

© Коллектив авторов, 2018
УДК 618.11-006.6-039.35-031.84-089.84
DOI: 10.24884/0042-4625-2018-177-3-61-64

А. А. Хватов¹, Н. А. Майстренко², А. А. Сазонов², Е. М. Шерстнова¹

РЕКОНСТРУКЦИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА И ПОДВЗДОШНЫХ СОСУДОВ У БОЛЬНОЙ С МЕСТНО- РАСПРОСТРАНЕННЫМ РЕЦИДИВОМ РАКА ЯИЧНИКОВ

¹ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Ленинградская областная клиническая больница», Санкт-Петербург, Россия

² Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего образования «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

Продemonстрирована возможность реализации активной хирургической тактики у больных с местно-распространенным опухолевым процессом в малом тазу, несмотря на инвазию в магистральные подвздошные сосуды. Установлено, что применение персонифицированного подхода к планированию оперативного лечения, наряду с использованием широкого спектра реконструктивно-пластических методик позволяет достигнуть хороших отдаленных результатов даже в таких сложных клинических ситуациях.

Ключевые слова: местно-распространенная опухоль малого таза, инвазия подвздошных сосудов, мультивисцеральная резекция, реконструкция

A. A. Hvatov¹, N. A. Maistrenko², A. A. Sazonov², E. M. Sherstnova¹

Reconstruction of pelvic organs and iliac vessels in the patient with locally advanced relapse of ovarian cancer

¹ «Leningrad Regional Clinical Hospital», St.-Petersburg, Russia; ² Federal State Budgetary Military Educational Institution of Higher Education «Military Medical Academy named after S. M. Kirov» of the Ministry of Defence of the Russian Federation, St.-Petersburg, Russia;

The possibility of implementing active surgical tactics in patients with locally advanced tumoral process in the small pelvis is demonstrated, despite the invasion of the main iliac vessels. It has been established that the use of a personified approach to the planning of surgical treatment, along with the use of a wide range of reconstructive-plastic techniques, allows achieving good long-term results even in such complex clinical situations.

Keywords: locally advanced pelvic tumor, invasion of iliac vessels, multivisceral resection, reconstruction

В последние годы в мире прослеживается тенденция к увеличению частоты выявления злокачественных новообразований малого таза, на долю которых приходится до 16 % в общей структуре онкопатологии [1–3]. Несмотря на разную органную принадлежность опухолей, существует ряд общих клинических аспектов, объединяющих их с позиции реализации лечебно-диагностических алгоритмов. В частности, характерной особенностью неопластического процесса при данной локализации является длительный период бессимптомного течения, а также склонность к развитию местных рецидивов после хирургического лечения [1, 4, 5]. Как следствие, доля больных с первичными и рецидивными местно-распространенными новообразованиями прямой кишки, шейки матки и яичников остается высокой, достигая 20–30 % [6, 7]. Известно, что радикальному оперативному лечению подвергается менее половины из их числа [1, 3]. При этом основной причиной отказа от реализации хирургической тактики является распространение опухолевого процесса на смежные органы и структуры, прежде всего, магистральные подвздошные сосуды, обеспечивающие крово-

обращение нижних конечностей [4, 6]. Кроме того, удаление местно-инвазивных новообразований малого таза в большинстве случаев требует выполнения мультивисцеральных резекций, что приводит к утрате функций сразу нескольких органов, а следовательно, сопряжено с резким снижением качества жизни больных [1, 3, 7]. Таким образом, проблема оказания специализированной медицинской помощи пациентам с местно-распространенными опухолями малого таза далека от своего решения. Для демонстрации возможностей хирургического лечения данной категории больных приводим следующее клиническое наблюдение.

Пациентка С., 40 лет, поступила в отделение онкологии № 2 Ленинградской областной клинической больницы с основным диагнозом: «Рак яичников pT3N0M0». Пангистерэктомия в 2007 г., 6 курсов полихимиотерапии (ПХТ). Прогрессирование от 2010 г.: рецидив рака в малом тазу с инвазией в прямую кишку и влагалище. Удаление рецидива с резекцией прямой кишки и влагалища. 10 курсов ПХТ. Прогрессирование от 2012 г.: рецидив рака в малом тазу с инвазией в низведенную сигмовидную кишку, мочевого пузыря. Удаление рецидива с резекцией низведенной кишки и мочевого пузыря. 14 курсов ПХТ. Прогрессирование от 2014 г.: рецидив рака в малом тазу с прорастанием прямой и



Рис. 1. МРТ малого таза (стрелки – зона инвазии опухоли в левые наружные подвздошные сосуды)

низведенной толстой кишки, тонкой кишки, левых наружных подвздошных сосудов, левого мочеточника, культи влагалища, мочевого пузыря.

Таким образом, на момент поступления в стационар у больной была диагностирована местно-распространенная рецидивная опухоль яичников с инвазией не только органов малого таза, но и магистральных подвздошных сосудов, что было подтверждено магнитно-резонансной томографией (МРТ) малого таза (рис. 1). Следует отметить, что перед данной госпитализацией пациентка обследовалась в двух других лечебных учреждениях города, где случай был признан нерезектабельным и в хирургическом лечении было отказано. Учитывая молодой возраст больной, удовлетворительные показатели ее общесоматического статуса, а также отсутствие отдаленных метастазов *ex consilio*, было принято решение о попытке удаления рецидива.

11.08.2014 г. выполнена комбинированная операция с резекцией прямой кишки, тонкой кишки, мочевого пузыря, влагалища, левого мочеточника и левых наружных подвздошных сосудов. В ходе реконструктивно-пластического этапа операции была произведена полная висцеральная реконструкция органов малого таза. Для сохранения естественного механиз-

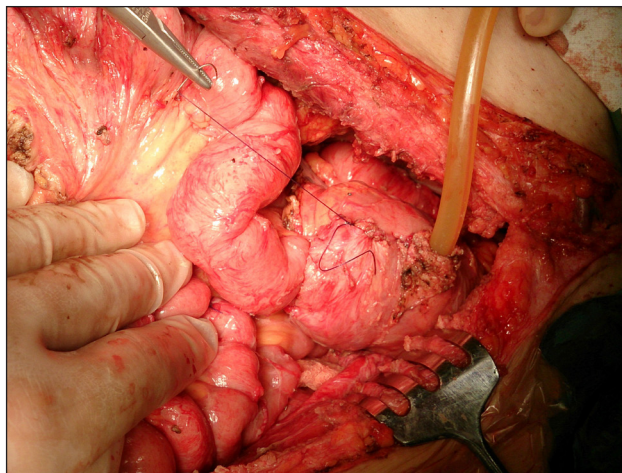
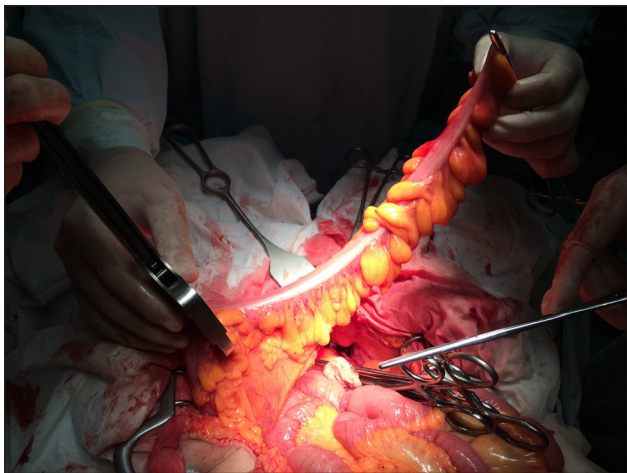


Рис. 2. Пластика обширного дефекта мочевого пузыря тонкой кишкой и уретроилеоцестостомия

ма деривации мочи была осуществлена илеоцестопластика и уретроилеоцестостомия (рис. 2). Непрерывность толстой кишки восстановлена путем формирования низкого коло-ректального анастомоза. С целью обеспечения полноценной психосоциальной реабилитации выполнена сигмовагинопластика (рис. 3).

Более подробного рассмотрения заслуживает методика осуществления реконструкции магистральных подвздошных сосудов. Для ее реализации был применен разработанный нами способ, который включал восстановление артериального кровоснабжения нижней конечности путем подвздошно-бедренного протезирования синтетическим протезом (рис. 4). Обеспечение венозного оттока достигалось за счет осуществления перекрестного бедренно-бедренного шунтирования большой подкожной веной (операция Пальма) (рис. 5). Отдельного внимания заслуживают два технических аспекта, использованных нами для повышения эффективности и безопасности технически сложной сосудистой реконструкции в непростых условиях распространенного опухолевого процесса. Первым из них является применение временного сосудистого шунта, в качестве которого использовали гибкую полихлорвиниловую трубку, один конец которой имплантировали в центральную,



а



б

Рис. 3. Выполнение сигмовагинопластики: а – подготовка сигмотрансплантата; б – окончательный вид со стороны промежности

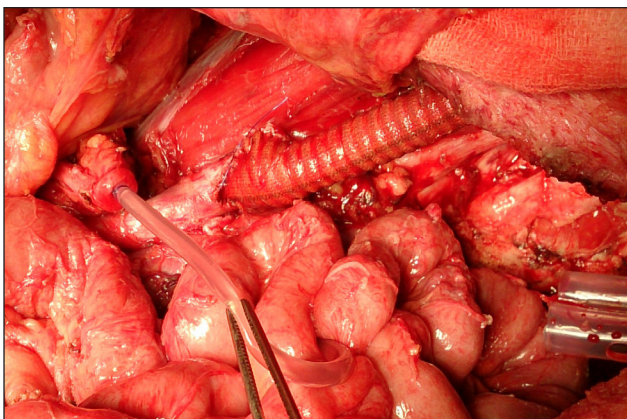


Рис. 4. Подвздошно-бедренное протезирование ксенографтом

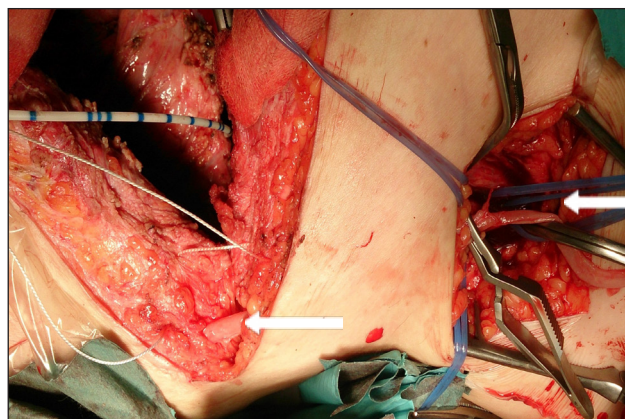


Рис. 5. Операция Пальма (перекрестное бедренно-бедренное шунтирование большой подкожной веной, последняя отмечена стрелками)

а другой – в периферическую культю наружной подвздошной артерии после ее пересечения при мобилизации опухоли. Этот прием позволил отсрочить выполнение подвздошно-бедренного протезирования и продолжить тем самым резекционный этап операции после остановки кровообращения по магистральным подвздошным сосудам. Необходимо отметить, что в данном клиническом случае это имело принципиальное значение ввиду распространения опухолевого процесса в глубжележащие ткани левой подвздошной области и тазово-обтураторную клетчатку. Мобильность и гибкость временного шунта, за счет его избыточной длины, позволили сместить его в нужную сторону, обеспечивая тем самым необходимую визуализацию операционного поля и свободу манипуляций (рис. 6). Таким образом, использование данной конструкции позволило нам добиться соблюдения основополагающих принципов онкологического радикализма: осуществить удаление опухоли единым блоком и выполнить лимфаденэктомию в необходимом объеме без риска развития необратимых ишемических изменений в тканях нижней конечности.

Еще одной немаловажной технической особенностью реализованного нами способа сосудистой реконструкции является формирование защитного чехла вокруг синтетического артериального протеза. Для этого была мобилизована прядь большого сальника на питающей ножке, которая была

низведена в малый таз и фиксирована вокруг ксенографта отдельными швами (рис. 7). Изоляция зоны артериальной реконструкции производилась с целью профилактики аррозивных кровотечений и отторжения сосудистого протеза. Вероятность развития этих осложнений в описываемой клинической ситуации была крайне высока из-за контаминации операционного поля патогенной флорой, в связи с прорастанием опухоли в прямую кишку и необходимостью манипуляций на этом органе. Кроме того, формирование низкого колоректального анастомоза было сопряжено с существенным риском его несостоятельности, что могло привести к пельвиоперитониту и вовлечению в инфекционно-воспалительный процесс зоны сосудистой реконструкции.

Продолжительность хирургического вмешательства составила 13 ч, объем интраоперационной кровопотери – 500 мл. По данным контрольной интраоперационной ревизии и результатам гистологического исследования, удаление рецидивной опухоли выполнено в объеме R0. В послеоперационном периоде наблюдался парез кишечника, который разрешился путем проведения консервативных мероприятий на 4-е сутки. Других осложнений не отмечено. Самостоятельное мочеиспускание восстановилось на 14-е сутки. Симптомов фекальной и мочевой инконтиненции не наблюдалось. Клинических признаков недостаточности кровообращения в левой нижней конечности

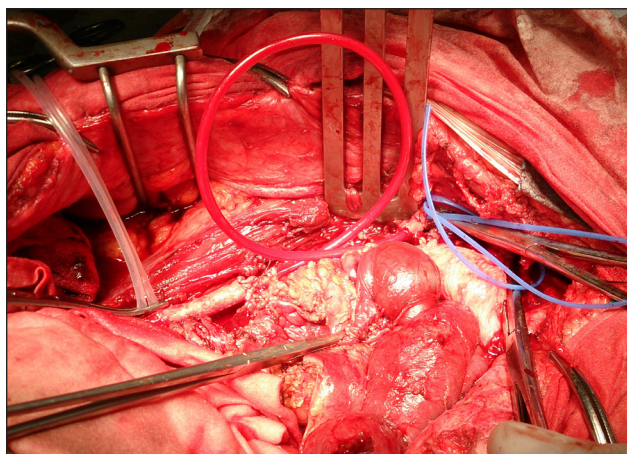


Рис. 6. Временный артериальный шунт

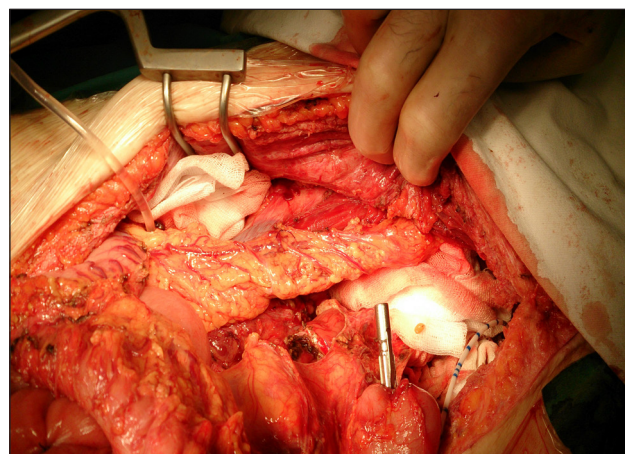


Рис. 7. Изоляция ксенографта прядью большого сальника

не выявлено, пульсация магистральных артерий отчетливая. Более того, после выполнения вмешательства наблюдался полный регресс отека левой нижней конечности, который был вызван вовлечением в опухолевый процесс наружной подвздошной вены. Для объективной оценки показателей гемодинамики проводились доплерография и дуплексное ангиосканирование, по результатам которых, патологических изменений кровотока в зонах артериальной и венозной реконструкции не отмечено, сосуды полностью проходимы. Пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии на 15-е сутки послеоперационного периода.

В дальнейшем проводился мониторинг ее состояния, который включал контрольный осмотр, выполнение МРТ, оценку уровня онкомаркеров с периодичностью раз в полгода. По данным последнего обследования (октябрь 2017 г.), признаков местного рецидива не отмечено. Однако в обеих долях печени выявлены олигоцентричные метастазы, в связи с чем пациентка направлена на химиотерапевтическое лечение. Следует отметить, что за прошедший с момента операции 3-летний период больная довольна качеством своей жизни, что подтверждается не только результатами анкетирования с использованием опросника SF-36, но и надлежащей социальной адаптацией: пациентка замужем, принимает активное участие в воспитании детей.

Данное наблюдение из клинической практики демонстрирует возможность достижения хороших результатов при хирургическом лечении сложной категории больных с местно-распространенными опухолями малого таза, инфильтрирующими не только его органы, но и магистральные подвздошные сосуды. Применение описанных выше хирургических приемов в ходе выполнения комбинированного вмешательства позволило добиться, прежде всего, достаточно высокой радикальности, что подтверждается отдаленными результатами. Не менее важным показателем обоснованности принятой хирургической тактики явилось отсутствие серьезных осложнений в послеоперационном периоде. Наконец, применение широкого спектра реконструктивно-пластических технологий позволило сохранить качество жизни пациентки на достаточно высоком уровне.

В заключение хотелось бы отметить, что залогом успешного лечения пациентов с местно-распространенными новообразованиями малого таза является реализация мультидисциплинарного подхода на всех этапах, начиная с диагностической программы. Консолидированное взаимодействие специалистов мультидисциплинарной команды вкупе с использованием современных хирургических технологий позволяет расширить показания для выполнения комбинированных вмешательств у данной категории больных.

Конфликт интересов/Conflicts of interest

Авторы заявили об отсутствии потенциального конфликта интересов./Authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

1. Елисеев Д. Э., Алексеев Б. Я., Огай Д. С. Синдром пустого малого таза после тазовой экзентерации (обзор литературы) // Онкогинекология. 2016. № 4. С. 64–74. [Eliseev D. E., Alekseev B. Ya., Ogay D. S. Empty pelvis syndrome after pelvic exenteration (overview) // Onkoginekologiya. 2016. № 4. P. 64–74].
2. Каприн А. Д., Старинский В. В., Петрова Г. В. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость, смертность). М.: МНИОИ им. П. А. Герцена; филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2017. 250 с. [Kaprin A. D., Starinskij V. V., Petrova G. V. Malignant neoplasm in Russia in 2015 (morbidity, mortality). M.: MNI OI im. P. A. Gercena; filial FGBU «NMIRC» Minzdrava Rossii, 2017. 250 p.].
3. Lopez M. J. Evolution of pelvic exenteration // Surg. oncol. clinics of North America. 2005. Vol. 14. P. 587–606.
4. Ferenschild F. T., Vermaas M., Verhoef C. et al. Total pelvic exenterations for primary and recurrent malignancies // World J. Surg. 2009. Vol. 33, № 7. P. 1502–1508.
5. Pawlic T. M., Skibber J. M., Rodrigues-Bigas M. A. Pelvic exenteration for advanced pelvic malignancies // Annals of Surgical Oncology. 2006. № 13. P. 612–623.
6. Экзентерации малого таза в лечении местно-распространенных опухолей / Н. А. Майстренко, А. А. Хватов, А. А. Сазонов, Г. В. Учваткин // Вестн. хир. 2014. № 6. С. 37–3. [Maistrenko N. A., Hvatov A. A., Sazonov A. A., Uchvatkin G. V. Pelvic exenterations in treatment of locally advanced tumors // Vestn. khir. 2014. № 6. P. 37–43].
7. Berek J. S. Pelvic exenteration for recurrent gynecologic malignancy: survival and morbidity analysis of the 45-year experience at UCLA // Gynecol. oncol. 2005. Vol. 99. P. 153–159.

Поступила в редакцию 23.12.2017 г.

Сведения об авторах:

Хватов Андрей Анатольевич** (e-mail: andrey_hvatov@mail.ru), зав. отделением онкологии № 2; Майстренко Николай Анатольевич* (e-mail: nik.m.47@mail.ru), академик РАН, зав. кафедрой факультетской хирургии; Сазонов Алексей Андреевич* (e-mail: sazonov_alex_doc@mail.ru), канд. мед. наук, начальник отделения клиники факультетской хирургии; Шерстнова Елена Михайловна** (e-mail: Lynna@mail.ru), хирург-онколог отделения онкологии № 2; *Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова МО РФ, 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6; **Ленинградская областная клиническая больница, отделение онкологии № 2, 194291, Санкт-Петербург, пр. Луначарского д. 47.