

К.Г. Шостка, А.Н. Павленко, А.В. Фокина, Н.О. Кашина, Л.Д. Роман

Непосредственные и отдаленные результаты лечения после тазовых эквисцераций при местно-распространенном раке шейки матки

Ленинградский областной онкологический диспансер, Санкт-Петербург

Проведен анализ результатов лечения после тазовых эквисцераций у 73 больных местно-распространенным раком шейки матки: 4 больных — IIВ ст., 24 — IVА ст., 45 — с местными рецидивами после комбинированного (15) или лучевого лечения (30) — за период с 2007 по 2012 год. Средний возраст больных — 51 год (от 22 до 77 лет). Варианты выполненных тазовых эквисцераций: 30 передних, 6 задних супралаваторных, 37 тотальных (полное моноблочное удаление органов малого таза выше тазовой диафрагмы): 6 — инфралаваторные и 31 супралаваторная. Послеоперационные осложнения зарегистрированы у 21 больной (28,8%), послеоперационная летальность — 6,8%. Отдаленные результаты лечения прослежены среди 34 больных, оперированных в 2007-2009 г. Однолетняя выживаемость составила 50,0%, двухлетняя — 47,1%, трехлетняя — 41,2%, четырехлетняя — 38,2%, пятилетняя — 38,2%. Лучшие результаты отмечены в группе первичных больных (IIВ, IVА ст.), имевших только межорганные свищи. Низкая выживаемость зарегистрирована в группе пациенток с рецидивами после лучевой терапии, так как интраоперационно, несмотря на данные КТ и МРТ, а также результаты срочного гистологического исследования, невозможно точно оценить латеральный край опухолевого роста.

Ключевые слова: местно-распространенный рак шейки матки, эквисцерация таза.

До настоящего времени рак шейки матки (РШМ) относится к наиболее распространенным формам новообразований, занимая 7-е место среди всех злокачественных опухолей и 3-е место среди новообразований у женщин (после рака молочной железы и рака толстой кишки). Среди онкогинекологической патологии РШМ после рака тела матки прочно удерживает второе ранговое место. По статистическим данным ВОЗ, ежегодно в мире выявляют около 400000 женщин и 200000 умирают в течение первого года от этой патологии, диагностированной на поздних стадиях [15]. Для здравоохранения России рак шейки матки является актуальной про-

блемой: каждый год регистрируются более 12 тысяч новых случаев [3]. Отмечен существенный рост показателей запущенных форм РШМ. На сегодняшний день максимально усовершенствована диагностика РШМ, но, по-прежнему, более 40% впервые выявленных больных обращаются в специализированные учреждения уже в III-IV стадиях заболевания [2]. К этой группе относятся пациентки с местно-распространенной формой рака. Ведущим методом лечения местно-распространенного РШМ считается сочетанная лучевая терапия, а последние годы в комбинации с химиотерапией. Однако, существенным ограничением лучевого лечения являются гнойно-некротические осложнения со стороны опухоли и дозовая истощенность. У данной группы пациентов единственно возможным методом лечения остается хирургический. Относительно редкое метастазирование, особенно плоскоклеточных карцином, распространение опухоли на смежные органы побудило хирургов к разработке ультрадикальной операции — эквисцерации малого таза [10,12].

Впервые эквисцерацию таза (ЭТ) по поводу рецидивного рака шейки матки выполнил А. Brunschwig [5]. Операция носила паллиативный характер и была направлена на устранение патологических симптомов распространенной опухоли малого таза. Оригинальная методика включала удаление единым блоком матки, мочевого пузыря и прямой кишки, формирование концевой колостомы и имплантацию обоих мочеточников в толстую кишку. Сделав 317 тазовых эквисцераций в течение 20 лет, А. Brunschwig приобрел опыт, на который опирались в своей деятельности все последующие поколения хирургов [6]. В ранних сообщениях об ЭТ изложены данные о высокой летальности, большом количестве послеоперационных осложнений и низкой 5-летней выживаемости [4,5,9,11]. Из анализа исторических и современных источников можно сделать вывод: многим специалистам удалось добиться того, что более 95% пациенток переживают данную операцию, а более 40% из них имеет шанс пережить 5-летний период наблюдения. По данным публикаций в промежутке с 1965 г. по 2013 г., уровень послеоперационной летальности снизился и колеблется от 0 до 17%,

а уровень осложнений — от 20% до 57%. На сегодняшний день наибольший клинический и хирургический опыт представлен университетским госпиталем Цюриха, где 282 пациенткам по поводу местно-распространенного РШМ выполнена тазовая эквисцерация, проанализированы послеоперационные и отдаленные результаты. После первой операции прошло более 60 лет, а проблема по-прежнему актуальна. О целесообразности выполнения ЭТ при раке шейки матки до настоящего времени ведутся дискуссии. В доступной литературе можно встретить множество мнений, порой самых противоречивых [1,7,8,13,14,16]. Многие авторы являются противниками, считая нерациональным данный объем оперативного вмешательства вследствие высокого риска осложнений и калечащего характера, предлагая этой категории пациенток выполнять только паллиативные симптоматические вмешательства: разгрузочные анастомозы, колостомы, цистостомы и нефростомы для ликвидации обструкции мочевыводящих путей и прямой кишки. Однако, современным проспективным исследованием подтверждено, что у больных с гнойно-некротическими осложнениями после эквисцераций таза качество жизни значительно улучшается [17].

Несмотря на то, что эквисцерация таза наиболее агрессивный метод лечения, она остается единственным адекватным вмешательством при первичном местно-распространенном РШМ, осложненном межорганными свищами и кровотечением, а также при рецидивных опухолях на фоне полной дозовой исчерпанности лучевой терапии, осложненных постлучевыми некрозами. В связи с этим в нашей клинике стали целенаправленно и планомерно выполнять тазовые эквисцерации.

Цель исследования: оценка результатов после эквисцераций таза при местно-распространенном РШМ.

Материалы и методы исследования

В период с 2007 по 2012 гг. в Ленинградском областном онкологическом диспансере по поводу местно-распространенного РШМ прооперированы 73 пациентки в объеме тазовых эквисцераций. Больные были в возрастном диапазоне от 22 до 77 лет (средний возраст 51 год), наиболее многочисленную группу составили пациентки от 40 до 60 лет. Показаниями к данному вмешательству явились местно-распространенные первичные и рецидивные опухоли шейки матки при наличии противопоказаний к химиолучевой терапии. Критериями возможности выполнения операции являлись отсутствие распространения опухоли на стенки таза и наружные подвздошные сосуды по данным МРТ и отсутствие отдаленного метастазирования по данным КТ.

Распределение больных по степени распространения опухоли на момент планируемых операций было следующим: у 4 больных был РШМ IIIB стадии с гнойно-некротическими осложнениями в виде тазовых

абсцессов и вторичного профузного кровотечения, у 24 больных — IVA стадия заболевания; у остальных 45 больных — местные рецидивы после комбинированного (15) или лучевого лечения (30) РШМ II-III стадий. Из 73-х пациенток в 15-ти случаях течение опухоли осложнилось формированием межорганных свищей. У 23 больных выявлено прорастание опухоли в стенку мочевого пузыря. Блокада мочеточников с развитием гидронефроза вследствие компрессии опухолью выявлена у 42 больных, что потребовало разделения операции на два этапа: с целью декомпрессии и санации ЧЛС первым этапом выполнена малоинвазивная стеновая нефростомия под контролем УЗИ: двусторонняя 10-ти, односторонняя — 11-ти больным. Более чем у 50% больных до операции отмечался выраженный болевой синдром.

Нами были выполнены следующие варианты тазовых эквисцераций: 30 передних, 6 задних супрелеваторных, 37 тотальных (полное моноблочное удаление органов малого таза выше тазовой диафрагмы), 6 из которых инфрелеваторные (полное моноблочное удаление органов малого таза, включая удаление леваторов) и 31 супрелеваторная (с сохранением леваторов). В наибольшем количестве выполнены тотальные супрелеваторные и передние эквисцерации таза (табл. 1). Формирование мочевого резервуара в модификации Bricker (трансплантация мочеточников в изолированный сегмент подвздошной кишки) выполнена 53 больным, в модификации Mainz — pouch II (трансплантация мочеточников в сигмовидную кишку) — 4 больным. В связи с тяжестью состояния и невозможностью первичной пластики 10-ти пациенткам произведена уретерокутанеостомия (выведение мочеточников на переднюю брюшную стенку), большей половине из них в дальнейшем выполнены реконструктивные операции. В морфологической структуре опухоли преобладал плоскоклеточный рак различной степени дифференцировки, составив 95,5%, у остальных 5,5% — железистый рак. Поражение лимфатических узлов выявлено у 64,4% больных.

Таблица 1
Варианты тазовых эквисцераций
при местно-распространенном РШМ (N=73)

Передние	Задние супрелеватор- ные	Тотальные	
		инфрелеватор- ные	супрелеваторные
30	6	6	31
41%	8%	51%	

Результаты и обсуждение

Осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 21 пациентки, что составило 28,8%, в основном это гнойно-септические осложнения: несостоятельность резервуаров с перитонитом, некроз терминальных отделов мочеточников и задней стенки мочевого пузыря, несостоятельность колоанального анастомоза, в единичных случаях внутрибрюшное кровотечение, острый инфаркт миокарда, тромбоэмболия легочной артерии. Послеоперационная летальность составила 6,8%, причинами которой явились перитонит и абдоминальный сепсис в 3 случаях, тромбоэмболия легочной артерии у 1 больной и кровотечение у 1 пациентки (табл. 2). Отдаленные результаты лечения про-

слежены среди 34 больных, оперированных в 2007-2009 гг. Динамика общей выживаемости представлена в табл. 3. Однолетняя выживаемость составила 50,0%, 2-летняя — 47,1%, 3-летняя — 41,2%, 4-летняя — 38,2%, 5-летняя — 38,2%. Лучшие результаты отмечены в группе первичных больных, имевших только межорганые свищи. Низкая выживаемость зарегистрирована в группе пациенток с рецидивами после лучевой терапии, так как интраоперационно, несмотря на данные КТ и МРТ, а также на результаты срочного гистологического исследования, невозможно точно оценить латеральный край опухолевого роста.

Таблица 2

Послеоперационные осложнения тазовых эквисцераций при РШМ (N=73)

Вид осложнения	Число
Несостоятельность мочепузырного резервуара, гнойный перитонит	2
Некроз терминальных отделов мочеточников и задней стенки мочевого пузыря (мочевой перитонит)	3
Несостоятельность колоанального анастомоза	2
Нагноение послеоперационной раны	3
Подкожная эквентрация тонкой кишки	1
Параколомостомический абсцесс	1
Внутрибрюшное кровотечение	2
Стойкая атония мочевого пузыря	2
Восходящий пиелонефрит	4
Острый инфаркт миокарда	1
ТЭЛА	1
Всего	22

Послеоперационная летальность N=5 (6,8%)

Причины	Число больных
Перитонит, сепсис	3
Кровотечение	1
ТЭЛА	1

Таблица 3

Динамика общей выживаемости больных РШМ после тазовых эквисцераций с 2007-2009 гг. (N=34)

Период наблюдения	1-й год	2-й год	3-й год	4-й год	5-й год
Выживаемость	17/34 (50,0%)	16/34 (47,1%)	14/34 (41,2%)	13/34 (38,2%)	13/34 (38,2%)

Выводы

Полученные нами результаты свидетельствуют, что тазовую эквисцерацию на определенном этапе можно рассматривать как единственный нереализованный резерв для лечения местнораспространенных форм рака шейки матки. Совершенствование техники хирургических вмешательств с учетом достижений в области анестезиологии и интенсивной терапии позволяет по-новому взглянуть на проблему тазовых эквисцераций и достичь благоприятных как непосредственных, так и отдаленных результатов лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Косенко И.А. Хирургическое вмешательство в лечении больных раком шейки матки с неблагоприятным прогнозом // Мед. панорама. — 2007. — №7. — С. 15-17.
2. Чиссов В.И. Основные показатели состояния специализированной онкологической помощи населению России в 1998 году. М.- 1999. — С. 56-101.
3. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2004 году. — М. — 2006. — 184 с.
4. Bricker E.M. Pelvic exenteration/ / Adv Surg. — 1970. — V.4 — P.13-19.
5. Brunschwig, A. Complete excision of pelvic viscera for advanced carcinoma; a one-stage abdominoperineal operation with end colostomy and bilateral ureteral implantation into the colon above the colostom / / Cancer. — Philad. — 1948. — Vol. 1. — P.177-183.
6. Brunschwig, A. Second chance for patients with carcinoma of the cervix/ A.Brunschwig CA:A / / Cancer J. for Clinicians. — 1968. — Vol.18. — P.208-211
7. Fleisch M.C., Pantke P., Beckmann M.W., Schnuerch H.G. et al. Predictors for Long-term survival after interdisciplinary salvage surgery for advanced or recurrent gynecologic cancers // J Surg Oncol. — 2007. — Vol.95. — P.476-484.
8. Hckel M., Dornhfer N. Pelvic exenteration for gynecological tumours: achievements and unanswered questions // Lancet Oncol. — 2006. — Vol.7. — P.837-847.
9. Ketcham A.S., Deckers P.J., Surgerbaker E.V. Pelvic exenteration for carcinoma of the uterine cervix: a 15-year experience // Cancer. — Philad. — 1970. — V. 26. — P.189-192.
10. Lambrou, N.C., Pearson J.M., Averette H.E. Pelvic exenteration of gynecologic malignancy: indications, and technical and reconstructive considerations // Surg Oncol Clin N Aml. — 2005. — Vol. 14. — P. 289-300.
11. Margina J.F. Types of pelvic exenterations: a reappraisal // Gynecol Oncol. — 1990. — V. 37. — P. 234-238.
12. Marnitz S., Kohler C., Muller M. et al. Indications for primary and secondary exenterations in patients with cervical cancer // Gynecol. Oncol. — 2006. — Vol. 103. — P. 1023-1030.
13. Mitulescu G., Ungureanu C., Gluck G. et al. Total pelvic exenteration in the treatment of advanced pelvic cancer // Chirurgia. — 2007. — Vol. 102. — P. 143-154.

14. Mourton S.M., Sonoda Y., Abu-Rustum N.R. et al. Resection of recurrent cervical cancer after total pelvic exenteration // *Int J Gynecol Cancer*. – 2007. – Vol. 17. – P. 137-140.
15. Pinelo S., Petiz A., Domingues C. et al. Pelvic exenterations for gynaecological cancer – a 10 year institutional review // *Acta med Port*. – 2006. – Vol. 19. – P. 99-104.
16. Rezk Y.A., Hurley K.E., Carter J., et al. A prospective study of quality of life in patients undergoing pelvic exenteration: Interim results// *Gynecologic Oncology*. – 2013. – Vol.128. – P.191-197.

Поступила в редакцию 15.04.2014 г.

K.G.Shostka, A.N.Pavlenko, A.V.Fokina, N.O.Kashina, L.D.Roman

Immediate and long-term results of treatment after pelvic exenterations for locally advanced cervical cancer

Leningrad Regional Oncology Dispensary, St. Petersburg

Results of treatment after pelvic exenterations were analyzed in 73 patients with locally advanced cervical cancer: 4 patients — Stage IIIB, 24 — Stage IVA, 45 — with local recurrences after combined (15) or radiation therapy (30) for the period from 2007 to 2012. The median age was 51 years (22 to 77). Variants of pelvic exenterations were as follows: 30 front, 6 rear supraleatory, 37 total (full monoblock removal of the pelvic organs above the pelvic diaphragm): 6 infraleatory and 31 supraleatory. Postoperative complications were recorded in 21 patients (28.8%), postoperative lethality — 6.8%. Long-term results of treatment were observed among 34 patients operated in 2007-2009. One-year survival was 50.0%, two-year — 47.1%, three-year — 41.2%, four-year — 38.2%, five-year — 38.2%. Best results were observed in the group of primary patients (Stages IIIB, IVA) with only interorgan fistulas. Low survival rate was registered in the group of patients with recurrences after radiotherapy as intraoperatively, despite both data of CT and MRI and the results of express histological examination, it was impossible to assess accurately the lateral edge of the tumor growth.

Key words: locally advanced cervical cancer, pelvic exenteration.