

ВИДЕОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАННЕГО РАКА ТЕЛА МАТКИ

Т.М. Кочоян, Д.В. Комов, Р.А. Керимов, С.Ю. Слетина, А.В. Логачев

Отделение хирургической диагностики опухолей РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

Контакты: Теймураз Мразович Кочоян kochoyantm@rambler.ru

Проведена оценка непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения больных ранним раком тела матки (РТМ) с использованием эндоскопических методик. Представлены сравнительные данные 2 сопоставимых групп больных РТМ T1–2N0M0, которым операции были выполнены лапароскопическим (n=47) и открытым (n=50) доступами. Сравнительный анализ продемонстрировал преимущества непосредственных результатов эндоскопического метода перед лапаротомным доступом по продолжительности оперативного вмешательства, объему интраоперационной кровопотери, характеру и частоте развития осложнений, сокращению сроков пребывания в стационаре, косметическому эффекту. Отмечено улучшение качества жизни пациенток после лапароскопической экстирпации матки. Показатели общей и безрецидивной выживаемости в 2 группах были сопоставимыми и не зависели от метода хирургического вмешательства.

Ключевые слова: рак тела матки, видеохирургия, лапароскопическая экстирпация матки

Video-assisted surgery in the treatment of early corpus uteri cancer

T.M. Kochoyan, D.V. Komov, R.A. Kerimov, S.Yu. Sletina, A.V. Logachev

Department for Surgical Diagnosis of Tumors, N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center,
Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

The immediate and late results of surgical treatment were assessed in patients with early corpus uteri cancer (CUC), by applying endoscopic procedures. The paper gives comparative data on 2 comparable groups of patients with T1-2N0M0 CUC, who have undergone laparoscopic (n=47) or open-access (n=50) surgery. The comparative analysis has demonstrated the advantages of an endoscopic technique over a laparotomic access in its immediate results, the duration of surgical intervention, the volume of intraoperative blood loss, the pattern and incidence of complications, the reduction in the length of hospital stay, and its cosmetic effect. The patients were found to have better quality of life after laparoscopic extirpation of the uterus. Overall and relapse-free survival rates were comparable in the two groups and did not depend on the technique of surgical intervention.

Key words: corpus uteri cancer, video-assisted surgery, laparoscopic extirpation of the uterus

Введение

В структуре онкологической заболеваемости женских половых органов рак тела матки (РТМ) занимает 1-е место (17,5% случаев) [1, 2]. За последние 20 лет заболеваемость раком эндометрия (РЭ) в России увеличилась в 2 раза [1, 3, 4]. РТМ чаще встречается у женщин в возрасте старше 50 лет в пре- и постменопаузальном периоде (75%), но в последние годы наблюдается тенденция омоложения контингента больных РЭ [5, 6].

Следует отметить, что в настоящее время во всем мире, в том числе и в России, лапароскопическая хирургия находит все более широкое применение в онкогинекологии. Однако использование лапароскопической хирургии в онкогинекологии вызывает дискуссии в связи с вероятным увеличением риска диссеминации опухоли. Основной вопрос, волнующий клиницистов, — выживаемость больных РТМ после радикальной лапароскопической операции в сравнении с выживаемостью пациенток, перенесших открытую операцию. Так, Г.Н. Eltabbakh [7] в своем исследовании (2002) публикует данные о 2- и

5-летней выживаемости в 2 группах больных с ранними стадиями РТМ и одинаковым объемом операции (экстирпация матки с придатками с биопсией тазовых лимфатических узлов — ЛУ). В 1-ю группу были включены 100 пациенток с РТМ, прооперированные лапароскопически, во 2-ю — 86 больных, у которых операцию выполняли лапаротомным доступом. Пациентки данных групп практически не различались по возрасту, менопаузальному статусу, хирургической стадии, объему лимфаденэктомии и уровню дифференцировки опухоли. В результате было установлено, что показатели безрецидивной (БРВ) и общей (ОВ) выживаемости в группах значительно не различаются. У пациенток, перенесших лапароскопическое вмешательство, значения 2- и 5-летней БРВ составили 93 и 90%, а у больных, оперированных лапаротомным доступом, — 94 и 92%, показатели ОВ — 98 и 92 и 96 и 92% соответственно. Таким образом, автор утверждает, что результаты хирургического лечения пациенток с диагнозом РТМ при применении лапароскопического метода не хуже и сопоставимы с результатами «открытой» хирургии.

Аналогичное исследование провели F. Nezhat et al. (2008) [8]. Целью его было сравнение выживаемости после лапароскопических операций с выживаемостью после хирургических вмешательств, выполненных лапаротомно у больных РТМ I и II клинических стадий. В 1-ю группу вошли 67 пациенток, перенесших лапароскопическое вмешательство (проспективный материал), во 2-ю — 127 больных, прооперированных лапаротомным доступом (ретроспективный материал). Осложнения в данных группах были сопоставимы и значительно не различались по тяжести и частоте возникновения, однако в 1-й группе период госпитализации был значительно короче, а число инфекционных осложнений — достоверно меньше. У больных 1-й группы показатели 2- и 5-летней БРВ составили 93 и 91,7%, а у пациенток, оперированных лапаротомным доступом, — 88,5 и 85%, значения ОВ — 100 и 99,2 и 100 и 97% соответственно. Таким образом, при анализе выживаемости в этих группах значительных различий также не выявлено.

Цель исследования — проведение сравнительного анализа результатов хирургического лечения больных РТМ I–II стадии с использованием традиционных и лапароскопических методик.

Материалы и методы

В исследование были включены 97 больных РЭ I–II стадий, перенесших экстирпацию матки с придатками в РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН в период с 2004 по 2008 г. Медиана возраста пациенток составила 54 (34–71) года. До начала лечения больным проводили комплексное обследование, включавшее трансвагинальное ультразвуковое исследование (ТВУЗИ). Во всех случаях диагноз РТМ был подтвержден данными гистологического исследования.

Для облегчения дальнейшего анализа материала пациенток разделили на 2 группы. В основную группу вошли 47 (48,5%) больных с клиническим диагнозом РЭ с T1–2NxM0, перенесших лапароскопическую экстирпацию матки с придатками. В контрольную группу были ретроспективно отобраны 50 (51,5%) пациенток с начальными стадиями РТМ, у которых радикальная операция была выполнена лапаротомным доступом.

Характеристика пациенток основной группы

Основную группу составили 47 больных РЭ, подвергнутых тотальной лапароскопической гистерэктомии, из которых 14 (29,7%) была выполнена селективная тазовая лимфодиссекция. Медиана возраста — 53 года. Клинические проявления заболевания в виде кровянистых выделений из половых путей на момент обращения имели место у 12 (25,5%) пациенток. У 35 больных жалобы отсут-

ствовали, и диагноз был поставлен при осуществлении раздельного диагностического выскабливания после ТВУЗИ. Метастазов в регионарные ЛУ при комплексном обследовании не выявлено ни у одной из пациенток. Клинически значимые интеркуррентные заболевания обнаружены у 13 (27,6%) из 47 больных. Наиболее распространенными из них были гипертоническая болезнь — 4 (8,5%) случая, бронхиальная астма и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — по 2 (4,2%) наблюдения. У 5 (10,6%) пациенток в анамнезе имелась вторая опухоль в стадии ремиссии: в 4 случаях — рак молочной железы, состояние после радикального комбинированного лечения (опухоль тела матки появилась на фоне приема тамоксифена), в 1 — рак щитовидной железы, состояние после радикального оперативного вмешательства. Операции на органах брюшной полости и малого таза в анамнезе отмечены у 7 (14,9%) больных (у 2 — аппендэктомия, у 4 — кесарево сечение).

Из 47 больных РЭ 39 (82%) находились в периоде постменопаузы, у 2 (4,2%) было выявлено первичное бесплодие. Число родов в анамнезе пациенток колебалось от 1 до 5 (71% больных имели 1–2, 17% — 3 и 7,8% — более 3 родов). У 7 (14,9%) пациенток в анамнезе присутствовал 1 аборт, у 16 (34%) — 2, у 22 — ≥3. Наиболее часто опухоль располагалась в верхних 2/3 тела матки — 70,2% наблюдений, из них в 22% случаях — в трубном углу. У 8 (17%) больных в удаленной матке признаков злокачественного роста не обнаружено, так как минимальная опухоль была удалена во время диагностического выскабливания матки. Размеры матки при РЭ у 22 (46,8%) пациенток находились в пределах нормы, у 14 (29,7%) — соответствовали 5–6, у 11 (23,4%) — 7–10 нед беременности. Сочетание РТМ с наличием миоматозных узлов выявлено у 17% больных.

Для определения степени распространенности РЭ нами была использована международная классификация FIGO. Согласно этой классификации пациентки распределились по стадиям следующим образом: Ia стадия — 9 (19,1%), Ib — 20 (42,5%), Ic — 11 (23,5%), IIa — 4 (8,5%) и IIb — 3 (6,4%) больных.

Распределение больных РТМ в зависимости от степени дифференцировки аденокарциномы эндометрия было следующим: высокодифференцированный рак диагностирован у 25 (53,2%), умереннодифференцированная аденокарцинома — у 11 (23,4%), низкодифференцированный рак — у 8 (17%) и аденокарцинома с плоскоклеточной метаплазией — у 3 (6,4%) пациенток. Следует отметить особенности разделения больных РТМ по группам для каждой из подстадий в зависимости от степени дифференцировки аденокарциномы: высокодифференцированный

рак чаще диагностирован при Ia, умереннодифференцированный — при Ib, низкодифференцированный — при Ic, аденокарцинома с плоскоклеточной метаплазией — при IIa и IIb стадиях.

Далее нами была проведена оценка инвазивного потенциала опухолей каждой из гистологических форм. Оказалось, что для высоко- и умереннодифференцированного РЭ характерна глубина инвазии матки опухолью до 1 см — 7 (14,8%) больных. У 8 (17%) пациенток с высоко- и умереннодифференцированной аденокарциномой, как было указано ранее, признаков злокачественного роста не обнаружено.

Согласно классификации ASA класс операционного риска расценен как I–II у 32 (68%), III–IV — у 15 (32%) больных.

Характеристика пациенток контрольной группы

В контрольную группу вошли 50 больных клинически локализованным РЭ, которым была выполнена открытая экстирпация матки с придатками. Медиана возраста составила 54,6 года. Клинические проявления заболевания на момент обращения имели место у 29 (58%) пациенток. Самыми распространенными в группе были жалобы на выделения из половых путей различного характера — у 23 (46%) пациенток, сочетание слабости и болей при половом контакте отмечали 6 (12%) больных.

У 2 (4%) пациенток при комплексном обследовании возникло подозрение на наличие метастазов в регионарные ЛУ. Клинически значимые интеркуррентные заболевания выявлены у 19 (38%) из 50 больных. Из сопутствующей патологии следует отметить такие заболевания, как гипертоническая болезнь — 9 (18%) случаев, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — 6 (12%). У 4 (10,6%) пациенток в анамнезе имелась вторая опухоль (рак молочной железы, развившийся после комбинированного лечения). Операции на органах брюшной полости и малого таза в анамнезе присутствовали у 12 (24%) больных (у 4 — аппендэктомия, у 3 — кесарево сечение и у 5 — операции на придатках по поводу различных доброкачественных образований).

Из 50 больных РЭ 42 (84%) находились в периоде постменопаузы; число родов в анамнезе колебалось от 1 до 5 (64% пациенток имели 1–2, 26,4% — 3 и 9,6% — более 3 родов). Аборт в анамнезе был у 21 (42%) больной. Так же как и в основной группе, у пациенток группы контроля наиболее часто опухоль располагалась у дна матки — в 31 (62%) случае, из них в 18% наблюдений — в трубном углу. У 6 (12%) больных признаков злокачественного роста в удаленной матке не обнаружено, так как опухоль была удалена во время диагностического выскабливания матки. Размеры матки при РЭ у 19

(38%) больных находились в пределах нормы, у 26 (52%) — соответствовали 5–6, у 5 (10%) — 7–10 нед беременности. Сочетание РТМ с наличием миома-тозных узлов зафиксировано в 15% случаев.

Согласно классификации ASA класс операционного риска расценен как I–II у 41 (82%), III–IV — у 9 (18%) больных.

Увеличенные размеры тела матки (до 5 нед беременности) у пациенток, перенесших открытые операции, встречались реже, чем таковые в лапароскопической группе ($p < 0,001$). Несмотря на это, группы больных были сопоставимы по большинству параметров, в том числе по возрасту, стадии, распространенности опухолевого процесса, степени дифференцировки и глубине инвазии, что позволило провести статистически достоверный сравнительный анализ непосредственных, отдаленных результатов и социально-экономической эффективности хирургического лечения.

Результаты и обсуждение

Непосредственные результаты

Продолжительность хирургического вмешательства

Из анализа продолжительности лапароскопической гистерэктомии исключены 3 (6,4%) пациентки, у которых выполнение лапаротомного доступа потребовалось для безопасного завершения операции.

Медиана продолжительности лапароскопической гистерэктомии составила 140 мин. Корреляционный анализ не продемонстрировал связи продолжительности 44 лапароскопических операций с массой тела ($r=0,106$, $p=0,298$) и ростом ($r=0,064$, $p=0,325$) больных. Отмечено недостоверное уменьшение продолжительности операций по мере накопления опыта лапароскопической хирургии. Медиана длительности первых 20 лапароскопических гистерэктомий оказалась на 20 мин больше по сравнению с таковой при проведении последующих эндоскопических вмешательств данного объема ($p=0,217$).

Медиана продолжительности 50 гистерэктомий, выполненных лапаротомным доступом пациенткам контрольной группы, составила 120 мин, что достоверно меньше, чем у 44 больных, подвергнутых лапароскопической операции ($p < 0,001$).

Объем интраоперационной кровопотери

В анализ объема кровопотери включены данные 44 пациенток, которым весь объем хирургического вмешательства был выполнен лапароскопически. Средний объем кровопотери во время лапароскопических гистерэктомий составил 220 мл. Корреляционный анализ не продемонстрировал связи объема кровопотери с массой тела ($r=0,068$, $p=0,476$) и ро-

стом ($r=0,072$, $p=0,472$) больных. Различий среднего объема кровопотери в зависимости от размеров матки и опыта выполнения данных операций не выявлено.

Трансфузии элементов крови не понадобились ни одной из 44 пациенток, подвергнутых лапароскопической гистерэктомии.

Медиана объема интраоперационной кровопотери у 50 больных, оперированных лапаротомным доступом, составила 250,8 мл, что достоверно не отличается от таковой среди пациенток основной группы ($p=0,324$). Трансфузия элементов крови (эритроцитарной массы и/или плазмы) с заместительной целью потребовалась в 2 (4%) из 50 случаев. Средний объем перелитой крови у 2 больных составил 400 мл.

Осложнения

Интраоперационные осложнения зарегистрированы у 3 (6,4%) из 47 пациенток, которым планировалось выполнение расширенной гистерэктомии лапароскопическим доступом. В 2 (4,2%) наблюдениях отмечено ранение маточных сосудов, в 1 (2,1%) — ранение сигмовидной кишки. Во всех случаях потребовалась конверсия с целью ушивания дефекта в кишке и остановки кровотечения.

В послеоперационном периоде 1 больной на 3-и сутки выполнена экстренная операция лапароскопическим доступом по поводу кровотечения. Остановка кровотечения из крестцовых сосудов осуществлена посредством коагуляции. У 2 (4,2%) пациенток в среднем на 14-е сутки после операции у кульги влагалища выявлена нагноившаяся гематома, потребовавшая трансвагинального пункционного дренирования. У 1 (2,1%) больной возникло нагноение послеоперационной раны, в связи с чем ей было назначено консервативное лечение.

Возникновение нехирургических осложнений зафиксировано в 3 (6,3%) случаях. У 2 (4,2%) пациенток в послеоперационном периоде диагностирована пневмония, что потребовало смены антибактериальной и проведения дезинтоксикационной терапии. В 1 наблюдении отмечено развитие тромбоза мелких ветвей легочной артерии, что послужило показанием к осуществлению фибринолитической, антикоагулянтной, дезагрегантной терапии с последующим эффектом.

Интраоперационные осложнения имели место у 1 (2,1%) пациентки, перенесшей открытую гистерэктомию. В этом случае отмечено ранение мочевого пузыря (в анамнезе у больной 2 случая родоразрешения путем кесарева сечения), в связи с чем потребовалось его ушивание.

Послеоперационные осложнения зарегистрированы у 4 (8%) больных контрольной группы. У 3

(6%) пациенток отмечена нагноившаяся гематома в малом тазу, потребовавшая трансвагинального дренирования. В 1 случае выполнена повторная операция по поводу эвентрации. Осложнения послеоперационного периода, потребовавшие консервативного лечения, были у 4 больных контрольной группы: у 1 (2%) — пневмония, у 2 (4%) — цистит, у 1 (2%) — обострение хронического пиелонефрита.

Частота развития и структура послеоперационных осложнений между основной и контрольной группами достоверно не различались ($p > 0,05$).

Таким образом, лапароскопический доступ является технически приемлемым для выполнения расширенной гистерэктомии по поводу РЭ начальных стадий. Миниинвазивная техника операции требует больших затрат времени по сравнению с открытым хирургическим вмешательством. На этапе освоения метода возможно появление технических трудностей при выполнении манипуляций на сосудах, однако накопление хирургического опыта позволяет осуществлять оперативное пособие относительно безопасно. Так, объемы кровопотери при проведении гистерэктомии лапароскопическим и лапаротомным доступами сопоставимы. Различий в отношении частоты возникновения и структуры послеоперационных нехирургических и хирургических осложнений, в том числе требующих выполнения повторных операций, у больных в обеих группах не выявлено. Следует отметить, что при возникновении некоторых хирургических осложнений в послеоперационном периоде возможна их эффективная коррекция с применением миниинвазивных технологий.

Восстановление перистальтики кишечника у пациенток, оперированных лапароскопическим методом ($n=44$), происходило в среднем через $12,5 \pm 4,5$ ч, а в группе больных, перенесших открытые операции ($n=50$), — через $34 \pm 12,1$ ч ($p < 0,047$).

У 37 (84,1%) из 44 пациенток, оперированных лапароскопическим доступом, проведение инфузионной терапии потребовалось только в течение первых суток, а у всех больных, подвергнутых лапаротомному вмешательству, — не менее чем через 48–72 ч после операции. Таким образом, использование лапароскопической техники позволяет выполнять хирургическое вмешательство в условиях минимальной травматизации органов брюшной полости, что способствует быстрому восстановлению их функции после операции и позволяет сократить объем и длительность проведения инфузионной терапии.

Через 36 ч после выполнения лапароскопической операции 39 (88,6%) из 44 пациенток перестали предъявлять жалобы на боль. У всех 50 (100%) больных контрольной группы болевой синдром со-

хранялся на протяжении 72 ч после осуществления хирургического вмешательства. Разница результатов между группами недостоверна ($p=0,893$).

Применение наркотических анальгетиков у пациенток, перенесших лапароскопические вмешательства, требовалось в среднем в течение первых 2 сут после операции, тогда как больные, оперированные лапаротомным доступом, нуждались в наркотическом обезболивании на протяжении 4 (2–10) сут после гистерэктомии ($p=0,647$).

Снятие швов с послеоперационной раны после лапароскопических операций проводили в среднем на 7-е сутки, в то время как у пациенток контрольной группы снятие швов осуществляли на 10–11-е сутки.

Удаление страховых дренажей, установленных в малом тазу, у 23 (52,2%) больных, перенесших лапароскопические вмешательства, выполняли на следующие сутки после операции. У 3 (6,8%) пациенток дренаж был оставлен на 2 сут после операции в связи со значительным выделением по нему геморрагической жидкости. В остальных случаях (41%) необходимости в установке дренажей не было. В контрольной группе удаление дренажей проводили на 3–4-е сутки после выполнения вмешательства. Таким образом, низкая степень травматизации передней брюшной стенки и внутренних органов при использовании лапароскопического доступа способствует более быстрому восстановлению двигательной активности больных в послеоперационном периоде по сравнению с этим показателем у пациенток, подвергнутых традиционной операции.

Результаты гистологического исследования

При гистологическом исследовании операционного материала 47 больных, перенесших лапароскопическую гистерэктомию, у 8 пациенток опухоли в полости матки не обнаружено, и диагноз установлен на основании данных гистологического исследования (раздельное диагностическое выскабливание). У 25 (53,2%) больных верифицирована высокодифференцированная, а у 11 (23,4%) — умереннодифференцированная аденокарциномы, низкодифференцированный рак и рак с плоскоклеточной метаплазией отмечены в 8 (17%) и 3 (6,4%) наблюдениях соответственно.

В зависимости от глубины инвазии опухоли пациентки основной группы распределились следующим образом: отсутствие инвазии в миометрий — 12 (25,5%), инвазия в миометрий до 0,5 см — 22 (46,8%), инвазия на глубину от 0,5 до 1 см — 13 (27,6%) женщин. Таким образом была установлена стадия больных РЭ по классификации FIGO: Ia — 9 (19,1%), Ib — 20 (42,5%), Ic — 11 (23,5%), IIa и IIb — 4 (8,5%) и 3 (6,4%) пациентки соответственно. Из 17 больных, подвергнутых выполнению селектив-

ной подвздошной лимфодиссекции, только в 1 (5,8%) наблюдении были обнаружены метастазы низкодифференцированного рака в ЛУ, что в дальнейшем привело к изменению тактики лечения этой пациентки.

Результаты гистологического исследования материала больных, перенесших расширенную гистерэктомию, были следующими: у 28 (56%) пациенток верифицирована высокодифференцированная, у 7 (14%) — умереннодифференцированная аденокарциномы, низкодифференцированный рак и рак с плоскоклеточной метаплазией выявлены в 11 (22%) и 4 (8%) наблюдениях соответственно. У 4 из 29 больных, которым была выполнена тазовая лимфодиссекция, выявлены метастазы рака: у 2 — с низкодифференцированным раком и у 2 — с аденокарциномой с плоскоклеточной метаплазией. Этим пациенткам после операции потребовалось проведение лучевой терапии. Глубину инвазии в миометрий у больных контрольной группы можно охарактеризовать следующим образом: отсутствие инвазии в миометрий — 14 (28%) пациенток, инвазия в миометрий до 0,5 см — 17 (34%), инвазия на глубину от 0,5 до 1 см — 19 (38%). Основные патоморфологические критерии пациенток с РЭ основной и контрольной групп представлены в табл. 1.

Как видно из табл. 1, морфологические характеристики в основной и контрольной группах достоверно не различались, что необходимо учитывать при проведении сравнительного анализа отдаленных онкологических результатов откры-

Таблица 1. Патоморфологические критерии больных РЭ

Показатель	Группа	
	основная (n = 47)	контрольная (n = 50)
Локализация опухоли:		
не найдено	8 (17)	6 (12)
дно матки	33 (70,2)	31 (62)
переход на цервикальный канал	6 (12,8)	13 (26)
Глубина инвазии в миометрий:		
нет инвазии	12 (25,5)	14 (28)
< 0,5 см	22 (46,8)	17 (34)
0,5–1 см	13 (27,6)	19 (38)
Степень дифференцировки опухоли:		
высокая	25 (53,2)	28 (56)
умеренная	11 (23,4)	7 (14)
низкая	8 (17)	11 (22)
плоскоклеточная метаплазия	3 (6,4)	4 (8)
Метастатическое поражение подвздошных ЛУ	1 (5,8)*	4 (13,8)*

Примечание. Представлено число больных (в скобках — процент).
*Процент вычисляли от числа больных, перенесших тазовую лимфодиссекцию.

той и лапароскопической гистерэктомий. Неoadъювантную химиотерапию не проводили ни в одном случае. Адъювантное лечение было назначено 3 больным, перенесшим лапаротомную гистерэктомию, в связи с прогрессированием заболевания. Перед операцией пациентки также не получали лучевой терапии.

Отдаленные результаты

При анализе отдаленных результатов лапароскопической гистерэктомии из основной группы были исключены 3 больные, которым для безопасного завершения операции потребовалось проведение конверсии.

Рецидивы РЭ зарегистрированы у 1 (2,3%) из 44 пациенток, подвергнутых лапароскопической гистерэктомии по поводу низкодифференцированного рака. Через 14 мес после лапароскопической гистерэктомии в области культи влагалища был выявлен местный рецидив, потребовавший хирургического лечения в объеме удаления рецидивной опухоли и осуществления подвздошной лимфодиссекции. В послеоперационном периоде больной проводили лучевую терапию. Пациентка жива в течение 2 лет после удаления рецидивной опухоли без признаков болезни.

Развитие рецидивов зафиксировано у 3 (6%) больных РЭ, перенесших гистерэктомию открытым доступом, в среднем через 38,5 (28–56) мес после операции. В 1 наблюдении отмечено появление местного рецидива в области культи влагалища, в 2 (4%) случаях выявлено сочетание местного рецидива и отдаленных метастазов. Эта группа пациенток получала химиолучевое лечение, при этом в 1 случае объективных ответов на лечение не зарегистрировано.

Достоверных различий частоты ($p=0,269$) и времени возникновения ($p=0,328$) рецидивов РЭ после лапароскопической и открытой гистерэктомии не выявлено.

Показатели 1- и 4-летней ОВ составили 98,9 и 96,4%. Специфическая 1- и 4-летняя выживаемость в группе равна 100 и 97,7% (табл. 2).

Таблица 2. Выживаемость (%) больных РТМ в зависимости от варианта хирургического лечения

Показатель	Вид гистерэктомии		p
	лапароскопическая (n=43)	лапаротомная (n=50)	
ОВ:			
1-летняя	100	98,9	0,169
4-летняя	100	96,4	
БРВ:			
1-летняя	100	100	0,453
4-летняя	97,7	96,2	

Достоверных различий в отношении ОВ ($p=0,169$) и БРВ ($p=0,453$) больных РЭ, подвергнутых лапароскопической и открытой гистерэктомии, не установлено.

Таким образом, онкологические результаты операций у пациенток, у которых хирургическое вмешательство было выполнено лапароскопическим доступом, не уступают таковым у больных, перенесших открытую операцию.

Заключение

Обзор специальной медицинской научной литературы позволяет утверждать, что основным методом лечения РЭ является хирургический в объеме экстрафасциальной экстирпации матки с придатками. В настоящий момент широко обсуждается вопрос о необходимости, объеме и способе выполнения регионарной лимфаденэктомии. Отечественные и зарубежные ученые в рамках современного подхода делают выводы о том, что видеохирургия со всеми ее преимуществами должна стать не просто альтернативной методикой, а стандартом для выполнения радикальных операций по поводу РТМ у больных с ранними стадиями заболевания и отсутствием абсолютных противопоказаний к лапароскопии. Точное определение морфологической стадии заболевания позволит более четко определить показания к адъювантному лечению и установить прогноз.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. СПб.: Фолиант, 2002.
2. Лекции по онкогинекологии. Под ред. М.И. Давыдова, В.В. Кузнецова. Под общ. ред. В.М. Нечушкиной. М.: МЕДпресс-информ, 2009; с. 226–54.
3. Мерабишвили В.М. Злокачественные новообразования в Санкт-Петербурге. СПб., 2001.
4. Чиссов В.И., Старинский В.В., Ременник Л.В. Злокачественные ново-

- образования в России накануне XXI века как медицинская и социальная проблема. Рос онкол журн 1998;(3):8–20.
5. Давыдов М.И., Баринев В.В. Злокачественные опухоли тела матки. Энциклопедия клинической онкологии. М., 2004.
6. Злокачественные новообразования в России в 1999 г. (заболеваемость и смертность). Под ред. В.И. Чиссова. М., 2000.
7. Eltabbakh G.H. Analysis of survival after laparoscopy in women with endometrial

- carcinoma. Division of Gynecologic Oncology, University of Vermont College of Medicine, Burlington, USA. Cancer 2002;95(9):1894–901.
8. Nezhat F., Yadav J., Rahaman J. et al. Analysis of survival after laparoscopic management of endometrial cancer. Division of Gynecologic Oncology, the Mount Sinai School of Medicine, New York, USA. J Minim Invasive Gynecol 2008;15(2):181–7.