

молока роста не дал. При бактериальном исследовании гноя у 131 пациентки был высеян *Staphylococcus aureus*, у 7 пациенток – *Enterococcus*, еще у 7 – *Escherichia coli*, у 6 пациенток – *Streptococcus faecies*. При бактериальном исследовании шейки матки у 62 пациенток высеян *Staphylococcus aureus*, у 49 – *Enterococcus*, у 28 – *Escherichia coli*, и у 50 – *Streptococcus faecies*. У 145 пациенток посев мазка шейки матки роста не дал. Диагностика острого лактационного мастита основывалась на характерных жалобах и результатах объективного обследования с оценкой клинической картины. Выполнялось лабораторное обследование, УЗИ молочных желез с диагностической пункцией. В серозно-инфильтративной стадии мастита проводилось консервативное лечение. Операцию по поводу гнойного лактационного мастита выполняли под тотальной внутривенной анестезией. Средняя длительность лечения в стационаре составила 7 дней.

Выводы. Своевременная диагностика и лечение острого гнойного лактационного мастита позволяет добиться хороших результатов. Хирургическое лечение острого гнойного лактационного мастита должно отвечать следующим требованиям: купирование воспалительного процесса в кратчайшие сроки, максимальное сохранение функции молочной железы и максимальное сохранение эстетического ее состояния.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Староконь П. М., Максимов И. Б., Шабает Р. М.,
Долгих Р. Н., Галик Н. И.

Филиал Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова МО РФ,
г. Москва, Россия

Введение. Фиброзно-кистозная мастопатия (ФКМ) – наиболее часто встречающееся заболевание молочных желез (МЖ), с которым женщины обращаются к специалистам. Имеется высокая вероятность озлокачествления процесса. Если ФКМ

протекает с преобладанием кистозного компонента, ее основным методом лечения является хирургический (секторальная резекция МЖ). В настоящее время все шире внедряются малоинвазивные методики.

Цель: сравнить отдаленные результаты лечения ФКМ разными хирургическими методами для выбора оптимальных технологий.

Материал и методы. В отделении онкологии ведомственного лечебного учреждения с ФКМ за период с 2016 по 2018 гг. проходила лечение 171 женщина. Возраст пациенток составил от 21 до 67 лет, средний возраст $40,5 \pm 2,3$ года. ФКМ наблюдалась более 4 лет. У большинства женщин лечение ФКМ не проводилось. У некоторых ранее проводимое консервативное лечение носило несистематический характер, с временным эффектом. До лечения элементы психоэмоциональных расстройств имелись практически у всех женщин. Алгоритм обследования: осмотр МЖ с оценкой клинической симптоматики; сбор анамнеза; инструментальное исследование (маммография, УЗИ МЖ), консультация у гинеколога, эндокринолога. На 3, 6, 12-й месяцы проводились этапные осмотры, УЗИ МЖ. Обследование проводилось в первой половине менструального цикла. Выполнено клиническое исследование качества жизни (КЖ) пациенток, перенёсших лечение по поводу ФКМ. Проведен анализ КЖ и отдаленных результатов у пациенток, перенесших операцию разными методиками. Анализ КЖ проведен с использованием русскоязычной версии опросника SF-36 (ShortForm). Оценку интенсивности боли после операции проводили по шкале ВАШ. Исследование проводили с помощью линейки, где пациентку просили отметить на линии длиной 10 см точку, которая соответствует степени выраженности боли. Каждый см на линейке оценивался нами как 1 балл. Выполнены следующие оперативные вмешательства: секторальная резекция МЖ (48 женщин); лазерная термоабляция кист МЖ (44 пациентки); склерозирующая терапия кист МЖ 1% раствором натрия тетрадецилсульфата (57 женщин). Склеротерапия и лазерная термоабляция кист МЖ выполнялась под УЗ-навигацией. Нами выполнено наблюдение и лечение в течение

1 года у 22 пациенток, у которых имелись кисты МЖ более 2,0 см и которые отказались от оперативного лечения по личным мотивам. Им было предложено консервативное лечение. Группа сравнения – 15 здоровых женщин. Включались женщины без патологии со стороны МЖ, эндокринной системы и органов малого таза.

Результаты и обсуждение. Кисты МЖ малого размера (менее 2 см) не имеют клинической симптоматики. Из сопутствующих заболеваний ведущее место занимала миома матки – 52%. У 39,7% пациенток имелась сопутствующая патология со стороны эндокринной системы. 44 пациенткам выполнена лазерная термоабляция кист МЖ под УЗ-контролем. После данного лечения рецидив наступил только у одной пациентки. Из 48 женщин, которым выполнены секторальные резекции МЖ в отдаленном периоде (12 мес.), у 15 выявлены изменения в виде косметических дефектов. У 18 женщин отмечено появление новых кист, что потребовало повторного хирургического лечения. Склерозирование кист МЖ выполнено у 57 женщин. Пациентки переносили данное лечение хорошо, рецидива в течение 12 месяцев не выявлено. После малоинвазивных методов пациентки приступили к работе на следующий день. В группе, где выполнялось только КЛ, отмечено, что существующие кисты МЖ более 2,0 см КЛ не поддаются. Данная группа пациенток оставалась в зоне высокого онкориска. КЖ пациенток, которым выполнялось оперативное вмешательство периареолярным доступом, по всем показателям уступает КЖ пациенток, которым проводилось оперативное лечение малоинвазивными методиками. Исследование проводилось через 12 месяцев после операции. Все пациентки, включенные в исследование, разделены на 3 группы: группа № 1 – пациенткам выполнены операции малоинвазивными методами; группа № 2 – лечение резекционным методом; группа № 3 – группа сравнения. Показатели физического функционирования были достоверно выше в группе № 1, чем в группе № 2 (на 20%) и на 10% ниже, чем в группе сравнения. Подобная динамика отмечалась и при исследовании ролевого функционирования, жизнеспособности и социального

функционирования. Психоэмоциональные показатели КЖ также подтвердили положительную динамику при малоинвазивных методиках. Так, данные эмоционального функционирования у пациенток группы № 1 были 77,4 балла против 63,3 баллов в группе № 2. В группе сравнения этот показатель – 93,3 балла. Показатели общего здоровья и болевого синдрома в группе № 1 были, соответственно, на 20 и 18% выше, чем в группе № 2. Интенсивность боли по шкале ВАШ после малоинвазивных технологий – 1-2 балла против 4-5 баллов у пациентов после секторальной резекции.

Выводы. Проведенный анализ КЖ женщин с ФКМ после хирургического лечения показал более высокие результаты по всем исследуемым параметрам при выполнении малоинвазивных технологий. Если учесть, что в этой группе пациенток не было рецидивов в течение наблюдения, был лучше косметический эффект, это подтверждает хорошую результативность предложенных методов хирургического лечения ФКМ. Применение малоинвазивных технологий в лечении кист МЖ – перспективный метод. Необходимо дальнейшее изучение отдаленных результатов лечения ФКБ малоинвазивными методами.

ХИРУРГИЯ ОДНОГО ДНЯ В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЦЕЛЕ

Филиппович В. А., Гнядо Ю. В., Филиппович Д. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно,
Республика Беларусь

Введение. Варикоцеле – распространенное заболевание, которое может приводить к морфофункциональным нарушениям тестикулярной ткани. Изменения в яичках могут развиваться очень быстро, этот факт заставляет придерживаться активной хирургической тактики при обнаружении данного заболевания. Традиционными операциями при варикоцеле являются операции Иванисевича, Паломо, Бернарди, лапароскопическое лигирование внутренней семенной вены и некоторые другие. Последние, в принципе, обеспечивают устранение синдрома варикоцеле,