

УДК 618.13-006-085-089

© А. И. ДРОНОВ, Е. А. КРЮЧИНА, А. И. ГОРЛАЧ, Р. Д. ДОБУШ

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца

Экзентерация таза в лечении первичных и рецидивных злокачественных опухолей

A. I. DRONOV, E. A. KRIUCHYNA, A. I. HORLACH, R. D. DOBUSH

National Medical University by A. A. Bohomolets

ECZENTRATION OF THE PELVIS IN THE TREATMENT OF PRIMARY AND RECURRENT MALIGNANT TUMOR

В данной работе проанализированы непосредственные и отдалённые результаты лечения 76 больных с распространёнными первичными и рецидивными опухолями таза, которым была выполнена экзентерация по поводу первичных (n=14) и рецидивных (n=62) опухолей таза с 2003 по 2012 г.

In this work there were analyzed the immediate and remote results of treatment of 76 patients with broadened primary and recurrent tumors of the pelvis who underwent the eczentrization because of primary (n=14) and recurrent (n=62) tumors of the pelvis from 2003 to 2012.

Постановка проблемы и анализ последних исследований и публикаций. Лечение пациентов с местно-распространёнными первичными и рецидивными опухолями таза представляет крайне сложную, во многом нерешённую проблему современной онкологии, онкохирургии, онкогинекологии, онкоурологии. Экзентерация таза (ЭТ) как при первичных, так и рецидивных опухолях в ряде случаев является единственным методом, который позволяет устранить локальные осложнения опухолевого процесса, улучшить качество и увеличить продолжительность жизни пациентов. Начиная с разработки и широкого внедрения этой операции в онкогинекологии Alexander Brunschwig в 1948 г., существенно улучшились как непосредственные, так и отдалённые результаты данного вмешательства. В то же время, несмотря на совершенствование оперативной техники, анестезиологических технологий, внедрение лапароскопических и роботизируемых вмешательств, частота послеоперационных осложнений и летальность после этих вмешательств продолжают оставаться высокими и составляют 13–64 и 7–15 % соответственно [3, 6, 7]. Пятилетняя выживаемость после ЭТ, которая зависит от типа опухоли, для первичных опухолей составляет 32–66 %, для рецидивов – 0–23 % [1, 2, 4, 5]. На сегодня, учитывая существенную техническую сложность данных вмешательств, необходимость мультидисциплинарного подхода при

выборе показаний к выполнению таких операций, определении этапности лечения, трудности реабилитации оперированных пациентов, низкий уровень их качества жизни, в первую очередь обусловленный наличием 2-х, а иногда и 3-х влажных стом, восходящим пиелонефритом, большой уровень экономических затрат, высокий процент послеоперационной летальности и неудовлетворительных отдалённых результатов лечения, окончательно не определены показания и сроки выполнения ЭТ, не оценена целесообразность выполнения паллиативных вмешательств, отсутствуют алгоритмы комплексной послеоперационной реабилитации таких больных.

Цель работы: проанализировать непосредственные и отдалённые результаты ЭТ у пациентов с распространёнными первичными и рецидивными злокачественными опухолями.

Материалы и методы. В представленной работе оценены результаты лечения 76 больных в возрасте от 24 до 71 г. (средний возраст 48,7 года), оперированных в Киевской городской клинической больнице № 10, которым выполнена ЭТ по поводу первичных (n=14) и рецидивных (n=62) опухолей таза с 2003 по 2012 г. У 20 пациентов был рак прямой кишки (первичный – 0, рецидив – 20 (среди них I ст. – 1, II – 10, III – 9), у 25 больных – рак шейки матки (первичный (IV А ст.) – 9, рецидив –

16 (среди них I ст. – 4, II – 7, III – 5), у 12 пациентов – рак яичников (первичный – 2 (III С ст. – 1, IV–2), рецидив – 10 (I ст. – 1, II – 3, III – 7)), у 14 больных – рак тела матки (первичный – 2 (IV А ст. – 2), рецидив – 12 (I ст. – 1, II – 8, III – 3)), у 3 пациентов – саркома матки (первичная – 1, рецидив – 2), у 2 больных – рак предстательной железы (первичный – 0, рецидив – 2). Все случаи рака шейки матки были представлены плоскоклеточной карциномой (G1-4, G2-12, G3-9), опухоли прямой кишки – аденокарциномой – 18 (G1-4, G2-8, G3-6), плоскоклеточным раком – 2, рак яичников – злокачественными эпителиальными опухолями – 7, опухолями стромы полового тяжа – 2, герминогенными опухолями – 3. Мужчин было 13, женщин – 63. Из 62 пациентов с рецидивными опухолями 58 (93,5 %) первично были оперированы, из них 30 (51,7 %) получали неоадьювантную/адьювантную химио(ХТ)/химиолучевую (ХЛТ) терапию, четыре пациентки с раком шейки матки получали только ХЛТ. Необходимо отметить, что в большинстве случаев объем первичной операции был неадекватным (хирургические доступы, “минимальная” резекция сальника вместо оментумэктомии, отсутствие адекватной лимфадэктомии, диссекции сосудов и пр.). 53 пациента с рецидивными опухолями (85,4 %) при развитии рецидива получали ХТ или ХЛТ терапию (рак прямой кишки – 15 (46-60 Gy) в сочетании с ХТ, 3 – только ХТ, рак шейки матки – 15 (от 20 до 80 Gy), все с ХТ, рак тела матки – 10 (20-60 Gy), все с ХТ, рак яичников – 8 (27-50 Gy) все с ХТ, рак предстательной железы – 2 (химиогормонолучевая терапия). 42 (67,7 %) пациента при рецидиве опухоли оперированы (в среднем 2,8 раза, от 1 до 7 раз). В среднем, пациенты поступали в клинику через 10 мес. после диагностики рецидива (от 4 до 48 мес.). Осложнения опухолевого процесса (кишечная непроходимость, обструкция мочеточников, подвздошных сосудов, кишечно-пузырно-влагалищные свищи, внутрибрюшные и тазовые абсцессы, сепсис, аррозивные кровотечения и пр., их комбинации) отмечались у 72 (94,7 %) пациентов. Предоперационное обследование, кроме рутинных методов исследования, включало МСКТ и/или МРТ таза, остеосцинтиграфию, доплерографию сосудов нижних конечностей, брюшной полости. Всем пациентам выполняли МСКТ органов грудной и брюшной полости, при подозрении на метастатическое поражение печени – МРТ печени, в т. ч. с гепатоспецифическими контрастами (MULTIHENGE). Позитронная эмиссионная томография (ПЭТ) выполнена у 14 больных. Для оценки степени вовлечения мочевых путей использовалась экскреторная урография, динамическая

нефросцинтиграфия, цистоскопия. Стадирование опухолевого процесса, за исключением сарком, проводилось с использованием AJCC TNM классификации 2002 г., рецидивных опухолей прямой кишки – в соответствии с классификацией Wanebo. У 10 пациентов на основании предоперационных методов обследования выявлены метастазы в печень (7 – рак прямой кишки, 2 – рак яичника, 1 – рак шейки матки), у 2 – метастазы в легкие, у 1 – метастаз в позвоночник. Тотальная ЭТ была выполнена у 12 пациентов, передняя – у 7, задняя – у 57 (у 28 – с резекцией мочевого пузыря). Показанием к резекции задней стенки мочевого пузыря была инвазия опухоли в стенку мочевого пузыря на участке не более 4 см, отстоящей от шейки пузыря не менее чем на 3 см, отсутствие поражения слизистой оболочки пузыря. Субтотальная резекция мочевого пузыря выполнялась при опухолях, врастающих на участке 5 см и более, без прорастания слизистой оболочки и поражения шейки мочевого пузыря. Показанием к выполнению цистэктомии были опухоли, врастающие в стенку мочевого пузыря на участке 5 см и более, прорастающие слизистую оболочку пузыря или опухоль с переходом на шейку мочевого пузыря. В 7 случаях резекция задней стенки сопровождалась резекцией мочеточников, что требовало реимплантации последних в стенку резецированного пузыря. Показанием к резекции мочеточников были опухолевые и лучевые стриктуры, находящиеся в нижней/средней трети мочеточников. I-образная пластика мочеточника сегментом тонкой кишки выполнена 22 пациентам (10 – одного, 12 – обоих). В 3 случаях выполнен уретероуретероанастомоз способом “конец в конец” на мочеточниковом катетере. После цистэктомии деривация мочи была достигнута с помощью илеального кондуита по Бриккеру, в одном случае сформированы уретерокутанеостомы. Резекция и протезирование подвздошных сосудов произведено у 18 пациентов, расширенная параортальная лимфадэктомия – у 38, резекция печени – у 4, криоабляция метастазов печени – у 3, энуклеация метастазов печени – у 3, резекция тонкой кишки – у 4, нефрэктомия – у 8, криоабляция стенок таза, сосудистых структур – у 15 больных. R0 резекция достигнута у 52 (70,2 %), R1 – у 14, R2 – у 8 пациентов. В послеоперационном периоде ХТ/ХЛТ (иногда – в сочетании с таргентной, гормонотерапией) получал 71 % больных. Шесть пациентов при появлении отдаленных метастазов (в сроки от 10 до 32 мес.) были оперированы повторно (резекция печени – 2, криодеструкция метастазов печени – 2, резекция легкого – 1, удаление опухолевых очагов брюшной полости, резекция тонкой

кишки – 1). С целью статистической обработки результатов были использованы методы вариационной статистики (с использованием пакета программ Statistica 6.0) с оценкой кумулятивной выживаемости и частоты местных рецидивов методом Kaplan-Meier.

Результаты исследований и их обсуждение. Длительность операции составила 690 (340–980) мин, кровопотеря – 1200 мл (300–4100) мл, послеоперационная летальность – 5,3 % (умерли 4 пациента), частота послеоперационных осложнений – 46,1 % (35 пациентов), релапаротомий – 9,2 % (7 пациентов), средняя длительность нахождения пациента в стационаре 20 (11–82) дней. В течение 4 мес. после операции умерли 3 больных (1 – кишечные свищи, сепсис, 2 – уро-сепсис). Сроки наблюдения за больными составили 18 (2–64) мес. Медиана выживаемости для всей группы пациентов составила (11,2±0,2) мес., а средняя выживаемость – (19,1±0,3) мес. Этот показатель существенно ($p < 0,05$) отличался у пациентов, которым были выполнены R0 и R1-2 операции ((27,8±0,36) и (11,2±0,7) мес). В тоже время улучшения показателей качества жизни в послеоперационном периоде (оцененное по SF 36) удалось достичь как у 90 % пациентов, которым были выполнены R0 операции, так и у 83,3 % пациентов с R1-2 резекциями. Наиболее высокой выживаемость была у пациентов, оперированных

по поводу рецидивных опухолей прямой кишки: медиана выживаемости – 18,7 мес., для рецидива рака шейки матки этот показатель составил 9,7 мес., тела матки – 11,2 мес. Выживаемость в каждой нозологической подгруппе коррелировала с чистотой края резекции, наличием отдаленных метастазов, послеоперационных осложнений.

Выводы. 1. Экзентерация таза – единственный метод, позволяющий ликвидировать ряд осложнений опухолевого процесса у больных с первичными и рецидивными опухолями таза, добиться удовлетворительного локального контроля заболевания, расширить возможности для проведения радиохимиотерапии, улучшить качество жизни больных, несмотря на высокую частоту послеоперационных осложнений.

2. Использование абляционных технологий позволяет существенно расширить резектабельность опухоли, однако необходимы дальнейшие исследования для определения показаний к паллиативным экзентерациям.

3. Тщательный предоперационный скрининг с использованием визуализирующих технологий (МСКТ, МРТ с диффузией и гепатоспецифическими контрастами, ПЕТ) с четким своевременным мультидисциплинарным определением показаний к оперативному лечению приводит к улучшению результатов данных операций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Косенко И. А. Экзентерация таза у больных раком шейки матки : обзор литературы / И. А. Косенко, О. П. Матылевич // Онкологический журнал. – 2008. – Т. 2, № 4 (8). – С. 82–89.
2. Экзентерации малого таза в лечении пациентов с местнораспространенным рецидивом рака прямой кишки / В. И. Чисов, С. Л. Шляков, Н. А. Гришин [и др.] // Российский онкологический журнал. – 2009. – № 6. – С. 4–9.
3. Pelvic exenteration in gynecologic oncology: a single institution study over 20 years / T. Benn, R. A. Brooks, Q. Zhang [et al.] // Gynecol. Oncol. – 2011. – Vol. 122, N 1. – P. 14–18.
4. De Wever I. Pelvic exenteration: surgical aspects and analysis of early and late morbidity in a series of 106 patients / I. De Wever // Acta Chir. Belg. – 2011. – Vol. 111, N 5. – P. 273–281.
5. Total pelvic exenteration for primary and recurrent malignancies / F. T. Ferenschild, M. Vermaas, C. Verhoef [et al.] // World J. Surg. – 2009. – Vol. 33, N 7. – P. 1502–1508.
6. Total pelvic exenteration / U. Heger, M. Koch, M. W. Buchler [et al.] // Chirurg. – 2010. – Vol. 81, N 10. – P. 897–901.
7. Schneider A. Current developments for pelvic exenteration in gynecologic oncology / A. Schneider, C. Kohler, E. Erdemoglu // Curr. Opin. Obstet Gynecol. – 2009. – Vol. 21, N 1. – P. 4–9.

Отримано 18.01.13