



ОПТИМИЗАЦИЯ АЛГОРИТМА ДИАГНОСТИКИ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ

© Е. Н. Байлюк, Э. К. Айламазян, В. Ф. Семиглазов

НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗО РАМН,
ФГУ НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова Росмедтехнологий, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования

Определить диагностические возможности метода мультифокальной трепан-биопсии (МТБ) молочной железы (МЖ) под эхографическим контролем в выявлении пролиферативных форм фиброзно-кистозной мастопатии у больных миомой матки.

Материал и методы

Обследованы 98 больных, оперированных по поводу миомы матки в возрасте от 35 до 55 лет (средний возраст $47,8 \pm 5,4$). Относительный 5-летний риск развития рака молочной железы (РМЖ) по модели Гейла у всех женщин превышал популяционный ($\geq 1,7$). В процессе предоперационной подготовки всем больным проведено комплексное обследование МЖ: физикальное, эхографическое и рентгенологическое обследование. Независимо от выявления узловых образований в молочной железе показанием к проведению МТБ было принято считать повышенный относительный 5-летний риск развития РМЖ. МТБ молочной железы проводилась под эхографическим контролем с применением автоматической биопсийной системы MAGNUM с диаметром иглы 16G. Подтверждение диагноза и верификация

формы пролиферативных изменений в МЖ проводилась гистологически.

Результаты

Пролиферативная мастопатия без атипии выявлена у 42 пациенток (42,8%). В 12 случаях (12,2%) диагностирована атипическая гиперплазия эпителия МЖ. В 3 случаях выявлена протоковая карцинома *in situ*, в одном случае — инфильтративный РМЖ стадии T1N0M0. Очаговое образование в МЖ эхографически выявлено только у 5 пациенток, рентгенологически — у 4 из них. Чувствительность метода мультифокальной трепан-биопсии МЖ под эхографическим контролем у больных миомой матки с повышенным 5-летним риском развития РМЖ при выявлении пролиферативных форм ФКМ составила 96%, специфичность — 98%.

Заключение

Таким образом, МТБ молочной железы под эхографическим контролем у больных миомой матки с повышенным 5-летним относительным риском развития РМЖ позволяет проводить диагностику предраковых и фоновых состояний МЖ независимо от выявления очаговых образований в МЖ.

ОПЫТ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

© И. В. Берлев, С. В. Кузнецов

Кафедра акушерства и гинекологии ВМедА, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность проблемы

Совершенствование подходов к диагностике и хирургическому лечению опухолей яичников начинается с 1862 г., когда в Медико-хирургической академии А. Я. Крассовский впервые в России произвел успешную овариотомию и разработал технику операции, а в 1901 г. Д. О. Отт впервые в мире осмотрел органы брюшной полости при помощи введения в нее осветительных приборов — ныне лапароскопия. В настоящее время широкое

внедрение эндоскопических технологий в гинекологическую практику принципиально изменили подходы к лечению доброкачественных опухолей яичников, особенно в сочетании с беременностью. До недавнего времени традиционным хирургическим способом лечения опухолей яичников при беременности являлась лапаротомия, однако в последнее время появляется все более сообщений об эндовидеохирургическом лечении доброкачественных опухолей яичников при беременности.

Материал и методы

Нами проведен анализ 26 наблюдений у беременных женщин, которым выполнялось эндовидеохирургическое лечение по поводу доброкачественных опухолей яичников в период с 2004 по 2009 год в клинике акушерства и гинекологии Военно-медицинской академии. В зависимости от срока беременности пациентки были разделены на две группы. В первую группу отнесены 17 беременных, которым было выполнено эндовидеохирургическое лечение во II триместре беременности (16–17 недель). Вторую группу составили 9 пациенток, которым эндовидеохирургическое лечение произведено при сроке беременности 18–20 недель. У 5 пациенток опухоли яичников были диагностированы до беременности, у 21 — во время данной беременности. Все женщины в предоперационном периоде были обследованы в соответствии с отраслевыми стандартами объемов обследования и лечения гинекологической патологии.

Результаты

Эндовидеохирургическое лечение доброкачественных опухолей яичников при беременности выполнялось нами под общей анестезией с интубацией трахеи. За 2–3 дня до операции начиналась терапия, направленная на пролонгирование беременности и продолжалась в послеоперационном периоде. Нами использовалась лапароскопическая стойка фирмы Karl Storz и стандартный набор лапароскопических инструментов. Для введения иглы Вереша и первого троакара мы использовали зону левого подреберья по средней ключичной линии на 3 пальца ниже реберной дуги с целью предотвращения травмы беременной матки и внутренних органов. Троакар использовали пирамидальный и вводили рота-

ционными движениями, т. к. его наконечник обеспечивает разрезание тканей, а не их раздвигание, что способствует меньшему усилию давления на переднюю брюшную стенку со стороны хирурга во время лапароцентеза, а значит, и риск травмы меньше. Дополнительные троакары вводились не в стандартных местах (на 3–5 см выше). Давление в брюшной полости снижали до 9–10 мм рт. ст. Размеры опухоли яичников варьировались от 6 до 12 см в диаметре. Всем пациенткам оперативное лечение выполнялось в объеме цистаденомэктомия. Нами использовалась исключительно биополярная коагуляция.

При анализе проведенных нами операций отмечено, что наиболее оптимальный срок проведения — 14–16 недель, т. к. в эти сроки плацента сформирована, а размеры матки позволяют выполнить операцию лапароскопически. Во второй группе было отмечено увеличение средней продолжительности операции. В настоящее время 19 пациенток, оперированных во время беременности, родоразрешены через естественные родовые пути, пять — путем операции кесарево сечение по акушерским показаниям, и две пациентки еще беременны.

Заключение

Таким образом, ранняя диагностика опухолей яичников при беременности способствует улучшению результатов хирургического лечения. Наиболее оптимальные сроки эндовидеохирургического лечения доброкачественных опухолей яичников при беременности составляют 14–16 недель. Наиболее безопасным местом для лапароцентеза является зона левого подреберья. Обязательно назначение терапии, направленной на пролонгирование беременности в до- и послеоперационном периодах.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ

© А. Л. Гурин, Д. О. Кучук

УЗ «Гродненская клиническая больница № 4», УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Актуальность проблемы

Кисты яичников и доброкачественные опухоли у женщин репродуктивного возраста встречаются в 19–25% случаев, доброкачественные опухоли составляют 87% всех опухолей яичников. Кроме того, этот показатель колеблется от 0,08–1,14% среди беременных.

К факторам риска возникновения опухолей яичников относятся: раннее (до 12 лет) или позднее (после 14 лет) менархе; позднее (после 50 лет) наступление менопаузы; нарушения менструального цикла; сниженная репродуктивная функция женщины; первичное бесплодие; миома матки; невынашивание беременности; хрониче-