

Таким образом, с увеличением протяженности вертеброгенного стеноза цервикального канала увеличивается вероятность развития шейной миелопатии и миелорадикулопатии, возрастает частота возникновения двигательных чувствительных и тазовых нарушений, увеличивается возможность появления более тяжелых форм миелопатии, растет степень тяжести по шкале ЯОА. При этом в 9 из 10 случаев поражается С₅-С₆, позвоночно-двигательный сегмент.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Попелянский Я.Ю. Вертеброгенные заболевания нервной системы. Вертебральные и цервикомембранные синдромы шейного остеохондроза - Казань, 1981 - Т. III. - С.263-269
- 2 Bohman H. Cervical spondylosis with moderate to severe myelopathy. Spine 9:358, 1984.
- 3 Brain W.R., Northfield D.W. Wilkinson M. The neurologic manifestations of cervical spondylosis. Brain 75:187-225, 1952.
- 4 Crandall P.H., Batzdorf U. Cervical spondylotic myelopathy. Journal of neurosurgery 25:57-66. (Vol. XXV, № 1, July.) 1966
- 5 Ferguson R.J.L., Caplan L.R. Cervical spondylitic myelopathy. Neurologic Clinics. - Vol. 3. № 2, May, 1985.373-382

УДК 618.19.006

Г.Х. Ханафиев, С.А. Берзин, И.Б. Зотова,
С.М. Демидов

ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЯ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ КАК ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МЕТОД ПРИ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Уральская государственная медицинская академия,
Городская клиническая больница № 40

Статистические данные свидетельствуют о неуклонном росте заболеваемости раком молочных желез (РМЖ) и смертности от него во всех странах мира. Распространенность этого заболевания делает задачу раннего его распознавания и профилактики чрезвычайно актуальной. Но не менее актуальной на наш взгляд является диагностика и лечение патологических состояний молочных желез (МЖ), многие из которых являются или расцениваются как предраковые.

С целью решения проблем предраковых состояний МЖ и был открыт маммологический центр на базе ГКБ № 40 г. Екатеринбург.

Одним из направлений деятельности центра, разрабатываемых в настоящее время, является использование и усовершенствование современных методов диагностики и лечения кистозных образований МЖ, в частности, пункционная биопсия (ПБ) под контролем УЗИ, в дальнейшем получившее "рабочее" название "санация кист под контролем УЗИ" методом

аспирационной и неаспирационной пункционной биопсии.

Цель проводимого исследования - показать преимущество ПБ под контролем УЗИ перед другими методами диагностики и лечения кистозных образований МЖ. Необходимость проведения этой работы возникла в связи с тем, что до настоящего времени остается открытым вопрос об этиологии, патогенезе и лечении кистозных образований МЖ, а также причины их большой частоты рецидивов.

Кроме того, имеются данные о нередких случаях обнаружения внутрикистозного рака и явлений малигнизации внутрикистозных образований. Имеющиеся литературные данные по этому вопросу в основном гипотетические, а лечебно-диагностическая тактика оставляет желать лучшего в свете последних тенденций к улучшению качества жизни пациентов. Все это значительно затрудняет работу практических врачей-маммологов и не позволяет удовлетворить потребности пациентов.

Проводимая в нашем центре работа позволяет показать сравнительное преимущество этого метода перед маммографией, цистографией, УЗИ, термографией и т.д. До сегодняшнего дня рентгенологическое исследование заболеваний МЖ является высокоинформативным методом. Но при диагностике кист сами авторы указывают на большие трудности, связанные с дифф. диагностикой кист МЖ и доброкачественными образованиями (фиброаденома, липома и т.д.). Пневмоцистография также не находит широкого применения в практике, т.к. рентгенооблучение далеко не безразлично для ткани МЖ при необходимости его неоднократного использования (имет место также дороговизна и трудоемкость методов рентгенообследования).

Ультразвуковой метод диагностики дает более полную информацию о количестве, размерах, структуре кист, наличии многокамерности, внутрикистозных образований, но не дает морфологической картины и не может быть использован как лечебный метод.

Имеющаяся на вооружении практического врача методика аспирационной и неаспирационной ПБ, выполняемая так называемым "слепым" методом, не позволяет качественно провести полное удаление кистозного содержимого, особенно в случаях многокамерных кист и кист с "толстой" фиброзной капсулой. Кроме того, "слепым" методом практически невозможно дать морфологическую оценку состоянию стенок кист и внутрикистозных образований.

Проводимые нами исследования также показали, что при неоднократных ПБ над кистозной полостью образуется фиброзный слой, затрудняющий в дальнейшем не только санацию кист, но и получение диагностического материала. Тот же фиброзный слой дает ложную клиническую картину рецидива кисты или опухолевого образования, что приводит к необоснованным операциям.

Материалы и методы. Предлагаемый нами метод аспирационной ПБ под контролем УЗИ позволяет безошибочно удалить кистозное содержимое не только одиночных, но и многокамерных кист. Разрешающая способность УЗИ даёт возможность санации

и получения диагностического материала даже из кистозных полостей диаметром до 5,0 мм, независимо от глубины их расположения (при достаточной квалификации специалиста УЗИ и хирурга, владеющего методикой ПБ молочных желез), т.е. в случаях непальпируемых образований.

При полном удалении кистозного содержимого наблюдается в большинстве случаев отсутствие рецидивов кист в МЖ. Использование метода санации кист под контролем УЗИ позволяет оптимизировать показания к секторным резекциям МЖ, улучшить качество жизни пациенток и может быть отнесено к разряду малоинвазивных методов оперативного вмешательства.

Еще одним важным достоинством данной методики является диагностика внутрикистозных образований, дающая возможность верифицировать клеточный состав данного образования с помощью прицельного забора материала методом неаспирационной ПБ.

Возможности метода ПБ под контролем УЗИ позволили нам использовать его для местного лечения кистозных образований МЖ, в частности внутрикистозное введение лекарственных препаратов, что даст несомненно преимущество данного метода перед другими вышперечисленными.

За период с июня 1998г. по август 1999г. в нашем центре проведено ПБ под УЗИ 150 пациенткам с кистозными образованиями МЖ, были получены следующие результаты:

1. Сочетание кист и фиброаденомы	6
2. Сочетание кист и ФАМ	20
3. Сочетание кист и ФКМ	20
4. Железисто-кистозная мастопатия	2
5. Цистаденопапилломы	4
6. Цистаденокарциномы	6
7. Рецидивные кисты	23
8. Кисты с замазкообразным содержимым	15
9. Многокамерные кисты	40
10. Кисты с явлениями воспаления	9
11. Кисты с явлениями нагноения	5
12. Кисты с явлениями дегенерации, в т.ч. гнойно-некротические	3

Из приведенных данных видно, что в некоторых случаях прицельно забирался материал из окружающей ткани, имеющих некистозных и внутрикистозных образований, что дало возможность определить обоснованно-необходимую лечебную тактику.

Примечательно, что в некоторых случаях мы видели наличие очагов хронического воспаления (по данным цитологического заключения) без каких-

либо местных клинических проявлений, а также различия по морфологической структуре кистозной содержимого, даже у одной больной.

Таким образом, использование возможностей метода ПБ под УЗИ позволяет нам говорить о различиях в этиологии и патогенезе кистозных образований МЖ, тем самым определяя неоднозначный подход к тактике лечения кистозных образований.

Более углубленные исследования кистозного содержимого в условиях лаборатории РИАГ в сочетании с исследованием гормонального статуса пациенток позволили предположить, что модели развития кист в молочных железах можно разделить на 4 группы.

1. солитарные (одиночные) кисты, появившиеся в результате травмы, мастита, рассосавшейся гематомы и т.д.
2. поликистоз, обусловленный закупоркой секреторных протоков на фоне так называемой "секреторной болезни".
3. поликистоз, обусловленный выраженными проявлениями фиброзной мастопатии.
4. поликистоз, не относящийся к вышперечисленным группам и обусловленный, как правило, нарушением гормонального статуса в ткани МЖ, выраженностью пролиферативных процессов (10-30-кратное превышение уровня эстрадиола, кортизола и прогестерона в кистозном содержимом, при этом уровень тропных гормонов оставался одинаковым в кистозном содержимом и в крови).

Следует отметить, что пациентки, имеющие такой поликистоз, труднее всего поддаются лечению каким-либо одним методом, поэтому возникла необходимость комплексного подхода к лечению этой группы пациенток (табл.1,2).

Достижения эндокринологии в последнее десятилетие повысили внимание к гормонотерапии в патологии гормонозависимых органов. Ткань молочной железы обладает выраженной чувствительностью к экзогенному и эндогенному влиянию гормонов. Эффект, вызванный гормонами, основан на их физиологических свойствах, на снижении или исчезновении тех гормонов, которые вызвали пролиферативные процессы в нормальной ткани.

Коррекция метаболического хаоса в организме, становление гармонии обмена веществ в клетках являются основой профилактики рака.

Под научным руководством проф. С.А. Берзина было принято решение прицельно, под контролем УЗИ вводить внутрикистозно лекарственные препараты для обеспечения местного воздействия на процессы кистообразования.

Таблица 1

Исходные данные

№	Возраст, лет	Одиночные кисты	Множественные кисты	Рецидивные кисты	Кисты на фоне «секреторной болезни»	Итого	%
1.	15-20	4	-	-	-	4	3,4
2.	20-30	6	9	-	4	19	16,0
3.	30-40	10	21	12	5	48	40,3
4.	40-50	5	25	11	6	47	39,5
5.	50-60	-	1	-	-	1	0,8
Всего		25/21%	56/47%	23/19%	15/13%	119	100

Таблица 2

Рецидивы после «санации» и комплексного лечения

№	Ноология	До лечения		Рецидивы После "санации"		Рецидивы после комплексного лечения	
		количество	%	количество	%	количество	%
1	Одиночные кисты	25	21	2	2	0	0
2	Множественные кисты	56	47	23	20	9	7
3	Рецидивные кисты	23	19	11	9	5	4
4	Кисты на фоне «секреторной болезни»	15	13	5	4	0	0
Всего		119	100	41	35	14	11

- Предпочтение было отдано глюкокортикоидам, предполагая использование их свойств:
- антиэкссудативное действие;
 - противовоспалительное действие;
 - склерозирующее действие;
 - АКТГ-ингибирующее действие.

При этом проводилось исследование степени пролиферативных изменений в кистозном образовании, наличие внутрикистозных образований, исследование гормонального статуса пациентов, оценка соматического состояния, анамнестические данные и т.д.

Непосредственные первые результаты - обнадеживающие и в 2 раза превосходят традиционные методы. Работа в этом направлении продолжается.

Выводы

1. Аспирационная ПБ+УЗИ-сравнительно безопасный высокоинформативный метод, позволяющий выявить наиболее измененные участки МЖ, а также выбирать оптимальное направление и глубину пункции.
2. На результативность метода ПБ влияют следующие факторы:
 - a. квалификация врача, производящего ПБ;
 - b. соблюдение правильной техники приготовления мазков;
 - c. количество полученного материала;
 - d. квалификация врача-цитолога.
3. Аспирационная ПБ+УЗИ позволяет оптимизировать показания к секторным резекциям и может быть отнесена к разряду малоинвазивных методов оперативных вмешательств.
4. Наспираторная ПБ+УЗИ позволяет верифицировать диагноз внутрикистозных образований и степень пролиферации стенок кисты.
5. Малоинвазивность метода дает возможность профилактики развития РМЖ послеоперационных рубцов, т.к. позволяет избежать пролиферативных изменений в области послеоперационной раны.
6. Аспирационная ПБ+УЗИ дает значительный лечебный эффект при полном опорожнении полости кисты, при отсутствии внутрикистозных образований и в зависимости от степени выраженности пролиферативных процессов в МЖ.

7. ПБ+УЗИ позволяет проводить местное лечение путем внутрикистозного введения лекарственных препаратов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Павлов К.А., Пайкин М.Д., Дьямарский Л.Ю. Онкология в практике поликлинического врача. – М.: Медицина, 1987. - С.50-54.
2. Рожкова Н.И. Рентгенодиагностика заболеваний молочной железы. – М.: Медицина, 1993. - С.65-95-121.
3. Берзин С.А., Лисьева С.Д. Возможности УЗИ как метода первого инструментального исследования в повседневной маммологической практике и скрининга // Уральское медицинское обозрение. - 1999. - № 1. - С.17-18.
4. Петров Ю.В. Рак молочной железы. – М.: Медицина, 1964. – С.24-27.
5. Дильман В.М. Эндокринологическая онкология. – Л.: Медицина, 1983. - С.203-205.
6. Сидоренко Л.Н. Гормонотерапия предрака и рака молочной железы. – Л.: Медицина, 1986. - С.3-7,11-14,19-30,43-45,50-51.

УДК 616.37-002: 615.847.11

И.Б. Хлынов, Т.Н. Постникова, О.Л. Андреева, С.В. Казанцева

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИЛЛИМЕТРОВОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА В ФАЗЕ ОБОСТРЕНИЯ

Уральская государственная медицинская академия, Городская клиническая больница №33

Актуальные проблемы хронического панкреатита (ХП) связана с широким распространением заболевания, трудностями его диагностики и лечения. Недостаточная эффективность современной медикаментозной терапии ХП обусловлена, в том числе, сложностью патогенеза заболевания, важной состав-