

ДИАГНОСТИКА И КОМБИНИРОВАННЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕОРГАНЫХ ОПУХОЛЕЙ МАЛОГО ТАЗА

С.Н. НАВРУЗОВ, С.Б. АБДУЖАППАРОВ, А.А. ЮСУПБЕКОВ,
М.Д. ДЖУРАЕВ, Е.Е. ЧЕН

Республиканский онкологический научный Центр Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан, г. Ташкент

Резюме. Применения всего арсенала современных методов визуализации позволило в дооперационном периоде определить локализацию процесса и его отношения к магистральным сосудам, что позволило 90% случаев провести радикальное удаление опухоли. Из 40 больных у 18(45%) применен комбинированный способ удаления опухоли малого таза с пластикой тазового дна. В 20 случаях опухоль удален лапаротомным доступом. Длительность проведения комбинированных операций и объем кровопотери не отличались от стандартных. При морфологическом изучении наиболее часто встречалось фибросаркома (22,5%), фиброматоз (20%) и нейрогенная саркома (17,5%). Показатели сфинктерометрии показали, что деятельность запирающего аппарата прямой кишки соответствуют показателям дооперационного периода.

Новый метод комбинированного лечения опухолей малого таза с одномоментной пластикой тазового дна позволяют радикально удалять патологический процесс с хорошими отдаленными функциональными показателями замыкательного аппарата прямой кишки.

Ключевые слова: внеорганный опухоль, малый таз, леваторопластика, морфология, хирургия.

DIAGNOSIS AND COMBINED TREATMENT OF PELVIC TUMORS EXTRAORGAN

S.N. NAVRUZOV, S.B. ABDUJAPPAROV, A.A. YUSUPBEKOV,
M.D. DJURAEV, E.E. CHEN

Cancer Research Center of the Ministry of health of the Republic of Uzbekistan, Tashkent

Resume. Applications of all arsenal of modern methods of visualization allowed to define in the presurgical period localization of process and its relation to magistralny vessels that allowed to carry out 90% of cases radical removal of a tumor. From 40 patients at 18(45%) the combined way of removal of a tumor of a small basin with plasticity of a pelvic bottom is applied. In 20 cases a tumor it is removed with laparotom access. Duration of carrying out the combined operations and volume of blood loss didn't differ from the standard. At morphological studying most often met fibrosarcoma (22,5%), a fibromatosis (20%) and neurogenetic sarcoma (17,5%). Indicators of a sfinkterometri showed that activity of the locking device of a rectum correspond to indicators of the presurgical period.

New method of the combined treatment of tumors of a small basin with one-stage plasticity of a pelvic bottom allow to delete considerably pathological process with the good remote functional indicators of the switching device of a rectum.

Key words: extraorgan tumor, pelvis, levatoroplastiks, morphology, surgery.

Актуальность. Проблема диагностики и радикального лечения внеорганных опухолей брюшной полости, малого таза и пресакральной области является сложным разделом современной онкологии и онкохирургии в частности. В большинстве случаев этих больных лечат в различных медицинских учреждениях, больше всего в урологических и гинекологических клиниках. Неполноценное обследование больных и пренебрежение стандартами диагностики онкологических пациентов приводят к установке неадекватных диагнозов и соответственно ошибочной тактике лечения. В этих ситуациях операции носят

паллиативный характер, так как удаление опухоли малого таза требует высокой квалификации и определенных навыков в данной области. Так же наблюдается большое количество послеоперационных осложнений с повреждением кишечника, мочевыводящих путей, органов гениталий и другие.

Проведя анализ диагностики и лечения неорганных опухолей малого таза за последние 20 лет в нашей клинике и на основании опыта многочисленных клиник, нами был определен круг вопросов, которые требовали своего решения. В основном это касался о целесообразности и необходимости применения

современных методов лучевой диагностики у больных опухолями малого таза. Надо было дать свой ответ проблеме дооперационной верификации опухоли. Учитывая тот факт, что при хирургическом лечении опухолей данной локализации применялись различные доступы, то надо было определить наиболее оптимальный из них. Особый интерес вызывает способы пластики тазового дна после удаления обширных новообразований малого таза.

Внеорганные опухоли малого таза и пресакральной области занимают около 12% всех внеорганных опухолей брюшной полости. Клиническое течение данных опухолей проявляется топографо-анатомическими особенностями указанной области. Близость органов мочеполовой системы (матка с придатками, семенные пузырьки и семявыносящий проток, мочевой пузырь, мочеиспускательный канал) и прямой кишки отражается на клинической картине опухолей малого таза. Чаще всего, больные к врачам обращаются при нарушении функции указанных органов и довольно долго и безуспешно лечатся у урологов, гинекологов, проктологов. Размеры опухолей малого таза иногда достигают больших размеров с компрессией органов брюшной полости. Диагностика опухолей малого таза и пресакральной области основывается на данных клинического течения заболевания, осмотра пациентов *per vaginam*, *per rectum*. Из инструментальных методов информативными является УЗС малого таза, КТ, МРТ, МСКТ, ректоскопия, ирригоскопия, ТРУЗС. Основным методом лечения внеорганных опухолей малого таза и пресакральной области принято считать хирургический. Учитывая топографические особенности малого таза, много споров вызывает выбор доступа для хирургического лечения. Различают следующие доступы: абдоминальный, парасакральный с резекцией копчика (положение Тренделенбурга), промежностный на левом или на правом боку больного, комбинированный – абдоминопROMEжностный, трансанальный. Каждый из указанных доступов имеют свои показания, противопоказания и свои недостатки. Однако, научно-обоснованного определения показаний и противопоказаний при выборе хирургического доступа оперативного лечения опухолей малого таза до сих пор не разработаны. В зависимости от приверженности определенной школы одному из указанных доступов, тот и считается главенствующим. Немаловажное значение имеет вопрос как завершать оперативное лечение при

комбинированном или промежностном удалении опухолей. При нарушении целостности тазового дна в послеоперационном периоде могут возникнуть целый ряд осложнений, таких как цистоцеле, ректоцеле, недостаточность анального сфинктера.

Для профилактики вышеперечисленных осложнений при завершении оперативного пособия необходимо проводить хирургическую коррекцию, т.е. провести пластику тазового дна. Этот вопрос остается дискуссионным и также требует своего решения.

Целью настоящего исследования является улучшение результатов диагностики и лечения неорганных опухолей малого таза путем оценки эффективности нового способа хирургического лечения.

Материал и методы исследования. С 2011 по 2014 г.г. в отделении колопроктологии РОНЦ обследовано и пролечено 40 больных с внеорганными опухолями малого таза. Возраст больных колебался от 2 до 64 лет (в среднем 45,5). При изучении региональной принадлежности пациентов, наибольшее количество обратились из Ферганской области (7 пациентов). Больных обследовали согласно протоколу №1, которое включало в себя наряду с традиционными методами УЗДГ, КТ, МСКТ в ангиографическом режиме, трепан биопсию опухоли. В качестве критериев отбора служили расположение опухоли в полости малого таза и пресакральной области, верифицированный диагноз новообразования и отсутствие тяжелой сопутствующей патологии. Методика операции заключалась в синхронном брюшно-промежностном способе удалении опухоли малого таза из лапаротомного и промежностного доступа. После удаления опухоли проводили укрепление промежности путем проведения леваторопластики (задней, передней или боковой).

Полученные результаты и их анализ. У 18 пациентов (45%) из 40 больных операция проведена двухбригадным способом (табл. 1).

Таблица 1.

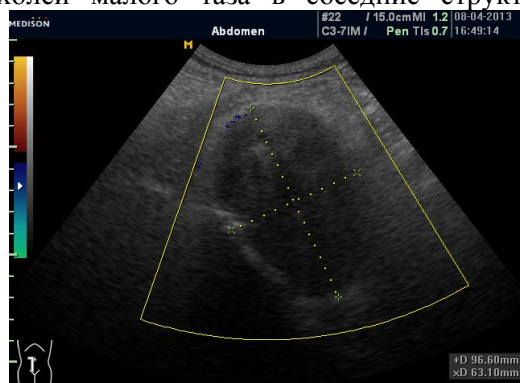
Распределение больных в зависимости от характера проведенных операций.

№	Характер операции	Кол-во	%
1	Синхронное двухбригадное брюшно-промежностное удаление опухоли малого таза	18	45
2	Лапаротомия, удаление опухоли малого таза	20	50
3	Эксплоративное лапаротомия	2	5
Итого		40	100

В 20 случаях опухоль малого таза удалось удалить лапаротомным доступом. При изучении характера оперативных вмешательств у 24 пациентов (60%) произведено стандартное удаление опухоли малого таза. У остальных 14 больных (35%) наряду с удалением опухоли малого таза произведено резекция прямой кишки с низведением сигмовидной кишки в анальный канал и формированием сигма-анального анастомоза у 4; у 2 пациенток произведено экстирпация матки с придатками; у 3 пациентов резекция мочевого пузыря; у 3 пациентов резекция мочеточника с наложением уретро-уретро анастомозов; у 1 больной резецирована тонкая кишка; резекция задней стенки влагалища выполнена у 2 пациентов. В 2 случаях в связи с прорастанием опухоли в кишечник операция наряду с удалением опухоли малого таза, завершена наложением превентивной колостомы в связи с техническими трудностями. У 1 пациентки наряду с удалением опухоли малого таза произведено реконструктивно-восстановительная операция с закрытием колостомы. В двух случаях (5%) операция носила эксплоративный характер, так отмечалась прорастание опухоли в магистральные сосуды и тазовые кости. Операцию в этих случаях завершали биопсией их опухоли.

Длительность операции при проведении двухбригадных вмешательств в среднем составляло $180 \pm 15,4$ мин, при проведении только лапаротомии в среднем около $120 \pm 20,2$ мин. Объем кровопотери составил в среднем $350 \pm 20,4$ мл.

Инфильтрация или прорастание опухолей малого таза в соседние структуры



явились показаниям к выполнению комбинированных и расширенных операций.

При анализе результатов морфологического исследования (табл. 2) удаленных макропрепаратов выявлено 7 разновидностей образований малого таза.

Таблица №2

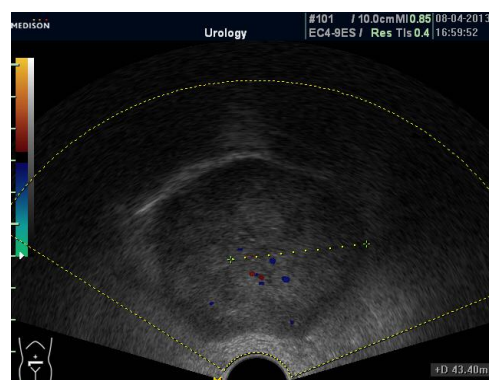
Морфологическая характеристика опухолей малого таза

№	Морфология опухоли	Кол-во	%
1	Фибролипома	4	10
2	Фиброматоз	8	20
3	Тератома	4	10
4	Нейрогенная саркома	7	17,5
5	Ангисаркома	6	15
6	Аденокарцинома	2	5
7	Фибросаркома	9	22,5
Итого		40	100

Наиболее часто встречалось фибросаркома (22,5%), фиброматоз (20%) и нейрогенная саркома (17,5%). В меньшем количестве диагностировано аденокарцинома (5%).

Наряду с традиционными методами диагностики нами широко применены современные методы лучевой диагностики, которые позволили наглядно демонстрировать наличия внеорганных опухолей малого таза и их отношения к соседним структурам. Ниже хотим предоставить данные собственного наблюдения УЗС, УЗДГ, МСКТ в ангиографическом режиме, КТ.

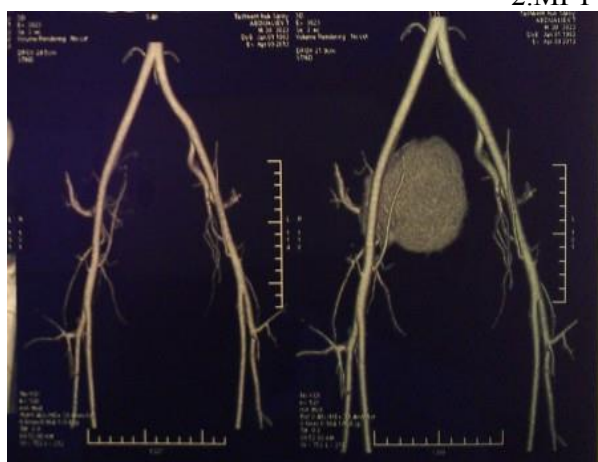
Больной А., 36 лет, №ИБ 3265 поступила в отделение с диагнозом внеорганный опухоль малого таза. Больной проведены следующие виды исследований:



1.УЗДГ: Образование малого таза размерами 96х63х76 см



2.МРТ малого таза:



3.МСКТ: Образование питается за счет правой внутренней подвздошной артерии.

На основании проведенных исследований установлен диагноз: Внеорганный опухоль малого таза и произведено оперативное лечение – брюшно-промежностное удаление опухоли малого таза с боковой леваторопластикой. Послеоперационный период гладкий. Гистология удаленного макропрепарата: абдоминальный фиброматоз

Проведение леваторопластики (передней, задней, боковой) позволило герметично закрывать полость малого таза после удаления опухоли и ни в одном случае не наступило осложнение в виде выпадения внутренних органов из промежностной раны.

При анализе показателей сфинктерометрии до и после операции отмечается отсутствие изменений после выполнения одного из вариантов пластики тазового дна. Как видно из таблицы 3, у 18 пациентов, которым произведены операции с пластикой тазового дна, величина сократительной способности запирающего

аппарата прямой кишки не пострадали и остались таковыми, как до операции.

Таблица 3.

Показатели сфинктерометрии в сравнительном аспекте

№	Показатели сфинктерометрии до операции в мА N=18		Показатели сфинктерометрии после операции в мА N=18	
	В покое	При напряжении	В покое	При напряжении
1.				
2.	40,4±4,5	52,1±3,2	40,2±3,5	50,4±2,5

Изучение показателей одногодичной и трехлетней выживаемости, рецидивирования и метастазирования дали следующие результаты. У 14 пациентов морфологически верифицирован доброкачественный процесс. Рецидивов заболевания у этой группы пациентов нами не отмечено.

Больные с различными видами сарком(ангиосаркома, нейросаркома, фибросаркома) находятся под диспансерным

наблюдением. Из них у одного отмечен рецидив опухоли малого таза. По поводу чего больному два раза повторно проведены оперативное лечение в объеме брюшно-промежностного удаления опухоли. У двоих больных после циторедуктивного удаления опухоли малого таза, отмечен продолженный рост опухоли и эти больные получают курсы паллиативной полихимиотерапии. Послеоперационной летальности не отмечено. Одногодичная выживаемость составило 95%. 2-х летняя выживаемость на 2013 составило 87%.

Таким образом, разработанный способ брюшно-промежностного удаления опухоли малого таза и пресакральной области, является радикальным методом хирургического лечения опухолей данной локализации. Отсутствие показателей послеоперационной летальности и функциональных осложнений, приемлимые показатели одногодичной и трехлетней выживаемости свидетельствуют о высокой эффективности предложенного способа. Однако, данный метод лечения может быть рекомендован только в специализированных центрах, так как необходимо иметь две бригады квалифицированных хирургов для проведения синхронной операции.

Выводы:

1.Необходимым условием для диагностики внеорганных опухолей малого таза является проведение ТРУЗС, ТВУЗС (у женщин), МСКТ в ангиографическом режиме, морфологических исследований.

2.Проведение комбинированного способа хирургического лечение с одномоментной пластикой тазового дна не увеличивает количество послеоперационных осложнений, объем кровопотери и времени операции по сравнению с традиционными методами хирургического вмешательства.

3.Удовлетворительные результаты деятельности запирающего аппарата прямой кишки после комбинированного способа оперативного лечения позволяют рекомендовать данный способ как метод выбора у больных с внеорганными опухолями малого таза.

Литература:

1. Айман Ахед Аль-Баргути. Рецидивы неорганных злокачественных новообразований забрюшинного пространства // Arch. Clin. Exp. Med.— 2002.—Vol. 11, № 3. — P. 372-375.
2. Игнатова Е.И. Видеолапароскопия с применением интраоперационного ультразвукового исследования в диагностике опухолевых заболеваний брюшной полости и

- забрюшинного пространства: Автореф. дис. ... канд мед. наук. – М., 2001. – 27 с.
3. Сидоренко Ю.С., Салатов Р.Н., Максимов Н.А. Применение эходоплерографии в диагностике злокачественных опухолей мягких тканей // Вопр. онкол. – 2002. – Т.2, №6. – С. 716-718.
4. Стилиди И.С., Губина Г.И., Неред С.Н. Непосредственные результаты хирургического лечения неорганных забрюшинных опухолей // Рос. онкол. журн. – 2007. – №1. – С.25-29.
5. Харченко В.П., Каприн А.Д., Гафранов И.К. Клиническое значение транскутанных вмешательств на органах забрюшинного пространства и малого таза под контролем ультразвукового сканирования // Леч. врач. – 2000. – №2. – С. 34-37.
6. Шалибаев Р.Ш., Филиппенко В.И. Анализ ошибок в диагностике опухолей малого таза // Актуальные проблемы онкологии: тез. докл. Междунар. Науч. практ. конф. - Алма-Ата, 2003. - С. 128-130.
7. Яценко С. К. Лечение множественной липосаркомы забрюшинного пространства // Рос. онкол. журн. – 2006. - № 1 – с.50
8. Billings S.D., Folpe A.L., Weiss S.W. Do leiomyomas of deep soft tissue exist? An analysis of highly differentiated smooth muscle tumors of deep soft tissue supporting two distinct subtypes. // Amer. J. Surg. Pathol. – 2001. – Vol. 25, N9. - P. 1134-1142.
9. Farshid G., Pradhan M., Goldblum J. Leiomyosarcoma of somatic soft tissues: a tumor of vascular origin with multivariate analysis of outcome in 42 cases // Amer. J. Surg. Pathol. – 2002. – Vol. 26, N1. - P. 14-24
10. Feig B.W. Retroperitoneal sarcomas // Surg. Oncol. Clin. N.Amer. - 2003.-Vol.12, N2. - P.369-377.
11. Gruttadauria S., Doria C., Minervini M.I. Malignant fibrous histiocytoma of the gallbladder: case report and review of the literature // Amer. Surg. - 2001. – Vol. 67, N7. – P. 714-717.
12. Lewis S.J., Wunder J.S., Couture J. Soft tissue sarcomas involving the pelvis // J. Surg. Oncol. – 2001. – Vol. 77 N1. - P. 8-14.
13. Mendez R., Arnaiz S., Montero M. Clinical patterns of soft-tissue sarcoma in children // Cir. Pediatr. – 2001. – Vol. 14, N1. – P.14-20.
14. Rani U., Sharma M.C., Pande G.K. Well-differentiated inflammatory liposarcoma presenting as pyrexia of unknown origin // J. Ass. Physicians India. – 2001. – Vol. 49. – P. 761-763.
15. Van Dalen T., Hoekstra H.J., Van Geel A.N. Locoregional recurrence of retroperitoneal soft tissue sarcoma: second chance of cure for selected

patients. // Europ. J. Surg. Oncol. – 2001. – Vol. 27, N6. – P. 564-568.

16. Zimmermann T., Blutters-Sawatzki R., Flechsenhar K. Peripheral primitive neuroectodermal tumor: challenge for multimodal treatment // Wrlld. J Surg.- 2001. – Vol. 25, N11. – P. 1367-1372.

КИЧИК ТОС БЎШЛИҒИ НООРГАН ЎСМАЛАРИДА ТАШХИСЛАШ ВА КОМБИНИРЛАШГАН ДАВО УСУЛИ

С.Н. НАВРУЗОВ, С.Б. АБДУЖАППАРОВ,
А.А. ЮСУПБЕКОВ, М.Д. ДЖУРАЕВ, Е.Е. ЧЕН

Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш
Вазирлиги Республика онкология илмий
Маркази, Тошкент ш.

Изланиш мақсади: кичик тос бўшлиғи ўсмаларида янги хирургик даволаш усулини ишлаб чиқиш.

Тадқиқот усуллари ва материали: РОИМ колопроктология ва болалар хирургия бўлимларида 40 беморга кичик тос бўшлиғи ноорган ўсмаларида жаррохлик даволаш усули тадбиқ қилинган. Текшириш усуллари сифатида қуйидагилар қўлланилган: УЗДГ, КТ, МСКТ ангиографик кўринишда, ирригрография, колонофиброскопия, онкомаркерлар, биопсия.

Натижалар ва улар муҳокамаси:

Операциядан олдинги даврда замонавий текшириш усуллариинг қўлланилиши кичик тос бўшлиғи ўсмалариинг локализациясини ва магистрал томирларга алоқасини аниқлашда муҳим аҳамият касб этди ва бу 90% ҳолатларда радикал операция қилиш имкониятини яратди. 40 бемордан 18 нафарида (45%) таклиф қилинган комбинирлашган усулда ўсмани олиб ташлаш ва оралик соха пластикаси амалиёти бажарилган. 20 беморга ўсмани фақат лапаротомия усулида олиб ташланган. Комбинирлашган усулдаги операция вақти ва қон кетиш миқдори стандарт амалиётлардан фарқ қилмаган. Ўсмаларни морфологик текширилганда кўпроқ ҳолатларда фибросаркома (22,5%), фиброматоз (20%) ва нейроген саркомалар (17,5%) учраган. Тўғри ичак сфинктери кўрсаткичлари сфинктеро ҳамда леваторопластикадан кейин текшириб кўрилганда операциядан олдинги ҳолат кўрсаткичларига тўғри келиши аниқланган. Хулоса: кичик тос бўшлиғи ўсмаларини хирургик даволашда таклиф қилинган янги жаррохлик усули патологик жараёни радикал олиб ташлашга ҳамда қониқарли функционал натижалар олиб келишга имкон яратади.

Калит сўзлар: ноорган ўсмалар, кичик тос, леваторопластика, морфология, хирургия.