

laboratory tests assessment of urine levels of fetal placental and maternal steroid hormones was performed (gestational steroid profile). Placental function was assessed by amount of excreted progesterone and estrogen metabolites. Fetal well-being was detected by assessing levels of fetal 16 α -hydrocorticosterone produced by fetal liver. For decision about prolongation of pregnancy the level of androgens excreted by adrenals and ovaries was determined. The data obtained was used to define optimal gestation management, the efficacy of treatment and for the better choice of time and mode of delivery. It was proved that steroid profile fluctuations reflect more earlier changes occurring in gestosis than could be found in routine blood and urine analyses and at sonography.

УДК 618.19—089

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ

**В.И. ЗУБКИН, И.М. ОРДИЯНЦ, С.И. ОЖЕ, Г.Е. ЗОЛИЧЕВ,
Л.С. ХАСХАНОВА, С.Г. СИЛЕНКО**

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии
Российский университет дружбы народов
Ул. Миклухо-Маклая, 8, Медицинский факультет, 117198 Москва, Россия

14 больных были пролечены по поводу доброкачественных новообразований молочных желез с использованием малоинвазивных технологий. 10 больным производилось склерозирование кист препаратом этоксисклерол. При фиброаденомах молочной железы выполнялась операция под контролем эндоскопической телевизионной установки фирмы «Richard Wolf» (ФРГ).

Лечение мастопатии представляет трудную задачу ввиду сложного, до конца не изученного этиопатогенетического механизма тесной взаимосвязи этого заболевания с рядом нейро-эндокринных нарушений, состоянием гепатобилиарной, иммунной систем, которые оказывают значительное влияние на течение патологического процесса в молочных железах [2, 4].

Свыше 80% больных мастопатией имеют сочетание патологии молочных желез и гениталий, что диктует необходимость комплексной оценки данных обследования для определения единых подходов к лечению репродуктивной системы [3].

Хирургическое лечение доброкачественных заболеваний молочных желез следует рассматривать сегодня как этап комплексного лечения локализованных форм фиброаденоматоза [8, 9].

Фиброаденома молочной железы является почти абсолютным показанием к хирургическому лечению, так как частота злокачественного перерождения ее достигает 28% [7]. Показанием к операции при кистозных образованиях молочных желез является наличие изолированных конгломератов кист, единичные крупные кисты с толстыми стенками, с внутрикистозными образованиями, с обнаруженными при цитологическом исследовании признаками дисплазии эпителия [1]. По мнению ряда авторов, чрескожное склерозирование кист в 70% случаев помогает избежать операции [5, 6]. Однако указанный способ не всегда технически осуществим, особенно при множественных, глубоко расположенных кистах.

Основным методом хирургического лечения фиброзно-кистозной болезни в настоящее время является секторальная резекция молочной железы. Недостатками такой операции являются значительная травматичность, относительно длительный срок пребывания больной в стационаре, составляющий 4—5 дней. В отдаленном периоде наблюдаются такие осложнения, как нарушение архитектоники молочной железы, что приводит к патологии лактации; косметический дефект-образование рубцов, деформация молочной железы.

В МСЧ № 1 АМО ЗИЛ оперировано 14 больных по поводу доброкачественных новообразований молочных желез с использованием малоинвазивных технологий.

Больные были обследованы, включая маммографию, сонографию, для верификации диагноза проводилась пункционная биопсия с цитологическим исследованием. У 10 пациенток диагностированы кисты молочной железы и у 4 больных — фиброаденомы.

Хирургическое лечение кист проводилось с помощью ангиографического аппарата фирмы «Абрис» (Россия). Под контролем рентгенотелевизионной установки через сосок молочной железы вводился катетер 0,6 мм диаметром, который сквозь млечный синус и долевой проток проходил в полость кисты. Затем через катетер вводился препарат омнипак, контрастирующий протоки и полость кисты (кист), после чего проток и кисту опорожняли от контраста и секрета и вводили склерозант-этоксисклерол. В дальнейшем проводился ультразвуковой контроль в динамике, и полная облитерация кист наступала к 26—28-у дню.

При фиброаденомах молочной железы операция выполнялась под контролем эндоскопической телевизионной установки фирмы «Richard Wolf» (ФРГ). После рассечения кожи и клетчатки по субмаммарной складке в рану вводился оптический ретрактор шириной 14 мм, подключенный к видеостойке. Ретрактор подводился к зоне опухоли, за счет поднятия ручки создавалась полость и четко визуализировалась фиброаденома. Электрохирургическим крючком проводилось иссечение узла в пределах здоровых тканей и удаление щипцами. Гемостаз выполнялся электрокоагулятором по ходу операции.

В целом, благодаря использованию малоинвазивных технологий удалось достичь ряда положительных моментов:

- снижение травматичности операции;
- сохранение архитектоники и функциональных возможностей молочной железы;
- возможность одновременного склерозирования не только полости кисты (кист), но и всего долевого протока, что препятствует рецидиву кист по ходу протока;
- четкая визуализация границ узлового фиброаденоматоза на фоне фиброзно измененных тканей молочной железы;
- повышение косметичности операции: отсутствие разреза на молочной железе при эндоскопической экстирпации фиброаденомы экстрамаммарным доступом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вдовина И.А., Жандарова Л.Ф., Дмитриев Ю.Я., Кузнецова Л.М. Значение многоэтапного морфологического исследования при кистозных образованиях молочной железы // Маммология, 1993, № 4, с. 42—44.
2. Наумкина Н.Г. Новые подходы к диагностике и лечению фиброзно-кистозной болезни молочной железы / Дисс. к. м. н. — М., 1999, с. 171.
3. Радзинский В.Е., Ордяниц И.М., Иванова Т.Н. и соавт. Современные представления о возможных факторах риска развития гиперпластических процессов женской репродуктивной системы. Актуальные вопросы организации гинекологической помощи в лечебных учреждениях вооруженных сил РФ / Мат. научн.-практ. конф. и сборов акушеров-гинекологов Московского гарнизона 3.03.2000. М., ГВКГ им. Н.Н. Бурденко.
4. Сидоренко Л.Н. Молочная железа. Как уберечь себя от рака. — Л.: Медицина, 1998.
5. Харченко В.П., Рожкова Н.И., Прокопенко С.П. Применение инвазивной рентгенорадиологии в диагностике и лечении кист молочной железы. Актуальные проблемы маммологии (5-й симпозиум). — М., 2000, с. 100—114.
6. Cant P.J., Madden M.V., Coleman M.G., Dent D.M. Non-operative mana // Br. J. Surg, 1995, Jun. 82:6, p. 792—794.
7. Georgescu T. Retrospective studies on the relation between fibrocystic disease and cancer of the breast with therapeutic conclusions // Chirurgia, 1992, vol. 41,1, p. 10—18.
8. Petrella G., Miro A.G., Musella M. et al. Benign breast disease: the surgeon's role in its treatment // Ann. Ital. Chir., 1997, vol. 68,2, p. 187—192.

9. Rozkova N.I., Kharchenko V.P., Iakobs L.T. Diagnosis of nodal mastopathy: present-day views // Vest. Rentgenol. Radiol, 1995, vol. 6, p. 15–18.

LOW-INVASIVE INTERVENTIONS IN TREATMENT OF FIBROCYSTIC DISEASE

**V.I. ZUBKIN, I.V. ORDIYANTS, C.I. OZHE, G.E. ZOLICHEV,
L.H. HASKHANOVA, S.G. SILENKO**

Department of Obstetrics and Gynaecology with course of Perinatology
Russian University of Peoples' Friendship
Miklukho-Maklaya st., 8, Medical Faculty, 117198 Moscow, Russia

14 patients were treated on for fibrocystic disease of the breast. 10 patients with cysts of mammalian gland were treated with caetoxysklerol, 4 women with fibroadenomas underwent endoscopic surgical intervention. Advantages of low-invasive interventions on the breast are given.

ЭКСКРЕЦИЯ ПРЕГНАНДИОЛА У РОЖЕНИЦ С ДИСКООРДИНАЦИЕЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Г.А. КОТАЙШ, А.Д. ПОДТЕТЕНЕВ

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии
Российский университет дружбы народов
Ул. Миклухо-Маклая, 8, Медицинский факультет, 117198 Москва, Россия

Т.В. БРАТЧИКОВА

Городская клиническая больница № 29
Госпитальная площадь, 2, 111020, Москва, Россия

Е.Н. ОРЛОВ, Ч.Г. ГАГАЕВ

ИНХС РАН
Ленинский пр-т, д. 29, 117912 Москва, Россия

В моче 46 рожениц с дискоординацией родовой деятельности (ДРД) оценена шестичасовая экскреция прегнандиола (ПГ), являющегося основным метаболитом прогестерона. У 24 рожениц с развитием ДРД после самопроизвольного начала родов (группа 1) концентрация ПГ была достоверно ниже, чем у 22 рожениц, у которых данная патология развилась на фоне родового излития вод — $11,6 \pm 3,4$ мкмоль/6 ч и $25,6 \pm 7,3$ мкмоль/6 ч соответственно. Продолжительность родов и оценка новорожденного по шкале Апгар тем не менее не зависели от концентрации ПГ, а были связаны с индексом шейки матки по шкале Bishop. Достоверно более низкие концентрации прегнандиола в первой группе по сравнению со второй, вероятно, связаны с физиологическим приостановлением синтеза прогестерона перед началом родов и не являются этиологическим фактором развития дискоординированных маточных сокращений. Причину развития данного осложнения родов скорее всего следует искать среди факторов, препятствующих созреванию шейки матки перед началом самопроизвольной родовой деятельности.

Дискоординация родовой деятельности в современном акушерстве продолжает оставаться до конца не изученной проблемой. Среди причин данной патологии выделяют дисбаланс вегетативной нервной системы, патологию миометрия и шейки матки, наличие механического препятствия в родах, перерастяжение матки, плацентарную недостаточность, гормональные нарушения и др. [4]. Сторонники эндокринной теории основным этиологическим фактором, вызывающим развитие в родах дискоординированных маточных сокращений, считают низкую концентрацию эстрогенов и (или) высокую концентрацию прогестерона в крови матери [6–9]. Однако мнения по этому вопросу разноречивы и не всегда