

УДК 618.14-006.6

ЛЕЧЕНИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ХИРУРГИЧЕСКИМ ПУТЕМ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ГУЗ «ТАМБОВСКОГО ОБЛАСТНОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА»

© Н.А. Грузицкая

Gruzitskaya N.A. Cervix cancer surgical treatment in gynecologic wing of SPHI of «Tambov Regional Oncological Centre». Dynamics of statistical data of cervix cancer in the Tambov Region is shown. There is a tendency to growth of the disease among women of child-bearing age. General principles and discrete cases of treatment in gynecologic wing of Regional Oncological Centre are considered.

Рак шейки матки (РШМ) на сегодняшний день остается одной из самых актуальных проблем в онкогинекологии.

Среди злокачественных новообразований женских гениталий по данным мировой статистики рак шейки матки занимает третье место после рака эндометрия и рака яичников. Однако в Российской Федерации рак шейки матки стабильно остается на втором месте, уступая раку эндометрия.

В Тамбовской области, по данным 2006 г., рак шейки матки составлял 5,8 % среди всех злокачественных заболеваний женского населения, однако в то же время следует подчеркнуть, что в возрастной группе женщин 25–49 лет доля рака шейки матки составляла 11,5 % (второе место после рака молочной железы).

Статистические данные показывают, что в Тамбовской области в 1996 г. средний возраст женщин, заболевших раком шейки матки, составлял 57,5 лет, а в 2006 г. – 53,3 года.

При анализе повозрастных показателей заболеваемости за 1996–2006 гг. в Тамбовской области наблюдается следующая динамика:

- в возрастной группе 15–29 лет – интенсивный рост на 60 %;
- в возрастной группе 30–44 года – прирост на 40 %;
- в группе 45–59 лет – имеется стабилизация, либо незначительный рост до 3 %;
- в старших возрастных группах наблюдается падение показателя заболеваемости на протяжении всего рассматриваемого периода.

Таким образом, четко прослеживается тенденция к росту заболеваемости раком шейки матки женщин репродуктивного возраста, что является весьма тревожным фактором, т.к. данный контингент пациенток представляет собой не только репродуктивно значимую часть женского населения, но и активную в социальном отношении группу. По этой причине актуальны как профилактика развития болезни, так и своевременность диагностики опухолевого процесса, т.е. выявление заболевания в начальных стадиях, при которых в настоящее время достигнуты высокие показатели излечиваемости.

В 2006 г. на диспансерном учете в ТООД состоят 1580 женщин, получавших лечение по поводу РШМ, из

них 5 и более лет наблюдаются 895 пациенток. Общая пятилетняя выживаемость составила 54,3 %.

В настоящей статье приводятся данные по лечению больных раком шейки матки в гинекологическом отделении областного онкологического диспансера за 2001–2006 гг.

Планирование лечения больных РШМ основывается на принципах стандартизации и индивидуализации в соответствии с методическими рекомендациями ведущих Тамбовского онкологических центров РФ.

Хирургическое пособие применяется в ТООД в качестве самостоятельного метода или в сочетании с лучевой и лекарственной терапией у 98 % больных с преинвазивным раком шейки матки, у 30 % – с инвазивным раком шейки матки.

При стадии заболевания Tis, T1a1N0M0 женщинам репродуктивного возраста при отсутствии противопоказаний выполняются органосохраняющие операции (электроконизация, ножевая ампутиация шейки матки). При противопоказаниях к органосохраняющей операции и женщинам в пре- и постменопаузе выполняется простая экстирпация матки (после 45 лет выполняется экстирпация матки с придатками). При противопоказаниях к операции – внутриполостная ЛТ в СОД 40 Гр.

При стадии заболевания T1a2N0M0 выполняется расширенная экстирпация матки. Вопрос о сохранении яичников решается в зависимости от возраста больной.

Пациенткам со стадией T1b1N0M0 выполняется расширенная экстирпация матки с придатками или без придатков в зависимости от возраста больной. При величине опухоли более 1 см, а также при низкодифференцированном раке после операции показано наружное облучение малого таза. При сохранении яичников в ряде случаев производилась их транспозиция в брюшную полость, чтобы при проведении лучевой терапии они не попали в зону облучения.

При стадии заболевания T1b2N0M0 проводится предоперационная лучевая терапия (внутриполостная и дистанционная) с последующей расширенной экстирпацией матки с придатками. При низкодифференцированном раке и глубокой инвазии проводится дистанционное облучение малого таза в послеоперационном периоде.

Если стадия болезни соответствует T2aN0M0, то при поражении только сводов влагалища и небольших

пришеечных инфильтратах проводится сочетанная предоперационная лучевая терапия с последующей расширенной экстирпацией матки с придатками; а при глубокой инвазии, низкодифференцированном раке – послеоперационное облучение.

При третьей стадии: T1a2N1M0, T1b1N1M0, T1b2N1M0, T2aN1M0 (при выявлении метастазов в лимфатических узлах малого таза) применяется наружное облучение малого таза с использованием радиомодификаторов с последующим проведением трех курсов химиотерапии.

При противопоказаниях к расширенной экстирпации матки с придатками всем пациенткам проводится сочетанная ЛТ по общепринятой методике.

В данной статье приведен анализ результатов лечения 119 пациенток, прооперированных в гинекологическом отделении диспансера в период с 2001 по 2006 гг. (табл. 1).

Средний возраст больных составил 40,6 лет.

По гистологическому строению больные распределились следующим образом (табл. 2).

Диагноз подтвержден морфологически был в 100 % случаев.

Экстирпация матки при стадиях Tis и T1a1 произведена по следующим показаниям:

- наличие миомы матки и аденомиоза – 13;
- опухоль яичника – 1;
- возраст пациентки старше 45 лет – 3;
- отсутствие условий для адекватного выполнения конизации шейки матки – 1.

Хирургическое вмешательство при инвазивных формах РШМ применяется как самостоятельный метод и в составе комбинированного и комплексного лечения

больных. В качестве хирургического компонента используется операция в объеме расширенной экстирпации матки с придатками. Указанная операция носит название операции Вертгейма по имени разработавшего ее технику и осуществившего впервые в 1898 г. Эрнста Вертгейма. В настоящее время отдельные этапы этой операции модифицировались и усовершенствовались. Суть оперативного вмешательства состоит в удалении матки с верхней третью влагалища, окружающей клетчаткой и регионарными лимфатическими узлами (подвздошной и obturatorной групп).

Операция Вертгейма в нашем отделении была проведена 95 пациенткам. Послеоперационная летальность составила 0 %. Зарегистрированы следующие послеоперационные осложнения:

- лимфатические кисты у 8 пациенток (6 %), во всех случаях было проведено консервативное (противовоспалительное) лечение с полным положительным эффектом;
- тромбоз поверхностных вен нижних конечностей у 10 пациенток (9 %).

К осложнениям послеоперационного периода были отнесены осложнения, связанные с применением лучевого компонента. Умеренно выраженные циститы и ректиты наблюдались у 10 % больных. В 2004 г. у одной пациентки развился тяжелый лучевой ректит с формированием прямокишечно-влагалищного свища через два месяца после окончания послеоперационного облучения. Данное осложнение потребовало операции по наложению сигмостомы. В настоящий момент после лечебных мероприятий наблюдается заживление свища и планируется реконструктивно-восстановительная операция.

Таблица 1

Распределение больных по стадиям заболевания

Годы	Tis	T1a	T1b	T2a
2001	3	6	6	4
2002	2	5	4	3
2003	4	6	5	4
2004	6	3	6	6
2005	5	5	5	8
2006	4	4	6	9
Всего	24	29	32	34

Примечание: метастазы в лимфатических узлах (N1) выявлены во время операции у 10 пациенток (при стадиях T1a2, T1b и T2a).

Таблица 2

Виды гистологического строения больных

Плоскоклеточный рак (ороговевающий и неороговевающий)	98 (82,3 %)
Железистый рак (аденокарцинома)	18 (15,1 %)
Железисто-плоскоклеточный	3 (2,6 %)

Таблица 3

Методы лечения преинвазивного и микроинвазивного РШМ: Tis и T1a1

Наименование операции	Количество пациенток
Электроконизация шейки матки	7
Ножевая ампутиация шейки матки	9
Экстирпация матки (с одним или обоими придатками)	18

Таблица 4

Методы лечения инвазивного РШМ в гинекологическом отделении ТООД

Стадия	Хирургическое лечение – расширенная экстирпация матки с придатками	Комбинированное лечение – операция и лучевая терапия
T1a2	18	5
T1б	8	20, из них 4 – предоперационная ЛТ
T2a	–	34, из них 16 – предоперационная ЛТ

Примечание: 5 пациенткам с метастазами в лимфоузлы (стадии T1b2 N1M0 и T2a N1M0) проведено комплексное лечение с III курсами ПХТ в адъювантном режиме.

Из поздних осложнений комбинированного лечения в 2005 г. зарегистрирован один случай рубцового стеноза левой наружной подвздошной вены с явлениями острого илеофemorального тромбоза, развившегося через год после сочетанной лучевой терапии. Данная пациентка пролечена в отделении ангиохирургии, явления тромбоза и венозной недостаточности полностью купировались. У двух пациенток развилась рубцовая стриктура мочеочника с образованием гидроуретеронефроза 1 степени, потребовавшего консервативного лечения. У одной пациентки во время операции был поврежден мочеочник. После его катетеризации и наложения швов осложнений в послеоперационный период не было.

Получены следующие результаты лечения РШМ стадий Tis и T1a1: трех- и пятилетняя выживаемость составила 100 %. Рецидивы не зарегистрированы.

3 женщины после органосохраняющих операций, проведенных в 2001–2002 гг., наблюдались в ТООД во время беременности, закончившейся во всех случаях рождением здоровых детей.

Результаты лечения инвазивного рака шейки матки: рецидивы – у 15 больных (12,6 %), в т. ч. 2 – отдаленные метастазы, 13 – местные и параметральные рецидивы.

Все рецидивы выявлены в течение 6–24 месяцев после окончания лечения.

В наблюдаемой группе умерло 11 пациенток, из них 4 в течение первого года с момента установления диагноза. Трехлетняя выживаемость составила 91,4 %, пятилетняя – 89,3 %.

Таким образом, анализ результатов хирургического лечения РШМ в гинекологическом отделении ТООД

показывает, что применение современных методов оперативного лечения, а также сочетание их с лучевой и лекарственной терапией позволяет добиться удовлетворительных результатов при ранних стадиях болезни.

Однако неуклонный рост запущенности РШМ, увеличение заболеваемости среди молодых женщин диктуют необходимость разработки новых и совершенствования уже существующих методов хирургического, комбинированного и комплексного лечения больных данной патологией.

В настоящее время усилия онкологов сконцентрированы в основном на повышении эффективности лечения и улучшении выживаемости и качества жизни пациенток с РШМ.

В то же время доктрина борьбы с онкологической патологией шейки матки предполагает, прежде всего, эффективные скрининговые программы обследования населения с целью выявления ранних форм заболевания. Эти программы должны выполняться специалистами первичного звена – акушерами-гинекологами женских консультаций. Только в случае снижения запущенности рака шейки матки в Тамбовской области возможно добиться существенного улучшения результатов специального лечения этой патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Избранные лекции по клинической онкологии / под ред. акад. РАМН В.И. Чиссова, проф. С.Л. Дарьяловой. М., 2000.
2. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. М., 2002.
3. Харитонова Т.В. Рак шейки матки: актуальность проблемы, принципы лечения // Современная онкология. 2003. Т. 6. № 2.

Поступила в редакцию 14 мая 2007 г.