

Таким образом, у 57,9% пациенток ГПЭ были рецидивирующими. Причинами рецидивов явилось отсутствие или прекращение гормональной терапии до завершения полного курса ввиду отказа пациентки вследствие плохой переносимости препарата, обострения соматических заболеваний или появления осложнений гормональной терапии, таких как прогрессирование варикозной болезни, тромбоза вен нижних конечностей, обострения хронических заболеваний печени, поджелудочной железы и желчевыводящих путей.

112 (93,6%) пациенток с ГПЭ имели различную соматическую патологию, а у 91 (75,9%) — два и более экстрагенитальных заболевания. Структура была следующей: артериальная гипертензия 2–3 степени наблюдалась у 50 (41,9%) пациенток, ишемическая болезнь сердца — у 10 (8,1%), в том числе у 5,5% с нарушениями ритма и имплантацией кардиостимулятора, миокардиодистрофия с явлениями сердечной недостаточности — у 2 (1,4%), комбинированный порок сердца у 2 (1,4%). Варикозной болезнью страдали 27 (22,9%) пациенток, в том числе тромбозом вен нижних конечностей — 4,6%, четырем больным ранее был установлен кава-фильтр. У 3 пациенток (2,7%) были повторные ишемические инсульты. Заболевания желудочно-кишечного комплекса имели 83 (68,9%) пациентки: хронический холецистит и хронический панкреатит соответственно 45 (37,8%) и 37 (31,1%), 8 (6,7%) пациенток страдали хроническим гепатитом и жировым гепатозом. Нейроциркуляторная энцефалопатия имела у 6 (5,4%), менингиома у 2 (1,4%). Ожирение 2–3 степени имели 11 (9,4%) пациенток, сахарный диабет — 3 (2,7%). Бронхиальной астмой страдали 5 женщин (4,0%), одна — с дыхательной недостаточностью.

ГПЭ были ассоциированы с другими гормонозависимыми заболеваниями матки: у 55 больных

выявлена миома матки (45,6%) и ГПЭ; эндометриоз — у 96 (79,7%).

Наши исследования показали, что частота заболеваний молочных желез у пациенток с ГПЭ составила 13,8% (17 случаев). Фиброаденомы, кисты молочной железы выявлены у 12 больных, диффузная фиброзно-кистозная мастопатия — у 5. Кроме того, 3 пациенткам ТБА была проведена в связи с наличием ГПЭ на фоне комбинированного лечения по поводу рака молочной железы.

По результатам наблюдения в течение 3 лет после лечения методом ТБА отрицательной динамики в состоянии молочных желез выявлено не было.

При использовании аппарата «ThermaChoice» аменорея наступила в 45 случаях (78,0%), скудные менструации сохранились в 22,0% случаев. При использовании аппарата «Menotreat» аменорея наступила у 34 (55,2%) пациенток, опсоолигоменорея — у 28 (44,8%). У всех пациенток с олигоменореей клинически, при ультразвуковом исследовании и гистологическом исследовании биоптата из полости матки патологии эндометрия не выявлено.

Заключение

Таким образом, лечение больных с ГПЭ методом ТБА с помощью аппаратов «ThermaChoice» и «Menotreat» при адекватном подборе пациенток является эффективным, и может являться операцией выбора у пациенток с ГПЭ, имеющих противопоказания для проведения гормональной терапии и хирургического лечения. Преимуществами ТБА эндометрия являются: сокращение сроков пребывания пациенток в стационаре, быстрая и полноценная реабилитация больных, предотвращение летальных и тяжелых осложнений, а также простота освоения технологии врачом.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ТРАНСПОЗИЦИЯ ЯИЧНИКОВ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

© Е. Г. Новикова, В. А. Антипов, А. С. Шевчук

МНИОИ им. П. А. Герцена, Москва, Россия

Цель исследования

Оценка целесообразности и эффективности использования оперативной лапароскопии с целью сохранения овариальной функции у больных местно-распространенным раком шейки матки.

Материал и методы

Отделение онкогинекологии МНИОИ им. П. А. Герцена располагает опытом выполнения лапароскопической транспозиции яичников у 26 больных (средний возраст — 36,4±3,14 года) плоско-

клеточным раком шейки матки в IB2–IIIВ стадии, которым в первом этапе комбинированного лечения планировалось проведение химиолучевой терапии. Целью данного оперативного вмешательства являлось сохранение овариальной функции путем выведения яичников из зоны предстоящего облучения. Для этого выделяли сосудистую ножку яичников на протяжении 10–12 см с последующим перемещением придатков на питающих сосудах по латеральным каналам до уровня реберных дуг и фиксацией яичников к брюшной стенке эндостеплером.

Результаты

Средняя продолжительность операции составила $97,5 \pm 12,6$ минуты. Интраоперационных осложнений не отмечено, у 4 больных наблюдался послеоперационный отек транспозированных яичников, который был купирован консервативно. Химиолучевое лечение начато в сроки, не превышающие 7 (в среднем $5,8 \pm 1,2$ дня) дней после операции. По данным топометрии во всех случаях яичники находились вне полей облучения, однако у 3 (11,5%) пациенток транспозированные

гонады располагались в непосредственной близости от зоны радиологического воздействия. У 22 (84,6%) из 26 больных после проведения химиолучевой терапии выполнена расширенная экстирпация матки. Остальным 4 (15,4%) пациенткам лечение было завершено в виде самостоятельной лучевой терапии. Медиана наблюдения составила $12 \pm 3,3$ мес., метастатического поражения гонад не выявлено ни в одном случае. У 4 (15,4%) пациенток отмечено стойкое снижение уровня эстрогенов, сопровождающееся снижением показателей кровотока в яичниках. У остальных женщин ($n=22-84,6\%$) гормональный статус и эхографические показатели овариальной функции остаются без существенных отклонений от нормы.

Заключение

Использование оперативной лапароскопии с целью транспозиции яичников позволяет сохранить овариальную функцию, гормональный гомеостаз женского организма, избежать развития постовариоэктомического синдрома и существенно улучшить качество жизни больных без затягивания сроков начала специального лечения.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ И БЕРЕМЕННОСТЬ — ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ

© А. А. Попов, Т. Н. Мананникова, М. Р. Рамазанов, О. В. Мачанските, А. А. Федоров, М. А. Чечнева, Ю. В. Земсков

Московский областной НИИ акушерства и гинекологии, Москва, Россия

Актуальность проблемы

Серьезной проблемой репродуктивного здоровья женщин продолжает оставаться наличие у них опухолей и опухолевидных образований придатков матки. По частоте встречаемости опухоли яичников занимают 2-е место среди всех новообразований женских половых органов. Тем не менее наступление и пролонгирование беременности возможно у женщин, имеющих опухоли и опухолевидные образования придатков матки.

Традиционным хирургическим методом лечения опухолей яичников при беременности является лапаротомия. Имеется ряд сообщений об использовании лапароскопии при хирургическом лечении опухолей яичников во время беременности.

Цель исследования

С 1996 года в МОНИИАГ были прооперированы 377 беременные у которых либо до наступления

настоящей беременности, либо в разные сроки гестации обнаружены опухоли яичников.

Беременные были разделены на четыре группы. В I группу отнесены 241 беременная, которым была выполнена хирургическая лапароскопия во II триместре беременности (16–18 нед). II группу составили 41 пациентка, которым было произведено чревосечение в различные сроки гестации (от 16 до 34 нед.). В III группу вошли 58 беременных, у которых опухоль яичника удалена во время кесарева сечения. В IV группу включены 74 женщины, которым произведено удаление опухоли яичников на 6–9-е сутки методом лапароскопии после самопроизвольных родов.

Материал и методы

Опухолевидные образования придатков матки до наступления данной беременности диагностированы у 115 пациенток, в 221 случае опухоль яичника обнаружена во время данной беременности, при родоразрешении путем кесарева сечения