

проведена СДРЖ с наложением анастомоза по Бильрот-II.

Результаты. При проведении эндоскопического исследования отмечались явления воспалительного характера – отек, очаговая либо тотальная гиперемия, рыхлость слизистой, наличие в просвете пищевода и культи желудка слизи, жидкости, желчи. Катаральный анастомозит встречался у 63 (90%) больных, катаральный гастрит диагностирован у 41 (58,6%) пациента. Катаральный эзофагит имел место у 7 (10%) пациентов, локализовался в абдоминальном отделе пищевода и во всех случаях сопровождался функциональной недостаточностью розетки кардии. Во время осмотра функциональная недостаточность желудочно-кишечного анастомоза зафиксирована в 24 (34,3%) случаях, что приводило в 22 (31,4%) случаях к рефлюксу содержимого тощей кишки в культи желудка. Морфологический анализ биоптатов, полученных во время гастроскопии, выявил прямую зависимость тяжести структурных изменений слизистой от длительности послеоперационного периода. Во все сроки исследования в слизистой культи желудка и зоны анастомоза сохранялась хроническая воспалительная инфильтрация различной степени выраженности, в зоне анастомоза воспалительный процесс был всегда активнее.

К 6 годам у большинства больных преобладали изменения, характерные для кишечной метаплазии – в покровном, ямочном и железистом эпителии появлялись бокаловидные клетки и каемчатые энтероциты. В слизистой культи желудка на фоне хронического гастрита с перестройкой желез по пилорическому типу с течением времени прогрессировали атрофические процессы в сочетании с кистозным расширением желез, гиперплазией желудочных валиков, нарушением секреции слизи и нарастающим склерозом стромы. С увеличением длительности срока после операции в покровно-ямочном эпителии процессы пролиферации значительно преобладали над процессами дифференцировки, особенно выражено в зоне анастомоза. В эпителии некоторых желудочных ямок в небольшом количестве выявлялись кислые гликозамингликаны (КГАГ). В зоне анастомоза нередко процессы дисплазии эпителия I–II степени.

Выводы. У обследованных больных в различные сроки отдаленного послеоперационного периода выявлены нарушения морфофункционального характера со стороны оставшейся части желудка, свидетельствующие о наличии хронического воспаления и прогрессирующих явлениях атрофии.

К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

П.А. КРУЗЕ, Н.Е.ЛЕВЧЕНКО, Г.А. НЕРОДО

ФГУ «РНИОИ Росмедтехнологий» г. Ростов-на-Дону

Цель исследования – улучшить качество жизни больных раком шейки матки IA2–IB стадии, используя модифицированную оперативную методику.

Материал и методы. Было исследовано 74 женщины репродуктивного возраста с IA2–IB стадиями рака шейки матки, 44 из них в качестве хирургического этапа лечения выполнялась чрезвлагалищная экстирпация шейки матки с экстраперитонеальным удалением забрюшинных лимфатических узлов таза. Контрольную группу составили 30 пациенток, которым была произведена гистерэктомия с трубами, верхней

1/3 влагалища и тазовой лимфаденэктомией. Больные обеих групп находились в возрастном промежутке от 20 до 40 лет. В большинстве случаев преобладал плоскоклеточный рак с ороговением или с тенденцией к нему.

Результаты. Принцип методики заключался в том, что со стороны влагалища высоко выделялась и скальпелем экстирпировалась шейка матки с последующим формированием культи матки. Операция заканчивалась экстраперитонеальным удалением лимфатических узлов таза. Далее, с целью профилактики лимфокистообразования, помимо дренирования забрюшинных

пространств полихлорвиниловыми трубками, дополнительно проводились катетеры через круглые маточные связки с целью подведения лекарственных веществ к зоне удаленных лимфоузлов. Послеоперационный период у больных основной группы протекал без каких-либо особенностей и осложнений. Начиная со 2 сут, нормализовались функции кишечника и мочевыделительной системы. Длительность пребывания в стационаре в среднем составила 11 койко-дней и определялась, кроме общего состояния активностью лимфореи по забрюшинным дренажам. При контрольных осмотрах через 3, 6, 12 и 36 мес отмечено, что нормальный менструальный цикл, в среднем, восстанавливался через 2 мес, признаков функциональной недостаточности яичников не выявлялось, признаков рецидива опухоли за трехлетний период наблюдения обнаружено не было. Послеоперационный период у больных контрольной группы, которым была произведена гистерэктомия с трубами, верхней 1/3 влагалища и тазовой лимфаденэктомией протекал относительно гладко. Явления пареза кишечника отмечены у 3 (10,0%) пациенток на 2–3 сут после хирургического вмешательства и полностью купированы проведением консервативных мероприятий. В 5 (16,7%) случаях отмечалось наличие остаточной мочи на 2, 3 и 4-е сут, что свидетельствовало об атонии мочевого пузыря и приводило к циститу, при-

соединению вторичной инфекции, что, в свою очередь, требовало проведения дополнительных консервативных мероприятий. Жалобы на наличие приливов, эмоциональной неустойчивости, дисфории предъявляли 8 (26,7%) женщин, что связано как со стрессорным воздействием оперативного вмешательства, так и с удалением органа-мишени—матки. Длительность пребывания в хирургическом стационаре в среднем составила 17 койко-дней.

Выводы. Представленные результаты дают основание считать, что предложенная и апробированная методика операции у молодых больных РШМ IA2–IB стадий имеет преимущества перед гистерэктомией с трубами и тазовой лимфаденэктомией. Она является более физиологичной для женщин репродуктивного возраста, так как позволяет сохранить гормональную и менструальную функции. С другой стороны, трансвагинальный доступ является менее травматичным по сравнению с традиционным. Разработанная методика предупреждает развитие тазовых грыж и сексуальных расстройств, связанных с удалением верхней 1/3 влагалища при выполнении расширенной экстирпации матки. Продолжительность пребывания больных в стационаре после выполнения представленного оперативного вмешательства уменьшается в среднем на 6 дней ($p < 0,05$).

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ СТЕПЕНИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАКА ТЕЛА МАТКИ

Н.Г. КРЮЧКЯН, К.Г. БАЗИКЯН

Национальный центр онкологии им. В.А. Фанарджяна МЗ РА, г. Ереван, Армения

В большинстве экономически развитых странах в течение последних двух десятилетий отмечается неуклонное увеличение заболеваемости раком эндометрия. Как известно, показатели 5-летней выживаемости и смертности зависят от стадии заболевания. Если для снижения заболеваемости раком тела матки (РТМ) первостепенное значение имеет снижение риска возникновения карциномы эндометрия, выявле-

ние и комплексное лечение гиперпластических процессов эндометрия, то для снижения смертности решающим является раннее выявление и оптимальное лечение РТМ.

Цель исследования. На основе базы радиологических признаков разработан диагностический алгоритм, позволяющий с максимальной приближенностью определить стадию рака эндометрия.