

Выводы. 1. Гистероскопия – высокоинформативный метод исследования при раке эндометрия. 2. Отрицательный морфологический диагноз при гистероскопической картине рака эндометрия не является основанием для отказа от хирургического лечения. 3. Применение гистероскопии у больных раком эндометрия не ухудшило результата лечения и выживаемости больных данной группы. 4. Гистероскопия позволяет диагностировать РЭ на ранних

стадиях заболевания с топической диагностикой процесса, что позволяет оптимизировать методы хирургического лечения, улучшить показатели выживаемости данной группы больных. 5. Считаем, что диагностическая гистероскопия – метод окончательной предоперационной диагностики РЭ. ГС целесообразна в случаях затрудненной диагностики заболевания. Целесообразно ввести диагностическую ГС в алгоритм обследования больных РЭ.

Габитов Н.А., Губайдуллин А.Р., Мавлютова З.В.

МУЗ ГОД Казань, Россия

ВЛАГАЛИЩНАЯ ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ РАДИКАЛЬНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ГЕНИТАЛИЙ

Цель и задачи исследования: оптимизация операции влагалищной экстирпации матки (ВЭМ) с использованием лапароскопической технологии (LAVH) с целью повышения эффективности лечения больных при опущении и выпадении половых органов в сочетании с фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки и тела матки, больных раком шейки матки и тела матки (внутриэпителиальным и 1-х стадий). Обосновать целесообразность методики LAVH, изучить возможность выполнения аднексэктомии, эффективность оригинального иглодержателя. Изучить возможность и полноценность тазовой лимфаденэктомии (тЛАЭ) лапароскопическим доступом. Изучить особенности послеоперационного периода у больных, подвергшихся LAVH, с целью оптимизации его. Изучить исходы хирургического лечения больных этих групп традиционным методом и по методике LAVH. Определить показания и разработать алгоритм к влагалищной экстирпации матки с лапароскопической ассистенцией.

Материал и методы: исследование основано на анализе результатов лечения 273 больных. 1-я группа – 100 больных с пролапсом гениталий, подвергшихся ВЭМ. 2-я группа – 65 больных с патологией матки и придатков в сочетании с пролапсом (миома матки до 12 нед. беременности у 36 %, опухоли яичников у 13 %, пролапс половых органов у 100 %, аденомиоз у 3 %, пиометра у 3 %, дисплазия шейки матки у 7 %, лейкоплакия шейки матки у 50 %, хронический аднексит у 10 %, элонгация шейки матки у 30 %. 34 % больных в анамнезе имели хирургические вмешательства, что определяло спаечный процесс разной степени выраженности). 3-я группа – 57 больных с патологией матки без смещения половых органов (68 % – миома матки до 12 нед. беременности, 30 % – опухоли яичников, 37 % – рецидивирующие гиперпластические процессы эндометрия, 21 % – хронические воспалительные процессы придатков. 4-я группа – 51 больная раком

шейки и тела матки T1a-bNxMo без пролапса половых органов (20 больных раком шейки матки: 2 in situ, 9 – T1a, 8 – T1b, 1 – T2a; 31 больная раком тела матки: 2 – in situ, 17 – T1a, 10 – T1b). Больные 2, 3 и 4-й групп прооперированы по методике LAVH. 5-ю группу составили 30 больных раком шейки и тела матки T1a-bNxMo, прооперированных абдоминальным доступом. Лапароскопические операции выполнялись на оборудовании НПФ “Эндомедиум” с применением оригинального иглодержателя (патент 2223053, 2003 г). Применялась моно- и биполярная биинструментальная коагуляция. Выделены 5 типов LAVH по степени радикальности: 1-й тип – лапароскопическое пересечение круглых и воронко-тазовых связок, 2-й тип – эндомобилизация дополняется пересечением пузырно-маточной складки и брюшины дугласова кармана с пересечением крестцово-маточных связок, 3-й тип – дополняется пересечением маточных артерий и кардинальных связок. 4-й тип – добавляется эндоскопическая тЛАЭ, 5-й тип – операция типа Celio – Shauta.

Результаты: показания к LAVH не отличались от показаний к операции у больных, прооперированных абдоминальным доступом (5-я группа) и были значительно расширены в сравнении с больными 1-й группы. Если в 1-й группе наличие лапаротомии в анамнезе являлось противопоказанием к ВЭМ, то 44 пациентки, или 25,5 %, имели лапаротомии в анамнезе среди больных 2, 3 и 4-й групп. Применение лапароскопической ассистенции позволило перевести абдоминальную гистерэктомию во влагалищную. В 4 группе 11 пациенткам (21,5 %) выполнена LAVH – 4, а 6 – LAVH – 5. Длительность операции LAVH – 4 и 5 составила соответственно 111 и 254 минуты, кровопотеря 154 и 733 мл. В ходе лимфаденэктомии удалялось 17 – 19 лимфатических узлов с каждой стороны. Предложен алгоритм применения LAVH в хирургическом лечении гинекологических больных.