

УДК 618.12

А.И. Ищенко,

д.м.н., профессор, директор НОКЦ «Женское здоровье», заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 1 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

А.А. Ищенко,

к.м.н., ведущий научный сотрудник НОКЦ «Женское здоровье» Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Я.Р. Мальшева,

аспирант кафедры акушерства и гинекологии № 1 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

А.В. Кочатков,

д.м.н., руководитель центра онкоколопроктологии отделения онкологии хирургического профиля ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава РФ

A.I. Ishchenko,

MD, prof., Director of the SCC «Women's Health», head of the chair of obstetrics and gynecology № 1 of the I.M. Sechenov First MSMU

A.A. Ishchenko,

PhD, leading researcher of the SCC «Women's Health» of the I.M. Sechenov First MSMU

Ya.R. Malysheva,

post-graduate of the chair of obstetrics and gynecology № 1 of the I.M. Sechenov First MSMU

A.V. Kochatkov,

MD, head of the Department of Oncology Surgical Center FSAI «Medical Rehabilitation Center» of the Health Ministry of Russia

ОПЫТ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

THE EXPERIENCE OF ORGAN-PRESERVING TREATMENT OF CERVICAL CANCER

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Анатолий Иванович Ищенко, профессор, директор НОКЦ «Женское здоровье», заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 1
Адрес: 117463, г. Москва, Новоясеневский пр-кт, д. 32.
Телефон: 8 (495) 622-96-53
E-mail: chushkov@mmascience.ru
Статья поступила в редакцию: 24.12.2015
Статья принята к печати: 26.12.2015

CONTACT INFORMATION:

Anatoly Ivanovich Ishchenko,
Address: 32 Novoyasenexsky ave., Moscow, 117463
Tel.: 8 (495) 622-96-53
E-mail: chushkov@mmascience.ru
The article received: 24.12.2015
The article approved for publication: 26.12.2015

Аннотация. В статье проанализированы результаты органосохраняющего лечения пациенток, страдающих раком шейки матки. На основании данных литературы и собственных результатов делается вывод, что органосохраняющее лечение ранней онкологической патологии шейки матки позволяет не только излечивать пациента, но и способствует полноценной медицинской и социальной реабилитации женщины.

Annotation. The article analyzes the results of organ-preserving treatment of patients suffering from cancer of the cervix. On the basis of literature data and own results it is concluded that conserving therapy of early cervical cancer pathology not only cures the patient, but also contributes to a full medical and social rehabilitation of a woman.

Ключевые слова. Гинекология, акушерство, рак шейки матки.

Keywords. Gynecology, obstetrics, cancer of the cervix.

ВВЕДЕНИЕ

Рак шейки матки (РШМ) до сегодняшнего дня остается одной из самых актуальных проблем в структуре онкологических заболеваний у женщин, занимая третье место и уступая лишь раку эндометрия и раку яичников. При этом в возрастной

группе 15–39 лет рак шейки матки занимает первое место, а также является самой частой причиной смерти от онкологических заболеваний в развивающихся странах [3]. По данным ВОЗ ежегодно в мире РШМ заболевает около 500 тыс. женщин, ежегодно умирает более 200 тыс. женщин. Высоким остается показатель летальности, в первый год после вери-

фикации диагноза (20,9%), что свидетельствует о поздней диагностике рака шейки матки и не всегда адекватном лечении [4].

В России РШМ занимает 2-е место после рака эндометрия, среди онкологических заболеваний женской репродуктивной системы и 6-е в структуре заболеваемости женщин злокачественными новообразованиями. На ранних стадиях РШМ, по данным разных авторов, выявляют у 15,8% первичных больных, запущенный РШМ стадий III–IV — у 39,5% заболевших. Стандартизованный показатель заболеваемости в России в 2008 году составил 12,84 случаев на 100 тыс. женского населения в год [1]. Пик заболеваемости приходится на возраст 40–50 лет. По отношению к 2007 г., в 2012 г. прирост абсолютного числа заболевших раком шейки матки составил 12,2 %. В России в возрастной группе 15–39 лет доля рака шейки матки среди всех злокачественных новообразований была максимальной (21,9%); в возрастной группе 40–54 года она составила 9,7% (2-е место после рака молочной железы) [14].

Основными методами лечения рака шейки матки являются: хирургический (пангистерэктомия), химио-лучевая терапия и их комбинации, что, естественно, приводит к утрате репродуктивного здоровья. В последнее время в связи с совершенствованием профилактической работы в женских консультациях, с широким внедрением скрининговых программ, а также усовершенствованием методов диагностики, все чаще рак шейки матки выявляется на ранних стадиях. И одним из наиболее значимых достижений в области онкогинекологии, является разработка и внедрение в практику новых подходов к лечению рака шейки матки, направленных на сохранение репродуктивной функции пациенток. В органосохраняющем лечении начальных форм РШМ активно используется ампутиация (конизация) шейки матки. Обоснованием возможности использования ампутиации в лечении микроинвазивного РШМ (IA1 стадии) является ограниченный метастатический потенциал опухоли. С увеличением глубины инвазии происходит вовлечение в процесс лимфоваскулярного пространства и возрастает риск метастазирования в тазовые лимфатические узлы [10].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализировать результаты органосохраняющего лечения пациенток, страдающих раком шейки матки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За период с 2011 по 2014 г. в гинекологическом отделении ФГАУ «ЛРЦ» Минздрава России пролечена 81 пациентка со злокачественным новообразованием шейки матки.

У 21 пациентки проведено органосохраняющее лечение. Средний возраст пациенток составил $35 \pm 2,4$ года. Из анамнеза: средний возраст наступления менархе — 13 лет, менструации были регулярными; у 12 пациенток частично реализована репродуктивная функция (1 и более родов), беременности не закончились родами у 5. У 8 пациенток в анамнезе неоднократное лечение эрозии шейки матки, у 20 — ассоциация текущего заболевания с ВПЧ онкогенного типа.

Основным критерием включения в исследование являлась глубина инвазии опухоли. 19 пациенткам поставлен клинический диагноз «рак in situ шейки матки». Основанием для этого послужили данные цитологического и гистологического исследований, УЗИ и МРТ с контрастированием органов малого таза. У 1 пациентки был диагностирован рак шейки матки T1b1 стадии, еще у одной — T1a1 стадии. При МРТ органов малого таза у 19 пациенток структура шейки матки сохранена, верифицированный рак шейки матки (гистологически) без признаков параметральной, влагалищной инвазии и инвазии в тело матки, лимфоузлы по ходу наружных подвздошных сосудов с сохраненной структурой. У 2-х пациенток — МР- признаки верифицированного рака шейки матки (участок промежуточного МР-сигнала диаметром 3 мм и 7 мм, расположенный в слизистой оболочке ц/канала, ближе к наружному зеву, глубина инвазии составила до 3 и 7 мм соответственно).

С учетом глубины инвазии пациенткам выполнялись следующие объемы оперативного лечения. 18 пациенткам выполнена ампутиация шейки матки по Штурмдорфу. Влагалищная трахелэктомия с лапароскопической тазовой лимфодиссекцией — 2 пациенткам. В одном наблюдении ампутиация шейки матки совмещена с миомэктомией лапаротомным доступом. У 18 пациенток оперативное вмешательство проводилось под СМА, у 3 — под комбинированной общей анестезией.

Ампутация шейки матки во всех наблюдениях выполнялась по методике предложенной А. Штурмдорфом [15].

Среди основных технических моментов можно выделить следующие: из шейки матки вырезается часть в виде конуса с основанием к области наружного зева и окружающих его тканей, а верхушкой — в глубине цервикального канала после чего производится круговой разрез на влагалищной части шейки матки на 0,5 см выше пораженного участка и круговыми движениями углубляется по направлению к внутреннему зеву. Слизистая оставшейся части шейки матки вокруг раны отсекается на 1–2 см, чтобы ее можно было подтянуть в глубину цервикального канала. При ушивании первый шов накладывается на переднюю губу: отступив 0,5 см от края шов проводится через переднюю губу со стороны влагалищной поверхности, а второй конец

лигатуры также на расстоянии 1–1,5 см от первого, затем оба конца лигатуры поочередно проводятся со стороны слизистой цервикального канала с выколом позади первых вколов (вблизи мочевого пузыря!) на расстоянии 1,5–2 см. При завязывании лигатуры отсепаарованная слизистая влагалищной части шейки матки подтягивается к цервикальному каналу, покрывая при этом раневую поверхность передней части воронки. После этого такой же шов накладывается на нижний край раневой воронки, но в обратном направлении [8].

При влагалищной трахелэктомии шейка матки отсекалась на уровне внутреннего зева и удалялась вместе с окологеечной клетчаткой и влагалищной манжетой, после чего формировался влагалищно-маточный анастомоз. Затем вторым этапом производилась лапароскопическая лимфаденэктомия.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средняя продолжительность ампутации шейки матки по Штурмдорфу составила $31 \pm 5,4$ мин., трахелэктомии с лапароскопической тазовой лимфодиссекцией – 82 мин., время выполнения миомэктомии лапаротомическим доступом и ампутации шейки матки – 80 мин.

Средняя кровопотеря составила 75 ± 25 мл. Послеоперационный период у всех пациенток протекал гладко и без осложнений. Болевой синдром был не выражен и купировался анальгетиками.

По данным лабораторных исследований (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический скрининг) изменение показателей в пределах нормы. При контрольных УЗИ органов малого таза – эхографическая картина в пределах нормы. Нахождение под наблюдением в послеоперационном периоде в стационаре составило в среднем 3,2 койко-дня.

По результатам гистологического исследования: край резекции шейки матки без признаков опухолевого роста, опухолевых эмболов в кровеносных и лимфатических сосудах нет. В исследованных лимфатических узлах роста опухоли не обнаружено ни в одном наблюдении.

Период наблюдения за пациентками составил от 6 мес. до 4 лет в среднем 2,5 года. После органосохраняющего лечения менструальная функция восстановилась у всех пациенток в течение 2 мес. Контрольное обследование проводилось через 3–6–9–12–18–24–48 мес. и включало в себя лабораторные исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический скрининг, гормональный профиль на 2–5 день менструального цикла), УЗИ и МРТ с контрастированием органов малого таза, а также кольпоскопию и цитологическое исследование мазков.

Продолженного роста опухоли ни у одной пациентки не выявлено, л/у в малом тазу не увеличены. Рост эндометрия циклический, овуляторная функция сохранена, гормональный фон в норме. При контрольной кольпоскопии культи шейки матки во всех наблюдениях сформирована, без йод-негативных участков. Контрольные мазки на онкоцитологию – без атипии.

Выполнение органосохраняющих операций при своевременно диагностированном раке шейки матки является альтернативой пангистерэктомии и химио-лучевой терапии, позволяющей сохранить репродуктивную функцию. В результатах исследования, опубликованных институтом Герцена, при анализе 700 случаев органосохраняющего лечения РШМ беременность наступила у 140 женщин. Родами закончились 29,6% беременностей [11]. По данным многочисленных исследований, при адекватной диагностике частота рецидивов РШМ после ампутации шейки матки или трахелэктомии колеблется в пределах 3–5% [12]. Эти показатели сравнимы с результатами расширенной экстирпации матки. Анализ причин рецидивов указывает на то, что наиболее значимыми факторами риска являются размер опухоли, глубина стромальной инвазии (более 1 см), неплюскоклеточный РШМ и вовлечение лимфоваскулярного пространства [10]. Летальность при выполнении радикальной трахелэктомии составляет от 2,5 % до 3,2% [12].

В настоящее время радикальная трахелэктомия выполняется в двух основных вариантах: радикальная вагинальная трахелэктомия (РВТ) и радикальная абдоминальная трахелэктомия (РАТ). В зарубежной литературе преобладают сообщения, касающиеся применения РВТ, однако ряд исследователей приводят данные о выполнении радикальной трахелэктомии из абдоминального доступа. В качестве преимуществ радикальной абдоминальной трахелэктомии (РАТ) указывается на большую степень радикализма, достигаемого при удалении парацервикальной и паравагинальной клетчатки.

Стоит отметить, что после выполнения органосохраняющих операций на шейки достаточно часто, при наступлении беременности могут возникать осложнения, такие как преждевременные роды и выкидыши. Они остаются одной из основных проблем, связанной с беременностью, так как сохраняется высокая частота преждевременных родов, предполагаемыми причинами которых являются повышение риска инфицирования и ИЦН. Кроме того, снижение маточного кровотока за счет рассечения маточных артерий во время операции может быть причиной развития преждевременных родов [13]. Однако при тщательном ведении беременности у пациенток перенесших органосохраня-

ющее лечение РШМ и использовании современных репродуктивных технологий в большинстве случаев удается доносить беременность и родоразрешить женщину.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Рак шейки матки представляет серьезную угрозу для жизни больной. Основным методом лечения на ранних стадиях в настоящее время являются хирургические операции, а максимально ранняя диагностика позволяет сохранить репродуктивную функцию женщины. Поэтому, при условии своевременного выявления и лечения, рак шейки матки — одно из наиболее успешно предупреждаемых и излечиваемых злокачественных новообразований. Таким образом, на основании данных литературы и собственных результатов можно сделать вывод, что органосохраняющее лечение ранней онкологической патологии шейки матки позволяет не только излечить пациентку, но и способствует полноценной медицинской и социальной реабилитации женщины.

Список литературы

1. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2008 году (заболеваемость и смертность). М. ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий». 2010. 256 с. [Chissov V.I., Starinsky V.V., Petrova G.V. Malignancies in Russia in 2008 (morbidity and mortality). M. FSU «MSRI named after P.A. Gertsen Rosmedtekhнологij». 2010. 256 p.]
2. Dargent D., Brun J.L., Roy M. et al. Pregnancies following radical trachelectomy for invasive cervical cancer // *Gynecol. Oncol.* 1994; 52: 105.
3. Jemal A., Siegel R., Ward E. et al. Cancer Statistics, 2008. CA Cancer // *J. Clin.* 2008; 58: 71–96.
4. Всемирная организация здравоохранения. Комплексная борьба с раком шейки матки: краткое практическое руководство. 2010 г. [World Health Organisation. Integrated fight against cervical cancer: a brief practical guide. 2010.]
5. Морхов К.Ю., Нечушкина В.М., Кузнецов В.В. Актуальные вопросы хирургического лечения рака шейки матки // *Практическая онкология.* 2009; 10(2): 93–100. [Morkhov K.Yu., Nechushkina V.M., Kuznetsov V.V. Topical issues of surgical treatment of cervical cancer // *Prakticheskaya onkologiya.* 2009; 10(2): 93–100.]
6. Давыдов М.И., Летагин В.П., Кузнецов В.В. Опухоли женской репродуктивной системы. 2007: 197–215. [Davydov M.I., Letyagin V.P., Kuznetsov V.V. Tumors of the female reproductive system. 2007: 197–215.]
7. Новикова Е.Г., Антипов В.А., Ронина Е.А. и др. Радикальная абдоминальная трахелэктомия // *Российский онкологический журнал.* 2010; 1: 8–14. [Novikova E.G., Antipov V.A., Ronina E.A. et al. Radical abdominal trachelectomy // *Rossiyskiy onkologicheskyy zhurnal.* 2010; 1: 8–14.]
8. Дуда В.И., Дуда И.В. Гинекология. 2004. [Duda V.I., Duda I.V. Gynecology. 2004.]
9. Цвелев Ю.В., Karl Shroeder (1838–1887) «Изумительная сила ума и свежесть мысли...» // *Журнал акушерства и женских болезней.* Т. LVI. Вып. 2/2007. [Tsvelev Yu.V., Karl Shroeder (1838–1887) «The amazing power of the mind and fresh ideas...» // *Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznej.* V. LVI. 2/2007.]
10. Антипов В.А., Новикова Е.Г., Балахонцева О.С. Радикальная трахелэктомия: обоснованность или неуверенность? ФГУ Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена Росздрава, Москва, Российская Федерация. [Antipov V.A., Novikova E.G., Balakhontseva O.S. Radical trachelectomy: validity or uncertainty? FSI Moscow Research Institute of Oncology Medical University named after P.A. Gertsen, Moscow, Russian Federation.]
11. Новикова Е.Г., Антипов В.А., Демидова Л.В. и др. Органосохраняющее и функционально щадящее лечение при раке шейки матки. МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва. [Novikova E.G., Antipov V.A., Demidova L.V. et al. Organ and functionally sparing treatment for cervical cancer. FSI Moscow Research Institute of Oncology Medical University named after P.A. Gertsen, Moscow.]
12. Gizzo S., Ancona E., Saccardi C. et al. Radical trachelectomy: the first step of fertility preservation in young women with cervical cancer (Review) // *Oncol. Rep.* 2013; 30: 2545–2554; Lu Q., Zhang Y., Liu C. et al. Total laparoscopic radical trachelectomy in the treatment of early squamous cell cervical cancer: a retrospective study with 8-year follow-up // *Gynecol. Oncol.* 2013; 130: 275–279.
13. Kim J.H., Park J.Y., Kim D.Y. et al. Fertility-sparing laparoscopic radical trachelectomy for young women with early stage cervical cancer // *BJOG.* 2010; 117: 340–347.
14. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2012 г. 2014; 64 с. [Davydov M.I., Aksel E.M. Statistics of malignant tumors in Russia and the CIS in 2012. 2014; 64 p.]
15. Чухриенко Д.П., Люлько А.В., Романенко Н.Т. Атлас урогинекологических операций 1981 г. [Chukhrienko D.P., Lyulko A.V., Romanenko N.T. Atlas of urogynaecological operations in 1981.]