



Довлатов Зяка Асаф оглы

канд. мед. наук, ассистент кафедры

ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия

последипломного образования» Минздрава России

г. Москва

врач-уролог

ГБУЗ «Городской клинической

больницы им. С.П. Боткина»

г. Москва

Серегин Александр Васильевич

д-р мед. наук, профессор

ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия

последипломного образования» Минздрава России

г. Москва

заведующий

ГБУЗ «Городской клинической

больницы им. С.П. Боткина»

г. Москва

Лоран Олег Борисович

д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой

ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия

последипломного образования» Минздрава России

г. Москва

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОСЛЕ ЭКЗЕНТЕРАЦИИ ОРГАНОВ ТАЗА У ЖЕНЩИН

Аннотация: среди 45 женщин, больных раком мочевого пузыря и 47 раком шейки матки, после экзентерации органов таза (медиана – 51 месяц) частота ранних и поздних послеоперационных осложнений при сроках наблюдения 3–104 месяцев составила 29,3%. Из них осложнения IIIa степени, согласно классификации Clavien-Dindo, отмечены в 2,2% наблюдений, IIIb степени – в 8,8%, IVa степени –

в 5,4%, а осложнения IVb и V степеней не встречались. В данной выборке пациентов качество жизни по данным анкеты SF-36 улучшилось практически по всем параметрам относительно дооперационного уровня.

Ключевые слова: экзентерация органов таза, рак мочевого пузыря, рак шейки матки, осложнение, качество жизни.

Введение. При местно-распространенных формах и местных рецидивах злокачественных новообразований тазовых органов применяют экзентерацию (эвисцерацию), включающую радикальное иссечение содержимого таза, степень которого определяется тем, насколько вовлечены в опухолевый процесс тазовые структуры. Данная операция включает удаление многочисленных тазовых структур, в том числе мочевого пузыря, матки и маточных труб, влагалища, прямой кишки, тазовых сосудов и нервов и тазовой кости [1, с. 82–89; 2, с. 693]. Данная операция ассоциирована со значительной частотой осложнений, высокой летальностью и снижением качества жизни пациенток [3, с. 1502–1508; 4, с. 1121–1126]. С учетом этого анализ осложнений и качества жизни пациентов после операции представляет собой актуальную задачу для дальнейшего совершенствования результатов лечения данной категории пациентов.

Материалы и методы. Экзентерация органов таза выполнена на базе 41 урологического отделения городской клинической больницы им. С.П. Боткина г. Москвы у 92 женщин в возрасте 37–74 лет (медиана – 53 года) по поводу рака мочевого пузыря (РМП) в 45 (48,9%) случаях и рака шейки матки (РШМ) – в 47 (51,1%).

Больные РМП в зависимости от стадии заболевания были распределены следующим образом: T₁N₀M₀G₃ – 3 человека; T_{2a-b}N₀M₀G₁₋₃ – 14; T_{2a-b}N₁M₀G₁₋₃ – 2; T_{3a-b}N₀M₀G₁₋₃ – 17; T_{3a-b}N₁M₀G₁₋₃ – 5; T_{3a-b}N₀M₁G₁₋₃ – 1; T_{4a}N₀M₀G₁₋₃ – 3. У 16 (35,6%) больных РМП имела место неоадъювантная химиотерапия.

Среди больных РШМ выделены следующие группы: больные с первичным РШМ с прорастанием опухоли в мочевой пузырь (T_{4a}N₀₋₁M₀₋₁) – 22 человека; больные с неизлеченным первичным РШМ (T_{3b}N₀₋₁M₀) после завершения курса химиолучевой терапии в сроки 1–2 месяца – 8 человек; больные с рецидивным

РШМ (T₁₋₃N₀M₀) – 17 человек (I стадия – 3 случая, II стадия – 8 случаев, III стадия – 6 случаев).

В группе больных с рецидивным РШМ имели место следующие варианты первичного лечения: комбинация хирургического лечения и химиолучевой терапии – у 12 (70,6%) пациенток; только хирургическое вмешательство – у 2 (11,8%) пациенток; радикальный курс химиолучевой терапии – у 3 (17,6%) пациенток. Необходимо отметить, что объем первичного оперативного вмешательства практически во всех случаях был неадекватным по многим критериям – хирургическому доступу, лимфаденэктомии, резекции сальника вместо его удаления и т. д.

У 15 (88,2%) пациенток с рецидивным РШМ проводили дополнительное лечение по поводу рецидива опухоли: курс химиолучевой терапии – у 4 (26,7%) пациенток; комбинация хирургического лечения и химиолучевой терапии – у 11 (73,3%) пациенток. При этом среднее число предшествовавших операций по поводу рецидива РШМ составило 2,2 на 1 пациентку. Сроки поступления этой группы больных в нашу клинику составляли 3–36 месяцев с момента обнаружения рецидива опухоли (медиана – 9 месяцев).

Оценку ранних и поздних послеоперационных осложнений проводили в соответствии с классификацией Clavien-Dindo [5, с. 205–213]. До операции и после через 6, 12, 36 и 60 месяцев после операции качество жизни пациенток оценивали с помощью опросника SF-36.

Статистическую обработку данных выполняли с помощью программы «Statistica v. 17.0» («StatSoft», США). Динамику показателей оценивали с использованием метода Вилкоксона. Различие считали достоверным при уровне статистической значимости (*p*) < 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение. У 82 (89,1%) женщин произведена передняя экзентерация, у 10 (10,9%) – тотальная. Деривация мочи у данных пациенток выполнена следующими способами: уретерокутаностомия – у 6 (6,5%) больных; континентный гетеротопический резервуар из слепой кишки с умбиликостомой – у 3 (3,3%); W-образная илеоцистопластика по Hautmann – у 8 (8,7%); операция Бриккера – у 58 (63,0%); ректосигмопластика Mainz-pouch II – у 5 (5,4%); оп-

тотопическая илеоцистопластика по Camey II – у 7 (7,6%); ортотопическая илеоцистопластика по Studer – у 5 (5,4%) больных. Деривация кишечного отделяемого у всех с тотальной экзентерацией осуществлена путем выполнения обструктивной резекции толстой кишки по Гартманну. В послеоперационном периоде в различные сроки химиотерапию или химиолучевую терапию получили 63 (68,5%) пациентки, а у 7 (7,6%) пациенток были выполнены различные операции по поводу отдаленных метастазов.

Различные осложнения по классификации Clavien-Dindo в раннем и позднем послеоперационном периоде отмечены у 27 (29,3%) женщин. К ранним послеоперационным осложнениям отнесены побочные эффекты, которые возникли в течение первых трех месяцев после оперативного вмешательства. Структура осложнений представлена в таблице 1. Так как у одной пациентки иногда встречалось несколько осложнений, общее число осложнений в таблице 1 превышает число пациенток с осложнениями.

Таблица 1

Ранние и поздние послеоперационные осложнения

<i>Градация осложнений по классификации Clavien-Dindo</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>I степень:</i>		
Нагноение послеоперационной раны	3	3,3
Инфекция мочеполовых путей	11	12,0
Тромбоз глубоких вен нижних конечностей	1	1,1
<i>II степень:</i>		
Интраоперационное кровотечение (> 1000 мл)	5	5,4
<i>IIIa степень:</i>		
Расхождение краев раны	1	1,1
Тазовый абсцесс	1	1,1
<i>IIIb степень:</i>		
Резервуаро-влагалищный свищ	2	2,2
Мочеточниково-влагалищный свищ	1	1,1
Прямокишечно-влагалищный свищ	3	3,3
Вентральная грыжа	1	1,1
Стриктура мочеточниково-резервуарного анастомоза	1	1,1
<i>IVa степень:</i>		
Кишечная непроходимость	5	5,4
<i>IVb степень</i>		
<i>V степень:</i>		
Смерть в течение 30 дней после операции	–	–
Смерть в течение 90 дней после операции	–	–

В соответствии с данной классификацией к осложнениям I степени отнесены те осложнения, которые потребовали проведения консервативного лечения. Ко II степени отнесено осложнение, потребовавшее расширения консервативной терапии, в частности, переливания крови. Осложнения III степени требовали оперативного лечения: при IIIa степени выполнены вмешательства под местной анестезией, IIIb степени – под общей анестезией. Кишечная непроходимость была отнесена к IVa степени осложнений как опасное для жизни осложнение, требующее интенсивной терапии. В трех из пяти случаев кишечной непроходимости было выполнено и оперативное лечение в виде лапаротомии, ревизии и рассечении спаек органов брюшной полости. Таким образом, общее количество осложнений, отмеченных в нашем исследовании, является относительно небольшим для указанного сложного и очень травматичного оперативного вмешательства. К тому же, наиболее тяжелые осложнения (IVb и V степеней) не встречались среди данных пациентов.

Результаты исследования качества жизни пациентов до и после операции приведены в таблице 2.

Таблица 2

Динамика показателей качества жизни пациентов по данным опросника SF-36

Показатели	<i>Медиана суммы баллов по опроснику SF-36</i>		<i>p</i>
	До операции	После операции при медиане 51 мес.	
Физическое функционирование	78	68	0,018
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	42	36	0,027
Интенсивность боли	56	52	0,031
Общее состояние здоровья	19	18	0,186
Жизненная активность	36	35	0,239
Социальное функционирование	58	54	0,039
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	49	46	0,064
Психическое здоровье	33	53	0,001

Таким образом, качество жизни пациентов после экзентерации тазовых органов, в целом, не ухудшилось, а, наоборот, практически по всем аспектам улучшилось, в том числе по ряду параметров (физическое функционирование; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; интенсивность боли; социальное функционирование) наблюдали статистически значимое улучшение. Видимо, это объясняется тем, что избавление пациенток от онкологического заболевания и коррекция последствий его лечения с обеспечением хороших функциональных результатов со стороны мочевой и пищеварительной систем и минимизации послеоперационных осложнений позволили компенсировать тот ущерб организму, который был обусловлен тяжелым оперативным вмешательством в виде экзентерации тазовых органов. Наши данные согласуются с данными других работ, где отмечена возможность достижения хорошего качества жизни женщин после экзентерации [6, с. 189–195; 7, с. 22–27; 8, с. 111–113].

Заключение. Использование экзентерации тазовых органов при опухолях органов таза у женщин позволяет достичь достаточного высокого качества жизни после операции за счет снижения частоты послеоперационных осложнений и обеспечения адекватного функционирования мочевой и пищеварительной систем. Однако следует отметить, что результаты данной операции во многом зависят от хирургического опыта и уровня квалификации специалистов. Поэтому эти обстоятельства необходимо учитывать для совершенствования результатов применения экзентерации тазовых органов.

Список литературы

1. Косенко И.А. Экзентерация таза у больных раком шейки матки: обзор литературы [Текст] / И.А. Косенко, О.П. Матылевич // Онкологический журнал. – 2008. – Т. 2. – №4. – С. 82–89.
2. Diver E.J. Total pelvic exenteration for gynecologic malignancies [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3376473>.
3. Ferenschild F. Total pelvic exenteration for primary and recurrent malignancies [Text] / F. Ferenschild [et al.] // World. J. Surg. – 2009. – Vol. 33. – №7. – P. 1502–1508.

4. Austin K.K. Quality of life of survivors after pelvic exenteration for rectal cancer [Text] / K.K. Austin, J.M. Young, M.J. Solomon // Dis. Colon. Rectum. – 2010. – Vol. 53. – №8. – P. 1121–1126.
5. Dindo D. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey [Text] / D. Dindo, N. Demartines, P.A. Clavien // Ann. Surg. – 2004. – Vol. 240. – №2. – P. 205–213.
6. Ishiguro S. Pelvic exenteration for clinical T4 rectal cancer: oncologic outcome in 93 patients at a single institution over a 30-year period [Text] / S. Ishiguro [et al.] // Surgery. – 2009. – Vol. 145. – №2. – P. 189–195.
7. Матылевич О.П. Ближайшие результаты экзентерации таза у больных раком шейки матки [Текст] / О.П. Матылевич [и др.] // Онкологический журнал. – 2010. – Т. 4. – №1. – С. 22–27.
8. Дронов А.И. Экзентерация таза в лечении первичных и рецидивных злокачественных опухолей [Текст] / А.И. Дронов [и др.] // Шпитальна хірургія. – 2013. – №1. – С. 111–113.