

выражается в нагрубании желез, появлении ощущения распирания, нарастании отежности стромы, увеличении кровенаполнения, появлении уплотнений в лютеиновую фазу менструального цикла. Это результат пролиферативных изменений протоков и эпителия молочной железы под влиянием прогестерона [1, 5]. Выделения из сосков встречаются у 5–6% женщин. Они могут быть кровянистыми, серозными, молозивными, гнойными. Цвет выделений может быть самый разнообразный и чаще всего не указывает на причину возникших изменений [6]. Клиническое обследование остается одним из высокоинформативных (91,8%) методов выявления заболеваний молочной железы которое складывается из осмотра и пальпации молочных желез и зон регионарного лимфооттока [5]. Доступность молочных желез для обследования и кажущаяся простота диагностики часто ведет к неправильной интерпретации результатов клинического исследования. Все это ведет к гипо- и к гипердиагностике. Мануальное обследование должно дополняться рентгенологическим, ультразвуковым (УЗИ), радиотермометрией (РТМ-диагностикой) и другими видами инструментальных исследований

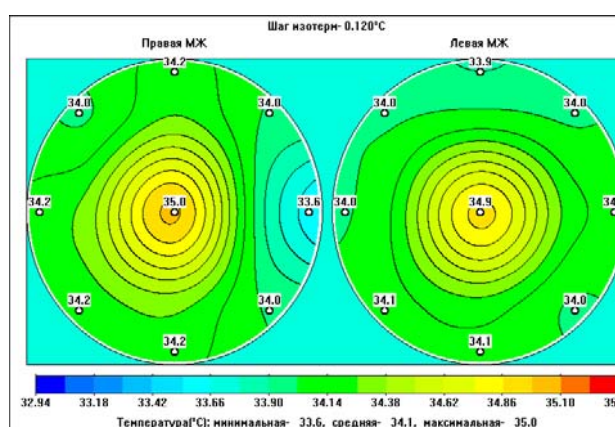


Рис. Термографическая картина молочных желез при РТМ-диагностике

Для окончательного подтверждения клинического диагноза и уточнения степени распространенности процесса в молочной железе применяются дополнительные методы исследования. Основным методом объективной оценки состояния молочных желез является маммография, которая обеспечивает документацию морфологических изменений в молочной железе и динамическое наблюдение за ее состоянием. С помощью данного метода можно своевременно распознать патологические изменения в молочных железах в 85–97% случаев. Рентгеномаммография назначается обычно после 35–40 лет, в дальнейшем – 1 раз в год. По данным наших клинических исследований, процент достоверности маммографического исследования в диагностике рака составляет от 75 до 95%. По данным литературы, точность диагностики при ультразвуковой томографии составила 75–86%, при использовании датчика для исследования поверхностно расположенных структур 5,0 МГц, а появление датчиков 7,5–10 МГц позволило дифференцировать опухоли менее 1 см [2, 5, 6]. УЗИ позволяет выявить регионарную распространенность ракового процесса по данным изучения состояния лимфатических узлов, что имеет практическое значение.

Менее распространенным, но высокочувствительным, надежным и эффективным методом диагностики заболеваний молочной железы является радиотермометрия. Этот метод основан на исследовании излучения глубоко лежащих тканей в дециметровом диапазоне длин волн. Принципиальным является то, что изменение внутренней температуры наступает раньше, чем структурные изменения тканей, что дает возможность обнаружения патологии на ранних стадиях заболевания. В последнее время в связи появлением диагностического комплекса РТМ-01-РЭС, позволяющего регистрировать не только тепловые, но и количественные перепады температур, стало возможным выявление многих признаков, специфичных только для заболеваний молочной железы. Диагностический комплекс РТМ-01-РЭС предназначен для измерения интенсивности собственного электромагнитного излучения внутренних тканей пациента в диапазоне сверхвысоких частот, которое пропорционально температуре тканей.

Так как биоткани относительно прозрачны для электромагнитных волн радиодиапазона, это позволяет измерять температуру тканей на глубине нескольких сантиметров. Изменение температуры (температурная аномалия) может быть клинико-биологическим критерием различных состояний в норме и патологии молочных желез. Молочные железы чутко реагируют на физиологические изменения, обусловленные гормональной регуляцией, что имеет свое отражение в температурной реакции, являющейся показателем изменений гомеостаза вызванного регуляцией гормональной системы. Не только физиологические, но и патологические процессы имеют свои специфические температурные критерии, фиксируемые РТМ-методом. [2, 5] Температурные показатели внутренних тканей зачастую предшествуют структурным изменениям, имеют специфическую термографическую картину, что не фиксируется другими диагностическими методами (рис.).

РТМ-диагностика позволяет контролировать динамику течения ФКБ в процессе лечения. Наряду с маммографией и УЗИ радиотермометрия является высокоэффективным методом выявления рака молочной железы и пролиферативных изменений в ткани молочной железы. Метод РТМ требует дальнейшего изучения и совершенствования и может быть рекомендован для применения в диагностических, динамических и скрининговых обследованиях в лечебных учреждениях. При подозрении на рак и невозможности его подтверждения дополнительными методами прибегают к последнему и наиболее информативному методу диагностики – секторальной резекции молочной железы со срочным гистологическим исследованием.

Литература

1. Бурдина Л.М. Лечение заболеваний молочных желез и сопутствующих нарушений менструальной функции мастодином: Современные аспекты лечения заболеваний молочных желез. Мат-лы научно-практ. конф. – М., 2004. – С. 9.
2. Бурдина Л.М. // Маммология. – 1996, №4. – С. 9–10
3. Летагин В.П. // Рус. мед. ж. – 2000. – Т. 8, № 11. – С. 468.
4. Рожкова Н. // Медицина и общественные организации на страже женского здоровья: Современ. аспекты лечения заболеваний молочных желез: Мат-лы науч.-практ. конф. – М., 2004. – С. 3.
5. Харченко В. Рожкова Н. Лучевая диагностика заболеваний молочной железы, лечение и реабилитация. – Вып. 1: Лучевая и инструментальная диагностика заболеваний молочной железы. Рос. науч. центр рентгенодиагностики МЗ России, М., 2000.
6. Тагиева Т., Волобуев А. // Гинекол. – 2000. – № 3. – С. 84.

УДК 616.37-002

РОНКОЛЕЙКИН В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

А.З. ГУСЕЙНОВ, Д.А. ИСТОМИН, МИР АБУ ЗАХИД*

В настоящее время отмечается неуклонное возрастание частоты острого панкреатита (ОП) среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, у 20–42% пациентов развитие заболевания носит деструктивно-некротический характер, который резко снижает вероятность благоприятного исхода заболевания из-за увеличения количества осложнений [1, 4]. Хотя общая летальность при ОП в последние годы снизилась до 8–20%, при деструктивных формах она стабильно составляет 51–84% [2, 5]. Все это подчеркивает актуальность проблемы своевременной диагностики и адекватного лечения ОП. Показания и методы хирургического лечения в принципе определены и разработаны под различные варианты течения заболевания. Консервативное лечение ОП направлено на борьбу с болью, угнетение секреции поджелудочной железы, инактивацию ферментов, поступивших в кровь и окружающие ткани, уменьшение спазма сфинктера Одди, борьбу с нарушениями гемодинамики, коррекцию водно-электролитных нарушений [3, 4]. Среди этих задач важной является предупреждение и борьба с инфекцией. Синдром иммунной недостаточности формируется в ранние сроки ОП и во многом предопределяет прогрессию эндотоксикоза и

* Кафедра хирургических болезней №1 Тульского государственного университета

нарастание органных дисфункций. Своевременная иммунокоррекция на фоне хирургического лечения острого деструктивного панкреатита рассматривается как необходимый компонент комплексного лечения пациентов с этой патологией [2, 3].

Недостаточность продукции провоспалительных цитокинов (интерлейкина-1, интерлейкина-2, интерлейкина-8 и фактора некроза опухоли-а) на фоне исходного иммунодефицита или их чрезмерное угнетение в результате включения механизмов негативного контроля системной воспалительной реакции приводит к осложненному течению хирургической инфекции [3]. С этих позиций вполне обоснованным является назначение иммуномодулирующей терапии, направленной на фоне исходного или развивающегося иммунодефицита к осложненному течению интерстициального и гнойно-некротического процесса при ОП.

Цель исследования – обоснование назначения и выработка оптимальной схемы использования рекомбинантного интерлейкина-2 (ронколейкина) в лечении больных ОП.

Материалы и методы. Работа включает обследование и консервативное лечение 58 больных с различными формами панкреатита. Основную группу составили 43 больных. Мужчин было 31, женщин – 12. Средний возраст 55,2±4,7 года. Среди больных с интерстициальной формой было 30, с панкреонекрозом – 13. В контрольную группу вошли 15 больных, из которых 12 составили больные с отечной формой, с панкреонекрозом – 3. Возраст и пол больных были сопоставимы.

Всем больным при поступлении в стационар проводились стандартная лабораторная и инструментальная диагностика, а также комплексная терапия, включающая введение октреотида, 5-фторурацила, антибиотиков, в основном цефалоспоринов III–IV поколений, инфузионную, дезинтоксикационную, десенсибилизирующую и анальгетическую терапию. В отличие от контрольной, больные основной группы с момента поступления получали дополнительно препарат ронколейкин, который вводили внутривенно медленно через день по 500 тыс. ЕД на 400,0 мл 0,9% раствора хлористого натрия, всего на курс – 5 млн ЕД. Эффективность лечения оценивалась по показателям: развитие осложнений и летальность в послеоперационном периоде, длительность пребывания в стационаре, динамика общего анализа крови, лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), продуктов перекисного окисления липидов (малонового диальдегида – МДА), ряда иммунологических показателей (Ig A, M, G), уровня циркулирующего иммунного комплекса (ЦИК).

Результаты. В табл. 1 см. лабораторные показатели больных основной группы при поступлении и в процессе лечения.

Таблица
Лабораторные показатели больных основной группы

Лабораторные показатели	Показатели основной группы		
	При поступлении	Через 9–11 дней	Через 18–21 день
Кол-во лейкоцитов	11,7±2,1	7,8±0,9	6,1±0,8
ЛИИ ед.	2,2	1,3	0,5
МДА ед.	4,0±0,6	3,6±0,5	2,9±0,3
ЦИК у.е.	146,8±4,2	110,7±3,5	83,2±3,2
Ig A г/л	2,4±0,07	1,8±0,03	1,68±0,03
Ig M г/л	0,71±0,05	0,93±0,06	1,1±0,05
Ig G г/л	7,84±0,24	8,3±0,21	9,11±0,34

Представленные в табл. данные о состоянии иммунной системы больных с ОП до лечения говорят о повышенной – II степени – эндотоксикоза с высоким уровнем ЦИК (146,8±4,2 у.е.). При рассмотрении динамики лейкоцитов периферической крови наблюдались следующие изменения. В послеоперационном периоде абсолютное количество лейкоцитов в обеих группах имеет тенденцию к снижению на 7-е сут., более выраженную в основной группе и менее значимую в контроле. К 14-м сут. во всех группах происходит нормализация количества лейкоцитов.

У всех пациентов имелась нормализация количества лейкоцитов с одновременным снижением лимфоцитов в крови на 10,7±1,2%. В целом ОП с эндотоксикозом II степени на этапе поступления больных в хирургический стационар приводил к дисфункции иммунной системы: угнетению активности цитотоксических супрессорных клеток и гуморального звена иммунитета с уменьшением концентрации IgM и IgG. Количество осложнений в основной группе оказались на 20,3% ниже, чем в контрольной группе и преимущественно были представлены реактивным

плевритом. Как показал анализ полученных данных, среднее пребывание больных в стационаре, исходя из такого показателя, как койко-день, был ниже в основной группе, составив 25±2,9, в то время как в контрольной группе он был на 4,1 выше. Летальных исходов в обеих группах не отмечено.

Более быстрая нормализация лабораторных показателей в основной группе на 5,4 к/дня ($p < 0,001$) свидетельствует об ускорении процессов регенерации ткани поджелудочной железы. Снижение уровня ЛИИ в основной группе объясняется не только детоксицирующими и иммуномодулирующими свойствами ронколейкина, но и достижением неосложненного течения заболевания. Одновременно, исходя из представленных данных отмечено, что в сыворотке крови больных наблюдается снижение концентрации IgM и IgG на 55,3±2,7% и 31,7±2,2% соответственно ($p < 0,05$) и увеличение концентрации IgA на 13,4±2,1%.

К 9-м сут. лечения в результате проведенной интенсивной комплексной терапии практически все больные отмечали субъективное улучшение самочувствия: ослабление болей в животе, появление перистальтики кишечника, исчезновение слабости, ослабление клинических проявлений эндотоксикоза (нормализация показателей гемодинамики и функции внешнего дыхания).

В целом отмечено увеличение относительного содержания лимфоцитов. В то же время имело место уменьшение показателя ЦИК на 22,8±6,3% ($p < 0,05$). Положительная клиническая динамика и регрессия эндотоксикоза в дальнейшем сопровождалась нормализацией иммунных нарушений. Данные иммунологических исследований показали, что у больных на 9-е сут. после проведенной комплексной иммунотерапии с включением ронколейкина происходила нормализация практически всех показателей иммунного статуса. Разумеется, положительный эффект применения рекомбинантного интерлейкина-2 (ронколейкина) возможен только при условии комплексного лечения больных с ОП с воздействием на все звенья патогенеза заболевания.

Включение в терапию больных с ОП ронколейкина позволяет изменить течение патологического процесса и в короткие сроки добиться детоксикационного и иммунокорригирующего эффекта у большинства больных, что является основанием к использованию ронколейкина в лечении острого панкреатита.

Литература

1. Кошель Ю.Н., Зубков О.В. Результаты хирургического лечения больных деструктивным панкреатитом / В кн.: Материалы 2-й Рос. гастроэнтерол. недели. – М., 1996. – 153 с.
2. Кузин Н.М. // Росс. Ж. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1999. – Т. 9, №5. – С. 9.
3. Мумладзе Р.Б. и др. // Анн. хир. – 1996. – № 3. – С. 37–41.
4. Савельев В.С. и др. // Хирургия. – 1993. – № 6. – С. 22–28.
5. Толстой А.Д. и др. // Вест. хир. – 1999. – № 2. – С. 43–45.

УДК 616.36-004.4-085.246.2-07-008.9

СОСТОЯНИЕ ЭНДОКРИННО-МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ ПРИ РАЗНЫХ ВАРИАНТАХ ПЛАЗМАФЕРЕЗА

В.Н. КОХНО, Е.М. ЛОКТИН, О.В. РАУ, Л.А. ШПАГИНА*

Проблема алкогольного поражения печени касается лиц трудоспособного возраста, что определяет его социально значимый аспект для медицины и общества в целом. Несмотря на работы по изучению влияния хронической алкогольной интоксикации на функцию печени остаются непонятными главные звенья развития гепатоцеллюлярной недостаточности, что является одним из основных моментов отчасти неправильного подбора методов детоксикации. Включение мембранного плазмафереза в терапию позволяет снизить тяжесть эндотоксикоза и значительно ослабить повреждающее воздействие алкоголя на печень.

Цель исследования – оценка эндокринно-метаболического статуса у больных с алкогольным поражением печени при различных вариантах плазмафереза, разработка дополнительных критериев эффективности терапии эндотоксикоза.

* Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава, МУЗГКБ № 2, Новосибирск, Россия