

УДК 616-089.12:611.663-006.6

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА 1a–1b СТАДИИ**

© 2005 г. *Н.Е. Левченко*

We had been approved a technique of transvaginal hysterectomy with extraperitoneal removal of pelvic lymph nodes in treatment of reproductive age patients with cervical cancer of 1a–1b stages. The offered way has advantages before traditional as is less traumatic, more physiologic for women of reproductive age, allows to keep hormonal and menstrual functions, warns development pelvic hernias and sexual frustration.

Больные раком шейки матки (РШМ) занимают особое место среди онкологических больных. Несмотря на клиническое впечатление, что в последнее десятилетие имеет место снижение уровня заболеваемости РШМ, в ряде стран заболеваемость женщин в возрастной группе моложе 50 лет возросла в 1,5 раза [1]. РШМ занимает в мире первое место среди всех злокачественных новообразований женских половых органов [2]. По данным ВОЗ, ежегодно в мире выявляют около 370 000 новых случаев заболевания.

В последние годы широко обсуждался вопрос об органосохраняющих и функционально-щадящих методах лечения больных ранними формами рака шейки матки, обеспечивающих надежное излечение с сохранением специфических функций женского организма и позволяющих при минимальных реабилитационных мероприятиях полностью восстановить семейный и социальный статус женщины, уменьшить степень и сроки нетрудоспособности [3]. Одной из важнейших целей проведения органосохраняющих операций является предотвращение развития посткастрационного синдрома. При этом предпочтение отдают хирургическому методу, позволяющему сохранить функцию яичников.

Многие годы основным методом хирургического лечения рака шейки матки являлась операция с расширенной экстирпацией матки с придатками, однако такой радикализм не всегда был оправдан. Кроме того, он приводил не только к прекращению детородной функции, но и способствовал резкому изменению гормонального гомеостаза, развитию посткастрационного синдрома и значительному ухудшению качества жизни больных.

Поиск органосохраняющих и функционально-щадящих операций с минимальной хирургической травмой у больных с пре- и микроинвазивным раком шейки матки, способных оставить не только яичники, но и орган-мишень-матку, позволит сохранить менструальную, а, возможно, и детородную функцию.

С учетом вышеизложенного, нами была апробирована методика чрезвагалищной экстирпации шейки матки с экстраперитонеальным удалени-

ем лимфатических узлов таза, разработанная акад. Ю.С. Сидоренко (авторское свидетельство № 992031). Основную группу составили 44 женщины репродуктивного возраста 1а–1б стадиями рака шейки матки, которым в качестве хирургического этапа лечения выполнялась чрезвлагалищная экстирпация шейки матки с экстраперитонеальным удалением забрюшинных лимфатических узлов таза. Контрольную группу составили 44 пациентки, которым была произведена экстирпация матки с трубами, верхней 1/3 влагалища и тазовой лимфаденэктомией.

Принцип операции заключается в том, что со стороны влагалища высоко выделяется и экстирпируется шейка матки. Операция заканчивается экстраперитонеальным удалением лимфатических узлов таза, в связи с возможностью их поражения в 1,2–14 % [4, 5].

Послеоперационный период у больных основной группы протекал без каких-либо особенностей и осложнений. Заживление раны у всех 44 пациенток исследуемой группы произошло первичным натяжением. Начиная с первых суток, самостоятельно нормализовались функции кишечника и мочевыделительной системы. В первые трое суток отмечались умеренные серозно-сукровичные выделения у 12 (27 %) пациенток, которые полностью прекратились к 4–5 сут. На 6–7 сут послеоперационного периода всем больным производилось бимануальное влагалищно-брюшностеночное исследование, во время которого обнаружено: культя матки сформирована, подвижная, инфильтратов в малом тазу не выявлено. При этом никаких изменений в общем состоянии пациенток не отмечено. У данной группы больных в раннем и ближайшем послеоперационном периоде признаков вегетативных расстройств не отмечено. Эмоциональная лабильность, имевшая место в отдельных случаях, объяснялась перенесенной операцией и связанным с ней волнением. При анализе непосредственных результатов хирургического лечения следует обратить внимание на то, что благодаря индивидуальному выбору варианта выполнения данной манипуляции большинство пациенток не ощущало дискомфорта, у них не было тазовых болей и температурной реакции. Длительность пребывания в стационаре в среднем составила 11 койко-дней и определялась, кроме общего самочувствия, состоянием 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 4 (9 %) пациенток на 2–3 сут после хирургического вмешательства и полностью купированы проведением консервативных мероприятий. В контрольной группе больных в 7 (16 %) случаях отмеча-

лось наличие остаточной мочи на 2, 3 и 4-е сут, что свидетельствовало об атонии мочевого пузыря и приводило к циститу, чувству неполного опорожнения мочевого пузыря, присоединению вторичной инфекции, что в свою очередь требовало назначения антибактериальных препаратов, уро-септических, спазмолитических средств. Заживление послеоперационной раны у всех больных первичным натяжением. Выделения из влагалища серозно-сукровичного характера, которые исчезали к 5–6 сут послеоперационного периода, отмечались у 16 (36 %) пациенток. Жалобы на наличие приливов, эмоциональной неустойчивости, дисфории предъявляли 11 (25 %) женщин, что связано как со стрессорным воздействием оперативного вмешательства, так и с удалением органа-мишени-матки. Проведение гинекологического исследования на 6–7 сут послеоперационного периода показало, что культя влагалища в стадии рубцевания, параметральные пространства свободны. Бимануальное исследование выявило некоторое увеличение и болезненность яичников при пальпации. Причиной этих жалоб могло явиться нарушение кровоснабжения яичников и отек ткани желез. Лишь в 1 (2 %) случае течение послеоперационного периода осложнилось образованием лимфокисты, потребовавшей пункции и эвакуации ее содержимого. Длительность пребывания в стационаре в среднем составила 17 койко-дней.

При контрольных осмотрах пациенток контрольной группы через 3, 6, 12 и 36 мес. отмечено, что локальный рецидив опухоли возник у 1 (2 %) пациентки через 8 мес. после оперативного вмешательства, в связи с чем больной назначена сочетанная лучевая терапия. У 11 (25 %) женщин в связи с удалением органа-мишени-матки и верхней 1/3 влагалища исчез шеечно-гипофизарный рефлекс, т.е. оргазм, кроме того, состояние усугублялось психологической перестройкой пациентки, связанной с утратой органа. Женские половые гормоны совместно с другими гормонами обеспечивают нормальное протекание в органах-мишенях процессов дифференциации, деления, координированного роста. Интегрирующая роль половых стероидов в деятельности всей репродуктивной системы осуществляется благодаря наличию в ней рецепторов к этим гормонам.

Признаки функциональной недостаточности яичников легкой степени обнаруживались у 5 (4 %) пациенток, что могло быть следствием преобладания кровотока в яичниковой ветви маточной артерии, при лигировании которой возникло существенное снижение кровоснабжения яичников. Однако данные явления полностью исчезли ко 2-му году наблюдения.

Таким образом, представленные результаты дают основание считать, что предложенная и апробируемая методика имеет преимущества перед гистерэктомией с трубами, верхней 1/3 влагалища и тазовой лимфаденэктомией. Прежде всего потому, что является более физиологичной для женщин репродуктивного возраста, так как позволяет сохранить гормональную и менструальную функции. Трансвагинальный доступ является менее травматичным по сравнению с традиционным. Разработанная мето-

дика 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 ( $p < 0,05$ ).

### Литература

1. *Урманчеева А.Ф., Бурнина М.М.* // Журн. акушерства и женских болезней. СПб., 2000. Вып. 1. Т. 49. С. 58–62.
2. *Weiderpass E.* // Hormonal risk factors of cancer in humans: point of view of cancer epidemiologist // International conference hormonal carcinogenesis: mechanisms and prevention. Book of Abstracts. Peterburg, May 15–16. 2000. P. 22–25.
3. *Косников А.Г., Чепик О.Ф., Максимов С.Я.* // Вопросы онкологии. 1998. Т. 44. № 2. С. 167–169.
4. *Шуваева Н.И.* Ранний рак шейки матки. Ранняя онкологическая патология. М., 1985. С. 270–298.
5. *Краснопольский В.И. и др.* Патология влагалища и шейки матки. М., 1997.

*Ростовский научно-исследовательский онкологический институт 9 февраля 2005 г.*

УДК 618.14-006.6:616.4

## СОСТОЯНИЕ ГИПОФИЗАРНО-НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ТЕЛА МАТКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СТЕПЕНИ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ОПУХОЛИ

© 2005 г. *Г.А. Неродо, А.М. Тютюнова, В.П. Никитина*

The results of the hypophysis-epinephros functional condition of cancer patients study are represented in paper. The findings extend presented earlier concepts of hormonal homeostasis imbalance role in the beginning and developing of carcinoma of uterus.

Изучена функция гипофизарно-надпочечниковой системы у 325 больных раком тела матки до лечения. В качестве тестов, характеризующих функцию системы гипофиз – кора надпочечников, использовали определение в суточной моче суммарных и свободных 17-оксикортикостероидов (17-ОКС), кортизола (F), кортизона (E), их тетрагидроформ (ТНФ, ТНЕ), общих 17-КС и двух фракций надпочечникового происхождения: дегидроэпиандростерона (ДЭА) и 11-ОН-17-КС. В плазме крови определяли кортизол F и АКТГ. О состоянии центрального звена регуляции коры надпочечных желез судили по концентрации в крови АКТГ и результатам дексаметазоновой пробы, которая была проведена 30 больным. Полученные данные