

пролиферацией), в 4,8 % случаев – фиброаденома молочной железы и у 1 больной – интрадуктальная папиллома. В процессе радикальных и органосохраняющих операций по поводу основного заболевания моно или билатеральная овариоэктомия проведена только у 46 из обследованных больных. Оперативное лечение по показаниям со стороны молочной железы выполнено вторым этапом в условиях хирургического стационара (4 секторальные резекции молочной железы и 1 центральная резекция). 11 больных от предложенной операции категорически отказались. В течение последующих 5 лет медикаментозное лечение больным не проводилось. При активном повторном обследовании по истечении указанного срока мастопатия среди больных, перенесших операцию на придатках матки, выявлена только в 56,7 % клинических наблюдений. После билатеральной овариоэктомии число больных с ДФКМ уменьшилось на 30 %, после односторонней – на 24 %. Среди больных с узловой формой ФКМ и фиброаденомой молочной железы прогрессирование заболевания не наблюдалось ни в одном случае, независимо от объема хирургического вмешательства. У больной с интрадуктальной папилломой после билатеральной овариоэктомии

рецидива заболевания не наблюдалось. У всех женщин с сохраненными яичниками (21 больная) по истечении указанного срока сохранялись признаки мастопатии. На фоне предшествовавшей ДФКМ в 9 клинических наблюдениях выявлена узловатая форма ФКМ, у 2 больных обнаружена карцинома *in situ*. Среди больных, отказавшихся от оперативного лечения по поводу фиброаденомы молочной железы, увеличение размеров узлового образования относительно исходного превышало 50 %.

Выводы. Таким образом, больных СГОРС следует рассматривать, как группу высокого риска по развитию доброкачественных гиперплазий и дисплазий молочных желез, требующую углубленного специального обследования перед оперативным лечением по поводу основного заболевания. При решении вопроса об объеме хирургического вмешательства у женщин перименопаузального возраста необходимо учитывать, что даже в случае органических изменений в молочных железах стойкая ремиссия может быть достигнута на фоне хирургической постменопаузы. Оптимальный объем операции при СГОРС, в определенных случаях, очевидно, позволяет обеспечить профилактику рака молочной железы.

Габитов Н.А., Вафина Г.В., Губайдуллин А.Р.,
Шайхутдинова А.Ш., Гарипова Г.Х.

МУЗ ГОД Казань, Россия

ВЛИЯНИЕ ГИСТЕРОСКОПИИ НА БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЭНДОМЕТРИЯ

Цель исследования: 1. Определить влияние гистероскопии на отдаленные результаты лечения больных раком эндометрия (РЭ). 2. Оценить возможности гистероскопии в диагностике РЭ (распространенность, локализация).

Методы исследования. 1) гистероскопия жидкостная, 2) используемые гистероскопы: Olympus (гибкий), K-Storz (жесткий), 3) цитологические исследования смывов с органов малого таза, брюшной полости, 4) патогистологическое исследование (по стандартной методике).

Материалы исследования. Основная, контрольная группа больных. Основная группа: 38 больных РЭ с 1995 по 2001 гг., всем больным проведена диагностическая гистероскопия (ДГ). Контрольная группа: 38 больных РЭ с 1995-го по 2001 год, диагностическая гистероскопия не проводилась. Основная группа: возраст больных от 42 до 85 лет. Гистероскопия проводилась по стандартной методике в жидкой среде с применением гистеропомпы с прицельной биопсией эндометрия. У 37 больных РЭ I стадии, у 1 больной – 3 стадия. У 3 из 38 больных биопсия эндометрия не подтвердила диагноз РЭ. После хирургического лечения у всех больных I группы гистологически под-

твержден диагноз РЭ. Все больные I группы прооперированы в объеме экстирпация матки с придатками, тазовая лимфаденэктомия выполнялась по показаниям (1 больная 3 стадии). В данной группе у 10 больных в ходе лапаротомии взяты мазки на онкоцитологию для определения возможного распространения процесса после проведенной гистероскопии. Лишь у 1 больной были выявлены раковые клетки. Следует отметить, что в данном случае была папиллярная аденокарцинома эндометрия, которая характеризуется ранней диссеминацией процесса по брюшной полости. Выживаемость в основной группе не отличалась от контрольной.

Результаты. 1. При диагностической гистероскопии всем больным был выставлен клинический диагноз: рак эндометрия. 2. Морфологическая верификация на диагностическом этапе после ГС составила 91,8 %. 3. Совпадение диагнозов предварительного и окончательного в 100 % случаев. 4. Влияние гистероскопии на результаты лечения: а) ближайшие данные лапаротомии, послеоперационного течения не отличались от контрольной группы; б) отдаленные результаты совпадают с контрольной группой.

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.