

УДК 618.146-106.6-06-1203.217-122.1-08.1652.6

ВЛИЯНИЕ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ НА ЧАСТОТУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ**Г.А.Джилалян***/Онкологический научный центр им. В.А. Фанарджяна/
375052 Ереван, Канакер, ул. Фанарджяна, 76*

Ключевые слова: рак шейки матки, стадия, хирургическое лечение, послеоперационные осложнения

Рак шейки матки в настоящее время является одной из наиболее частых злокачественных опухолей у женщин. За последние два десятилетия не отмечается увеличения пятилетней выживаемости больных, поскольку возможности существующих методов лечения данного заболевания в значительной мере исчерпаны.

Прогноз рака шейки матки, как и выбор метода лечения, в значительной мере зависит от стадии заболевания [4]. Показания к хирургическому или комбинированному лечению I стадии встречались в 2 раза чаще, чем к лучевому, при II стадии характерно преобладание сочетанной лучевой терапии — 69,5%, но высокой остается и доля хирургического и комбинированного лечения — 30,5%, причем показатели 5-летней выживаемости, по данным автора, лучше у оперированных больных: на 11,1% при плоскоклеточном раке и на 23% при аденокарциноме [8].

Расширенная экстирпация матки с удалением регионарных лимфатических сосудов и узлов, а также тазовой клетчатки (операция Вертгейма) является операцией выбора при хирургическом лечении рака шейки матки и, безусловно, относится к одной из наиболее сложных онкологических операций [1,2]. Частота осложнений после операции Вертгейма продолжает оставаться довольно высокой. По данным литературы, серьезные осложнения, связанные с хирургическим лечением, имели место в 29–60% случаев. [6,7].

Основными осложнениями после операции Вертгейма являются лимфатические кисты, послеоперационные флебиты, вторичное заживление культи влагалища, урологические осложнения в виде послеоперационных циститов и мочеполовых свищей [3,5,]. Планирование хирургического лечения должно производиться с учетом влияния на частоту послеоперационных осложнений ряда факторов, в том числе и характеризующих особенности опухолевого роста.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния стадии заболевания на частоту возникновения послеоперационных осложнений у больных раком шейки матки и разработка рекомендаций по применению оперативного метода лечения с учетом полученных результатов.

Материал и методы

Нами проанализирована частота возникновения различных осложнений после операции Вертгейма у больных, оперированных по поводу гистологически доказанного рака шейки матки. Из 403 больных, оперированных в онкогинеко-

логическом отделении ОНЦ МЗ РА, I стадия заболевания установлена у 293 (72,7%) больных, II стадия — у 83 (20,6%) и у 27 (6,7%) больных — III стадия заболевания. Возраст больных колебался в пределах от 20 до 75 лет.

Результаты и обсуждение

При анализе частоты образования лимфокист в зависимости от стадии заболевания получены следующие данные (табл.1). Как видно из данных табл.1, вероятность возникновения лимфокист у больных, оперированных во II стадии заболевания в 4,2 раза выше, чем у больных I ($P < 0,001$).

Таблица 1

Частота образования лимфокист после операции Вертгейма в зависимости от стадии заболевания

Стадия	Число оперированных больных		Лимфокисты			
			отсутствуют		образовались	
	абс.	%±m	абс.	%±m	абс.	%±m
Все градации, в т.ч.	403	100	341	84,6±1,8	62	15,4±1,8
I	293	72,7±2,2	266	90,8±1,7	27	9,2±1,7
II	83	20,6±2,0	51	61,4±5,3	32	38,6±5,3
III	27	6,7±1,2	24	88,9±6,2	3	11,1±6,2

Малый процент лимфокист при третьей стадии заболевания объясняется тем обстоятельством, что в силу поздней стадии заболевания и предшествующего лучевого лечения производство полноценной лимфаденэктомии технически не всегда представлялось возможным.

Таблица 2

Заживление культи влагалища после операции Вертгейма в зависимости от стадии заболевания

Стадия	Число оперированных больных		Заживление культи влагалища			
			первичное		вторичное	
	абс.	%±m	абс.	%±m	абс.	%±m
Все градации, в т.ч.	403	100	262	65,0±2,4	141	35,0±2,4
I	293	72,7±2,2	200	68,3±2,7	93	31,7±2,7
II	83	20,6±2,0	39	47,0±5,5	44	53,0±5,5
III	27	6,7±1,2	13	48,1±9,8	14	51,9±9,8

Аналогичная картина наблюдается при анализе влияния стадии заболевания на частоту развития вторичного заживления культи влагалища. Следовательно, при поздних стадиях риск послеоперационного вторичного заживления культи возрастает в 1,7 раз (табл.2).

Данные, полученные при сопоставлении частоты послеоперационных циститов и стадии заболевания, приведенные в табл. 3, свидетельствуют о том, что риск возникновения циститов после операции Вертгейма возрастает со стадией заболевания.

Таким образом, риск развития циститов после операции Вертгейма при II стадии возрастает в 1,7, а при III стадии в 2,4 раза по сравнению с I стадией заболевания.

Выявленная тенденция объясняется тем, что при поздних стадиях в силу распространенности процесса и наличия инфильтративных процессов операция протекает технически трудно и более травматично. Однако следует отметить, что ввиду малого числа наблюдений статистической достоверности результатов не получено.

Таблица 3

Частота послеоперационных циститов в зависимости от стадии заболевания

Стадия	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
I	293	72,7±2,2	275	93,9±1,4	18	6,1±1,4
II	83	20,6±2,0	74	89,2±3,4	9	10,8±3,4
III	27	6,7±1,2	23	85,2±7,5	4	14,8±7,5

Как показал анализ, стадия заболевания является единственным фактором, достоверно влияющим на частоту возникновения послеоперационных мочеточниково-влагалищных свищей. Данные, приведенные в табл. 4, свидетельствуют, что при I стадии заболевания частота свищей была минимальной. У больных, оперированных по поводу II стадии заболевания, частота данного осложнения возрастает в 8,6 раз. При III стадии заболевания риск возникновения мочеточниково-влагалищных свищей по сравнению со II стадией заболевания повышается в 4,3 раза и составляет $P < 0,05$.

Таким образом, поздние стадии заболевания могут рассматриваться как фактор риска, значительно повышающий вероятность возникновения послеоперационных мочеточниково-влагалищных свищей.

Таблица 4

Частота послеоперационных 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

Поздние стадии заболевания могут рассматриваться как фактор риска и в плане развития послеоперационных флебитов. Данный факт обусловлен тем, что у больных II и III стадией повышается травматичность оперативного вмешательства и сильнее выражено действие опухоли на свертывающую систему крови.

Как показали данные табл. 5, если при I стадии флебиты после операции развивались в незначительном числе случаев, то при II стадии их частота резко возрастает. Наиболее часто флебиты развивались при III стадии заболевания—25,9% ($P < 0,01$).

Таблица 5

Частота флебитов в зависимости от стадии заболевания

Стадия заболевания	Число оперированных больных		Флебиты нижних конечностей			
			отсутствовали		наблюдались	
	абс.	%±m	абс.	%±m	абс.	%±m
Все градации, в т.ч.	403	100	379	94,0±1,2	24	6,0±1,2
I	293	72,7±2,2	290	99,0±0,6	3	1,0±0,6
II	83	20,6±2,0	69	83,1±4,1	14	16,9±4,1
III	27	6,7±1,2	20	74,1±8,6	7	25,9±8,6

На основании полученных результатов сделаны выводы, что поздние стадии заболевания не только ухудшают прогноз при лечении больных раком шейки матки, но и значительно повышают риск возникновения послеоперационных осложнений у этих больных. Следовательно, операция Вертгейма у больных далеко зашедшим раком шейки матки должна выполняться лишь при наличии одного из следующих условий: сопутствующая гинекологическая патология (миома матки, киста яичника, аднекстумор и т.д.); отсутствие технических возможностей проведения лучевой терапии (анатомические особенности, слишком большие размеры опухоли, индивидуальная непереносимость); отсутствие эффекта от проведенной лучевой терапии, угрожающее жизни больной кровотечение.

Поступила 15.09.00

**ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ՓՈԽԼԻ ԱՉԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ ԱՐԳԱՆԴԻ ՎՉԻԿԻ ԲԱՂՅՎԵՐԻ
ՀԵՏԱՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱՌԱՋԱՅՄԱՆ
ՀԱՃԱԽԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՎՐԱ**
Գ.Ա. Ջիլավյան

Նիվանդության ուշ փուլերը ոչ միայն ցածրացնում են արգանդի վզիկի քաղցկեղի բուժման արդյունավետությունը, այլ նաև էականորեն բարձրացնում են տարբեր հեղուկա-հատական բարդությունների առաջացման հաճախականությունը: Արգանդի վզիկի քաղցկեղի ուշացած փուլերում վիրահատական բուժումը ցուցված է հետևյալ պարամետրերից որևէ մեկի առկայության դեպքում. ուղեկցող զինեկոլոգիական հիվանդություն (արգանդի միոմա, ձվարանի կիստա, ադնեկստումոր և այլն), ճառագայթային թերապիայի անցկացման տեխնիկական հնարավորությունների բացակայություն (անսպորմիական առանձնահատկություններ, ուռուցքի չափազանց մեծ չափեր, անհատական անհամատեղելիություն), ճառագայթային բուժման անարդյունավետություն, հիվանդի կյանքին սպառնացող արյունահոսություն:

**THE IMPACT OF THE STAGE ON POSTSURGICAL COMPLICATIONS FREQUENCY
IN CERVICAL CANCER PATIENTS**

G.A. Jilavyan

The advanced stage of the disease affects not only the survival rate but also the postoperative complications frequency. The surgical treatment of the advanced stages of cervical cancer is indicated only if the patient has one of the following problems: uterine myoma, ovarian cyst, inflammatory adnextumor, some technical problems connected with gamma therapy, ineffective gamma therapy, profound bleeding.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вишневская Е.Е., Бохман Я.В. Ошибки в онкогинекологической практике. Мн., 1994.
2. Кулаков В.И., Селезнева Н.Д., Краснопольский В.И. Оперативная гинекология. Н.Новгород, 1997.
3. Олейник В.В. Актуальные вопросы онкологии (матер. Междунар. симп.) СПб., 1996, с. 246.
4. Протасов Д.А. Маш. Всес. симп. "Автоматизир. инф. системы в онкол." Бишкек, 1991, с. 56.
5. Benedetti Panici P., Maneschi F., Cuttillo G. et al. Cancer, 1996, Dec. 1, 78, 11, p.2359.
6. Gerdin E., Channing S., Johnson P. Acta Obstet. Gynecol., 1995, 74, p.554.
7. Крылов Т.Н. Онкология, 1992, 3-4, с.128.
8. Peterson F. Annual Report on the Results of Treatment in Gynecological Cancer. Stockholm, 1991.