

ЭКЗЕНТЕРАЦИЯ МАЛОГО ТАЗА С ОДНОМОМЕНТНОЙ ПЛАСТИКОЙ ТАЗОВОГО ДНА: БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

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

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

КИЧИК ТОС ЭКЗЕНТЕРАЦИЯСИ ВА БИР ВАҚТДАГИ ПЛАСТИКАСИ: ЯҚИН НАТИЖАЛАР

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

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

EXERCISE OF A SMALL PELVIS WITH ONE-DIMENSIONAL PLASTIC THE BASE OF THE BASE OF THE BASE: THE NEAREST RESULTS

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

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

Илмий изланишда 28 та сийдик қопига ўсиб ўтган, 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 оментопластикаси амалиетининг яқин даврдаги натижалари ўрганиб чиқилган. Беморларнинг ёши 35 дан 60 гача, ўртача 47,5 ёшни ташкил қилган. Жарроҳлик амалиетидан кейинги асоратларнинг келиб чиқишига сабаб бўлиши мумкин бўлган омилар тафтиши қилинган, кичик тоснинг реконструкцияси натижасида жарроҳлик амалиетидан кейинги асоратлар сонининг камайишига таъсири ўрганилган.

Калим сўзлар: бачадон бўйни саратони, тос экзентерацияси, тос туби, реконструктив-пластик жарроҳлик амалиетлар.

The study analyzed the immediate results after a front pelvic exenteration with a one-stage pelvic floor osteoplasty in 28 patients with locally advanced cervical cancer (MR cervical cancer) with a bladder germination with stage $T_{2b-4}N_{0-1}M_0$. The age of patients ranged from 35 to 60 years, the average age was 47.5 years. The reasons that have a significant impact on the development of postoperative complications, the advantages of pelvic floor plastic, which reduces the incidence of postoperative complications, are analyzed.

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

Актуальность: На сегодняшний день у каждого третьего онкологического больного к моменту установления диагноза, процесс носит местно и регионарно распространенный характер, в том числе в 20,0% случаев выявляются отдаленные метастазы. Этот показатель остается неизменным уже несколько десятилетий [1, 2, 10]. Весомая роль в структуре местно-прогрессирующих опухолей малого таза принадлежит и новообразованиям мочеполовой системы. Так, по данным различных источников [2, 6, 7], у 40% больных раком шейки матки и предстательной железы на момент постановки первичного диагноза отмечается местное распространение опухолевого процесса.

Однако при отсутствии отдалённых метастазов даже у таких больных открываются перспективы радикального хирургического лечения, при этом единственным эффективным вариантом оперативного пособия остаётся экзентерация малого таза (ЭМТ). ЭМТ на сегодняшний день является основным методом лечения местно-

распространённых тазовых опухолей, в частности рака шейки матки. Важным показателем эффективности и обоснованности выполнения столь агрессивной и травматичной операции, наряду с продолжительностью жизни, является и её качество. Современные технологии в сочетании с высоким профессионализмом хирурга позволяют не только надёжно и полноценно выполнять резекционный этап операции, но и часто осуществлять реконструктивный этап, включающий как реализацию одного из методов деривации мочи, так и пластическую реконструкцию тазового дна [5, 8, 9, 11]. Применение реконструктивных методик облегчает физиологическую и социальную адаптацию пациентов после таких тяжёлых операций, а также возвращает, казалось бы, безвозвратно утраченное качество жизни на достаточно высокий уровень.

Цель. Изучить ближайшие результаты лечения после передней экзентерации органов малого таза с одномоментной оментопластикой тазового дна.

Материал и методы исследования. Проведен анализ ближайших результатов лечения 28 больных с местнораспространенным раком шейки матки с прорастанием в мочевого пузырь (МР РШМ) со стадией $T_{2b-4}N_{0-1}M_0$, которым была произведена передняя экзентерация органов малого таза (ЭМТ) с одномоментной пластикой тазового дна большим салъником с 2008 по 2014 годы на базе РОНЦ МЗ РУз и Ташкентского городского онкологического диспансера. Возраст больных колебался от 35 до 60 лет, средний возраст составил 47,5 лет. Морфологически у 24 больных (85,7%) диагностирован плоскоклеточный рак, у 4 больных (14,3%) – аденокарцинома и у 1-й (2,8%) больной мезонефроидный рак. Из них: 6 (21,4%) больных были первичные, 16 (57,1%) больных получала химиолучевое лечение и 8 (28,6%) больных после сочетанной лучевой терапии.

Исследуемые нами больные прошли тщательное предоперационное обследование: УЗИ брюшной полости и малого таза, МРТ малого таза и забрюшинного пространства с контрастированием, КТ органов брюшной полости и грудной клетки, экскреторная урография с ретроградной цистографией, цистоскопия, ректосигмоскопия. Важным аспектом предоперационного обследования явилось определение степени распространности опухолевого процесса на соседние органы.

Результаты: Всем 28 больным проводилась передняя экзентерация органов малого таза (ЭМТ), с одномоментной пластической реконструкцией тазового дна большим салъником с двусторонней аорто-подвздошной и тазовообту-

раторной лимфодиссекцией. Показания к проведению ЭМТ: рецидивирующее кровотечение из половых путей, выделение мочи из влагалища (пузырно-влагалищные свищи), гематурия, хронический болевой синдром, уретерогидронефроз с одной или с 2-х сторон, крайне низкий уровень качества жизни. В связи с тем, что ЭМТ достаточно травматичным, агрессивным хирургическим вмешательством, имеет высокие операционные и анестезиологические риски, решение о её выполнении, как правило, принималось консилиумом врачей, после тщательной разъяснительной беседы с больной и ее родственниками, после получения их согласия на операцию. Операция выполнялась одной хирургической и анестезиологической бригадой. Продолжительность операции составила от 3 часов 00 мин до 7 часов 50 мин в зависимости от клинической ситуации и интраоперационной находки, также от способа деривации мочи. Интраоперационная кровопотеря колебалась от 600 до 1500 мл. Летального исхода во время операции не наблюдалось.

Как видно из диаграммы, исследуемым больным в зависимости от клинической ситуации и интраоперационной находки производились следующие способы деривации мочи: чаще производилась уретерокутанеостомия (УКС) – у 11 (39,3%) пациенток, меньшему числу больных 8 (28,6%) выполнена операция Бриккера, и наконец, 9 больным, что составило 32,1% случаев сформирован толстокишечный мочевой резервуар (ТМР) с контролируемым опорожнением (самокатетеризация).

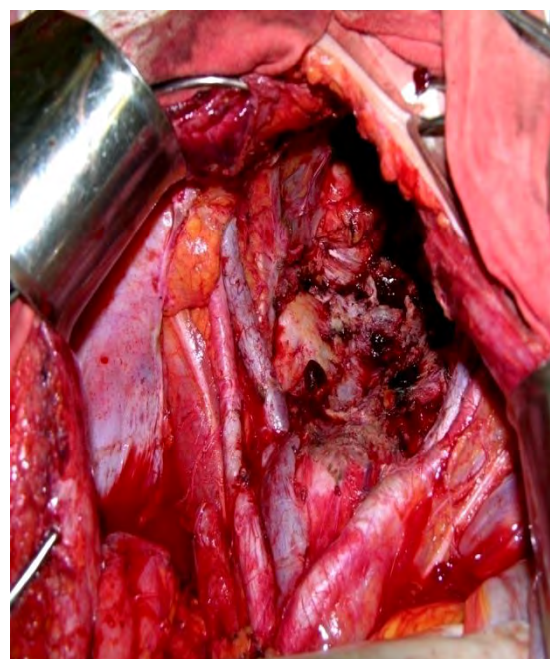
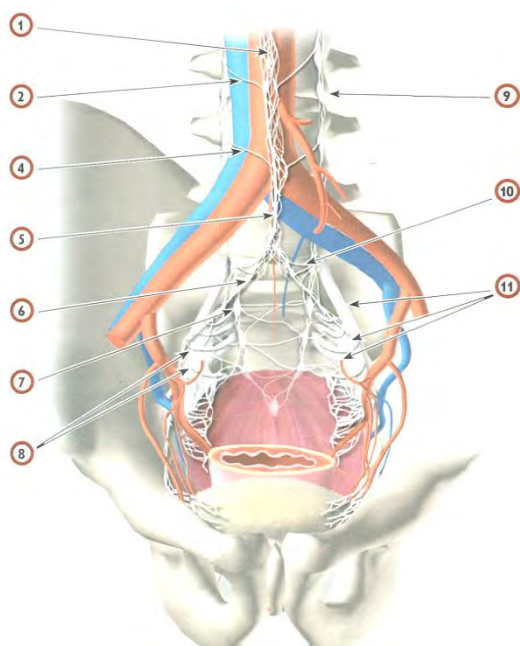


Рис. 1. Объем лимфодиссекции при ЭМТ и вид малого таза после операции.



Рис. 2. Больная Д., 51 год. Диагноз: Рак шейки матки IIIA стадия T3bN0M0. Состояние после 4 курсов ПХТ + сочетанной лучевой терапии. Рецидив заболевания. Прорастание в заднюю стенку мочевого пузыря.

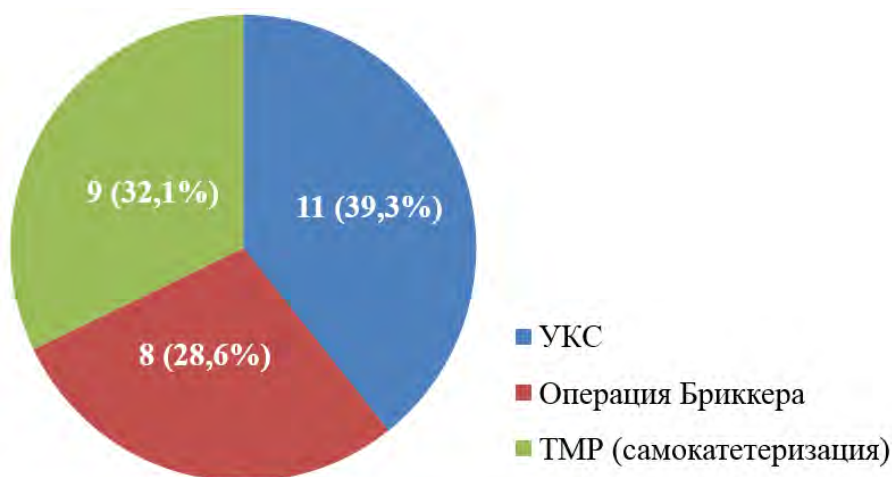


Рис. 3. Распределение больных в зависимости от способа деривации мочи.

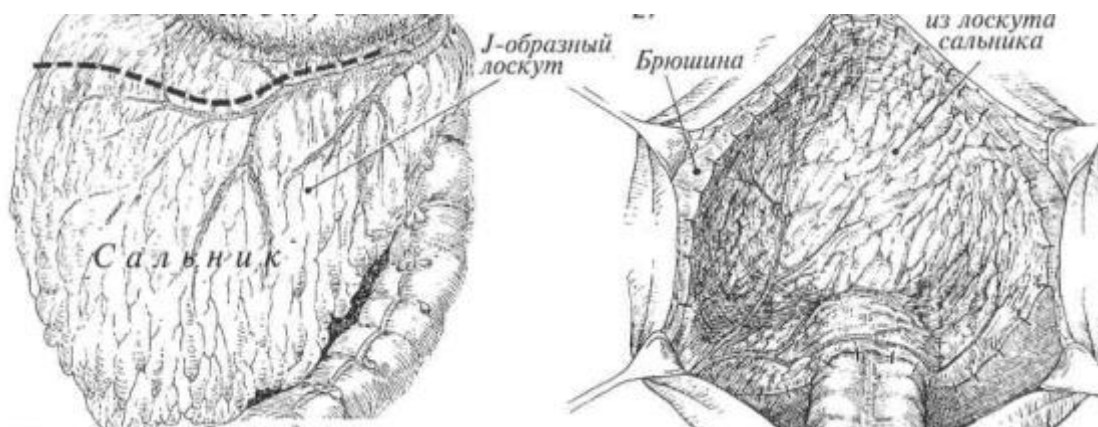


Рис. 4. Схематичное изображение оментопластики.

После экзентерации всем исследуемым больным проводилась реконструкция тазового дна большим сальником. Мобильность, хорошее кровоснабжение и высокие репаративные способности явились основными условиями для использования большого сальника при реконструкции тазового дна [3, 4].

Техника оментопластики заключается в мобилизации сальника от поперечной ободочной кишки и большой кривизны желудка с формированием J-образного лоскута на правых или левых желудочно-сальниковых сосудах, низведение большого сальника в полость малого таза и его фиксация к стенкам таза и тазовому дну отдель-

ными викриловыми швами. Перемещенный сальниковый лоскут, заполняет «пустое» тазовое дно, покрывает стенки таза, лишённые перитонеума, поддерживает петли тонкого кишечника, предотвращая их адгезию, также, снижает образование гематом, лимфоцеле и абсцессов малого таза.

Наиболее частым осложнением был развившийся в послеоперационном периоде пиелонефрит у 3-х пациенток (10,7%), нагноение послеоперационной раны отмечено у 2-х пациенток (7,1%), трудности самокатетеризации у 2-х больных с ТМР (7,1%), у 1-й (2,8%) больной отмечено нагноение инкапсулированной гематомы в послеоперационном ложе, которая потребовала повторное хирургическое вмешательство – релапаротомию. Тромбофлебит нижней конечности имел место в 2,8% случаев, который был разрешен консервативным лечением.

Вывод. Примененная методика - оментопластика, является наиболее оптимальным способом реконструкции тазового дна после экзентераций, в виду хорошего кровоснабжения большого сальника, что улучшает репаративные процессы в малом тазу, снижает риск развития таких осложнений как – кишечная непроходимость, прямокишечно-влагалищные свищи, абсцессы малого таза и тазовые грыжи, лимфоцеле, вследствие чего период реабилитации больных после столь травматичной операции укорачивается, что значительно улучшает психоэмоциональный статус и качество жизни пациенток.

Литература:

1. Аксель Е. М., Ушакова Т. И. Статистика заболеваемости и смертности от рака ободочной и прямой кишки // Новое в терапии колоректального рака. - М., 2001. - С. 6-9.
2. Давыдов М. И., Одарюк Т. С., Нечушкин М. И. и др. Тактика оперативного лечения при местно-распространённых опухолях органов малого таза с поражением мочевого пузыря // Онкоурология. - 2006. - №2. - С. 26-30.
3. Елисеев Д.Э., Алексеев Б.Я., Огай Д.С. Синдром пустого малого таза после тазовой экзентерации // Онкогинекология. - 2016. - №4. - С. 69-70.
4. Косенко И.А., Матылевич О.П. Экзентерация таза у больных раком шейки матки: обзор литературы // Онкологический журнал. - №4 (8). - С. 82-89.
5. Костюк И.П., Шестаев А.Ю. и др. Дифференцированная хирургическая тактика при поражении мочевого пузыря у больных с местно-распространёнными злокачественными новообра-

зованиями малого таза // Онкоурология. - 2012. - №3. - С. 62-64.

6. Наврузов С. Н. и др. Оценка эффективности одномоментной трансуретральной резекции мочевого пузыря и предстательной железы при сочетании рака мочевого пузыря и доброкачественной гиперплазии простаты // Врча-аспирант. – 2009. – №. 2. – С. 103-109.
7. Тилляшайхов М. Н. и др. Применение комбинированных и расширенных операций при опухолях органов малого таза с прорастанием в мочевыводящие пути // Вісник проблем біології і медицини. – 2011. – №. 4. – С. 147-149.
8. Bricker E. M. The evaluation of the ileal segment bladder substitution operation // Amer. J. Surg. - 1978. - Vol.47. - P. 135.
9. Brunschwig, A. What are the indications and results of pelvic exenteration? // J.A. M.A. - 1965. - Vol.194. - P. 274-281.
10. Ferenschild F. T., Vermaas M., Verhoef C. Total pelvic exenterations for primary and recurrent malignancies // World J. Surg. - 2009. - Vol.33. - P. 1502-1508.
11. Goldberg G. L. Total pelvic exenteration: the Albert Einstein College of Medicine / Montefiore Medical Center Experience (1987 to 2003) // Gynecol. Oncol. - 2006. - Vol.101. - P. 261-268.

ЭКЗЕНТЕРАЦИЯ МАЛОГО ТАЗА С ОДНОМОМЕНТНОЙ ПЛАСТИКОЙ ТАЗОВОГО ДНА: БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

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

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

В исследовании проведен анализ ближайших результатов после передней экзентерации малого таза с одномоментной оментопластикой тазового дна у 28 больных с местно-распространённым раком шейки матки (МР РШМ) с прорастанием в мочевой пузырь со стадией T_{2b-4}N₀₋₁M₀. Возраст больных колебался от 35 до 60 лет, средний возраст составил 47,5 лет. Проанализированы причины, оказывающие значимое влияние на развитие послеоперационных осложнений, преимущества пластики тазового дна, которая снижает частоту возникновения послеоперационных осложнений.

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