

ра хлорида натрия, во второй — постепенно отменяются все виды медикаментозной терапии.

Выписывают больных со среднетяжелыми и тяжелыми формами заболевания из стационара после исчезновения клинических проявлений болезни и нормализации показателей лабораторного исследования, то есть не ранее 3—4 нед от начала болезни. Диспансерное наблюдение — 6 мес после легких и среднетяжелых форм, 12 мес — после тяжелых. При необходимости сроки наблюдения могут быть увеличены.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гальперин Э. А. Клиника инфекционных геморрагических болезней и лихорадок. М., Медгиз, 1960.— 2. Зеленский А. И., Ковальский Г. С., Константинов А. А. и др. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом на Дальнем Востоке СССР. Хабаровск, 1979.— 3. Ковальский Г. С. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом. Хабаровск, 1974.— 4. Ратнер Ш. И. Геморрагический нефрозонефрит. Хабаровск, 1962.— 5. Рощупкин В. И. В кн.: Руководство по инфекционным болезням под ред. В. И. Покровского и К. М. Лобанова. М., Медицина, 1977.— 6. Сиротин Б. З., Лобастова Г. С. Клин. мед., 1976, 2.— 7. Смородинцев А. А., Казбинцев Л. И., Чудаков В. Г. Вирусные геморрагические лихорадки. М., Медгиз, 1963.— 8. Коллан Ю., Лэдевирта Ю. В кн.: Тезисы советско-финского симпозиума по геморрагической лихорадке с почечным синдромом — эпидемической нефропатии. М., 1979.

Поступила 10 января 1985 г.

УДК 618.19—073.75

ЗНАЧЕНИЕ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Н. И. Рожкова

Рентгенодиагностический отдел (руководитель — проф. П. В. Власов) Московского научно-исследовательского рентгено-радиологического института (директор — акад. АМН СССР А. С. Павлов) МЗ РСФСР

При диагностике заболеваний молочной железы до настоящего времени использовались в основном клинический и морфологический методы. Внедрение маммографии повысило эффективность диагностики различных заболеваний молочной железы. Однако в силу низкой естественной контрастности органа, обзорная рентгенография обладает ограниченными возможностями в уточняющей дооперационной дифференциальной диагностике ряда заболеваний молочной железы. Искусственное контрастирование в сочетании со специальными бесконтрастными рентгенологическими методами исследования молочной железы позволяет повысить точность диагностики до 98% [1, 3, 4].

В настоящей статье излагается опыт применения контрастных веществ при рентгенологической диагностике заболевания молочной железы опухолевой и неопухолевой природы.

Нами обследовано 3000 женщин в возрасте от 18 до 76 лет с различными заболеваниями молочных желез, в том числе с диффузными формами мастопатий, доброкачественными узловыми образованиями (кистами, фиброаденомами, атеромами, папилломами и др.), а также с их злокачественными поражениями.

Всем пациенткам проводили комплексное (клинико-рентгеноморфологическое) исследование. Рентгенологическое исследование выполняли на специальном рентгеновском аппарате «Изис» (Бельгия) и «Мамекс» (Финляндия) с усиливающими экранами, позволяющими снизить лучевую нагрузку за снимок до 0,6—0,2 Р. Из существующих способов искусственного контрастирования молочной железы применяли дуктографию (искусственное контрастирование млечных протоков при секретирующей молочной железе), пневмокистографию (контрастирование кистозных полостей), а также специальные методы при непальпируемых образованиях в молочной железе.

Из 3000 женщин у 235 (12%) наблюдался синдром патологической секреции из соска молочной железы. Ведущим методом диагностики этого заболевания является дуктография. Область ареолы обрабатывается спиртом, далее после массажа молочной железы с целью максимального удаления секрета в отверстие секретирующего протока вводится тонкая стерильная затупленная медицинская игла, через которую контрастируют протоки 60% или 76% раствором уротраста (не более 0,5 мл), затем игла фиксируется лейкопластырем к соску и производится рентгенография в двух взаимно-перпендикулярных проекциях, после чего игла и контрастный препарат удаляются [2, 3, 5, 8].

С целью выявления мельчайших пристеночных новообразований в протоках размером 2—3 мм производят двойное контрастирование, вводя воздух после обычной дуэктографии. На фоне воздуха хорошо видны «обмазанные» уротрастом внутренние стенки протока, что позволяет распознавать на их поверхности едва заметные неровности.

С помощью искусственного контрастирования млечных протоков в 7% случаев удалось обнаружить начальные признаки внутрипротокового рака, в 16,1% — доброкачественный папилломатоз и в 76,9% — прочие неопухолевые заболевания протоков.

Для дифференциальной диагностики ряда узловых образований в молочной железе применяли пневмокистографию (62 наблюдения). После обработки спиртом молочной железы производится пункция узлового образования и после удаления содержимого кисты вводится воздух в объеме, равном количеству удаленной жидкости. Полученный материал отсылается в лабораторию для цитологического исследования. В случае отсутствия жидкости делается мазок пунктата на предметное стекло для последующего цитологического анализа.

Данная методика дает возможность не только провести дифференциальную диагностику между фиброаденомой и кистой, но и оценить состояние внутренних стенок полости кисты, полноту опорожнения кисты, уточнить особенности ее строения. Кроме того, являясь диагностической процедурой, пневмокистография в ряде случаев оказывает и терапевтическое действие.

До настоящего времени при выявлении в молочной железе узлового образования типа кисты производилась секторальная резекция. Помимо того, что эта процедура, по подсчетам американских ученых, стоит от 750 до 11000 долларов в зависимости от условий операции, следует учитывать и психологическую травму, наносимую больной, а также последствия хирургического вмешательства, повышающего риск развития рака [6, 7, 9]. Пневмокистография же в 40% случаев вызывает облитерацию полости кисты, что позволяет избежать оперативного вмешательства.

При рентгенологическом исследовании молочных желез в 22% наблюдений выявляются непальпируемые образования. Поскольку они очень небольшие (от 0,3 до 1,0 см), поиск их на операционном столе сопряжен со значительными трудностями.

Существует несколько методик искусственного контрастирования непальпируемых образований: внутритканевая разметка молочной железы перед операцией, рентгенография удаленного сектора молочной железы и разметка его для последующего патоморфологического исследования и пр. Отказ от использования этих методик с контрастированием интересующего участка молочной железы, как правило, приводит к тактическим ошибкам, затрудняет поиск образования как во время операции, так и при патоморфологическом исследовании удаленного препарата молочной железы, а главное — не достигается надлежащая полнота оперативного вмешательства.

Внутритканевая разметка молочной железы заключается в следующем: перед операцией сначала по рентгенограммам на коже молочной железы отмечается локализация непрощупываемого образования, которое по полученным точкам пунктируется иглой. С помощью последней вводят смесь контрастных веществ: майодил и метиленовый синий не больше 0,3—0,5 мл. Метиленовый синий служит ориентиром хирургу при операции и морфологу при дальнейшем патоморфологическом исследовании, а майодил, являясь рентгеноконтрастным маслянистым веществом, в отличие от водорастворимых йодсодержащих препаратов, не растекается по тканям молочной железы, что помогает рентгенологу убедиться в точности разметки и в полноте оперативного вмешательства при последующей рентгенографии удаленного сектора молочной железы.

При рентгенологическом исследовании удаленного сектора молочной железы также применяются контрастные препараты как для рентгеновского, так и визуального изучения.

Рентгенография сектора молочной железы производится следующим образом: сектор укладывается в лоток, сделанный из плексигласа, не задерживающего рентгеновское излучение. На края лотка кладется координатная сетка, также выполненная из плексигласа, прозрачного для рентгеновских лучей, размеченная линиями из рентгеноконтрастного вещества (сернистого бария) через 1 см, с просверленными отверстиями в местах пересечения, с буквенными и цифровыми обозначениями по горизонтали и вертикали подобно шахматной доске. Предлагаемые приспособления помогают избежать смещения молочной железы при различных манипуляциях, что способствует точной разметке. Производят рентгенографию. По полученной рентгенограмме находят непальпируемое образование в соответствующем квадрате и переносят его координаты на сектор через соответствующее отверстие в сетке с помощью иглы, смоченной в растворе метиленового синего, и отсылают сектор для последующего патоморфологического исследования.

Из 506 выявленных непальпируемых образований в молочной железе 67 оказались злокачественными, что явилось поводом для операции с использованием указанных выше методов и позволило исключить тактические и диагностические ошибки.

Таким образом, применение искусственного контрастирования при исследовании молочной железы значительно расширяет диагностические возможности рентгенологического метода в распознавании заболеваний как злокачественного, так и доброкачественного характера, помогает избежать тактических и диагностических ошибок при различных манипуляциях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бражников Н. Н., Линденбратен Л. Д. Рентгеновская и радиоизотопная диагностика заболеваний молочных желез. М., Медицина, 1965.—2. Кукин Н. Н. Диагностика и лечение заболеваний молочной железы. М., Медицина, 1972.—3. Рожкова Н. Н. Комплексное клинико-рентгенологическое обследование женщин с сецернирующими молочными железами. Автореф. канд. дисс. М., 1974.—4. Сергеев С. И., Власов П. В., Островская И. М. Комплексная диагностика рака молочной железы. М., Медицина, 1978.—5. Barth V., Müller R., Mayle M. Dtsch. Med. Wschr., 1975, 100, 1213.—6. Dargeut D. Cah. med. Gyou, 1973, 49, 2.—7. Freund H., Biray S., Gaufer N., Eyal Z. J. Surg. Oncol, 1976, 8, 6.—8. Fröhlich G., Gnom J. Fortschr. Rouetgenstr, 1976, 124.—9. Ginell F., Gjunberg O., Andersson J. Pathologie, 1981, 2, 3.

Поступила 3 апреля 1984 г.

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

В. Д. Федоров, Ю. В. Дульцев. Проктология. М., Медицина, 1984, 384 с.

Рецензируемая монография основана на более чем 20 тыс. наблюдений. Такой объем фактического материала дает возможность авторам сделать обобщающие выводы, поделиться опытом и внести свои рекомендации почти по всем частным вопросам проктологии.

В книге пять разделов. Анатомо-физиологические сведения приводятся с учетом хирургического аспекта.

Второй раздел включает материалы о наиболее часто встречающихся заболеваниях и повреждениях прямой кишки. По-новому представлены данные оперативного лечения анальных трещин. Вместо задней дозированной сфинктеротомии предложена операция бокового подслизистого сечения сфинктера. В 94,1% случаев достигнуто выздоровление.

При оперативном лечении острого парапроктита отмечается необходимость ликвидации внутреннего отверстия свища. Хирургическое лечение хронического парапроктита представлено различными вариантами. Индивидуализация этих способов даст хирургу возможность правильно выбрать тип вмешательства, а следовательно, чаще добиваться успеха.

Лечение эпителиальных копчиковых ходов авторы выполняют путем тщательного иссечения каналов, завершая операцию подшиванием краев раны ко дну. Такая операция, несомненно, способствует более быстрому рубцеванию раны.

Раздельно рассматриваются повреждения прямой кишки — вне- и внутрибрюшинные, а также сочетающиеся с травмой других органов или костей таза. Для уточнения локализации раны рекомендуется эндоскопическое исследование. Однако надо признать, что ректоскопия все же несколько рискованна в связи с возможным контактом тубуса со стенками кишки в местах ее повреждения.

Авторами разработана оригинальная классификация недостаточности анального сфинктера в зависимости от выраженности анальной инконтиненции. Необходимым условием реабилитации больных с недостаточностью анального сфинктера авторы считают включение лечебной физкультуры как фактора, способствующего повышению тонуса мышц сфинктера, ягодичных и других мышц тазового дна.

Подробно описаны этиология, патанатомия и клиника параректальных тератоидных кист и опухолей у взрослых. Убедительно доказано, что их радикальное лечение может быть осуществлено только хирургическим путем.

Третий раздел посвящен патологическим состояниям толстой кишки. Важным и оправданным является включение в этот раздел проблемы мегаколона у взрослых, болезни Гиршпрунга, идиопатического мегаколона и других нарушений функционального и органического характера. Дивертикулез толстой кишки представлен уникальным опытом консервативного и хирургического лечения.

Четвертый раздел представлен редкими заболеваниями и патологическими синдромами толстой кишки.

В последнем разделе изложен материал о свищах ободочной кишки и колостомии. Справедливо указание на то, что исследование свища в современных условиях следует сочетать с колоноскопией. Исходя из сложности проблемы хирургии толстокишечных свищей, авторы совершенно правильно отдают предпочтение оперативным способам.