

В.А. Пушкарёв, К.В. Меньшиков, Р.Р. Фаисханова,  
 Р.Р. Уразин, Ш.М. Хуснутдинов, А.В. Пушкарёв  
**УСПЕШНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТКИ,  
 СТРАДАЮЩЕЙ РАКОМ ЭНДОМЕТРИЯ В СОЧЕТАНИИ  
 С ГИГАНТСКОЙ ОПУХОЛЬЮ ЯИЧНИКА**

*ГУБЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер», г. Уфа*

В последние десятилетия в большинстве стран мира отмечается тенденция к увеличению заболеваемости раком эндометрия. У большинства больных патологические процессы эндометрия развиваются на фоне предшествующих эндокринно-обменных нарушений.

В современной медицинской литературе опубликованы единичные наблюдения пациенток с гигантскими опухолями яичников.

В статье приведены результаты успешного хирургического лечения пациентки, страдающей раком эндометрия в сочетании с гигантской опухолью яичника. Приведены данные о заболеваемости, диагностике, лечении данной патологии.

**Ключевые слова:** рак эндометрия, опухоль яичника, заболеваемость, диагностика, лечение.

V.A. Pushkarev, K.V. Menshikov, R.R. Fayskhanova,  
 R.R. Urazin, Sh. M. Khusnutdinov, A.V. Pushkarev  
**A CASE OF SUCCESSIVE SURGICAL TREATMENT OF A PATIENT  
 SUFFERING FROM ENDOMETRIAL CANCER IN COMBINATION  
 WITH A GIANT OVARIAN TUMOR**

In the last decades the tendency to increased incidence of endometrial cancer has been noticed in most countries of the world. In most patients pathological endometrial processes develop against prior endocrine and metabolic disorders.

Current medical literature covers only few cases of patients with giant ovarian tumors.

The article presents the results of successful treatment of a patient suffering from endometrial cancer in combination with a giant ovarian tumor. Data on morbidity, diagnosis, and adequate treatment of this pathology are given in the paper.

**Key words:** endometrial cancer, ovarian tumor, incidence, diagnosis, treatment.

В настоящее время проблема онкологических заболеваний женских половых органов сохраняет большую актуальность. Наиболее широко распространенным злокачественным новообразованием является рак эндометрия (РЭ), занимающий второе место среди онкологической патологии у женщин [3,5,6,7].

В последние десятилетия в большинстве стран мира отмечается тенденция к увеличению данной патологии. Ежегодно в мире выявляется более 200 тыс. новых случаев заболевания. В России регистрируется более 21 тыс. больных РЭ в год, в Республике Башкортостан – около 400 [3,7].

У большинства больных патологические процессы эндометрия развиваются на фоне предшествующих эндокринно-обменных нарушений, которые формируют клинический синдром, имеющий единый механизм возрастных нарушений гипоталамической регуляции, свойственных нормальному старению и опухолевым процессам [3,6].

В современной медицинской литературе опубликованы единичные наблюдения пациенток с гигантскими опухолями яичников [2,4,9]. В зарубежной литературе описаны доброкачественные муцинозные цистаденомы массой до 120 кг [10].

В клинической практике гигантские опухоли яичников часто принимаются за

напряженный асцит. Для гигантских опухолей яичников характерны ряд признаков: шарообразная форма живота в вертикальном и горизонтальном положении пациентки, пальпируемая толстая капсула с возможно бугристой неровной поверхностью за счет многокамерности опухоли, при сканировании наблюдаются эхографические признаки опухолевых масс. УЗИ органов брюшной полости позволяет определить место расположения опухоли, ее размеры, связь со смежными анатомическими структурами [8,9].

В клинической практике нечасто встречаются гигантские цистаденомы яичника в сочетании с раком эндометрия. Публикация данного клинического наблюдения преследует цель привлечь внимание клиницистов на то, что и в наше время в медицинской практике встречаются случаи гигантских опухолей яичников в сочетании с другой гинекологической патологией, которые ошибочно могут быть диагностированы как асцит при соматической патологии или осложнение злокачественного процесса, что может привести к выбору неадекватной тактики лечения. В нашем случае демонстрируется рациональный оперативный доступ, позволяющий наиболее эффективно выявить максимальный объем операции, уменьшающий риск осложнений во время операции и в раннем послеоперационном периоде.

*Клинический случай*

Женщина Т., 63 лет, обратилась в гинекологическое отделение РКОД (г. Уфа) 26.07.2017 г. с жалобами на увеличение размеров живота, тяжесть в эпигастрии, невозможность передвигаться.

Анамнез заболевания: больной себя считает с осени 2016 года, когда стала отмечать увеличение размеров живота и эпизоды кровотечения из половых путей.

Обратилась в июне 2017 года в центральную районную больницу по месту жительства, где было произведено диагностическое выскабливание стенок матки, в результате которого выявлено наличие аденокарциномы эндометрия. Больная была направлена в РКОД на лечение.

При госпитализации пациентка самостоятельно передвигаться и находиться в горизонтальном положении не могла. Отмечались отеки нижних конечностей, инфильтрация, стрии на коже живота.

При физикальном обследовании выявлена опухоль, занимающая всю брюшную полость и малый таз. Рост пациентки составлял 155 см, масса тела – 152 кг, окружность живота – 180 см (рис. 1).



Рис. 1. Внешний вид пациентки до операции

Гинекологический статус: месячные с 13 лет по 3-4 дня, через 28 дней, последние – в 2004 году. Беременностей всего 6, из них родов – 3, медицинских аборт – 3.

Вредные привычки отрицает; наследственность не отягощена. Телосложение гиперстеническое, сознание ясное. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тоны сердца аритмичные, пульс – 90 ударов в минуту, артериальное давление (АД) – 150/100 мм рт. ст., частота дыхания (ЧД) – 20 в минуту. Дыхание везикулярное. На спиро-

грамме наблюдается легкое снижение жизненной емкости легких (ЖЕЛ), признаков нарушения прохождения дыхательных путей не выявлено. Живот значительно увеличен, симметричен, безболезненный в эпигастрии. Всю брюшную полость от надлобковой области до подреберья занимает объемное плотное образование эластичной консистенции. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень не пальпируется. Аускультативно перистальтика выслушивается в боковых отделах живота. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления без особенностей, стул регулярный, мочеиспускание учащено.

Данные ультразвукового исследования органов брюшной полости показали, что всю брюшную полость занимает жидкостное образование гигантских размеров с тонкостенными гиперэхогенными перегородками с пристеночными солидными гипоэхогенными включениями без кровотока при цветовом доплеровском картировании (ЦДК). Петли кишечника смещены влево, сдавлены опухолью. Матка увеличена, ее размеры составили 85×67×60 мм, миометрий однородный, толщина эндометрия 23 мм, неоднородный; яичники не визуализируются.

В клинических анализах – анемия (Hb – 87 г/л), тромбоцитоз (Тр –  $509 \times 10^9$ /л). Других клинически значимых изменений не выявлено.

ОАК от 27.07.2017 г.: лейкоциты –  $7,3 \times 10^9$ /л, эритроциты –  $4,04 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 87 г/л, гематокрит – 29%, тромбоциты –  $509 \times 10^9$ /л, СОЭ – 47 мм/ч.

Биохимический анализ крови от 27.07.2017 г.: общий белок – 79 г/л; альбумины – 37 г/л; общий билирубин – 12,7 мкмоль/л; глюкоза – 6,06 ммоль/л; креатинин – 65 мкмоль/л; мочевины – 5,1 ммоль/л; холестерин – 4,81 мкмоль/л.

Коагулограмма от 27.07.2017 г.: протромбиновое время по Квику 90%; МНО – 1,07; АПТВ – 40 с; фибриноген – 5,6 г/л; РФМК – 7,5 мг%; этаноловая проба – отр.; Д-Димер – 4,5 мг/мл.

Общий анализ мочи в пределах нормы.

Заключение ЭКГ – гипертрофия миокарда левого желудочка.

По эхокардиографии фракция выброса левого желудочка составляла 59%. Из сопутствующих патологий следует отметить наличие ИБС с нарушением ритма – фибрилляция предсердий, постоянная форма, тахисистолический вариант, гипертонической болезни II степени, риска IV; сахарного диабета II типа, анемии.

После предоперационной подготовки 31.07.2017 года под эндотрахеальным наркозом произведена операция: лапаротомия, удаление гигантской опухоли левого яичника, экстирпация матки с придатками, резекция большого сальника, дренирование брюшной полости. На первом этапе операции операционным доступом являлась среднесрединная лапаротомия, была вскрыта капсула опухоли, вакуум-аспиратором эвакуировано 42 литра содержимого опухоли (жидкость бурого цвета). Затем разрез продолжен до нижнесрединного. При ревизии органов брюшной полости – печень гладкая, толстая кишка и петли тонкой, большой сальник не изменены, физикально забрюшинной лимфаденопатии нет. Произведена тотальная гистерэктомия с резекцией большого сальника. Брюшная полость дренирована трубчатыми двупросветными дренажами. Масса опухоли составила 7 кг солидного компонента (масса тела перед операцией составляла 152 кг, на третий день после операции – 103 кг, таким образом, суммарная масса удаленного препарата составляла 49 кг). Продолжительность операции – 1 час 45 минут.

Кровопотеря во время операции составляла около 500 мл; перелито 280 мл эритроцитарной массы, 363 мл эритроцитарной взвеси, 710 мл свежезамороженной плазмы.

Послеоперационный период протекал без осложнений, проводилась инфузионная, гемостимулирующая, антибактериальная, антитромботическая терапия.

Макропрепарат: опухоль левого яичника размерами 60×60 см. кистозно-солидного строения, матка увеличена до 9 недель беременности, на разрезе опухоль проросла до 1/3 мышечного слоя. Большой сальник размерами 22×18 см клинически без видимых метастазов.

Гистологическое заключение удаленного препарата:

1) матка: высокодифференцированная аденокарцинома эндометрия (№ 50926-29 от 03.08.17 г.). Опухоль представлена беспорядочным скоплением тесно расположенных железистых комплексов с незначительным количеством цитогенной стромы (рис. 2);

2) опухоль яичника: серозная многокамерная цистаденома яичника (№ 50914-21 от 03.08.17г) (рис. 3);

3) маточные трубы: хронический сальпингит (№ 50931-35 от 03.08.17 г.);

4) большой сальник: фиброзированная жировая ткань с хроническим воспалением (№ 50936-37 от 03.08.17 г.).

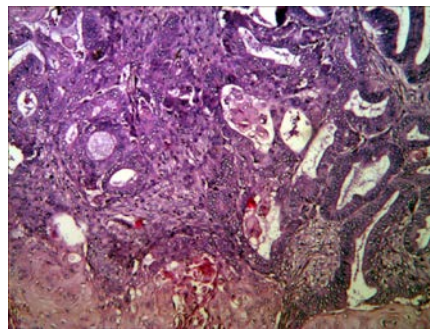


Рис. 2. Высокодифференцированная аденокарцинома эндометрия. В нижней части снимка пласты перезрелого многослойного плоского эпителия – плоскоклеточная метаплазия. Окраска гематоксилином и эозином, ×100

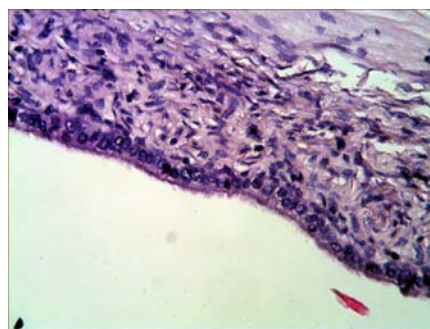


Рис. 3. Серозная цистаденома яичника. Полости кисты выстланы кубическим реснитчатым эпителием трубно-маточного типа. Окраска гематоксилином и эозином, ×400

Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 11-е сутки с основным диагнозом: рак эндометрия стадия IV (T<sub>1b</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>) гр. III; сопутствующие: киста левого яичника гигантских размеров; ИБС: аритмический вариант, постоянная фибрилляция предсердий, норма-систолическая форма; ХСН II, ФК III; гипертоническая болезнь, стадия III, степень II, риск IV; ожирение III ст.; анемия; сахарный диабет 2 типа (рис. 4).



Рис. 4. Внешний вид пациентки через 2 месяца после операции: а – вид спереди, б – вид сбоку

При выписке из стационара рекомендована гормонотерапия гестагеном (Депо-провера по 500 мг еженедельно в течение трех месяцев), гемостимулирующая терапия, профилактика тромбозов, диспансерное наблюдение.

*Сведения об авторах статьи:*

**Пушкарев Василий Александрович** – д.м.н., зав. отделением оперативной гинекологии ГБУЗ РКОД МЗ РБ. Адрес: 450098, г. Уфа, проспект Октября, 73/2. E-mail: lesha-pushkaryov@mail.ru  
**Меньшиков Константин Викторович** – к.м.н., врач-ординатор отделения оперативной гинекологии ГБУЗ РКОД МЗ РБ. Адрес: 450098, г. Уфа, проспект Октября, 73/2.  
**Фансханова Рания Рязановна** – врач-ординатор отделения оперативной гинекологии ГБУЗ РКОД МЗ РБ. Адрес: 450098, г. Уфа, проспект Октября, 73/2.  
**Уразин Ринат Рафаэлевич** – врач-ординатор отделения оперативной гинекологии ГБУЗ РКОД МЗ РБ. Адрес: 450098, г. Уфа, проспект Октября, 73/2.  
**Хуснутдинов Шамиль Масгутович** – к.м.н., зав. патоморфологическим отделением ГБУЗ РКОД МЗ РБ. Адрес: 450098, г. Уфа, проспект Октября, 73/2.  
**Пушкарев Алексей Васильевич** – врач – клинический ординатор кафедры онкологии с курсами онкологии и патологической анатомии ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Атлас операций при злокачественных опухолях женских половых органов / под ред. А.Х. Трахтенберга, В.И. Чисова, А.Д. Каприна. – М.: Издательский дом «Практическая медицина», 2015. – 199 с.
2. Вишневская, Е.Е. Справочник по онкогинекологии. – Минск: Беларусь, 1994. – 496 с.
3. Клиническая онкология: руководство для врачей / под ред. В.П. Козаченко. – М.: Медицина, 2005. – 376 с.
4. Нечаева, И.Д. Опухоли яичников. – Л.: Медицина, 1987. – 214 с.
5. Онкология: клинические рекомендации / под ред. М.И. Давыдова. – М.: Издательская группа РОНЦ, 2015. – 679 с.
6. Опухоли женской репродуктивной системы / под ред. М.И. Давыдова, В.П. Летагина, В.В. Кузнецова. – М.: Медицинское информационное агентство, 2007. – 373 с.
7. Состояние онкологической помощи населению России в 2016 году / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В.Петровой. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2017. – 236 с.
8. УЗИ в акушерстве и гинекологии / под ред. К.Л. Рейтер, Т.К. Бабагбеми. – М.: – ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 304 с.
9. Эхография в гинекологии. Изд. 2-е / под ред. И.А. Озерской. – М.: ВИДАР, 2013. – 564 с.
10. Philip J. Disais. Clinical Gynecologic oncology // Philip J. Disais, William T. Creasman. – Elsevier, 2012. – 346 p.

УДК 616.366-089.87.:616-089.168.1

© Ш.В. Тимербулатов, Р.А. Низамов, 2017

Ш.В. Тимербулатов, Р.А. Низамов  
**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ  
 ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

*ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»  
 Минздрава России, г. Уфа*

В настоящее время распространенность заболеваний гепатобилиарной системы среди населения имеет тенденцию к неуклонному росту и приобретает статус социальной болезни. В патологии билиарной системы ведущее место занимает желчно-каменная болезнь (ЖКБ), которая диагностируется на стадии сформировавшихся конкрементов.

В исследовании представлены данные о состоянии физической и психической сфер качества жизни у больных желчно-каменной болезнью. Обследовано 106 пациентов трудоспособного возраста, которым была выполнена холецистэктомия лапароскопическим доступом. Для оценки эффективности ускоренной физической реабилитации пациенты были разделены на две группы: I основная (n =79), в которой проводилась ускоренная послеоперационная реабилитация и восстановительное лечение в санатории «Юматово», II сравнения (n=27), больные этой группы наблюдались в амбулаторных условиях. После проведенного лечения отмечались клиническое улучшение, восстановление свободнорадикального окисления и улучшение уровня качества жизни. Анализ качества жизни в сфере физического и психологического здоровья выявил более высокие показатели у пациентов I группы в сравнении со II группой.

**Ключевые слова:** качество жизни, холецистэктомия, желчнокаменная болезнь, реабилитация.

Sh.V. Timerbulatov, R.A. Nizamov  
**QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHOLELITHIASIS  
 AFTER CHOLECYSTECTOMY**

Today, the prevalence of hepatobiliary system diseases among population has a tendency to continuous increase and is becoming a social disorder. The leading place among the pathologies of biliary system belongs to cholelithiasis, which can be diagnosed at the stage of crystallized concretions.

The study presents data on the physical and mental aspects of life quality in patients with cholelithiasis. A total of 106 working-age patients after laparoscopic cholecystectomy were studied. To evaluate the effectiveness of accelerated physical rehabilitation patients were divided into two groups: I - primary (n = 79), with rehabilitation treatment in the sanatorium "Yumatovo" and II - comparison group (n = 27) was observed in the outpatient setting. After treatment, clinical improvement was noted, as well as restoration of free radical oxidation and improvement of quality of life. Analysis of the quality of life in physical and mental health revealed significantly higher values in patients of the I group, compared with the patients of the II group.

**Key words:** quality of life, cholecystectomy, cholelithiasis, rehabilitation.

В настоящее время распространенность заболеваний гепатобилиарной системы среди населения имеет тенденцию к неуклонному росту и приобретает статус социальной болезни. В патологии билиарной системы ведущее место занимает желчно-каменная болезнь (ЖКБ), которая диагностируется на стадии сформировавшихся конкрементов [1,2]. При-