

операционные сутки имел существенные различия. У больных основной группы применение блокады нервных образований брюшной полости привело к выраженному снижению сенсорного компонента боли, обусловленного периферическими механизмами, связанными с активацией ноцицепторов в операционной ране. Применение психотропных препаратов у больных основной группы после операции привело также и к снижению эмоционально-аффективных проявлений боли.

Таким образом, комбинированная анестезия с пролонгированной блокадой нервных образований брюшной полости, а также применение вегетативных и психотропных препаратов в до- и послеоперационном периодах у больных раком желудка удлиняет безболевого послеоперационный период и способствует выраженному снижению интенсивности послеоперационного болевого синдрома. При этом дозы применяемых наркотических анальгетиков сокращаются в 2 раза.

Литература

1. Овечкин А.М. и др. // Анестезиология и реаниматология. 2000. № 5. С. 71–76.
2. Neugebauer E., Hempel K. // Chirurg. 1998. Vol. 9. P. 461–466.
3. Harmer V., Davies R. // Anaesthesia. 1998. Vol. 53. P. 424–430.
4. Kuhn S. et al. // Br. Med J. 1990. Vol. 300. P. 1687–1690.
5. McQuay H., Dickenson A. // Anaesthesia. 1990. Vol. 45. P. 101–102.
6. Кузьменко В.В. и др. // Советская медицина. 1986. № 10. С. 44–48.
7. Melzack R. // Pain. 1975. Vol. 1. P. 277–299.

Ростовский научно-исследовательский
онкологический институт МЗ РФ

9 февраля 2005 г.

УДК 616-089.882:611.663-006.6:616-053.84

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К СОХРАНЕНИЮ ФУНКЦИИ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ IV СТАДИИ В ПРОЦЕССЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ

© 2005 г. Н.Е. Левченко

The lead researches have allowed to assert, that the surgical technique not only allows to warn radial castration, but also keeps high-grade ovarian functioning within three years of supervision, that in the long term.

Рак шейки матки является актуальной проблемой онкогинекологии, занимая второе место среди злокачественных новообразований женских гениталий, уступая лишь раку тела матки [1, 2]. Несмотря на наметившуюся тенденцию к снижению заболеваемости, а точнее выявляемости

инвазивным раком шейки матки, в ряде стран отмечен рост заболеваемости в 1,5 раза у женщин молодого и среднего возраста [3–5].

Данный факт является достаточно неблагоприятным, так как пациентки в этом возрасте представляют собой не только репродуктивно-значимый контингент, но и социально-активную группу населения.

Учитывая возможность диагностирования заболевания на ранних стадиях, необходимо решить вопрос о выполнении функционально-щадящего и органосохраняющего лечения, включающего не только радикальность, но и полноценную медико-социальную реабилитацию женщин, для которой большое значение имеет возможность деторождения [6].

Поэтому при комбинированном лечении рака шейки матки IB стадии рекомендуемой операцией является расширенная гистерэктомия с сохранением яичников и выведением их из зоны облучения. Риск развития метастазов при плоскоклеточном раке шейки матки в сохраненных яичниках составляет менее одного процента случаев [7, 8], что оправдывает выполнение данного объема оперативного вмешательства у молодых женщин.

Необходимость транспозиции яичников при проведении лучевого лечения доказана множеством работ. Исследователи придерживаются точки зрения возникновения лучевой кастрации, так как яичники получают практически ту же дозу, что и зона подвздошных лимфоузлов [9, 10]. На фоне этого воздействия развивается посткастрационный синдром, характеризующийся вегетативно-сосудистыми, психо-эмоциональными и обменно-эндокринными нарушениями, которые приводят к закономерным инволюционным процессам в женском организме вплоть до инвалидизации.

Существующие хирургические методики по предотвращению лучевого воздействия основаны на постоянной транспозиции яичников, в результате чего половые железы подвергаются кистозным изменениям вплоть до развития злокачественных новообразований, вследствие перегиба питающих сосудов, что находит подтверждение у российских и зарубежных авторов [11].

Вышеизложенное диктует необходимость разработки принципиально нового хирургического способа сохранения функции яичников при лечении начальных форм рака шейки матки у женщин репродуктивного возраста.

Основную и контрольную группы исследования составили 92 женщины (46 больных с традиционной методикой и 46 – с использованием нового способа выведения яичников) репродуктивного возраста, без патологии яичников, с опухолью IB стадии, представленной плоскоклеточным раком со средней или высокой степенью дифференцировки. В большинстве случаев (30 (65 %) в основной и 32 (70 %) в контрольной группах) преобладал плоскоклеточный рак с ороговением или с тенденцией к нему. У 16 (35 %) больных исследуемой и 14 (30 %) контрольной групп гистологический ответ звучал как плоскоклеточный рак без ороговения, который является весьма чувствительной к лучевой терапии опухолью и соответст-

ует средней степени дифференцировки, т.е. умереннодифференцированному раку.

Возрастной промежуток больных составлял от 20 до 40 лет. Большинство находилось в возрасте от 31 до 35 лет (35 % пациенток в основной и 33 – контрольной группах).

Нами выявлены следующие факторы риска развития рака шейки матки: раннее начало половой жизни – у 65 % женщин в основной и 59 % в контрольной группах; большое количество половых партнеров – у 16 (35 %) пациенток в исследуемой и 17 (37 %) в контрольной группах; наличие в анамнезе венерических заболеваний – у 14 (30 %) больных в основной и 15 (33 %) – в контрольной группах.

Кровомазания, возникавшие при половых контактах, спринцеваниях или поднятии тяжестей, были самыми частыми жалобами – у 78 % женщин в основной и 74 в контрольной группах, и являлись основной причиной обращения женщин в лечебно-профилактические учреждения. Реже наблюдались: бели – у 33 % пациенток в основной и у 30 % в контрольной группах и кровянистые межменструальные выделения в 35 и 37 % случаев соответственно.

После проведенного планового предоперационного обследования, включающего определение исходной локализации опухоли, ее топографо-анатомических особенностей, распространенности процесса в пределах $T_{1b}N_0M_0$, всем пациенткам выполнялась расширенная гистерэктомия с сохранением яичников по модифицированной методике, предложенной академиком Ю.С. Сидоренко.

Особенностью апробированного способа являлось интраоперационное формирование ложа для оставленных яичников из круглых маточных связок, на конце которых фиксировалось по две лигатуры (проведенных внутри тонкого катетера) с целью мобилизации гонад. Одни нити выводились в подреберье по передней аксилярной линии с двух сторон, другие – через круглые маточные связки в подвздошную область.

Послеоперационный период протекал гладко. После снятия швов на 10–12-е сут проводилась дистанционная гамма-терапия на область малого таза (ложе удаленной опухоли и лимфоузлов).

Во время проведения сеанса лучевой терапии натягиванием верхних лигатур яичники выводили из зоны облучения. После окончания сеанса с помощью нижних нитей гонады возвращали в малый таз в ранее созданное ложе, препятствующее перекрытию сосудисто-питающей ножки.

При необходимости расположение половых желез могло быть проконтролировано рентгенологически, так как культы собственных связок яичников интраоперационно помечались рентгенконтрастными танталовыми скрепками. Во время проведения дистанционной лучевой терапии выполнялась обзорная рентгенограмма, при которой гонады, меченные танталовыми скрепками, определялись вне поля облучения. После окончания ле-

чения яичники, возвращенные в анатомически и физиологически выгодное положение, располагались в малом тазу.

Завершая лучевую терапию, нити поочередно натягивали до упора, извлекали катетеры и отсекали лигатуры на уровне кожи.

Пациенткам после комбинированного лечения по данной методике проводилась оценка состояния гонад с помощью ультразвукового сканирования с доплерометрией и определения гормонального статуса в строго установленные сроки через 12, 24 и 36 месяцев.

Для клинической оценки состояния больных после лечения на тех же этапах наблюдения использовалась анкета «Климакс» с вычислением индекса Куппермана.

Большой процент случаев ФНЯ (78 % в основной и 96 в контрольной группах) приходится на первый этап наблюдения, т.е. через 3 месяца после проведенного комбинированного лечения, и (61 % в основной и 70 в контрольной группах) соответствует слабой степени функциональной недостаточности яичников. К концу первого года данный показатель уменьшился до 48 и 76 % соответственно, а еще через год он составил всего 9 % в основной и 23,5 в контрольной группах.

Итак, изучая клиническую картину больных в послеоперационном периоде, мы пришли к выводу, что перечисленные симптомы носили временный и слабовыраженный характер, что позволило считать функцию сохраненных яичников вполне адекватной для обеспечения удовлетворительного качества жизни.

Эти данные сопоставлялись с показателями, полученными при проведении ультрасонографии во время исследования, размеров яичников, площади фронтального среза, выполнении спектральной доплерографии в яичниковых артериях и сосудах паренхимы гонад.

В нашей работе определялась площадь фронтального среза яичников, которая является одним из параметров, характеризующим адекватность их функции.

До лечения размеры яичников у всех пациенток соответствовали нормативным показателям ($8,15 \pm 0,34 \text{ см}^2$, $N = 8,12 \pm 0,6 \text{ см}^2$). На этапах наблюдения размеры гонад незначительно варьировали, оставаясь в пределах нормы, а к концу исследования (24 мес.) у всех пациенток размеры половых желез практически не отличались от первоначальных.

При исследовании изменения скоростных параметров кровотока во время доплерометрии во всех случаях определялась редукция кровотока – снижение показателей максимальной скорости кровотока по отношению к исходным значениям составляло 80,8 %. Мы это связывали с интраоперационным лигированием маточной артерии.

Наряду с этим, указанная скорость была адекватной для обеспечения полноценной функции яичников, что подтверждалось несколькими фактами.

Во-первых, при проведении цветового доплеровского картирования практически во всех наблюдениях кровотоков хорошо визуализировался в паренхиме яичников (регистрировались многочисленные цветовые локусы, расположенные по периферии и в центре) и в яичниковой артерии.

Во-вторых, обнаружено резкое возрастание с последующим снижением максимальной скорости кровотока, что характеризует созревание и овуляцию фолликула, которая подтверждалась гормональными исследованиями.

При изучении гормонального статуса определялся уровень эстрадиола, прогестерона, фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов в плазме крови. Анализ проводился в фолликулиновую фазу менструального цикла до операции с целью определения исходной функции яичников и после комбинированного лечения в соответствующее ей время через 12, 24 и 36 месяцев. В качестве контроля в фолликулиновую фазу цикла исследовался уровень гормонов у женщин контрольной группы. Полученные данные показали, что после лучевой терапии возвращенные в малый таз яичники сохраняют свою функцию в течение 3-х лет наблюдения, причем уровни половых гормонов практически соответствуют исходным значениям и совпадают с нормой.

У больных контрольной группы обнаружена выраженная тенденция к ослаблению гормональной активности яичников, которая возникала через 12 месяцев после операции и продолжалась в течение последующего наблюдения. К 36 месяцам содержание эстрадиола у пациенток контрольной группы не достигало нижней границы нормальных возрастных показателей, снизившись в 5 раз по сравнению с основной группой больных; уровень прогестерона был снижен более, чем в 20 раз. В этот период отмечено также сочетание высокой гонадотропной активности гипофиза с низкими показателями продукции стероидов, концентрация ФСГ превышала таковую почти в 9 раза, а ЛГ – в 7 раз, что свидетельствовало о наличии тканевых изменений в яичниках, сопровождавшихся повышением порога чувствительности к действию тропных гормонов и неспособностью в связи с этим адекватно реагировать на их стимулирующее воздействие, что и составило основу недостаточности половых желез. Различия были статистически значимы.

Проведенные исследования позволили утверждать, что хирургическая методика, предложенная академиком РАМН Ю.С. Сидоренко, не только позволяет предупредить лучевую кастрацию, но и сохраняет полноценное функционирование яичников в течение трех лет наблюдения, что в перспективе определяет шанс использования экстракорпорального оплодотворения.

Это обеспечивается надежной фиксацией гонад, возвращенных после лучевой терапии в анатомически и физиологически выгодное положение, имитирующее связочный аппарат яичников и предупреждающее перегиб сосудистой питающей ножки.

При применении данной методики в процессе комбинированного лечения рака шейки матки T_{1b}N₀M₀ стадии у молодых женщин, наблюдается довольно быстрая медицинская и социальная реабилитация. Некоторые пациентки отметили существенное повышение качества жизни по сравнению с дооперационным уровнем, ввиду устранения всех жалоб, вызванных заболеванием.

Литература

1. Бебнева Т.Н., Прилепская В.Н. Папилломавирусная инфекция и патология шейки матки (обзор литературы). М., 2001.
2. Мазуренко Н.Н. // Современная онкология. 2003. Т. 5. № 1. С. 7.
3. Козаченко В.П. // Современная онкология. М., 2000. Т. 2. № 2. С. 40–44.
4. Чиссов В.И. и др. // Казан. мед. журн. 2000. № 4. С. 241–249.
5. Писарева Л.Ф. и др. // Сибирский онкол. журн. 2003. № 6. С. 56.
6. Новикова Е.Г. и др. // Рос. онкол. журнал. 2001. № 4. С. 15–19.
7. Natsume N. et al. // Gynecol. Oncol. 1999. Vol. 74. P. 255–258.
8. Yamamoto R. et al. // Gynecologic Oncology. Japan. 2001. Vol. 82. № 2. P. 312–316.
9. Крейнина Ю.М. и др. // Сибирский онкол. журн. 2002. № 3–4. С. 56.
10. Smith J. et. al. // Lancet. 2003. Apr. № 5.
11. Buekers TE. et al. // Gynecologic Oncology. 2001. Vol. 80. № 1. P. 85–88.

Ростовский научно-исследовательский
онкологический институт МЗ РФ

9 февраля 2005 г.

УДК 618.А–006:615.28+615.366.15

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ ПРИ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ АУТОГЕМОХИМИОТЕРАПИИ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧКА

© 2005 г. Е.М. Непомнящая, Ю.А. Семыкин, О.Э. Назарова

Drug pathomorphosis is studied in 26 patients with testis tumors under the influence neoadjuvant autohemochemotherapy.

Рак яичка составляет 1,5–2 % всех неоплазий у мужчин и 5 % всех урологических злокачественных опухолей [1]. Несмотря на сравнительно невысокую заболеваемость, в эпидемиологическом аспекте, в отличие от других опухолей, уровень заболеваемости не увеличивается с возрастом. Он достигает своего возрастного пика в группе от 25 до 34 лет, т.е. у молодых людей трудоспособного возраста [2]. Основную позицию в тактике лечения герминогенных опухолей яичка занимает полихимиотерапия. Появление в фармакологическом арсенале химиопрепаратов типа циспла-