Статья

тракцию вместе с толстой кишкой медиально. Далее эндоножницами рассекали фасцию Герота, что позволяло манипулировать в паранефральной клетчатке (рис. 5). После мобилизации почки и выявления кисты делали ее пункцию и эвакуацию содержимого для проведения цитологического исследования. После частичного опорожнения кисты, эндоножницами ее вскрыли (рис. 6). Удаляли оставшееся содержимое кисты с обязательным выполнением кистоскопии. Осмотр полости кисты выявил нечасто встречающуюся опухоль в стенке кисты, произвели биопсию для срочного гистологического исследования. Полость кисты обработали 96% спиртом, после чего иссекли купола кисты с помощью эндоножниц (рис. 7). Стенку кисты иссекли на границе с неизмененной паренхимой почки, отступив от нее на 0,3–0,5 см. Выполняемая вместе с резекцией электрокоагуляция краев стенки кисты на всем протяжении предотвращала кровотечения. При капиллярной кровоточивости паранефральной клетчатки или зоны иссеченной капсулы кисты забрюшинно устанавливали дренаж до 1,0 см в диаметре. Дефект брюшины устраняли сведением ее листков и наложением ряда клипс клипаппликатором или скобок эндогерниостеплером. Вели десуффляцию газа, извлекали инструменты, ушивали микроразрезы на коже.

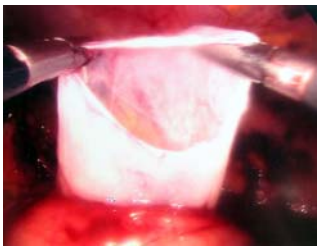

Рис. 6. Эндофотография. Вскрытие кисты нижнего сегмента правой почки у больной Т., 52 лет.

Более сложными для удаления оказались кисты верхнего полюса почек, в виду близости печеночного или селезеночного угла ободочной кишки, что требовало введения дополнительного 4-го троакара. При чрезбрюшинном лапароскопическом подходе более доступны для удаления являются кисты, расположенные по передней и латеральной поверхностям с локализацией в среднем и нижнем сегментах почки. 3-м пациентам были произведены симультанные операции. Наряду с лапароскопическим иссечением куполов кист почек (у 1-го их них – кисты обеих почек) 2 пациентам выполнено пупочное грыжесечение с пластикой пупочного кольца по Мейо, а у 1 – лапароскопическое клипирование и иссечение левой яичковой вены при варикоцеле. При иссечении купола кисты контралатеральной почки или клипировании яичковой вены при варикоцеле изменения хирургического доступа не требовалось. Длительность операций была 40–100 минут, в среднем – 58 минут. Осложнений во время операций и после не было. Выписка возможна на 3–4-е сутки, период нетрудоспособности после операции – в среднем 6–7 суток.

Наш опыт показывает, что чрезкожная пункция кисты в зависимости от ее размера и локализации может иметь технические сложности. Рецидивы при этом методе лечения составляют 8–16%, а по данным ряда авторов и до 60% в течение первого года. Лапароскопические операции имеют преимущества: малая травматичность, меньшее число послеоперационных осложнений, отличный косметический эффект, короткий срок госпитализации, отсутствие рецидивов и экономическая эффективность.

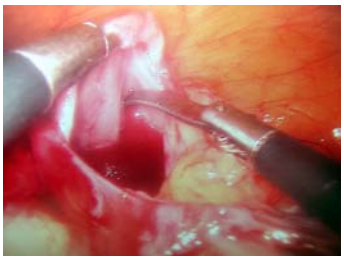

Рис. 7. Эндофотография. Иссечение купола кисты нижнего сегмента правой почки у больной Т., 52 лет.

Выводы. Лапароскопическая операция является наиболее оптимальным в настоящее время методом лечения больных с кистами почек. Лапароскопический метод позволяет проводить симультанные операции (на органах брюшной полости и таза, забрюшинного пространства) без расширения оперативного доступа. Выполнение лапароскипических операций при кистах почек позволяет избежать рецидива заболевания, а сами операции отличаются малой травматичностью и экономически эффективны для больного, лечебного учреждения и учреждений социальной защиты населения. Для проведения лапароскопических операций необходимо современное эндоскопическое оборудование и соответствующая подготовка медицинского персонала.

Литература

1. *Климов Д.Е. и др.* // Эндоскопич. хир.– 2005.– №1.– С. 60.
2. *Лопаткин Н.А.* Урология.– Москва, 1994.– 271 с.

EXPERIENCE OF LAPAROSCOPY TREATMENT OF RENAL CYSTS

YU.V. IVANOV, V.YU. OBOLONKOV, N.A. SOLOVIEV, V.N. SHIRSHOV

Summary

The method of laparoscopy treatment of renal cysts is worked out. In present-day this method is effective. Absence of the recurrence of disease and the excellent cosmetic effect were observed.

Key words: laparoscopy treatment, renal cysts

Иванов Юрий Викторович, докт. мед. наук, врач-хирург высшей квалификационной категории, зав. отделением хирургии Клинической больницы №83 Федерального медико-биологического агентства РФ (г. Москва). Автор свыше 100 научных работ, 1 монографии.

Оболонков Валерий Юрьевич, канд. мед. наук, врач-уролог высшей квалификационной категории, Заслуженный врач РФ, зав. отделением урологии с кабинетом УЗ-диагностики КБ №83. Автор более 50 работ.

Соловьев Николай Алексеевич, канд. мед.наук, врач-хирург отделения хирургии КБ №83. Автор более 40 научных работ

Ширшов Василий Николаевич, канд. мед. наук, врач-уролог отделения урологии с кабинетом УЗ-диагностики КБ №83. Автор более 20 научных работ.

УДК 616-089.5

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРОГНОЗА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ОБОСНОВАНИЯ ВЫБОРА МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ

А.Н. БЕЛОГРИВЦЕВ[*], Н.Е. БУРОВ[**], И.З. КИТИАШВИЛИ [*], И.С. ФРЕЙДЛИН [***], Е.В. ХРЫКОВА[*]

Число послеоперационных осложнений служит объективным критерием, на основании которого можно судить об эффективности хирургической тактики и общей анестезии [1, 3–4]. Нами проведена сравнительная оценка послеоперационных осложнений у оперированных в сопоставлении с особенностями иммунного статуса перед операцией и сразу после ее окончания.

Материалы и методы. Исследования произведены в условиях рандомизации у 60 больных с одинаковой хирургической патологией. Все пациенты находились в хирургическом отделение клиники АГМА (Астраханская государственная медицинская академия)с диагнозом хронический калькулезный холецистит в фазе ремиссии, и им выполнялась холецистэктомия**.** Возраст

[*] Негосударственное учреждение здравоохранения МСЧ г. Астрахань
[**] Кафедра анестезиологии и реаниматологии РМАПО г. Москва
[***] ГУ НИИ экспериментальной медицины РАМН г. Санкт-Петербург

больных составил 38–57 лет. Длительность операций была от 50 до 90 мин. (в среднем 75±20). Хирургические вмешательства выполнялись под эндотрахеальным наркозом. Методика общей анестезии во всех группах была идентичной. В обоих случаях ИВЛ велась по закрытому контуру с подачей газообразующих анестетиков с минимальным газотоком (закисно-кислородной смесью с препаратами нейролептанальгезией и/или кислородно-ксеноновой смесью), в условиях полного герметичного реверсивного дыхательного контура [2]. Динамика клинических показателей кровообращения указывает на отсутствие стрессовых реакций, связанных с операционной травмой, что говорит об адекватной анестезии. Но при анестезии ксеноном доза фентанила была в 4 раза меньше по сравнению с группой лиц, получавших закись азота с кислородом и препараты нейролептанальгезии.

Данные клинического наблюдения за адекватностью ИВЛ подтверждались объективными показателями оксигенации крови по пульсовому оксиметру, и данным лабораторного газового анализа ($p0_2$ и $pC0_2$.) Во всех группах во время анестезии и операции не происходило статистически значимых изменений показателей газообмена и pH, средние показатели pCO_2 в конце операции несколько превышали исходные (40,2–43,7 и 38,6–39,9 мм рт. ст. соответственно), однако эти изменения не были статистически достоверными. Пробуждение больного было быстрым. Через 3–4 минуты пациенты, получавшие ксенон, приходили в сознание с ориентацией в пространстве и времени. В течение послеоперационного наблюдения отмечали время появления болевых ощущений после обоих вариантов анестезии. Длительность послеоперационной аналгезии после ксеноновой анестезии составляла более 240 мин. с приятными субъективными ощущениями. После анестезии N_2O:O_2+НЛА период послеоперационной аналгезии оканчивался через 20–30 мин. Больные были сонливыми, вялыми, заторможенными с ощущением легкой тошноты.

Перед и непосредственно после окончания операции проводили иммунологическое обследование всех больных.

Клеточное звено иммунитета оценивалось: по абсолютному количеству лейкоцитов (в 1 мкл.крови), по абсолютному количеству лимфоцитов, по абсолютному количеству Т-лимфоцитов ($СД3^+$), по абсолютному количеству $СД4^+$- и $СД8^+$-лимфоцитов, $СД19^+$В-лимфоцитов и $СД16^+$ натуральных киллеров с применением соответствующих моноклональных антител. Кроме того, оценивали содержание иммуноглобулинов IgG, IgM и IgA в сыворотке крови методом радиальной иммунодиффузии по Манчини с использованием моноспецифических сывороток. Фагоцитарную активность нейтрофилов крови оценивали с использованием убитой взвеси S. aureus. после инкубации при температуре 37,1°С в течение 30 минут с подсчетом интегрального фагоцитарного индекса (ИФИ). Уровни содержания в сыворотке крови цитокинов ИЛ-2, ИЛ-6 и TNF-α определяли в те же сроки методом иммуноферментного анализа с помощью тест систем «Протеиновый контур» (г.Санкт-Петербург) в лаборатории иммунологических исследований ООО «Рекон» (г.Астрахань). Кроме лабораторных исследований, производилась комплексная оценка клинических и анамнестических параметров, таких как возраст, пол, характер сопутствующей патологии, длительность заболеваний (от начала заболевания до оперативного вмешательства), длительность оперативного вмешательства.

В послеоперационном периоде ежедневно оценивались: абдоминальная симптоматика, температурная реакция, ЧСС, ЧДД, психо-эмоциональное состояние. Статобработку результатов вели методом вариационной статистики с вычислением средней арифметической (M), средней ошибки средней величины (m), степени свободы и вероятности (P). Сравнение средних значений двух выборок велось с помощью t-критерия Стьюдента. Достоверным считалось различие более 95 % ($p<0,05$). Статистическая обработка проводилась с помощью программы Excel 7.0.

Результаты исследования. При поступлении в стационар больные были подвергнуты всестороннему клинико-лабораторному обследованию, результаты которого позволили выделить группу больных (32 чел.), у которых было документировано наличие сопутствующих заболеваний (группа Б) в отличие от другой группы больных (28 чел.) без сопутствующих заболеваний (группа А). У 12 из 32 пациентов имелась комбинация двух и более сопутствующих заболеваний. С учетом основного и сопутствующих заболеваний, характера выполненных больным вмешательств и методов анестезии, степень операционного и анестезиологического риска была квалифицирована по классификации МНОАР (1989 г.) так: I степень (незначительная) – у 28 больных (45%), II степень (умеренная) – у 32 (55%). Анализ показывает, что преобладали пациенты с умеренным риском анестезии и операции. Подготовка к оперативному вмешательству осуществлялась по общепринятой схеме. Иммунологическое обследование всех больных позволило сопоставить средние уровни иммунологических показателей в группах А и Б (табл.1).

Таблица 1

Средние уровни иммунологических показателей в группах без сопутствующих заболеваний (А) и с сопутствующими заболеваниями (Б)

Уровни показателей	Группы больных				Достоверность различий между средними величинами отдельных групп (t)
	А		Б		
	M	m	M	m	
Лейк_и	5703,60	40,03	6459,41	59,76	10,51
Лимф_и	1737,73	66,69	1699,79	37,46	0,50
СД3_и	1317,23	36,93	1282,04	46,38	0,59
СД4_и	809,05	24,22	783,03	20,95	0,81
СД8_и	448,26	13,04	436,29	11,58	0,69
СД4/СД8_и	1,85	0,02	1,78	0,06	1,00
СД19_и	159,94	1,71	150,73	2,44	3,09
ФЧ_и	2,23	0,04	2,09	0,03	2,99
IgA_и	1,82	0,05	1,80	0,05	0,26
IgM_и	1,72	0,05	1,91	0,06	2,42
IgG_и	15,23	0,54	16,50	0,33	1,99
IL-2_и	1,59	0,14	3,85	0,39	5,42
IL-6_и	3,21	0,08	10,20	0,32	21,07
TNF_и	1,56	0,13	8,22	0,31	19,80

Примечание: и – исходные уровни перед операцией

Как видно из табл. 1, у больных группы Б абсолютное количество лейкоцитов крови достоверно выше, чем у больных группы А($p<0.01$). Не менее выраженные отличия группы Б от группы А характеризуют уровни цитокинов (Il-2, IL-6, TNFα) в сыворотке крови, которые достоверно выше, чем в группе А ($p<0.01$). Абсолютное количество В-лимфоцитов ($CD19^+$) у больных группы Б оказалось достоверно ниже, чем у больных группы А ($p<0.05$), хотя разница в количестве клеток была не столь велика. Интегральный индекс фагоцитарной активности лейкоцитов крови также оказался несколько ниже в группе Б по сравнению с группой А, однако разница была статистически не достоверна ($p>0,05$). По остальным восьми иммунологическим показателям не было выявлено статистически достоверных различий между группами А и Б. Больные с сопутствующей патологией отличались от больных без сопутствующей патологии, в основном, повышенным абсолютным количеством лейкоцитов крови и повышенными уровнями цитокинов (IL-2, IL-6, TNFα) в сыворотке крови. Слабо выраженное снижение двух иммунологических показателей (количества $CD19^+$-лимфоцитов и ИФИ) из 14 изученных у больных с сопутствующей патологией по сравнению с больными без таковой не позволяет подозревать у этих больных состояние иммунологической недостаточности.

Повышенные уровни лейкоцитов крови и цитокинов в сыворотке крови могут говорить о воспалительной природе сопутствующих заболеваний или о том, что на фоне сопутствующих заболеваний основное заболевание – калькулезный холецистит – протекает с более выраженными воспалительными явлениями. Выявленные иммунологические особенности лиц с сопутствующей патологией позволяют считать этих больных группой риска при проведении оперативного вмешательства, т.к. сама оперативная травма, связанный с ней стресс, медикаментозные воздействия могут вызывать лейкоцитоз и рост уровня цитокинов в крови, т.е. усугублять исходно выраженные сдвиги. Это представление о группе повышенного риска больных с сопутствующей патологией согласуется с клинически обоснованным выделением группы со II умеренной степенью риска (32 чел., 55%). Половина лиц без сопутствующей патологии получили анестезию с использованием закиси азота и препаратами нейролептанальгезии (дроперидол+фентанил), прочие – моноанестезию ксеноном. Больные с сопутствующей патологией были разделены так же.

Частота послеоперационных осложнений у больных представлена в табл. 2. Наблюдение за пациентами, получившими общую анестезию с ксеноном, не выявило никаких побочных эффектов применения ксенона, как немедленных, так и отсроченных. В ходе оперативного вмешательства и общей анестезии с ксеноном в послеоперационном периоде не выявлено также значимых изменений биохимических показателей крови и изменений в анализе мочи, что свидетельствует, прежде всего, о безопасности применения ксенона в отношении функции печени и почек. Переносимость ксенона была хорошей. У больных было неосложненное течение послеоперационного периода и с быстрой нормализацией общего состояния. У большинства пациентов в послеоперационном периоде отмечалось улучшение самочувствия, появление чувства «бодрости», отмечали нормальный сон, хороший аппетит. Раны заживлялись первичным натяжением и на 8–9 сутки больные выписывались на амбулаторное лечение.

Таблица 2

Частота наблюдаемых послеоперационных осложнений в группах больных

Методы анестезии	Количество больных	
	Без осложнений	С осложнениями
Закись азота (n=32)	14	18
Ксенон (n=28)	25	3

Таблица 3

Иммунологические показатели у больных с послеоперационными осложнениями и без осложнений

Уровни показателей	Группы больных				Достоверность различий между средними величинами отдельных групп (t)
	С осложнениями		Без осложнений		
	M	±m	M	±m	
Лейк_и	6278,8	115,5	6015,8	70,2	1,95
Лейк_к	7628,5	168,6	6424,8	90,4	6,29
Лимф_и	1957,87	24,54	1639,1	43,6	6,37
Лимф_к	2072,29	25,08	1830,9	42,7	4,87
СД3_и	1529,92	7,39	1222,9	31,4	9,53
СД3_к	1498,57	10,39	1314,5	37,64	4,71
СД4_и	908,86	6,89	758,43	17,73	7,91
СД4_к	871,95	7,74	804,42	17,18	3,58
СД8_и	517,41	5,38	417,23	8,48	9,98
СД8_к	542,89	23,31	471,75	11,62	2,73
СД19_и	162,81	1,29	152,84	1,94	4,27
СД19_к	142,38	1,48	145,94	2,25	1,32
ФЧ_и	2,22	0,03	2,14	0,03	1,77
ФЧ_к	2,27	0,03	2,23	0,03	0,87
IgA_и	2,02	0,06	1,74	0,04	3,89
IgA_к	1,87	0,02	1,59	0,07	3,55
IgM_и	2,06	0,02	1,74	0,05	6,22
IgM_к	2,28	0,10	1,83	0,05	4,09
IgG_и	17,69	0,27	15,26	0,38	5,20
IgG_к	17,13	0,79	15,76	0,37	1,57
IL-2_и	4,20	0,63	2,23	0,23	2,95
IL-2_к	7,07	0,72	3,90	0,29	4,07
IL-6_и	7,39	0,95	6,48	0,58	0,82
IL-6_к	9,80	0,49	6,17	0,39	5,77
TNF_и	4,87	1,03	4,90	0,54	0,02
TNF_к	9,29	0,14	5,08	0,36	10,84

Примечание: и –исходные уровни перед операцией; к – уровни, соответствующие концу операции

Осложнения операционной раны (нагноение, инфильтрат брюшной полости) были у 8 пациентов. В 3 случаях отмечались инфильтраты и абсцессы брюшной полости. У больных, получивших закись азота, зафиксированы в вечерние время подъемы температуры тела на 3–8-е сутки послеоперационного периода до субфебрильных цифр. Раз послеоперационные хирургические осложнения были выявлены не только у больных с сопутствующей патологией, но и у больных без таковой, возникла необходимость сопоставления развития осложнений с особенностями иммунологических характеристик больных до операции и сразу после. Для обоснования алгоритмов прогноза послеоперационных осложнений все больные были разделены на две группы: с хирургическими осложнениями и без таковых (табл.3).

Сопоставление средних величин иммунологических показателей в этих двух группах позволило выявить статистически достоверные различия: в исходных уровнях: абсолютного количества лимфоцитов крови, абсолютного количества Т-лимфоцитов ($CD3^+$), абсолютного количества субпопуляций Т-лимфоцитов ($CD4^+$, $CD8^+$). Менее выраженные различия между группами касались исходных уровней содержания в сыворотке крови иммуноглобулинов: в послеоперационных уровнях (сразу после окончания операции) абсолютного количества лейкоцитов крови, содержания в сыворотке крови цитокинов IL-1, IL-6,TNF.

При обосновании алгоритма послеоперационных хирургических осложнений исходили из расчета доверительных интервалов колебаний вышеперечисленных показателей в группе больных без хирургических осложнений. За верхнюю границу доверительного интервала каждого показателя принимали сумму средней величины и величины сигмы (M+ σ). Исходя из полученных результатов, можно предложить следующий алгоритм угрозы послеоперационных хирургических осложнений.

Развития хирургических осложнений с наибольшей вероятностью можно ожидать в случаях: исходного уровня абсолютного количества лимфоцитов, превышающего 1.870; исходного уровня абсолютного количества Т-лимфоцитов ($CD3^+$), превышающего1.390; исходного уровня абсолютного количества $CD4^+$ Т-лимфоцитов, превышающего 850; исходного уровня абсолютного количества $CD8^+$ Т-лимфоцитов, превышающего 460; послеоперационного уровня абсолютного количества лейкоцитов крови, превышающего 6.920; послеоперационного уровня содержания в сыворотке крови цитокина IL-2, превышающего 5,4; послеоперационного уровня содержания в сыворотке крови цитокина IL-6, превышающего 8,3; послеоперационного уровня содержания в сыворотке крови цитокина TNFα, превышающего 7,0. При ретроспективной оценке эффективности предложенного алгоритма для прогноза хирургических осложнений у ряда оперированных лиц было показано, что в пользу угрозы хирургических осложнений говорит сочетание повышенного уровня не менее 6 из 8 перечисленных показателей (табл.4). Прогнозирование отсутствия послеоперационных хирургических осложнений базируется на повышенном уровне не более двух из 8 перечисленных показателей. Верхняя часть схемы алгоритма (рис.) относится к исходному уровню показателей, нижняя – к послеоперационному.

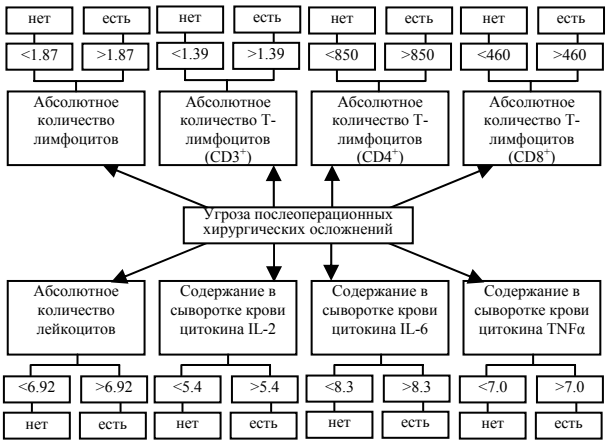

Рис. Схема алгоритма

Таблица 4

Алгоритм прогноза хирургических осложнений

Количество больных (n=60)	Повышено ≥6 из 8 показателей	Повышено ≤2-х из 8 показателей	Повышены >2-х из 8 показателей
С осложнениями (n=15)	15(25%)		
Без осложнений (n=45)		30(50%)	15(25%)

Сопоставление результатов прогноза с учетом особенностей иммунологических показателей с результатами предварительной оценки степени риска операции и анестезии показало, что в отличие от 32 больных (55%) со II (умеренной) степенью операционного риска предложенный алгоритм позволил выявить 15 случаев послеоперационных осложнений (25%), а у 30 (50%) лиц позволил исключить возможность осложнений. В 75% случа-

Краткое сообщение

ев алгоритм прогноза хирургических осложнений, основанный на оценке иммунологических показателей, оправдал себя.

Литература

1. *Булава Г.В. и др.* //Хирургия им.Н.И.Пирогова.– 2002.– № 7.– С. 4–11.

2. *Буров Н.Е. и др.* Ксенон в анестезиологии: Клинико-экспериментальные исследования.– М.: Пульс, 2000.– С.129–154.

3. *Гришина Т.И.* // Андрол. и генит. хирургия.– 2000.– № 4.– С.1–14.

4. *Старченко А.А. и др.* // Анестезиол. и реаниматол.– 2002.– №4.– С.46–48.

APPLICATION OF IMMUNOLOGIC VALUES FOR EVALUATION OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS AND SUBSTANTIATION METHOD OF ANESTHESIA

A.N. BELOGRIVTSEV, N.E. BUROV, I.Z. KITIASHVILI, I.S. FREYDLIN, E.V. KHRIKOVA

Summary

The authors revealed the supposed algorithm for comparison of prognosis results in consideration of immunologic values and preliminary evaluation of degree of operation and anesthesia risk. It is established that 25% patients – absence of complications. The algorithm of prognosis for immunologic values at 75% results of operations is effective

Key words: immunologic value, anesthesia risk

УДК 616.-003.4

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ КИСТ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

А.А. АДЫРХАЕВ, А.З. ГУСЕЙНОВ, Д.А. ИСТОМИН, О.Б. ХАПИЛИНА

Введение. Киста молочных желез (МЖ) рассматривается рядом авторов в рубрике опухолеподобных процессов [1, 5]. Другие авторы кисты МЖ относят к кистозным опухолям [2, 3]. Дисгормональные расстройства приводят к нарушению физиологической эволюции и инволюции в МЖ, развитию очагов патологической пролиферации эпителия. Суммация этих изменений на протяжении продолжительного времени ведет к развитию кист на фоне фиброзно-кистозной мастопатии или фиброзно-кистозной болезни (ФКБ) МЖ [5]. Кистозные образования являются компонентом двух из трех клинических форм ФКБ: кистозной и фиброзно-кистозной, а патологические изменения при этом развиваются в пределах протоково-дольковой единицы [2, 3]. Кисты выстланы или атрофическим эпителием, или эпителием, подвергшимся апокриновой метаплазии. Описаны случаи слизистой метаплазии эпителия кист [3]. При пролиферативной форме ФКБ МЖ выделяют эпителиальный, миоэпителиальный и фиброэпителиальный варианты пролиферации. При длительном существовании, особенно появлении папиллярного разрастания изнутри, имеется риск малигнизации. Частота малигнизации кист определяется в основном дисгормональной гиперплазией и зависит от клинико-морфологических форм ФКБ МЖ [2]. Считается, что степень риска развития рака МЖ возрастает при кистозных изменениях и зависит от выраженности протоковой и внутридольковой пролиферации [3]. Риск малигнизации непролиферирующей формы ФКБ МЖ составляет 0,9%, при умеренной пролиферации – 2,3%, а при резко выраженной пролиферации – доходит до 31,4%. В целом, вероятность малигнизации кист, по данным разных авторов, колеблется от 1,5 до 4 % [2, 4].

Исходя из гистологической классификации и причинно-следственной связи рака МЖ с размерами кисты, обоснован малоинвазивный подход к терапии неосложненных кист МЖ, включая их склерозирование, что позволяет ликвидировать полость кисты, но и активность экссудативного процесса. Определены основные критерии распознавания и уточнения диагноза кист МЖ. При клиническом осмотре выявляется пальпаторно зыбление. Ультразвуковое исследование (УЗИ) и маммография позволяют уточнить диагноз в большинстве случаев.

Основным методом является УЗИ, которое позволяют выявить как глубоко расположенные, так и меньших (до 1,0 см) размеров кистозные образования. Для уточнения диагноза выполняется маммография [3]. Диагноз уточняется проведением пункционной аспирационной биопсии, в ряде случаев с диагностической целью с введением воздуха (пневмоцистография) [5]. В плане лечебно-диагностической тактики общепринята пункция образований, начиная с размеров 1 см [5]. В лечебном плане нерадикальным является только пункция с эвакуацией содержимого кисты. При отсутствии признаков малигнизации, при размерах до 2,5 см применяется пункционная методика, в ряде случаев с введением воздуха (пневмосклерозирование кисты). При размерах более 2,5 см до недавнего времени наиболее распространенной была операция – секторальная резекция молочной железы со срочным гистологическим исследованием биоптата. Быстрое развитие медицинских технологий позволило внедрить в практику метод лечения кист МЖ, основанный на введении склерозирующих веществ [4, 5]. Но и ныне имеется явное преобладание оперативного вмешательства – секторальной резекции МЖ [5].

Цель исследования – определение оптимальной тактики диагностики кистозных образований МЖ и обоснование неоперативных малоинвазивных методов их лечения.

Материал и методы. Мы располагаем опытом лечения 64 больных с кистами МЖ в клинике хирургических болезней №1 ТулГУ с 2000 по 2004 гг. Все больные – женщины в возрасте от 18 до 59 больных (средний возраст 37,5 года). В диагностике кист МЖ использовали УЗИ (76%), маммографию (13%), сочетанию УЗИ и маммографии (21%). Диагноз подтверждали аспирационной тонкоигольной пункцией, которую выполняли под визуальным контролем у 25 (39,1%), под ультразвуковым контролем – у 39 (60,9 %) больных. По данным морфологического исследования: у 47 (73,4 %) больных определены непролиферативные, у 17 (26,4 %) – пролиферативные формы ФКБ МЖ. С целью выявления эффекта терапии все больные были разделены на 2 группы: 1-я группа включала пациентов, где в полость кисты после полной эвакуации содержимого с лечебной целью вводился воздух (пневмосклеротерапия); во 2-й группе – вводился 96 % этиловый спирт с воздухом (комбинированная пневмоэтанолосклеротерапия). Размеры кист колебались от 0,9 до 3,5 см.

В 1-й группе, включающей 25 больных, вводили воздух в кистозные образования после эвакуации содержимого. Количество воздуха соответствовало $^1/_2$ удаленной жидкости.

Во 2-й группе больных (39 чел.) делали тонкоигольную пункцию: полная эвакуация содержимого не проводилась для сохранения остаточной полости. Через иглу, не меняя ее расположения, вводился в качестве склерозирующего средства 96% этиловый спирт с воздухом в соотношении 1:1. Объем воздушно-спиртовой смеси ≤50% от удаленного содержимого кисты.

Результаты. Как показали проведенные исследования**,** оптимальная диагностическая тактика включает преимущественное использование УЗИ МЖ. Явным преимуществом УЗИ была возможность проведения исследования в динамике.

Независимо от размеров образования наличие плотной стенки, неровность внутренних контуров кисты, а главное – несоответствие количества жидкости и размеров кистозного образования являлись показанием к маммографии. Как показали наши исследования, во всех случаях содержимое кист следует подвергнуть цитологическому исследованию. При взятии материала частично удается получить биоптат из стенки кисты, что повышает информативность цитологического исследования. При глубоком расположении и небольших размерах (до 1 см) кисты применение УЗИ становится в настоящее время незаменимым для взятия материала и верификации диагноза. Проведение диагностической аспирационной тонкоигольной пункции позволяет верифицировать характер патологии. Эффективность цитологического исследования, позволяющая дифференцировать непролиферативные и пролиферативные формы ФКБ МЖ, составила 88,0 %. Анализ полученных результатов показал, что УЗИ, кроме диагностики кист МЖ, также позволяет проводить пункцию, склерозирование, а в дальнейшем динамическое наблюдение за больными. Проведенные нами исследования показали, что пункции под визуальным и УЗ-контролем, могут выполняться независимо от размеров кист. В 5 (12,8 %) случаях введения спирто-воздушной смеси больные предъявляли жалобы на жжение и дискомфорт в области