

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-

ной частью которого являются процессы свободнорадикального окисления липидов (СРОЛ) [3].

Одним из последних достижений медицины стала миллиметровая терапия (ММТ) [2]. Исследование эффектов ММТ обнаружило ее влияние на СРОЛ и антиоксидантную (АО) систему [1]. Это послужило основанием к проведению исследования по оценке эффективности миллиметровых волн на клинические проявления ХП, СРОЛ и АО статус.

Миллиметровая терапия заключается в воздействии на организм электромагнитными волнами миллиметрового диапазона. Исследование проведено у 72 больных ХП в фазе обострения и 12 здоровых лиц, составивших контрольную группу. Средний возраст больных 49,7±2,2 лет, средняя длительность заболевания 12,9±0,8 лет. В соответствии с задачами исследования больные разделены на три группы. В первой группе больные получали базисную медикаментозную терапию (ферментный препарат, Н-6-экозор рецепторов гистамина, нестероидный противовоспалительный препарат) и сеансы плацебо. Сеансы плацебо заключались в установке аппарата для миллиметровой гералии (ММТ) без его включения. Во вторую группу вошли пациенты, получающие вместе с базисной медикаментозной терапией сеансы ММТ на длине волны 7,1 мм. В третью группу вошли пациенты, получающие вместе с базисной медикаментозной терапией сеансы ММТ на длине волны 5,6 мм.

Группы были сопоставимы по возрасту, длительности заболевания, структуре этиологических и клинических форм заболевания. Исследование было рандомизированным. О режиме ММТ пациент, лечащий врач и исследователь лабораторных показателей не знали. При сравнении величин до и после лечения применялся t-критерий Стьюдента.

В соответствии с задачами исследования до и после лечения исследовали содержание МДА в крови по методу И.Д. Стальной, Т.Г. Гаршвили (1977), результат выражали в молях на литр крови. Для исследования антиоксидантной активности (АОА) сыворотки крови использовали модельную систему (Ю.О. Теселкин, 1987г.), результат - показатель окисления выражали в процентах накопления МДА в опытной пробе по сравнению с контролем.

Исследование клинической эффективности комплексной терапии с включением миллиметровых волн показало, что курс ММТ, по сравнению с группой плацебо, в среднем на два дня ( $p < 0,05$ ) сокращает длительность болевого синдрома, повышает частоту купирования астенического синдрома с 2,75 до 4,8 раз, уменьшая срок стационарного лечения в среднем на два дня ( $p < 0,05$ ).

В плане раскрытия полученного лечебного эффекта были проведены исследования по оценке изменений СРОЛ и АО сыворотки крови.

Результаты исследования в период обострения ХП концентрации МДА показали его повышение у 67% больных. После лечения в первой группе выявлен рост показателя в среднем по группе на 7% ( $p > 0,05$ ). Во второй группе концентрации МДА снизилась в среднем на 8% ( $p > 0,05$ ). В третьей группе рассматриваемый показатель после лечения не изме-

нился. Таким образом, нам не удалось при исследовании концентрации МДА выявить достоверного влияния ММТ на СРОЛ.

Антиоксидантную систему оценивали по суммарной антиоксидантной активности (АОА) сыворотки крови. До лечения наблюдался различный исходный уровень АОА: у 29,2% пациентов он был ниже контрольной группы, у 20,8% в пределах нормы, а у 50% превышал уровень контрольной группы.

Учитывая важность уровня АОА для прогноза заболевания, было решено изучить динамику показателя в каждой группе в зависимости от его исходного уровня. Исследование показало, что при исходно нормальном уровне АОА лечение во всех группах не влияет на исследуемый показатель, а при исходно низком уровне АОА - во всех группах наблюдалось увеличение показателя: в первой группе в среднем на 10,3% ( $p < 0,05$ ), во второй группе на 25,5% ( $p < 0,1$ ) в третьей группе на 39,8% ( $p < 0,01$ ). На повышенную АОА базисная терапия с плацебо и ММТ-5,6 мм существенно не влияла, уменьшая ее в среднем по группе на 5% ( $p > 0,05$ ) и 11,2% ( $p < 0,1$ ) соответственно, в то время как ММТ-7,1 мм значительно ее снижала в среднем по группе на 24,2% ( $p < 0,01$ ).

#### Выводы

1. Рецидив хронического панкреатита сопровождается активацией свободнорадикального окисления у 67% больных и депрессией антиоксидантной системы у 29,2% пациентов.

2. Комплексная терапия с включением миллиметровых волн является эффективным методом терапии хронического панкреатита, так как положительно и достоверно влияет на основные клинические симптомы заболевания, сокращает срок стационарного лечения, снижает риск повторного рецидива.

3. Воздействие миллиметровыми волнами в составе комплексной терапии является патогенетическим методом лечения рецидива хронического панкреатита. Миллиметровые волны 5,6 мм повышают подавленную антиоксидантную активность крови в среднем по группе на 39,8% ( $p < 0,01$ ).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гуляев В.Ю. Выбор оптимальных параметров немедикаментозной терапии распространенных соматических заболеваний, ассоциированных с врожденной челюстно-лицевой патологией у детей: Автореф. дис. ... д.м.н. - Екатеринбург, 1999. - 40с.
2. Девятков Н.Д., Голайт М.Б., Бешкин О.В. Миллиметровые волны и их роль в процессах жизнедеятельности. - М., Радио и связь, 1991, - 169с.
3. Хронический панкреатит: Клинический и экспериментальные аспекты. / Т.Н. Постникова, С.Д. Подъялова, А.А. Федоров и др. - Екатеринбург: Ладъ, 1995. - 116с.