

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

LITERATURE REVIEW

УДК 618.146-006.6:616.381-089.85

ЭКЗЕНТЕРАЦИЯ МАЛОГО ТАЗА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ**Н.Н. Захирова, М.Н. Тилляшайхов, О.М. Ахмедов**

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии МЗРУз, Ташкент, Узбекистан

Ключевые слова: экзентерация малого таза, послеоперационные осложнения.**Таянч сўзлар:** кичик тос экзентерацияси, жаррохликдан кейинги асоратлари.**Key words:** pelvic exenteration, postoperative complications.

Несмотря на имеющиеся достижения при выполнении экзентераций таза (ЭТ) в мировой онкологической практике, она до сих пор остается объектом значительной критики и споров практикующих онкологов. Основными причинами непопулярности данной операции являются её техническая сложность, высокая частота интра- и послеоперационных осложнений, проблемы послеоперационной реабилитации больных. В работе изучены литературные данные авторов ближнего и дальнего зарубежья по данной теме, исторические данные, обследование больных, показания и противопоказания к операции, определены существенные проблемы, спорные вопросы в данной сфере и обозначены возможные дальнейшие исследования в данном направлении.

БАЧАДОН БЎЙНИ САРАТОНИДА ТОС ЭКЗЕНТЕРАЦИЯСИ**Н.Н. Захирова, М.Н. Тилляшайхов, О.М. Ахмедов**Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббёт институти,
Тошкент, Ўзбекистан

Мазкур вақтгача дунё онкологлари томонидан эришилган ютуқларга қарамадан, ҳозирги кунда тос экзентерацияси амалиёти онкологлар томонидан танқид объекти бўлиб қолмоқда. Бу жаррохлик амалиётига бундай муносабатнинг асосий сабаблари унинг техник жиҳатдан қийинлиги, жаррохлик амалиёти вақтида ва ундан кейинги асоратлар сонининг юқорилиги, операциядан кейинги реабилитация даврининг муаммолари кўплиги ҳисобланади. Илмий мақоламизда мустақил ҳамдўстлик мамлакатлари ва чет эл адабиётлари ўрганиб чиқилди, тарихий маълумотлар, беморларнинг текшириш усуллари, жаррохлик амалиётига кўрсатма ва қарши кўрсатмалар ҳамда шу йўналишда қилиниши бўлган илмий изланиш йўналишлари белгилаб берилди.

EXENTERATIC OF SMALL PELVIS IN PATIENTS WITH CERVICAL CANCER**N.N. Zakhirova, M.N. Tilliashaykhov, O.M. Akhmedov**

Republican Specialized Scientific Practical Medical Center of Oncology and Radiology, Tashkent, Uzbekistan

Despite the existing achievements in the implementation of pelvic exenteratics (ET) in the world oncological practice, it still remains the object of considerable criticism and disputes of practicing oncologists. The main reasons for the unpopularity of this operation are its technical complexity, high incidence of intra- and postoperative complications, problems of post-operative rehabilitation of patients. Literature data of authors of near and far abroad on this topic, historical data, examination of patients, indications and contraindications to the operation were studied, significant problems, controversial issues in this field were identified and possible further studies in this direction were indicated.

Несмотря на прогрессивное совершенствование методов диагностики злокачественных опухолей органов малого таза, приблизительно у 40% больных болезнь выявляется в запущенных стадиях [11]. Опухолевой процесс преимущественно имеет местно-распространенный характер, который имеет низкий процент метастазирования, причем у 30% неизлечившихся пациенток до конца жизни не выходит за пределы малого таза [12]. Следовательно, лечение больных с местно-распространенными опухолями малого таза, в том числе и рака шейки матки (РШМ) остается во многом нерешенной проблемой [5]. В связи с развитием в онкологии консервативных методов противоопухолевой терапии спорным остается вопрос о выполнении обширных, комбинированных операций [12, 20, 21, 24]. В тех случаях, когда в опухолевой процесс вовлечены одновременно несколько органов малого таза и, в первую очередь, мочевыделительные пути, женские гениталии и прямая кишка, часто с осложненным течением, угрожающим жизнеспособности больной, возникает необходимость выполнения мультивисцеральных резекций и сверхрасширенных операций вплоть до тотальной экзентерации таза [1, 2, 3, 6, 9]. Несмотря на то, что эту операцию вы-

полняют при различных злокачественных опухолях малого таза, она наиболее эффективна при лечении местно-распространенного и рецидивного рака шейки матки (РШМ). Совершенствование тактики хирургического вмешательства при местно-распространенном опухолевом процессе с инвазией в соседние органы изменяет критерии «неоперабельности» и «нерезектабельности» состояния, расширяет показания и увеличивает удельный вес больных, подлежащих радикальным способам лечения посредством различных вариантов экзентераций малого таза (ЭМТ), комбинированных и циторедуктивных операций [7].

Термин экзентерация (эвисцерация) происходит от лат. *exenterare* и греч. *Evisceration*, что в переводе означает – извлекать внутренности, потрошить. Экзентерация (эвисцерация) малого таза показана больным с местно-распространенными опухолями органов малого таза и подразумевает удаление органов малого таза с окружающей клетчаткой, тканями промежности (при раке наружных половых органов или распространении опухоли на ткани промежности), регионарными лимфатическими узлами [10]. Впервые модель экзентерации таза (ЭТ) была разработана американским хирургом E.Bricker в Ellis Fisher State Cancer Center в 1940 г. В онкогинекологической практике эту операцию применил впервые в 1948 г. А. Brunshwig, который выполнил ЭТ по поводу персистирующего и рецидивного рака шейки матки в Memorial Sloan-Kettering Cancer Center [15, 16, 22]. Он произвел 6 удачных операций, результаты которых опубликовал в журнале *Cancer* [27]. В 1968г, т.е. через 20 лет он представил опыт 317 произведенных ЭТ.

В зависимости от объема удаляемых тканей различают тотальную, переднюю и заднюю экзентерацию таза. Показаниями к тотальной экзентерации таза при местно-распространенном раке шейки матки является распространение опухолевого процесса на тело матки, верхнюю треть влагалища, мочевого пузыря, прямую кишку и промежность; рак вульвы с прорастанием анального кольца; рак влагалища (до нижней трети) с инфильтрацией мочевого пузыря и прямой кишки [8, 9]. Передняя экзентерация выполняется при распространении рака шейки матки на тело матки, мочевого пузыря и влагалище, задняя при прорастании стенок прямой кишки. В иностранной литературе описывается следующая классификация ЭТ, в зависимости от показаний:

- *primary exenteration* (первичная) – экзентерация при наличии свищей, обусловленных либо первичным распространением опухоли (IVA ст), либо следствием проведенного ранее лечения (лучевой терапии);
- *curative exenteration* – «лечебная» ЭТ, четкого определения данного термина нет;
- *secondary exenteration* – ЭТ при наличии рецидива заболевания, после ранее проведенного лечения (хирургическое, лучевое, химио-лучевое, комбинированное). [19].

Показания к проведению ЭТ до сих пор являются дискуссионной проблемой в практической онкологии. Большинство онкологических центров противопоказаниями к выполнению ЭТ считают внутрибрюшинную диссеминацию опухоли, метастатически измененные, значительно увеличенные тазовые лимфатические узлы, опухолевая инфильтрация параметриев до стенок таза и наличие триады симптомов (отеки нижних конечностей, обструкция мочеточников, тазовые боли), которые могут свидетельствовать о нерезектабельности опухоли [18].

Существует также термин *palliative exenteration* (паллиативная), которая выполняется «по опухоли» при инфильтрации параметральных пространств до стенки таза, при наличии метастазов в тазовых и парааортальных лимфатических узлах, отдаленных метастазах, когда другие возможности лечения исчерпаны. Однако, следует отметить, что большинство опытных хирургов – онкогинекологов считают такой способ операции не допустимым, так как он приводит к стремительному прогрессированию опухолевого процесса. Также, в зависимости от радикализма ЭТ могут быть радикальными (R0), когда опухоль отсутствует в крае отсечения органов и тканей или паллиативными (R1, R2), в случае положительных краев резекции. В последние годы ЭМТ является развивающимся направлением и прочно вошла в арсенал многих онкологических учреждений во всем мире. Но до сих пор сохраняется

мнение о ЭМТ как о калечащей операции с потенциально низкой выживаемостью. Важными причинами сложившегося отношения к этой операции являются её техническая сложность, высокая частота интра- и послеоперационных осложнений (достигает 60%), высокая послеоперационная летальность (может достичь 30%), недооценка онкологами значения реконструктивного этапа операции, низкая осведомленность о методиках реконструкции тазового дна и профилактики таких потенциально фатальных осложнений, как тонкокишечная непроходимость, тонкокишечные свищи и абсцессы малого таза. Пожизненное наличие «влажных» стом, постоянное использование моче- и калоприемников обуславливают крайне низкий уровень качества жизни, что в свою очередь является частой причиной отказа больных об операции.

Основной гарантией успешности ЭТ является только адекватная предоперационная оценка состояния больной и глубокий анализ результатов обследования, также тщательный отбор курабельных пациентов, отработанная хирургическая техника и интенсивный послеоперационный уход [14]. По данным J.S. Verek даже у правильно отобранных больных 5-летняя выживаемость не превышает 50%.

Абсолютным противопоказанием к выполнению ЭТ являются внетазовые метастазы, для определения которых проводят такие методы исследования, как, тщательная пальпация и пункция увеличенных лимфатических узлов, при необходимости биопсия; КТ органов грудной клетки для исключения метастазов в легких; КТ брюшной полости и парааортальных лимфатических узлов. Для оценки степени распространения рака на соседние органы рекомендуется проводить КТ или МРТ малого таза, цистоскопию, внутривенную урографию, при необходимости с ретроградной цистографией, ирригоскопию и ректосигмоскопию [18]. У больных РШМ оценивать местную распространенность опухоли путем гинекологического исследования, хотя после лучевой терапии дифференцировать остаточную опухолевую инфильтрацию от лучевого фиброза крайне затруднительно даже опытному онкогинекологу. На сегодняшний день некоторые авторы называют «золотым стандартом» диагностики распространенности опухолевого процесса ПЭТ [17, 23], который имеет высокую чувствительность и специфичность по сравнению с другими методами диагностики, 85% случаев при ПЭТ сканировании могут выявляться бессимптомные рецидивы [19].

Мультидисциплинарный консилиум является обязательным завершающим этапом принятия решения о выполнении такой травматичной и сложной операции как ЭТ, на котором совместно с пациенткой и ее родственниками открыто обсуждаются возможные осложнения, проблемы реабилитации.

Таким образом, можно перечислить следующие показания к проведению этой операции, которые наиболее приемлемо и обоснованно изложил Х.А. Хирш:

- персистирующий рак шейки матки, влагалища и запущенные стадии рака вульвы;
- рецидивы других злокачественных новообразований в малом тазу;
- свищи и/или обширный постлучевой фиброз в малом тазу после лучевой терапии с признаками рецидива или продолженного роста опухоли.

Противопоказаниями по Х.А. Хиршу [13] являются:

- внетазовые метастазы;
- прорастание опухоли в костную ткань в области седалищной кости, вследствие чего возникает седалищная невралгия и отек нижней конечности.

ЭТ можно разделить на 3 фазы (этапа): эксплоративный, аблятивный и реконструктивный. При 1-й фазе производят тщательную ревизию органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, хотя некоторые авторы утверждают, что резектабельность опухоли должна определяться на дохирургическом этапе [21], также можно применить лапароскопический метод диагностики. Вторым этапом производится удаление органокомплекса тазовых органов единым блоком. По мнению некоторых авторов, должен быть индивидуальный подход в каждом случае, при возможности производить сфинктеросохраняющие операции без ущерба радикализма, что в свою очередь намного улучшит результаты

послеоперационной реабилитации больных. Реконструктивный этап операции подразумевает: 1) Выбор способа отведения мочи; 2) Выбор способа отведения кала; 3) Восстановление тазового дна. Данный этап операции существенно влияет на проблемы послеоперационной реабилитации больных, также определяет качество жизни пациенток.

Суммируя проанализированные литературные данные можно сказать, что, несмотря на имеющиеся достижения при выполнении ЭТ в мировой онкологической практике, она до сих пор остается объектом значительной критики и споров практикующих онкологов. Однако, у больных с неизлеченным и рецидивным местно-распространенным раком шейки матки, когда все остальные методы лечения исчерпаны, ЭТ является единственным способом лечения, «спасительной» операцией, и в ряде случаев она оправдана. Следует отметить, что для улучшения качества жизни столь сложной категории больных необходимо совершенствовать существующие и отработать новые пластические методы отведения мочи и кала, разработать новые методики пластических реконструкций тазового дна после ЭТ.

Использованная литература:

1. Аргуллин И.Р. и др. Новая методика экзисцерации с одномоментной пластикой тазовых органов // Казанский медицинский журнал. 2000. №5. С. 407-409.
2. Гоцадзе Д.Т. Экзентерация органов таза и ее модификации // Вопросы онкологии. 1997. Т.43, №6. С.653-656.
3. Демин Д.И. Хирургическая реабилитация больных с местно-распространенными опухолями органов малого таза // Российский онкологический журнал. 2001. №6. С. 28-29.
4. Елисеев Д.Э., Алексеев Б.Я., Огай Д.С. Синдром пустого малого таза после тазовой экзентерации // Онкогинекология. 2016. №4. С. 69-70.
5. Ильин К.А., Замятин А.В. Роль экзисцерации в лечении постлучевых рецидивов рака шейки матки на современном этапе // Онкогинекология. 2013. № 1. С. 43– 53.
6. Касаткин В.Ф. и др. Материалы III съезда онкологов и радиологов стран СНГ, Минск, 25-28 мая 2004г. – Минск, 2004. Ч.2. С. 234.
7. Косенко И.А., Матылевич О.П. Экзентерация таза у больных раком шейки матки: обзор литературы // Онкологический журнал. 2016. № 4 (8). С. 82–89.
8. Лихтер М.С., Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И. Мультидисциплинарный подход к лечению больных колоректальным раком с вовлечением органов мочевыделительной системы // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2012. № 12: 34-9.
9. Одарюк Т.С.. Экзисцерация таза при местнораспространенном раке прямой кишки и с прорастанием в мочевой пузырь // Хирургия. 1999. № 7. С. 58-63.
10. Петровский Б.В. Большая медицинская энциклопедия // М., 1986. Том 27. С. 562-563.
11. Симонов Н.Н. и др. Эффективность комбинированных резекций и экзентераций органов малого таза как этапа комплексного лечения распространенных злокачественных опухолей прямой кишки и женских гениталий // Вопросы онкологии. 2000. Т. 46, № 2. С. 224-228.
12. Тимофеев Ю.М. и др. Тотальные экзисцерации малого таза при местно-распространенном раке прямой кишки // Российский онкологический журнал. 2004. № 5. С. 25-27.
13. Хирш Х.А. Оперативная гинекология. М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. С. 656.
14. Berek J.S. Pelvic exenteration for recurrent gynecologic malignancy: Survival and morbidity analysis of the 45-year experience at UCLA // Gynecologic Oncology. 2005. Vol. 99. P. 153-159.
15. Brunschwig A. Complete excision of pelvic viscera for advanced carcinoma // Cancer. 1948. Vol.1. P. 177-183.
16. Brunschwig, A. Pelvic exenteration combined with resection of segments of bony pelvis // Surgery. 1969. Vol. 65. N 3. P. 417-420.
17. Chung H.H. Clinical impact of FDG-PET imaging in pst-therapy surveillance of uterine cervical cancer: From diagnosis to prognosis // Gynecologic Oncology. 2006. Vol. 103. P. 165-170.
18. Dreyer et al. Management of recurrent cervical cancer // Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology. 2005. Vol. 19, N 4. P. 631-644.
19. Marnitz S. Indications for primary and secondary exenterations in patients with cervical cancer // Gynecologic Oncology. 2006. Vol. 103. P. 1023-1030.
20. Mitulescu G. et al. Total pelvic exenteration in the treatment of advanced pelvic cancer // Chirurgia. Vol. 102, N 2. P. 143-154.

21. Hockel M. et al. Pelvic exenteration for gynecological tumors: achievements and unanswered questions // *Lancet Oncol.* Vol. 7, N 10. P. 837-847.
22. Hugh R.K. Treatment and results of recurrent cancer of corpus uteri in patients receiving anterior and posterior total pelvic exenteration 1947-1963 // *Cancer.* Vol. 22, N 5. P. 949-955.
23. Husain. A prospective study of the accuracy of ¹⁸Fluorodeoxyglucose positron emission tomography // *Gynecologic Oncology.* - 2006. - Vol. 103. - P. 165-170.
24. Pinelo et al. Pelvic exenteration for gynecological cancer – a 10 year institutional review // *Actamed Port.* - 2006. - Vol. 19, N 2. - P. 99-104.