

ражения и больных неблагоприятной прогностической группы.

Результаты. Частота лейкопении 1-2 степени была достоверно ниже в группе 1 (59,1% и 73,5% соответственно, $p=0,03$), частота тромбоцитопении 1-2 степени была также достоверно ниже в группе 1, чем в группе 2 (51,6% и 74,7%, $p=0,001$), по лейкотромбоцитопении 3-4 степени различий в группах не наблюдались. Анемия 1 степени была у 2,2% больных в группе 1 и у 7,2% пациентов группы 2, различия ($p>0,05$). Постлучевые пневмониты были диагностированы у 14 из 90 (15,5%) больных, получавших лучевую терапию на средостение в режиме ММФ в группе 1, и у 14 (16,9%) пациентов группы 2. Постлучевых перикардитов выявлено не было.

Объективный ответ составил 95,7% в группе 1 и 98,8% в группе 2. Среднее время наблюдения в группе 1 было 22,5 мес, в группе 2 – 40,3 мес. Наблюдение продолжается. В сроки от 3 лет до года выявлено 4 (4,5%) рецидива в группе 1 и 13 (15,8%) рецидивов в группе 2 ($p=0,03$). Трехлетняя общая выживаемость в группах была сопоставимой и составила 94% в группе 1 и 98% в группе 2.

При сравнении результатов облучения пораженных зон в режиме ММФ с ранее прово-

димыми в клинике исследованиями применения субтотального и тотального нодального облучения в режимах обычного фракционирования и ускоренного мультифракционирования (РОД 1,35 Гр 2 раза в день с интервалом 3,5-4 ч) можно отметить: сопоставимый непосредственный противоопухолевый ответ. Уменьшение объемов облучения способствовало снижению частоты и тяжести цитопении: в группе 1 не наблюдалась лейкопения IV степени, реже возникала лейкопения III степени (5,0% по сравнению с 38,2% при субтотальном/тотальном нодальном облучении в обычном фракционировании и с 51,7% в ускоренном мультифракционировании)

Выводы. Сокращение объемов облучения до пораженных зон в режиме ММФ способствовало, при сопоставимом объективном ответе, снижению частоты и тяжести гематологических осложнений и позволило несмотря на изначально более неблагоприятный прогноз получить сопоставимую с субтотальным/тотальным нодальным облучением трехлетнюю общую выживаемость. Метод ММФ легко воспроизводим, имеет экономическое значение за счет сокращения сроков госпитализации и снижения частоты гематологических осложнений.

ОВАРИОПЕКСИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

П.А. КРУЗЕ, Г.А. НЕРОДО, В.П. НИКИТИНА

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологий», г. Ростов-на-Дону

Актуальность. К сожалению, современные данные свидетельствуют о сохранении тенденции роста заболеваемости раком шейки матки среди молодых социально активных женщин (до 35 лет). Известно, что при раке шейки матки Ib стадии у молодых женщин рекомендуемой операцией является расширенная гистерэктомия с сохранением яичников и выведением их из зоны облучения для предотвращения развития посткастрационного синдрома. В последнее время онкологов все чаще волнует судьба сохраненных яичников, т.к. удаление органа-мишени (матки) и нарушение кровоснабжения влекут за собой

зачастую выраженные изменения, вплоть до развития рака в половых железах. К данным необратимым последствиям приводят различные процессы, происходящие не только в организме в целом, но и в оставленных яичниках. Поэтому при выполнении оперативного вмешательства необходимо обеспечить адекватное кровоснабжение и как следствие функционирование оставленных желез.

Цель. Применение оригинальной методики овариопексии, позволяющей улучшить качество жизни и обеспечить полноценную медико-социальную реабилитацию больных раком

шейки матки, используя модифицированную методику сохранения и мобилизации яичников.

Материал и методы. Группу исследования составили 40 женщин от 20 до 40 лет больных раком шейки матки Ib стадии (гистотип соответствовал плоскоклеточному раку), находившихся на лечении в гинекологическом отделении. Всем пациенткам проводилось комбинированное лечение, включающее оперативное вмешательство с использованием модифицированной методики с последующей лучевой терапией.

Результаты. Операция заключалась в выполнении расширенной гистерэктомии с трубами, выделении тканевого стебля, содержащего сосуды, питающие яичник, и максимальной длины круглой маточной связки, из которой формировалось ложе для оставленных яичников. С этой целью круглая маточная связка натягивалась, ее брюшина T-образно надсекалась и разворачивалась. Следующим этапом сохраненный яичник укладывался в подготовленное ложе. Для этого культи собственной связки яичника подшивалась к брюшине круглой маточной связки в дистальной части разреза. Далее, несколькими швами яичник фиксировался к развернутым краям брюшины круглой маточной связки. Аналогичные манипуляции выполнялись на втором яичнике. С целью контроля расположения яичников в брюшной полости при проведении лучевой терапии и для подтверждения их локализации в малом тазу после лечения все яичники интраоперационно помечались рентгенконтрастными танталовыми скрепками. На конце круглых маточных связок фиксировались две лигатуры (выведенные на кожу), с помощью которых на втором этапе комбинированного лечения проводилась временная мобилизация яичников из зоны облучения. Известно, что в процессе оперативного вмешательства происходит травматизация мезотелия брюшины, в результате чего могут образовываться спайки, препятствующие передвижению яичников. Для

предотвращения этого в послеоперационном периоде через дренажную трубку в брюшную полость вводили коллоидные растворы (полиглюкин – 200 мл) с гидрокортизоном (50–125 мг) и фибринолизин (10000–20000 ЕД). Указанную смесь вводили трижды, ежедневно или через день, что являлось достаточным для профилактики сращений. На втором этапе комбинированного лечения во время проведения лучевой терапии подтягиванием верхней лигатуры яичники, меченные танталовыми скрепками, выводили из зоны облучения. Их расположение контролировалось рентгенологически. После завершения лучевого лечения натягиванием нижней лигатуры яичники возвращались в малый таз.

Выводы. Фиксированные таким образом яичники, оставаясь в ранее созданном ложе, находились в анатомически выгодном положении, имитирующем связочный аппарат половых желез, что способствовало их адекватному кровоснабжению и, как следствие, функционированию, о чем свидетельствовали гормональные исследования. Цветовое доплеровское картирование отобразило наличие цветковых локусов не только в центре, но и по периферии яичников, что подтверждает наличие в них достаточного кровотока. При клинической оценке общего состояния больных, с помощью модифицированной анкеты «Климакс», отмечено отсутствие климактерического синдрома у обследованных женщин. В результате применения описанной методики пациентки раньше приступили к своей профессиональной деятельности по сравнению с больными, перенесшими операцию Вертгейма, отмечая, что к ним вернулась прежняя работоспособность, которая сохранялась на протяжении нескольких лет наблюдения, наряду с хорошим общесоматическим состоянием, настроением и энергичностью.