

функции внешнего дыхания. Медгиз, Л., 1957.—4. Дмитрук Я. Д. Хирургия, 1958, 8; Вестн. хир., 1959, 4.—5. Заворотный В. Клин. хир., 1970, 6.—6. Зуев Ю. Г. Некоторые показатели внешнего дыхания при операциях на органах брюшной полости. Автореф. канд. дисс., Оренбург, 1965.—7. Кальченко И. И., Львович Г. А. Врач. дело, 1956, 5.—8. Коваленко Ф. Р. Состояние внешнего дыхания у больных, оперированных на органах брюшной полости. Автореф. канд. дисс., Л., 1968.—9. Корганова-Мюллер Ф. С. Журн. совр. хир., 1928, 5.—10. Миллер Ф. П. В кн.: Нарушение бронхиальной проходимости. М., 1946.—11. Петровский Б. В., Ефунди С. Н. Лечебный наркоз. Медицина, М., 1967.—12. Ротенфельд М. З. Клин. мед., 1948, 10.—13. Сигал М. З., Кабанов К. В. Булл. изобрет., 1959, 23.

УДК 618.19—616—073.7

О ТРАНСИЛЛЮМИНАЦИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Р. Ш. Байбулатов

Кемеровский областной онкологический диспансер (главрач — Э. Бузык)

Впервые трансиллюминационное исследование молочных желез предложил и осуществил Кутлер (1929). Позднее вопросами трансиллюминации молочных желез занимался Н. Н. Кукин (1949). Авторы отмечают эффективность, большую простоту этого метода и безвредность для больной.

По предложению проф. М. З. Сигала нами была предпринята попытка оценить метод трансиллюминационного исследования при заболеваниях молочной железы. Данное сообщение основывается на изучении 104 больных с различными заболеваниями молочных желез. По поводу фиброаденом молочной железы проведено 30 исследований, нодозной формы рака молочной железы — 30, диффузной формы дисгормональной гиперплазии — 30, солитарных кист молочной железы — 10 и при кровоточащей молочной железе — 4. Заключения, вытекающие из данных клинического и трансиллюминационного исследования, проверены последующим гистологическим анализом у 74 больных, а у остальных — динамическим клиническим наблюдением.

Методика трансиллюминационного исследования молочных желез заключается в следующем: после предварительной 3—5-минутной адаптации врача в темном кабинете больную усаживают на стул напротив врача. Источник света (портативный диапроекторный аппарат «ЭТЮД») подводят под молочную железу и постепенно перемещают в различные отделы молочной железы, последовательно осматривая освещенные участки. Для более четкого выявления патологических изменений в процессе исследования производят дозированное давление на орган. Видимые при просвечивании участки молочной железы фотографируют на высокочувствительную пленку.

Широкий диапазон анатомических образований в пораженной молочной железе дает соответствующие изменения при просвечивании. Жировая ткань просвечивается лучше, чем фиброзная. Так как содержание фиброзной ткани с возрастом увеличивается, просвечиваемость железы уменьшается. Наиболее непрозрачной для света средней является кровь [2].

Фиброаденома в проходящем свете предстает в виде четкой и интенсивно окрашенной тени, размеры которой, как правило, соответствуют истинным размерам опухоли. У 15 больных при трансиллюминационном исследовании мы не смогли выявить никаких теневых изображений, соответствующих пальпируемому образованию. По всей видимости, это связано с незрелостью фиброаденом.

При раковой опухоли молочных желез мы видели интенсивные очаги затемнения. Размер теневых изображений колебался от 2 до 6 см в диаметре. Сосуды молочной железы вблизи опухоли не прослеживаются, обрываются. Диаметр вен был увеличен, они были более извитыми.

У 8 больных при локализации опухоли на границе верхних квадрантов мы не наблюдали теневых изображений.

При внутрипротоковых папилломах все женщины жаловались на кровянистые выделения из соска. При клиническом обследовании симптом «точки давления» был положительным у 2 и отрицательным у 3. При исследовании в проходящем свете были обнаружены затемнения размером 0,8—2 см. У 2 больных очаговые затемнения соответствовали «точке давления». Для проверки достоверности результатов исследования мы провели такой эксперимент: после исследования молочной железы в условиях проходящего света и выявления очаговой тени, соответствующей «точке давления», мы путем сдавливания опорожнили выводной проток. Затем молочная железа вновь подверглась трансиллюминационному исследованию. В обоих случаях было равномерное свечение всех отделов молочной железы. У 3 больных нам удалось установить толику поражения и наметить место для оперативного вмешательства.

Наиболее четкие тени мы наблюдали при поражении протоков, расположенных поверхностно и в верхне-наружном квадранте. Все большие были прооперированы. При гистологическом исследовании у 2 больных был выявлен внутрипротоковый рак и у 3 — внутрипротоковые аденопапилломы.

Диффузный фиброаденоматоз в условиях проходящего света дает скудную информацию. Отмечается равномерное незначительное просветление. Сосуды молочной железы расширены и извиты. Иногда в центральных отделах молочной железы проматриваются грубые тяжевидные образования, представляющие затемнения неправильной формы.

Кисты молочной железы при трансиллюминации не контрастируются. Для более детального изучения структуры, величины и взаимоотношения с соседними тканями нами предложена методика искусственного контрастирования солитарных кист молочной железы с последующим их изучением в проходящем свете. Методика контрастирования кист заключается в следующем: вначале проводят пункцию кисты с эвакуацией ее содержимого. Иглу, введенную в полость кисты, не извлекают, так как используют для последующей инъекции контрастного вещества. В качестве контраста мы использовали индигокармин. Количество контрастного вещества зависит от размеров кисты и объема эвакуированной жидкости. В каждом случае количество контрастного вещества превышало объем извлеченной жидкости на 2—3 мл. Это необходимо для того, чтобы не изменился объем и контуры кисты. Для предотвращения вытекания индигокармина через пункционный канал проводили послойную пункцию: вначале прокалывали кожу, а после ее незначительного смещения — стенку кисты. Количество индигокармина колебалось от 4 до 10 мл. После введения контрастного вещества проводили просвечивание молочной железы по описанной методике. В конце исследования введенный контраст подлежит эвакуации с последующим промыванием кисты раствором фурациллина.

Обследовано 10 женщин с кистами молочной железы. Размер кист был от 2 до 12 см в диаметре. У каждой больной вначале проводили диагностическую пункцию, во время которой уточняли природу заболевания и брали 1—2 мл содержимого кисты для цитологического исследования. Кисты молочной железы в условиях искусственного контрастирования предстают в виде четкой и интенсивной тени. Размеры тени соответствовали истинным размерам их.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кукин Н. Н. Рефер. научно-исслед. работ АМН. 1949, 49.—2. Cutler M. Surg. Gynec. obstet., 1929, 48, 721—729.

УДК 616.472—089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

В. Б. Александров, Т. Т. Камурзаев, В. Л. Ривкин

*Научно-исследовательская лаборатория по проктологии с клиникой МЗ РСФСР,
Москва*

Операции по поводу свищей крестцово-копчиковой области на почве эпителиального копчикового хода на первый взгляд не представляют особых трудностей. Они заключаются в иссечении первичного отверстия самого хода и всех вторичных гнойных свищей под контролем фистулографии и интраоперационной маркировке гнойных ходов метиленовой синью. Однако после удаления всего кожного лоскута часто остается большая рана, ушить которую наглухо или даже частично бывает довольно трудно и которая заживает длительно, давая в определенном проценте случаев рецидивы или повторные нагноения. Кроме того, большие плотные рубцы, особенно после неоднократных вмешательств, причиняют больным много неудобств, легко травмируются, вызывают боли, подчас сильные и постоянные, вплоть до возникновения синдрома фантомных болей.

В предыдущие годы в клинике разрабатывался и широко применялся глухой шов раны после иссечения эпителиального копчикового