

НОВАЯ МЕТОДИКА ЭВИСЦЕРАЦИИ С ОДНОМОМЕНТНОЙ ПЛАСТИКОЙ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

И.Р. Аглуллин, Р.М. Тазиев, М.И. Зиганшин, Т.И. Аглуллин

*Клинический онкологический центр (главврач — канд. мед. наук Р.Ш. Хасанов) МЗ РТ,
г. Казань, кафедра онкологии и хирургии (зав. — проф. Р.М. Тазиев) Казанской
государственной медицинской академии последипломного образования*

В последние годы во всем мире прослеживается тенденция к увеличению частоты рака тазовых органов [4]. Местно распространенный рак тазовых органов диагностируется у 40—50% онкологических больных; радикальному же хирургическому лечению подвергается лишь каждый третий из них. Основной причиной отказа в хирургическом лечении этих больных является распространение опухолевого процесса на смежные органы [3, 4]. Вместе с тем установлено, что раковые опухоли тазовых органов имеют низкий потенциал злокачественности, и у 39,6% нелеченных больных до конца жизни опухолевый процесс не выходит за пределы таза [5, 6].

Для радикального удаления местно распространенного рака тазовых органов у 30—40% больных возникает необходимость выполнения комбинированных оперативных вмешательств с резекцией или экстирпацией смежного органа, пораженного опухолью. В случаях, когда пораженные опухолью тазовые органы образуют единый опухолевый конгломерат и невозможно обеспечить необходимый радикализм только резекцией части пораженных органов, единственно возможным и онкологически обоснованным радикальным вмешательством является эвисцерация тазовых органов. В классическом варианте этот вид операции предполагает полное удаление органов малого таза с формированием коло- и уретеростом на брюшной стенке [2, 3]. Несмотря на свою более чем 50-летнюю историю, отношение к эвисцерации таза до настоящего времени остается сдержанным, что связано с техническими сложностями вмешательства, высокой послеоперационной летальностью и трудностью реабилитации.

По данным литературы [2, 3, 7, 9], частота послеоперационных осложнений составляет 26—54%, а летальность колеблется от 10 до 33,3% [1, 8, 10, 11]. Неконтролируемое истечение мочи, необходимость постоянного использования моче- и калоприемников, восходящий пиелонефрит делают этих больных глубокими инвалидами и являются частой причиной их отказа от указанной операции.

Несомненно, что улучшение непосредственных и отдаленных результатов лечения больных данного контингента во многом зависит от усовершенствования методов хирургической реабилитации, то есть одномоментного восстановления непрерывности мочевого пути и кишечника. Имеются единичные сообщения об одномоментном,

частичном или полном восстановлении непрерывности кишечника и мочевыводящих путей с сохранением самостоятельного мочеиспускания после эвисцерации тазовых органов.

Представляется актуальной разработка новых технических приемов эвисцерации тазовых органов, позволяющих улучшить непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения пациентов с распространенным опухолевым поражением тазовых органов.

Нами разработана методика эвисцерации с одномоментным восстановлением непрерывности мочевого пути и кишечника. Работа основана на опыте хирургического лечения 56 больных (мужчин — 24, женщин — 32) с местно распространенными формами рака тазовых органов, перенесших эвисцерацию с одномоментным восстановлением непрерывности мочевого пути и кишечника. Возраст оперированных колебался от 26 до 69 лет.

Показаниями к эвисцерации тазовых органов являлись первичные или рецидивирующие местно распространенные рак прямой кишки и рак шейки матки, местно распространенный рак мочевого пузыря, внеорганный саркома малого таза.

Прорастание рака в стенку мочевого пузыря было выявлено у 48 больных. У 9 (18,7%) больных имелись пузырно-кишечный и пузырно-влагалищный свищи. Уровень инвазии опухоли в стенку мочевого пузыря был различным: фасциальная пластинка — 5 (10,5%), мышечный слой — 10 (20,8%), слизистый слой — 24 (50,0%), пузырно-влагалищный свищ — 4 (8,3%), пузырно-кишечный свищ — 5 (10,4%).

Блокада мочеточников с развитием гидронефроза вследствие компрессии опухоли выявлена у 9 больных, что вызвало необходимость разделения операции на два этапа. На первом этапе с целью декомпрессии и санации чашечно-лоханочной системы нами применена малоинвазивная стеновая нефростомия под контролем ультразвукового исследования. Двусторонняя стеновая нефростомия выполнена у 5 больных, односторонняя — у 4. У 18 больных была блюдцеобразная, у 20 — язвенно-инфильтративная, у 14 — диффузно-инфильтративная формы рака. Гистологический анализ показал аденокарциному у 14 больных, слизисто-коллоидный рак — у 10, низкодифференцированный рак — у 4, плоскоклеточный рак — у 24.

У 7 (13,5%) из 52 прооперированных путем гистологического анализа выявлены

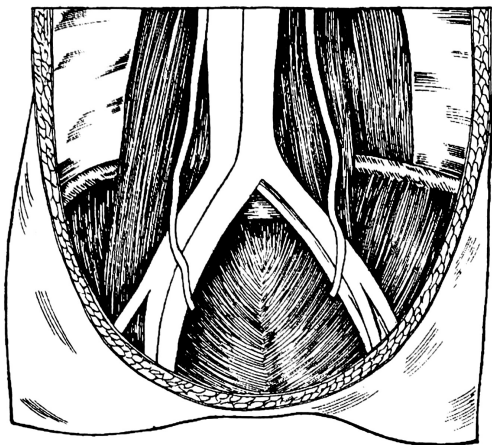


Рис. 1. Общий вид операционного поля после аорто-подвздошно-тазовой лимфаденэктомии.

Комбинированные эвисцерации тазовых органов

Эвисцерация тазовых органов в сочетании	Количество
С аорто-подвздошно-тазовой лимфаденэктомией	36
Без аорто-подвздошно-тазовой лимфаденэктомии	16
в том числе с резекцией	
петли тонкой кишки	4
слепой кишки	3
подвздошной вены	4
большого сальника	6
передней брюшной стенки	3

метастазы в регионарные лимфатические узлы. Окончательное решение о целесообразности и осуществимости эвисцерации принимали после обратимой мобилизации тазовых органов, подлежащих удалению.

Во всех случаях нами выполнена аорто-подвздошно-тазовая лимфаденэктомия. Общий вид операционного поля после расширенной аорто-подвздошно-тазовой лимфаденэктомии представлен на рис. 1.

Установлено, что при любой локализации опухоли встречаются метастатические поражения парааортальных, паракавадных и подвздошных лимфатических узлов, удаляемых только при расширенной аорто-подвздошно-тазовой лимфаденэктомии. В ряде случаев эвисцерацию тазовых органов сочетали с дополнительной резекцией соседних органов брюшной полости (см. табл.).

В зависимости от нижней границы резекции органов таза мы различаем супра- и инфралевораторные эвисцерации. Варианты эвисцерации тазовых органов приведены в классификации на рис. 2.

Реконструктивно-восстановительный этап после эвисцерации тазовых органов предполагает восстановление непрерывности мочевыводящих путей и кишечника, что осуществляется путем низведения левой половины ободочной кишки в анальный канал. Известно большое количество методов альтернативной деривации мочи. Наиболее актуальными и перспективными, на наш

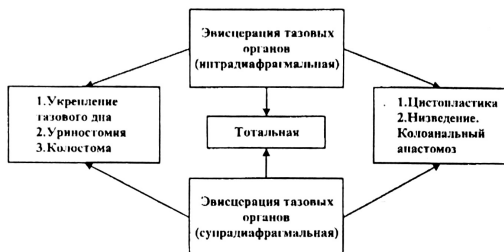


Рис. 2. Классификация вариантов эвисцерации тазовых органов.

взгляд, являются способы цистопластики, направленные на восстановление естественного мочеиспускания по уретре.

После эвисцерации тазовых органов для восстановления самостоятельного мочеиспускания нами применены два способа цистопластики — изолированным сегментом подвздошной кишки и илеоцекальным сегментом ободочной кишки.

Культи мочеточника на протяжении 1,5—2,0 см освобождаем от брюшины и прошиваем узловыми швами. Формируем серозно-мышечный тоннель в подвздошной кишке и путем электрокоагуляции образуем небольшое отверстие в слизистой кишки размерами до 0,5 см. Проводим инвагинацию мочеточника с мочеточниковыми катетерами в просвет подвздошной кишки с помощью П-образных инвагинирующих швов (рис. 3). Накладываем узловые фиксирующие швы между брюшиной мочеточника и краем серозно-мышечного канала подвздошной кишки.

С целью формирования инвагинационного уретерокишечного анастомоза после инверсии илеоцекального сегмента на 180° приступаем к созданию инвагинационного уретроасцендоанастомоза, заключающегося в погружении культи мочеточника в просвет кишки. Осуществляем это в двух вариантах. При первом варианте шовную полосу инвагинируем вплоть до уровня крайнего сохраненного прямого сосуда. Для этого на расстоянии около 3 см от резекционной линии уретры и задней стенки восходящей кишки

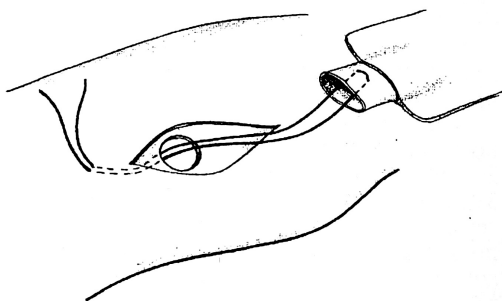


Рис. 3. Формирование серозно-мышечного канала перед инвагинацией в просвет кишки.

накладываем узловые серозно-мышечные швы с захватом мягких тканей по задней поверхности уретры.

Цистопластика илеоцекальным сегментом ободочной кишки была выполнена у 37 больных (рис. 4).

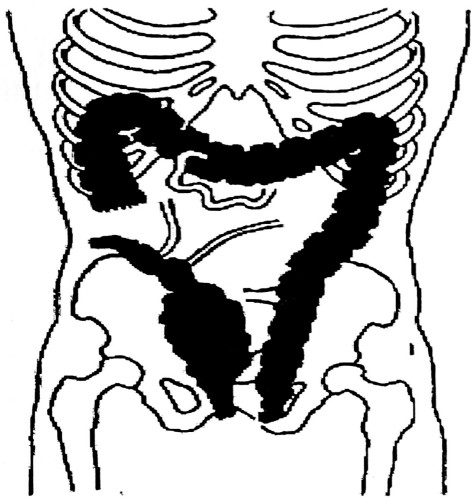


Рис. 4. Схема восстановления непрерывности кишечника и мочевыводящих путей. Цистопластика произведена илеоцекальным сегментом ободочной кишки.

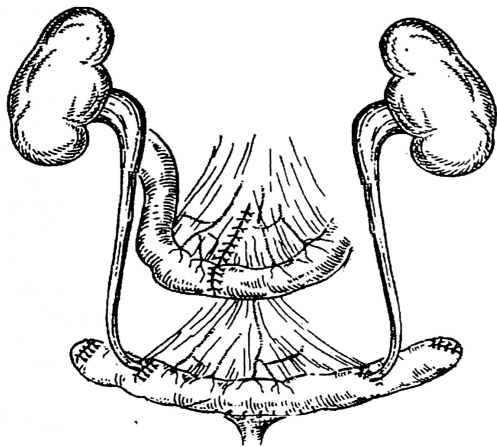


Рис. 5. Схема восстановления непрерывности кишечника и мочевыводящих путей. Выполнена илеоцистопластика изолированным сегментом подвздошной кишки.

У 19 больных произведена илеоцистопластика изолированным сегментом подвздошной кишки (рис. 4, 5).

Осложнения после операции возникли у 19 (36,5%) больных, из них умерли 8 (15,3%).

Отдаленные результаты изучены нами у 42 больных. Показатель двухлетней выживаемости составил $76,8 \pm 1,7\%$, трехлетней — $64,1 \pm 1,5\%$, пятилетней — $49,5 \pm 1,54\%$. Средняя продолжительность жизни равнялась $42,5 \pm 1,5$ месяца.

Показатели двухлетней выживаемости при раке шейки матки составили $67,0 \pm 4,2\%$, трехлетней — $56,9 \pm 4,0\%$, пятилетней — $36,7 \pm 3,6\%$. Средняя продолжительность жизни равнялась $34,1 \pm 3,7$ месяца.

Показатели двухлетней выживаемости при раке прямой кишки оказались хуже, чем при раке шейки матки, — $63,9 \pm 3,9\%$, трехлетней — $51,4 \pm 3,6\%$ и пятилетней — $30,6 \pm 2,1\%$. Средняя продолжительность жизни также была меньшей — $30,7 \pm 3,5$ месяца.

Наилучшие показатели были получены при внеорганных саркомах малого таза. 3 из 4 больных живы более пяти лет.

Отдаленные результаты эвисцерации в зависимости от поражения регионарных лимфатических узлов были изучены у 39 больных. Установлено, что метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов, особенно на III этапе метастазирования, снижает шанс благоприятного исхода в 2 раза.

ВЫВОДЫ

1. При хирургическом лечении местно распространенного рака тазовых органов эвисцерация является адекватным и онкологически обоснованным оперативным вмешательством.

2. Эвисцерация тазовых органов с одномоментным реконструктивным вмешательством позволяет добиться оптимальных в реабилитационном отношении результатов и значительно улучшает качество жизни радикально оперированных больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брусиловский М.И. О болезнях прямой и ободочной кишок. — М., 1976.
2. Гоцадзе Д.Т.//Вопр. онкол. — 1997. — № 6. — С. 653—656.
3. Давыдов М.И., Одарюк Т.С., Нечушкин М.И.//Вопр. онкол. — 1998. — № 5. — С. 618—622.
4. Кыши В.И. Рак ободочной и прямой кишки. — М., 1997.
5. Немсадзе Г.Г. Материалы I съезда онкологов. — М., 1996.
6. Черный В.А., Кикоть В.А., Кононенко Н.Г., Гольдмид Б.Я.//Вопр. онкол. — 1988. — № 2. — С. 222—228.
7. Boey J., Wong J., Ong G.B.// Ann. Surg. — 1982. — Vol. 195. — P. 513—518.
8. Cuevas H.R., Torres A., De La Garsia M.//J. Surg. Oncol. — 1988. — Vol. 38. — P. 121—125.
9. Hafner G.H., Herrera L., Petrelli N.J.// Ann. Surg. — 1992. — Vol. 215. — P. 63—67.
10. Matthews C.M., Morris M., Burke T.W.//Obst. Gynecol. — 1991. — Vol. 78. — P. 879—889.
11. Robertson G., Lopes A., Benyon G.//Brit. J. Obstet. Gynecol. — 1994. — Vol. 101. — P. 529—531.

Поступила 21.03.00.

NEW EVISCERATION PROCEDURE WITH THE ONE-MOMENT PLASTY OF PELVIC ORGANS

I.R. Agullin, R.M. Taziev, M.I. Ziganshin, T.I. Agullin

S u m m a r y

The evisceration procedure of pelvic organs with the one-moment recovery of continuity of the urinary tract and intestine is developed. The work is based on the experience of surgical treatment of 56 patients with locally widespread forms of the pelvic organ cancer after evisceration. The complications after the operation were found in 19 (36,5%) patients, of which 8 (15,3%) patients died. The remote results are studied in 42 patients. The two-year survival rate index was $76,8 \pm 1,7\%$, three-year — $64,1 \pm 1,5\%$, five-year — $49,5 \pm 1,5\%$. In surgical treatment of the pelvic organ cancer the evisceration is an adequate and oncologically justified operative intervention. With the one-moment reconstructive intervention the evisceration makes it possible to reach the optimal results and to improve the life quality of the radically operated patients.