

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ РАСШИРЕННЫХ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Васьковская О. В.¹, Асабаева Р. И.², Дигай Л. К.³, Шаназаров Н. А.^{1,4}, Кокосшко А. И.⁵

¹АО «Республиканский научный Центр неотложной медицинской помощи» г. Астана, Республика Казахстан (010000, Астана, ул. Керей и Жанибек ханов, 3) vaskovskay.o@mail.ru

²РГП «Областной онкологический диспансер» г. Шымкент, Республика Казахстан (160000, Шымкент, ул. Байтурсынова) r.assabaeva@mail.ru.

³АО «Республиканский диагностический центр» г. Астана, Республика Казахстан (010000, Астана, ул. Сыганак, 2) dmila67@mail.ru

⁴ГБОУ ВПО Челябинская государственная медицинская академия Минздрава России, г. Челябинск (454092, Россия, Челябинская область, г. Челябинск, ул. Воровского, 64) nasrulla@inbox.ru

⁵АО «Медицинский университет Астана» г. Астана, Республика Казахстан (010000, Астана, ул. Бейбитшилик, 51) anest67@mail.ru

Проведен ретроспективный анализ карт стационарного больного 53 пациенток со злокачественными новообразованиями женской половой сферы, получивших лечение за период с 2009 по 2012 г. в клиниках г. Астана, Чимкента, Челябинска. На основании полученных данных доказано, что у больных раком шейки матки, раком тела матки имеется высокий риск развития послеоперационных осложнений, которые наблюдались почти у половины (49,0 %) больных. Наиболее часто встречающимися осложнениями явились осложнения, повлекшие за собой инфицирование брюшной полости (до 40 % от общего числа побочных явлений), осложнения со стороны органов мочевыделительной системы (более 30 %) и образование лимфокист (более 25 %). Учитывая высокий риска возникновения осложнений при расширенных хирургических вмешательствах в онкогинекологии, необходима тщательная их профилактика и коррекция как в пред-, так и в раннем послеоперационном периоде.

Ключевые слова: опухоли женской половой сферы, расширенная гистерэктомия, послеоперационные осложнения.

COMPLICATIONS AFTER GYNECOLOGICAL CANCER EXPANDED OPERATIONS

Vaskovskaya O. V.¹, Asabaeva R. I.², Digay L. K.³, Shanazarov N. A.^{1,4}, Kokoshko A. I.⁵

¹JSC "National Research Center for emergency care", Astana, Kazakhstan (010000, Astana, and ul.KereyZhanibek Khans 3) vaskovskay.o@mail.ru

²RSE "Regional Cancer Center" in Shymkent, Kazakhstan (160000, Shymkent, Baitursynova) r.assabaeva@mail.ru.

³JSC "National Diagnostic Centre", Astana, Kazakhstan (010000, Astana, st. Syganak 2) dmila67@mail.ru

⁴GBOU VPO Chelyabinsk State Medical Academy, Ministry of Russia, Chelyabinsk (454092, Russia, Chelyabinsk Region, Chelyabinsk, Vorovskiy st., 64) nasrulla@inbox.ru

⁵JSC "Medical University of Astana" Astana, Republic of Kazakhstan (010000, Astana, st. Beibitshilik, 51) anest67@mail.ru

A retrospective analysis of hospital record 53 patients with malignant tumors of female genitalia who received treatment between 2009 and 2012 in hospitals, Astana, Shymkent, Chelyabinsk. Based on these data demonstrated that patients with cervical cancer, uterine cancer are at high risk of postoperative complications were observed in almost half (49.0 %) patients. The most common complications were complications that led to infection of the abdominal cavity (40 % of the total number of side effects), complications of the urinary organs (30%) and education limfokist (over 25 %). Given the high risk of complications of advanced surgical procedures in oncogynecology, careful of their prevention and correction as in the pre-and early postoperative period.

Keywords:gynecological tumors, extended hysterectomy, postoperative complications.

Актуальность проблемы. Во время любой хирургической операции, даже самой безобидной, вне зависимости от метода проведения операции, возможно травматическое повреждение ближайших тканей. К послеоперационным осложнениям относят лишь те патологические состояния, которые возникли в послеоперационный период и не являются

ни продолжением основного заболевания, ни характерными симптомами для течения послеоперационного периода после каждой конкретной операции. Не всегда послеоперационные осложнения возникают сразу же после операции, нередко наблюдается развитие поздних операционных осложнений. Чаще всего встречаются гнойно-септические осложнения, вызванные не только течением восстановительного процесса, но и связанные с самой операцией и инфицированием во время неё, а также при использовании шовного материала низкого качества, либо оставлением инородных предметов в области малого таза. При хирургических вмешательствах на органах малого таза велик риск развития воспалительных процессов в органах репродуктивной системы [1]. По данным различных авторов, в структуре различных послеоперационных осложнений у больных со злокачественными новообразованиями женской половой сферы после расширенных хирургических вмешательств преобладают раневые инфекции и инфекции мочевыводящих путей, частота которых, по данным различных авторов, колеблется от 46 % до 77,5 % [10]. Основным методом хирургического лечения больных РШМ Ib - II, а часто и III (pTNM) стадий, является операция Вертгейма – Мейгса (по терминологии ряда западных авторов – радикальная гистерэктомия), которая, без преувеличения, является наиболее сложной операцией в онкогинекологии [3]. Поэтому количество осложнений, связанных с хирургическим вмешательством, при раке шейки матки (РШМ) значительно превосходит этот показатель среди больных опухолями женской половой сферы других локализаций [1,11]. Операция Вертгейма является довольно травматичным оперативным вмешательством, при котором помимо матки с придатками из забрюшинных пространств малого таза удаляется клетчатка с заключенными в ней лимфатическими узлами. В результате этой операции образуется обширная раневая поверхность и в забрюшинных пространствах малого таза скапливается в большом количестве раневой экссудат, что нередко является причиной таких осложнений, как воспалительные инфильтраты и даже абсцессы забрюшинных пространств таза (чаще в параметриях), а также лимфатические кисты, требующие длительного лечения и делающие невозможным своевременное проведение у больных послеоперационной лучевой терапии, что сказывается и на прогнозе у них [1,3,10]. Последствия же этих осложнений угрожают здоровью и даже жизни больных – слоновость нижних конечностей в результате лимфатических кист, формирование абсцесса забрюшинного пространства с возможностью прорыва его в брюшную полость и развития перитонита, возникновение аррозионного кровотечения из магистральных сосудов малого таза. Наиболее частыми интраоперационными осложнениями при выполнении расширенной гистерэктомии являются ранение мочевого пузыря (<1 %), мочеточников (<2 %), крупных сосудов (<2 %) и повреждение тонкой и толстой кишки (<1 %), которые устраняются во

время операции. В раннем послеоперационном периоде самые грозные осложнения – кровотечения (1 %), эмболия легочной артерии (<2 %) и спаечная кишечная непроходимость (1 %). Характерными отсроченными осложнениями операции Вертгейма являются образование мочеточниково-влагалищных и пузырно-влагалищных свищей (1–2 %), гипо- и атония мочевого пузыря и мочеточников (10 %) с развитием восходящей инфекции (30–50 %) и образование ложных забрюшинных лимфатических кист (5–10 %) [9,10,11].

Цель исследования. Провести комплексный анализ осложнений, возникающих после расширенных хирургических вмешательств у больных со злокачественными новообразованиями женской половой сферы.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили данные о 53 больных со злокачественными новообразованиями женской половой сферы, получивших лечение за период с 2009 по 2012 г. в городском онкологическом диспансере, в Республиканском диагностическом центре г. Астана, Областном онкологическом диспансере г. Чимкент, в Челябинском областном клиническом онкологическом диспансере, поликлиниках г. Астаны, г. Чимкент, г. Челябинск. Из них 41 пациентка была с диагнозом рак шейки матки I – IIa стадии, 12 больных с диагнозом рак тела матки II стадии. Всем больным выполнено оперативное вмешательство – расширенная гистерэктомия II типа. Средний возраст больных составил $46,4 \pm 5,1$ лет. Согласно дизайну исследования данная работа явилась наблюдательным описательным исследованием, сообщением о случае. С целью определения спектра, частоты, тяжести осложнений был проведен ретроспективный анализ карт стационарного больного, амбулаторных карт. При обработке полученного материала использовалась программа ПК «Biostat».

Результаты исследования и их обсуждение. Из 53 оперированных больных различные виды ранних послеоперационных осложнений выявлены в 26 (49,0 %) случаях.

Нами отмечены следующие осложнения, повлекшие за собой инфицирование брюшной полости, мягких тканей малого таза и передней брюшной стенки – флегмона и абсцессы клетчатки малого таза выявлены в 9 случаях, что составило 34,6 % в структуре осложнений, разлитой перитонит – 2 (7,7 %), нагноение лапаротомной раны – 1 пациентка (3,8 %). Очевидно, что послеоперационная инфекция никогда не возникает случайно, а ее развитие зависит не только от присутствия патогенной микрофлоры, но и от состояния иммунного статуса больной. Любое хирургическое вмешательство оказывает неблагоприятный эффект на систему иммунитета и вызывает развитие вторичного иммунодефицита. Продолжительность иммунодефицита может варьировать от 7 до 28 дней и определяется характером оперативного вмешательства и исходным состоянием иммунитета [7].

В группу осложнений мочевыделительной системы вошли 8 больных, что составило 30,7 % от общего количества выявленных осложнений. У данной категории пациенток имело место наличие явлений гидронефроза и восходящего пиелонефрита. Достаточно часто после гинекологических вмешательств возникает атония мочевого пузыря (10 %) с развитием восходящей инфекции мочевых путей (30–50 %) [9]. В связи с техникой выполнения операции, включающей выделение мочеточников от уровня бифуркации подвздошных сосудов до мочевого пузыря и отслоения мочевого пузыря от шейки матки, существует риск ранения мочеточников и мочевого пузыря, а также его дисфункции в послеоперационном периоде вследствие пересечения тазовых нервов [5]. Так, по некоторым литературным данным, количество повреждений мочеточников при операции Вертгейма доходит до 8 % (Rolf M., Bang T. et al., 2006). Японские авторы Tsursaki T., Hoshino K. (2004) отмечают наличие гидронефроза той или иной степени выраженности у 68,1 % женщин, подвергнутых радикальной гистерэктомии, причем у 59,1 % в течение года отмечено его исчезновение как при проведении специального лечения (мочеточниковый стент, нефростомия), так и без него. У 3-х больных по прошествии года явления гидронефроза сохранялись в связи с рубцово-спаечным процессом. Во всех случаях антибактериальная терапия была успешной, одной больной произведена чрезкожная нефростомия под контролем рентген-телевидения по поводу стриктуры мочеточникового анастомоза.

Характерными осложнениями явились развитие мочеполовых свищей, их частота составила 5,3 % (3 пациентки) от общего количества оперированных больных, и 11,5 % в структуре осложнений. При всех видах чревосечений есть опасность ранения верхушки мочевого пузыря, особенно при высокостоящем или фиксированном спайками мочевом пузыре. Повреждение мочевого пузыря возможно также при неанатомичном отделении мочевого пузыря от шейки матки, а также при наличии спаек, инфильтратов или узлов опухоли между маткой и мочевым пузырём. Обычно при рассечении тканей, близких к мочевому пузырю, или собственно мочевого пузыря возникает кровотечение из множества мелких сосудов. Мышца мочевого пузыря имеет свои особенности, слизистая мочевого пузыря также имеет характерный вид (тонкая, бледного цвета, иногда через слизистую просвечивает жидкость – моча). Дальнейшее рассечение слизистой приводит к истечению мочи в рану, если пузырь катетеризирован, в ране может быть обнаружен катетер. Повреждение мочевого пузыря возможно также при пересечении маточных сосудов, кардинальных связок без предварительной мобилизации мочевого пузыря, грубом отсечении влагалища от шейки матки без визуального контроля и отведения зеркалом мочевого пузыря травмируют заднюю стенку. Диагностированное повреждение мочевого пузыря – неприятное, но достаточно легко устранимое осложнение. В таких случаях проводят

зашивание мочевого пузыря, вводят катетер Фолея на 7 сут. В случае недиагностированного повреждения мочевого пузыря в последующем формируются пузырновлагалищные свищи, которые требуют реконструктивной операции. Самостоятельно могут регенерировать лишь небольшие повреждения мочевого пузыря в области его верхушки при условии отведения мочи постоянным катетером. Профилактикой этого осложнения могут служить обязательное выведение мочи перед операцией и тщательный визуальный контроль при рассечении париетальной брюшины [5,8].

Для операций, во время которых удаляются лимфатические узлы, специфично образование забрюшинных серозоцеле. В нашем наблюдении данное осложнение выявлено у 7 (26,9 % в структуре осложнений) пациенток. Гистерэктомия II типа является довольно травматичным оперативным вмешательством, при котором помимо матки с придатками из забрюшинных пространств малого таза удаляется клетчатка с заключенными в ней лимфатическими узлами. В результате этой операции образуется обширная раневая поверхность, и в забрюшинных пространствах малого таза скапливается в большом количестве раневой экссудат. К сожалению, предотвратить это осложнение практически невозможно. Во всех случаях проведено лечебное аспирационное дренирование послеоперационных серозоцеле под эхографическим контролем [2]. Все образования были эвакуированы, осложнений процедуры не выявлено. С целью предупреждения рецидивов различными авторами предлагается введение в полость перитонеальной кисты этанола, повидон-йодина или хирургического крахмала в сочетании с физраствором [4]. Нами склерозирующие растворы не использовались. Повторного возникновения кисты не выявлено.

Послеоперационный парез кишечника характерен для всех операций в брюшной полости, в связи с этим нами данная патология фиксировалась как осложнение лишь в том случае, если имело место объективное проявление пареза кишечника в виде ослабления кишечных шумов, задержки отхождения газов, более или менее выраженного вздутия живота в период более чем 72 часа после выполнения оперативного вмешательства. Данная патология в нашем наблюдении отмечалась лишь в 3 (11,5 % в структуре осложнений) случаях. При этом следует отметить, что нами профилактически использовалась мягкая стимуляция кишечника за счёт применения, в первую очередь, эпидуральной блокады, адекватной инфузионной терапии в объёме нормы или незначительной гиперволемии и преимущественного использования препаратов метоклопрамида, оказывающих регулирующее влияние на моторику ЖКТ. Также считаем, что в профилактике этого осложнения немаловажную роль сыграла коррекция гипокалиемии с использованием модифицированной гиперинсулярной поляризирующей смеси [6].

Развитие кровотечения в раннем послеоперационном периоде отмечено в 2 (7,6 % в структуре осложнений) случаях. Данное осложнение развилось через 6 часов после выполнения «задней» эвисцерации таза. Источником кровотечения явилось крестцовое венозное сплетение. Выполнена экстренная релапаротомия. Выявлен дефект вен крестцового сплетения. Попытки ушить дефект не увенчались успехом. Кровотечение остановлено с помощью танталовой скрепки Амелиной. Больная выписалась из стационара через 32 дня после операции в удовлетворительном состоянии.

Послеоперационная летальность составила 1,8 % – одна больная умерла от тромбоэмболии легочной артерии через 7 суток после выполнения операции.

Таким образом, на основании полученных нами данных можно сделать следующие

Выводы:

1. Больные раком шейки матки, раком тела матки, являющимися одними из наиболее распространенных онкологических заболеваний женской репродуктивной системы, имеют высокий риск развития послеоперационных осложнений, которые наблюдались почти у половины (49,0 %) больных.
2. Наиболее часто встречающимися осложнениями явились осложнения, повлекшие за собой инфицирование брюшной полости (до 40 % от общего числа побочных явлений), осложнения со стороны органов мочевыделительной системы (более 30 %) и образование лимфокист (более 25 %).
3. Учитывая высокий риск возникновения осложнений при расширенных хирургических вмешательствах в онкогинекологии, необходима тщательная их профилактика и коррекция как в пред-, так и в раннем послеоперационном периоде.

Список литературы

1. Бохман Я. В. Руководство по онкогинекологии. – Л.: Медицина, 1989.
2. Васьковская О. В., Дигай Л. К., Конурбаева Н. К., Крискус Л. К., Асабаева Р. И. Лечебное аспирационное дренирование послеоперационных серозоцеле под контролем УЗИ после гистерэктомий II типа // Тюменский медицинский журнал. – Тюмень, 2012. – № 4. – С.42.
3. Вернер П., Зеделер Ю. Радикальная операция Вертгейма при раке шейки матки. – М.: Медицина, 1960.
4. Кадрев А. В., Озерская И. А., Митьков В. В. Пункция кистозных образований малого таза под ультразвуковым контролем // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – М., 2006. – №6. – С.18-27.

5. Киселева И. М. Повреждения мочевого пузыря при радикальной операции по поводу рака шейки матки // Травматические повреждения мочевого пузыря, уретры и наружных половых органов: сб. – Челябинск, 1982. – С. 96-100.
6. Кокошко А. И. Применение в онкохирургии модифицированной глюкозо-калий-инсулиновой смеси // Медицинская наука и образование Урала. – Тюмень, 2012. – № 2. – С. 35-38.
7. Хаитов Р. М., Пинегии Б. В. Изменение иммунитета при хирургических вмешательствах // Анналы хирургической гепатологии. – М., 1998. – Т. 3. – № 2. – С. 100-110.
8. Чупрынин В. Д., Цыганкова Л. А. Восстановление повреждений органов мочевой системы во время гинекологических операций // Новые технологии в гинекологии: сб. – М., 2003. – С. 216.
9. Fujicawa K., Miyamoto T., Ihara Y. et al. High incidence of severe urologic complications following radiotherapy for cervical cancer in Japanese women // Gynecol. Oncol. – 2001. – V. 80. – No. 1. – P. 21-23.
10. Kenter G., Heintz A. P. Surgical treatment of cervical carcinoma // Int. J. Gynecol. Cancer. – 2002. – V. 12. – No 5. – P. 429-434.
11. Landoni F., Manco A., Colombo A. et al. Randomized study of radical surgery versus radiotherapy for stage Ib-IIa cervical cancer // Lancet. – 1997. – V. 350. – No. 9077. – P. 535 - 540.

Рецензенты:

Важенин А. В., д-р мед. наук, профессор, главный врач ЧООД, зав. кафедрой лучевой диагностики и лучевой терапии ЧГМА, г. Челябинск.

Макишев А. К., д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой онкологии и радиологии АО «Медицинский университет Астана», г. Астана.