

1. Баткин И. З. // Тер. арх. — 1970. — № 6. — С. 64—67. — 2. Гацура В. В., Кудрин А. Н. // Сердечные гликозиды в комплексной терапии недостаточности сердца. — М., Медицина, 1983. — С. 152—165. — 3. Гусаров Г. В., Семенова Л. А., Божок П. Е. // В кн.: Легочные артериальные гипертензии. — Москва — Фрунзе, 1982. — 4. Замогаев И. П. // Легочно-сердечная недостаточность. — М., Медицина, 1978. — С. 102—107. — 5. Комаров Ф. И., Даниляк И. Г. // Тер. арх. — 1977. — № 3. — С. 9—13. — 6. Мухарьмов Н. М., Мареев В. Ю. // Лечение хронической сердечной недостаточности. — М., Медицина, 1985. — С. 19—63. — 7. Соколова И. В., Яруллин Х. Х. // Клин. мед. — 1983. — № 7. — С. 94—102. — 8. Тищенко М. И., Смирнов А. Д., Данилов Д. Н., Александров А. Л. // Кардиология. — 1973. — № 11. — С. 54—62. — 9. Шевченко Р. Н. // Пробл. туб. — 1976. — № 9. — С. 33—36. — 10. Bishop J. M. // Cor. Vasa. — 1985. — Vol. 27. — P. 173—178. — 11. Kubicek W. G., Patterson R. P., Wittsoe D. A. // Ann. N. Y. Acad. Sci. — 1970. — Vol. 170. — P. 724—732. — 12. Standardized Lung function Testing // Ed. Ph. H. Quanjer — Bull. europ. physiopath. resp. — 1983. — Vol. 19. — P. 92.

Поступила 29.10.86.

УДК 618.19—002.5

## ТУБЕРКУЛЕЗ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А. С. Абдуллин, А. А. Самигуллин, В. В. Сараев, А. В. Муравьева

*Курс онкологии (зав. — доц. А. С. Абдуллин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова, Казанский городской онкологический диспансер (главрач — Ф. М. Хайруллин)*

Молочная железа сравнительно редко поражается туберкулезным процессом — в 0,6—1,6% случаев всей патологии этого органа [3, 6], хотя ряд авторов [2] указывают на более высокую частоту данного заболевания. Туберкулезный процесс распространяется чаще ретроградно лимфогенным путем из подмышечных, шейных лимфатических узлов или другого первичного очага, наличие которого не всегда удается установить. Реже выявляют гематогенное поражение.

Под нашим наблюдением находилось 15 женщин в возрасте от 20 до 76 лет с туберкулезом молочной железы. У 3 женщин отмечено сочетание туберкулеза и рака молочной железы. У 9 больных была поражена левая молочная железа, у 6 — правая. У 11 женщин процесс локализовался в наружных квадрантах. У 5 больных заболевание было расценено как вторичное поражение туберкулезом. Эти больные прежде лечились по поводу туберкулеза периферических лимфатических узлов.

У 3 больных нам удалось установить в анамнезе наличие травмы, у одной — хронический гнойный мастит; одна женщина имела длительный контакт с туберкулезным больным.

Клинические проявления туберкулеза молочной железы незначительны и неспецифичны. Все больные отмечали наличие опухоли в молочной железе, у половины из них была субфебрильная температура, 5 женщин жаловались на общую слабость и недомогание, 4 — на потливость в ночное время. Болевой симптом был указан в анамнезе только у 3 больных. У 5 больных констатировано увеличение подмышечных лимфатических узлов, у одной — шейных. Увеличенные лимфатические узлы 4 женщины обнаружили задолго до выявления опухоли в молочной железе.

Направительный диагноз — рак молочной железы — у всех больных оказался ошибочным.

Дифференциальная диагностика отдельных форм рака, туберкулеза и воспалительных процессов молочной железы имеет важное значение, так как ошибка в диагнозе может привести к выбору неправильной тактики в лечении.

В наших наблюдениях у 7 больных была узловатая форма туберкулеза молочной железы, у 4 — склерозирующая, у 3 — свищевая, у одной — язвенная. Длительность заболевания с момента проявления первых признаков (появление болей, обнаружение опухоли, образование свищей, изъязвление до обращения за медицинской помощью) составляла, по данным анамнеза, от 2 нед до 24 лет: у 3 — до 3 мес, у 2 — от 3 до 6 мес, у 8 — от 1 до 2 лет, у 2 — свыше 2 лет.

Характерные для рака симптомы Кенига, Краузе, симптом «лимонной корки» при узловатых и склерозирующих формах туберкулеза молочной железы встречаются довольно часто, что особенно затрудняет постановку правильного диагноза.

Мы наблюдали симптом Кенига у 3 больных, симптом Краузе — у 2 и симптом «лимонной корки» — у одной.

Флюктуация, гиперемия кожи в области патологического очага молочной железы, указывающие на воспалительный процесс, при злокачественных опухолях бывают крайне редкими и, как правило, свидетельствуют об инфицировании распадающейся опухоли. Наличие этих симптомов должно всегда настораживать при постановке диагноза опухоли молочной железы. Флюктуация была отмечена нами у 3 больных, гиперемия — у 4.

Опухоль плотноэластической или эластической консистенции была нами обнаружена у 11 женщин, плотной консистенции — у 4, из них у 3 — в сочетании с раком.

Определенную информацию дает лабораторная диагностика. Туберкулезный процесс молочной железы часто сопровождается умеренным лимфоцитозом, повышением СОЭ. Умеренный палочкоядерный сдвиг в лейкоцитарной формуле констатирован у 9 больных; увеличение СОЭ до 15—20 мм/ч отмечено при нодозных и склерозирующих формах (у 7), до 27—46 мм/ч — при язвенной или свищевой формах туберкулезного процесса.

Известно, что цитологический метод является одним из основных в определении характера опухолевых процессов молочной железы. Информативность пункционной биопсии достигает 89,5—90%, с учетом клинических данных — 94,4%. Несмотря на это, даже при пункционной биопсии не всегда удается установить характер патологического процесса. Чаще цитологическая характеристика пунктата при туберкулезе молочной железы трактуется как хроническое или продуктивное воспаление. Пункционная биопсия была выполнена у всех больных. Цитологическое заключение у 3 больных с нодозной и склерозирующей формами туберкулеза молочной железы даже при многократной пункции опухоли не позволило поставить диагноз туберкулеза. В 20% случаев на основании морфологической идентификации в предоперационном периоде был диагностирован рак. У 11 больных цитологическая картина пунктата была характерна для хронического воспаления, что, по нашему мнению, должно всегда настораживать клиницистов для исключения специфического процесса в молочной железе. Только в одном случае пункционная биопсия позволила поставить до операции диагноз туберкулеза молочной железы.

Особые трудности в диагностике отмечены при сочетании туберкулеза и рака молочной железы. У 2 больных с язвенной и свищевой формами туберкулеза молочной железы в анамнезе был установлен туберкулез лимфоузлов шеи и кожи. Детальный анализ объективных клинических данных поставил под сомнение результат пункционной биопсии, при которой был верифицирован рак. При повторных пункциях у этих больных диагноз рака не подтвердился.

Указание на увеличение подмышечных лимфоузлов задолго до появления опухоли в самой молочной железе позволяет, на наш взгляд, расценивать процесс как рак молочной железы на фоне туберкулезного мастита, развившегося ретроградно лимфогенным путем из регионарных лимфоузлов. Появление опухоли, затем свища с гнойно-геморрагическим отделяемым следует рассматривать как переход заболевания из одной стадии в другую.

Относительно лечебной тактики при туберкулезе молочной железы разногласий нет. Большинство авторов [1, 4, 5] приводят убедительные доказательства эффективности специфической антибактериальной терапии или сберегательных секторальных резекций с последующим проведением специфического лечения.

Соблюдение принципов диагностики, последовательности лечебно-диагностических мероприятий при цитологически не идентифицированных процессах позволяет избегать неоправданных калечащих операций. В наших наблюдениях все больные были прооперированы. При сочетании туберкулеза и рака у 2 больных была выполнена радикальная мастэктомия, у 76-летней пациентки с опухолевым процессом II A ст. — простая ампутация молочной железы. У 12 женщин объем операции был ограничен секторальной резекцией со срочным морфологическим исследованием удаленного препарата. 4 больным в послеоперационном периоде была проведена специфическая антибактериальная терапия.

У 2 женщин с язвенной и свищевой формами туберкулеза молочной железы послеоперационный период осложнился нагноением. У 13 больных осложнений не было. С рецидивами заболевания больные не обращались.

Выполнение секторальной резекции при туберкулезе молочной железы является, на наш взгляд, не только окончательным диагностическим, но и в ряде случаев радикальным лечебным мероприятием. Следует считать, что только цитологически

верифицированный диагноз ракового процесса в молочной железе дает право на расширение объема оперативного вмешательства.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Белослюд З. Г. // Пробл. туб. — 1959. — № 1. — С. 106—108. — 2. Герцен П. А. // Избранные труды. — М., Медгиз, 1956. — 3. Живецкий А. В. // Вестн. хир. — 1979. — № 5. — С. 56—58. — 4. Кесельман Ц. А., Незлин С. Е. // Хирургия. — 1976. — № 9. — С. 90—92. — 5. Салеев А. А. // Пробл. туб. — 1958. — № 2. — С. 102—103. — 6. Холод А. В., Мезенцев В. Ф., Молчанов Е. И. // Сов. мед. — 1970. — № 9. — С. 64—66.

Поступила 10.12.85.

УДК 617.587—007.56—089.8

## КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОПЕРЕЧНО-РАСПЛАСТАННОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОПЫ С ВАЛЬГУСНЫМ ОТКЛОНЕНИЕМ I ПАЛЬЦА

В. И. Евсеев, Т. С. Баранова

*Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии (зав.— проф. В. И. Евсеев) Ижевского ордена Дружбы народов медицинского института*

Среди ортопедических заболеваний опорно-двигательного аппарата наиболее распространенными являются деформации стоп. Так, по данным ЦИТО [6], статическое плоскостопие составляет 18—20% всей ортопедической патологии.

Предложено более 250 способов и различных модификаций оперативного лечения статического плоскостопия [3]. После указанных оперативных вмешательств больные на длительное время теряют работоспособность, а восстановление функции конечности часто затягивается до 3—4 мес [2, 7]. Поэтому оценка эффективности различных оперативных вмешательств с использованием функциональных методов, в частности биомеханических, представляется весьма важной и необходимой.

С 1969 по 1985 г. в хирургическом отделении МСЧ № 1 г. Ижевска и ортопедическом отделении 1-й РКБ УАССР находилось 195 больных с поперечно-распластанной деформацией стоп, вальгусным отклонением I пальца и костно-фиброзными разрастаниями головки I плюсневой кости. Среди больных было 147 женщин (210 стоп) и 48 мужчин (60 стоп). До 20 лет было 9 больных (10 стоп), 21—30—32 (48), 31—40—43 (57), 41—50—70 (98), 51—60—30 (42), 61—70—9 (13), свыше 70 лет — 2 (2). У 127 больных (190 стоп) оперативное лечение проведено предложенным способом (артропластика I плюснефалангового сустава с укреплением внутреннего отдела капсулы), у 24 (26 стоп) — методом корригирующей остеотомии I плюсневой кости, у 34 (44 стопы) — по Шедде, у 10 (10 стоп) — комбинированными методами. Из 127 больных (190 стоп), оперированных предложенным способом, у 2,6% (5 стоп) была поперечно-распластанная деформация переднего отдела стопы с вальгусным отклонением I пальца II степени, у 68,4% (130 стоп) — III степени, у 29,0% (55 стоп) — IV степени (по классификации Д. А. Яременко) [10].

Все больные после оперативного лечения должны были носить мягкую свободную обувь на среднем каблучке со стельками-супинаторами и вкладышами в I межпальцевом промежутке; им были назначены ЛФК, массаж мышц голени и свода стопы. 2 больным после оперативной коррекции поперечного плоскостопия IV степени рекомендовали ортопедическую обувь с выкладкой свода стопы. Применяли также специальный супинатор-тренажер, имеющий упругие рессорные пружины, расположенные вдоль продольного свода или поперечно под передним отделом стопы и жестко соединенные со стелькой заклепками.

Отдаленные результаты хирургического лечения на сроках от 2 до 16 лет оценивали по данным подометрии (143 исследования), плантографии (130), измерения рессорной функции (111), которые позволяют объективно судить о функциональной недостаточности и степени коррекции статического плоскостопия.

Подометрия включала вычисление подометрического индекса и поперечного индекса стопы по М. О. Фридланду [8]. В норме подометрический индекс колеблется от 31 до 29%, а поперечный не должен превышать 40%.