

скрининг рака, а также диагностику и терапию заболеваний, являющихся фоном для развития неопластической трансформации. В этом аспекте изучение механизмов развития, своевременная диагностика и лечение фиброзно-кистозной болезни (мастопатии) является важнейшей медико-социальной проблемой. Ее пролиферативные формы являются факторами риска для развития рака молочной железы. У части пациенток мастопатия сопровождается выраженной клинической симптоматикой, снижающей качество их жизни.

Проведенное комплексное полиметодическое исследование позволило выявить факторы риска развития мастопатии — высокую частоту abortов и гиперпластических заболеваний матки. Доказано, что в патогенезе пролиферативных форм заболевания имеет значение овариальная недостаточность и усиление васкуляризации паренхимы органа. В частности, было показано, что у 2/3 больных пролиферативной формой мастопатии, не зависимо от их возраста, имеются признаки ановуляции или недостаточности желтого тела. Развитие заболевания происходит на фоне относительного преобладания эстрадиола (Э), недостатка прогестерона (П) и, следовательно, высокой величине отношения их содержания в крови (Э/П). Наиболее низкая концентрация в крови прогестерона и высокая величина отношения Э/П были характерны для пациенток, имеющих выраженную степень пролиферации эпителия по сравнению с умеренной.

У больных с пролиферативными формами заболевания в тканях молочной железы формируются очаговые пролифераты, характеризующиеся избыточным содержанием в клетках эстрогеновых рецепторов и повышенной их митотической активностью. Причем наиболее значимо усиление экспрессии эстрогеновых рецепторов и увеличение количества очагов с усиленной митотической активностью клеток происходит при атипическом варианте гиперплазии. Важным аспектом исследования явилось доказательство наличия нарушения регуляции апоптоза эпителиальных клеток при пролиферативных формах мастопатии, заключающегося в ослаблении антиапоптозного

механизма в эпителии, что может иметь адаптационный характер в ответ на усиление митотической активности клеток.

С помощью ультразвукового и доплерометрического исследования выявлен ряд физиологических особенностей тканей молочных желез у женщин разного возраста. Выявлены циклические изменения толщины паренхимы молочных желез, интенсивности ее кровообращения в течение менструального цикла и зависимость этих параметров от гормонаемии. Результаты этих работ создали основы для неинвазивной диагностики гиперпластического процесса в молочной железе. Так, доказано увеличение толщины паренхимы молочных желез у больных фиброзно-кистозной болезнью во всех возрастных группах по сравнению со здоровыми женщинами (в 1,5–2,0 раза). При этом показано, что для дифференциальной диагностики пролиферативной и непролиферативной форм фиброзно-кистозных изменений имеет диагностическое значение не выраженность паренхимы, а низкие величины доплерометрических показателей сопротивления кровотоку в ее артериях.

Полученные данные о факторах риска, механизмах развития заболевания позволили существенно дополнить используемые в настоящее время методики для диагностики фиброзно-кистозной болезни высокоинформативными, неинвазивными биометрическими и функциональными показателями состояния паренхимы молочных желез в разные фазы менструального цикла. Для определения вероятности развития пролиферативных форм мастопатии предложен комплекс клинико-анамнестических данных, результатов гормонального исследования, ультразвуковых и доплерометрических показателей.

Выявленные механизмы развития мастопатии позволяют формировать основные направления лекарственной терапии этого заболевания, в том числе патогенетического применения ряда гормональных препаратов, в частности низкодозированных комбинированных эстрогенгестагенных препаратов, прогестерона и его производных.

## ОРГАНОСОХРАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ IA1 СТАДИИ

© И. А. Косенко, Н. Н. Пищик, С. Э. Савицкий, И. В. Мышко

Гродненская областная клиническая больница, Гродно, Республика Беларусь

### Актуальность проблемы

Определение значимости органосохранных операций при раке шейки матки (РШМ).

### Цель исследования

Изучить эффективность проведенного органосохранного хирургического лечения РШМ

Ia1 стадии в республике Беларусь с 1991 по 2005 г.

### Материал и методы

Анализ данных Белорусского канцер-регистра (БКР).

### Результаты

Органосохранные операции (ОСО) у больных РШМ выполнялись за вышеуказанный период у 134 (4,2%) из количества больных в I стадии заболевания. По частоте использования данный метод занял в структуре методов лечения при I стадии РШМ 6 место. Разновидностями ОСО явились: операция Штурмдорфа — 77 (57,5%) операций, диатермоэлектроэксцизия шейки матки — 54 (40,3%), высокая трансвагинальная ампутиация шейки матки 3 (2,2%). В возрасте от 17 до 35 лет выполнено 79 (59,0%) ОСО, от 36 до 54–52 (38,8%) и 3 (2,2%) — выполнены в возрасте от 55 до 72 лет. В 2 (1,5%) случаях у пациенток 1 возрастной группы после ОСО развилась пролонгация заболевания: в 1 — после операции Штурмдорфа (через 3 года), во втором — после диатермоэлектроэксцизии (через 1 год).

У 131 (97,83%) больной гистологически выставлен диагноз плоскоклеточный рак, у 2 (1,45%) — смешанная адено-плоскоклеточная форма рака и у 1 (0,72%) больной ОСО проводилась при аденокарциноме шейки матки. Оба случая продолжения заболевания зарегистрированы при плоскоклеточном варианте рака шейки матки.

### Заключение

1. Выполнение органосохранных операций при I стадии РШМ является адекватным методом лечения в условиях выполнения требований национальных стандартов лечения.

2. Основную массу больных в данной категории составили женщины детородного возраста.

3. Значимость и эффективность различных методов ОСО в результате проведенного лечения одинакова, а частота прогрессирования заболевания минимальна.

4. Подавляющее количество ОСО выполнялось при плоскоклеточной форме РШМ.

5. ОСО могут быть использованы в качестве альтернативного метода лечения при РШМ Ia1 стадии, при соблюдении критериев правильного отбора пациентов.

## ТЕРМИЧЕСКАЯ БАЛЛОННАЯ АБЛАЦИЯ — АЛЬТЕРНАТИВА В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ

© Е. И. Нефф, Е. Ю. Глухов, Т. А. Обоскалова

ГБ №41, Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета УГМА, Екатеринбург, Россия

### Актуальность проблемы

По литературным и собственным данным 65–90% пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия (ГПЭ) имеют различную соматическую патологию, при которой зачастую противопоказано проведение и гормонотерапии, и гистерорезектоскопии, и радикальной гистерэктомии. Термическая баллонная абляция (ТБА) эндометрия для таких пациенток является методом выбора.

### Цель исследования

Изучение структуры соматической патологии при использовании метода ТБА, частоты и структуры маммологической патологии и динамики изменения этих процессов на фоне лечения методом ТБА.

### Материал и методы

120 пациенткам в возрасте  $48,2 \pm 0,7$  года про-изводилась абляция эндометрия с помощью при-

боров «ThermaChoice» (США) (58 больных) и «Menotreat» (Дания) (62 больных). Железистая или железисто-кистозная гиперплазия эндометрия имела у всех пациенток, из них в сочетании с полипозом эндометрия — у 49 (40,5%), в сочетании с полипозом цервикального канала — у 8 (6,3%).

70 пациенток (58,2%) находились в периоде перименопаузы, 29 (24,0%) — в постменопаузе, 21 (17,7%) — в позднем репродуктивном периоде. Давность заболевания у 70 (58,2%) больных не превышала 1 года, у 27 (22,8%) она составила 1–2 года и у 23 (18,9%) пациенток превысила 2 года.

### Результаты

Количество предшествующих диагностических выскабливаний и гистероскопий: одно — у 50 женщин (41,7%), два — у 42 (35,4%), три — у 21 (17,4%), четыре и более у 7 (5,1%).