

Радикальная абдоминальная трахелэктомия при раке шейки матки

Начиная с 2006 г. в отделении онкогинекологии Национального института рака МЗ Украины успешно проведено 17 органосохраняющих операций, позволяющих полностью сохранить репродуктивную функцию у пациенток, страдающих раком шейки матки. Операции выполнили заведующая научно-исследовательским отделением онкогинекологии Национального института рака МЗ Украины, доктор медицинских наук, профессор Людмила Ивановна Воробьева, а также ведущий научный сотрудник института, кандидат медицинских наук Валентин Станиславович Свинцицкий.

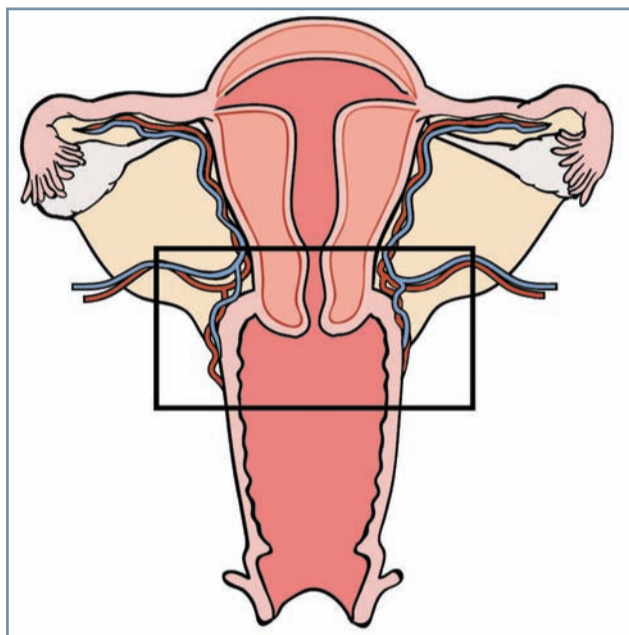


Рис. 1. Радикальная абдоминальная трахелэктомия. Схематически показан объем удаляемых тканей

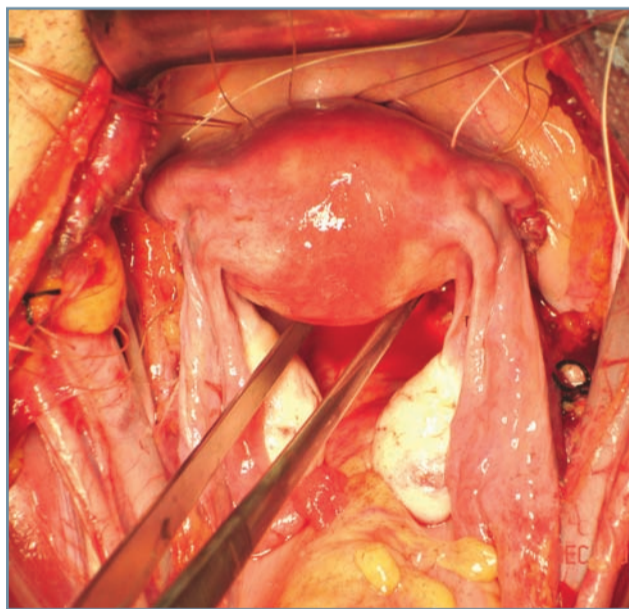


Рис. 2. Во время операции



Рис. 3. Через 1 год после операции

Для справки

Рак шейки матки (РШМ) занимает одну из ведущих позиций в структуре онкогинекологической патологии. По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируется 500 тыс. новых случаев РШМ, 250 тыс. женщин умирают от этого заболевания. Особую проблему представляет заметный рост заболеваемости среди молодых женщин, не успевших реализовать генеративную функцию.

Первую радикальную абдоминальную гистерэктомию по поводу РШМ провел австрийский гинеколог Эрнст Вертгейм (Ernst Wertheim) в 1898 г. В настоящее время операция Вертгейма (общепринятое название радикальной гистерэктомии) является стандартным методом лечения РШМ. Вместе с тем традиционное лечение сопровождается рядом осложнений со стороны разных органов и систем, инвалидностью, потерей способности к деторождению вследствие утраты репродуктивных органов, а также снижением качества жизни. В связи с этим крайне актуальны разработка и внедрение методов лечения РШМ, позволяющих сохранить фертильность женщины при минимальном риске рецидива.

В течение последних 20 лет в мире интенсивно разрабатываются методы органосохраняющей терапии онкозаболеваний женской репродуктивной системы. Однако, несмотря на большое количество предложенных методов, до настоящего времени не существует единого мнения относительно планирования такого лечения, что связано с высоким риском рецидива опухоли. В данном случае важен функциональный подход, поскольку сохранение органа репродуктивной системы не обязательно сохраняет фертильность, но может увеличивать риск рецидива заболевания.

На сегодняшний день описано несколько видов хирургических вмешательств у больных начальным и инвазивным РШМ: радикальная вагинальная трахелэктомия, радикальная абдоминальная трахелэктомия (РАТ), лапароскопическая абдоминальная трахелэктомия, а также глубокая ножевая эксцизия и лимфаденэктомия [1].

Одним из наиболее перспективных методов у женщин репродуктивного возраста является применение органосохраняющего лечения путем РАТ. Значительный опыт таких операций накоплен английскими специалистами: обобщены результаты проведения РАТ у 123 женщин с начальными формами заболевания. За 45 мес наблюдения рецидивы РШМ выявлены у 3 пациенток; за данный период отмечено 55 беременностей у 26 женщин, родилось 28 детей (7 из них – в сроки 31-37 нед) [2]. Известны случаи, когда хирургическое лечение дополнялось индукционной химиотерапией с применением препаратов платины [3].

В настоящее время предложены следующие критерии для проведения РАТ:

- РШМ, характеризующийся экзогенным ростом (по данным кольпоскопии);
- диаметр опухоли ≤ 2 см;
- отсутствие аденокарциномы;
- клиническая стадия IA2 или IB;
- отсутствие метастатического поражения тазовых лимфатических узлов;
- отсутствие поражения капиллярного пространства;
- фертильный возраст пациентки, ее желание иметь детей [4, 5].

Следует отметить, что в случае беременности такие женщины автоматически относятся к группе высокого риска и требуют тщательного медицинского наблюдения в течение всего срока гестации. Беременным после трахелэктомии накладывают шов по Широдкару, впоследствии выполняют кесарево сечение при доношенной беременности.

Ежегодно в мире у 10-40 тыс. беременных впервые выявляется РШМ. Стандартное лечение, назначаемое в данном случае, приводит к потере плода и невозможности иметь детей в будущем. По данным зарубежных авторов, в некоторых случаях возможно выполнение радикальной абдоминальной трахелэктомии. Так, при выполнении РАТ 2 из 5 беременных смогли родить здоровых детей [6].

Клинический случай

Пациентка в возрасте 21 года обратилась на обследование в Национальный институт рака МЗ Украины. Гистологическое исследование показало наличие плоскоклеточной карциномы шейки матки; клиническая стадия IB1. В связи с небольшим размером опухоли и молодым возрастом пациентки было принято решение о проведении РАТ.

РАТ включала тщательную тазовую лимфодиссекцию, абдоминальную экстирпацию шейки матки, параметрэктомия с интраоперационным срочным гистологическим исследованием лимфатических узлов и гистологических срезов шейки матки, а также формирование маточно-вагинального анастомоза, который позволяет, не уменьшая радикализма операции, полностью сохранить репродуктивную функцию женщины детородного возраста. Продолжительность вмешательства составила 130 мин. Операция прошла успешно, отмечен меньший объем кровопотери, чем в случае классической гистерэктомии по Вертгейму (в среднем 270 ± 50 мл). Послеоперационный период протекал без осложнений, продолжительность госпитализации составила 12 дней.

В послеоперационном периоде пациентке были назначены низкодозированные оральные контрацептивы. Рекомендованы врачебные осмотры каждые 3 мес в течение первых 2 лет, затем каждые полгода в течение 3 лет, далее ежегодно. При каждом визите в течение первого года после операции проводили цитологическое исследование, кольпоскопию, физикальное обследование, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, исследование маркера плоскоклеточной карциномы SCC. Критериями эффективности проведенного лечения послужили отсутствие у пациентки признаков прогрессирования заболевания, восстановление менструальной функции, сохранение способности к деторождению.

Таким образом, опыт проведения РАТ, накопленный в отделении онкогинекологии Национального института рака МЗ Украины, подтверждает ее целесообразность у пациенток фертильного возраста с ранними стадиями РШМ. Указанные вмешательства проводились у женщин в возрасте 21-30 лет. До настоящего времени рецидивов у прооперированных больных не выявлено, у всех женщин наблюдается восстановление нормального менструального цикла. Отмечено, что данный метод лечения дает возможность улучшить психоэмоциональное состояние и качество жизни пациенток, снижает продолжительность послеоперационной реабилитации. Наибольшая продолжительность наблюдения после оперативного вмешательства превышает 26 мес.

Литература

1. Schlaerth J.B., Spirtos N.M., Schlaerth A.C. Radical trachelectomy and pelvic lymphadenectomy with uterine preservation in the treatment of cervical cancer. Am. J. Obstet Gynecol January 2003; 188: 29-34.
2. Shepherd J.H., Spencer C., Herod J. et al. Radical vaginal trachelectomy as a fertility-sparing procedure in women with early-stage cervical cancer – cumulative pregnancy rate in a series of 123 women. BJOG 2006; 113(6): 719-724.
3. Plante M., Renaud M.C., Francois H. et al. Vaginal radical trachelectomy: a safe fertility-preserving surgery. An updated series of 72 cases and review of the literature. Gynecol Oncol 2004; 94 (3): 611-613.
4. Cibula D., Ungar L., Palfalvi L. et al. Laparoscopic abdominal radical trachelectomy. Gynecol Oncol 2005; 97(2): 707-709.
5. Roy M., Plante M. Pregnancies after radical vaginal trachelectomy for early stage cervical cancer. Am. J. Obstet Gynecol 1998; 179: 1491-1496.
6. Ungar L., Smith J.R., Palfalvi L., Del Priore G. Abdominal radical trachelectomy during pregnancy to preserve pregnancy and fertility. Obstet Gynecol 2006 Sep; 108(3Pt2): 811-814.

Подготовила Катерина Котенко