

>> www.reproductive-congress.ru

группы «С» и «D» сохранялась гиперплазия железистой ткани в 6,8% и 19,3% случаев соответственно.

При динамическом наблюдении за множественными фиброаденомами всем женщинам ежегодно проводилась пункционная биопсия образований в молочных железах под контролем УЗИ с цитологическим исследованием. В 1 случае (0,8%) была выявлена атипичная гиперплазия. Этой пациентке гормональный препарат был отменен и проведено оперативное лечение в объеме секторальной резекции молочной железы. В 2 случаях (1,6%) выявлен незначительный рост образований молочных желез в пределах 6% от первоначального объема. Было принято решение о дальнейшем наблюдении. Через 1 год приема МГТ отмечена стабилизация процесса. Дальнейших

отрицательных изменений в течение 4-х лет наблюдений не выявлено.

Таким образом, у женщин с фиброзно-кистозной мастопатией при применении менопаузальной гормональной терапии в первые месяцы может наблюдаться выраженная гиперплазия железистой ткани, особенно у женщин с фиброзно-кистозной мастопатией преобладанием железистого компонента. В связи с данной тенденцией методом выбора контроля за состоянием молочных желез на фоне МГТ может быть рекомендован ультразвуковой маммография. У женщин имеющих доброкачественные образования в молочной железе на фоне получаемой терапии не наблюдалось ухудшение состояния. Наличие патологии молочной железы не является противопоказанием для назначения гормональной терапии.

Комаров А.Н., Куракова И.Е.

THE POSSIBILITIES OF DIFFERENT METHODS OF THE DIAGNOSTICS OF LACTEAL GLANDS IN WOMEN RECEIVING MENOPAUSAL HORMONE THERAPY

Branch hospital at the Barnaul station.
Barnaul, Russia

Menopausal hormone therapy is the only effective treatment for menopausal symptoms. But there are certain limitations to the use of these drugs, particularly in women with breast

pathology, especially in women who are able to high rates of breast density. This group of patients may be recommended ultrasound to monitor the state of the mammary glands.

Сюсюка В.Г., Островский А.И., Разыграева М.А.

РОЛЬ СКРИНИНГОВОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ

Кафедра акушерства и гинекологии
Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина

В структуре гинекологической патологии гиперпластические процессы эндометрия занимают одно из ведущих мест, а также они являются предшественником злокачественных образований слизистой оболочки матки [Слукина Т.В. и соавт., 2008]. Гиперплазию эндометрия диагностируют у 15–40% женщин

позднего репродуктивного и перименопаузального возраста [Сидорова, И.С. и соавт., 2006; Чернобровкина А.Е. 2011]. Специфика диагностики гиперпластических процессов прежде всего состоит в том, что ее невозможно выявить достоверно во время гинекологического осмотра. Использование эхоскопии дает

>> www.reproductive-congress.ru

возможность дифференцировать внутриматочную патологию без хирургической интервенции [Кулакова В.И. и соавт. 2009; Лысенко О.В. 2012], но главным основанием для постановки такого диагноза может быть только заключение патогистологического исследования (ПГИ). Тем не менее, ультразвуковая диагностика имеет достаточно большие недостатки и зависит от многих факторов, начиная от дня менструального цикла женщины, класса аппаратуры до квалификации врача [Дедов И.И. и др., 2001]. Гистероскопия, как следующий этап в уточнении диагноза гиперплазии эндометрия (ГЭ), сегодня является «золотым стандартом» среди инфазивных методик. Основное ее преимущество в возможности прицельной диагностики с получением информативного патогистологического исследования [Губченко М.А. и соавт., 2010].

Цель исследования: на основании комплексного обследования женщин дать оценку значенности функциональных методов исследования в диагностике патологии эндометрия.

Проведено комплексное обследование 25 женщин в возрасте от 22 до 65 лет, которые по данным ультразвукового исследования (УЗИ) (V-датчик) имели признаки гиперпластического процесса эндометрия.

Большая часть пациенток, а именно 80%, были в возрасте от 30 до 45 лет. Средний возраст составил 37, 26 лет. У 92 % пациенток жалобы отсутствовали, только 4% указывали на тянущие боли внизу живота или на незначительные кровянистые выделения из половых путей. У 60% в анамнезе были искусственные аборты, а у 12% – самопроизвольные. Из рожавших к моменту исследования 84% пациенток, более половины (52%) рожали однократно. Бесплодие наблюдалось у 8%.

У 18 женщин (74 %) исследование проводилось в I фазу менструального цикла, у 12% во II фазу, у трех женщин (3 %) – в связи

с нарушением менструального цикла (НМЦ) и одна женщина (4%) была в менопаузе. Толщина эндометрия (М-эхо) варьировала от 7 до 19 мм и в ее структуре имела место неоднородность. Сопоставление фазы и дня менструального цикла во время проведения УЗИ не позволила установить корреляционную связь вышеупомянутых показателей. По результатам ПГИ, после проведенной гистероскопии, неатипическая ГЭ была выявлена у 84%. Больше чем у половины (57,1%) установлена только ГЭ. В других случаях она сочеталась с лейомиомой матки и эндометриозом (19%), полипом с эндометриозом (14%), полипом эндометрия или полипом цервикального канала (по 4,7%).

Полное соответствие заключений УЗИ и ПГИ было только у 40% (10 женщин). Самая большая сложность в диагностике гиперпластических процессов связана с необходимостью дифференцировать диффузный и очаговый гиперпластический процесс эндометрия (20% пациенток). У трех женщин (12%) по данным эхоскопии не диагностировали лейомиому матки, а у 8% эндометрий в состоянии пролиферации принят за ГЭ. Следует отметить, что у одной пациентки (4%) с УЗИ признаками гиперпластического процесса эндометрия, верифицирована карцинома эндометрия.

Выводы.

Проведенное исследование позволило установить расхождение заключений ультразвуковой диагностики и дальнейшего ПГИ у 40% пациенток. Однако, сложность в дифференцировке диффузного и очагового гиперпластического процесса эндометрия, как наиболее частого ошибочного заключения, не влияет на дальнейшую тактику в верификации диагноза. При этом не следует забывать, что заключение ультразвуковой диагностики зависит от многих технических факторов, в том числе и субъективного.

Susuka V.G., Ostrovski A.I., Razigraeva M.A.

ROLE OF SCREENING ULTRASOUND DIAGNOSTICS IN THE ASSESSMENT OF ENDOMETRIAL

Department of obstetrics and gynecology Zaporozhye state medical University

Based on a comprehensive survey of 25 women with abnormal endometrial findings set

discrepancy ultrasound diagnosis and further histopathological examination in 40% of patients.

>> www.reproductive-congress.ru

However, the difficulty in the differentiation of diffuse and focal hyperplasia of the endometrium is the most frequent erroneous conclusion, does not affect the further tactics to verify the diagnosis.

At the same time we should not forget that the conclusion of an ultrasonic diagnosis depends on many technical factors, including subjective.

Стрижаков А.Н., Пирогова М.Н., Смирнов А.А., Шахламова М.Н., Ли А.Б., Лебедев В.А., Богачева Г.А.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭХОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ДИНАМИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ ПРИ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА

Россия, г. Москва, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова.

Интерес клиницистов к апоплексии яичника (АЯ) обусловлен высокой частотой в структуре ургентной гинекологической патологии, склонностью к рецидивирующему течению и отсутствием эффективных методов профилактики. АЯ чаще встречается среди женщин до 35 лет, у большинства из которых не реализована репродуктивная функция. После хирургического лечения АЯ возрастает риск спаечного процесса в полости малого таза и бесплодия. Согласно имеющимся данным, в результате хирургической травмы нарушается кровоснабжение яичников, а применение высоких энергий с целью гемостаза оказывает повреждающее воздействие на фолликулярный аппарат.

Цель: изучить особенности ультразвуковой картины органов малого таза в остром периоде АЯ и в различные сроки после операции. Обследовано 60 больных (ср. возраст – 24,13±0,33 лет) с анемической формой АЯ, которым выполнена эндохирургическая цистэктомия/энуклеация желтого тела и гемостаз с применением биполярной коагуляции. Обследование включало: клиничко-анамнестическое исследование, иммуногистохимическое изучение кист/желтых тел с применением антител к сосудисто-эндотелиальному фактору роста (СЭФР), его рецепторам, CD34, определение уровня СЭФР в сыворотке крови (иммуноферментный анализ). Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза проводили всем больным в остром периоде АЯ, на 5–7 сутки после операции, через 1, 3 и 6 месяцев (в 1 и 2 фазе цикла).

Эхографическими критериями анемической формы АЯ являлись: визуализация

«спавшейся» кистозной полости или желтого тела и наличие в полости малого таза свободной жидкости с характерной мелкодисперсной взвесью. На 5–7 сутки после операции средний объем оперированного яичника в результате хирургической травмы превышал размеры интактного ($9,99\pm 0,7$ см³ и $7,97\pm 0,52$ см³ соответственно). Признаки «инфильтрации» ткани оперированного яичника в виде гиперэхогенной зоны с нечеткими контурами выявлены у 76,19% больных. Через месяц после операции «инфильтрация» овариальной ткани сохранялась у каждой третьей больной (31,11%), а через 3 месяца – отсутствовала у всех женщин. Анализ результатов динамического УЗИ показал, что уменьшение объема оперированного яичника происходило до 3-го месяца после операции. Выявлена положительная корреляция между объемом оперированного яичника через 3 месяца после хирургического вмешательства и содержанием СЭФР в сыворотке крови в остром периоде АЯ ($r=0,66$, $p=0,008$). Через 6 месяцев средний объем оперированного яичника составил $5,78\pm 0,54$ см³ и достоверно не отличался от такового через 3 месяца ($5,67\pm 0,57$ см³). Число фолликулов в оперированном и здоровом яичниках у всех женщин в разные сроки после хирургического вмешательства соответствовало нормальному фолликулярному запасу, а размеры интактного яичника и матки не отличались от нормативных показателей для женщин репродуктивного возраста.

Ультразвуковые признаки овуляции через 1 месяц после операции выявлены у 63,83% больных, через 3 месяца – у 80% женщин