

Литература

1. Вейн А.М., Дюкова Г.М., Воробьева О.В. и др. Панические атаки. Руководство для врачей / М.: Эйдос-Медиа, 2004; 408 с.
2. Вознесенская Т.Г. Эмоциональный стресс и профилактика его последствий // РМЖ (Неврология. Психиатрия). – 2006; 9: 694–8.
3. Воробьева О.В. Стресс и расстройства адаптации // РМЖ (Неврология. Психиатрия). – 2009; 11: 789–94.
4. Иваничев Г.А. Патогенез первичного и вторичного фасциального триггерного пункта // Вестник Евроазиатской академии наук. – 1994; 2: 38–42.
5. Иваничев Г.А. Мануальная медицина / М.: Медпресс-информ, 2005; 486 с.
6. Левит К., Захсе Й., Янда В. Мануальная медицина / М.: Медицина 1993; 511 с.
7. Ржеуская Г.В., Листопад Ю.И., Боброва М.В. и др. Применение симбалты (дулоксетина) для лечения тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией // Журн. неврол. и психиат. – 2009; 2: 26–30.
8. Сафоничева О.Г. Восстановительное лечение структурно-функциональных нарушений опорно-двигательной системы. Донозологическая диагностика и комплексное лечение при эмоционально-аффективных расстройствах. Дис. ... д-ра мед. наук. М., 2007; 238 с.
9. Трохимчук М.Ф. Психобиологические проблемы адаптации современного человека к стрессу в кризисном обществе // Вестник Гиппократ. – 2002; 1: 13.
10. Фролов В.А., Кошелев В.В. Опыт применения мануальной терапии при хронических цервикокраниальных болях у пациентов клиники пограничных расстройств. VII Городская конференция «Медицинская реабилитация больных с патологией опорно-двигательной и нервной систем» / М., 2006; 50–2.
11. Шемпелева Л.Э., Фролов В.А., Морозова С.В. и др. Применение мануальной терапии в комплексном лечении хронических периферических кохлеовестибулярных нарушений. Тезисы доклада. Материалы XVIII съезда оториноларингологов России. СПб, 2011; 2: 172–5.
12. Fink P., Steen H. Sondergaard L. Somatoform disorders among first-time referrals to a neurology service // Psychosomatics. – 2005; 46 (6): 540–8.

CORRECTION OF THE PSYCHOSOMATIC STATUS OF PATIENTS WITH CHRONIC COCHLEOVESTIBULAR IMPAIRMENTS

Professor **S. Morozova**, MD; **L. Shempeleva**, Candidate of Medical Sciences
I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

The psychosomatic status was studied in 26 patients aged 21 to 60 years with chronic vertebrogenic cochleovestibular impairments. Vestibular disorders, tinnitus, and diminished hearing have a negative impact on these patients. Non-drug correction of postural muscle imbalance promotes a significant reduction in the manifestations of reactive anxiety, which enhances the efficiency of treatment.

Key words: chronic cochleovestibular impairments, psychosomatic status.

РАДИКАЛЬНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ

Е. Новикова, доктор медицинских наук, профессор,
А. Шевчук, кандидат медицинских наук,
В. Антипов, доктор медицинских наук,
С. Анпилов
МНИОИ им. П.А. Герцена
E-mail: ann0071@list.ru

В отделении гинекологии онкологического института им. П.А. Герцена с июля 2010 г. по август 2013 г. лапароскопическая гистерэктомия с тазовой лимфаденэктомией по поводу рака эндометрия выполнена у 80 женщин. Видеозондоскопическая экстирпация матки с тазовой лимфаденэктомией может рассматриваться в качестве альтернативы лапаротомии у больных со злокачественными опухолями матки I стадии.

Ключевые слова: рак эндометрия, маточный манипулятор, радикальное лечение рака эндометрия, лапароскопическая экстирпация матки, тазовая лимфаденэктомия.

Впервые лапароскопическая экстирпация матки произведена в январе 1988 г. гинекологом Н. Reich в США [13]. Спустя некоторое время эта операция стала применяться и в онкологии. В 1992 г. произведена первая лапароскопическая экстирпация матки [4] при начальной стадии рака эндометрия. Через 1 год объем такой операции был дополнен тазовой лимфаденэктомией, выполненной также лапароскопически [5].

В России первую лапароскопическую экстирпацию матки произвел В.К. Карнаух в 1993 г. [2]. В настоящее время лапароскопический доступ в гинекологии широко применяется в хирургическом лечении миомы матки, эндометриоза, доброкачественных кистозных образований яичников [3]. Однако вопрос о внедрении этого метода в онкологию остается предметом дискуссий. В связи с тем, что лапароскопические операции не позволяют провести адекватную «пальпаторную» ревизию, могут способствовать интраоперационному распространению опухолевых клеток из-за создаваемого карбокси-перитонеума и использования маточного манипулятора, по данным ряда исследований, при этих вмешательствах наблюдается несколько большая частота рецидивов и смертность, чем при лапаротомных [8].

Маточный манипулятор предназначен для диагностической и оперативной лапароскопии в гинекологии. Он позволяет надежно фиксировать матку или перемещать ее в нужном направлении. Основные требования к «идеальному» маточному манипулятору — минимальная травматизация эндометрия и эндоцервикса в сочетании с надежной фиксацией, обеспечивающей широкую амплитуду движения матки в 3 основных направлениях и максимальный визуальный контроль операционного поля. Этап отсепаровки сосудистого пучка матки и отсечения влагалища существенно облегчается благодаря наличию у манипулятора наконечника со сферической поверхностью для обозначения границ и натяжения сводов влагали-

ща, позволяющего использовать монополярную коагуляцию, и конструкции, обеспечивающей удержание пневмоперитонеума во время операции (рис. 1) [6].

По поводу использования у онкологических больных маточного манипулятора существуют разные мнения. В частности, утверждается, что длительная механическая травматизация неоплазированного эндометрия наконечником маточного манипулятора может способствовать попаданию опухолевых клеток в сосудистое русло, а иногда и в брюшную полость через маточные трубы (рис. 2, 3) [10].

Экстирпация матки с придатками, тазовая и парааортальная лимфаденэктомия в настоящее время являются стандартом хирургического лечения рака эндометрия. Окончательный объем операции определяют результаты обследования и интраоперационная ревизия. При начальных опухолевых изменениях (стадия IA) достаточно выполнить гистерэктомию.

Тазовая и парааортальная лимфаденэктомия требуется при наличии неблагоприятных факторов прогноза заболевания (низкая степень дифференцировки, серозная или светлоклеточная морфологические формы опухоли, инвазия в миометрий на более половины его толщины, размеры опухоли >2 см в диаметре, тотальное поражение всей полости матки), при которых риск субклинического поражения регионарных лимфатических узлов крайне высок.

В отделении гинекологии института им. П.А. Герцена с июля 2010 г. по август 2013 г. лапароскопическая гистерэктомия с тазовой лимфаденэктомией по поводу рака эндометрия выполнена у 80 женщин. Показанием к хирургическому лечению в указанном объеме явилась совокупность признаков: гистологически подтвержденный диагноз рака эндометрия; инвазивный рост опухоли по данным магнитно-резонансной томографии и УЗИ.

Техника выполнения лапароскопической экстирпации матки у больных с опухолью эндометрия имела ряд особенностей по сравнению с аналогичной операцией, выполняемой при доброкачественной патологии (миома матки, аденомиоз). На 1-м этапе для предотвращения попадания опухолевых клеток в брюшную полость и общий кровоток коагулировались маточные трубы, собственные связки яичников, круглые и воронкотовазовые связки матки с пересечением 2 последних. Далее перевязывались либо клипировались маточные артерии и вены на расстоянии 1 см от места отхождения от передней ветви внутренних подвздошных сосудов (рис. 4).

После лигирования основных сосудистых пучков матки операция продолжалась уже на фоне введения в полость матки наконечника маточного манипулятора.

Следующий этап операции – тазовая лимфаденэктомия. Условной проксимальной ее границей был уровень на 2 см выше бифуркации общей подвздошной артерии. В дистальном направлении клетчатку удаляли до вены, огибающей подвздошную кость. Наружной и внутренней границами лимфаденэктомии являлись подвздошно-поясничная мышца и пупочная артерия (ветвь внутренней подвздошной). Обтураторный нерв являлся задней границей лимфодиссекции (рис. 5). Удаленную клетчатку отдельно с



Рис. 1. Маточный манипулятор Клермон–Ферран

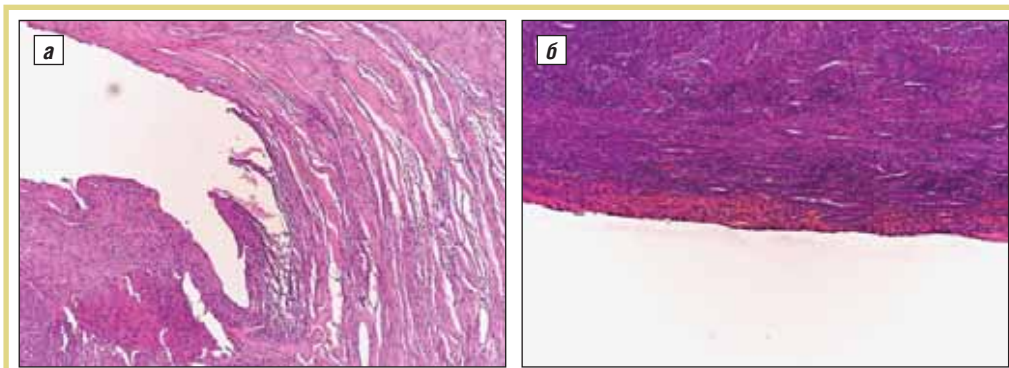


Рис. 2. Грубые повреждения мышечной стенки цервикального канала с признаками сдавления ткани; а – полное отсутствие слизистой оболочки; б – признаки сдавления миометрия с очаговыми кровоизлияниями в строму

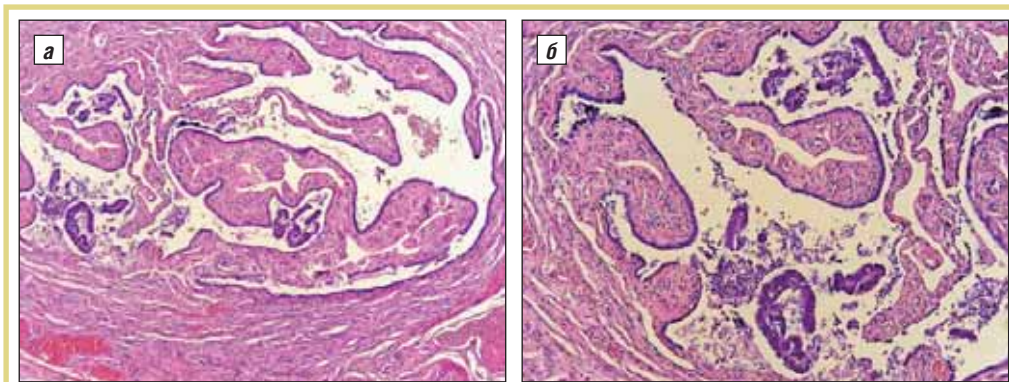


Рис. 3. Отдельные скопления опухолевых клеток в просвете маточной трубы после лапароскопической операции с использованием маточного манипулятора

каждой стороны извлекали из брюшной полости в контейнерах через троакарные раны.

На завершающем этапе операции производили отсепаковку от шейки матки основного сосудистого пучка книзу; мобилизованную таким образом матку отсекали от влагалища на уровне сводов и извлекали из брюшной полости. Влагалище ушивали отдельными узловыми 8-образными викриловыми швами. Операцию завершали повторной видеоревизией с дополнительным гемостазом и дренированием брюшной полости однопросветным силиконовым дренажом.

В исследование были включены больные с клиническим диагнозом рака эндометрия стадии IV-C. Возраст пациенток варьировал от 27 до 70 лет ($56,0 \pm 14,0$ года), причем 11 (14%) из них были моложе 49 лет; 45 из 80 имели избыточную массу тела или ожирение (индекс массы тела — ИМТ — $18-38 \text{ кг/м}^2$, медиана — 27 кг/м^2). Всем пациенткам была выполнена лапароскопическая экстирпация матки с тазовой лимфаденэктомией. Учитывая молодой возраст больных и настойчивое желание сохранить естественный гормональный фон, у 2 пациенток с IV стадией заболевания яичники были сохранены (в этих случаях составляли индивидуальное информированное согласие на нестандартный объем операции); выполнение органосохраняющей операции обуславливалось тем, что, по нашим данным, риск метастатического поражения придатков матки при I стадии заболевания составляет около 5%. В настоящее время данных о рецидиве заболевания у этих больных нет.

Продолжительность операции составляла от 2 до 5 ч (медиана — 210 мин) и по мере освоения методики имела тенденцию к уменьшению. Первые 10 операций занимали около 250 мин, тогда как последние — в среднем 190 мин.

Объем кровопотери в 78 из 80 случаев соответствовал минимальному (медиана — 60 мл). Интраоперационные осложнения ограничились 1 (1,8%) случаем кровотечения в результате повреждения внутренней подвздошной вены. Для остановки кровотечения потребовалась конверсия (лапаротомия), общий объем кровопотери составил 2000 мл. Постепенное усовершенствование хирургической техники не оказывало влияния на количество потерянной во время операции крови.

Распределение больных по стадиям (плановое гистологическое исследование) представлено на рис. 6. Преобладала стадия IV (у 68% больных).

Практически во всех случаях морфологически опухоль представляла собой эндометриоидную аденокарциному высокой или умеренной степени дифференцировки (соответственно 55 и 44%). У 1 больной была серозная аденокарцинома низкой степени дифференцировки. У 3 (4%) пациенток рак эндометрия сочетался с опухолью другой гинекологической локализации.

Число удаленных лимфатических узлов варьировало от 7 до 32 (медиана — 15), что соответствует таковому при открытых операциях [14]. Метастатическое поражение лимфатических узлов выявлено в 1 случае.

Дренаж устанавливали всем пациенткам. Сроки его удаления определяли индивидуально. В течение первых 3 сут отмечался рост количества отделяемого по дренажу (соответственно в среднем 90; 150 и 250 мл). Затем наступало «плато», и в ближайшие 2 сут количество отделяемого было одинаковым. С 4-го дня после операции определялась тенденция к возрастанию лимфорее. Лимфорей в целом соответствовала таковой при открытых операциях того же объема. Послеоперационный период характеризовался в целом гладким течением и минимальным числом осложнений.

У 43% больных дренаж был удален на 3-и сутки после операции. При контрольном УЗИ у первых 25 больных на 5–6-е сутки в 8 (10%) случаях выявлены бессимптомные лимфоциты, разрешившиеся на фоне консервативного (противовоспалительного) лечения. Только у 1 больной через 2 нед после операции потребовалось дренирование осумкованной полости с лимфой (объем — около 300 мл); был установлен *pig tail*. Отсутствие серьезных осложнений послужило поводом для отказа от выполнения рутинного УЗИ при гладком течении послеоперационного периода. Через 10 дней на фоне адекватного оттока лимфы полость организовалась, дренаж был удален. Нечастое формирование симптомных лимфоцитов, по всей видимости, связано с минимальной травматичностью при лапароскопических операциях, а следовательно, и с более редким развитием спаечного процесса. Время пребывания больных в стационаре после операции составило в среднем 9 дней. По объективным показателям и исходя из общего состояния, пациентки могли быть выписаны на 4–6-е сутки. Увеличение длительности пребывания в стационаре объяснялось ожиданием результатов гистологического исследования и необходимостью обсуждения дальнейшей тактики лечения на консилиуме специалистов.

У 25 (31%) пациенток проведена адьювантная лучевая терапия. Показанием к ее назначению при I стадии заболевания являлась совокупностьотягощающих факторов: инвазия опухоли в миометрий на более 1/3 его толщины; опухольная эмболия сосудов; тотальное поражение полости матки; распространение процесса на область внутреннего зева.

Медиана наблюдения составила 13 мес (1–36 мес). За этот период ни в одном случае рецидива заболевания не выявлено. После завершения комбинированного лечения пациентки находятся под строгим динамическим наблюдением.

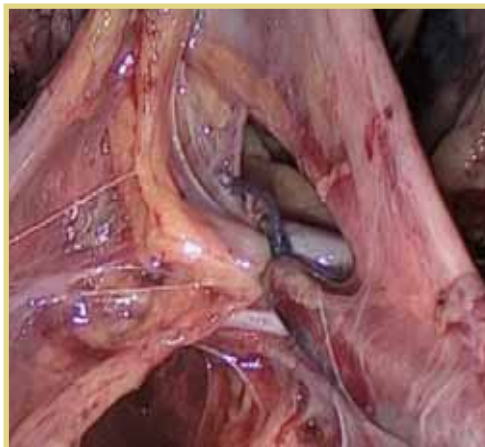


Рис. 4. Перевязанная маточная артерия у места отхождения от внутренней подвздошной

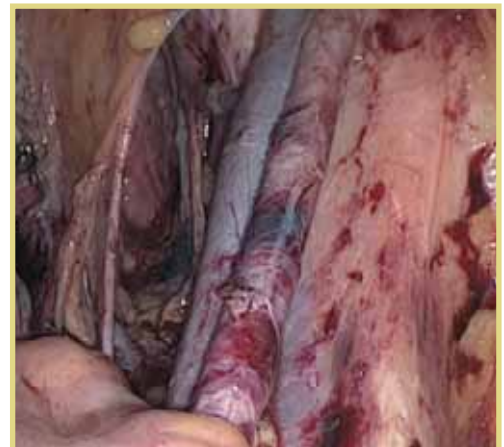


Рис. 5. Вид подвздошно-обтураторной области после выполнения лимфаденэктомии

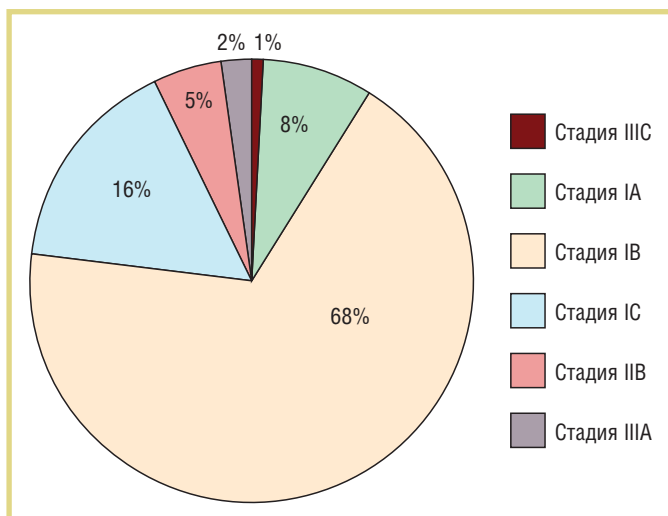


Рис. 6. Распределение больных по стадиям заболевания

Как уже упоминалось, у большинства пациенток была избыточная масса тела (ИМТ=27 кг/м²). Висцеральное ожирение создает технические сложности для выполнения операции, приводит к увеличению ее продолжительности. Однако существенных различий в течении послеоперационного периода у таких пациенток и пациенток без ожирения мы не отметили, что подтверждается и данными мировой литературы [11].

Отсутствие серьезных интраоперационных осложнений позволило рассматривать лапароскопический доступ как безопасную методику радикального хирургического лечения опухоли тела матки.

Первичная множественность опухолевого процесса как случайная находка установлена у 3 больных. В 1 случае у пациентки 47 лет при плановом гистологическом исследовании в правом яичнике обнаружен очаг эндометриоидной аденокарциномы, не схожий по строению с опухолью в матке. В связи с нерадикальным объемом операции повторно выполнена лапароскопическая субтотальная резекция большого сальника. После хирургического стадирования (IA) пациентка находится под динамическим наблюдением без лечения в течение 14 мес после операции; рецидива и метастазов не обнаружено. Во 2-м наблюдении у пациентки 66 лет, кроме высокодифференцированной аденокарциномы тела матки, в обоих яичниках обнаружены микроочаги серозной папиллярной пограничной опухоли. Учитывая морфологическую форму и распространенность опухолевого процесса, от дополнительного лечения решено воздержаться. Больная находится под наблюдением 7 мес после операции без прогрессирования заболевания.

У 3-й пациентки гистологической находкой явилась высокодифференцированная аденокарцинома стадии IA1 в области наружного зева диаметром 3 мм. Учитывая распространенность опухолевого процесса по шейке матки, объем операции адекватен, дополнительное лечение не потребовалось, пациентка находится под наблюдением 23 мес без рецидива.

Результаты исследования позволяют заключить, что видеоэндоскопическая экстирпация матки с тазовой лимфаденэктомией может рассматриваться в качестве альтернативы лапаротомии у больных со злокачественными опухолями матки I стадии. Основными преимуществами лапароскопического доступа являются сокращение интраоперационной кровопотери и быстрая реабилитация больных. Описанная техника операции позволяет радикально с онкологической точки зрения выполнить хирургическое лечение, сохранив преимущество малоинвазивной методики. Однако для объективной оценки онкологических результатов лапароскопической гистерэктомии с лимфаденэктомией в сравнении с таковыми при открытой операции необходимо более длительное наблюдение пролеченных больных.

потери и быстрая реабилитация больных. Описанная техника операции позволяет радикально с онкологической точки зрения выполнить хирургическое лечение, сохранив преимущество малоинвазивной методики. Однако для объективной оценки онкологических результатов лапароскопической гистерэктомии с лимфаденэктомией в сравнении с таковыми при открытой операции необходимо более длительное наблюдение пролеченных больных.

Литература

1. Берлев И.В., Урманчеева А.Ф., Максимов С.Я. и др. Сравнительный анализ хирургического лечения рака эндометрия лапароскопическим и традиционным лапаротомным доступами // Сиб. онкол. журн. – 2012; 6 (54): 32–6.
2. Карнаух В.И., Дурасов В.В., Тугушев М.Т. Лапароскопическая экстирпация матки // Эндохирургия для России. – 1993; 1: 15–8.
3. Кулаков В.И., Адамян П.В. Хирургическая лапароскопия в гинекологии // Акуш. и гин. – 1995; 5: 3–6.
4. Childers J., Surwit E. Combined laparoscopic and vaginal surgery for the management of two cases of stage I endometrial cancer // Gynecol. Oncol. – 1992; 45: 46–51.
5. Childers J., Brzechffa P., Hatch K. et al. Laparoscopically assisted surgical staging (LASS) of endometrial cancer // Gynecol. Oncol. – 1993; 51: 33–138.
6. Eltabbakh G. Uterine Manipulation in Laparoscopic Hysterectomy. The Female Patient. – 2010; 35.
7. Walker J. et al. Laparoscopy Compared With Laparotomy for Comprehensive Surgical Staging of Uterine Cancer: Gynecologic Oncology Group Study LAP2 // JCO. – 2009; 27 (32): 5331–6.
8. Walker J. et al. Recurrence and Survival After Random Assignment to Laparoscopy Versus Laparotomy for Comprehensive Surgical Staging of Uterine Cancer: Gynecologic Oncology Group LAP2 Study // JCO. – 2012; 30 (7): 695–700.
9. Kluivers K. Total laparoscopic hysterectomy versus total abdominal hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy for endometrial carcinoma: a randomized controlled trial with 5-year follow-up // Gynecol. Surg. – 2011; 8: 427–34.
10. Lim S. et al. Does the use of a uterine manipulator with an intrauterine balloon in total laparoscopic hysterectomy facilitate tumor cell spillage into the peritoneal cavity in patients with endometrial cancer? // Int. J. Gynecol. Cancer. – 2008; 18 (5): 1145–9.
11. Litta P. Laparoscopic surgical staging of endometrial cancer: does obesity influence feasibility and perioperative outcome? // Eur. J. Gynecol. Oncol. – 2013; 34 (3): 231–3.
12. Malzoni M. Total laparoscopic hysterectomy versus abdominal hysterectomy with lymphadenectomy for early-stage endometrial cancer: a prospective randomized study // Gynecol. Oncol. – 2009; 112 (1): 126–33.
13. Reich, H., DeCaprio J., McGlynn F. Laparoscopic hysterectomy // J. Gynecol. Surg. – 1989; 5: 213.
14. Kong T. et al. Comparison of laparoscopic versus conventional open surgical staging procedure for endometrial cancer // J. Gynecol. Oncol. – 2010; 21 (2): 106–11.
15. Wang H. et al. Total laparoscopic hysterectomy versus total abdominal hysterectomy for endometrial cancer: a meta-analysis // Asian Pac. J. Cancer Prev. – 2013; 14 (4): 2515–9.

RADICAL SURGICAL TREATMENT FOR ENDOMETRIAL CANCER VIA LAPAROSCOPIC ACCESS

Professor E. Novikova, MD; A. Shevchuk, Candidate of Medical Sciences; V. Antipov, MD; S. Anpilogov

P.A. Herzen Moscow Oncology Research Institute, Ministry of Health of Russia

The Gynecological Cancer Department, P.A. Herzen Oncology Research Institute, performed laparoscopic hysterectomy with pelvic lymphadenectomy for endometrial cancer in 80 women in July 2010 to August 2013. Video-assisted endoscopic extirpation of the uterus with pelvic lymphadenectomy may be considered as an alternative to laparotomy in patients with Stage I malignant uterine tumors.

Key words: endometrial cancer; uterine manipulator; radical treatment for endometrial cancer; laparoscopic extirpation of the uterus; pelvic lymphadenectomy.