

**И.И. Иванов, д.м.н., профессор, Центр женского здоровья, В.И. Садовой, А.А. Мкртчян, КРУ КТМО «Университетская клиника»,  
О.А. Морозова, Г.А. Сулейманова, КРУ «Республиканский клинический онкологический диспансер», г. Симферополь**

# Роль и место рентгенэндоваскулярных методов в лечении осложненной рака шейки матки

## Клинический опыт

Рак шейки матки (РШМ) – одна из наиболее часто отмечающихся опухолей женских половых органов, занимающая весомое место в структуре злокачественных новообразований у женщин. По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире регистрируется более 500 тыс. случаев первично диагностированного РШМ. При этом 75% из них приходится на развивающиеся страны Африки, Латинской Америки и Азии и 25% – на экономически развитые страны Европы и Северной Америки.

В последние годы в экономически развитых странах отмечается стойкая тенденция к снижению заболеваемости РШМ. Так, в США она снизилась на 25% и занимает на сегодня 7-е место в структуре онкологической заболеваемости среди женщин.

Анализ возрастных показателей заболеваемости указывает на увеличение количества больных в младших возрастных группах. Тенденция к увеличению заболеваемости у женщин репродуктивного возраста отмечается и в других странах. Так, в США, по данным Американского онкологического общества, 47% больных РШМ – женщины в возрасте до 35 лет. Повышение заболеваемости РШМ среди женщин в возрасте до 30 лет во многом связано с более ранним половым созреванием и началом половой жизни.

Основной проблемой при РШМ является большое количество больных с поздними стадиями заболевания. Частым осложнением при опухолях женских половых органов является кровотечение. По данным разных авторов, 5-летняя выживаемость при РШМ в начальных стадиях составляет 95%. Этот показатель снижается до 17-22% при наличии III-IV стадии заболевания. Основной причиной летальности являются рецидивы РШМ, развивающиеся у 37-50% больных, получивших лечение по поводу



Ангиография подвздошных артерий

данного заболевания. Поэтому проблема повышения контроля эффективности терапии у больных с поздними стадиями РШМ по-прежнему актуальна.

Публикаций, посвященных чрескатетерной остановке кровотечения из опухоли матки, немного. Имеются лишь отдельные сообщения, в которых описано использование эмболизации внутренних подвздошных артерий (ВПА) для остановки кровотечений и уменьшения болевого синдрома при опухолях женских половых органов (В.К. Рыжков, Г.М. Жаринов, И.А. Дмитриева, 1986). В отличие от травматических и опасных для жизни опухолевых кровотечений при хронических гемorragиях скорость кровопотери составляет менее 0,5 мл/мин и поэтому на ангиограммах не отмечается признаков экстравазации контрастного вещества. Из-за невозможности идентифицировать кровоточащий сосуд и при наличии большого количества коллатералей необходимо окклюзировать все артерии, кровоснабжающие опухоль. По этой же причине целесообразно выполнять двустороннюю окклюзию висцеральных ветвей ВПА. Односторонняя окклюзия ВПА не приводит к остановке кровотечения из-за обильной сосудистой сети и последующего развития коллатералей (Е.К. Lang, С.Л. Brown, 1993). Показано,

что эмболизация артериального сосуда, питающего пораженный опухолью участок органа, приводит к некрозу опухоли и замедлению ее роста (M.J. Hallisey, W. Miller, S.K. Sussman, 1994; H.T. Homma, T. Doi, S. Mezawa, 2000; M. Johansson, O. Norback, G. Gal, 2004; D.R. Di Stefano, T. de Baere, A. Denys, 2005).

В 2009-2013 гг. нами выполнены 29 процедур рентгенэндоваскулярной окклюзии (РЭО) при кровотечениях, вызванных развитием онкологической патологии: у 26 пациенток с РШМ IIb и IIIb стадий, а также у 3 больных раком тела матки II стадии, сопровождающихся кровотечениями. Кровотечения не подлежали хирургическому лечению ввиду инфильтрации параметрия и, как следствие, невозможности выделения ВПА, при этом они не купировались консервативными методами. Больные получали лечение на базе разных клиник г. Симферополя и при развитии кровотечений были оперативно доставлены в рентгеноперационную. В условиях рентгеноперационной им выполняли пункцию бедренной артерии под местным обезболиванием, катетеризацию маточных артерий с их последующей эмболизацией. При необходимости (при наличии коллатералей) эмболизацию проводили через яичниковые артерии. В качестве эмболизирующего агента была использована гемостатическая губка, размеры которой не превышали 1 мм.

Во всех случаях у больных достигнут гемостаз непосредственно после выполнения процедуры РЭО или даже во время ее проведения. Постэмболический синдром развился у всех пациенток, его интенсивность была разной. Он проявлялся следующими симптомами: болью, тошнотой и рвотой, повышением температуры тела, слабостью и недомоганием, сукровичными выделениями из половых путей. Продолжительность постэмболического

синдрома в наиболее тяжелых случаях составляла 3-5 дней. По мнению авторов, данный синдром не влияет на течение основного заболевания.

Все пациентки выписаны в удовлетворительном состоянии. Значительно улучшилось качество их жизни. Не отмечено рецидива кровотечения в течение наблюдаемого периода (через 1, 6, 12, 24, 36 и 48 мес).

В целом следует отметить, что выполнение РЭО требует высокой квалификации именно в области эндоваскулярной хирургии; клиника, в которой выполняется эмболизация, должна быть оснащена специальным оборудованием. Кроме того, согласно существующим почти во всех странах правилам, гинекологи не выполняют эндоваскулярные вмешательства, как и эндоваскулярные хирурги не проводят гинекологические операции. Все эти факторы, несмотря на высокую эффективность, ограничивают широкое внедрение РЭО, проведение которой является проблемой организационного характера, поскольку требует оперативного междисциплинарного взаимодействия. Представленный клинический опыт демонстрирует перспективность и реальную выполнимость такого подхода и является хорошим примером взаимодействия врачей разных специальностей для решения одной проблемы.

Неуклонный рост запущенности РШМ, а также увеличение заболеваемости среди женщин молодого возраста диктуют необходимость разработки новых и совершенствования существующих методов хирургического, комбинированного и комплексного лечения больных РШМ. В связи с более молодым возрастом этих больных по сравнению с другими локализациями гинекологического рака остро стоит вопрос об органосохраняющем лечении. Не вызывает сомнений, что качество жизни пациентов в большинстве экономически развитых стран мира относится к числу наиболее важных и перспективных направлений современной онкологии, обеспечивающих наряду с радикализмом гормональный, сексуальный и психоэмоциональный статус пациенток – важнейших составляющих качества их жизни. Увеличение сроков выживания сегодня поднимает вопрос не только о том, сколько лет прожила пациентка, но и как она их прожила.

Опыт клиники показывает, что лечение маточного кровотечения у больных РШМ и раком тела матки посредством РЭО маточных артерий является методом выбора при неэффективности консервативной терапии и невозможности оперативного вмешательства. Метод связан с небольшим количеством осложнений, что дает возможность продолжения специального лечения (химио- и лучевой терапии).

Таким образом, предварительные положительные результаты позволяют использовать РЭО маточных артерий как перспективный метод в комплексной терапии запущенных стадий РШМ, осложненного кровотечением.



Левая маточная артерия до РЭО



Левая маточная артерия после РЭО



Правая маточная артерия до РЭО



Правая маточная артерия после РЭО



Шеечно-вагинальная артерия до РЭО



Шеечно-вагинальная артерия после РЭО