

РЕКОНСТРУКЦИЯ ТАЗОВОГО ДНА ПОСЛЕ ЭКЗЕНТЕРАЦИИ МАЛОГО ТАЗА ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ

Н.Н. ЗАХИРОВА, М.Н. ТИЛЛЯШАЙХОВ, О.М. АХМЕДОВ, Е.В. БОЙКО

Республиканский Специализированный Научно-Практический Центр Онкологии и Радиологии, Республика Узбекистан, Ташкент

МАХАЛЛИЙ ТАРҚАЛГАН БАЧАДОН БЎЙНИ САРАТОНИДА КИЧИК ТОС ЭКЗЕНТРАЦИЯСИДА ТОС ТУБИ РЕКОНСТРУКЦИЯСИ

Н.Н. ЗАХИРОВА, М.Н. ТИЛЛЯШАЙХОВ, О.М. АХМЕДОВ, Е.В. БОЙКО

Республика Ихтисослаштирилган Онкология ва Радиология Илмий-Амалий Маркази, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

RECONSTRUCTION OF THE BASE BOTTOM AFTER THE EXERCISE OF A SMALL PANCRE WITH A LOCALLY DISTRIBUTED CANCER

N.N. ZAKHIROVA, M.N. TILLYASHAYHOV, O.M. AKHMEDOV, E.V. BOYKO

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

Илмий изланишида 88 нафар маҳаллий тарқалган бачадон бўйни саратони билан ($T_{2b-4}N_{0-1}M_0$) билан бўлган беморларда бажарилган кичик тос аъзоларининг олдинги экзентерацияси ва бир вақтдаги тос туби пластикасида кейинги даволаш натижалари қиёсий ўрганиб чиқилган. Жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратларнинг камайишида тос тубининг пластик реконструкциясининг имкониятлари ва афзалликлари баҳоланган.

Калит сўзлар: бачадон бўйни саратони, тос экзентерацияси, тос туби, реконструктив-пластик жарроҳлик амалиётлар.

The study analyzed the results of treatment in a comparative aspect after a front pelvis exenteration with a single-stage pelvic floor plastic surgery in 88 patients with locally advanced cervical cancer (MR cervical cancer) with stage $T_{2b-4}N_{0-1}M_0$ disease. An assessment of the possibilities and advantages of plastic reconstruction of the pelvic floor has been made, which reduces the incidence of postoperative complications.

Key words: cervical cancer, pelvic exenteration, pelvic floor, reconstructive-plastic surgery.

Актуальность. В течение некоторого времени экзентерация органов малого таза (ЭМТ) была объектом значительной критики, сейчас она признана методом выбора для лечения той части больных, которым другие способы терапии не помогут. Несмотря на то, что эту операцию выполняют при различных злокачественных опухолях малого таза, она наиболее эффективна при лечении местно-распространенного и рецидивного рака шейки матки (РШМ) [5]. Достаточно редкое гематогенное метастазирование, длительное нахождение опухоли, особенно плоскоклеточных карцином, в пределах малого таза побудило хирургов разработать операцию экзентерация органов малого таза [4].

По данным литературы, среди выполняемых ЭМТ по поводу местно-распространенных опухолей малого таза, на долю РШМ приходится около 70% случаев [3]. Это контингент больных с III - IV стадией заболевания (первичные или с рецидивом болезни) и пациентки с Ib-IIa, b стадиями, которые имеют рецидив болезни после первичного лечения в 25% случаев [4, 6]. ЭМТ является операцией выбора у больных с такими грозными осложнениями, как кровотечение, болевой синдром, уретерогидронефроз, неконтролируемое

выделение мочи и кала, так как другие методы лечения не позволяют устранить опасные для жизни осложнения.

Удаление тазовых органов единым блоком приводит к образованию лишнего перитонеального покрова «мёртвого» пространства и обширного дефекта тазового дна. После ЭМТ происходит транслокация петель тонкого кишечника в полость малого таза, фиксация их спаечными сращениями к лишнему перитонеальному покрову стенкам таза и тазовому дну.

Проведенная лучевая терапия приводит к фиброзу тазовой клетчатки, прогрессирующему гиалинозу сосудов, ухудшению васкуляризации тканей таза. Фиксация петель тонкого кишечника к облученным стенкам таза может привести к формированию кишечной непроходимости, тонкокишечных свищей, прямокишечно-влагалищных свищей, лимфоцеле и абсцессов малого таза, тазовых грыж. В литературе вышеописанная группа осложнений, по данным ряда авторов называется «синдром пустого малого таза» (empty pelvis syndrome) [1, 2, 7]. Возникает естественный вопрос, чем заполнить пустое пространство, чтобы не допустить транслокации петель тонкого кишечника в полость малого таза.

Реконструкция тазового дна преследует две цели. Ликвидация «мертвого» пространства, после удаления тазовых органов, «сохранение» петель тонкого кишечника и их анатомической позиции, предотвращение их транслокации в полость малого таза, адгезию к стенкам малого таза и необходимость закрытия тазового дна. В настоящее время используются такие методы реконструкции как оментопластика, пластика мышечными и кожно-мышечными лоскутами, транспозиция слепой, сигмовидной и ободочной кишки, а также рассасывающиеся и нерассасывающиеся материалы.

Цель: усовершенствование способов реконструктивно-восстановительных операций у больных с местно-распространенным раком шейки матки с прорастанием в мочевого пузырь.

Материал и методы: Нами было проанализированы результаты лечения 88 больных, с местно-распространенным РШМ (МР РШМ) со стадией заболевания $T_{2b-4}N_{0-1}M_0$. Больные были разделены на 2 группы: 1-я группа – 62 (70,5%) больных, которым после передней ЭМТ пластическая реконструкция тазового дна не проводилась, 2-я группа – 26 (29,5%) больных, которым произведена пластика тазового дна кожным лоскутом.

Возраст больных варьировал от 32-х лет до 61 года, средний возраст составил 47,0 лет. Морфологически у 76 больных (86,3%) диагностирован плоскоклеточный рак, у 12 больных (13,7%) – аденокарцинома.

Анализируя таблицу можно сказать, что наибольшее количество исследуемых больных 61,4% были со стадией заболевания $T3a-bN0-1M0$ (IIIA-B стадии), из них 11 (12,5%) больных до рецидива и прогрессирования заболевания получали химиотерапию, 19 (21,6%) получали в анамнезе комбинированное лечение – химиолучевую терапию, наконец 24 (27,3%) пациенток после сочетанной лучевой терапии. С IIB стадией заболевания ($T2bN0-1M0$) были исследованы всего 31 больная, что составило 35,2% случаев, из них 13 (14,8%) после химиотерапии, на фоне которого было отмечено прогрессирование заболевания, 12 (13,6%) больных с продолженным ростом опухоли после химиолучевой терапии и 4 (4,5%) больных после сочетанной лучевой терапии с рецидивом болезни. С $T4N0-1M0$ (IVA) стадией всего 2 (2,3%) пациенток, которые получали только паллиативную химиотерапию без положительного эффекта.

Таблица 1.

Распределение больных по стадиям в зависимости от полученного первичного лечения

TNM и стадии заболевания	Химиотерапия		Химио-лучевая терапия		Сочетанная лучевая терапия		Хирургическое лечение (нерадикальная операция) +ХТ		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
$T2bN0-1M0$ IIB	13	14,8	12	13,6	4	4,5	2	2,3	31	35,2
$T3a-bN0-1M0$ IIIA-B	11	12,5	19	21,6	24	27,3	-	-	54	61,4
$T4N0-1M0$ IVA	2	2,3	-	-	-	-	-	-	2	2,3
Всего	27	30,7	31	35,2	28	31,8	2	2,3	88	100

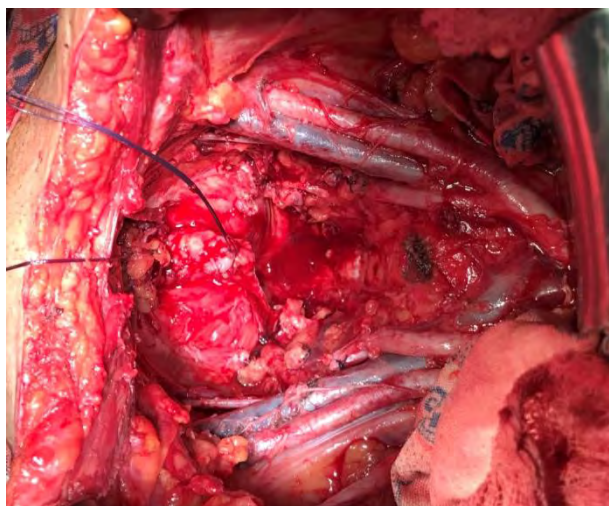


Рис. 1. Тазовое дно после передней экзентерации таза



Рис. 2. Иссечение кожного лоскута с подкожной клетчаткой из передней брюшной стенки

Результаты. Всем исследуемым больным проводилась передняя экзентерация органов малого таза (ЭМТ), во второй группе с одномоментной пластической реконструкцией тазового дна. Показания для проведения ЭМТ: Рецидивирующее кровотечение из половых путей, неконтролируемое выделение мочи из влагалища (пузырно-влагалищные свищи), гематурия, хронический болевой синдром, уретерогидронефроз с одной или с 2-х сторон.

После проведенной первым этапом передней экзентерации малого таза, произведено иссечение кожного лоскута с подкожной жировой клетчаткой из передней брюшной стенки размерами 6×7×12 см. После чего, слой эпидермиса кожного лоскута удален до слоя собственной дермы, затем сформированный кожный лоскут установлен в область «пустого» тазового дна и фиксирован к брюшине таза.

Производились следующие способы деривации мочи: уретерокутанеостомия (УКС) – у 24 (27,3%) пациенток, операция Бриккера – у 35

(39,8%) пациенток, толстокишечный мочевой резервуар с контролируемым опорожнением (самокатетеризация) – у 29 (33%) больных. У 5 (5,7%) больных была произведена перкутанная нефростомия до ЭМТ. Техника пластики тазового дна кожным лоскутом: иссечение кожного лоскута с подкожной жировой клетчаткой из передней брюшной стенки; удаление эпидермиса до слоя собственной дермы и установление лоскута в тазовое дно поверхностью собственной дермы, подкожно-жировой клетчаткой кверху.

Следующим этапом, область пластики тазового дна прикрыта дистальным концом большого сальника.

Как видно из таблицы, частота послеоперационных осложнений у больных контрольной группы была выше, т.е. 53,8%, тогда как у больных основной группы этот показатель был равен 40,3%. Чаще наблюдались гнойно-воспалительные – нагноение послеоперационной раны у 5 (19,2%) и пиелонефрит у 5 (8,1%) пациенток.

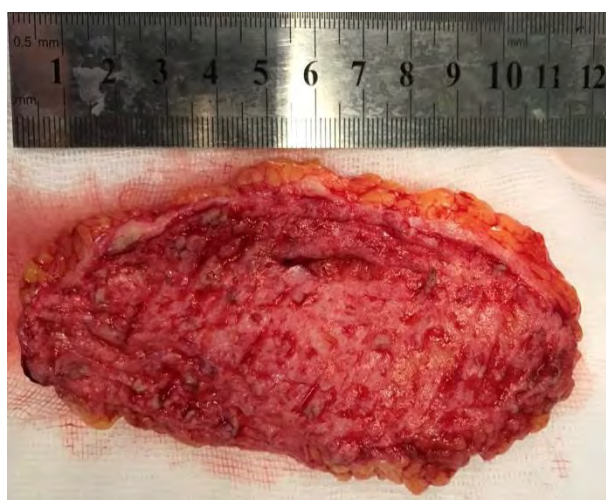


Рис. 3. Удаление эпидермиса до слоя собственной дермы



Рис. 4. Подкожно-жировая клетчатка иссеченного кожного лоскута



Рис. 5. Установление кожного лоскута в тазовое дно

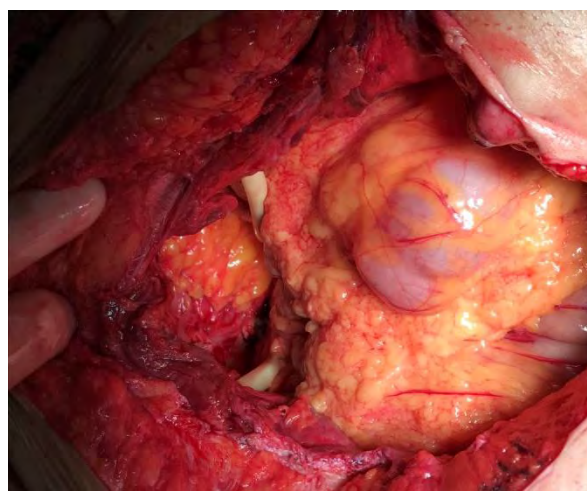


Рис. 6. Прикрытие сальником области пластики тазового дна

Структура послеоперационных осложнений

Осложнения	1 группа, n=62		2 группа, n=26		P
	абс	%	абс	%	
<i>Нагноение послеоперационной раны</i>	8	12,9	5	19,2	>0,05
<i>Кишечная непроходимость</i>	2	3,2	1	3,8	<0,05
<i>Ректовагинальный свищ</i>	6	9,7	0	0,0	<0,01
<i>Перитонит</i>	2	3,2	1	3,8	>0,05
<i>Пиелонефрит</i>	5	8,1	4	15,4	>0,05
<i>Некроз перемещенного лоскута</i>	0	0,0	1	3,8	>0,05
<i>Стриктура мочеточничко-резервуарного анастомоза</i>	0	0,0	1	3,8	>0,05
<i>Летальность</i>	2	3,2	1	3,8	>0,05
Всего	25	40,3	14	53,8	>0,05

У 2-х больных 1 группы (3.2%) в раннем послеоперационном периоде наблюдалась кишечная непроходимость, по поводу которой производилась релапаротомия, у 6 больных (9.7%) образовался прямокишечно-влагалищный свищ через 30 дней после операции, стриктура мочеточничкового –резервуарного анастомоза у 1 (3.8%) больной 2 группы через 50 дней после операции. Некроз перемещенного кожного лоскута наблюдался у 1 больной, 3.8% случаев.

После операционной летальность наблюдалась у 2 больных (3.2%) первой группы, причина – ТЭЛА и разлитой гнойный перитонит, 1 больная 2-й группы умерла также от ТЭЛА.

Выводы: Разработанная методика реконструкции тазового дна после экзентераций органов малого таза, в особенности с формированием толстокишечного мочевого резервуара с контролируемым опорожнением является наиболее оптимальным объемом хирургического вмешательства, уменьшает или предотвращает такие осложнения как кишечная непроходимость, тонкокишечные свищи, прямокишечно-влагалищные и мочевагинальные свищи, лимфоцеле, абсцессы малого таза и формирование тазовых грыж, что в свою очередь значительно улучшает качество жизни столь сложной категории пациенток.

Литература:

1. Давыдов М. И., Одарюк Т. С., Нечушкин М. И. и др. Тактика оперативного лечения при местнораспространённых опухолях органов малого таза с поражением мочевого пузыря // Онкоурология. - 2006. - №2. - С. 26-30.
2. Елисеев Д.Э., Алексеев Б.Я., Огай Д.С. Синдром пустого малого таза после тазовой экзентерации //Онкогинекология. - 2016. - №4. - С. 69-70.
3. Косенко И.А., Матылевич О.П. Экзентерация таза у больных раком шейки матки: обзор литературы

туры // Онкологический журнал. - №4 (8). - С. 82–89.

4. Латыпов В.Р., Дамбаев Г.Ц., и др. Результаты тазовой экзентерации у женщин, выполненной по поводу опухолевых поражений и осложнений лучевой терапии // Онкоурология. - 2015. - №1. - С. 56-60.

5. Майстренко Н.А., Хватов А.А. Экзентерация малого таза в лечении местно-распространенных опухолей // Вестник хирургии. - 2014. - №2. - С. 47-52.

6. Driver E.J., Rauh-Hain J.A. et al. Total pelvic exenteration for gynecologic malignancies. // Int. J Surg. Oncol. – 2012. – P. 1-9.

7. Laszlo Palfalvi. Reconstruction of the pelvic floor and management of the empty pelvis; correction of pelvic hernias // Nogyogyaszati Onkologia. – 1998. - №2. – P. 175-176.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ТАЗОВОГО ДНА ПОСЛЕ ЭКЗЕНТЕРАЦИИ МАЛОГО ТАЗА ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ

Республиканский Специализированный Научно-Практический Центр Онкологии и Радиологии, Узбекистан, Ташкент

Н.Н. ЗАХИРОВА, М.Н. ТИЛЛЯШАЙХОВ,
О.М. АХМЕДОВ, Е.В. БОЙКО

В исследовании проанализированы результаты лечения в сравнительном аспекте после передней экзентерации малого таза с одномоментной пластикой тазового дна кожным лоскутом у 88 больных с местно-распространенным раком шейки матки (МР РШМ) со стадией заболевания T_{2b-4}N₀₋₁M₀. Произведена оценка возможностей и преимуществ пластической реконструкции тазового дна, которая снижает частоту возникновения послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: рак шейки матки, экзентерация таза, тазовое дно, реконструктивно-пластические операции.