

ЛИТЕРАТУРА

1. Велиев Н.А. Повышение эффективности эндолимфатической и лимфотропной терапии у больных с перитонитом: Дисс. ... канд. мед. наук. - Казань, 1990.
2. Горошчев Н.Н., Рудаков А.В., Дароев А. Заболевания двенадцатиперстной кишки. - М., 1984.
3. Дуоденко Г.И., Гарачатый И.А., Дуоденко В.Г. // Вестн. хир. - 1997. - № 1. - С. 20-23.
4. Иванов Г.Г. // Лаб. дело. - 1978. - № 5. - С. 277-280.
5. Петров В.П., Данищук И.В., Саввин Ю.Н., Канарейцева Т.Д. // Вестн. хир. - 1988. - № 1. - С. 27-30.
6. Постолов П.М., Гук Е.В. // Вестн. хир. - 1987. - № 1. - С. 141-143.
7. Рычагов Г.П., Гордеева В.В., Ачилова А.Б., Эрфан Ф.П. // Вестн. хир. - 1986. - № 10. - С. 17-23.
8. Dewar E.P., Ikon M.F. et al. // World J. Surg. - 1983. - Vol. 7. - P. 743-750.

Поступила 17.10.02.

DEVELOPMENT OF DUODENOGASTRAL REFLUX DEPENDING ON THE TYPE OF SURGICAL TREATMENT OF PYLORODUODENAL ULCERS

N.A. Veliev, I.N. Agaev, I.S. Malkov

S u m m a r y

The results of surgical treatment of 87 patients with complicated pyloroduodenal ulcers depending on the type of surgical treatment are analysed. The methods of determination of bile acids and specific electric resistance of stomach contents were used to determine the duodenogastral reflux. The treatment results show that the given parameters are correlated and depend on gravity of duodenogastral reflux. Duodenogastral reflux in patients in postoperative period after Bilrot I stomach resection is found by 1,5 times more rarely than after Bilrot II stomach resection.

УДК 618.73 : [615.835.3 + 615.849.19 + 615.38.015.2

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ГАЛАКТОФОРИТОМ

Д.М. Красильников, Б.К. Дружков, Р.Ф. Закиров, В.А. Пырков, Т.Д. Фоченкова, Н.В. Балатенко

Кафедра хирургии с курсами онкологии, анестезиологии и реанимации (зав. - проф. Д.М. Красильников) Казанского государственного медицинского университета, госпиталь ветеранов войны (главрач - Ф.Н. Закиров), г. Казань

На сегодняшний день одной из актуальных проблем общей хирургии остается лечение больных с внутрипротоковыми заболеваниями молочной железы, среди которых наиболее часто встречается галактофорит, осложняющий течение секреторной мастопатии в 30—40% случаев [3, 8]. При очевидных клинических проявлениях галактофорита проводимая системная антибактериальная терапия оказывается малоэффективной [8]. Это и предопределяет неудовлетворительные результаты лечения больных данной категории и создает предпосылки для разработки новых методов лечения больных секреторной мастопатией, осложненной галактофоритом.

План лечения больных галактофоритом следует составлять с учетом этиологии и патогенеза заболевания. Это заболевание является инфекционным, и поэтому антибактериальная терапия должна быть обязательным и ведущим компонентом в лечении. Учитывая многообразие бактериальной флоры, вызывающей данное заболевание, мы считаем необходимым в каждом случае про-

ведение бактериологического исследования секрета с целью выявления возбудителя и его чувствительности к антибиотикам. Вместе с тем это хроническое заболевание возникает в молочной железе при обязательном условии - наличии патологической секреции, обусловленной дисгормональными изменениями в молочной железе, лактацией или последствием ранее перенесенного мастита [8]. Патологический секрет и материнское молоко, содержащие в себе белок и углеводы, являются хорошей питательной средой для бактериальной флоры. Сама же секреция влияет на сфинктерные механизмы концевых отделов протока на соске и обуславливает проникновение бактериальной флоры в проток извне [6]. Поэтому галактофорит рассматривается нами не как самостоятельная патология молочной железы, а как осложнение секреторной мастопатии, первично обусловленной гормональными нарушениями или лактацией. В то же время мы не исключаем и возможность первично-инфекционного начала как следствия лактационного

мастит. По нашему мнению, присутствие таких причин развития заболевания характерно для тех больных, у которых патологические выделения с наличием бактериальной флоры обнаруживаются лишь из одного, двух протоков одной молочной железы без клинических признаков секреторной мастопатии. Однако и в этих наблюдениях первичным, очевидно, все-таки была повышенная секреция. При составлении схемы лечения мы непременно учитывали характер гормональных изменений, обуславливающих секреторную патологию. Они были чрезвычайно разнообразными в клинических проявлениях, однако в подавляющем большинстве случаев характеризовались гиперэстрогенизацией. Мы считаем, что очаговая или диффузная повышенная рецепторная активность протокового эпителия молочной железы тоже может определять повышенную концентрацию эстрогенов в них. Поэтому при назначении гормонотерапии мы учитывали выявленные нарушения гормонального баланса.

Длительный воспалительный процесс в протоках молочной железы характеризуется перидуктальной воспалительной реакцией тканей, нарушением обменных процессов с исходом в склероз и гиалиноз. Фиброзно-кистозная мастопатия также проявляется дистрофическими изменениями с уменьшением количества артериальных сосудов и их калибра и в то же время наличием "участков с более развитой артериальной сетью, соответствующих очагам атипической пролиферации" [2].

М.М. Авербах [1] констатировал резкое расширение лимфатических сосудов в очагах мастопатии и объяснял его значительным обогащением стромы тканевой жидкостью и застоем ее в лимфатических сосудах. Лимфостаз и лимфоплетора также создают условия для интенсивного развития склероза органа. М.М. Авербах [1] считает склероз и гиалиноз стромы вокруг расширенных протоков и кист, а также дезорганизацию долек молочной железы завершающим этапом формирования очага мастопатии. Таким образом, в очаге мастопатии, осложненном хроническим воспалительным бактериальным процессом, мы находим суммирование ведущих патоморфологических проявлений дисгормонального заболевания и воспалительного процесса, которые определяются очагами атипичес-

кой пролиферации на фоне глубокой дистрофии тканей молочной железы. Они-то и определяют, в первую очередь, грависность этой патологии в последующем злокачественном превращении. Поэтому раннее обнаружение секреторной мастопатии, осложненной галактофоритом, и ее своевременное излечение мы склонны рассматривать как вторичную профилактику протокового рака молочной железы.

В комплексной терапии 280 больных секреторной мастопатией, осложненной галактофоритом, нами были использованы следующие методы лечения в различных сочетаниях: ретромаммарная новокаиновая блокада с антибиотиком, индивидуально подобранным по результатам микробиологического анализа, озono-, лазеро-, гормоно-, витаминотерапия, лаваж протоков. Последний метод нами был применен впервые. Рутинное его использование в лечебной практике стало возможным благодаря применению моделированного хлорвинилового катетера и нашей модификации методики интубации им пораженного протока. Лаваж протоков молочных желез нами использовался в тех случаях, когда через 2—3 месяца после комбинации гормонотерапии с ретромаммарной новокаиновой блокадой и антибиотиками, а также с озono- и лазеротерапией галактофорит тем не менее определялся в 1—2 протоках молочной железы. Для санирования протокового русла использовали раствор димексида, трехкратно разведенный 0,5% новокаином.

Лазеротерапию проводили аппаратом АЛТП-22. Фотомодификацию осуществляли в непрерывном режиме (длина волны - 0,8 мкм, мощность - от 5 до 10 мВт), бесконтактным способом (расстояние от электрода-световода до кожи - 2 см). Время фотомодификации определяли в зависимости от массы молочной железы (от 3 до 5 минут). Количество сеансов достигало 8 на каждую молочную железу.

Озонотерапию применяли в виде ретромаммарных инъекций, озонированного физиологического раствора с концентрацией озона от 0,87 до 1 мг на 1 мл раствора, который получали с помощью синтезатора "Озон М-50". Мы использовали три схемы терапевтических методов лечения: первая - ретромаммарная новокаиновая блокада с антибиотиком, гормонотерапия, лаваж протоков молочной железы; вторая - озono-

терапия, системная антибиотикотерапия, гормонотерапия, лаваж протоков молочной железы; третья - лазеротерапия, гормонотерапия, системная антибиотикотерапия, лаваж протоков молочной железы.

Все перечисленные выше методы использовались ранее в лечении больных мастопатией и хроническими воспалительными процессами [4, 5, 7, 8]. Они улучшают метаболизм тканей молочной железы и восстанавливают ее нарушенную гормональную рецепцию. Однако их одновременное или последовательное применение в комбинированном патогенетически обоснованном лечении секреторной мастопатии, осложненной галактофоритом, было выполнено нами впервые. Лечение начинали обычно с 5—7-го дня менструального цикла сочетанием гормонотерапии с одним из методов противомикробного лечения, обладающего, кроме того, противовоспалительным и метаболическим эффектами (ретромаммарная новокаиновая блокада, озонотерапия, лазеротерапия). Обычно уже через 2—3 месяца секреторная активность прекращалась, но в ряде случаев сохранялись патологические выделения из 1—2 протоков молочной железы. Этим больным, не прекращая гормонотерапии, проводили лаваж пораженных протоков.

При использовании первой схемы комбинированного лечения выздоровление через три месяца наступило у 144 (84,7%) из 170 больных, второй схемы - у 74 (92,5%) из 80 пациентов, третьей - у 25 (83,3%) из 30. Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности второй схемы, что обусловлено мощным воздействием озонотерапии не только непосредственно на микробную флору, но и на метаболические процессы, повышающие иммунную активность самого организма. Известно, что даже местное применение озона оказывает общий терапевтический эффект на организм и стимулирует его иммунные свойства [10, 11]. Вместе с тем этот вид лечения оказался наиболее трудоемким и болезненным при выполнении ретромаммарной инфузии озонированного раствора. Больные отмечали быстрое исчезновение мастодинических проявлений, чувства тяжести и дискомфорта в молочных железах. Объем секрета значительно уменьшался уже после первой процедуры, однако в пос-

ледующем его динамика была менее выражена.

Первая схема лечения была менее результативна, однако ее преимущество состояло в нарастающем лечебном эффекте от процедуры к процедуре - устранялись не только субъективные проявления заболевания, но и уменьшались секреция и интенсивность патологической окраски секрета. Ретромаммарная новокаиновая блокада выгодно отличалась своей безболезненностью и относительной безопасностью. Кроме того, она избавляла больных от необходимости выполнения системной антибиотикотерапии. При галактофорите кровянистые выделения прекращались при использовании первой и второй схем комбинированного лечения уже после первой или второй процедуры.

У больных, в лечении которых применялась третья схема, были получены, казалось бы, наилучшие терапевтические результаты, однако следует отметить, что в эту группу входили и те больные, которые имели непереносимость новокаина или их бактериальная флора оказывалась нечувствительной к примененным антибиотикам. В случаях недостаточной эффективности лазеротерапии мы применяли интенсивный и многократный селективный лаваж протоков, что увеличивало общую продолжительность лечения по сравнению с таковой при первых двух схемах.

При использовании первой схемы лечения рецидивы возникли у 31 (21,5%) больной, второй - у 3 (4%), третьей - у 8 (26,6%). Рецидивы галактофорита характеризовались активизацией не только воспалительного процесса в протоках молочной железы, но и выделения секрета. Таким образом, при этом заболевании очевидна взаимообусловленность секреторного и воспалительного процессов. Мы не останавливаемся на лечении секреторной мастопатии, потому что основной задачей настоящего исследования была разработка наиболее эффективных методов местного лечения галактофорита. Однако необходимо учесть и тот факт, что причиной неизлеченности мастопатии примерно у каждой третьей больной является неизлеченный галактофорит. В тех случаях, когда наступали многократные рецидивы галактофорита, а на галактограммах обнаруживались выраженные фиброзно-кистозные изменения в пределах дрени-

руемой пораженным протоком доли молочной железы, мы выполняли селективную дуктолобэктомию. Такие операции были произведены 23 больным.

Полученные данные свидетельствуют о возможности значительного улучшения результатов комбинированного лечения секреторной мастопатии при ее бактериальном осложнении путем включения в комплекс лечебных мероприятий бактериостатической и противовоспалительной терапии, а также лечебных средств, направленных на восстановление нарушенной метаболической активности тканей молочной железы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авербах М.М. Патология дисгормональных заболеваний рака молочной железы. - М., 1958.
2. Журавлева Т.Б. // Арх. патол. - 1961. - № 3. - С. 45—50.
3. Закиров Р.Ф., Дружков Б.К. и др. // Казанский мед. ж. - 2001. - № 5.
4. Ибатуллин И.А. Гомеостаз и артериальная гипертензия. Сегментарное строение лимфатической системы и его клиническое значение. - Казань, 2000.
5. Кукин Н.Н. Диагностика и лечение заболеваний молочной железы. - М., 1972.
6. Королев М.П., Кутушев Ф.Х. и др. // Вестн. хир. - 1996. - № 3. - С. 16—18.
7. Лаптева Р.М., Баишева С.А., Фрязинова Т.С. Тезисы международной конференции "Новое в

лазерной медицине и хирургии". - М., 1990. - Ч. 2. - С. 51—52.

8. Розин Д.А. Опухоли молочных протоков. - Б.: Азернеша, 1989. - С. 376.

9. Peters F., Geisthovel F. et al. // Dtsch. Med. Wschr. — 1985. — Bd. 110. — S. 97—104.

10. Varro J. Ozonbehandlung von Krebskranken. In "Krebs in der Praxis". Medizinische Literaturische Verlagsgesellschaft, Uelzen 1969. 20. Vogelsberger, W., Herget, H.F.: Klinische Ozonanwendung. OzoNachrichten 1, (1983) 1.

11. Werkmeister H. // Tumorthérapie. - 1970. - Vol. 2. - P. 10—16.

Поступила 08.05.02.

CURRENT APPROACHES TO THE TREATMENT OF PATIENTS WITH GALACTOPHORITE

D.M. Krasilnikov, B.K. Druzhkov, R.F. Zakirov, U.A. Pyrkov, T.D. Fochenkova, N.V. Balatenko

S u m m a r y

The efficiency of the use of three schemes of combined treatment of 280 patients with galactophorite: action on bacterial flora, pathological secretion and affected metabolism of mammary gland tissue is determined. They proved to be highly effective and are recommended for introduction into clinical practice. Revealing of bacterial pathogene in secretory mastopathy and purposeful antibioticotherapy as well as lavage of ducts increase the efficiency of hormonal treatment of patients with mastopathy.

УДК 616. 24 - 006. 6 - 033. 2 : 616. 71

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА КОСТНЫХ МЕТАСТАЗОВ РАКА ЛЕГКОГО

М.К. Михайлов, А.В. Ларюков, С.В. Андриенко, Р.С. Куртасанов, Р.В. Заринов, Ф.Ш. Шайхутдинова

Кафедра лучевой диагностики (зав. — проф. М.К. Михайлов) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования, Клинический онкологический диспансер (главврач — докт. мед. наук Р.Ш. Хасанов) МЗ РТ, г. Казань

Вопросам прижизненной диагностики костных метастазов рака легкого не уделено должного внимания. Их частота и локализация изучены преимущественно по данным аутопсии [2, 5, 7, 11]. Трудности своевременной диагностики костных метастазов рака легкого в определенной степени объясняются возможностью малосимптомного и бессимптомного течения как первичной опухоли, так и отдаленных метастазов [6, 8], а также отсутствием алгоритма современных методов лучевой диагностики.

Цель настоящего исследования — улучшение ранней диагностики метастазов рака легкого в кости.

Мы располагаем результатами наблюдений за 234 больными раком легкого. Центральная форма рака легкого была выявлена у 145 (61,9%) больных, периферическая — у 89 (38,1%). По гистологической структуре больные распределились следующим образом: немелкоклеточный рак легкого был у 195 (83%), мелкоклеточный — у 39 (17%). Наряду с общеклиническими, инструментальными