

Поздние результаты лечения и качество жизни после экзентерации органов таза у женщин

О.Б. Лоран^{1,2}, А.В. Серегин^{1,2}, З.А. Довлатов²

¹ Кафедра урологии и хирургической андрологии РМАПО; Россия, 125284, Москва, 2-й Боткинский проезд, 5, корп. 16;

² Городская клиническая больница им. С.П. Боткина; Россия, 125284, Москва, 2-й Боткинский проезд, 5, корп. 16

Контакты: Зяка Асафович Довлатов dovlatov.zyaka@mail.ru

Цель исследования — изучение отдаленных результатов и качества жизни после экзентерации органов таза у женщин.

Материалы и методы. При сроках наблюдения после экзентерации органов таза 3–104 мес (медиана — 51 мес) у 45 женщин по поводу рака мочевого пузыря и 47 — по поводу рака шейки матки изучены отдаленные результаты операции и качество жизни с помощью анкеты SF-36.

Результаты. Пятилетняя общая и безрецидивная выживаемость больных составила $60,9 \pm 15,8$ и $55,4 \pm 12,6$ % соответственно. Качество жизни по сравнению с дооперационными данными практически по всем параметрам улучшилось.

Заключение. Выполнение экзентерации тазовых органов в условиях референс-центра позволяет добиться достаточно высоких показателей выживаемости и качества жизни больных.

Ключевые слова: экзентерация органов таза, рак мочевого пузыря, рак шейки матки, выживаемость, качество жизни

DOI: 10.17650/1726-9776-2016-12-1-36-41

Late results of treatment and quality of life in women after pelvic exenteration

O.B. Loran^{1,2}, A.V. Seregin^{1,2}, Z.A. Dovlatov²

¹Department of Urology and Surgical Andrology, Russian Medical Academy of Postgraduate Education; 5, Second Botkinsky Passage, Build. 16, Moscow 125284, Russia;

²S.P. Botkin City Clinical Hospital; 5, Second Botkinsky Passage, Build. 16, Moscow 125284, Russia

Objective: to study the late results and quality of life in women after pelvic exenteration.

Subjects and methods. The late results of surgery and quality of life were studied using the SF-36 questionnaire in 45 women with bladder cancer and in 47 with cervical cancer at follow-ups of 3–104 months (median 51 months) after pelvic exenteration.

Results. The five-year overall and relapse-free survival rates were 60.9 ± 15.8 and $55.4 \pm 12.6\%$, respectively. All quality of life indicators virtually improved as compared to preoperative data.

Conclusion. Pelvic exenteration at a reference center allows patients to achieve rather high survival rates and quality of life.

Key words: pelvic exenteration, bladder cancer, cervical cancer, survival, quality of life

Введение

Локализация опухоли в зоне малого таза у женщин наблюдается достаточно часто в онкологической практике. Так, по данным последнего отчета об онкологической заболеваемости в Российской Федерации, рак тела матки (удельный вес в структуре заболеваний — 7,7 %), рак шейки матки (РШМ) (5,3 %), рак прямой кишки, ректосигмоидного соединения и ануса (4,7 %), рак яичника (4,6 %) и рак мочевого пузыря (РМП) (1,1 %) входят в число самых распространенных злокачественных опухолей у женского населения [1]. В нашей стране остается достаточно высокой доля местно-распространенных и запущенных форм, т. е. III и IV стадий, таких заболеваний. К примеру, в 2013 г. из всех впервые выявленных случаев рака яичника на III–IV стадии пришлось 61,4 %, рака прямой киш-

ки, ректосигмоидного соединения и ануса — 48,8 %, РШМ — 36,5 %, РМП — 27,3 % и рака тела матки — 16,6 % [2]. При местно-распространенных формах и местных рецидивах злокачественных новообразований тазовых органов применяют экзентерацию (эвисцерацию), включающую радикальное иссечение содержимого таза в той степени, в которой вовлечены в опухолевый процесс тазовые структуры. Операция может включать удаление многочисленных тазовых структур, в том числе мочевого пузыря, матки и маточных труб, влагалища, прямой кишки, тазовых сосудов и нервов и тазовой кости [3, 4].

Выделяют 3 типа тазовой экзентерации: переднюю, заднюю и тотальную [5]. Передняя экзентерация включает удаление тазовых структур передней части полости малого таза (половых органов, мочевого пузыря и мо-

чиспускательного канала), задняя экзентерация — органов задней части полости малого таза (репродуктивных органов и нижних отделов кишечника), а тотальная экзентерация включает одновременное выполнение передней и задней экзентерации. Данная операция, особенно тотальная экзентерация, ассоциирована со значительной частотой осложнений, высокой летальностью и снижением качества жизни пациенток [6, 7]. Поэтому для оптимизации результатов тазовой экзентерации важнейшее значение имеет всесторонняя оценка различных аспектов ее применения, что и определяет актуальность настоящего исследования.

Цель исследования — анализ отдаленных результатов экзентерации органов таза у женщин.

Материалы и методы

Экзентерация органов таза выполнена у 92 женщин 37–74 лет (медиана — 53 года) по поводу РМП в 45 (48,9 %) случаях и РШМ — в 47 (51,1 %) случаях.

Больные РМП в зависимости от стадии заболевания были распределены следующим образом: T1N0M0G₃ — 3 пациента, T2a-bN0M0G₁₋₃ — 14, T2a-bN1M0G₁₋₃ — 2, T3a-bN0M0G₁₋₃ — 17, T3a-bN1M0G₁₋₃ — 5, T3a-bN0M1G₁₋₃ — 1, T4aN0M0G₁₋₃ — 3. Из 45 больных РМП 16 (35,6 %) получали неoadъювантную химиотерапию.

Среди больных РШМ выделены следующие группы: с первичным РШМ с прорастанием опухоли в мочевой пузырь (T4aN0-1M0-1) — 22 пациента, с неизлеченным первичным РШМ (T3bN0-1M0) после завершения курса химиолучевой терапии в сроки 1–2 мес — 8 больных, с рецидивным РШМ (T1–3N0M0) — 17 (I стадия — 3 случая, II стадия — 8, III стадия — 6 случаев).

В группе больных с рецидивным РШМ имели место следующие варианты первичного лечения: комбинация хирургического лечения и химиолучевой терапии — у 12 (70,6 %) пациенток, только хирургическое вмешательство — у 2 (11,8 %) пациенток, радикальный курс химиолучевой терапии — у 3 (17,6 %) пациенток. Необходимо отметить, что объем первичного оперативного вмешательства практически во всех случаях был неадекватным по многим критериям — хирургическому доступу, лимфаденэктомии, резекции сальника вместо его удаления и др.

У 15 (88,2 %) пациенток с рецидивным РШМ проводили дополнительное лечение по поводу рецидива опухоли: курс химиолучевой терапии — у 4 (26,7 %) пациенток, комбинация хирургического лечения и химиолучевой терапии — у 11 (73,3 %). При этом среднее число предшествовавших операций по поводу рецидива РШМ составило 2,2 на 1 пациентку. Сроки поступления этой группы больных в нашу клинику составляли 3–36 мес с момента обнаружения рецидива опухоли (медиана — 9 мес).

Различные осложнения опухолевого процесса и предшествовавшего лечения имели место у 40 больных РШМ: пузырно-влагалищный свищ — у 5 пациенток, пузырно-маточный свищ — у 1, мочеточниково-влагалищный свищ — у 1, прямокишечно-влагалищный свищ — у 2, обструкция мочеточников — у 6, кишечная непроходимость — у 1, аррозивные кровотечения — у 9, тазовые или внутрибрюшинные абсцессы — у 3 и сочетание нескольких осложнений — у 12.

Стандартное предоперационное обследование включало следующие методы диагностики: изучение жалоб и анамнеза заболевания; оценка качества жизни с помощью опросника SF-36; физикальное исследование, в том числе ректовагинальный осмотр; цитологическое исследование мазков с экто- и эндоцервикса; лабораторные исследования; кольпоскопия; цистоскопия; ректороманоскопия; обзорная и экскреторная урография; ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза, брюшной полости и забрюшинного пространства; доплерография сосудов нижних конечностей и брюшной полости; остеосцинтиграфия; компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки, брюшной полости и забрюшинного пространства; КТ или магнитно-резонансная томография (МРТ) органов малого таза. После завершения комплексного обследования перед принятием окончательного решения о выборе тактики оперативного лечения проводили мультидисциплинарный консилиум с участием урологов, гинекологов, хирургов, онкологов, специалистов по лучевой терапии и врачей других специальностей в зависимости от клинической ситуации.

Статистическая обработка полученных данных выполнена с помощью программы Statistica v. 17.0 (StatSoft, США). При описании количественных признаков в представленных выборках пациентов указывали следующие характеристики: медиану (Me), нижний (Q₂₅ %) и верхний (Q₇₅ %) квартили. При описании качественных данных указывали абсолютную (n) и относительную (%) частоту признаков. Оценку динамики показателей количественных признаков проводили с помощью метода Вилкоксона. Общую и безрецидивную выживаемость больных оценивали с использованием метода Каплана–Майера. При всех вариантах сравнения показателей различие считали достоверным при уровне статистической значимости (p) < 0,05.

Результаты

У 82 (89,1 %) женщин проведена передняя экзентерация, у 10 (10,9 %) — тотальная. В целях деривации мочи у данных 92 пациенток выполнены следующие операции: уретерокутанеостомия — 6 (6,5 %), континентный гетеротопический резервуар из слепой кишки с умбиликостомой — 3 (3,3 %), W-образная илеоцистопластика по Hautmann — 8 (8,7 %), операция Bricker — 58 (63,0 %); ректосигмопластика Mainz pouch

II – 5 (5,4 %), ортотопическая илеоцистопластика по Camey II – 7 (7,6 %), ортотопическая илеоцистопластика по Studer – 5 (5,4 %) случаев.

Деривация кишечного отделяемого у всех больных с тотальной экзентерацией осуществлена путем выполнения обструктивной резекции толстой кишки по Гартманну.

Периоперационные результаты экзентерации органов таза у данной когорты пациенток приведены в табл. 1.

Структура ранних и поздних послеоперационных осложнений в соответствии с классификацией Clavien–Dindo [8] представлена в табл. 2. К ранним послеоперационным осложнениям отнесены побочные эффекты, которые возникли в течение первых 3 мес после оперативного вмешательства. Поскольку в некоторых случаях у 1 пациентки было несколько осложнений, общее число осложнений в табл. 2 превышает число больных с осложнениями, указанное в табл. 1.

В соответствии с данной классификацией к осложнениям I степени отнесены те, которые потребовали проведения консервативного лечения. Ко II степени отнесены осложнения, потребовавшие расширения консервативной терапии, в частности переливания крови. Осложнения III степени требовали оперативного лечения: при IIIa степени выполнены вмешательства под местной анестезией, при IIIb степени – под общей анестезией. Кишечная непроходимость была отнесена к IVa степени осложнений как опасное для жизни, требующее интенсивной терапии. В 3 из 5 случаев кишечной непроходимости было выполнено оперативное лечение в виде лапаротомии, ревизии и рассечения спаек органов брюшной полости.

Сроки наблюдения за пациентками составили от 3 до 104 мес (медиана – 51 мес). В послеоперационном периоде в различные сроки химиотерапию или химиолучевую терапию получили 63 (68,5 %) пациентки, а у 7 (7,6 %) пациенток были выполнены различные операции по поводу отдаленных метастазов.

Пятилетняя общая и безрецидивная выживаемость в общей группе пациенток после указанного оперативного вмешательства составила $60,9 \pm 15,8$ и $55,4 \pm 12,6$ % соответственно. Показатели общей и безрецидивной выживаемости после экзентерации тазовых органов в зависимости от стадии заболевания в группах пациенток с РМП и РШМ по Каплану–Майеру приведены на рис. 1–4. При этом стадии I и II объединены в 1 группу, так как количество пациенток с I стадией было небольшим.

Сравнение полученных в нашем исследовании результатов общей и безрецидивной выживаемости пациенток с аналогичными данными других авторов показало, что наши результаты в целом можно отнести к числу достаточно хороших исходов лечения пациен-

Таблица 1. Периоперационные результаты экзентерации органов таза

Показатель	Me [Q ₂₅ %; Q ₇₅ %]	
	n	%
Продолжительность операции, мин	266 [215; 305]	
Объем интраоперационной кровопотери, мл	700 [550; 900]	
Послеоперационный койко-день	15 [11; 20]	
Частота ранних и поздних послеоперационных осложнений	27,0	29,3

Таблица 2. Ранние и поздние послеоперационные осложнения по классификации Clavien–Dindo

Показатель	n	%
I степень		
Нагноение послеоперационной раны	3	3,3
Инфекция мочеполовых путей	11	12,0
Тромбоз глубоких вен нижних конечностей	1	1,1
II степень		
Интраоперационное кровотечение (> 1000 мл)	5	5,4
IIIa степень		
Расхождение краев раны	1	1,1
Тазовый абсцесс	1	1,1
IIIb степень		
Резервуаро-влагалищный свищ	2	2,2
Мочеточниково-влагалищный свищ	1	1,1
Прямокишечно-влагалищный свищ	3	3,3
Вентральная грыжа	1	1,1
Стриктура мочеточниково-резервуарного анастомоза	1	1,1
IVa степень		
Кишечная непроходимость	5	5,4
IVb степень		
	–	–
V степень		
Смерть в течение 30 дней после операции	–	–
Смерть в течение 90 дней после операции	–	–

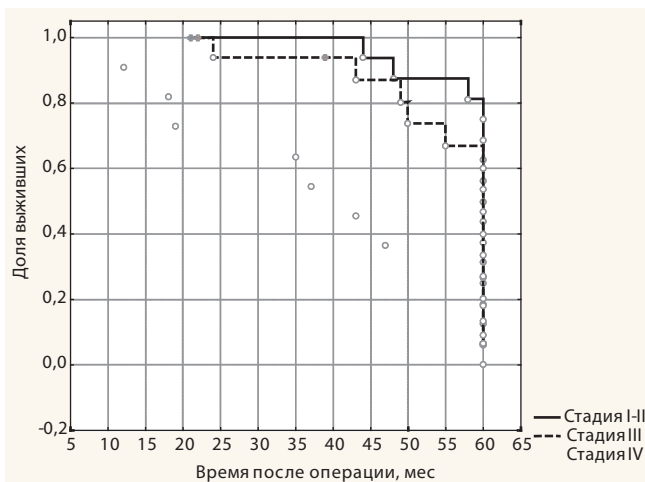


Рис. 1. Общая выживаемость пациенток с РМП по Каплану–Майеру после экзентерации тазовых органов

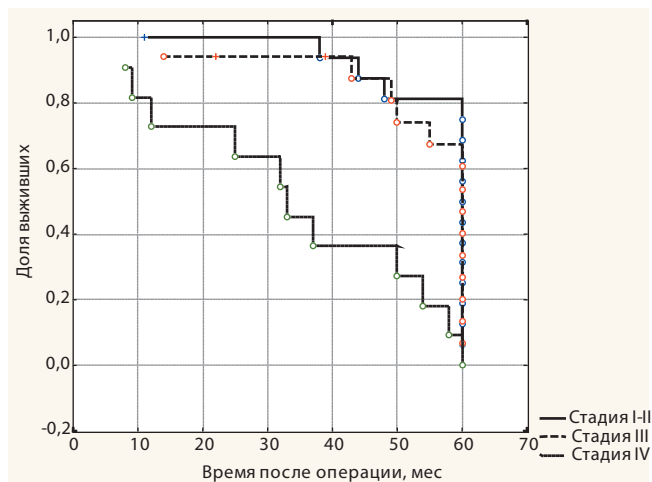


Рис. 2. Безрецидивная выживаемость пациенток с РМП по Каплану–Майеру после экзентерации тазовых органов

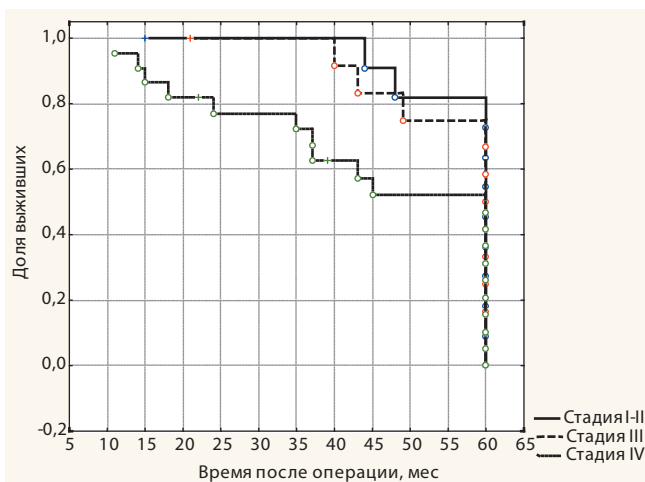


Рис. 3. Общая выживаемость пациенток с РШМ по Каплану–Майеру после экзентерации тазовых органов

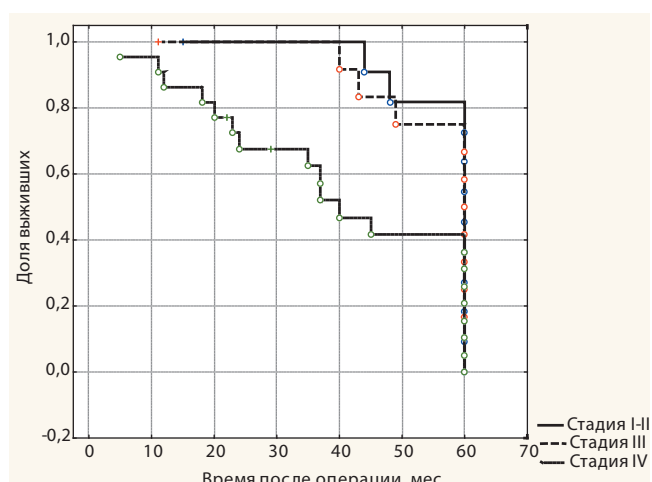


Рис. 4. Безрецидивная выживаемость пациенток с РШМ по Каплану–Майеру после экзентерации тазовых органов

тов такой категории. По данным исследований последних лет, показатели 5-летней общей и безрецидивной выживаемости после экзентерации тазовых органов находятся в диапазоне 30–77,6 и 40,5–73,1 % соответственно [9–13].

Качество жизни пациенток после оперативного вмешательства оценивали с помощью вышеназванного опросника SF-36 через 6, 12, 36 и 60 мес после операции. Результаты исследования качества жизни в эти послеоперационные сроки по показателям, соответствующим 8 шкалам, входящим в состав данного опросника, в сравнении с дооперационными значениями представлены в табл. 3.

Оценка динамики показателя качества жизни больных в течение 60 мес после экзентерации тазовых органов показала, что после данного вмешательства в целом ухудшения качества жизни не наступило, наоборот, практически по всем аспектам имело место

улучшение, в том числе по ряду параметров (физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, интенсивность боли, социальное функционирование) — статистически значимое улучшение (рис. 5). Анализ динамики показателей качества жизни пациенток не стали проводить по видам патологии и вариантам деривации мочи по следующим причинам: 1) экзентерацию органов таза выполняли при обоих видах опухолей; 2) каждый из вариантов деривации мочи был представлен небольшим числом пациентов, в связи с чем сравнение между ними представлялось некорректным со статистической точки зрения.

Видимо, это объясняется тем, что избавление пациенток от онкологического заболевания и коррекция последствий его лечения с обеспечением хороших функциональных результатов со стороны мочевой и пищеварительной системы позволили компенсиро-

Таблица 3. Качество жизни больных после экзентерации тазовых органов по SF-36

Показатель	Me [Q ₂₅ %; Q ₇₅ %], баллы				
	До операции (n = 92)	После операции			
		через 6 мес (n = 90)	через 12 мес (n = 81)	через 36 мес (n = 63)	через 60 мес (n = 54)
Физическое функционирование	78 [66; 84]	70 [63; 76]	75 [65; 81]	71 [63; 77]	68 [59; 74]
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием	42 [38; 46]	22 [20; 25]	40 [36; 44]	38 [33; 42]	36 [32; 41]
Интенсивность боли	56 [52; 61]	55 [52; 59]	53 [49; 57]	52 [48; 56]	52 [49; 56]
Общее состояние здоровья	19 [17; 22]	15 [13; 18]	20 [17; 23]	18 [16; 21]	18 [15; 21]
Жизненная активность	36 [32; 40]	34 [30; 37]	41 [36; 45]	38 [33; 42]	35 [32; 39]
Социальное функционирование	58 [53; 62]	55 [51; 59]	61 [56; 66]	56 [51; 60]	54 [50; 59]
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	49 [45; 54]	38 [34; 42]	44 [39; 49]	48 [44; 53]	46 [41; 50]
Психическое здоровье	33 [29; 38]	40 [36; 45]	49 [44; 54]	51 [47; 56]	53 [49; 58]

вать тот ущерб организму, который был обусловлен тяжелым оперативным вмешательством в виде экзентерации тазовых органов. Возможность достижения хорошего качества жизни женщин после экзентерации отмечена не только в нашей работе, но и в работах других авторов, исследовавших эту проблему [13–15].

Заключение

Таким образом, результаты исследования показали, что выполнение экзентерации тазовых органов у данной тяжелой категории пациентов дает возможность обеспечения приемлемой частоты и тяжести послеоперационных осложнений, отсутствия послеоперационной летальности, достаточно высоких показателей общей и безрецидивной выживаемости, а также качества жизни пациенток. Однако необходимо учитывать, что результаты рассматриваемого оперативного вмешательства во многом зависят от хирургического опыта и уровня материально-технической оснащенности медицинского учреждения. Поэтому выполнение этой операции исключительно в рефе-



Рис. 5. Статистическая оценка динамики медианы показателей качества жизни по SF-36

ренс-центрах следует считать важнейшим условием оптимизации результатов лечения женщин с указанными онкологическими заболеваниями.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Злокачественные новообразования в России в 2013 году (заболеваемость и смертность). Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М., 2015. 250 с. [Malignant tumors in Russia in 2013 (morbidity and fatality). Ed. by A.D. Kaprin, V.V. Starinsky, G.V. Petrova. M., 2015. 250 c. (In Russ.).]
 2. Состояние онкологической помощи населению России в 2013 году. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М., 2014. 235 с. [Status of cancer care facilities, provided to the population of Russia in 2013. Ed. by A.D. Kaprin, V.V. Starinsky, G.V. Petrova. M., 2015. (In Russ.).]

3. Косенко И.А., Матылевич О.П. Экзентерация таза у больных раком шейки матки: обзор литературы. Онкологический журнал 2008;2(4):82–9. [Kosenko I.A., Matylevich O.P. Pelvis exenteration at patients with cervical cancer: literature review. *Onkologicheskii zhurnal = Oncologic Magazine* 2008;2(4): 82–9. (In Russ.)].
4. Diver E.J., Rauh-Hain J.A., Del Carmen M.G. Total pelvic exenteration for gynecologic malignancies. *Int J Surg Oncol* 2012. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3376473> (Дата обращения: 20.02.2015).
5. Dresen R., Gosens M., Martijn H. et al. Radical resection after IORT-containing multimodality treatment is the most important determinant of outcome in patients treated for LRRC. *Ann Surg Oncol* 2008;15(7):1937–47.
6. Ferenschild F., Vermaas M., Verhoef C. et al. Total pelvic exenteration for primary and recurrent malignancies. *World J Surg* 2009; 33(7):1502–8.
7. Austin K.K., Young J.M., Solomon M.J. Quality of life of survivors after pelvic exenteration for rectal cancer. *Dis Colon Rectum* 2010;53(8):1121–6.
8. Dindo D., Demartines N., Clavien P.A. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg* 2004;240(2):205–13.
9. Yoo H.J., Lim M.C., Seo S.S. et al. Pelvic exenteration for recurrent cervical cancer: ten-year experience at National Cancer Center in Korea. *J Gynecol Oncol* 2012;23(4):242–50.
10. Ramamurthy R., Duraipandian A. Morbidity and outcome of pelvic exenteration in locally advanced pelvic malignancies. *Indian J Surg Oncol* 2012;3(3):231–5.
11. Kim J. Pelvic exenteration: surgical approaches. *J Korean Soc Coloproctol* 2012;28(6):286–93.
12. Goldberg G.L., Sukumvanich P., Einstein M.H. et al. Total pelvic exenteration: the Albert Einstein College of Medicine/Montefiore Medical Center Experience (1987 to 2003). *Gynecol Oncol* 2006;101(2):261–8.
13. Ishiguro S., Akasu T., Fujita S. et al. Pelvic exenteration for clinical T4 rectal cancer: oncologic outcome in 93 patients at a single institution over a 30-year period. *Surgery* 2009;145(2): 189–95.
14. Матылевич О.П., Косенко И.А., Красный С.А. и др. Ближайшие результаты экзентерации таза у больных раком шейки матки. Онкологический журнал 2010;4(1):22–7. [Matylevich O.P., Kosenko I.A., Krasny S.A. et al. Recent results of pelvis exenteration and patients with cervical cancer. *Onkologicheskii zhurnal = Oncologic Magazine* 2010;4(1):22–7. (In Russ.)].
15. Дронов А.И., Крючина Е.А., Горлач А.И., Добуш Р.Д. Экзентерация таза в лечении первичных и рецидивных злокачественных опухолей. Шпитальна хірургія 2013;1:111–3. [Dronov A.I., Kruchina E.A., Gorlach A.I., Dobush R.D. Pelvis exenteration in the treatment of initial and recurrent malignant tumors. *Шпитальна хірургія* 2013;1:111–3. (In Russ.)].