесс с язвы луковицы распространялся на привратник, что, в свою очередь, при прохождении перистальтической волны затрудняло его полное смыкание. Однако провести дистальный конец эндофиброскопа в двенадцатиперстную кишку из-за выраженного стеноза не удалось у 18 больных.

Вне обострения язвенной болезни после прохождения курса лечения у 16 исследуемых связи с исчезновением язвенного дефекта и воспалительной инфильтрации проходимость привратника в стадии субкомпенсированного стеноза восстанавливается.

У 9 из 77 исследуемых с язвенной болезнью было диагностировано желудочно - кишечное кровотечение. Важным клиническим симптомом, указывающим на высокую вероятность желудочно-кишечного кровотечения у пациентов с обострением язвенной болезни желудка и ДПК, является отсутствие изжоги. Желудочно-кишечное кровотечение отмечено у 7 из 23 пациентов, не страдающих изжогой, что составило 30% и только у двух из 54 (4%) пациентов с изжогой, разница статистически достоверна ($p=0,03$; $X^2=8,73$).

При проведении фиброгастроскопии гастро-эзофагеальный рефлюкс был выявлен у 20% пациентов, дуодено-гастральный рефлюкс – у 30% пациентов из 164 обследованных. У 7% больных гастро-эзофагеальный и дуодено - гастральный рефлюкс сочетались. При язвенной болезни по сравнению с эрозивным гастродуоденитом достоверно чаще встречался дуодено-гастральный рефлюкс, это 29 из 77 больных, что составляет 38%, по сравнению с больными с хроническим эрозивным дуоденитом – 19 из 87 пациентов (22%), ($X^2=4,21$; $P<0,04$).

Выявлено достоверное нарастание частоты дуодено-гастрального рефлюкса по мере увеличения длительности заболевания. При длительности заболевания от 1 до 12 месяцев дуодено-гастральный рефлюкс выявлен у 24% больных, от 25 лет до 30 лет – у 47%, от 31 до 36 лет – у 50%, более 36 лет – у 57%.

Проводилось комплексное лечение. В терапии использовались антибиотики, препараты висмута, H_2 -гистаминоблокаторы, блокаторы протонной помпы, витамины, адаптогены, седативные препараты, физиотерапевтические методы, иглорефлексотерапия. В качестве антибактериальной терапии, больные получали метронидазол в комбинации с одним из антибиотиков: тетрациклином, амоксициллином, кларитромицином в общепринятых дозах. Осложнений антибактериальной терапии не отмечено. Клинико-эндоскопическая ремиссия достигнута у 136 из 164 пациентов (83 %). У остальных 17% отмечалось улучшение.

При сопоставлении групп, получавших тетрациклин, амоксициллин и кларитромицин не было получено статистически достоверной разницы по времени лечения как до проведе-

ния контрольной ФГС, которая выполнялась в среднем на 21 сутки, так и по частоте достижения клинико-эндоскопической ремиссии.

Таким образом, можно сделать выводы:

1. Частота развития деформации луковицы ДПК не зависит от длительности течения заболевания, что указывает на особую важность ранней диагностики, своевременного лечения и диспансеризации с самого начала заболевания.

2. Дифференциальная диагностика язвенной болезни и хронического эрозивного гастродуоденита возможна только при сопоставлении клинико-anamnestических данных и результатов эндоскопического исследования.

3. Частота вероятности дуоденогастрального рефлюкса увеличивается с течением заболевания.

4. В связи с идентичностью результатов терапии в группах, получавших тетрациклин, амоксициллин и кларитромицин, следует считать полусинтетические пенициллины и макролиды, лишённые общеизвестных побочных эффектов тетрациклина, антибиотиками выбора в составе комплексной терапии язвенной болезни и хронического эрозивного гастродуоденита.

Литература:

1. Литвицкий П.Ф. Патофизиология/ Учебник для вузов в 2 т. – М.: ГЕОТАР МЕД, 2002. – Т. 2. – С. 237-272.
2. Патофизиология. Курс лекций / Под ред. П.Ф. Литвицкого. – М., 1995. – С. 539-550.
3. Руководство по клинической эндоскопии / Под. Ред. В.С. Савельева. – М.: Медицина, 1985.
4. Питер Р. Мак Нелли. Секреты гастроэнтерологии. – М.: БИНОМ, СПб.: Невский диалект, 2001. – 1032 с.
5. Физиология и патофизиология желудочно-кишечного тракта / Пер. с англ. под ред. Дж.М. Полак, С.Р. Блума, Н.А. Райта, А.Г. Батлера. – М.: М, 1989. – 496 с.
6. Янукий Н.А., Седов В.М., Морозов В.П. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 376 с.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ РАКОМ ЛЕГКОГО

Д.Д. Сехниаидзе, В.Ю. Зуев, Е.Н. Десятов, А.В. Лыцов, Т.Л. Обухова, А.Н. Лагутов, А.В. Самойлов, Н.П. Кондратьев

Тюменский ООД

Цель исследования: определить алгоритм диагностики и хирургической тактики у пациентов с периферическими раками легкого при использовании видеоэндоскопических технологий.