

ЛИТЕРАТУРА

1. Лившиц М.А. Клинические особенности и лечение дисгормональных опухолей яичников. В сб.: Современные подходы к диагностике и лечению опухолей яичников. Л.; 1981. с. 156—66.
2. Нечаева И.Д. Опухоли яичников. Л., Медицина; 1987. с. 32—3.
3. Serov S.F., Scully R.E., Sobin L.H. International Histological Classification of Tumours, № 9. Histological Typing of Ovarian Tumours. Geneva, WHO; 1973.
4. Young R.H., Scully R.E. Sex cord-stromal, steroid cell, and other ovarian tumors with endocrin, paraendocrin, paraneoplastic manifestation. In: Blaustein pathology of the female genital tract. Kurman R.G. 4th ed. Springer-Verlag; 1995. p. 783—97.
5. Classification and staging of gynecologic malignancies (ACOG Technical Bulletin Number 155 — May 1991. Replase №47, June 1977). Int J Obstet Gynecol 1992;38:319—23.
6. Глазкова Т.Г., Бондарев И.Г. «АСТА» — компьютерная система анализа данных. Материалы VI Международной конференции «Математические методы обучения распознаванию образов». М.; 1994. с. 86—7.
7. Хмельницкий О.К. Патоморфологическая диагностика гинекологических заболеваний. С.-Пб., Сотис; 1994. с. 388—94.
8. Голубев В.А. Сравнительная оценка методов лечения больших эстрогенпродуцирующими опухолями яичников. В сб.: Труды Крымского мед. института. Т. 43. 1970. с. 156—60.
9. Новикова Е.Г., Сидорова И.С., Антошечкина М.А., Ронина Е.А. Сохранение репродуктивной функции после излечения начальных форм рака шейки матки, эндометрия и яичников. Рос онкол журн 1996;(1):33—7.
10. Рыбалка А.Н. Отдаленные результаты лечения больных тека- и гранулезоклеточными опухолями яичников. Сборник научных работ молодых ученых. Симферополь; 1969. с. 117—8.
11. Филатова А.М. О гранулезоклеточных опухолях яичников. В сб.: Материалы научных работ по онкологии. М.; 1966. с. 187—90.
12. Baumann D., Donat H., Böhme M., Lenz E. Klinische Erfahrungen mit der Behandlung von Granulosazelltumoren. [Clinical experiences with treatment of granulosa cell tumors]. Zentralbl Gynakol 1992;114(7):361—4.
13. Pfeleiderer A. Therapy of ovarian malignant germ cell tumors and granulosa tumors. Int J Gynecol Pathol 1993;12:162—5.
14. Norris H.J., Taylor H.B. Prognosis of granulosa-theca tumors of the ovary. Cancer 1968;21:255—63.
15. Вайкявичус И.А. Результаты лечения гормонпродуцирующих опухолей яичников. В сб.: Материалы 3-й конференции онкологов Эстонской ССР, Литовской и Латвийской ССР. Рига; 1971. с. 127—9.
16. Kietlinska Z. et al. The management of granulosa-cell tumors of the ovary based on long-term follow up. Eur J Gynaecol Oncol 1993;14 (Suppl): 118—27.
17. Лившиц М.А., Черемных А.А. О злокачественности гранулезоклеточных опухолей яичников. Вопр онкол 1974;20(5): 32—7.
18. Diddle A.W. Granulosa and theca-cell ovarian tumours: prognosis. Cancer 1952;5:215—8.
19. Bridgewater J.A., Rustin G.J.S. Management of non-epithelial ovarian tumors. Oncology 1999;57:89—98.
20. Bouffet E., Basset T., Chetail N. et al. Juvenile granulosa cell tumor of the ovary in infants: a clinicopathologic study of three cases and review of the literature. J Pediatr Surg 1997;32:762—5.
21. Cronje H.S., Niemand I., Bam R.H., Woodruff I.D. Granulosa and theca cell tumors in children: a report of 17 cases and literature review. Obstet Gynecol Surv 1998;53:240—7.
22. Lack E.E., Peres-Atayde A.R., Murthy A.S. Granulosa theca cell tumors in premenarchal girls: a clinical and pathologic study of ten cases. Cancer 1981;48:1846—54.
23. Powell J.L., Connor G.P., Henderson G.S. Management of recurrent juvenile granulosa cell tumor of the ovary. Gynecol Oncol 2001;81(4): 113—6.

МИКРОКАРЦИНОМА ШЕЙКИ МАТКИ: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

А.В. Козаченко¹, Л.В. Адамян¹, Я.А. Темишева²

¹ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии Росмедтехнологий, Москва; ²МГМСУ

MICROCARCINOMA OF THE CERVIX UTERI: CURRENT SURGICAL TREATMENTS

A.V. Kozachenko¹, L.V. Adamyan¹, Ya.A. Temisheva²

¹Research Center of Obstetrics, Gynecology, and Perinatology, Russian Agency for Medical Technologies, Moscow;

²Moscow Medical Stomatological University

To define the most acceptable treatment policy in patients with microcarcinoma of the cervix uteri, 218 case histories of this condition were retrospectively analyzed, by taking into account the specific features of a treatment policy and the efficiency of therapy. The patients' age at the moment of disease detection ranged from 22 to 78 years (mean age 45.2±12.7 years). The basic treatment in patients with microcarcinoma of the cervix uteri was surgical - a total of 210 patients with this condition were operated on; organ-preserving operations were performed in 51 patients. Seventeen patients underwent radical operation via laparoscopic access, namely, total laparoscopic hysterectomy, ovarian transposition being additional made in young women. Radiotherapy was performed in 23 patients, 17 of them had combined therapy after surgery, remote, contact, application, intracavitary, intratissue gamma- or neutron-therapies were used in some cases. The longest postoperative follow-up of patients with microcarcinoma of the cervix uteri is currently 22 years, 7 years after laparoscopic operations; the patients had no signs of progression of the disease. Distant metastases were noted in none case.

Несмотря на большое внимание гинекологов и онкологов к проблеме патологии шейки матки, повышенную онкологическую настороженность, разработанные алгоритмы диагностики и лечения заболеваний экто- и эндоцервикса [1], частота инвазивного рака этого органа остается достаточно высокой. Более того, прирост заболеваемости молодых женщин в самой активной возрастной группе до 35 лет за последние годы составил 40,7% [2].

Рак шейки матки (РШМ) занимает 2-е место в структуре онкологической заболеваемости женщин и 1-е среди причин смерти от злокачественных новообразований [3]. Поскольку многочисленные экспериментальные и клинические исследования свидетельствуют, что возникновению РШМ предшествует появление патологических изменений, называемых фоновыми (доброкачественными) и предраковыми, реальной профилактикой злокачественного процесса является своевременное обнаружение и лечение предшествующей предраковой патологии [4].

Доказанными считаются следующие классические факторы риска возникновения РШМ: раннее начало половой жизни, большое количество беременностей, большое число половых партнеров, табакокурение, низкий социально-экономический статус [3]. Большинство этих факторов связано с особенностями сексуального поведения женщины и инфицированием вирусами папиллом человека, оказывающим основное внешнее канцерогенное воздействие на шейку матки на фоне сопутствующих кофакторов [5].

В случае возникновения ракового процесса перед клиницистом встает вопрос точного установления стадии заболевания и выбора адекватной тактики лечения. При начальных стадиях злокачественного процесса шейки матки у молодых женщин с настоящим желанием сохранить репродуктивную функцию возможно выполнение органосохраняющей операции. Так, в случае преинвазивного РШМ достаточным является удаление пораженной части органа с использованием ножевой, радиоволновой, электро- или лазерной конизации (или ампутации) шейки матки.

При выявлении рака на стадии начальной стромальной инвазии (стадии IA1 и IA2 по классификации FIGO) вопрос о выборе вида и объема хирургической помощи решается не столь однозначно.

С целью определения наиболее приемлемой тактики лечения больных микрокарциномой шейки матки был проведен ретроспективный анализ 218 историй болезни пациенток, страдавших этой патологией, с учетом особенностей лечебной тактики и эффективности проведенной терапии. Критериями отбора больных явились гистологически верифицированное наличие ин-

вазии опухоли в подлежащую строму на глубину до 5 мм и распространение по протяжению на расстояние не более 7 мм.

Возраст больных на момент выявления заболевания варьировал от 22 до 78 лет (средний возраст $45,2 \pm 12,7$ года). При анализе жалоб на момент выявления заболевания было отмечено, что почти у 2/3 больных клиническая манифестация заболевания отсутствовала, а имевшиеся симптомы были связаны с сопутствующей гинекологической патологией. Среди вредных привычек у больных отмечалось табакокурение, которое расценивается как важный кофактор возникновения РШМ [6].

При изучении характера менструальной и детородной функции не было отмечено каких-либо особенностей. У ряда больных имелись указания на разрывы шейки матки и другие травмы мягких родовых путей в родах (61,2%). Из гинекологических заболеваний, перенесенных ранее, была патология шейки матки в виде «эрозии» (71,6%), причем только у 30,6% больных было проведено консервативное или хирургическое лечение (диатермокоагуляция, лазерная вапоризация, криодеструкция). Наиболее часто встречалась хроническая воспалительная патология гениталий, включая специфическую инфекцию. Из фоновых заболеваний шейки матки отмечены рецидивирующие полипы цервикального канала.

В ходе обследования больных при проведении осмотра шейки матки в зеркалах изменения на влажной порции были отмечены у 189 (86,7%) женщин из 218. «Эрозия» шейки матки была обнаружена у 27 (14,4%) из 189 женщин, лейкоплакия — у 35 (18,5%), сочетание «эрозии» и лейкоплакии — у 123 (65%) и «эрозии» с гипертрофией шейки матки (шейка диаметром 3—4 см) — у 4 (2,1%). У 29 (13,3%) женщин из 218 не было обнаружено визуальных изменений на шейке матки. Контактная кровоточивость шейки матки при осмотре была отмечена у 84 (44,4%) больных.

Патологический процесс локализовался на передней губе шейки матки у 57 (30,2%) женщин из 189, на задней губе — у 33 (17,5%), вокруг наружного зева — у 69 (36,5%), исходил из цервикального канала у 8 (4,2%), на передней и задней губе — у 11 (5,8%), по всей поверхности шейки матки — у 9 (4,8%), на задней губе и вокруг наружного зева шейки матки — у 1 (0,5%), на передней губе и из цервикального канала — у 1 (0,5%). Следует отметить наиболее частую локализацию процесса вокруг наружного зева и на передней губе шейки матки, причем достоверно чаще процесс располагался вокруг наружного зева ($p < 0,05$).

Диагноз микрокарциномы шейки матки был установлен при гистологическом исследовании

материала, полученного при прицельной биопсии органа, у 158 (72,5%) женщин, биопсии в сочетании с диагностическим выскабливанием цервикального канала — у 36 (16,5%), только при диагностическом выскабливании цервикального канала — у 8 (3,7%), а у 16 (7,2%) больных микрокарцинома шейки матки была выявлена при исследовании материала лечебно-диагностической конизации органа, проведенной по поводу тяжелой дисплазии (цервикальная интраэпителиальная неоплазия III степени).

Особенности проведенного лечения больных РШМ отражены в таблице.

Совпадение диагнозов (РШМ) при цитологическом и гистологическом исследовании отмечено у 174 (79,8%) женщин из 218, несовпадение диагнозов — у 44 (20,2%) женщин.

Основным методом лечения больных микрокарциномой шейки матки был хирургический — всего было прооперировано 210 больных, причем органосохраняющие операции выполнены у 51 пациентки. У 11 из них после получения гистологического заключения была произведена повторная, уже радикальная, операция вследствие более глубокой стромальной инвазии опухоли или наличия раковых эмболов в просвете лимфатических сосудов.

У 17 пациенток была произведена радикальная хирургическая операция с использованием лапароскопического доступа — тотальная лапароскопическая гистерэктомия, причем у молодых женщин была дополнительно выполнена транспозиция яичников.

Одной пациентке выполнено лапароскопическое удаление культи шейки матки. У восьми больных при выполнении расширенной лапароскопической операции первым ее этапом была двусторонняя тазовая лимфаденэктомия. В ходе выполнения лапароскопической тазовой лимфаденэктомии удаляли лимфатические узлы из области бифуркации подвздошных сосудов, из запирающей ямки (нижняя граница лимфодиссекции), вокруг общих, наружных и внутренних подвздошных сосудов. Удаленные лимфатические узлы извлекали из брюшной полости с помощью пластикового контейнера в целях сохранения абластики или через 12-миллиметровый надлобковый троакар. Тотальная лапароскопическая гистерэктомия без придатков производилась по разработанной в отделении оперативной гинекологии методике с использованием маточного манипулятора Clermont-Ferrand (Karl Storz) с наконечником без вин-

товой резьбы, который вводился в матку после завершения тазовой лимфаденэктомии. Ни в одном случае не проводилось дренирование брюшной полости и параметральных забрюшинных пространств. Влагалище зашивали из эндоскопического доступа тремя 8-образными викриловыми швами наглухо с обязательным прошиванием культей крестцово-маточных связок с целью профилактики опущения культи влагалища после операции. Техника выполнения лапароскопического вмешательства, особенности ведения послеоперационного периода у таких больных были описаны ранее [7].

Отбор больных для лапароскопических операций осуществлялся совместно с онкогинекологами с учетом особенностей опухолевого роста, возраста пациентки, характера имеющейся соматической патологии, особенно сердечно-сосудистой системы; обязательным условием было получение информированного согласия больной.

При гистологическом исследовании удаленных органов преимущественно определялся плоскоклеточный неороговевающий рак высокой или умеренной степени дифференцировки. В одном случае был выявлен метастаз в наружный подвздошный лимфатический узел.

Лучевая терапия была проведена 23 больным, из них 17 после хирургического вмешательства — сочетанная (СОД в точке А — 40—50 Гр, в точке В — 10—40 Гр), также в отдельных случаях применялась дистанционная, контактная аппликационная, внутрисполостная, внутритканевая гамма-терапия, нейтронотерапия.

В семи случаях после нерадикальной операции у больных возникли рецидивы заболевания, у трех пациенток была проведена адъювантная лучевая терапия. У одной больной после конизации шейки матки через 2 года возник рецидив в культе шейки матки, была выполнена пангистерэктомия, еще через 2 года был выявлен рецидив уже в куполе влагалища — выполнено иссечение купола влагалища.

В настоящее время наибольший срок наблюдения больных микрокарциномой шейки матки

Лечение микроинвазивного РШМ

Метод лечения	Число больных	
	абс.	%
Хирургический	193	88,5
Лучевой	6	2,8
Хирургический + лучевой	17	7,8
Отказ от лечения	2	0,9
Всего...	218	100



после операции составляет 22 года, после лапароскопических операций — 7 лет, у пациенток отсутствуют признаки прогрессирования заболевания. Ни в одном случае не было отмечено наличия отдаленных метастазов заболевания. По данным М. Janicek и соавт. [3], при РШМ стадии IA1 поражение лимфатических узлов отмечается в 1% случаев, а при стадии IA2 — уже в 7%.

Общепринятой хирургической тактикой при микрокарциноме шейки матки является ее конизация или гистерэктомия с тазовой лимфаденэктомией или без [8]. Однако при наличии раковых клеток в просвете лимфатических щелей производится расширенная гистерэктомия с тазовой лимфаденэктомией.

В настоящее время альтернативным методом хирургического лечения рака шейки матки, в том числе и микроинвазивного, является трахелэктомия влагалитическим доступом в сочетании с лапароскопической тазовой лимфаденэктомией, которую предложил в апреле 1987 г. D. Dargent [9]. Эта операция позволяет достаточно радикально вылечить больную, сохранив у нее репродуктивную функцию. В литературе описано более 150 случаев таких операций [10], причем у 40% больных после

операции естественным путем наступила беременность, однако лишь у части из них родился жизнеспособный ребенок.

По данным D. Querleu и соавт. [11], имеющих в настоящее время наибольший личный опыт выполнения более 1000 лапароскопических лимфаденэктомий в течение 16 лет, при эндоскопическом доступе удаляется столько же лимфатических узлов, как и при открытой операции, а 5-летняя выживаемость больных, прооперированных лапароскопически, не отличается от таковой больных, перенесших операцию с использованием традиционного доступа [11].

Таким образом, разработка и внедрение новых способов хирургического лечения с использованием современных технологий, в частности — лапароскопии, тщательный выбор адекватной хирургической тактики у каждой больной позволяют не только излечить от РШМ, но при необходимости и сохранить репродуктивную функцию, повысить качество жизни женщины. Однако выполнение высокотехнологичных операций у онкологических больных возможно лишь в условиях специализированной гинекологической клиники при совместном лечении и наблюдении с онкогинекологами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кондратьева Е.А. Алгоритм диагностики и ведения больных с патологией шейки матки. Гинекология 2003;5(4):166—9.
2. Кулаков В.И., Прилепская В.Н. Генитальные инфекции как фактор канцерогенеза шейки матки. В кн.: Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. М., Пантори; 2004. с. 267—8.
3. Janicek M.F., Averette H.E. Cervical Cancer: prevention, diagnosis, and therapeutics. CA Cancer J Clin 2001;51:92—114.
4. Манухин И.Б., Минкина Г.Н., Франк Г.А. Предрак шейки матки. М., Аэрограф-медиа; 2001.
5. zur Hausen H. Human papillomaviruses in the pathogenesis of anogenital cancer. Virology 1991;184:9—13.
6. Harris T.G., Kulasingam S.L., Kiviat N.B. et al. Cigarette smoking, oncogenic human papillomavirus, Ki-67 antigen, and cervical intraepithelial neoplasia. Am J Epidemiol 2004;159(9):834—42.
7. Адамян Л.В., Козаченко А.В. Применение эндоскопического доступа при хирургическом лечении рака тела и шейки матки. Системный анализ и управление в биомедицинских системах 2002;1(3):221—3.
8. Stehman F.B., Rose P.G., Greer B.E. et al. Innovations in the treatment of invasive cervical cancer. Cancer 2003;98(9 Suppl):2052—63.
9. Dargent D. Radical trachelectomy: an operation that preserves the fertility of young women with invasive cervical cancer. Bull Acad Natl Med 2001;185(7): 1295—304.
10. Burnett A.F., Roman L.D., O'Meara A.T., Morrow C.P. Radical vaginal trachelectomy and pelvic lymphadenectomy for preservation of fertility in early cervical carcinoma. Gynecol Oncol 2003;88(3): 419—23.
11. Querleu D. 18th UICC International Cancer Congress, 30 June—5 July 2002, Oslo, Norway.