

последующие годы, благодаря более эффективному использованию различных методов профилактических осмотров, особенно маммографического скрининга, следует ожидать снижения смертности женского населения от злокачественных опухолей МЖ.

---

## ДИАГНОСТИКА

---

### **РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ ВОЛЕМИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ШОКЕ В ОНКОГИНЕКОЛОГИИ**

*О.В. Васьковская, Н.А. Шаназаров, Л.К. Дигай,  
Р.И. Асабаева, А.И. Кокошко, Л.К. Крискус*

РНЦ НМП, г. Астана, Казахстан  
РДЦ, г. Астана, Казахстан  
Медицинский университет, г. Астана, Казахстан  
Челябинский ГМУ, г. Челябинск, Россия

---

В онкогинекологии наиболее часто требуется экстренная медицинская помощь при кровотечении из половых органов. Изучение причин экстренных ситуаций, их клинической картины показывают, что по данным различных авторов маточное или влагалищное кровотечение из распадающейся опухоли является причиной экстренной операции больным со злокачественными новообразованиями женской половой сферы в 25-29% наблюдений [1]. Непременным условием эффективной помощи является остановка кровотечения. Диагностика кровопотери и степени тяжести геморрагического шока основана на внешней кровопотери и симптомов внутренней кровопотери. Во время развертывания оперативных действий и после них одновременно проводится лекарственная терапия. Необходимо поддерживать и восстановить ОЦК, восстановить макро- и микроциркуляцию. К развитию шока обычно приводят геморрагии, превышающие 1000 мл, т. е. потеря более 20% ОЦК или 15 мл крови на 1 кг массы тела. Продолжающееся кровотечение, при котором кровопотеря превышает 1500 мл (более 30% ОЦК), считается массивным и представляет непосредственную угрозу жизни женщины [2]. Объем циркулирующей крови у женщин

неодинаков, в зависимости от конституции он составляет: у нормостеников – 6,5% от массы тела, у астеников – 6,0%, у пикников – 5,5%, у мускулистых женщин атлетического сложения – 7%, в онкогинекологии наличие распространенного опухолевого процесса значительно меняет эти цифры, что нужно учитывать в клинической практике. Несмотря на наличие множества рекомендаций, для оценки кровопотери в практике зачастую возникают клинические ситуации, при которых возникают трудности определения объемов потери ОЦК [3].

Цель работы: определить диагностическую значимость ультразвукового исследования в оценке волемического статуса при геморрагическом шоке у больных со злокачественными новообразованиями женской половой сферы.

Материалы и методы исследования:

Работа выполнялась на базе Республиканского научного Центра неотложной медицинской помощи г. Астаны, Челябинского областного клинического онкологического диспансера. С целью определения диагностической значимости степени сокращения размеров внутренней яремной вены (коллабирования, спадения) во время вдоха мы исследовали 10 здоровых взрослых (медперсонал) и 18 женщин со злокачественными новообразованиями женской половой сферы поступивших в экстренном порядке с грубыми волемическими нарушениями: при поступлении до проведения инфузионной терапии и перед переводом из ОРИТ после устранения волемических расстройств. УЗИ контроль осуществлялся по динамической методике, использовался ультразвуковой сканер Site-Rite 5 (производства BARD Access, США) с линейным мультислотным датчиком от 5 до 11 МГц.

Результаты и их обсуждение:

Мы определили, что у здорового человека без признаков гиповолемии ВЯВ имеет также тенденцию к коллабированию (спадению) во время вдоха в горизонтальном положении, однако сокращение размеров не превышает 25-30%. При выраженных же явлениях гиповолемии мы выявили спадение ВЯВ во время вдоха на 50% и более, до полного смыкания стенок вены. У больных без признаков острой дыхательной недостаточности спадение ВЯВ на вдохе более 50% может служить диагностическим признаком гиповолемии [4]. Следует заметить, что это исследование должно проводиться так же, как измерение ЦВД, – пациентка должна находиться в горизонтальном положе-

нии. Все факторы, повышающие внутригрудное давление (беспокойство, кашель), способны маскировать этот симптом. В процессе работы мы отметили, что этот признак находится в тесной взаимосвязи с другими диагностическими признаками и данными инструментальных исследований, такими как центральное венозное давление и фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ), и соответствует снижению ЦВД менее 1 см вод. ст. и повышению ФВЛЖ по данным ЭХО КГ более 80%. Если внутренняя яремная вена не спадается на вдохе, а ФВЛЖ менее 60%, то в первую очередь нужно исключать сердечную недостаточность [5]. Степень спадения ВЯВ отражает взаимосвязь преднагрузки правого желудочка и его сократительной способности, в определенной степени этот признак можно назвать «неинвазивным показателем ЦВД».

Выводы: УЗ-признак спадения (коллабирования) внутренней яремной вены более чем в 50% случаев помогает выявлению гиповолемии при отсутствии центрального венозного катетера или его некорректном расположении. Однако мониторинг ЦВД при корректно установленном центральном венозном катетере безусловно дает более точную информацию, особенно если у пациентки имеются признаки ОДН. В процессе работы мы также пришли к выводу, что при выраженных явлениях гиповолемии (шоке), предпочтительней пунктировать подключичную вену.

Литература:

1. Кузнецов В.В. Экстренная помощь при неотложных состояниях в онкогинекологии / Кузнецов В.В., Козаченко В.П., Блюменберг А.Г., и др. // Материалы юбилейной научно-практической конференции «Экстренная хирургия и терапия в онкологии». – Москва, 2005. – С. 268.
2. Воробьев А.И. Острая массивная кровопотеря / Воробьев А.И., Городецкий В.М. и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2001. – С. 176.
3. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии / Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. – М., 2000. – С. 132-134.

### **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДИК В ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Е.С. Мажарова, О.В. Лысенко, Т.Н. Коробкова*

Амурская ГМА, г. Благовещенск  
Амурский ООД, г. Благовещенск

За последнее время во всем мире отмечается увеличение числа больных раком молочной железы. Ежегодно регистрируется порядка 1,2 -1,5 млн. новых случаев. В Амурской области в настоящее время рак молочной железы находится на втором месте в структуре общей заболеваемости и на первом месте в структуре онкологической патологии у женщин, причем отмечается неуклонный рост заболеваемости в последние десятилетия. Ближайшие и отдаленные результаты лечения в первую очередь зависят от своевременно верифицированного диагноза, позволяющего в кратчайшие сроки начать специальное лечение. Учитывая вариативность «лучевой картины» ткани молочной железы в зависимости от возраста, гормонального статуса и фазы менструального цикла, постановка диагноза рака молочной железы может быть затруднена и требует согласованной работы врачей смежных специальностей. В обязательном порядке выполняется цитологическая верификация объемного образования ткани молочной железы. Анализ исследования были подвергнуты амбулаторные карты 120 первичных больных с диагнозом рака молочной железы, обследованных в АООД в период с 2007 по 2009 гг. (по 40 больных за каждый год). Возрастной состав варьировал от 32 до 82 лет и характеризовался следующими параметрами: до 40 лет – 7 пациенток, от 41 до 60 лет – 71, 61 и старше – 42 женщины. При анализе эффективности лучевых методов диагностики выявлено, что совпадение ультразвукового и маммографического диагнозов наблюдалось в 35% случаев; положительного маммографического и отрицательного сонографического – в 13% случаев. Диагноз выставлен только на основании маммографического метода в 25%, только сонографического в 27%. В данной работе не проводился корреляционный анализ результатов выявления рака молочной железы при помощи основных лучевых методик и возраста пациенток, что могло бы объяснить достаточно значительные результаты. При детальном анализе диагностического поиска, включающего маммографический метод и цитологическую верификацию, получены следующие результаты: совпадение маммографического метода и положительного цитологического наблюдалось в подавляющем большинстве случаев – 73%; только положительный цитологический метод – в 24%; только маммографический метод применялся у 3% (верификация не проводилась в связи с отказом пациентки или тяжелым соматическим статусом). Таким обра-