

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 вариабельность «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. Анализу 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-

зом, более эффективным методом диагностики является маммографический, в сочетании с цитологическим. При оценке диагностической эффективности сочетания сонографического и цитологического методов выявлено, что совпадение положительного ультразвукового и цитологического методов было преобладающим и наблюдалось в 68%; только цитологический метод позволил выставить диагноз рака в 24%. В 8% случаев диагноз злокачественного новообразования был подтвержден только цитологически, при отсутствии сонографической картины рака молочной железы. Данное наблюдение подтверждает постулат о лидирующей позиции цитоморфологической верификации в окончательной постановке диагноза злокачественного новообразования. Детальная ретроспективная оценка результатов диагностических параллелей лучевых и цитологического методов обследования больных с раком молочной железы позволила выявить следующие соответствия диагноза и метода: рентгенологический метод проведен у 62 пациенток (51%), что составило соответствие диагноза и метода в 44 случаях (73%); сонографическое исследование молочных желез проведено у 94 женщин (78%) и ему соответствует совпадение в 67 случаях (67%); цитологическое исследование при тонкоигольной аспирационной биопсии опухоли проведено у 120 женщин (100%), диагноз подтвержден у 110 (92%). При ретроспективном анализе морфологической структуры опухоли у обследуемого контингента отмечено преобладание недифференцированной формы рака: в 2007 г. – 7 больных (17,5%), 2008 – 10 (25%), 2009 – 12 (30%), всего – 29. Низкодифференцированный рак в 2007 г. не наблюдался, в 2008 – 3 (7,5%), 2009 – 1 (2,5%), всего – 4. Скирр обнаружен в 2007 г. – 11 (27,5%), 2008 – 3 (7,5%), 2009 – 3 (7,5%), всего – 14. Солидный рак выявлен в 2007 г. – 12 (30%), 2008 г. – 6 (15%), 2009 г. – 10 (25%), всего – 28. Протоковый рак: 2007 – 2 (5%), 2008 – 6 (15%), 2009 – 4 (10%), всего – 12. Железистый рак: 2007 – 5 (12,5%), 2008 – 7 (17,5%), 2009 – 2 (5%), всего – 13. Инфильтративный дольковый рак – только в 2009 г и составил 2,5% (1 человек). С заключением «клетки рака» (в связи с глубоким лекарственным патоморфозом): 2007 – 3 (7,5%), 2008 – 5 (12,5%), 2009 – 7 (19%), всего – 15. Проллиферация с началом малигнизации отмечена лишь в 2009 г. – 1 человек (2,5%).

Таким образом, были диагностированы опухоли лишь эпителиальной природы. По стадиям больные распределились следующим об-

разом: I стадия ($T_1N_0M_0$) – 12, II A стадия ($T_2N_0M_0$, $T_1N_1M_0$) – 61, II B стадия ($T_2N_1M_0$) – 26, III A стадия ($T_2N_2M_0$) – 14, III C стадия ($T_2N_3M_0$) – 7. Анализируя градацию по стадиям, можно сделать заключение о преобладании пациентов со II стадией заболевания.

Подводя итоги проделанной работе, можно сделать следующие выводы: сохраняется значительный процент расхождения лучевых результатов диагностики, что требует оптимизации метода обследования, тщательный отбор пациенток на определенную методику в соответствии с возрастом и репродуктивным статусом; введение в работу стереотаксического комплекса для маммографии, что позволит увеличить процент верификации при непальпируемых формах рака молочной железы; включение в комплекс обследования методику прицельной трепанбиопсии новообразований под контролем УЗИ; продолжить ежегодный анализ цитоморфологической верификации опухолей в совокупности с лучевыми методиками.

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Ж.К. Сагандыков

ГККП №7, г. Астана, Казахстан

Язвенная болезнь и эрозивный гастродуоденит – серьезные хронические заболевания, частота которых ежегодно увеличивается [1]. Клинические проявления этой патологии варьируют в зависимости от возраста, сопутствующих заболеваний, проводимого лечения. Нередко атипичное, бессимптомное или малосимптомное течение язвенной болезни [2].

Ведущую роль в диагностике язвенной болезни и ее осложнений играет эндоскопическое исследование [3]. Оно позволяет подтвердить или отвергнуть диагноз, точно определить локализацию, форму, глубину и размеры язвенного дефекта, оценить состояние дна и краев язвы, уточнить сопутствующие изменения слизистой оболочки, а также нарушения моторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки, обеспечивает возможность контроля за динамикой процесса. Специальные методики позволяют выявить *Helicobacter pylori* в биоптатах слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки [4, 5].

Цель работы: изучить клинические и эндоскопические особенности течения язвенной