

УДК 618.14+618.11-089.12:616-006.6

МЕТОД СОХРАНЕНИЯ ЯИЧНИКОВ ПОСЛЕ ЭКСТИРПАЦИИ ИЛИ НАДВЛАГАЛИЩНОЙ АМПУТАЦИИ МАТКИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

© 2005 г. Ю.С. Сидоренко, Г.А. Неродо, Н.Е. Левченко

The method of preservation and fixation of ovaries in reproductive women has been worked out. The method allows to return ovaries in anatomically beneficial position providing adequate blood supply, to prevent postcastration syndrome and thus to improve the patients' quality of life.

В последние годы все чаще делается акцент на появление «новой философии» в лечении гинекологического рака: целью терапии сегодня является не только сохранение жизни, но также и ее качеств [1]. Вопросы об объемах оперативных вмешательств при гинекологических операциях давно являются предметом многочисленных дискуссий между приверженцами радикальных подходов, с одной стороны, и консервативных принципов – с другой [2].

Гистерэктомия – одно из самых распространенных оперативных вмешательств у гинекологических больных. Например, в США из 97 млн женщин старше 18 лет 19 % (17,5 млн) перенесли удаление матки, причем у 65 % операция была выполнена в возрасте 30 – 40 лет.

При нарушении кровоснабжения и иннервации, сохраненных во время гистерэктомии яичников, последние претерпевают дегенеративные изменения. Угасание функции яичников у женщин после удаления только тела матки наступает в среднем на 5 лет раньше (45 лет), чем у женщин со спонтанной менопаузой (50 лет).

Таким образом, у женщин репродуктивного возраста, имеющих преимущественно кровоснабжение яичников из ветвей маточной артерии, после гистерэктомии без придатков может развиваться симптоматика, схожая с климактерическим или постовариозэктомическим синдромом (ПОЭС) [3]. Постгистерэктомический синдром (ПГЭС) нередко проявляется приливами, несмотря на отсутствие выраженных изменений в содержании гонадотропинов и эстрадиола. Оставленные после гистерэктомии яичники обеспечивают достаточную эстрогенизацию женского организма [4].

У 80–90 % больных после удаления обоих яичников развивается постовариозэктомический синдром (ПОЭС). ПОЭС является тяжелым осложнением, возникающим после одномоментного выключения у женщин репродуктивного возраста гормональной функции яичников в результате их хирургического удаления или лучевого воздействия. Клинической сущностью ПОЭС является развитие вегетативно-сосудистых, нервно-психических и обменно-эндокринных нарушений. ПОЭС возникает у 60–

80 % женщин, перенесших двустороннюю овариоэктомию. Причем тяжесть многих внегенитальных расстройств зависит от возраста, в котором произведено удаление яичников: чем моложе пациентка, тем тяжелее постовариоэктомические нарушения. Патогенез объясняется как резким снижением в организме содержания эстрогенов в результате кастрации, так и ответом нейроэндокринной системы (повышение уровня гонадотропинов, снижение функции коры надпочечников и щитовидной железы, рост активности биогенных аминов и др.) на развившуюся гипоестрогению. Скорость и интенсивность нарастания клинических и эндокринных нарушений напрямую зависят от характера удаления гонад: одностороннее или двустороннее.

За последние 10 лет почти вдвое возросла заболеваемость гинекологическим раком у молодых женщин. Вместе с тем среди поступающих в стационары на лечение увеличивается число больных с начальными формами злокачественных опухолей, вероятно, за счет улучшения диагностики на ранних стадиях заболеваний. Все эти факторы в совокупности ставят острую проблему разработки принципов и методов органосберегающих операций в онкогинекологии.

Целью нашего исследования явилось улучшение качества жизни пациенток, подвергшихся хирургическому вмешательству в молодом возрасте по поводу онкогенитальной патологии путем сохранения функции яичников. В исследование включены 40 женщин от 22 до 40 лет, которым по поводу злокачественных и доброкачественных новообразований шейки и тела матки была произведена экстирпация либо надвлагалищная ампутация матки с трубами. После выполнения основного этапа операции выполнялась их фиксация.

При невозможности фиксации яичников известным способом из-за анатомических особенностей – укороченных воронко-тазовых и круглых маточных связок, имитируют утраченный яичниками связочный аппарат и фиксируют их к соседним анатомическим структурам. Лигатуры оставляют на культях собственных связок яичников, подтягивают за оставленные лигатуры яичники и фиксируют их к боковым стенкам малого таза. Яичник фиксируют к тканям париетальной брюшины малого таза отдельными узловыми швами, формируя для него ложе. Овариопексия предотвращает перегиб питающих сосудов и, как следствие, обеспечивает полноценное функционирование яичников.

В качестве клинической оценки общего состояния больных после лечения использовалась модификация анкеты «Климакс» с вычислением индекса Куппермана. На первом этапе исследований данная анкета с помощью выявления жалоб вегето-сосудистого и психо-эмоционального характера позволяет ориентировочно судить о функциональном состоянии яичников в процессе наблюдения за пациентками.

Всем женщинам предлагался перечень вопросов, по которым определялось функциональное состояние яичников с помощью суммирования

набранных баллов (табл. 1). Сумма от 2 до 10 баллов соответствовала слабо выраженной функциональной недостаточности яичников, при значениях от 10 до 20 – средней, более 20 баллов расценивалось как сильная функциональная недостаточность.

Таблица 1

Модификация анкеты «Климакс»

Симптом	Периоды наблюдения, мес.		
	3	12	24
Вазомоторные нарушения («приливы», ночной пот)			
Бессонница или изменения ритма сна			
Парестезии (покалывание в пальцах рук и ног)			
Склонность к депрессиям			
Быстрая утомляемость			
Сильное выпадение волос			
Сухость кожи и слизистых			
Частые головные боли			
Сердцебиения			
Подъем артериального давления			
Снижение либидо			
Увеличение веса			
Дизурические расстройства (учащенное мочеиспускание, недержание мочи)			
Мышечно-суставные боли			
Работоспособность (снижена, не изменена, повышена)			
Эмоциональная лабильность			

Большой процент случаев функциональной недостаточности яичников (90 %) приходился на первый этап наблюдения, т.е. через 3 мес. после проведенного комбинированного лечения, и, в основном (70 %), соответствовал слабой степени недостаточности. Через год данный показатель уменьшился до 40 %. К концу исследуемого периода (через 24 мес.) у 90 % женщин жалобы отсутствовали. Всего у двух пациенток наблюдалась слабовыраженная степень функциональной недостаточности яичников, составившая 5 баллов. Следует отметить, что такие симптомы, как приливы жара, потливость, парестезии, встречались редко и носили временный характер (табл. 2).

Данные анкетного опроса сопоставлялись с показателями, полученными при проведении ультразвукографии во время исследования размеров яичников, площади фронтального среза, выполнения спектральной доплерографии в яичниковых артериях и сосудах паренхимы половых желез. На этапах наблюдения размеры яичников незначительно варьировали, оставаясь в пределах нормы. А к концу исследования (24 мес.) у всех пациенток размеры половых желез практически не отличались от первоначальных (табл. 3).

Таблица 2

**Степень и выраженность функциональной недостаточности
яичников на этапах наблюдения**

Степень выраженности ФНЯ		Сроки наблюдения после оперативного и лучевого лечения		
		3 мес.	12 мес.	24 мес.
Слабая	абс. ч.	28	18	4
	%	70	40	10
Средняя	абс. ч.	6	4	0
	%	15	10	0
Сильная	абс. ч.	2	0	0
	%	5	0	0

Таблица 3

**Характеристика площади фронтального среза яичников
в различные сроки наблюдения**

Исследуемая группа	Средняя площадь яичников			
	До операции	3 мес.	12 мес.	24 мес.
	8,15±0,34	8,1 ±0,5	8,31 ±0,18	8,11Д32
Норма	8,12+0.6			

При ультразвукографии яичники визуализировались в виде образований овальной формы средней эхоплотности, однородной структуры без патологических изменений.

Также в период, соответствующий первой фазе цикла, отмечали наличие фолликулов, исчезающих через некоторое время. Факт произошедшей овуляции подтверждался гормональными исследованиями, что говорит о сохранении полноценной функции яичников и является важнейшим вопросом в определении качества жизни молодых женщин, так как позволяет использовать созревшую яйцеклетку для экстракорпорального оплодотворения с последующим привлечением суррогатной матери. Проведя анализ максимальной скорости кровотока в паренхиме яичников, отметим, что по отношению к исходным данным к концу наблюдения она составила 80,8 %. Таким образом, во всех случаях определялась редукция кровоснабжения, что нами объяснялось лигированием яичниковой ветви маточной артерии.

Несмотря на снижение скорости стромального кровотока по отношению к исходным значениям, цветное доплеровское картирование отобразило наличие цветковых локусов не только в центре, но и по периферии яичника, что подтверждает адекватность кровоснабжения.

При изучении гормонального статуса определялся уровень эстрадиола, прогестерона, фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов в плазме крови. Анализ проводился в фолликулиновую фазу цикла до

операции с целью определения исходной функции яичников и после комбинированного лечения в соответствующее ей время через 12 и 24 мес. В качестве контроля в фолликулиновую фазу цикла исследовался уровень гормонов у группы здоровых женщин, сопоставимых по возрасту с изучаемой группой. Полученные данные позволили утверждать, что фиксированные яичники сохраняют свою функцию в течение 2 лет наблюдения, причем уровни гормонов практически соответствуют исходным значениям и совпадают с нормой (табл. 4).

Таблица 4

Изменение уровня половых гормонов на этапах наблюдения

Этап наблюдения	Эстрадиол, Эг, нмоль/л	Прогестерон, Пг, нмоль/л	Фоллитропин, ФСГ, нмоль/л	Лютропин, ЛГ, нмоль/л
Исходно n=40	356,2±73,6	2,65±0,7	7,2±1,2	3,1±1,4
12 мес.	373,4±153,7	2,55±0,4	7,4±1,6	3,8±1,1
24 мес.	454,6±93,2	2,62±0,5	6,8±1,8	3,0±1,7
Контроль n=15	422±81,45	2,3±0,55	6,55±1,34	3,9±1,1

Таким образом, гистерэктомия с сохранением яичников и формированием для них ложа у женщин репродуктивного возраста позволяет вернуть яичники в анатомически выгодное положение и обеспечить их адекватное кровоснабжение, что подтверждается ультразвукографическим исследованием, а также предупредить посткастрационный синдром и тем самым улучшить качество жизни женщин.

Литература

1. Onnis A., Marchetti M. Hormonal replacement therapy and gynecological cancer // Clin. Exp. Obstet. Gynecol. 1999. № 26(1). P. 5–8.
2. Кира Е.Ф., Иценко А.И., Кудрина Е.А. Функциональная (органосберегающая) хирургия в гинекологии // Врачебная газета. 2003. № 9. С. 15.
3. Урманчеева А.Ф., Бернштейн Л.М., Бурнина М.М. Гормональная реабилитация больных раком шейки матки после радикального хирургического лечения // Журн. акушерства и женских болезней. 2000. № 2. С. 18–19.
4. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. СПб., 1995. С. 172–174.