

Комбинированное лечение рака тела матки начальных стадий с применением видеохирургии

Г.А.Мамедбейли, К.С.Акперов

Национальный центр онкологии
Баку, Азербайджан

В статье описывается первый опыт применения видеохирургии в лечении рака молочной железы ранних стадий. В исследовании сравнивались две группы больных, оперированных лапароскопическим и лапаротомным методом, которым в послеоперационном периоде проводилось сочетанное лучевое лечение. Исследование показало преимущество лапароскопической гистерэктомии над лапаротомией по следующим параметрам: продолжительность операции, объем интраоперационной кровопотери, количество койко-дней, косметический эффект, улучшение качества жизни, возможность раньше начать лучевую терапию. Отмечено, что результат лечения не зависит от метода хирургического вмешательства.

Ключевые слова: рак тела матки, эндоскопия, лапароскопическая гистерэктомия.

ВВЕДЕНИЕ

Рак тела матки (РТМ) является широко распространенным злокачественным новообразованием и занимает первое место в структуре заболеваемости женских половых органов. В целом в мире РТМ занимает 6 место среди всех онкологических заболеваний у женщин. Показатель заболеваемости составляет 8,2, летальность — 1,9 на 100000 женщин, а пик заболеваемости отмечается в возрасте 65-69 лет (GLOBOCAN 2008 Section of Cancer Information). За последние 20 лет заболеваемость раком эндометрия в России увеличилась в 2 раза.

В Азербайджане РТМ занимает 5 место и составляет 5,5% от общего количества больных в структуре заболеваний злокачественными но-

вообразованиями женского пола. Стандартизированный показатель заболеваемости составляет 4,7, смертности — 2,2 на 100000 населения (летальность 18%) (Управление информатики и статистики Министерства здравоохранения Азербайджанской Республики, 2010). Несмотря на то, что РТМ чаще встречается в пре- и постменопаузальном периоде, в последние годы заметна тенденция омоложения контингента больных [1].

Основным методом лечения РТМ является хирургический. Однако в зависимости от морфологической стадии заболевания после операции может потребоваться облучение малого таза или культя влагалища либо их сочетание [6].

На протяжении многих лет лапаротомическая гистерэктомия занимала главенствующую позицию в ряду методов хирургических вмешательств. Развитие технологий повлекло за собой развитие и распространение нового метода — лапароскопии. Следует отметить, что в Азербайджане до настоящего времени лапароскопическая гистерэктомия не нашла широкого применения в онкогинекологии. Это ограничено обусловлено опасением увеличения риска диссеминации опухоли, послеоперационных осложнений, снижения показателей выживаемости и качества жизни больных [2, 8].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Мы включили в исследование 42 больных РТМ I стадии, которые лечились в Национальном центре онкологии г. Баку с 2011 по 2012 г. Медиана возраста пациенток составила 54 (34-71) года. До начала лечения всем больным проведено комплексное обследование. У всех больных диагноз РТМ был подтвержден данными гистологического исследования. Все пациентки были разделены на две группы. В основную группу вошли 18 больных с клиническим диагнозом «рак эндометрия, T1N0M0», под-

вергнутых тотальной лапароскопической гистерэктомии, из которых 5 больным на послеоперационном этапе было проведено сочетанное лучевое лечение. В контрольную вошли 24 больных после тотальной лапаротомной гистерэктомии, 9 пациенток из этой группы получили в послеоперационном периоде сочетанное лучевое лечение. Все пациентки менопаузального периода отмечали кровянистые выделения из половых путей. Метастазы в регионарные лимфоузлы при комплексном обследовании не обнаружены ни у одной пациентки. Клинически значимые сопутствующие заболевания выявлены у 17 больных (40,7%). Наиболее распространенными из них являлись гипертоническая болезнь, сахарный диабет, ожирение.

Размеры матки у 22 (53,8%) больных были нормальными, у 11 (26,1%) соответствовали 5-6 нед. беременности, у 9 (21,4%) — 7-10 нед. беременности. Сочетание РТМ с наличием миоматозных узлов отмечено у 28% пациенток.

Для определения степени распространенности рака эндометрия использовали международную классификацию FIGO. Согласно этой классификации, больные распределились следующим образом: Ia стадия — 28 (66,6%), Ib стадия — 9 (21,4%), IIa стадия — 5 (11,9%).

В зависимости от стадии и результатов гистологического исследования после оперативного вмешательства 5 пациенткам из основной и 9 пациенткам из контрольной группы проводилась сочетанная лучевая терапия, состоящая из дистанционной лучевой терапии (3D конформной дистанционной лучевой терапии) в разовой очаговой дозе 2 гр и суммарной очаговой дозе 46-50 гр и внутриволостной брахитерапии высокой мощностью дозы: разовая очаговая доза 5 гр, суммарная — 15 гр. Объем доз определяли в зависимости от результатов гистологического исследования и стадии заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Исследовались как непосредственные, так и отдаленные результаты лечения обоими методами — лапароскопическим и лапаротомным. Рассматривались следующие параметры: продолжительность хирургического вмешательства, объем кровопотери, послеоперационные осложнения, качество жизни больных по EORTC QLQ-C30.

Медиана продолжительности лапароскопической гистерэктомии составила 120 мин. Медиана продолжительности оперативных вмеша-

тельств, выполненных лапаротомным методом, составила 100 мин., что достоверно меньше, чем в группе больных, подвергнутых лапароскопической операции.

Средний объем кровопотери пациенток во время лапароскопических гистерэктомий составил 150 мл. Трансфузии элементов крови не понадобилось ни одной из 18 больных.

Медиана объема интраоперационной кровопотери у 26 больных, оперированных лапаротомным доступом, составила 220 мл.

Что касается летальных исходов после операционных вмешательств, то ни в том, ни в другом случае смертей не отмечалось. Не отмечено ни одного повреждения мочеточника и мочевого пузыря. Послеоперационные осложнения зарегистрированы у 2 (4,5%) больных контрольной группы, у которых отмечена нагноившаяся гематома в малом тазу, потребовавшая трансвагинального дренирования.

Комплексное изучение КЖ больных РТМ с применением опросников EORTC QLQ-C30 выявило существенную взаимосвязь показателей КЖ от метода хирургического вмешательства. [3]

Качество жизни больных в первые 6 нед. было лучше после лапароскопии, чем после лапаротомии. После лапароскопической гистерэктомии заметно сократился срок реабилитации, количество койко-дней в два раза, пациентки раньше стали работоспособными, в некоторых случаях появилась возможность начать лучевую терапию.

Восстановление перистальтики кишечника у 18 больных, оперированных лапароскопическим методом, происходило в среднем через $12,5 \pm 4,5$ ч, в группе 26 пациенток, подвергнутых открытым операциям, — через $34,0 \pm 12,1$ ч.

Надо отметить, что послеоперационная лучевая терапия как компонент комбинированного лечения после лапароскопически проведенного хирургического вмешательства может быть выполнена в более ранние сроки, чем при оперативном вмешательстве, выполненном путем лапаротомии.

Таким образом, лапароскопический доступ является технически приемлемым для выполнения расширенной гистерэктомии по поводу рака эндометрия начальных стадий [4]. Миниинвазивная техника операции требует больших затрат времени по сравнению с открытым хирургическим вмешательством, но в то же время уменьшает послеоперационные осложнения, делая этот период для больных менее травматичным как в физическом, так и психологическом смысле [7, 8].

ВЫВОДЫ

Обзор специальной медицинской научной литературы позволяет утверждать, что основным методом лечения рака эндометрия является хирургический в объеме экстрафасциальной экстирпации матки с придатками с последующей лучевой терапией. Учитывая современный подход, можно сказать, что видеохирургия со всеми ее преимуществами должна стать не просто альтернативной методикой, а стандартом для выполнения радикальных операций по поводу рака тела матки у больных с ранними стадиями заболевания и отсутствием абсолютных противопоказаний к лапароскопии. [5, 7]. Данные литературы подтверждают полученные нами результаты о том, что результаты операций по поводу рака тела матки у больных с ранними стадиями заболевания, подвергнутых хирургическому вмешательству лапароскопическим доступом, не уступают таковым, полученным при открытой операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Creasman William. Clinical Gynecology Oncology / Creasman William, T.Philip, J.Disaia // Seventh edition. — 2007. — P. 43-49.
2. Woong Ju. Comparison of Laparoscopy and Laparotomy for Management of Endometrial Carcinoma: A Meta-analysis / Ju.Woong, Myung Seung-Kwon, Kim Yeol, Choi Hyuck Jae, Kim Seung Cheol // International Journal of Gynecological Cancer. — 2009. — Vol. 19. — Issue 3. — P. 400-406.
3. Leiserowitz Gary S. Laparoscopic Versus Abdominal Hysterectomy for Endometrial Cancer: Comparison of Patient Outcomes / S.Leiserowitz Gary, Xing Guibo, Parikh-Patel Arti et al. // International Journal of Gynecological Cancer. — 2009. — Vol. 19. — Issue 8 — P. 1370-1376.
4. Palomba Stefano. Laparoscopic Versus Abdominal Approach to Endometrial Cancer: A 10-Year Retrospective Multicenter Analysis / Palomba Stefano, Ghezzi Fabio, Falb Angela, Mandato Vincenzo Dario et al. // International Journal of Gynecological Cancer. — 2012. — Vol. 22. — Issue 3. — P. 425-433.
5. Perrone A.M. Laparoscopic versus laparotomic approach to endometrial cancer / A.M.Perrone, Di Marcoberardino B., M.Rossi, Pozzati F., Pellegrini A., Procaccini M., Santini D., De Iaco P. // Eur J. Gynaecol Oncol. — 2012. — №33 (4). — P. 376-381.
6. Sirisabya Nakarin. Is Complete Surgical Staging Necessary in Clinically Early-Stage Endometrial Carcinoma? / Sirisabya Nakarin, Manchana Tarinee, Worasethsin Pongkasem, Khemapech Nipon et al. // International Journal of Gynecological Cancer. — 2009. — Vol. 19. — Issue 6. — P. 1057-1061.

7. Тапкын S. Comparison of laparoscopy and laparotomy in surgical staging of clinical early stage endometrial cancer: a report of early experiences from Turkey / Тапкын S., Güngör M., Öztuna D, Ortaç F. // J. Obstet Gynaecol. — 2012. — №32 (7). — P. 687-690.
8. Tomov S. Laparoscopic hysterectomy-brief history, frequency, indications and contraindications / Tomov S., Gorchev G., Tzvetkov Ch., Tanchev L., Iliev S. // Akush Ginekol (Sofia). — 2012. — №51 (4). — P. 40-44.
9. Tozzi R. Analysis of morbidity in patients with endometrial cancer: is there a commitment to offer laparotomy / R.Tozzi, S.Mallur, C.Koehler, A.Schniender // Gynecology onkol. — 2005. — №97. — P. 4-9.

Г.А.Мамедбейлі, К.С.Акперов. Комбіноване лікування раку тіла матки початкових стадій із застосуванням відеохірургії. Баку, Азербайджан.

Ключові слова: рак тіла матки, ендоскопія, лапароскопічна гістеректомія.

У статті описується перший досвід застосування відеохірургії в лікуванні раку молочної залози ранніх стадій. У дослідженні порівнювалися дві групи хворих, оперованих лапароскопічним і лапаротомічним методом, яким в післяопераційному періоді проводилося поєднане променеве лікування. Дослідження показало перевагу лапароскопічної гістеректомії над лапаротомією за такими параметрами: тривалість операції, об'єм інтраопераційної крововтрати, кількість ліжко-днів, косметичний ефект, поліпшення якості життя, можливість раніше почати променеву терапію. Відзначено, що результат лікування не залежить від методу хірургічного втручання.

G.A.Mamedbeili, K.S.Akperov. Combined therapy of early stages of endometrial cancer with using videosurgery. Baku, Azerbaijan.

Key words: hysterocarcinoma, endoscopy, laparoscopic hysterectomy.

This article describes the first experience of using of laparoscopic hysterectomy in the treatment of early stage. We compared two groups of the patients who operated and with using of videosurgery and laparotomy. Some patients were underwent radiotherapy after the surgical operation. The research showed the advantages of immediate results of endoscopy over laparotomy by the following parameters: the duration of surgery, the volume of intraoperative blood loss, the character and frequency of complications, the reduction of hospital stay period, possibility of early starting of radiotherapy and a cosmetic effect. It improves patients' life quality after laparoscopic hysterectomy. We checked that result of treatment do not depend on surgical technique.

Надійшла до редакції 19.07.2013 р.