

РОНЦ им. Н.Н. Блохина
РАМН, Москва

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ТЕЛА МАТКИ

В.В. Кузнецов, В.М. Нечушкина

Хирургический метод традиционно является основой лечения больных раком тела матки. Хирургические вмешательства выполняются как на ранних, так и на поздних стадиях заболевания. Первым этапом лечения большинства больных раком тела матки является экстрафасциальная экстирпация матки с придатками. При переходе опухоли на шейку матки, метастазах в яичники, других признаках диссеминации, размерах опухоли более 2 см, инвазии миометрия более чем на половину его толщины, низкодифференцированной аденокарциноме, папиллярном серозном, светлоклеточном или плоскоклеточном раке мы считаем целесообразным селективное удаление тазовых и поясничных лимфатических узлов. Это вмешательство позволяет уточнить морфологическую стадию рака тела матки и более точно планировать дальнейшее лечение.

Результаты лечения опровергают традиционное представление о благоприятном клиническом течении рака тела матки (РТМ). Так, 5-летняя общая выживаемость при РТМ I и II стадий составляет 82 и 65% соответственно, а прогрессирование возникает примерно у 25% больных, лечившихся по поводу РТМ ранних стадий [6].

Повышенное внимание к проблемам диагностики и лечения РТМ объясняется ростом распространенности этой опухоли. На сегодняшний день РТМ прочно удерживает четвертое место в структуре заболеваемости женщин злокачественными новообразованиями и продолжает оставаться самой частой злокачественной опухолью женских половых органов [2]. Увеличение заболеваемости РТМ объясняется ростом средней продолжительности жизни населения, распространенностью ожирения, сахарного диабета и нарушений менструального цикла, обусловленных ановуляцией.

У 85–90% больных РТМ распространенность опухоли соответствует I–II стадиям по классификации FIGO. Этот показатель остается достаточно стабильным, что объясняется особенностями клинической картины заболевания, заставляющими больных рано обращаться к врачу [6]. Столь благоприятная диагностическая ситуация создает предпосылки к улучшению результатов лечения.

Хирургический метод традиционно является основой лечения больных РТМ. Хирургические вмешательства выполняются как на ранних, так и на поздних стадиях заболевания. Высокая частота РТМ I–II стадий объясняет то, что хирургическое лечение проводится подавляющему большинству больных с этой злокачественной опухолью. По мере совершенствования хирургической техники, анестезии, предоперационной подготовки и послеоперационного ведения становится все меньше больных РТМ, которым операция противопоказана из-за сопутствующих заболеваний. Среди больных РТМ ранних стадий не подвергаются операции из-за тяжелых сопутствующих заболеваний только 13% [6].

Обязательно тщательное предоперационное обследование больной. Оно должно включать физикальное исследование (пальпацию живота, лимфатических узлов, гинекологическое исследование), общий анализ крови и мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмму, ЭКГ, рентгенографию грудной клетки, УЗИ малого таза, брюшной полости и забрюшинного пространства. Определение уровня СА-125 в сыворотке позволяет косвенно судить о распространенности опухоли. По показаниям проводят КТ, МРТ, экскреторную урографию, цистоскопию, ректороманоскопию, ирригоскопию. У небольшой части больных РТМ при обследовании выявляется диссеминация опухоли, препятствующая операции. Это массивный переход опухоли на шейку матки, инфильтраты в параметриях, вращение в мочевой пузырь или прямую кишку, отдаленные метастазы. Учитывая то, что РТМ обычно наблюдается у пожилых женщин, необходимы всестороннее обследование, направленное на выявление сопутствующих заболеваний, и тщательная подготовка к хирургическому лечению. Как указывал Я.В. Бохман (1989), пожилой возраст больных РТМ сам по себе не должен считаться противопоказанием к операции.

Каждый случай отказа от операции при РТМ должен быть тщательно аргументирован, поскольку даже в ведущих мировых клиниках частота рецидивов после лучевой терапии как самостоятельного метода лечения составляет 10–15%. В связи с этим отказ от операции у больной РТМ оправдан только в тех случаях, когда риск летального исхода во время и после нее превышает риск смерти от прогрессирования РТМ. Важность хирургического этапа лечения объясняется не только более низкими результатами лучевой терапии по сравнению с хирургическим и комбинированным лечением, но и частыми ошибками при определении клини-

ческой стадии, приводящими к неправильному планированию лечения.

До 1988 г., согласно рекомендациям FIGO (Международной федерации акушеров и гинекологов), стадии РТМ определялись клинически. При этом учитывались результаты раздельного диагностического выскабливания матки, длина полости матки по зонду и данные физикального исследования. Позже было показано, что примерно у трети больных клиническая стадия устанавливалась неверно, а микрометастазы в тазовые и поясничные лимфатические узлы не выявлялись вообще. Это обстоятельство, а также более точные результаты определения морфологических стадий РТМ заставили FIGO в 1988 г. рекомендовать проводить определение стадии РТМ по результатам хирургического вмешательства. Разработанная FIGO классификация морфологических стадий РТМ применяется до сих пор. В ней учитываются такие классические клинико-морфологические факторы прогноза, как глубина инвазии миометрия, распространение на шейку матки, метастазы в яичники, тазовые и поясничные лимфатические узлы, поражение органов малого таза, наличие опухолевых клеток в смывах из брюшной полости и отдаленных метастазов. Определение стадии РТМ на основании клинических данных в настоящее время проводится только тем больным, у которых хирургическое лечение невозможно.

Первым этапом лечения большинства больных РТМ является экстрафасциальная экстирпация матки с придатками. Удаление придатков матки обязательно, поскольку в них нередко обнаруживаются метастазы. Кроме того, у больных РТМ повышен риск синхронного и метасинхронного рака яичников. Сразу оговоримся, что в последние годы появляются работы, посвященные органосохраняющему лечению больных РТМ. Редкость РТМ у женщин детородного возраста не позволяет пока дать общих рекомендаций по внедрению в клиническую практику аблации эндометрия и гормонотерапии как самостоятельных методов лечения РТМ ранних стадий. Необходимы дальнейшие клинические исследования, которые позволят оценить эффективность этих методик и отдаленные результаты лечения. Что касается сохранения яичников у женщин детородного возраста, не планирующих иметь детей, то мы считаем такой подход нецелесообразным, поскольку, с одной стороны, это делает неадекватным определение морфологической стадии и может привести к серьезным ошибкам в планировании лечения, а с другой – существует альтернатива сохранению яичников у больных РТМ – заместительная гормональная терапия. РТМ долгое время считали противопоказанием к заместительной гормональной терапии, полагая, что эстрогены могут стимулировать рост микрометастазов. Между тем клинические данные о том, что заместительная гормональная терапия повышает риск прогрессирования у больных, излеченных от РТМ, отсутствовали. Более того, результаты проведенных исследований убедительно доказали, что применение эстрогенов у больных, излеченных от РТМ, не повышает риск прогрессирова-

ния опухоли [6]. Проводить заместительную гормональную терапию желательно, поскольку многие больные страдают от последствий овариэктомии: вазомоторных нарушений, атрофического вагинита, остеопороза и ишемической болезни сердца. Заместительную гормональную терапию обычно начинают через 3 года после окончания лечения, т.е. по завершении периода, в течение которого чаще всего и возникает прогрессирование. До этого для уменьшения приливов назначают прогестагены, например медроксипрогестерон, 10 мг/сут внутрь или 150 мг в/м каждые 3 месяца, или негормональные препараты.

Возвращаясь к хирургическому лечению РТМ, хотелось бы сказать несколько слов о хирургическом доступе. Он должен позволять провести полноценную ревизию малого таза и брюшной полости и при необходимости выполнить лимфаденэктомию. Чаще всего выполняют нижнюю срединную лапаротомию с обходом пупка слева, но возможны и поперечные доступы с пересечением прямых мышц живота (доступ по Мэйлэрду) или с их отсечением от лобковых костей (доступ по Черни). По вскрытии брюшной полости выполняют смывы с брюшины поддиафрагмальной области, боковых каналов и малого таза. Для смыва с каждой области берут 50 мл изотонического раствора NaCl. Чтобы получить смывы из поддиафрагмальных пространств, к шприцу можно присоединить резиновый катетер. Затем проводят ревизию брюшной полости и малого таза, осматривают серозную оболочку матки, тщательно осматривают и пальпируют диафрагму, печень, большой сальник, тазовые и поясничные лимфатические узлы. Основной принцип ревизии органов брюшной полости – последовательность. Начинают со слепой кишки, затем по часовой стрелке исследуют правый латеральный канал и восходящую ободочную кишку, правую почку, печень, желчный пузырь, правое поддиафрагмальное пространство, малый сальник, вход в сальниковую сумку, желудок (при этом уточняют правильность положения зонда, поскольку раздутый желудок мешает отведению кишечных петель), поперечную ободочную кишку, левое поддиафрагмальное пространство, левый латеральный канал, левую почку, нисходящую ободочную, сигмовидную и прямую кишку. Проводят ревизию тонкой кишки и ее брыжейки от связки Трейтца до слепой кишки. При пальпации почек определяют их положение, исключают грубые анатомические изменения.

После ревизии производят экстрафасциальную экстирпацию матки с придатками. Это стандартная операция не только для онкологических, но и для гинекологических стационаров, поэтому детально на хирургической технике мы останавливаться не будем. Поскольку опухоль у многих больных ограничена телом матки, то верхнюю треть влагалища обычно не удаляют. Выполняют биопсию или удаление всех подозрительных объемных образований, увеличенных тазовых и поясничных лимфатических узлов. Увеличенные лимфатические узлы удаляют полностью. Экстрафасциальная экстирпация матки с придатками проводится большинству больных

РТМ. Исключение составляют больные с массивным переходом опухоли на шейку матки, диагностированным до операции, т.е. больные РТМ II клинической стадии. Более детально мы остановимся на этом вопросе ниже.

Если первый этап хирургического вмешательства при РТМ ранних стадий – экстирпация матки с придатками – особенных споров не вызывает, то мнение о дальнейших этапах вмешательства до сих пор неоднозначно. Предложив классификацию морфологических стадий РТМ, FIGO не определила необходимые для этого манипуляции. Между тем определение морфологической стадии РТМ чрезвычайно важно, поскольку клиническая стадия часто не совпадает с морфологической, что приводит к ошибкам при планировании послеоперационного лечения и снижению выживаемости больных. Так, пред- и послеоперационный гистологический диагнозы не совпадают у 27% больных, степень дифференцировки опухоли – у 34%, стадия – у 51%. По данным Онкогинекологической исследовательской группы (GOG), у 38% больных РТМ I клинической стадии во время операции обнаруживаются метастазы в лимфатические узлы, яичники, маточные трубы, париетальную и висцеральную брюшину или опухолевые клетки в смывах из брюшной полости [5]. Анализ выживаемости позволяет сделать вывод, что прогноз при РТМ определяется в основном морфологической, а не клинической стадией.

Какие же манипуляции необходимы для оценки морфологической стадии РТМ? Некоторые авторы считают целесообразным проводить вмешательство по схеме, принятой для рака яичников ранних стадий, причем делать это у всех больных без исключения. Напомним, что при этом, помимо цитологического исследования выпота или смывов из брюшной полости, следует производить биопсию всех подозрительных участков брюшины и спаек. В отсутствие подозрительных участков выполняют множественную биопсию париетальной и висцеральной брюшины прямокишечно-маточного углубления, обоих латеральных каналов, мочевого пузыря, брыжеек, биопсию брюшины, покрывающей диафрагму, или цитологическое исследование соскоба с ее поверхности. Если желудочно-ободочная связка не изменена, то большой сальник удаляют на уровне поперечной ободочной кишки (резекция). При наличии метастазов в желудочно-ободочную связку его удаляют полностью. Затем выполняют тазовую лимфаденэктомию и проводят ревизию поясничных лимфатических узлов, все измененные поясничные лимфатические узлы удаляют.

Однако такая ревизия при РТМ, по-видимому, чрезмерна, поскольку показано, что микрометастазы по париетальной и висцеральной брюшине при РТМ встречаются достаточно редко, поэтому для исключения диссеминации по брюшной полости достаточно выполнить смывы для цитологического исследования и биопсию подозрительных участков [4, 7]. Некоторые авторы рекомендуют выполнять также биопсию большого сальника. При папиллярном серозном РТМ и метастазах в яичники обязательны резекция или удаление большого сальника, по-

скольку в этих случаях высок риск диссеминации по брюшине и метастазов в верхнем этаже брюшной полости.

Лимфоотток от тела матки достаточно сложен. Важным моментом является то, что регионарными для тела матки являются не только тазовые, но и поясничные (парааортальные и паракаваальные) лимфатические узлы. Существуют разные методики оценки состояния регионарных лимфатических узлов при РТМ: пальпация и биопсия увеличенных лимфатических узлов, биопсия одного лимфатического узла, селективная и тотальная лимфаденэктомия. Учитывая, что метастатически измененные лимфатические узлы на момент операции оказываются увеличенными менее чем у 10% больных, их пальпация не может заменить селективную лимфаденэктомию. В связи с этим на сегодняшний день большинство авторов склоняются к тому, что селективная лимфаденэктомия достаточна для оценки состояния лимфатических узлов при РТМ [4, 7]. Вмешательства меньшего объема менее информативны с диагностической точки зрения. Тотальная тазовая лимфаденэктомия, по-видимому, не обязательна, поскольку большинство больных подвергаются послеоперационному облучению малого таза. Между тем, есть мнение о том, что при РТМ I клинической стадии и высоком риске метастазов в лимфатические узлы следует выполнять тотальную тазовую лимфаденэктомию, поскольку это улучшает выживаемость. В связи с этим вопрос об объеме лимфаденэктомии при РТМ нуждается в дополнительном изучении.

Каковы же показания к расширению объема хирургического вмешательства при РТМ? Мы придерживаемся мнения, что определять морфологическую стадию, т.е. выполнять дополнительные манипуляции во время операции по поводу РТМ ранних стадий, следует только тем больным, у которых лимфаденэктомия технически возможна и у которых высок риск выявления микрометастазов. Такой подход позволяет выполнять расширенные вмешательства только при высокой вероятности выявления лимфогенной диссеминации и не подвергать риску интраоперационных осложнений больных, у которых опухоль, скорее всего, ограничена телом матки. К группе риска относятся больные, у которых при гистологическом исследовании до операции были диагностированы низкодифференцированная аденокарцинома, светлоклеточный, серозный папиллярный или плоскоклеточный рак, поскольку при прогностически неблагоприятных гистологических типах РТМ (следует сказать, что все они относятся к низкодифференцированному раку эндометрия) диссеминация возможна даже при Ia стадии и раке в полипе. Некоторые авторы уточняют состояние лимфатических узлов и при умереннодифференцированной аденокарциноме эндометрия [4, 7]. Аденокарцинома с плоскоклеточной метаплазией (ранее ее называли аденоакантомой, аденоакантокарциномой или железисто-плоскоклеточным раком), папиллярная и секреторная аденокарцинома, а также муцинозный рак эндометрия имеют благоприятный прогноз, поэтому при этих гистологических типах РТМ объем хирургического вмеша-

тельства расширяют только при наличии других показаний. После удаления матки рассекают и тщательно осматривают препарат.

Риск основного варианта диссеминации РТМ – лимфогенного – определяется в первую очередь степенью дифференцировки опухоли и глубиной инвазии миометрия [5]. При I клинической стадии поражение тазовых лимфатических узлов наблюдается у 3% больных с высокодифференцированным, 9% больных – с умереннодифференцированным и 18% больных – с низкодифференцированным РТМ. При инвазии миометрия менее чем на половину его толщины метастазы в тазовые лимфатические узлы наблюдаются примерно у 5% больных, при более глубокой инвазии – у 25%. При высоко- и умереннодифференцированном РТМ с инвазией миометрия менее чем на половину его толщины метастазы в тазовые лимфатические узлы обнаруживают менее чем у 5% больных, при высоко- и умереннодифференцированном РТМ с более глубокой инвазией, а также при низкодифференцированных опухолях с инвазией миометрия менее чем на половину его толщины они наблюдаются приблизительно у 15% больных. При низкодифференцированном РТМ с глубокой инвазией миометрия частота поражения тазовых лимфатических узлов достигает уже 46%.

Риск метастазов в лимфатические узлы зависит также от размеров опухоли. При опухолях не более 2 см частота поражения тазовых лимфатических узлов 4%, при опухолях более 2 см – 15%, а при опухолях, занимающих всю полость матки, – 35%. При переходе опухоли на шейку матки лимфогенная диссеминация наблюдается у 15–30% больных [1, 5]. При распространении опухоли за пределы матки частота метастазов в тазовые лимфатические узлы составляет 32%, в поясничные – 20%, а при наличии опухолевых клеток в смывах из брюшной полости – 25% и 19% соответственно [5]. Примерно у 50–70% больных с метастазами в тазовые лимфатические узлы поражены поясничные лимфатические узлы. В отсутствие метастазов в тазовые лимфатические узлы поясничные поражаются редко.

Таким образом, при переходе опухоли на шейку матки, метастазах в яичники, других признаках диссеминации, размерах опухоли более 2 см, инвазии миометрия более чем на половину его толщины, низкодифференцированной аденокарциноме, папиллярном серозном, светлоклеточном или плоскоклеточном раке целесообразно селективное удаление тазовых и поясничных лимфатических узлов. Остальным больным биопсию неуевеличенных лимфатических узлов можно не проводить.

Селективная лимфаденэктомия выполняется следующим образом. Кишечные петли смещают вверх и вправо, к печени. Разрез тазовой брюшины продолжают вдоль общих подвздошных сосудов на дистальный отдел аорты. Острым путем производится удаление клетчатки вдоль нижней полой вены и аорты, отдельных лимфатических узлов вдоль общих подвздошных сосудов, средней трети наружных подвздошных сосудов и клетчатки выше запирательного нерва.

Операция Вертгейма при РТМ I стадии не показана. Она не улучшает выживаемость больных, увеличивая число интраоперационных и послеоперационных осложнений. Эти данные заставили Я.В. Бохмана еще в 1962 г. предложить модификацию расширенной экстирпации матки с придатками для лечения больных РТМ. В отличие от операции Вертгейма во время расширенной экстирпации матки с придатками по Я.В. Бохману не удаляются кардинальные и крестцово-маточные связки, а также верхняя треть влагалища. Отвечая принципам анатомической зональности и подразумевая тотальную тазовую лимфаденэктомию, эта операция сопровождается значительным снижением риска интра- и послеоперационных осложнений и может выполняться пожилым больным.

Интересные данные получены при анализе хирургического лечения РТМ в США и Европе. Так, в США лимфаденэктомия выполняется всем оперируемым больным в 54,2% специализированных клиник и по показаниям еще в 43,5%. В Европе лимфаденэктомия выполняется всем больным РТМ только в 24,4% клиник, в большинстве же других лечебных учреждений она проводится по показаниям [7]. Это объясняется тем, что все следующие за экстирпацией матки манипуляции во время хирургического вмешательства по поводу РТМ, хотя и незначительно, но повышают риск интраоперационных осложнений. В основном, это повреждение внутренних органов при биопсии и кровотечение вследствие ранения сосудов при лимфаденэктомии или биопсии лимфатических узлов. Расширение объема хирургического вмешательства может также повышать риск осложнений последующей лучевой терапии.

Большинство осложнений, возникающих во время абдоминальной экстирпации матки с придатками и селективной лимфаденэктомии, связаны с недостаточной освещенностью, плохой ассистенцией, излишней поспешностью, анатомическими особенностями или поражением соседних органов. Избежать интраоперационных осложнений не может даже самый квалифицированный хирург, хотя тщательное выполнение всех этапов операции и соблюдение хирургической техники позволяют значительно снизить их риск. В связи с этим очень важно уметь вовремя распознать и устранить возникшие осложнения. Ниже мы остановимся на некоторых интраоперационных осложнениях экстирпации матки с придатками и селективной лимфаденэктомии и методах их устранения.

Одно из самых серьезных осложнений – повреждение мочеточника. В связи с высоким риском нарушения функции почки оно более опасно, чем повреждение мочевого пузыря или кишечника. При любых сомнениях следует раскрывать забрюшинное пространство и определять их положение. Предоперационная катетеризация мочеточников малоэффективна. Создавая ложное ощущение безопасности, она увеличивает и без того высокий риск повреждения мочеточников. Чтобы проследить ход мочеточника, находят наружные подвздошные сосу-

ды. Затем, остро разделяя рыхлую соединительную ткань вокруг них, находят бифуркацию общих подвздошных сосудов. Мочеточник обычно пересекает общие подвздошные сосуды именно в области бифуркации, отсюда можно проследить его ход в малом тазу. Если повреждение все же возникло и хирург не владеет хирургической техникой вмешательств на мочеточниках, необходима консультация уролога. При подозрении на перевязку одного из мочеточников в/в вводят 1 ампулу раствора индигокармина, вскрывают мочевой пузырь и наблюдают, из одного или обоих устьев вытекает окрашенная моча. На стороне обструкции моча в мочевой пузырь поступать не будет. Вместо вскрытия мочевого пузыря можно провести интраоперационную цистоскопию. Проподимость мочеточника можно проверить и с помощью мочеточникового катетера. Травма мочеточника требует неотложной помощи. Если повреждение выявлено во время операции, показана одномоментная реконструкция. Если диагноз поставлен через 7–10 сут после операции и нет признаков инфекции или других осложнений, проводят срочную ревизию и восстановление целостности мочеточника. Если повреждение выявлено еще позже и имеются осложнения, повышающие риск реконструктивной операции, выполняют нефростомию. Операция выбора при травме нижней трети мочеточника, которая чаще всего наблюдается при экстирпации матки, – уретероцистонеостомия. По возможности лучше наложить антирефлюксный анастомоз. Если нижняя треть мочеточника перевязана, можно выполнить уретероуретеростомию. При этом накладывают герметичный косой анастомоз без натяжения. Обычно эта операция не представляет сложностей, поскольку мочеточник имеет достаточную длину. Если наложить анастомоз без натяжения не удастся, выполняют пластику мочеточника по методу Боари.

Ранение мочевого пузыря происходит обычно при его отсепаровке от шейки матки и реже – при вскрытии брюшины. Если не вовлечен треугольник мочевого пузыря и большой ране не проводилась лучевая терапия на область малого таза, устранить повреждение несложно. Достаточно наложить один или два ряда узловых швов тонким рассасывающимся шовным материалом. В послеоперационном периоде необходима постоянная катетеризация мочевого пузыря. Ее продолжительность остается предметом споров. Часть хирургов считают, что постоянный катетер должен находиться в мочевом пузыре до исчезновения макрогематурии, т.е. в среднем 48 ч. Сторонники более консервативного подхода считают, что постоянный катетер можно удалять только тогда, когда больная сможет мочиться самостоятельно, и рекомендуют постоянную катетеризацию в течение 3–4 сут. Мы считаем, что мочевой катетер следует оставлять на 10–14 сут. Перед его удалением желательна цистография. При повреждении треугольника мочевого пузыря необходима консультация уролога.

При анализе повреждений желудочно-кишечного тракта отмечается, что чаще всего во время гинекологиче-

ческих операций происходит травма тонкой кишки. Небольшие дефекты серозной или мышечной оболочки ушивают однорядным узловым или непрерывным швом рассасывающимся шовным материалом. При вскрытии просвета кишки накладывают двухрядный шов тем же материалом. Дефект ушивают только в поперечном направлении. При значительном повреждении тонкой кишки выполняют резекцию. Поскольку восходящая ободочная кишка по микрофлоре сходна с тонкой кишкой, ее повреждения ушивают сходным образом. Ранения поперечной ободочной кишки наблюдаются редко, так как она удалена от операционного поля. Повреждения нисходящей ободочной и сигмовидной кишки возникают намного чаще. При повреждении серозной и мышечной оболочек накладывают однорядный непрерывный шов рассасывающимся шовным материалом. При вскрытии просвета толстой кишки и хорошей предоперационной подготовке ее можно ушить как тонкую. В остальных случаях, а также при дефектах более 5 см и излитии содержимого в брюшную полость после ушивания толстой кишки многие авторы рекомендуют накладывать колостому.

Значительное артериальное кровотечение при абдоминальной экстирпации матки чаще всего возникает из яичниковой или маточной артерии. При наложении зажимов на эти сосуды вслепую высок риск повреждения мочеточника. В связи с этим сначала осушают операционное поле, останавливают кровотечение прижатием, а затем под контролем положения мочеточника накладывают зажим на кровотокающую артерию и перевязывают ее. Венозное кровотечение в малом тазу обычно менее интенсивное, но остановить его нередко труднее, чем артериальное. Кровотечение из брюшины и десерозированных поверхностей останавливают прижатием, электрокоагуляцией, применением гемостатических губок, кровотечение из мелких сосудов забрюшинного пространства при забрюшинной лимфаденэктомии – с помощью салфеток, смоченных горячим изотоническим раствором NaCl. Ранение магистральных сосудов во время лимфаденэктомии наблюдается в основном при крупных метастазах в лимфатические узлы, врастающих в сосудистую стенку. При возникновении этого осложнения выполняют сосудистый шов или протезирование сосуда.

Среди послеоперационных осложнений следует отметить вторичные кровотечения, раневую инфекцию, тромбозы вен нижних конечностей, тромбоэмболию легочной артерии, образование мочевых и кишечных свищей, кишечную непроходимость.

Селективная тазовая и поясничная лимфаденэктомия при РТМ практически не влияет на частоту послеоперационных осложнений. Их риск зависит в первую очередь от массы тела и возраста больной, продолжительности операции и хирургической техники. Общая частота всех осложнений после экстирпации матки с придатками с селективной забрюшинной лимфаденэктомией у больных РТМ составляет примерно 20%, около 6% осложнений являются тяжелыми. Специфическим осложнением

лимфаденэктомии является образование лимфатических кист, которые наблюдаются менее чем у 5% больных. По нашему мнению, следует избегать сплошной перитонизации забрюшинного пространства. Это снижает риск образования лимфатических кист, не повышая риска других послеоперационных осложнений. Лимфатическая киста может нагнаиваться, сдавливать мочеточник или подвздошную вену. Пункция и однократное удаление содержимого обычно не устраняют лимфатическую кисту. Более эффективно пункционное дренирование. Если киста не исчезает или рецидивирует, показано хирургическое лечение. Во время операции иссекают часть стенки кисты, а полость прикрывают петлей толстой кишки или большим сальником.

Несколько слов хотелось бы сказать об экстирпации матки с придатками влагалищным доступом и о лапароскопических операциях при РТМ.

При РТМ влагалищная экстирпация матки с придатками выполняется редко. Влагалищный доступ обычно применяют при выраженном ожирении, тяжелых сопутствующих заболеваниях или выпадении матки. Его существенными недостатками являются сложность удаления придатков матки, невозможность ревизии брюшной полости и биопсии лимфатических узлов. Возможность проведения влагалищной экстирпации определяется, прежде всего, подвижностью матки. Если она ограничена, используют другой хирургический доступ. Облегчает выполнение влагалищной экстирпации матки, но не является обязательным условием для этой операции, опущение или выпадение матки. Кроме того, для выполнения влагалищной экстирпации матки необходимо, чтобы угол, образованный лобковыми костями, был не менее 90°, влагалище было широким, а его задний свод – свободным и глубоким. Расстояние между седалищными буграми должно превышать 10 см. Учитывая сказанное выше об определении морфологической стадии, влагалищный доступ при РТМ возможен только при низком риске диссеминации, т.е. при высокодифференцированном РТМ I клинической стадии. Влагалищная экстирпация матки с придатками, безусловно, предпочтительнее сочетанной лучевой терапии, однако, должна выполняться только ограниченной группе больных.

В 1992 г. появилось первое сообщение о лапароскопических операциях при РТМ. Больной была выполнена так называемая лапароскопически-ассистированная экстирпация матки с придатками и биопсия забрюшинных лимфатических узлов. Собственного опыта таких операций мы не имеем. По данным литературы, количество удаленных лимфатических узлов при лапароскопических операциях и операциях абдоминальным доступом не различается. При лапароскопически-ассистированных операциях ниже частота осложнений и меньше длительность пребывания в стационаре. Однако осложнения после лапароскопически-ассистированных операций обычно тяжелее, чем после абдоминальной экстирпации матки [3].

При лапароскопически-ассистированной экстирпации матки выполняют мобилизацию круглых связок и

связок, подвешивающих яичники (воронко-тазовых связок), и иногда лигирование маточных артерий. Все последующие этапы экстирпации матки проводят влагалищным доступом. Достаточно хорошо отработана техника лапароскопической тазовой и поясничной лимфаденэктомии.

Среди осложнений лапароскопических операций следует отметить эмболию углекислым газом, эмфизему большого сальника или брыжеек, подкожную эмфизему, ожоги активным и пассивным электродом, ожоги при изменении направления тока, повреждения магистральных сосудов, сосудов передней брюшной стенки и органов желудочно-кишечного тракта при введении троакаров или иглы для наложения пневмоперитонеума. Другие осложнения – кровотечения, повреждения внутренних органов, осложнения анестезии, тромбоэмболические осложнения, раневая инфекция, пневмония – наблюдаются и после операций абдоминальным доступом. Среди относительных противопоказаний к плановым лапароскопическим операциям следует отметить ожирение II степени, грыжу пищеводного отверстия диафрагмы, пупочную грыжу, операции на органах брюшной полости в анамнезе, инфекции передней брюшной стенки, среди абсолютных – тяжелые заболевания органов дыхания, тяжелые нарушения гемостаза, тяжелые сердечно-сосудистые заболевания и ожирение III степени. Чтобы судить о возможностях широкого внедрения лапароскопических операций при РТМ, нужны крупные клинические исследования.

Отдельно хочется остановиться на хирургическом лечении больных РТМ II клинической стадии. Переход опухоли на шейку матки ухудшает прогноз при РТМ. До операции диагностировать его обычно трудно. Исключение составляют больные с массивным поражением шейки матки. Выскабливание канала шейки матки часто дает ложноположительные и ложноотрицательные результаты. В некоторых случаях информативны УЗИ, гистероскопия, МРТ. Ограниченность литературных данных, касающихся лечения РТМ II морфологической стадии, и отсутствие контролируемых клинических исследований не позволяют рекомендовать четкий план лечения. Можно лишь отметить некоторые принципиальные положения. При РТМ II клинической стадии показано хирургическое лечение. При его планировании следует иметь в виду, что примерно у 30% больных имеются метастазы в тазовые лимфатические узлы. Особое внимание следует уделять диагностике поражения поясничных лимфатических узлов, яичников и диссеминации по брюшной полости, поскольку их частота при II клинической стадии выше, чем при I.

Существуют два подхода к первому этапу лечения РТМ II стадии: операция Вертгейма или сочетанная лучевая терапия с последующей экстирпацией матки с придатками. В нашей клинике традиционно используют первый подход. Среди его преимуществ следует отметить возможность определения морфологической стадии заболевания. Выполнение операции Вертгейма невозможно

у очень пожилых больных, больных с выраженным ожирением и тяжелыми сопутствующими заболеваниями, характерными для РТМ.

У 7–10% больных диагностируется РТМ III клинической стадии. У большинства из них имеются инфильтраты в параметриях, нередко достигающие стенок таза, метастазы в яичники, поражение влагалища, диссеминаты по брюшине малого таза. План лечения больных РТМ III стадии намечается индивидуально. Как правило, лечение начинают с операции. Она позволяет уточнить распространение опухоли и выполнить циторедукцию. Операция на первом этапе обязательна, если при обследовании выявляется объемное образование в области придатков матки. Во время операции выполняют смывы из брюшной полости, селективную забрюшинную лимфаденэктомию (при этом по возможности удаляют все увеличенные лимфатические узлы), множественную биопсию брюшины и резекцию большого сальника, удаляют все объемные образования. Если удаление объемных образований невозможно, производят их биопсию. В отсутствие массивных инфильтратов в параметриях выполняют экстирпацию матки с придатками. Следует стремиться к максимальному уменьшению массы опухоли, поскольку это значительно улучшает прогноз. Результаты комбинированного лечения РТМ III стадии лучше, чем результаты сочетанной лучевой терапии.

РТМ IV клинической стадии диагностируется примерно у 3% больных. Лечение обычно комплексное и включает операцию, лучевую, гормональную или химиотерапию. Цель операции и лучевой терапии – уменьшить выделения из половых органов, нормализовать функцию мочевого пузыря и прямой кишки. В очень редких случаях в отсутствие отдаленных метастазов производится экзентерация малого таза.

Следует сказать несколько слов о хирургическом лечении при прогрессировании РТМ. Прогрессирование возникает приблизительно у четверти больных, лечившихся по поводу РТМ ранних стадий. Более чем в 50% случаев это происходит в первые 2 года после лечения, примерно у 75% – в первые 3 года. Хирургическое лечение при прогрессировании РТМ проводится очень ограниченному числу больных. При рецидиве и метастазах в тазовые лимфатические узлы у ранее не облучавшихся больных проводят лучевую терапию. Есть данные о том, что удаление рецидивной опухоли более 2 см в диаметре перед началом лучевой терапии улучшает результаты лечения, однако, эффективность циторедуктивных операций при прогрессировании РТМ подтверждается не всеми авторами. Если операция все же выполняется, обязательно проводят тщательную ревизию брюшной полости и забрюшинного пространства, поскольку более чем у трети больных обнаруживаются метастазы в верхнем этаже брюшной полости. В отдельных случаях прогрессирования РТМ показанием к операции служит кишечная непроходимость.

Большие рецидивные опухоли с прорастанием в мочевой пузырь или прямую кишку у больных РТМ, пере-

несших лучевую терапию, встречаются очень редко. При них показана лапаротомия и ревизия брюшной полости. В отсутствие диссеминации, в том числе метастазов в тазовые лимфатические узлы, выполняют экзентерацию малого таза. Традиционно считалось, что эта операция не улучшает прогноз при РТМ из-за высокой частоты отдаленных микрометастазов. Однако исследования последних лет опровергли эту точку зрения. Результаты экзентерации малого таза при рецидивах РТМ сравнились с таковыми при рецидивах рака шейки матки, а 5-летняя выживаемость в ведущих мировых онкогинекологических клиниках достигла 40–50%.

Различают переднюю (удаление мочевого пузыря и влагалища с рецидивной опухолью), заднюю (удаление прямой кишки и влагалища с рецидивной опухолью) и тотальную экзентерацию (удаление всех перечисленных органов) малого таза. При задней или тотальной экзентерации накладывают постоянную колостому, сохраняют заднепроходный канал и накладывают наданальный сигмоидальный анастомоз или выполняют брюшно-анальную резекцию прямой кишки. Мочеточники пересекают в мочевой резервуар, который создают обычно из тонкой кишки.

При отборе больных для экзентерации малого таза в первую очередь исключают метастазы. Тщательно пальпируют и выполняют пункцию всех увеличенных лимфатических узлов. Проводят КТ грудной клетки для исключения метастазов в легкие, не выявленных при рентгенографии. КТ брюшной полости позволяет исключить метастазы в печень и поясничные лимфатические узлы. При выявлении подозрительных объемных образований выполняют их пункцию. Если обнаруживают метастазы, операцию на этом заканчивают. При прорастании опухоли стенки таза экзентерация противопоказана. Однако следует помнить, что отличить опухолевую инфильтрацию от лучевого фиброза не под силу даже опытному врачу. Если на основании физикального исследования уточнить распространенность опухоли не удастся, выполняют диагностическую лапаротомию и биопсию параметриев. Триада симптомов – односторонний отек ноги, боль в зоне иннервации седалищного нерва и обструкция мочеточника – почти всегда свидетельствуют о прорастании опухоли стенки таза и невозможности экзентерации. Послеоперационная летальность тем выше, чем старше больные. Больным старше 70 лет экзентерацию выполняют редко. При тяжелых сопутствующих заболеваниях, ограничивающих продолжительность предстоящей жизни, она противопоказана.

Передняя экзентерация малого таза проводится, если опухоль распространяется по передней стенке влагалища. При обследовании обязательно выполняют ректороманоскопию. Однако отсутствие прорастания слизистой оболочки прямой кишки не исключает врастания опухоли в мышечную оболочку, поэтому объем операции окончательно определяется только во время лапаротомии. При распространении опухоли по задней стенке влагалища приходится удалять прямую кишку. Задняя экзентерация

малого таза выполняется при преимущественном поражении задней стенки влагалища без поражения устьев мочеочечников и мочевого пузыря. Тотальная экзентерация малого таза включает обширный промежуточный этап, показана при распространении опухоли на прямую кишку и мочевой пузырь и при значительном вовлечении дистальной части влагалища. Поскольку лимфа от дистальной части влагалища оттекает в паховые лимфатические узлы, перед операцией тщательно оценивают их состояние. Разработка методик постоянного отведения мочи значительно уменьшила физические и психологические неудобства, испытываемые больными, перенесшими экзентерацию малого таза. Качество жизни значительно улучшается в тех случаях, когда удается не только создать мочевой резервуар, но и избежать наложения колостомы. Во время экзентерации малого таза следует всегда стремиться к созданию искусственного влагалища. Это способствует восстановлению тазового дна. Независимо от того, будет создаваться искусственное влагалище или нет, желательно мобилизовать лоскут большого сальника на левой желудочно-сальниковой артерии и использовать его для восстановления тазового дна.

В настоящее время летальность после экзентерации малого таза не превышает 10%. Основные причины смерти больных – сепсис, ТЭЛА и кровотечение. Серьезным

осложнением являются кишечные и мочевые свищи. Летальность при них, несмотря на хирургическое лечение, достигает 30–40%. Риск образования мочевых свищей меньше, если для отведения мочи используют необлученные участки кишки.

При РТМ возможны и паллиативные хирургические вмешательства. Их проводят, когда при диссеминации по брюшной полости возникает кишечная непроходимость или выраженный болевой синдром. Показания к таким операциям определяются индивидуально. При этом учитывают общее состояние больной и продолжительность предстоящей жизни. Выполняют минимальное вмешательство, устраняющее причину непроходимости или болевого синдрома и сопровождающееся наименьшим риском осложнений. Попытки радикального хирургического лечения при диссеминации по брюшной полости не оправданы.

Пятилетняя выживаемость при всех стадиях РТМ составляет 73%, в том числе 82% при I и 65% – при II клинической стадии. Пятилетняя выживаемость при I морфологической стадии РТМ колеблется от 94% при Ia до 79% при Ic стадии. Предполагается, что широкое внедрение в клиническую практику определения морфологической стадии опухоли и связанное с этим расширение объема хирургического вмешательства позволят более четко определять показания к адьювантному лечению.

Литература

1. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. – Л.: Медицина, 1989. – 463 с.
2. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2000 г. – М., 2002. – 281 с.
3. Voike G., Lurain J., Burke J. A comparison of laparoscopic management of endometrial cancer with traditional laparotomy // Gynecol. Oncol. – 1994. – Vol. 52. – P. 105.
4. Burke T.W., Eifel P.J., Muggia F.M. Cancers of the Uterine Body // Cancer: Principles and Practice of Oncology (6th ed.). – Lippincott Williams & Wilkins, 2001.
5. Creasman W.T. et al. Surgical pathologic spread patterns of endometrial cancer // Cancer. – 1987. – Vol. 60. – P. 2035–2041.
6. Lurain J.R. Uterine Cancer // Novak's Gynecology (12th ed.). – Williams & Wilkins, 1996. – P. 1057–1092.
7. Maggino T. et al. An analysis of approaches to the management of endometrial cancer in North America: a CTF study // Gynecol. Oncol. – 1998. – Vol. 68. – P. 274–279.

Поступила в редакцию 05.03.2004 г.