

М. В. Даниленко и Т. А. Кадошук (1964) считают, что комплексное исследование антитоксической функции печени и белковых фракций сыворотки крови помогает в дифференциальном диагнозе: язвенная болезнь, рак и полипы желудка. На своем материале мы не обнаружили такой закономерности.

ВЫВОДЫ

1. В до- и послеоперационном периоде у больных язвой и раком желудка изменения общего белка и белковых фракций аналогичны. Различна глубина этих изменений, которая зависит до операции от тяжести заболевания, а после — от характера оперативного вмешательства, предоперационной подготовки и степени истощения больных.

2. Массивные, дробные переливания крови, ее препаратов и кровезаменителей общим количеством 3—6 л в пред- и послеоперационном периоде способствуют быстрой ликвидации гипо- и диспротеинемии, уменьшая опасность возникновения различных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбарцумян Р. Г. Хирургия. 1963, 9. — 2. Билич И. Л. Тер. арх. 1960, т. 32, вып. 3. — 3. Бойко В. К. и Правдина Л. И. Врач. дело. 1959, 7. — 4. Булгаков П. П. Хирургия. 1960, 4. — 5. Браилски Х. и Самсонова С. Клиническая медицина. 1957, 10. — 6. Кадошук Т. А. Вест. хир. 1961, 9. — 7. Положенцев С. Д. Там же. 1960, 5. — 8. Ориновский Б. М. Хирургия. 1963, 6. — 9. Ойвин И. А. Патологич. физиология и эксперимент. терапия. 1960, 4.

УДК 618.19—616 —006 —616 —073.75

ЗНАЧЕНИЕ БЕСКОНТРАСТНОЙ МАММОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Т. Д. Шигарев

Кафедра онкологии и хирургии (зав.— проф. Ю. А. Ратнер) и 2-я кафедра рентгенологии (зав.— проф. Д. Е. Гольдштейн) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Трудность диагностики рака молочной железы в ранней стадии побуждает клиницистов применять целый комплекс дополнительных методов исследования молочной железы: пункционная биопсия, ультразвук, радиоизотопный метод и др. Определенное место среди них занимает бесконтрастная рентгенография.

Уже с 1951 г. после работы Леборна бесконтрастная маммография стала широко применяться за рубежом. Этот метод распространился благодаря усовершенствованию рентгеновских аппаратов, фотопленки и методики. Контрастность снимков возрастает при понижении напряжения (20—30 кВ), увеличении силы тока (200 мА). Кроме того, важное значение имеет величина фокусного расстояния (чем оно больше, тем контрастнее изображение) и качество фотопленки. Некоторые авторы рекомендуют производить с этой целью снимки без кассет и фильтров (Китч с соавторами — 1963; Иган — 1960; П. Д. Хазов — 1963).

На высокую диагностическую ценность этого метода исследования указывают многие авторы (Иган — 1960, 1963; Вольф — 1964; и др.). По их данным, положительный результат колеблется от 92 до 97,4%. При использовании данного метода были выявлены злокачественные опухоли даже без клинических симптомов. Возможность выявления скрытых форм рака молочной железы побудила авторов (Гершон-Конен с соавторами — 1963) использовать бесконтрастную маммографию для профилактических осмотров здоровых женщин старше 35 лет. Они выявили в 2,1% случаев скрыто протекающий, непальпируемый рак молочной железы, который позднее был подтвержден гистологически.

Применив методику бесконтрастной маммографии, предложенную Иганом, Робинс (1963) установил, что процент достоверности маммографии для злокачественных опухолей был равен 80,5, а для доброкачественных — 88%.

В нашей стране этот метод начал применяться с 1958 г. Литературные данные по этому вопросу представлены лишь отдельными сообщениями о диагностической ценности этого метода. В отечественной литературе мы нашли два противоположных мнения. Так, Н. Н. Бражников, Л. Д. Линденбратен и И. Г. Приев (1963), М. П. Ищенко (1962), П. Д. Хазов, Е. Д. Шибалева (1958) дают высокую диагностическую оценку этому методу, а Ю. В. Петров (1964) считает, что этот метод диагностической

ценности не имеет. Такая разноречивость литературных данных побудила нас сделать попытку охарактеризовать диагностические возможности данного метода.

Методика исследования. При опухолях, располагающихся в околососковой зоне, рентгеновские снимки производились в кранио-каудальной проекции, а при других локализациях — в латеральной проекции молочной железы.

Технические условия для рентгеновского аппарата «Диагномакс М-125»: напряжение 40 кВ, сила тока — 40 мА, микрофокус $0,3 \times 0,3$ мм, фокусное расстояние 70—80 см. Снимки производились без усиливающего экрана, а вместо кассет применялась обычная черная фотографическая бумага. Величина экспозиции варьировала в зависимости от объема молочной железы от 4 до 6 сек.

Произведена бесконтрастная маммография при раке молочной железы — у 50 больных (скиррозная форма — 37, внутрипротоковый — 2, солидная форма — 7, мелко-альвеолярный — 2, на фоне фиброзно-кистозной мастопатии — 2), при фиброзно-кистозной мастопатии — у 23, фиброзной мастопатии — у 20, фиброаденоме — у 55, хронической воспалительной опухоли — у 2, липоме — у одного и лимфоузле — у одного. У 49 больных раком молочной железы рентгеновское заключение впоследствии было сопоставлено с гистологическим исследованием, а у одной — с цитологическим. Из 50 больных раком молочной железы правильный рентгеновский диагноз был поставлен у 40 (80%), у 6 совершенно отсутствовали рентгеновские симптомы рака молочной железы, у 4 они были сомнительными. Рентгеновские симптомы рака молочной железы наблюдались у всех больных скиррозной формой рака (37), у двух с мелко-альвеолярным раком, у одного — при внутрипротоковой форме рака. Таким образом, правильный рентгеновский диагноз при помощи бесконтрастной маммографии можно поставить там, где резко выражена фиброзная строма. У 5 больных наблюдалась инфильтративно-отечная форма рака, опухоль не пальпировалась. Применить им другие дополнительные методы диагностики было невозможно. И только бесконтрастная маммография подтвердила диагноз рака молочной железы.

Рак молочной железы на рентгенограмме выявляется неомогенной тенью, с неровными контурами, со значительно большей плотностью, чем окружающие ткани, с «лучистыми» или «щупальцеобразными» отростками по краям. Тень опухоли меньше, чем пальпируемая опухоль. Иногда на рентгенограмме определяются изменение контуров молочной железы, втяжение соска, «раковая дорожка» к соску, утолщение кожи над опухолью, нарушение структуры тканей молочной железы и расширение кровеносных сосудов вокруг опухоли, наличие в опухоли и вокруг нее групп мельчайших, как песчинка, обызвествлений.

Из 102 больных с доброкачественными опухолями молочной железы у 5 больных с фиброзной мастопатией рентгеновские симптомы нами оценены как раковые, но это заключение было опровергнуто цитологическим исследованием.

Фиброаденома дает такую же интенсивную тень, как соединительная ткань молочной железы, поэтому рентгенологу часто не удается обнаружить ее на снимке, особенно у молодых женщин. В тех случаях, когда фиброаденома видна на рентгеновских снимках, она выявляется гомогенной тенью продолговатой, овальной или округлой формы с четкими ровными контурами. Размеры тени соответствуют размерам пальпируемой опухоли. Иногда вокруг нее обнаруживается ободок просветления, называемый зоной безопасности Гросса. Филлоидная фиброаденома иногда дает тень с четкими неровными контурами.

При фиброзно-кистозной мастопатии на рентгенограммах определяются четко очерченные участки просветления округлой или овальной формы, разделенные фиброзными тяжами. При фиброзной мастопатии рисунок молочной железы усилен и тягист.

Липома имеет одинаковую плотность с жировой тканью молочной железы, и на рентгенограмме бывает видна только ее тонкая капсула. Хроническая воспалительная опухоль характеризуется на рентгенограмме помутнением, нечеткостью или отсутствием рисунка железы. Туберкулез молочной железы типичной рентгеновской картины не дает. Лимфоузел представляется в виде гомогенной тени округлой или овальной формы с четкими, ровными контурами.

В тех случаях, когда опухоль на рентгенограмме при помощи бесконтрастной маммографии не определялась, мы применяли для усиления контрастности опухоли пневмомаммографию. Методика пневмомаммографии заключалась в следующем: для усиления контрастности вводили 50—200 мл кислорода в ткань молочной железы в непосредственной близости к опухоли. Нужно избегать попадания кислорода в ретромаммарное пространство и опухоль, так как при попадании кислорода в ретромаммарное пространство ткань молочной железы уплотняется, и видимость опухоли уменьшается. Технические условия для производства пневмомаммографии те же самые, что и для бесконтрастной маммографии. При помощи данного метода нам у 7 больных удалось обнаружить рак молочной железы, который на бесконтрастной маммограмме не определялся. У 5 больных опухоль была видна и на бесконтрастной маммограмме, но тень ее была нечеткой, а на пневмомаммограмме тень опухоли стала более четкой, резко обозначались симптомы рака. У 3 больных кислород попал в ретромаммарное пространство, поэтому дополнительные данные не получены.

ВЫВОДЫ

1. Бесконтрастная маммография является простым, общедоступным и безвредным дополнительным методом диагностики опухолей молочной железы. Особенно она показана при диффузных формах рака.

2. Наиболее эффективным этот метод является при скirrрозных формах рака.

3. В тех случаях, когда на бесконтрастной маммограмме опухоль не видна, желательное применение пневмомаммографии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бражников Н. Н., Линденбратен и Приев И. Г. Медицинская радиол. 1963, 3. — 2. Кукин Н. Н. Арх. биол. наук. 1938, 3. — 3. Петров Ю. В. Рак молочной железы. Медицина, Л., 1964. — 4. Хазов П. Д. Вест. хир. 1963, 5. — 5. Шибазева Е. Д. Вест. рентг. и радиол. 1958, 6.

УДК 616—089.888.15

ВЫЗЫВАНИЕ И СТИМУЛЯЦИЯ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НИБУФИНОМ

И. В. Заиконникова, Е. А. Коган, Л. Г. Сотникова

Вторая кафедра акушерства и гинекологии (зав.—проф. Х. Х. Мещеров), кафедра фармакологии (зав.—доц. Т. В. Распопова), Центральная научно-исследовательская лаборатория (зав.—канд. биол. наук С. В. Сенкевич) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

В последние годы были предложены новые медикаментозные средства для вызывания и стимуляции сократительной деятельности матки. Среди них можно выделить препараты, обладающие антихолинэстеразными свойствами, которые оказались достаточно эффективными в акушерской практике (З. А. Дроздова, М. Я. Михельсон, А. В. Савинская, Л. В. Чугунова и др.).

Наше внимание привлек отечественный препарат нибуфин, синтезированный в Казанском химико-технологическом институте А. И. Разумовым и О. А. Мухачевой. Нibuфин обладает выраженными антихолинэстеразными свойствами, повышает тонус гладкой мускулатуры. В эксперименте нibuфин вызывает умеренное понижение АД.

Действие нibuфина на сократительную деятельность матки мы изучали в опытах на кошках по методу Николаева-Субботина *in situ*. Всего было проведено 11 исследований, из них 7 — на небеременных и 4 — на беременных животных. Учитывая сенсibilизирующее действие эстрогенов, в части опытов предварительно вводился фолликулин в количестве 5000 *ед*. Опыты ставились под уретановым наркозом, уретан вводился внутривенно, из расчета 1,5 на 1 кг. Вес экспериментальных животных находился в пределах от 2050,0 до 3000,0. Запись нормы сокращений матки производилась в течение 30 *мин.*, спустя 1—1,5 часа с момента фиксации матки в приборе, затем вводился однократно подкожно нibuфин в разведении 1 : 3000—3 *мл*. Действие нibuфина начиналось через 40 *мин.* и не прекращалось к моменту окончания опыта.

В результате проведенных экспериментальных исследований были получены следующие данные: введение нibuфина небеременным животным вызывало повышение тонуса покоя и регуляцию ритма сокращений матки (3 опыта). Предварительное введение фолликулина у 4 экспериментальных животных не изменяло действия нibuфина на сократительную деятельность матки. У беременных животных (4 опыта) отчетливо увеличивалась сила и продолжительность маточных сокращений, отмечалась регуляция ритма. Введение фолликулина сказывалось лишь на повышении тонуса покоя матки. Таким образом, экспериментальные исследования выявили явную эффективность нibuфина как родостимулирующего средства.

В клинической практике нibuфин был применен нами у 19 беременных в возрасте от 19 до 36 лет для вызывания и стимуляции родовой деятельности. Из них первородящих было 15, повторнородящих — 4. Показаниями для вызывания родовой деятельности послужили у 7 переносная беременность, у 5 — тяжелая форма позднего токсикоза беременности, не поддающаяся консервативной терапии, у 2 — отхождение вод до начала родовой деятельности. Стимуляция родовой деятельности проводилась по поводу слабости сократительной деятельности матки у 5 рожениц. У 4 женщин до применения нibuфина проводились стимуляция родовой деятельности касторово-клизменным методом и вызывание родовой деятельности по Барану, оказавшиеся неэффективными.

Нibuфин вводился двукратно с интервалом в 6 часов в количестве 3 *мл* (1 : 3000). Предварительное создание «гормонального» фона проводилось у 12 бере-