

живота. При УЗИ выявлены два опухолевых узла в малом тазу. Больная направлена в МООД. При дальнейшем обследовании выявлены множественные метастазы в лёгкие. 25.11.2005 г. в МООД произведена двусторонняя аднексэктомия и удаление двух опухолей малого таза. Послеоперационные микропрепараты № 33065-6/05 консультированы морфологами РОНЦ им. Н. Н. Блохина: маточные трубы и яичники без онкопатологии, отдельные опухолевые узлы – лейомиосаркома I степени злокачественности. Данный статус расценен как саркома тела матки St. I (pT1xNxMo), состояние после нерадикального хирургического лечения по месту жительства в 2001г., прогрессирование заболевания: множественные метастазы в лёгкие, метастазы в малом тазу. Проведена 1-я линия АПХТ по схеме CAP (циклофосфан, доксорубин, цисплатин), закончена в мае 2006г. На момент окончания 1-й линии АПХТ в малом тазу по данным УЗИ без патологии, в лёгких метастазы без динамики, что было трактовано как стабилизация процесса. В июне 2006 г. у больной появились боли в костях таза справа, при КТ и скенировании костей таза выявлен метастаз в крыло правой подвздошной кости диаметром 14 мм, начата 2-я линия ПХТ (доксорубин, дакарбазин, циклофосфан) в сочетании с терапией бисфосфонатами. В октябре 2006 г. 2-я линия ПХТ завершена, болевой синдром купирован, при этапном обследовании (КТ малого таза, рентгенография органов грудной клетки) установлена стабилизация процесса. В ноябре 2006 г. рецидив болевого синдрома, при КТ малого таза отмечено увеличение размеров метастаза до 32 мм. Продолжена терапия бисфосфонатами, начата 3-я линия ПХТ (ифосфамид, месна), после 3-го курса 3-й линии ПХТ опухолевый процесс был без динамики, решено дополнительно провести оксигенотерапию (ГБО в стационаре, НБО амбулаторно длительно). В апреле 2006 г. на момент завершения ПХТ впервые отмечена частичная регрессия опухолевого процесса и значительное улучшение качества жизни больной на фоне оксигенотерапии. Метастазы в лёгких в стабильном состоянии, метастаз в кости таза сохранился до 12 мм. Период благополучия продлился до декабря 2007 г., когда у больной возник упорный кашель, интенсивные тазовые боли. При рентгенографии органов грудной клетки выявлено увеличение размеров и числа метастазов в лёгких, при УЗИ выявлено появление метастаза в малом тазу диаметром до 99 мм, а также метастаза в левые подвздошные лимфоузлы до 59 мм диаметром, отмечено увеличение метастаза в кости до 40 мм. Начата 4-я линия ПХТ по схеме CAP, которая была прервана после 2-го курса из-за прогрессирующего ухудшения состояния больной в феврале 2008 г. В марте 2008 г. больная умерла.

Пациентка Ч., 1955 г. р., с августа 2003 г. по январь 2004 г. получала комплексное лечение в МООД (пангистерэктомия, лучевая терапия, 6 курсов АПХТ по схеме CAP – циклофосфан, доксорубин, цисплатин) по поводу рака эндометрия St. II (pT2 No Mo) с инвазией в шейку матки. Послеоперационная гистология № 17547-55/03: низкодифференцированная аденокарцинома эндометрия с инвазией более 1/2 миометрия и шейку матки. Придатки и культя влагалища без онкопатологии. В апреле 2005 г. по поводу стойкого кашля обследована, при рентгенографии органов грудной клетки выявлены множественные метастазы в лёгкие, до 4 см в наибольшем измерении, сливающиеся между собой. Начата 2-я линия ПХТ по схеме CAP. При плановом этапном обследовании в сентябре 2005 г. выявлено прогрессирование процесса: увеличение числа метастазов в лёгкие. Начата 3-я линия ПХТ по схеме: адриамицин, циклофосфан, 5-фторурацил, а также начата гормонотерапия (Депо-Провера 500 мг внутримышечно 3 раза в неделю). Гормонотерапия продолжалась в течение 2-х лет. В январе 2006 г. при этапном обследовании отмечено увеличение размеров метастазов до 6 см. Гормонотерапия продолжена, начата 4-я линия ПХТ: цисплатин, везид. В июле 2006 г. после 6-го курса отмечена частичная регрессия процесса (сокращение метастазов до 4-5 см), кашель купирован. В октябре 2006 г. кашель возобновился, при рентгенографии отмечено увеличение прежних метастазов до 6-7 см, появились новые метастазы по 2-3 см. Начата 5-я линия ПХТ по схеме TP (паклитаксел, карбоплатин), на 5-м курсе отмечена стабилизация процесса (метастазы в лёгких оставались в том же количестве и тех же размеров). На 6-м курсе ПХТ (в феврале 2007 г.) проведена ГБО. Через 7 дней по окончании ГБО у больной внезапно возникла фебрильная лихорадка, резкая слабость, выраженная тошнота, отмечалась протеинурия, беспокоили боли в суставах. При обследовании выявлена почти полная регрессия метастазов в

лёгкие: большинство метастазов рентгенологически не определялись, остались единичные в обоих лёгких, сократившиеся до 2-3 мм диаметром. Статус расценен как частичная регрессия опухолевого процесса, синдром лизиса опухоли. Проведена массивная дезинтоксикационная инфузионная терапия в течение 5 дней, больная выписана со значительным улучшением состояния. В июле 2007 г. при рентгенографии органов грудной клетки выявлено прогрессирование заболевания: множественные метастазы в лёгкие до Ø5 см. Начата ХТ (6-я линия) цисплатином на фоне длительного приёма преднизолона, 5 курсов, на 5-м курсе у больной развилась цитостатическая нейтропения нижних конечностей, от дальнейшего лечения больная отказалась, на консультативный приём не является. Учётные данные о состоянии больной на апрель-май 2008 г. в отделе статистики МООД отсутствуют.

Эти клинические случаи лечения устойчивых к цитостатической терапии рецидивов рака и саркомы тела матки демонстрируют увеличение эффективности химиотерапии в сочетании с гипербарической оксигенацией. Этот эффект является патогенетически обоснованным и неслучайным. Перспективно продолжить изучение влияния различных режимов оксигенотерапии на эффективность противоопухолевого лечения у различных групп больных, страдающих злокачественными заболеваниями.

Литература

- 1.Баглей Е.А., Сидорик Е.П. // Вопр. онкол.– 1970.– Т.16, №10.– С.95–107.
- 2.Белюсов А.П. и др. // Вопр. онкол.– 1972.– Т.18, № 5.– С.12–16.
- 3.Дзасохов А.С. Нормобарическая оксигенация в лечении осложненных цитостатической терапией рака яичников: Автореф. канд. дисс.– 2005.
- 4.Евтюхин А.И. и др. Роль гипербарической оксигенации в современной полихимиотерапии у онкологических больных // Высокие технологии в онкологии: Мат-лы 5 Всерос. съезда онкологов, 2000.
- 5.Dehdashti F. et al.// Int J Radiat Oncol Biol Phys.– 2003.– Vol. 55(5)– P.1233–1238.
- 6.Dunton C.J. //Oncologist.– 2002.– Vol. 7, Suppl 5.– P. 11–19.
- 7.Griffith J.L., Shockor J.P.//Nat Rev Cancer.– 2004.– Vol. 4(7)–P.551– 561.
- 8.Mueller-Klieser W. et al. // Cancer Res.– 1990.– Vol. 15, № 50(6)– P.1681–1685.
- 9.Weinmann M. et al. // Onkol.– 2004.– Vol.27(1)– P. 83–90.

УДК 616-006

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА

Р.Э. КУЗНЕЦОВ*

Доля лиц старше 65 лет составляет сейчас 10–15% от всей популяции, а к 20-м годам нынешнего столетия эта цифра удвоится.

Старые люди значительно чаще и дольше болеют, нуждаются в социальном обеспечении и медицинской помощи [8]. Изменения, происходящие в стареющем организме, сказываются неблагоприятным образом на проявлениях возникшего заболевания; нарушаются метаболические процессы, угнетаются естественные защитные механизмы, замедляются процессы восстановления нарушенных функций в органах и системах. Все это создает трудности в постановке диагноза, лечении, снижает переносимость хирургических вмешательств, предъявляет особые требования к выбору методов обезболивания и использованию лекарственных веществ, особенно в условиях карбоксиперитонеума и положения Тренделенбурга у больных при операциях из лапароскопического доступа [4]. Опухоли яичников являются часто встречающейся гинекологической патологией, занимающей 2-е место среди опухолей женских половых органов.

Частота опухолей яичников от 6–11% за последние 10 лет увеличилась до 19–25% от всех опухолей половых органов [1, 2, 9]. В связи с нарастанием в женской популяции эндокринно-обменных нарушений наблюдается рост заболеваемости раком

* ГКБ им. С.П. Боткина, Москва, 2-й Боткинский пр-д, 5, (499) 762-6256

яичников [3, 4, 6]. Рак яичников развивается у 1–2% женщин, но, к сожалению, к моменту его обнаружения в 2/3 случаев имеют место поздние стадии развития заболевания с неблагоприятным прогнозом. В этой связи все персистирующие оварийные образования лечат хирургическим путем [5, 7, 11].

Большинство опухолей яичников являются доброкачественными. Доброкачественные опухоли составляют 66,8–90,3% от всех новообразований яичников. Среди доброкачественных опухолей преобладают эпителиальные новообразования. На долю пограничных опухолей яичников приходится от 9 до 15% [2, 6, 12]. Необходимость проведения операций, являющихся фактором агрессии, поднимают проблему переносимости пациентом пожилого возраста хирургических вмешательств. Состояние резервных возможностей организма определяет выбор их рационального объема, хирургического доступа и адекватного обезболивания [4, 10]. Несмотря на успехи в лечении доброкачественных опухолей яичников, вопросы, касающиеся операционного доступа, адекватности объема вмешательства при соматической отягощенности больных старших возрастных групп и других лимитирующих факторов остаются весьма актуальными.

Цель исследования – разработка дифференцированной тактики хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста при доброкачественных опухолях яичников.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 266 женщин пожилого и старческого возраста с объемными образованиями яичников и сакральными образованиями (серозоцеле), оперированных в ГКБ им. С.П. Боткина, являющейся клинической базой инновационного отдела малоинвазивных технологий НИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии Федерального агентства высоких технологий МЗ и СР РФ в период 2000–2007 гг. Все они были в постменопаузальном периоде сроком от 1 до 42 лет. Три возрастные группы: 1-я (55–64 лет) – 125 пациенток, 25-я (65–74 лет) – 106, 3-я (75–92 лет) – 35. Возраст обследованных – 67,3±3,4 лет.

Показаниями для операции явились: серозные цистаденомы – у 173 (65,1%), папиллярные цистаденомы – у 34 (12,8%), муцинозные цистаденомы – у 21 (7,9%), паровариальные кисты – у 12 (4,5%), эндометриодные кисты – у 6 (2,2%), текома яичника – у 6 (2,2%), фиброма яичника – у 4 (1,5%), серозоцеле – у 4 (1,5%), зрелая тератома – у 3 (1,1%), светлоклеточная (мезонефроидная) опухоль – у 2 (0,7%), опухоль Бреннера – у 1 (0,4%) пациенток. Двухсторонняя локализация опухоли наблюдалась в 11 случаях в первой группе (у 9 – папиллярные цистаденомы, у 2 – серозные цистаденомы), и в 3 случаях во 2-й группе (у 2 – папиллярная цистаденома, у 1 – текома). Размеры диагностированных опухолей и опухолеподобных образований составляли от 1,5 до 15 см. В работе мы использовали гистологическую классификацию опухолей яичников (ВОЗ, 1977), пересмотренную в 1999 г [6].

У 178 из 266 обследованных удалось проследить отдаленные результаты проведенного лечения. Длительность динамического наблюдения составила от 6 месяцев до 7 лет. Изучение анамнеза основывалось на анализе преморбидного фона, перенесенных и сопутствующих гинекологических и экстрагенитальных заболеваний. Оценивались специфические функции женского организма: менструальная (возраст менархе, характер менструального цикла и его нарушения, наличие аномальных кровотечений), половая и репродуктивная (число беременностей, их течение и исход), секреторная. При изучении настоящего заболевания анализировались жалобы, история развития заболевания, особенности его течения, предшествующее лечение и его эффективность. Внимание уделялось оценке функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем, степени их компенсации при наличии органических изменений, имеющихся у больных с отягощенной соматикой. Анализировались степень операционного риска, условия для подготовки больных к оперативному лечению и обезболиванию, мероприятия по профилактике периоперационных и анестезиологических осложнений.

Обследование включало методы: общий осмотр, оценка телосложения и конституциональных особенностей, состояние сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной, эндокринной, мочевыделительной, пищеварительной систем, молочных желез. Гинекологический статус оценивали при бимануальном влагалищном или ректовагинальном исследовании.

Из лабораторных методов были использованы: анализ крови, общий анализ мочи, определение групповой принадлежности и резус-фактора, биохимический анализ крови, гемостазиограм-

ма, RW, AIDS, HBsAg, AntiHCV. Всем больным проводился иммуноферментный анализ опухолевого маркера СА 125 в сыворотке крови. Выполнялись ЭКГ, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, бактериоскопическое определение флоры влагалищного содержимого, по показаниям – цитологическое исследование мазков с поверхности шейки матки на атипию. В работе использовались специальные инструментальные методы: УЗИ («ALOKA» (Япония), «ESAOTE BIOMEDICA AU 4 IDEA» (Италия), «HITACHI EUB-405» (Япония) снабженных трансабдоминальными и трансвагинальными преобразователями с частотой акустических колебаний 3,5 МГц и 6,5–7,5 МГц), интраоперационное УЗИ, спиральная компьютерная и магнитно-резонансная томография «SIMENS» (Германия), гистероскопия, лапароскопия «OLYMPUS» и «Karl Storz», патоморфологическое исследование удаленных тканевых материалов, по показаниям – интраоперационная cito- диагностика.

После операции проводился комплекс реабилитационных мероприятий для улучшения трофики тканей и условий заживления, профилактики тромбозоболоческих осложнений низкомолекулярными гепаринами, включая медикаментозную поддержку функционирования жизненно важных функций систем организма. Велась антибактериальная профилактика осложнений в периоперационном периоде. По показаниям проводили медикаментозное лечение и профилактику гнойно-септических осложнений антибактериальными препаратами фторхинолонового ряда или широкого спектра действия и нестероидными противовоспалительными препаратами. УЗИ малого таза, гистероскопию делали по показаниям через 6–12 месяцев после операции.

Основными параметрами операции считали её длительность, интраоперационную кровопотерю. Критериями эффективности хирургического лечения в послеоперационном периоде до выписки из стационара служили: общее состояние больной, выраженность послеоперационных болевых ощущений, динамика температурной кривой, динамика формулы крови и СОЭ, длительность послеоперационного койко-дня, данные динамического трансвагинального УЗИ малого таза. Контроль эффективности лечения вели при динамическом обследовании и наблюдении пациенток в КДЦ ГКБ им. С.П. Боткина через каждые 3–6 месяцев после операции с использованием гинекологического обследования и УЗИ. Критериями оценки результатов хирургического лечения служили отсутствие жалоб и улучшение общего самочувствия, положительная динамика состояния гениталий при скрининговом УЗИ органов малого таза.

Результаты. Основными жалобами были боли внизу живота и пояснице у 58,1, 64,6 и 54,7% обследуемых соответственно в 1, 2 и 3 группах; чувство дискомфорта внизу живота и нарушения мочеиспускания у 18,1, 17,3, 15,2%. Не предъявляли специфических жалоб при поступлении 23,8, 18,2, 30,1% пациенток соответствующих групп, и были направлены в стационар с подозрением на опухоль яичника по данным УЗИ малого таза.

Частота сопутствующей экстрагенитальной патологии составила 90,2% всех наблюдений. Преобладали эндокринно-обменные заболевания (ожирение и нарушения липидного обмена, сахарный диабет, диффузный зоб): 64,8, 62,3, 60,0% в 1,2,3 группах соответственно. У 2,6% больных были операции по поводу рака молочной железы с последующей лучевой терапией, и 3,4% больных в анамнезе оперированы по поводу фибромы молочной железы. На втором месте по частоте встречались заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ХИБС, ХВН, тромбоз): 52,8, 59,4, 62,8% в 1,2, и 3 группах соответственно. Заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастродуоденит, язвенная болезнь, холестатический гепатит, панкреатит, хронический колит, полипы толстой кишки, синдром раздраженной толстой кишки) на 3-м месте по частоте: 46,4, 49,1, 48,6% соответственно. Заболевания системы органов дыхания (ХНЗЛ, бронхиальная астма, пневмосклероз, эмфизема) отмечены в 41,6, 39,6, 40,0% по группам обследованных. Заболевания нервной системы (ОНМК, радикулит, рассеянный склероз, дисциркуляторная энцефалопатия, болезнь Альцгеймера, опухоли ЦНС) составили 17,6, 17,0 и 22,9%. Заболевания мочевыводящих путей (пиелонефрит, хронический цистит, МКБ, гломерулонефрит, полип уретры) выявлены у 13,6, 12,3 и 20,0% больных в 1, 2 и 3 группах соответственно. Заболевания костно-мышечной системы (остеопороз, коксартроз, патологические переломы шейки бедра, полиартрит) встречались в 10,4, 11,3, 11,4% случаев. У лиц 1-й группы чаще встречалось сочетание хронического

холецистопанкреатита, варикозной болезни нижних конечностей, гипертонической болезни и ожирения, что было противопоказанием или ограничивающими факторами для гормональной терапии. Из перенесенных гинекологических заболеваний у 56,8% обследованных в анамнезе были воспалительные процессы матки и/или придатков, при этом хронический сальпингоофорит диагностирован ранее у 43,6% пациенток. Эндометриты после родов или абортов в анамнезе были у 24,4%, повторные выскабливания – у 8,6% из них. Деструктивные вмешательства по поводу доброкачественных изменений шейки матки ранее были выполнены у 23,3%. Оперативные вмешательства на придатках матки по поводу доброкачественных яичниковых образований в прошлом лапаротомным доступом перенесли 8,3% и лапароскопическим 1,5% больных, в т.ч. по поводу эктопической беременности у 2,6%. У 31,2% обследованных ранее по поводу нарушений менструального цикла были от 1 до 6 раздельных диагностических выскабливаний слизистой матки, из них гистероскопия выполнялась у каждой 8-9 пациентки. Гормональное лечение в анамнезе по поводу гиперпластических изменений в эндометрии и аденомиоза получали 20,7% обследованных.

Сравнение патоморфологического диагноза опухолей и опухолевидных образований яичников с дооперационными результатами указанных методов диагностики послужил базой для получения данных с высокой степенью достоверности.

УЗИ позволило обнаружить опухоли и опухолевидные образования яичников в 98,5% случаев (262 женщины). Ложноотрицательные результаты УЗИ были при овариальных образованиях ≤ 3 см. Наиболее точная диагностика при трансвагинальном сканировании была у больных с папиллярной цистаденомой – 94,1%, с серозной (гладкостенной) цистаденомой – 93,6%, с эндометриоидными кистами и тератомами – 88,9%. На 4-м месте оказалась диагностика муцинозных опухолей – 85,7%, на 5-м – диагностика паровариальных кист – 83,3%. На последнем месте – диагностика теком, фибром, светлоклеточной опухоли, серозоцелле и опухоли Бреннера – 76,4%. Процент ошибочных заключений при УЗИ – от 5,9–22,5%. Дополнение эхографии доплерометрией показало, что при доброкачественных образованиях яичников внутриопухолевый кровоток у 72,9% больных отсутствует. Чувствительность метода – 72,4%, специфичность – 53,2%.

Таблица 1

Характер выявленной сочетанной гинекологической патологии

Сочетанная патология	1 гр n=125	2 гр n=106	3 гр n=35	Всего n=266
Полипы эндометрия	19 (15,2%)	11 (10,4%)	3 (8,6%)	33 (12,4%)
Гиперпластические процессы эндометрия	6 (4,8%)	4 (3,8%)	-	10 (3,7%)
Полип эндометрикса	1 (0,8%)	2 (1,9%)	-	3 (1,1%)
Субмукозная миома	5 (4,0%)	2 (1,9%)	-	7 (2,6%)
Интерстициальная миома	22 (17,6%)	9 (8,5%)	3 (8,6%)	34 (12,8%)
Субсерозная миома	3 (2,4%)	2 (1,9%)	1 (2,8%)	6 (2,2%)
Аденомиоз	10 (8,0%)	2 (1,9%)	-	12 (4,5%)
Итого:	66 (52,8%)	32 (30,2%)	7 (20,0%)	105 (39,5%)

КТ и МРТ являются информативными методами диагностики опухолей и опухолевидных образований, позволяющими установить исходную локализацию опухоли, распространенность патологического процесса, плотность тканей и сред образований, что помогает при дифференцировке содержимого кистозных опухолей. Это важно при дифференциальном диагнозе серозных и муцинозных цистаденом, зрелых кистозных тератом. Точность диагностики при КТ и МРТ составила у больных с цистаденомами 81,3% и 84,6% соответственно, муцинозными опухолями – 63,6% и 88,4%. Лапароскопия позволяла осуществить визуальную оценку овариальных образований, характерную для каждой опухоли яичника. Иногда некоторая схожесть их затрудняла проведение дифференциальной диагностики. Цистаденомы при лапароскопии были правильно диагностированы в 95,4%, фиброма, текома, зрелая тератома и паровариальные кисты – в 100%, эндометриоидные кисты – в 83,3% случаев. Чувствительность онкомаркеров при доброкачественных опухолях яичников составила у СА 125 – 33,8%. Высокая специфичность онкомаркеров при доброкачественных опухолях яичников не позволяет уточнить гистологическое строение. По УЗИ, диагностической гистероскопии с раздельным выскабливанием слизистой и гистологи-

ческим данным у 105 (39,5%) пациенток установлена сочетанная гинекологическая патология (табл. 1).

При определении объема и доступа оперативного вмешательства мы исходили из представлений о характере гинекологической патологии, подтвержденной результатами гистологического исследования. Определяющими являлись отягощенность соматического статуса больных, степень компенсации сопутствующих хронических заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем организма, степень анестезиологического и хирургического риска по классификации Г.А. Рябова [7].

В 1-й группе больных на первом этапе хирургического лечения резектоскопические технологии применены у 32 (25,6%) пациенток: у 19 (15,2%) – резекция полипов, сочетающаяся с шаровой аблацией эндометрия в 5 случаях; у 6 (4,8%) – шаровая абляция эндометрия; у 3 (2,4%) – одностаянная резекция субмукозного миоматозного узла I-II типа размерами 25–40 мм; у 4 (3,2%) выполнена вапоризация слизистой тела матки в связи с диффузной формой аденомиоза 1 ст. (объем матки составлял от 149,3 до 180,8 см³). Через 7-14 сут всем пациенткам была выполнена билатеральная аднексэктомия из лапароскопического доступа под эндотрахеальным наркозом.

У 47 (37,6%) женщин из лапароскопического доступа выполнена билатеральная аднексэктомия, которая у 3 сочеталась с консервативной миомэктомией субсерозных узлов миомы на ножке ≤ 30 –50 мм. Размеры матки у них соответствовали норме 70,6–162,8 см³. 3 (2,4%) женщинам с паровариальными кистами выполнена сальпингоэктомия, а у 2 (1,6%) в связи с обнаружением перивариально-перитубарных сращений и образованием сакатных образований (серозоцелле) – адгезиолизис с аднексэктомией на стороне поражения. Подверглись лапароскопической гистерэктомии с придатками 36 (28,8%) лиц. Это были больные с интерстициальными узлами миом от 35 до 62 мм. Размеры матки у них ≥ 10 нед и составили $V=458\pm 78,2$ см³. В 5 (4,0%) случаях в связи с размерами опухоли ≤ 120 –150 мм, сочетанием последней с интерстициально-субсерозной множественной миомой матки и прогнозируемым спаечным процессом в брюшной полости и малом тазу (лапаротомии в анамнезе) выполнена лапаротомическая гистерэктомия с придатками и резекция большого сальника.

Во 2-й группе на первом этапе хирургического лечения резектоскопические технологии применены у 19 (17,9%) пациенток: у 11 (10,4%) резекция полипов, сочетающаяся с шаровой аблацией эндометрия; у 4 (3,8%) – шаровая абляция эндометрия; у 2 (1,9%) одностаянная резекция субмукозного миоматозного узла O-I типа размерами 20-30 мм; у 2 (1,9%) выполнена вапоризация слизистой тела матки в связи с диффузной формой аденомиоза без клинических проявлений (объем матки составлял 167,8 см³). Через 7-14 сут вторым этапом всем пациенткам была выполнена билатеральная аднексэктомия из лапароскопического доступа под эндотрахеальным наркозом. У 76 (71,7%) пациенток из лапароскопического доступа выполнена билатеральная аднексэктомия, в 2 случаях сочетающаяся с консервативной миомэктомией субсерозных узлов миомы ≤ 30 и 40 мм, а в 2 – выявлены сакатные образования воспалительной этиологии, потребовавшей после адгезиолизиса билатеральной аднексэктомии. У 6 (5,7%) произведена лапароскопическая сальпингоэктомия по поводу паровариальных кист. У 8 пациенток с легкой гипертензией и ожирением использовали методику безгазовой лапароскопии. У всех размеры матки соответствовали норме возрастной инволюции $V=105,6\pm 15,3$ см³. У 4 женщин имелись мелкие интерстициальные узлы миомы с кальцинозом до ≤ 18 мм, не требующие расширения объема операции. У 5 (4,7%) больных выполнена лапароскопическая гистерэктомия с придатками, где размеры матки ≥ 8 –9 нед за счет интерстициальных узлов миомы ≤ 35 –58 мм. Две женщины были носителями электрокардиостимулятора, служившего противопоказанием к выполнению лапароскопического доступа и применению коагуляционных технологий. Объем матки составил $V=287,6\pm 28,4$ см³. Лапаротомный доступ операции во 2-й группе не потребовался. В 3-й группе всем выполнена лапароскопическая билатеральная аднексэктомия. У 3 пациенток этому предшествовало резекция полипов в сочетании с шаровой аблацией эндометрия на первом этапе лечения. У 1 пациентки аднексэктомия сочеталась с удалением субсерозного узла миомы ≤ 30 мм. Показаний к расширению хирургического объема и гистерэктомии не было. Объем матки у больных в 3-й группе составил $V=98,2\pm 18,4$ см³.

Результаты морфологического исследования материала не выявили расхождений с интраоперационным диагнозом ни в одном случае. При двусторонней локализации опухоли (папиллярные цистаденомы) использовали интраоперационное срочное гистологическое исследование, подтвердившее доброкачественный характер опухолевого процесса. Пограничный или злокачественный характер опухоли не встречался (табл. 2).

Таблица 2

Результаты морфологического исследования

Группа опухолей	Морфология	1 гр n=125	2 гр n=106	3 гр n=35	Всего N=266
Поверхностно-эпителиальные стромальные опухоли	Серозная цистаденома	76 (60,8%)	74 (69,8%)	23 (65,7%)	173 (65,1%)
	Папиллярная цистаденома	19 (15,2%)	12 (11,3%)	3 (8,6%)	34 (12,8%)
	Муцинозная	11 (8,8%)	6 (5,7%)	4 (11,4%)	21 (7,9%)
	Эндометриодная	4 (3,2%)	2 (1,9%)	-	6 (2,2%)
	Опухоль Бреннера	1 (0,8%)	-	-	1 (0,4%)
	Светлоклеточная (мезонефроидная)	2 (1,6%)	-	-	2 (0,7%)
Стромальные опухоли полового тяжа	Текома	3 (2,4%)	2 (1,9%)	1 (2,8%)	6 (2,2%)
	Фиброма	2 (1,6%)	1 (0,9%)	1 (2,8%)	4 (1,5%)
Герминогенно-клеточные опухоли	Зрелая тератома	2 (1,6%)	1 (0,9%)	-	3 (1,1%)
Опухолеподобные образования	Паровариальная киста	3 (2,4%)	6 (5,7%)	3 (8,6%)	12 (4,5%)
	Серозоцеле	2 (1,6%)	2 (1,9%)	-	4 (1,5%)

Средняя длительность операции при лапаротомии составила 112,7±16,6 мин, при лапароскопической гистерэктомии с придатками – 94,6±18,8 мин, при лапароскопической билатеральной аднексэктомии – 37,8±10,2 мин. Резектоскопическое удаление подслизистых миом длилось в среднем 33,2±16,3 мин, абляция эндометрия – 22,2±10,3 мин. Объем интраоперационной кровопотери составлял при лапароскопии 82,8±40,3 мл, при лапаротомии – 412,5±132 мл, при резектоскопических вмешательствах – 23,2±8,3 мл с объемом интравазации не превышающим 860,0 мл. Анализируя послеоперационные осложнения, отметим у 2 женщин из 1-й группы образование гематомы в подкожно-жировой клетчатке на 4-6 сут, у 2 больных в 1-й и 2-й группах после лапароскопической гистерэктомии – умеренное кровотечение из культи влагалища на 2-3 сут. У 1 пациентки из 3-й группы на 2 сут выявлена серозометра после шаровой абляции эндометрия. Все осложнения устранены комплексом консервативных мероприятий, ни в одном случае не потребовавших гемотрансфузий и повторных операций. Отметим, что чаще после лапаротомии предъявляли жалобы на боли внизу живота и в послеоперационной ране, слабость, диспепсию и повышение температуры тела в течение 4-8 сут послеоперационного периода. Те же жалобы после лапароскопических операций существенно меньше по частоте и интенсивности, по длительности. После вмешательств из гистероскопического доступов подобные жалобы были лишь у 9% женщин в течение ≤16-48 часов. Сроки нормализации температуры при лапаротомии составили 5,9±1,2 сут, лапароскопии – 2,5±0,5 сут, гистерорезектоскопии – 1,6±0,6 сут.

Жалобы при доброкачественных опухолях и опухолевидных образованиях яичника не специфичны, а почти 1/3 больных их не предъявляет вовсе. Наиболее часто встречающиеся доброкачественные опухоли яичника – серозная цистаденома 60,8–69,7% и папиллярная цистаденома 8,6–15,2%. С возрастом частота выявления доброкачественных опухолей яичников снижается до 13%, что не должно ограничивать проведение скринингового УЗИ малого таза в поликлиниках и КДЦ при возрасте >55-60 лет. Частота выявления внутриматочной патологии при доброкачественных опухолях яичников составляет 39,5%, а в возрасте от 55 до 64 лет – у каждой 2-й пациентки. Анализ методов визуализации опухолей и опухолевидных образований яичников говорит о высокой диагностической ценности их в плане обнаружения и проведения дифференциальной диагностики. Для исключения в доброкачественных овариальных образованиях злокачественного процесса на ранних стадиях развития надо использовать иммунологические методы исследования – онкомаркер СА 125 и РО-тест. Выявление опухоли яичника в любом возрасте должно

расцениваться как показание к операции. Огромная роль в лечении этих больных должна отводиться предоперационному обследованию и предоперационной подготовке, включающей стабилизацию функционирования всех жизненно важных органов и систем организма и их компенсации.

Чем меньше инвазивность операции, тем меньшие сдвиги происходят в показателях периферической крови, и тем более благоприятно протекает послеоперационный период (по данным купирования болевого симптома, изменений общего самочувствия, нормализации температурной реакции). Отдаленные результаты хирургического лечения (от 6 мес. до 7 лет) геронтологических больных с высокими хирургическим и анестезиологическим рисками дают основание утверждать, что у подавляющего их числа малоинвазивные эндохирurgical технологии позволяют выполнять адекватный объем операции, в т.ч. при сочетании доброкачественных опухолей яичников с внутриматочной патологией. Резектоскопические технологии (шаровая абляция, вапоризация эндометрия) и билатеральная аднексэктомия из лапароскопического доступа – оптимальный объем операции при доброкачественных опухолях яичника у таких больных. Даже этапное и последовательное их выполнение оправдывает средства и затраты на лечение и составляет альтернативу традиционной, часто неоправданно радикальной хирургии, особенно в свете короткого послеоперационного периода и выздоровления.

Литература

1. Андреасян Г.О. Патогенетическое и диагностическое значение изменений сфинголипидов при эпителиальных опухолях яичников: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1997. – 27 с.
2. Козаченко В. / В кн. Проблемы здоровья женщин позднего репродуктивного и старшего возраста. – М., 1995. – С. 16–19.
3. Кулаков В.И. и др. Изменения репродуктивной системы и их коррекция у женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников. – М.: Триада-Х, 2005. – 256 с.
4. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Лапароскопия и гистероскопия в гинекологии и акушерстве. – М.: ПАНТОРИ, 2002. – 633 с.
5. Макаров О.В., Борисенко С.А. // РМЖ. – 1996. – №3. – С.36.
6. Макаров О.В. // РМЖ. – 1996. – №6. – С.26–27.
7. Харитонова Т.В. // РМЖ. – 1997. – Т.6. – №10. – С.669–676.
8. Брискин Б.С. и др. Хирургические болезни в гериатрии: избранные лекции. – М.: Бином, 2006. – 336 с.
9. Benjamin I., Rubin S.C. // Obstet Gynecol Clin North Am. – 1995. – Vol. 21, №1. – P. 107–119.
10. Carry R. // Gynaecol Endoscopy. – 1999. – Vol. 8. – P. 315.
11. Narod S.A. // Br Med Bull. – 1994. – Vol.50, №3. – P. 656–676.
12. Tekay A., Jouppila P. // Ultrasound obstet. Gynecol. – 1995. – Vol. 5, Suppl. 1. – P. 26.

MODERN VIEW ON WOMEN BENIGN OVARIAL TUMOR SURGERY TREATMENT IN SENILE AGE WITH USING LAPAROSCOPY

R.E. KUZNETSOV

Summary

Applying the modern endosurgery technology allows to make effective treatment for senile age women with combination of ovarian nonmalignant tumor and intrauterine pathology. The article based on 266 cases of patients with large innocent ovarian tumors.

Step-by-step fulfield technology with presurgery patient's preparing and preliminary examination guarantee more hopeful postsurgery period and the better outcomes of surgery treatment in time.

Key words: surgery treatment, ovarian tumor

УДК 615.615.277.3

ОЦЕНКА ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ АКТИВНОСТИ БАД «ВИНИРЕСТРОЛЬ» В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

А.Р. ЧОЧИЕВА*

Интерес к проблеме зависимости возникновения рака от питания возник с 70-80-х гг. XX столетия. Потребление овощей и фруктов снижает риск развития злокачественных новообразований. В ряде стран были даны рекомендации по коррекции

* Северо-Осетинская ГМА, 362019, г. Владикавказ, ул. Пушкинская, 40