



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.