

Новая методика эвисцерации с одномоментной пластикой тазовых органов

И. Р. АГЛУЛЛИН, Р. М. ТАЗИЕВ, М. И. ЗИГАНШИН, Т. И. АГЛУЛЛИН.

Клинический онкологический диспансер, г. Казань, Россия.

Хирургическое лечение местнораспространенных форм рака прямой кишки до настоящего времени остается актуальной и не решенной проблемой. Несмотря на доступность прямой кишки для обследования, до 40% больных поступают в онкологические центры с местнораспространенными формами рака с прорастанием в соседние органы. Остается высокой частота ранних рецидивов после радикального вмешательства на прямой кишке, вторичных поражений прямой кишки при раке шейки матки, мочевого пузыря и внеорганный Sa малого таза. Такое положение требует значительного расширения объема оперативного вмешательства, в виде 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. Впервые эта операция была выполнена в 1940 г. Е. М. Briker по поводу рака предстательной железы и мочевого пузыря. Спустя 3 года L. U. Appleby повторил эвисцерацию таза у больных с местно-распространенным раком прямой кишки. В отечественной литературе впервые сообщил о двух эвисцерациях таза с хорошими непосредственными результатами И. П. Дедков и соавт. (1977), а затем В. Д. Федоров и соавт. (1978), А. В. Гуляев (1984). Эвисцерация таза в классическом варианте предполагает полное удаление органов малого таза с формированием коло- и уретеростом на брюшной стенке. Несмотря на свою более 50-летнюю историю, отношение к эвисцерации таза до настоящего времени остается сдержанным. Основной причиной негативного отношения хирургов к удалению тазовых органов являются технические сложности вмешательства, высокая послеоперационная летальность и трудности реабилитации радикально оперированных больных.

По данным литературы частота послеоперационных осложнений составляет 26-54%, а летальность колеблется от 10 до 33,3%.

Неконтролируемое истечение мочи, необходимость постоянного использования моче- и калоприемников, восходящий пиелонефрит делают этих больных глубокими инвалидами и яв-

ляются частой причиной отказа больных от данной операции из-за низкого качества жизни.

Несомненно, что улучшение непосредственных и отдаленных результатов лечения данного контингента больных во многом зависит от усовершенствования методов хирургической реабилитации, то есть одномоментного восстановления непрерывности мочевыводящих путей и кишечника. Имеются единичные сообщения об одномоментном, частичном или полном восстановлении непрерывности кишечника и мочевыводящих путей с сохранением самостоятельного мочеиспускания после эвисцерации тазовых органов.

Нами разработана методика эвисцерации с одномоментным восстановлением непрерывности мочевыводящих путей и кишечника.

Работа основана на опыте хирургического лечения 61 больных с местнораспространенными формами рака тазовых органов, перенесших эвисцерацию тазовых органов с одномоментным восстановлением непрерывности мочевыводящих путей и кишечника в отделении абдоминальной онкологии Клинического онкологического центра МЗ РТ.

Среди оперированных больных: мужчин 27; женщин — 34. Возраст оперированных колебался от 26 до 73 лет.

Показаниями к эвисцерации тазовых органов явились: первичный или рецидивирующий местнораспространенный рак прямой кишки; первичный или рецидивирующий местнораспространенный рак шейки матки; местнораспространенный рак мочевого пузыря; внеорганный саркома малого таза.

В зависимости от нижней границы резекции органов таза мы различаем супра- и инфралевавторные эвисцерации.

Прорастание рака в стенку мочевого пузыря выявлено у 52 больных. У 9 больных имелся пузырно-кишечный и пузырно-вагинальный свищ.

Реконструктивно-восстановительный этап после эвисцерации тазовых органов предполагает восстановление непрерывности мочевыводящих путей и кишечника. Восстановление непрерывности кишечника осуществляется низведением левой половины ободочной кишки в анальный канал.

Известно большое количество методов альтернативной деривации мочи. Наиболее перспективными на наш 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.

Цистопластика илеоцекальным сегментом ободочной кишки в нашей модификации выполнена у 40 больных.

Остальным больным выполнена илеоцистопластика изолированным сегментом подвздошной кишки.

Осложнения после операции отмечены у 19 больных. Из них умерли 8 больных.

Непосредственные и отдаленные функциональные результаты искусственного мочевого пузыря оценивались по показателям, основанным на цистоскопии, цистографии, урофлоуметрии, радиоизотопных и ультразвуковых методах исследования. Установлено, что 44 больных выписаны с самостоятельным мочеиспусканием, 9 больных выписаны с функционирующей илеуриностомой. Экскреторная урография, восходящая цистография проводилась через каждые 3-4 месяца в первые 3 года. При пластике подвздошной кишкой у всех больных отмечался одноили двухсторонний пузырно-мочеточниковый рефлюкс. При пластике илеоцекальным сегментом подобного осложнения мы не наблюдали, что связано с удовлетворительной функцией баугиновой заслонки.

Нами установлены следующие преимущества искусственного мочевого пузыря, сформированного из илеоцекального сегмента, сравнительно с пластикой подвздошным сегментом:

- малая адсорбция составных частей мочи;
- лучшая сократительная способность;
- мобильность и возможность инверсии трансплантата на 180°;
- профилактика мочеточникового рефлюкса вследствие наличия баугиновой заслонки;
- большая емкость мочевого пузыря.

В контрольной группе (20 больных) проводились уродинамические исследования:

- 1) остаточная моча составила в среднем 10 мл;
- 2) первый позыв к мочеиспусканию, в среднем, при 120 мл мочи;
- 3) емкость мочевого пузыря составила, в среднем, 300 мл.

Важнейшим критерием при оценке эффективности хирургического вмеша-



Казанский филиал
ЗАО "Аптека-Холдинг"

Телефоны в г.Казани: (8432) 12-75-19 12-75-27 12-75-59

в г.Наб.Челны: (8552) 35-77-14 35-93-06 E-mail: apholkaz@mi.ru www.ahold.ru

тельства являются отдаленные результаты лечения и продолжительность жизни больных. Отдаленные результаты изучены нами у 42 больных. Показатель пятилетней выживаемости составил $49,5 \pm 1,54\%$.

Наиболее лучшие показатели получены при внеорганных саркомах малого таза. Из четырех больных, трое живы более семи лет.

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

Таким образом:

1. При хирургическом лечении местнораспространенного 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. Показания и техника выполнения эвисцерации таза // О болезнях прямой и ободочной кишок. — М., 1976. — Вып. 10. — С. 120-122.
2. Гоцадзе Д. Т. Экзентерация и ее модификации // Вопр. онкол. — 1997. — № 6. — С. 653-656.
3. Давыдов М. И., Одарюк Т. С., Нечушкин М. И. Обширные комбинированные вмешательства в хирургическом лечении местнораспространенных новообразований органов малого таза // Вопр. онкол. — 1998. — № 5. — С. 618-622.
4. Дедков И. П., Зыбина М. А., Бялик В. В. и др. Эвисцерация таза по поводу запущенного рака прямой кишки // Вопр. онкол. — 1977. — № 1. — С. 90-95.
5. Зыбина М. А. Диагностика и лечение рака прямой кишки. — Киев: Здоровья, 1980. — 165 с.
6. Кныш В. И. Рак ободочной и прямой кишки. — М.: Медицина, 1997. — 303 с.
7. Немсадзе Г. Г. Экзентерация таза при местнораспространенном раке прямой кишки // Материалы I съезда онкологов. — М., 1996. — С. 360.
8. Федоров В. Д. Рак прямой кишки. — М.: Медицина, 1987. — 319 с.
9. Черный В. А., Кикоть В. А., Кононенко Н. Г., Гольдшмид Б. Я. Эвисцерация таза как способ повышения резектабельности запущенного рака прямой кишки // Вопр. онкол. — 1988. — № 2. — С. 222-228.
10. Boey J., Wong J., Ong G. B. Pelvic exenteration for locally advanced colorectal carcinoma // Ann. Surg. — 1982. — Vol. 195. — P. 513-518.
11. Cuevas H. R., Torres A., De La Garsa M. Pelvic exenteration for carcinoma of cervix: Analysis of 252 cases // J. Surg. Oncol. — 1988. — Vol. 38. — P. 121-125.
12. Hafner G. H., Herrera L., Petrelli N. J. Morbidity and mortality after pelvic exenteration for colorectal adenocarcinoma // Ann. Surg. — 1992. — Vol. 215. — P. 63-67.
13. Matthews C. M., Morris M., Burke T. W. Pelvic exenteration in the elderly patient // Obst. Gynecol. — 1991. — Vol. 78. — P. 879-889.
14. Robertson G., Lopes A., Benyon G. Pelvic exenteration: the review of Gateshead experience 1974-1992 // Brit. J. Obstet. Gynecol. — 1994. — Vol. 101. — P. 529-531.
15. Rutledge F. N., Smith G. P., Wharton J. Pelvic exenteration: Analysis of 296 patients // Amer. J. Obstet. Gynecol. — 1977. — Vol. 129. — P. 881-889.

Современные аспекты радикального лечения рака поджелудочной железы и панкреатодуоденальной зоны

И. Р. АГЛУЛЛИН, Р. М. ТАЗИЕВ, М. И. АГЛУЛЛИН.

Клинический онкологический диспансер МЗ РТ, г. Казань, Россия.

Вопросам хирургического лечения поражений органов билиопанкреатодуоденальной зоны посвящены многочисленные исследования и публикации, однако проблема до сих пор не решена [5, 17].

Особые трудности возникают при оперативном лечении объемных образований головки поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки, большого сосочка двенадцатиперстной кишки и дистального отдела общего желчного протока, радикальное лечение которых требует выполнение такой технической сложной и травматичной операции как панкреатодуоденальная резекция [2, 8].

Панкреатодуоденальная резекция в настоящее время — единственный метод лечения, который позволяет достоверно увеличить продолжительность жизни больных с поражением органов билиопанкреатодуоденальной зоны [10, 13]. Показания к ней возникают также при распространении рака желудка и ободочной кишки на двенадцатиперстную кишку и головку поджелудочной железы [6, 14, 15]. Панкреатодуоденальная резекция в последние годы все шире выполняется по поводу хронического «головчатого» панкреатита [1, 4].

Однако, широкое применение панкреатодуоденальной резекции ограничено неблагоприятными непосредственными результатами. Послеоперационная летальность по данным [9] составляет 18-20%.

Trede M. et al отмечают снижение послеоперационной летальности с 18% до 10% и ниже. Cameron J. приводит данные о выполнении более 100 операций без летальных исходов. Однако, у большинства хирургов частота осложнений в ближайшем послеоперационном периоде составляет от 15% до 60%, а летальность — от 10% до 30% [2, 3, 7].

Анализ литературы показывает, что послеоперационный панкреатит и несостоятельность швов панкреатоеюнального анастомоза являются ведущей причиной летальных исходов, частота этого осложнения колеблется от 10% до 40% [1, 5, 9, 12].

Проблема профилактики развития культевого панкреатита и несостоятель-

ности швов панкреатоеюнального анастомоза не теряет своей актуальности и содержит в себе ряд нерешенных вопросов. Нет единого подхода в определении оптимального уровня резекции поджелудочной железы и способа обработки культи поджелудочной железы с формированием панкреатоеюнального анастомоза, предупреждающего развитие культевых панкреонекрозов.

По нашему мнению несостоятельность панкреатоеюнальных анастомозов главным образом обусловлена некрозом культи поджелудочной железы в результате пострезекционных расстройств кровообращения в этой зоне.

В анатомическом эксперименте мы провели исследования ангио-архитектоники поджелудочной железы применительно к панкреато-дуоденальной резекции.

Методика исследования заключалась в том, что лигировали все сосуды, питающие головку поджелудочной железы, вводили рентгеноконтрастное вещество в селезеночную и нижнюю артерию поджелудочной железы, которые являются основными источниками кровоснабжения сохраняемой части поджелудочной железы при панкреатодуоденальной резекции. Поджелудочную железу пересекали на уровне верхней брыжеечной вены. Производили рентгеновасографию препарата. Изучение рентгеновасограмм показало, что в ряде случаев в зоне предполагаемой резекционной линии при панкреатодуоденальной резекции инъекция сосудов контрастной массой оказалась неполноценной, выявлялись аваскулярные зоны.

На основании анализа полученных ангиограмм, мы пришли к заключению, что смещение резекционной линии в дистальном направлении положительно сказывается на кровоснабжении в сохраняемой части поджелудочной железы. Резекционную линию следует располагать в непосредственной близости от крайней панкреатической ветви селезеночной артерии.

Методика формирования панкреатоеюнального анастомоза с учетом ан-

Продолжение на 34-й стр. ... 7



Казанский филиал
ЗАО "Аптека-Холдинг"

Телефоны в г.Казани: (8432) 12-75-19 12-75-27 12-75-59

в г.Наб.Челны: (8552) 35-77-14 35-93-06 E-mail: apholkaz@mi.ru www.ahold.ru