

Хирургическая реабилитация больных с постлучевыми везиковагинальными свищами при раке шейки матки

Э.Г. Семирджянц¹, А.В. Петровский^{1,2}, И.А. Фанштейн¹, М.И. Нечушкин¹, Д.Е. Автомонов¹

¹ ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН, Москва;

² ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»

Контакты: Эдгар Гариевич Семирджянц 3005757@mail.ru

Введение. Лучевая терапия (ЛТ) у больных раком шейки матки (РШМ) местно-распространенных форм является основным методом лечения. Однако у 20–30 % больных после ЛТ вследствие различных причин формируются лучевые повреждения, что может приводить к возникновению фистул.

Цель исследования — определение оптимального хирургического метода реабилитации больных с постлучевыми везиковагинальными свищами при РШМ.

Материалы и методы. В период с 1996 по 2010 г. были прооперированы 48 пациенток с РШМ с постлучевыми везиковагинальными свищами. При первичных свищах выполнено 46 радикальных операций, 2 паллиативные, при рецидивных свищах — 17 радикальных, 1 паллиативная.

Результаты. Рецидивы после радикальных операций по поводу первичных свищей возникли у 39,1 % больных, при этом эффективность трансвагинальной пластики составила 80,0 %, резекции мочевого пузыря (МП) — 61,5 %, резекции МП с реимплантацией мочеточников — 61,5 %, субтотальной резекции МП — 0. При рецидивах свищей эффективность резекции МП с реимплантацией мочеточников равнялась 0, субтотальной резекции МП — 50,0 %, цистэктомии, операции Брикера — 100 %. В общей сложности хирургической реабилитации удалось добиться у 40 (83,3 %) из 48 женщин.

Выводы. Правильный выбор объема хирургического вмешательства позволяет в большинстве случаев добиться удовлетворительных результатов лечения постлучевых свищей у больных РШМ.

Ключевые слова: рак шейки матки, везиковагинальные свищи, лучевые повреждения, резекция мочевого пузыря, эффективность лечения

Surgical rehabilitation in patients with postradiation vesicovaginal fistulas in cancer of the cervix uteri

E.G. Semirdzhanyants¹, A.V. Petrovsky^{1,2}, I.A. Fanshtein¹, M.I. Nechushkin¹, D.E. Avtomonov¹

¹N. N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

²I. M. Sechenov First Moscow State Medical University

Background. Radiotherapy is a basic treatment for patients with locally advanced cancer of the cervix uteri (CCU). However, in 20–30 % of patients, postradiation injuries result from different causes, which may give rise to fistulas.

Objective: to define an optimal surgical rehabilitation method for patients with postradiation vesicovaginal fistulas in CCU.

Subjects and methods. Forty-eight patients with CCU and postradiation vesicovaginal fistulas were operated on in 1996 to 2010. Patients with primary fistulas underwent 46 radical operations and 2 palliative ones; those with recurrent fistulas had 17 radical operations and 1 palliative one.

Results. Recurrences after radical surgery for primary fistulas occurred in 39.1 % of the patients; the efficiency was 80.0 % for transvaginal plasty, 61.5 % for bladder resection, 61.5 % for bladder resection with ureteral reimplantation, and 0 for subtotal bladder resection. In recurrent fistulas, the efficiency was 0 for bladder resection with ureteral reimplantation, 50 % for subtotal bladder resection, and 100 % for cystectomy, Bricker surgery. Surgical rehabilitation could be achieved in a total of 40 (83.3 %) of the 48 women.

Conclusion. The correct choice of surgical scope allows the satisfactory results of treatment for postradiation fistulas to be achieved in patients with CCU.

Key words: cancer of the cervix uteri, vesicovaginal fistulas, radiation injuries, bladder resection, therapeutic effectiveness.

Введение

Рак шейки матки (РШМ) занимает одно из ведущих мест в структуре женской онкологической заболеваемости и смертности в развивающихся странах, также являясь важной медицинской и социальной проблемой во всех экономически развитых странах. Особенно заметно повышение заболеваемости у моло-

дых женщин: среди женщин 15–39 лет РШМ выходит на 2-е ранговое место (после рака молочной железы; в 2010 г. — 13,9 % [1]) и является основной причиной смерти в этой возрастной категории. Выбор метода лечения РШМ зависит от возраста больной, стадии заболевания, локализации опухоли, ее гистологической структуры и сопутствующих заболеваний [2]. Лучевая терапия (ЛТ) у больных РШМ местно-распространен-

ных форм является единственным методом лечения и используется у 40–47 % больных [3–6].

К сожалению, у 20–30 % больных после ЛТ вследствие различных причин формируются лучевые повреждения прямой кишки и мочевого пузыря (МП) [7–11], что может приводить к возникновению фистул. Они могут возникать сразу после ЛТ (ранние лучевые повреждения) или в сроки свыше 3 мес после окончания лечения (поздние лучевые повреждения). Постлучевые свищи являются тягостным осложнением, частота их возникновения колеблется от 1 до 10 %, а интервал с момента окончания облучения до появления свища может составлять от 3 мес до 30 лет [7, 8, 12–14]. Совершенствование методов планирования и проведения ЛТ привело в последнее время к снижению частоты поздних лучевых повреждений, но абсолютное число таких больных остается достаточно высоким [7]. И в отечественной, и в зарубежной литературе вопросу реабилитации этой категории больных уделяется очень мало внимания. С учетом характера изменения тканей в зоне формирования свищей, выраженных нарушений кровоснабжения, рубцовой деформации и глубокого снижения репаративных процессов большинство подобных больных получает отказ в квалифицированной медицинской помощи.

Материалы и методы

Мы проанализировали результаты хирургического лечения 48 пациенток с постлучевыми везиковагинальными свищами при РШМ, выполненного в отделении радиохирургии РОНЦ им. Н.Н. Блохина в период с 1996 по 2010 г.

Молодой возраст этих больных делает проблему их хирургической и социальной реабилитации крайне актуальной. В нашем исследовании большую часть (64,6 %) из них составляли женщины достаточно молодого возраста – 36–55 лет.

У значительной части больных (42,7 %) образование свищей приходилось на сроки 1–3 года после окончания ЛТ, в 28,0 % случаев свищи развивались в течение 3–6 мес после завершения лечения. У 17,1 % пациенток сроки формирования свищей составляли 4–10 лет после окончания лечения.

Из сопутствующих заболеваний у 29,3 % пациенток выявлена гипертоническая болезнь, у 14,6 % – сахарный диабет 2-го типа, у 15,9 % – ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения I–II функционального класса, 25,6 % страдали ожирением, у 6,1 % диагностирована хроническая мочеполювая инфекция. Перечисленные сопутствующие заболевания безусловно повышали риск возникновения поздних лучевых повреждений.

В нашей когорте больных у всех выявлен хронический пиелонефрит вследствие восходящей инфекции. При везиковагинальных свищах хроническая мочеполювая инфекция в 81,7 % сочеталась с нарушением функции



Рис. 1. Экскреторная урограмма больной с пузырно-влагалищным свищом. Определяется двустороннее расширение чашечно-лоханочной системы

почек разной степени выраженности (рис. 1). У 25,0 % пациенток с везиковагинальными свищами отмечена гидронефротическая трансформация почки вследствие лучевого стеноза мочеточника. Хроническая почечная недостаточность при первичном обращении выявлена у 17,9 % больных, фиброз тазовой клетчатки – у 45,1 %.

Всего 48 пациенткам с везиковагинальными свищами в разные сроки выполнено 66 различных по объему оперативных вмешательств на мочевых путях. При первичных свищах выполнено 46 радикальных операций, 2 – паллиативные; при рецидивных свищах – 17 радикальных, 1 паллиативное вмешательство.

Результаты

После радикальных операций ($n = 46$) по поводу первичных везиковагинальных свищей рецидив возник у 18 пациенток в сроки от 1 нед до 24 мес (медиана 7 мес).

Наиболее часто выполняемой операцией среди наблюдаемых больных при везиковагинальных свищах была резекция МП с реимплантацией мочеточников или без таковой (табл. 1).

При везиковагинальных свищах нами была выполнена трансвагинальная пластика в 5 (10,4 %) наблюдениях. Преимущества этого доступа трудно недооценить: малая травматичность, отсутствие вскрытия брюшной полости. Однако выполнение подобной операции возможно лишь у небольшой части пациенток: при первичных свищах небольшого диаметра (до 1 см), при отсутствии выраженных рубцово-склеротических изменений в области устьев мочеточников, шейки МП, воспалительных процессов, нарушений функции почек. Трансвагинальная пластика была эффективной в 80 % случаях.

Таблица 1. Результаты радикальных операций при первичных везиковагинальных свищах

Операция	Число пациенток	Рецидивы, n (%)	Эффективность, n (%)
Трансвагинальная пластика	5	1 (20,0)	4 (80,0)
Резекция МП, ушивание задней стенки МП	13	5 (38,5)	8 (61,5)
Резекция МП, ушивание задней стенки МП, реимплантация мочеточников	26	10 (38,5)	16 (61,5)
Субтотальная резекция МП, ортотопический МП	2	2 (100)	—

Таблица 2. Результаты радикальных операций при рецидивных везиковагинальных свищах

Вид операции	Число пациенток	Рецидивы, n (%)	Эффективность, n (%)
Ререзекция МП, реимплантация мочеточников	6	6 (100)	—
Субтотальная резекция МП, ортотопический МП	2	1 (50,0)	1 (50,0)
Цистэктомия, уретоилолеокутанеостомия (операция Брикера)	9	—	9 (100)

После резекции стенки МП рецидивы возникли в 38,5 % наблюдений, после резекции МП с реимплантацией мочеточников — также в 38,5 %. У 2 пациенток после субтотальной резекции МП возник рецидив свища. Таким образом, в нашем наблюдении эффективность резекции МП при постлучевых свищах составила 61,5 % (рис. 2), эффективность трансвагинальной пластики — 80 %. Субтотальная резекция МП с формированием мочевого резервуара по Штудеру была неэффективной. В общей сложности эффективность хирургического лечения при первичных везиковагинальных свищах составила 60,9 %.

Рецидивы после первичных операций возникали в сроки от 1 нед до 2 лет (в среднем $7,5 \pm 2,4$ мес, медиана 7 мес). У большинства больных (55,6 %) рецидив возник в сроки 6 мес и более.

Из 18 пациенток с рецидивами радикально были прооперированы 17 (94,4 %). Повторный рецидив свища возник у 7 больных (табл. 2).

Рецидивы после повторных операций возникали в сроки от 5 сут до 2 мес, медиана составила 20 сут, т.е. значительно быстрее, чем после первичных операций.

Общая эффективность хирургического лечения рецидивных везиковагинальных свищей составила 58,8 %. Эффективность цистэктомии, уретоилолеокутанеостомии (операции Брикера) достигла 100 %, рецидивов после этой операции не отмечено (рис. 3). Рецидивы во всех случаях возникли после ререзекции МП, а также в 50 % после субтотальной резекции МП, формирования ортотопического МП по Штудеру.

При повторных рецидивах ($n = 7$) цистэктомия, уретоилолеокутанеостомия (операция Брикера) были выполнены в 2 (28,6 %) наблюдениях, 5 (71,4 %) женщинам была выполнена двусторонняя нефростомия. В 3 из 5 наблюдений выполнить операцию Брикера технически не представлялось возможным из-за выраженного рубцово-спаечного процесса в брюшной полости, продолжающегося некротического процесса в малом тазу. В 2 наблюдениях из-за выраженного снижения функции почек, реализовавшейся в почечную недостаточность, операция была признана нецелесообразной. После операции Брикера дальнейших рецидивов не отмечено, т.е. операция при повторных рецидивах была эффективна в 100 % случаев.

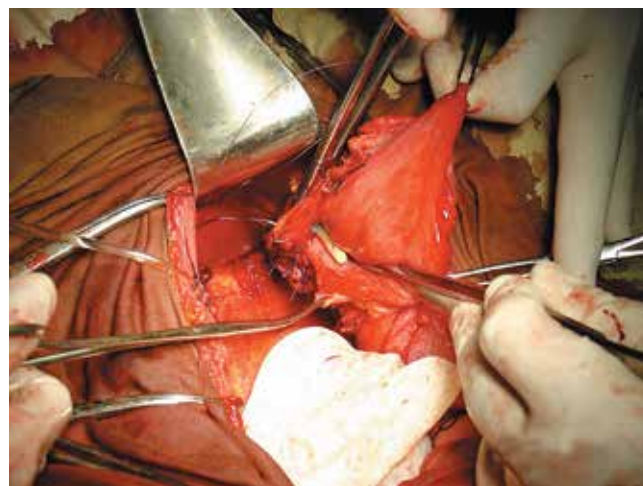


Рис. 2. Интраоперационное фото. Ушивание МП после резекции