

Сравнительный анализ проведен в зависимости от объема оперативного вмешательства на придатках матки (моностеральная овариэктомия ($n = 18$), билистеральная овариэктомия ($n = 42$)). В процессе предоперационной подготовки, а также после операции (через 9–12 месяцев) всем больным проведено комплексное обследование молочных желез (МЖ), включающее: оценку 5-летнего риска развития рака молочной железы (РМЖ) по модели Гейла; физикальное обследование МЖ; ультразвуковое и маммографическое исследование. Показатель 5-летнего риска (коэффициент Гейла) сопоставлен с аналогичным для больных РМЖ ($n = 100$) и условно здоровых женщин ($n = 98$). У женщин с показателем 5-летнего риска развития РМЖ $\geq 1,7$, независимо от выявления узловых образований в молочной железе, проводилась мультифокальная трепан биопсия МЖ под эхографическим контролем. Пролиферативная активность в ткани МЖ оценивалась гистологически и иммуногистохимическим методом с определением экспрессии тканевых маркеров Ki-67 и ядерного антигена пролиферирующих клеток (PCNA).

Результаты. У 95 из обследованных женщин (87,2 %) 5-летний риск развития РМЖ, рассчитанный по модели Гейла ($1,85 \pm 0,13$), был сопоставим с аналогичным показателем риска у больных РМЖ ($1,93 \pm 0,17$; $p < 0,01$) и достоверно отличался от 5-летнего риска, определяемого нормой для условно здоровых женщин ($1,0 \pm 0,18$; $p < 0,01$). При гистологическом исследовании материала биопсии МЖ, выполненной перед гинекологической операцией ($n = 95$; коэффициент Гейла $\geq 1,7$), у 42 пациенток (44,2 %) выявлена пролиферативная мастопатия без атипии. В 12 случаях (12,6 %)

диагностирована атипическая гиперплазия эпителия МЖ. РМЖ выявлен в 3 случаях в форме протоковой карциномы *in situ*. Средние величины оптической плотности ядер, окрашенных Ki-67, составили $2,23 \pm 0,03$; относительная площадь экспрессии Ki-67 — $29,32 \pm 0,13$. Средние показатели оптической плотности ядер, окрашенных PCNA, были в пределах $2,14 \pm 0,03$; относительной площади экспрессии PCNA — $42,29 \pm 0,13$. Через 9–12 месяцев после гинекологической операции у женщин с пролиферативными формами мастопатии ($n = 54$) вторым этапом выполнялась секторальная резекция МЖ. При этом после билистеральной овариэктомии ($n = 21$) атипическая гиперплазия эпителия МЖ гистологически повторно определена только в 5 первично выявленных случаях ($n = 4$), пролиферативная форма мастопатии без атипии отмечена у 4 женщин с пролиферацией протокового / долькового эпителия, выявленного до операции на матке ($n = 9$). Вместе с этим отмечено достоверное уменьшение показателей относительной площади экспрессии и оптической плотности Ki-67 и PCNA среди женщин, перенесших билистеральную овариэктомию ($n = 42$; $p < 0,01$). В то же время среди больных после моностеральной овариэктомии и/или без вмешательства на яичниках ($n = 33$) положительной динамики гистологических и иммуногистохимических показателей активности пролиферативного процесса в ткани МЖ не наблюдалось.

Вывод. Таким образом, при решении вопроса об объеме оперативного вмешательства на придатках у больных миомой матки позднего репродуктивного и перименопаузального возраста необходимо учитывать состояние МЖ, оценивать прогнозируемый риск развития РМЖ.

Бушкова О. Н., Борисов А. А., Колчина М. А., Павлова С. А.

Клиническая больница № 6 ФМБА РФ,
кафедра акушерства и гинекологии ГОУ ИПК ФМБА РФ,
Москва, Россия

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА В ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

Актуальность проблемы. Рак яичников составляет 4–6 % среди злокачественных опухолей гениталий у женщин и занимает третье место среди гинекологических новообразований. За последние десятилетия в России отмечается тенденция роста данной патологии, при этом преобладают III и IV стадии заболевания. Несмотря на радикальное лечение, у 20–30 % больных возникают рецидивы и метастазы опухоли. Лечение злокачественных опухолей яичника всегда комп-

лексное. Хирургический метод лечения — ведущий, но несамостоятельный.

Материал и методы. С апреля 2004 по июнь 2006 гг. в гинекологическое отделение Клинической больницы № 6 ФМБА России госпитализированы 128 пациенток со злокачественными опухолями женских половых органов. Из них у 31 женщины (24,2 %) выявлены злокачественные опухоли яичников. Возраст больных колебался от 29 до 75 лет. Средний возраст больных составил

в $52 \pm 5,7$ года. Из них у 1 женщины (3,2 %) была II стадия заболевания, у 28 женщин (90,3 %) — III стадия, у 2 женщин (6,4 %) — IV стадия заболевания. Проводилось клиничко-лабораторное обследование, специальные методы обследования, включающие УЗИ органов малого таза, МРТ малого таза, эзофагогастродуоденоскопию, определение опухолевых маркеров СА-125, СА 19-9, лапароскопию. Диагностическая лапароскопия, исследование перитонеальной жидкости, биопсия опухоли была проведена 3 женщинам (9,6 %). По результатам гистологического исследования биоптата опухоли в одном случае (3,2 %) была выявлена злокачественная опухоль Бреннера, в втором (3,2 %) — высокодифференцированная серозная папиллярная цистаденокарцинома, в третьем (3,2 %) — умереннодифференцированная сосочковая цистаденокарцинома. Этой группе больных была проведена предоперационная химиотерапия, что позволило в последующем выполнить радикальный объем оперативного лечения. Другой группе женщин с новообразованием яичников (90,4 %) проводилось комплексное лечение, которое включало хирургическое лечение и химиотерапию.

Гомберг В. Г., Надь Ю.Т.

Санкт-Петербургский городской гериатрический центр,
Санкт-Петербург, Россия

Результаты исследования. Первым этапом лечения было хирургическое лечение в объеме экстирпация или надвлагалищная ампутация матки с придатками, резекция большого сальника, которое было проведено 28 женщинам. По данным гистологического исследования низкодифференцированная аденокарцинома диагностирована у 11 (39,2 %) больных, у 9 больных (32,1 %) — серозно-папиллярная аденокарцинома, у 4 больных (14,3 %) — умереннодифференцированная сосочковая аденокарцинома. Муцинозная цистаденокарцинома выявлена у 2 женщин (7,2 %), и у 2 женщин (7,2 %) выявлены пограничные серозно-папиллярные цистаденомы. Послеоперационный период протекал без осложнений. В послеоперационном периоде больным была проведена химиотерапия. На фоне проведенного комплексного лечения состояние больных улучшилось, показатели онкомаркеров снизились.

Вывод. Таким образом, хирургический метод лечения в комплексном лечении больных с новообразованиями яичников позволяет наиболее эффективно использовать химиотерапию, что приводит к улучшению состояния больных и стабилизации течения заболевания.

ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ МЕТАПЛАЗИИ СЛИЗИСТОЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ЖЕНЩИН

Материал и методы. В нашей клинике обследованы 78 женщин в возрасте от 20 до 79 лет (средний возраст 46 лет), страдающие хроническим циститом более 2-х лет. У 56 пациенток (72 %) наблюдались симптомы гиперактивного мочевого пузыря, вплоть до ургентной инконтиненции. Выраженная лейкоцитурия отмечена у 16 больных (21 %).

Результаты исследования. При цистоскопии не было выявлено грубых воспалительных изменений в области дна, верхушки и стенок мочевого пузыря. В большинстве случаев (62 %) обращала на себя внимание выраженная трибекулярность детрузора. В то же время слизистая шейки мочевого пузыря была «как снегом» покрыта белым налетом, четко отграниченным от нормальной, негиперемированной остальной слизистой. Гистологическое исследование таких участков показало признаки хронического, очагового, слабо выраженного цистита, с выраженной и распространенной реактивной плоскокле-

точной метаплазией эпителия переходного типа, очаговым склерозом собственной пластинки слизистой оболочки. Эти больные ранее прошли неоднократные курсы антибактериальной, в том числе и этиотропной, терапии, инстилляций противовоспалительных препаратов. Эффективность лечения была слабой и кратковременной. При бактериологическом исследовании мочи у 25 пациенток (32,1 %) не выявлено роста микрофлоры; у 21 пациентки (26,9 %) — *E. coli*; у 17 больных (21,8 %) — *Enterococcus faecalis*; у 6 пациенток (7,7 %) — *Streptococcus*, тип В; у 5 пациенток — (6,4 %) — *Pseudomonas*; у 2 женщин (2,6 %) — *Klebsiella pneumoniae* и также у 2 — *Xantomonas*. Всем пациенткам была выполнена фототермокоагуляция измененной слизистой шейки мочевого пузыря излучением Nd-YAG лазера (длина волны 1064 нм, мощность 25 Вт) эндоскопически, под внутривенной анестезией. Операции прошли без осложнений, в послеоперационном периоде не наблюдалось макрогематурии, не требовались ка-