

УДК 618.146-106.6-1203.217-122.1-08.1652.6

**УРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
РАКА ШЕЙКИ МАТКИ****А.А.Цатурян, Г.А.Джилавян***/Онкологический научный центр им. В.А.Фанарджяна/
375052 Ереван, Канакер, ул. Фанарджяна, 76*

Ключевые слова: рак шейки матки, хирургическое лечение, урологические осложнения, профилактика

Хирургическое лечение Ia и Ib стадий рака шейки матки (операция Вертгейма) включает пангистерэктомию с региональной лимфаденэктомией, удалением связочного аппарата матки на уровне стенок таза и влагалища до средней трети. В онкогинекологической практике данная операция относится не только к одним из самых эффективных, но и к наиболее сложным и травматичным оперативным вмешательствам, чреватых различного рода интра- и послеоперационными осложнениями. Частота серьезных послеоперационных осложнений у больных раком шейки матки, по данным литературы, составляет 29 – 87% [5,9,13].

Урологические осложнения, включающие дисфункции мочевого пузыря, циститы, различного рода мочеполовые свищи, стенозы и стриктуры мочеточников, гидроуретеронефроз с нарушением функции мочеотделения, являются наиболее серьезными послеоперационными осложнениями, которые могут привести к смерти больной, по сути дела излеченной от рака [2,3,10,11]. Сообщения ряда авторов свидетельствуют о весьма высоком проценте данных осложнений (25–83%) [7,12–14]. Наиболее частыми из них являются дисфункции мочевого пузыря – 14–60%, инфекции мочевыводящих путей – 5–21%, пузырно-влагалищные свищи – 2–8%, стенозы мочеточников – 2–4%, мочеточниково-влагалищные свищи – 6–30% [4,6,16].

Во избежание непредвиденных интра- и послеоперационных урологических осложнений необходимо проведение предоперационного обследования мочевыделительной системы, включающего хромоцистоскопию, экскреторную урографию, сонографию, радиоизотопную ренографию [8,15].

Необходимо отметить, что работ по анализу причин возникновения урологических осложнений крайне мало. Настоящее исследование посвящено изучению частоты урологических осложнений в зависимости от ряда факторов, а также методов их лечения и профилактики.

Материал и методы

Аналізу подвергнуты данные 403 больных с гистологически доказанным раком шейки матки, которым в онкогинекологическом отделении ОНЦ МЗ РА произведена операция Вертгейма. Послеоперационные осложнения со стороны мочеиспускания – атонии мочевого пузыря различной степени тяжести были наиболее частыми и

встречались почти у всех оперированных больных. Циститы возникли у 31 больной (7,7%), мочеточниково-влагалищные свищи – у 14 больных (3,5%), пузырно-влагалищные свищи – у 5 больных (1,2%). Частота возникновения урологических осложнений анализировалась нами в зависимости от ряда факторов – возраста, давности заболевания, наличия спаечного процесса, стадии и анатомической формы роста опухолевого процесса, гистотипа, инфильтрации связочного аппарата матки, распада и инфицирования опухоли, способа ушивания культи влагалища и наличия предоперационной лучевой терапии. В результате анализа выделены факторы, оказывающие статистически достоверное влияние на частоту того или иного осложнения и выработаны меры по профилактике этих осложнений.

Результаты и обсуждение

Атонии мочевого пузыря являются почти неотъемлемой частью послеоперационного периода у больных, подвергшихся операции Вертгейма. Данное осложнение объясняется особенностями операции Вертгейма, во время которой приходится: а) отсепаровывать мочевой пузырь почти до нижней трети влагалища с целью радикального удаления влагалищной трубки; б) пересекать кардинальные связки, через которые проходит иннервация мочевого пузыря, у стенок таза с целью радикального удаления связочного аппарата. Указанные два этапа операции в основном и вызывают атонию мочевого пузыря различной степени тяжести. Обычно указанное состояние со временем восстанавливается, однако для этого требуется длительная катетеризация мочевого пузыря, назначение препаратов, восстанавливающих иннервацию мочевого пузыря и его сократительную способность, эвакуация остаточной мочи после восстановления самостоятельного мочеиспускания до тех пор, пока количество остаточной мочи в мочевом пузыре не будет равняться 50,0 мл.

Возникновение *циститов* после операции Вертгейма, по мнению ряда авторов, объясняется двумя причинами: во-первых, в послеоперационном периоде в результате развивающейся атонии мочевого пузыря необходима длительная катетеризация мочевого пузыря, что может привести к развитию данного осложнения в результате восходящей инфекции; во-вторых, при операции Вертгейма даже при самом бережном отношении к тканям неизбежно некоторое травмирование мочевого пузыря вследствие необходимости его глубокой отсепаровки от шейки матки и стенки влагалища. Однако объяснение возникновения осложнения лишь этими факторами, безусловно решающими, нам кажется недостаточным. Анализ частоты возникновения послеоперационных циститов в зависимости от ряда факторов, характеризующих особенности проведенного лечения, опухолевого роста, организма больной, позволил выделить два из них, достоверно влияющих на возникновение данного осложнения – возраст и наличие предоперационной лучевой терапии.

В частности, если у больных до 40 лет послеоперационные циститы встречались в 5,2% случаев, в возрасте от 40–60 лет этот показатель составляет 8,1%, а у больных свыше 60 лет частота послеоперационных циститов составила 18,8%. Таким образом, с увеличением возраста больных отмечается тенденция к возрастанию послеоперационных циститов.

Влияние предоперационной лучевой терапии на частоту возникновения послеоперационных циститов отражено в табл. 1.

Таблица 1

Частота послеоперационных циститов в зависимости от проведенной предоперационной лучевой терапии

Предоперационная лучевая терапия	Число оперированных больных		Циститы			
			отсутствовали		образовались	
	абс.	%±m	абс.	%±m	абс.	%±m
Все градации, в т.ч.	403	100	372	92,3±1,3	31	7,7±1,3
Не проведена	383	95,0±1,1	359	93,7±1,2	24	6,3±1,2
Проведена	20	5,0±1,1	13	65,0±10,9	7	35,0±10,9

Данные таблицы свидетельствуют, что в группе больных, которым операция выполнена в качестве I этапа комбинированного лечения, частота циститов была в 5,6 раза ниже чем у больных, которым до операции проведено лучевое лечение ($P<0,05$). Данное обстоятельство объясняется тем, что после операции нарастают явления постлучевого цистита, усугубившегося операционной травмой. Помимо этого, после лучевого лечения при операции всегда приходится манипулировать в области инфильтрированной пузырно-маточной складки, повышающей травматичность операции.

Мероприятия по предупреждению послеоперационных циститов должны включать: минимальную травматизацию мочевого пузыря во время операции; катетеризация мочевого пузыря должна производиться не более 7 суток—чем дольше катетер остается в мочевом пузыре, тем больше вероятность развития послеоперационных циститов; при наличии факторов риска в отношении развития циститов необходима инстиляция мочевого пузыря 1% раствором диоксида от 10 до 30 минут ежедневно в течение 10 дней. Параллельно таким больным целесообразно назначение уросептиков.

Мочеточниково-влагалищные свищи относятся к одним из наиболее грозных осложнений, возникающих после операции Вертгейма. Нами установлено, что единственным фактором, достоверно влияющим на частоту возникновения данного осложнения, является стадия заболевания (табл. 2).

Таблица 2

Частота мочеточниково-влагалищных свищей в зависимости от стадии заболевания

Стадия	Число оперированных больных		Мочеточниково-влагалищные свищи			
			отсутствовали		образовались	
	абс.	%±m	абс.	%±m	абс.	%±m
Все градации, в т.ч.	403	100	389	96,5±0,9	14	3,5±0,9
I	293	72,7±2,2	291	99,3±0,5	2	0,7±0,5
II	83	20,6±2,0	78	94,0±2,6	5	6,0±2,6
III	27	6,7±1,2	20	74,1±8,6	7	25,9±8,6

Как видно из табл. 2, при I стадии заболевания частота свищей была минимальной. У больных, оперированных по поводу II стадии, частота данного осложнения

возрастает в 8,6 раза, а при III стадии риск возникновения мочеточниково-влагалищных свищей по сравнению с больными II стадии заболевания повышается в 4,3 раза ($P < 0,05$).

Таким образом, поздние стадии заболевания могут рассматриваться как фактор риска, значительно повышающий вероятность возникновения послеоперационных мочеточниково-влагалищных свищей. При ранних же стадиях заболевания возникновение данного осложнения объясняется косвенным повреждением мочеточников, возникающим в результате чрезмерной их скелетизации, ведущей к трофическим нарушениям. Аналогичные последствия могут быть также результатом сдавления мочеточника, оказываемым периуретеральным отеком, равно как послеоперационными гематомами или гнойными затеками.

Комплекс мероприятий по профилактике мочеточниково-влагалищных свищей должен включать щадящую технику операции на этапе скелетизации мочеточников, борьбу с развитием воспалительных процессов в параметриях и обеспечение полного гемостаза, стентирование мочеточников перед операцией в случаях ожидаемой повышенной травматичности оперативного вмешательства и при поздних стадиях заболевания.

Самопроизвольное закрытие свищей наблюдается крайне редко и зачастую связано с выключением функции почки на пораженной стороне. Поэтому необходима активная тактика при лечении возникших мочеточниково-влагалищных свищей. В некоторых случаях допустимо наложение паллиативной нефростомы и мочеточникового стентирования (двойным J-катетером) на 2–3 недели. Однако основными методами оперативного лечения являются наложение анастомоза "конец в конец", а при повреждениях, расположенных близко к мочевому пузырю, – уретеронеоцистостомия.

В целом, при щадящей технике операции и учете факторов, влияющих на частоту возникновения атоний мочевого пузыря, циститов и мочеточниково-влагалищных свищей, можно достичь снижения числа урологических осложнений, возникающих при хирургическом лечении рака шейки матки.

Поступила 12.11.00

**ԱՐԳԱՆԴԻ ՎՁԻԿԻ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ՀԵՏՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ՈՒՌՈՒՈՐԳԱԿԱՆ
ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ**

Ա.Ա. Ծառուրյան, Գ.Ա. Զիլավյան

Արգանդի վզիկի քաղցկեղով 403 հիվանդների մոտ Վերսիայի վիրահատությունից հետո առաջացած հերոսիտիկոսիտային ուռուցիկական բարդությունների վերլուծությունը ցույց տվեց, որ միզապարկի փառքեր աստիճանի արոնխաներ հանդիպում են գրեթե բոլոր հիվանդների մոտ: Հերոսիտիկոսիտային ցիստիտներ առաջանում են վիրահատված հիվանդների 7,7% մոտ, միզածորանահեշտոցային խողակներ 3,5% և միզապարկահեշտոցային խողակներ 1,2% դեպքերում:

Հերոսիտիկոսիտային ցիստիտների առաջացման հաճախականության վրա ազդող գործոններից են հիվանդի տարիքը և նախավիրահատական ճառագայթային բուժումը, իսկ հիվանդության փուլը մեծ դեր է խաղում միզածորանահեշտոցային խողակների առաջացման գործում:

Վիրահատության պահպանողական տեխնիկան և հերոսիտիկոսիտային բարդությունների հաճախականության վրա ազդող գործոնների գնահատումը թույլ է տալիս զգալի կերպով իջեցնել հերոսիտիկոսիտային ուռուցիկական բարդությունների հաճախականությունը:

The analysis of postoperative urological complications in 403 patients after radical hysterectomy has revealed that atonia of bladder is the most common one in the operated patients. Postoperative cystitis occurred in 7,7% uretero-vaginal fistulas in 3,5% and vesico-vaginal fistulas in 1,2% of patients.

Factors which affect frequency of cystitis are the age of the patient and the preoperative gamma therapy, in case of uretero-vaginal fistulas – the stage of the disease.

The sparing surgical technique and the evaluation of factors which impact the complications frequency allow to decrease development of urological complications after radical hysterectomy.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. Л., 1989.
2. Чарквиани Л.И. Хирургическое лечение рака шейки матки. Тбилиси, 1987.
3. Ayhan A., Selcukuncer Z. J. Surg. Oncol., 1991, (47)3, p. 175.
4. Bosse P. Eur. J. Surg. Oncol., 1994, 19(6), p. 605.
5. Castillo J., Wild R., Badia J. Rev. Chir. Obstet. Ginecol., 1991, 56(6), p. 404.
6. DiPaolo M., Buhner M., Atanasov N., Rosental H. J. ital. obstet. e ginecol., 1993, 15(1), p. 86.
7. Dwyer P.L., O'Callaghan D. Neurourol. and Urodyn., 1993, 12(4), 429.
8. Inoue Y. Nihon gan chiryo gakkaiishi, J. Jap. Soc. Cancer Therapy, 1994, 29(2), p. 107.
9. Кърлов Т. Онкология, 1992, 3-4, с. 128.
10. Landoni F., Maneo A., Colombo A. Lancet, 1997, 350(9077), p. 535.
11. Magrina J.F., Goodrich M.A., Weaver A.L., Podrats K.C. Gynecol. Oncol., 1995, 59(2), p. 227.
12. Mattsson T. Acta Obstet. Gynecol. Scand., 1995, 54(3), p. 271.
13. Silver D.F., Hempling R.E., Piver M.S. et al. Am. J. Clin. Oncol., 1999, 21(5), p. 431.
14. Trimpos J.B., Adema B., Peters A.A.W. et al. Ned. tijdschr. geneesk., 1992, 136(7), p. 323.
15. Yabuki Y., Asamoto A., Hoshiba T. et al. Am. J. Obstet. and Gynecol., 1991, 164(1), p. 7.
16. Zorlu C.G., Aydoglu T., Ergun Y. et al. Gynecol. Obstet. Invest., 1998, 1.45(2), p. 137.