

вероятности наличия аденомиоза и эндометрита при различной комбинации эхографических признаков с выделением наиболее информативных сочетаний для каждого заболевания. Из приведенных данных следует, что выделенные сочетания признаков обладают точностью, достаточной для уверенной диагностики, и не требуют применения дополнительных методов исследования.

Таким образом, трансвагинальная эхография с математической обработкой параметров исследования позволяет диагностировать диффузный аденомиоз в отсутствие клинически значимой миомы матки с чувствительностью 96,3%, специфичностью 91,6%, отношением правдоподобия для положительного теста 11,46 и отношением правдоподобия для отрицательного теста 0,04 и имеет преимущества ввиду простоты, низкой стоимости, достаточной воспроизводимости в сравнении с другими методами диагностики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буланов М. Н. Ультразвуковая гинекология. Курс лекций. В двух частях. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: издательский дом «Видар-М», 2012. – Ч. 1. Гл. 1–13. – 560 с.
2. Champaneria R., Abedin P., Daniels J., Balogun M., Khan K. S. Acta Obstet Gynecol Scand. – 2010. – Nov. № 89 (11). – P. 1374–1384. Epub 2010 Oct 8. Ultrasound scan and magnetic

resonance imaging for the diagnosis of adenomyosis: systematic review comparing test accuracy.

3. Exacoustos C., Brienza L., Cillis A. G., Bertoniotti E., Amadio A., Amoroso C., Zupi E., Arduini D. Three dimensional evaluation of adenomyosis: correlation of sonographic findings to histology // Ultrasound in Obstetrics and gynecology. – 2009. – № 34 (Suppl. 1). – P. 20.

4. Exacoustos C., Brienza L., Giovanni A. D., Szabolcs B., Romanini M. E., Zupi E., Arduini D. Adenomyosis: three-dimensional sonographic findings of the junctional zone and correlation with histology // Ultrasound in obstetrics and gynecology – 2011. – № 37. – P. 471–479.

5. Naftalin J., Jurkovic D. The endometrial-myometrial junction: a fresh look at a busy crossing // Ultrasound in obstetrics and gynecology. – 2009. – № 34. – P. 1–11.

6. Sakhel K., Abuhamad A. Sonography of adenomyosis // J. ultrasound. med. – 2012. – № 31. – P. 805–808.

7. Stoelinga B., Hehenkamp W. J. K., BR`Olmann H. A. M. and Huire J. A. F. Real-time elastography for assessment of uterine disorders // Ultrasound in obstetrics and gynecology. – 2014. – № 43. – P. 218–226.

8. Патент на изобретение № 2459582 от 27.08.2012. А. В. Поморцев, Т. Б. Макухина, Г. А. Пенжоян, К. А. Лобанов. Способ ранней оценки целесообразности консервативного лечения внутреннего эндометриоза тела матки.

Поступила 20.01.2015

А. А. ПОПОВ, Б. А. СЛОБОДЯНЮК, А. А. КОВАЛЬ, Р. А. БАРТО

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ТУБЭКТОМИЮ

Отделение эндоскопической хирургии

ГБУЗ «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии», Россия, 101000, г. Москва, ул. Покровка, 22а; тел. 8 (495) 625-73-32. E-mail: gyn_endoscopy@mail.ru

Исследовано мнение 51 доктора из различных регионов Российской Федерации и ближнего зарубежья (Кыргызстан) относительно профилактической тубэктомии. Данное исследование продемонстрировало информированность докторов относительно современных взглядов на профилактическую тубэктомии. По результатам основной части опросника 35 из 51 (68,6%) докторов ответили, что производили двустороннюю тубэктомии при выполнении гистерэктомии без придатков по поводу доброкачественных заболеваний: 22 из 35 (62,9%) – для снижения риска развития рака, 16 из 35 (45,7%) – для снижения риска формирования гидросальпинкса, 6 из 35 (17,1%) – с целью снижения риска тазовых болей, и 5 докторов (14,3%) – для снижения риска повторных операций. Некоторые вопросы из основной части опросника предполагали выбор одного или нескольких ответов.

Ключевые слова: профилактическая тубэктомия, мнение докторов, опрос.

А. А. ПОПОВ, Б. А. СЛОБОДЯНЮК, А. А. КОВАЛЬ, Р. А. БАРТО

CONTEMPORARY VIEW TO PROPHYLACTIC SALPINGECTOMY

Moscow regional scientific research institute of obstetrics and gynecology, Russia, 101000, Moscow, Pokrovka str., 22a; tel. +7 (495) 625-73-32. E-mail: gyn_endoscopy@mail.ru

The research of 51 doctors opinions from different regions of the Russian Federation and the near abroad (Kyrgyzstan) with respect to prophylactic salpingectomy. This study demonstrated the awareness of doctors regarding the current views on prophylactic salpingectomy. According to the results of the main part of the questionnaire 35 of 51 (68.6%) responded

that they made bilateral salpingectomy when performing a hysterectomy without oophorectomy for benign disease: 22 of 35 (62.9%) to reduce the risk of developing cancer, 16 of 35 (45.7%) to reduce the risk of formation of hydrosalpinx, 6 of 35 (17.1%) in order to reduce the risk of pelvic pain and 5 doctors (14.3%) to reduce the risk of reoperation. Some questions from the main part of the questionnaire suggests selecting one or more answers.

Key words: prophylactic salpingectomy, doctors opinion, the poll.

Вступление

В последнее время на международных конференциях и в литературе не утихают дебаты на предмет, стоит ли удалять маточные трубы при гистерэктомии в связи с доброкачественными заболеваниями матки и при стерилизации. После проведения гистерэктомии маточные трубы не могут выполнять свою функцию, и не ясной остаётся цель их сохранения. Одним из важных аргументов в пользу тубэктомии также является тот факт, что сохранённые маточные трубы могут быть причиной многих осложнений. Наиболее часто встречающееся – гидросальпинкс (35,5%), который требует повторных оперативных вмешательств в 7,8% случаев [22]. В литературном обзоре Dietl et al. [7] двусторонняя тубэктомия с сохранением яичников предлагается авторами как рациональная превентивная тактика в группе пациенток низкого риска рака яичников (отсутствие мутаций BRCA), однако видится необходимым полная оценка эффекта и осложнений, связанных с данной процедурой. Как бы то ни было, влияние тубэктомии на функцию яичника до сих пор остаётся предметом для дискуссий.

Целью данного исследования являлась оценка отношения российских докторов к профилактической сальпингэктомии при оперативном лечении доброкачественных заболеваний и стерилизации.

Материалы и методы

За основу данного исследования был взят опросник из работы S. Gill, B. Mills [10], который был переведён и адаптирован. Опрос докторов проводился на базе Московского областного НИИ акушерства и гинекологии (МОНИИАГ) в рамках образовательных семинаров в течение 2013–2014 годов. Опросники раздавались докторам – участникам семинаров в печатном виде. Некоторые вопросы из основной части опросника предполагали выбор одного или нескольких ответов.

Результаты

Общее количество заполненных опросников составило 51. Опросник условно был разделён на две части: демографическую и основную. Демографическая часть включала в себя вопросы о поле, гражданстве, региональной принадлежности, специальности, стаже практики, месте работы и членстве в какой-либо врачебной ассоциации. Большинство ответивших являлись

женщинами – 45 (88,2%), 45 из 47 (95,7%) докторов имели российское гражданство, 33 (78,6%) из них представляли Центральный регион РФ, 31 (60,8%) опрошенный практиковал как в области акушерства, так и в области гинекологии, 34 (66,7%) работали на момент опроса в клинических госпиталях со стажем работы в среднем 10–19 лет [24 из 49 (49,0%)], и 37 из 49 (75,5%) докторов не являлись членами каких-либо ассоциаций.

По результатам основной части опросника 35 из 51 (68,6%) докторов ответили, что производили двустороннюю тубэктомию при выполнении гистерэктомии без придатков по поводу доброкачественных заболеваний, 22 из 35 (62,9%) – для снижения риска развития рака, 16 из 35 (45,7%) – для снижения риска формирования гидросальпинкса, 6 из 35 (17,1%) – с целью снижения риска тазовых болей, и 5 докторов (14,3%) – для снижения риска повторных операций. Среди тех 16 докторов, которые не выполняли двустороннюю тубэктомию при гистерэктомии в связи с доброкачественными процессами, 13 из 15 (86,7%) верят, что двусторонняя тубэктомия не снижает риск повторных операций, 7 из 15 (46,7%) считают, что данная процедура не снижает риск развития рака, 3 из 15 (20%) не видят смысла в её выполнении, и 1 опрошенный (6,7%) посчитал, что данная процедура может удлинить операционное время. Несмотря на то что 30 из 51 опрошенного (58,8%) считают, что преимущества данной процедуры выше возможных рисков, а 29 из 50 опрошенных (59,2%) считают, что не существует дополнительных рисков при проведении тубэктомии в сочетании с гистерэктомией без придатков, мнения докторов относительно преимуществ двусторонней тубэктомии над рисками интраоперационных осложнений (вопрос 14) разделились: 27 из 51 (52,9%) согласились с данными преимуществами, а 24 из 51 (47,1%) оказались не согласны с этим утверждением. Наиболее популярным преимуществом двусторонней тубэктомии среди опрошенных оказался ответ: снижение риска развития рака маточной трубы или первичной перитонеальной карциномы в будущем. Так ответили 37 из 51 опрошенного (72,5%). В свою очередь, почти четверть опрошенных (12 из 51) не видят никаких преимуществ данной процедуры.

Касательно вопросов, связанных с методами стерилизации в группе пациенток старше 35, среди предложенных вариантов наиболее популярными стали двусторонняя тубэктомия (данный

Демографические данные опрошенных	Количество	%
1. Пол		
Мужской	6	11,8
Женский	45	88,2
Всего	51	
2. Страна:		
РФ	45	95,7
Кыргызстан	2	3,9
Пропустили вопрос	4	
3. Регион (РФ):		
Центральный	33	78,6
Приволжский	2	4,8
Уральский	3	7,1
Сибирский	4	9,5
Пропустили вопрос	9	
4. Область деятельности:		
Акушерство и гинекология	31	60,8
Только акушерство	0	0
Гинекология (не онкология)	18	35,3
Гинекология (онкология)	2	3,9
Урогинекология	0	0
Репродуктология и гинекология-эндокринология	0	0
Пропустили вопрос	0	
5. Стаж практики:		
Более 30	0	0
20–29	4	8,2
10–19	24	49,0
5–9	9	18,4
Менее 5	12	24,5
Пропустили вопрос	2	
6. Место работы:		
Научно-исследовательский институт	0	0
Частная клиника/частная практика	15	29,4
Клиническая больница	34	66,7
Военный госпиталь	0	0
Сельская больница	2	3,9
Пропустили вопрос	0	
7. Являетесь ли вы членом каких-либо ассоциаций;:		
Нет	37	75,5
Да	12	24,5
Пропустили вопрос	2	
	Количество	%
8. Вы когда-нибудь производили двустороннюю тубэктомия при выполнении гистерэктомии без придатков по поводу доброкачественных заболеваний?		
Да	35	68,6
Нет	16	31,4
Пропустили вопрос	0	
9. Если да, то почему вы производили двустороннюю тубэктомия при выполнении гистерэктомии без придатков по поводу доброкачественных заболеваний? (Выберите все возможные)		

Вопросы и ответы	Количество	%
Для снижения риска тазовых болей	6	17,1
Для снижения риска развития рака	22	62,9
Для снижения риска повторных операций	5	14,3
Для снижения риска формирования гидросальпинкса	16	45,7
Другое	6	17,1
Пропустили вопрос	16	
10. Если нет, то почему? (Выберите все возможные)		
Данная процедура увеличивает риск интраоперационных осложнений	0	0
Данная процедура увеличивает продолжительность операции	1	6,7
Двусторонняя тубэктомия не снижает риск развития рака	7	46,7
Двусторонняя тубэктомия не снижает риск повторных операций	13	86,7
Не вижу разницы	3	20,0
Пропустили вопрос	36	
11. Если взвесить все преимущества и недостатки, связанные с двусторонней тубэктомией при выполнении гистерэктомии без придатков по поводу доброкачественных заболеваний, вы убеждены, что:		
Преимущества превосходят недостатки	30	58,8
Недостатки превосходят преимущества	4	7,8
Не вижу преимуществ	17	33,3
Пропустили вопрос	0	
12. Существуют ли, по вашему мнению, дополнительные риски при проведении двусторонней тубэктомии при выполнении гистерэктомии без придатков?		
Да	9	18,4
Нет	29	59,2
Затрудняюсь ответить	12	24,5
Пропустили вопрос	1	
13. Какими преимуществами, по вашему мнению, может обладать двусторонняя тубэктомия? (Выберите все возможные)		
Снижение риска развития рака маточной трубы или первичной перитонеальной карциномы в будущем	37	72,5
Снижение риска развития тазовых болей в будущем	10	19,6
Удаление органа, который не может выполнять свою функцию после выполнения гистерэктомии	13	25,5
Не считаю, что существуют преимущества этой процедуры	12	23,5
Пропустили вопрос	0	
14. Считаете ли вы, что преимущества двусторонней тубэктомии превышают риски осложнений во время операции?		
Да	27	52,9
Нет	24	47,1
Пропустили вопрос	0	
15. Какой метод стерилизации, по вашему мнению, наиболее эффективен в группе пациенток старше 35 лет? (Выберите только один ответ)		
Клипирование маточных труб	1	2,0
Биполярная коагуляция маточных труб	1	2,0
Перевязка маточных труб	0	0
Гистероскопическая стерилизация типа Essure	13	26,5
Двусторонняя тубэктомия	18	36,7
Не вижу разницы по перечисленным методам	16	32,7
Пропустили вопрос	2	
16. При какой ситуации вы бы выполнили двустороннюю тубэктомию с целью стерилизации? (Выберите все возможные)		
Патология маточных труб	25	49
Для снижения риска развития рака	14	27,5
Для снижения риска развития тазовых болей	22	43,1
Для снижения риска неудачной стерилизации у пациенток с неудачной попыткой стерилизации в анамнезе	9	17,6
Я бы не выполнял двустороннюю тубэктомию с целью стерилизации	24	47,1
Пропустили вопрос	0	

Вопросы и ответы	Количество	%
17. По какой причине вы бы не выполняли двустороннюю тубэктомию с целью стерилизации? (Выберите все возможные)		
Увеличение продолжительности операции	3	12,5
Увеличение риска интраоперационных осложнений	7	29,2
Не вижу преимуществ над другими методами	17	70,8
Пропустили вопрос	27	
18. Какой метод тубэктомии наиболее предпочтителен в вашей клинике:		
С лигированием сосудов маточных труб	10	19,6
С биполярной коагуляцией	38	74,5
Другой	3	5,9
Пропустили вопрос	0	

метод был выбран 18 из 49 опрошенных – 36,7%) и гистероскопическая стерилизация типа Essure (13 из 49 опрошенных – 26,5%). Интересно, что одним из наиболее популярных ответов стал «Не вижу разницы по перечисленным методам». Так ответили почти треть опрошенных – 16 из 49 (32,7%), а 24 из 51 опрошенного (47,1%) вовсе бы не выполняли двустороннюю тубэктомию с целью стерилизации. Основными же показаниями для выполнения двусторонней тубэктомии с целью стерилизации опрошенные определили патологии маточных труб – 25 из 51 опрошенного (49%), для снижения риска развития тазовых болей – 22 из 51 (43,1%), для снижения риска развития рака – 14 из 51 (27,5%), и только 9 из 51 опрошенного (17,6%) предпочли бы двустороннюю тубэктомию в группе пациенток, в анамнезе которых уже была хотя бы одна попытка стерилизации. Среди тех 24 опрошенных, которые не выполняли бы двустороннюю тубэктомию с целью стерилизации, наиболее популярной причиной явилось отсутствие преимуществ данного метода. Так ответили 17 из 24 опрошенных (70,8%), 7 из 24 (29,2%) верят в увеличение интраоперационных осложнений при проведении двусторонней тубэктомии, а 3 из 24 (12,5%) считают, что данный метод удлиняет продолжительность операции. Большинство хирургов [38 из 51 опрошенного (74,5%)] используют биполярную коагуляцию для проведения тубэктомии как наиболее предпочтительный метод, однако почти каждый пятый [10 из 51 опрошенного (19,6%)] в своей практике предпочитает лигирование маточных труб.

Обсуждение

Рак яичника до сих пор является наиболее частой причиной смертей в структуре гинекологических заболеваний в развитых странах. До недавнего времени все попытки проводить скрининг данного заболевания не увенчивались успехом. Это связано с тем, что данное заболевание представлено различными видами опухолей [2]. Относительно

недавно была представлена новая классификация рака яичников, согласно которой раки яичников делятся на два типа. II тип рака яичника, по данной классификации (включающий в себя высококодифференцированную серозную карциному), представлен как наиболее часто встречающийся, наиболее агрессивный, генетически нестабильный и наиболее склонный к диссеминации [4].

Одним из наиболее значимых открытий за последнее десятилетие в гинекологической онкологии является подтверждённая теория, что опухоли II типа первоначально происходят из маточной трубы, в то время как светлоклеточные и эндометриодные опухоли являются производным эндометриальной ткани, которая мигрирует на поверхность яичника путём ретроградной менструации [11].

Эти данные по большей части получены от женщин – носительниц мутаций генов BRCA 1/2, которым была произведена профилактическая аднексэктомия. Удивительными стали случайные находки карцином *in situ* и интраэпителиальных предшественников рака (STIC) не в самих яичниках, а в фимбриальных отделах маточных труб [3, 14, 21]. Впоследствии благодаря протоколу тщательного патолого-анатомического обследования удалённых маточных труб (SEE-FIM) STIC были также выявлены у многих женщин без мутаций гена BRCA, оперированных по поводу случайно выявленной высококодифференцированной серозной карциномы [5, 15, 23, 25].

До недавних пор при выполнении гистерэктомии без придатков было нормой сохранять маточные трубы. После выполнения гистерэктомии маточные трубы не могут выполнять свою физиологическую функцию, и до сих пор не ясной остаётся необходимость их сохранения. По данным некоторых исследований, гормональный фон пациенток, перенесших гистерэктомию с тубэктомией, не изменяется даже спустя месяцы [6, 8, 9, 24]. Однако в литературе также имеются данные о гормональных и гемодинамических нарушениях яичников при проведении гистерэктомии в сочетании с тубэктомией [20]. Авторы

утверждают, что выполнение сальпингэктомии при гистерэктомии нарушает яичниковый кровоток, предлагая сберечь маточные трубы при отсутствии прямых показаний к их удалению. Также остаются неизвестными отдалённые результаты времени наступления менопаузы у пациенток, перенесших данную операцию. Таким образом, все её негативные последствия остаются спекулятивными.

По сути, в общей популяции профилактическая сальпингэктомия может снизить риск развития рака яичников, одновременно снижая смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, по сравнению с группой пациенток, которым выполнялась профилактическая аднексэктомия до наступления менопаузы [12, 19].

Стерилизация является наиболее частым методом контрацепции по всему миру. Согласно обзору 2011 года, метод стерилизации зависит от доступного докторам оборудования и опыта хирургической бригады [13]. Однако большинство хирургов предпочитают производить удаление порции истмической части маточной трубы, что приводит к сохранению её фимбриального отдела. Хотя перевязка и коагуляция истмической части маточной трубы являются наиболее популярным методом стерилизации, в том числе в группе послеродовых пациенток (согласно заключению D. Bartz и J. Greenberg [1], наиболее эффективным методом стерилизации является именно двусторонняя тубэктомия.

В статье Morelli et al. [16] докторам предлагается задать себе вопрос, насколько оправданно с этической точки зрения не информировать пациентов о новых профилактических стратегиях, связанных с сальпингэктомией, во время хирургии доброкачественных заболеваний. По исследованию же S. Gill и B. Mills [10] становится понятно, что не все доктора достаточно информированы о профилактической сальпингэктомии, даже в таких развитых странах, как США.

Несмотря на то что проведение крупных исследований, доказывающих профилактический эффект двусторонней тубэктомии, трудно выполнимо, возможные риски проведения данной процедуры во время гистерэктомии или с целью стерилизации кажутся малыми в сравнении с её преимуществами. Несмотря на то что Dietl et al. [7] в своей работе рекомендуют удалять маточные трубы у пациенток, не планирующих беременность, результаты нашего исследования показывают, что не все доктора согласны с этим заключением. Около трети докторов, специализирующихся в разных областях (акушерство, гинекология, репродуктология и онкология), не выполняли тубэктомию во время гистерэктомии в связи с доброкачественными заболеваниями. А почти половина опрошенных по разным причинам не выполняла бы двустороннюю тубэктомию с целью стерилизации (таблица).

У настоящего исследования имеются как преимущества, так и недостатки, характерные для всех исследований с использованием опросников. Количество участников опроса составило 51 человек из разных регионов Российской Федерации и ближнего зарубежья (Кыргызстан), что может говорить о тенденциях в вопросе профилактической тубэктомии не только в Москве и Московской области. Интересен также и тот факт, что почти каждый третий опрошенный – 15 из 51 (29,4%) – являлся представителем частной медицины, что может говорить и о тенденциях в данной области медицинской практики. В исследовании использовались стандартные вопросы с едиными общими определениями, что позволяло достаточно точно определить мнения докторов. С другой стороны, этот же факт можно рассматривать и как недостаток исследования ввиду отсутствия почти во всех вопросах возможности предложить свой вариант ответа. Ещё одним недостатком исследований с использованием опросников можно отметить отсутствие возможности корректировать сам опросник в ходе исследования.

Современной медицине требуются проспективные исследования, направленные на сравнение рисков развития серозных раков органов малого таза в группах пациенток, перенесших гистерэктомию без придатков и гистерэктомию с маточными трубами. Это необходимо для решения вопроса о целесообразности удаления маточных труб во время гистерэктомии или с целью стерилизации. По данным нашего исследования, многих докторов сдерживает как раз отсутствие каких-либо известных им преимуществ данной процедуры. Таким образом, требуются дальнейшие исследования с целью выяснения, действительно ли преимущества двусторонней тубэктомии превосходят её теоретические риски.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bartz D., Greenberg J. A. Sterilization in the United States // *Rev obstet gynecol.* – 2008. – № 1. – P. 23–32.
2. Chan A., Gilks B., Kwon J., Tinker A. V. New insights into the pathogenesis of ovarian carcinoma. Time to rethink ovarian cancer screening // *Obstet gynecol.* – 2012. – № 120. – P. 935–940.
3. Crum C. P., Drapkin R., Kindelberger D., Medeiros F., Miron A., Lee Y. Lessons from BRCA: the tubal fimbria emerges as an origin for pelvic serous cancer // *Clin. med. res.* – 2007. – № 5. – P. 35–44.
4. Crum C. P., Drapkin R., Miron A., et al. The distal fallopian tube: a new model for pelvic serous carcinogenesis // *Cur. opin. obstet. gynecol.* – 2007. – № 19. – P. 3–9.
5. Crum C. P., McKeon F. D., Xian W. BRCA, the oviduct, and the space and time continuum of pelvic serous carcinogenesis // *Int. j. gynecol. cancer.* – 2012. – № 22. – P. 29–34.
6. Dar P., Sachs G. S., Strassburger D., Bukovsky I., Arieli S. Ovarian function before and after salpingectomy in artificial reproductive technology patients // *Hum. reprod.* – 2000. – № 15. – P. 142–144.

7. Dietl J., Wischhusen J., Hösler S. F. The post-reproductive fallopian tube: better removed? // *Hum. reprod.* – 2011. – № 26. – P. 2918–2924. doi:10.1093/humrep/der274.
8. Findley A. D., Siedhoff M. T., Hobbs K. A., Steege J. F., Carey E. T., McCall C. A., Steiner A. Z. Short-term effects of salpingectomy during laparoscopic hysterectomy on ovarian reserve: a pilot randomized controlled trial // *Fertil. steril.* – 2013. – Dec. № 100 (6). – P. 1704–1708. doi: 10.1016/j.fertnstert.2013.07.1997. Epub 2013 Aug 29. PMID 23993887.
9. Ghezzi F., Cromi A., Siesto G., Bergamini V., Zefiro F., Bolis P. Infectious morbidity after total laparoscopic hysterectomy: does concomitant salpingectomy make a difference? // *BJOG.* – 2009. – № 116. – P. 589–593.
10. Gill S. E., Mills B. B. Physician opinions regarding elective bilateral salpingectomy with hysterectomy and for sterilization // *J. minim. invasive. gynecol.* – 2013. – Jul-aug. № 20 (4). – P. 517–521. doi: 10.1016/j.jmig.2013.02.010.
11. Kurman R. J., Shih I. M. The origin and pathogenesis of epithelial ovarian cancer: a proposed unifying theory // *Am. j. surg. pathol.* – 2010. – № 34. – P. 433–443.
12. Kwon J. S., Tinker A., Pansegrau G., McAlpine J., Hosty M., McCullum M., et al. Prophylactic salpingectomy and delayed oophorectomy as an alternative for BRCA mutation carriers // *Obstet. gynecol.* – 2012. – P. 1–11.
13. Lawrie T. A., Nardin J. M., Kulier R., Boulvain M. Techniques for the interruption of tubal patency for female sterilization // *Cochrane. database. syst. rev.* – 2011. – № 2. – CD003034.
14. Manchanda R., Abdelraheim A., Johnson M., Rosenthal A., Benjamin E., Brunell C., et al. Outcome of risk-reducing salpingo-oophorectomy in BRCA carriers and women of unknown mutation status // *BJOG.* – 2011. – № 118. – P. 814–824.
15. Medeiros F., Muto M. G., Lee Y., et al. The tubal fimbria is a preferred site for early adenocarcinoma in women with familial ovarian cancer syndrome // *Am. j. surg. pathol.* – 2006. – № 30. – P. 230–236.
16. Morelli M. 1., Venturella R., Mocchiari R., Di Cello A., Rania E., Lico D., D'Alessandro P., Zullo F. Prophylactic salpingectomy in premenopausal low-risk women for ovarian cancer: primum non nocere // *Gynecol. oncol.* – 2013. – Jun. № 129 (3). – P. 448–451. doi: 10.1016/j.ygyno.2013.03.023. Epub 2013 Apr 2.
17. Morse A. N., Hammer R. A., Walter A. J., Baker S., Magtibay P. M. Does hysterectomy without adnexectomy in patients with prior tubal interruption increase the risk of subsequent hydrosalpinx? // *Am. j. obstet. gynecol.* – 2002. – № 187. – P. 1483–1486.
18. Morse A. N., Schroeder C. B., Magrina J. F., Webb M. J., Wollan P. C., Yawn B. P. The risk of hydrosalpinx formation and adnexectomy following tubal ligation and subsequent hysterectomy: a historical cohort study // *Am. j. obstet. gynecol.* – 2006. – № 194. – P. 1273–1276.
19. Parker W. H., Broder M. S., Chang E., Feskanich D., Farquhar C., Liu Z., et al. Ovarian conservation at the time of hysterectomy and long-term health outcomes in the nurses' health study // *Obstet. gynecol.* – 2009. – № 113. – P. 1027–1037.
20. Petri E. A., Nahas E. A., Pontes A. et al. Effect of total abdominal hysterectomy on ovarian blood supply in women of reproductive age // *J. ultrasound med.* – 2005. – V. 24. № 2. – P. 169–174.
21. Powell C. B., Chen L. M., McLennan J., Crawford B., Zaloudek C., Rabban J. T., et al. Risk-reducing salpingo-oophorectomy (RRSO) in BRCA mutation carriers: experience with a consecutive series of 111 patients using a standardized surgical pathological protocol // *Int. j. gynecol. cancer.* – 2011. – № 21. – P. 846–851.
22. Repasy I., Lendvai V., Koppan A., Bodis J., Koppan M. Effect of the removal of the Fallopian tube during hysterectomy on ovarian survival: the orphan ovary syndrome // *Eur. j. obstet. gynecol. reprod. biol.* – 2009. – № 144. – P. 64–67.
23. Salvador S., Rempel A., Soslow R. A., Gilks B., Hunsman D., Miller D. Chromosomal instability in fallopian tube precursor lesions of serous carcinoma and frequent monoclonality of synchronous ovarian and fallopian tube mucosal serous carcinoma // *Gynecol. oncol.* – 2008. – № 110. – P. 408–417.
24. Sezik M., Ozkaya O., Demir F., Sezik H. T., Kaya H. Total salpingectomy during abdominal hysterectomy: effects on ovarian reserve and ovarian stromal blood flow // *J. obstet. gynaecol. res.* – 2007. – № 33. – P. 863–869.
25. Wiegand K. C., Shah S. P., Al-Agha O. M., Zhao Y., Tse K., Zeng T., et al. ARID1A mutations in endometriosis-associated ovarian carcinomas // *N. engl. j. med.* – 2010. – № 363. – P. 1532–1543.

Поступила 20.01.2015

М. В. ПОТАПОВА, В. Р. ГРИЦЕНГЕР, Т. Е. ЛИПАТОВА,
К. Ю. СКВОРЦОВ, О. Ф. ФЕДОРОВА

ГИПЕРТРОФИЧЕСКАЯ ОСТЕОАРТРОПАТИЯ КАК ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БОЛЬНОГО С РАКОМ ЛЕГКОГО: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Кафедра терапии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Саратовский государственный
медицинский университет им. В. И. Разумовского» Минздрава России,
Россия, 410012, г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112. E-mail: marin9@bk.ru

Чаще всего гипертрофическая остеоартропатия (ГОА) – это паранеопластический дебют злокачественных новообразований легких и плевры. Известно его сочетание с операбельной стадией немелкоклеточного рака