Ю. М. Тимофеев, В. Б. Матвеев, Ю. А. Барсуков, К. М. Фигурин

ОПЫТ ТОТАЛЬНЫХ ЭВИСЦЕРАЦИЙ МАЛОГО ТАЗА ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

НИИ клинической онкологии ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, Москва

Описан собственный опыт выполнения тотальных эвисцераций малого таза при местнораспространенном раке прямой кишки. Показано, что проведение данной операции оправдано в крупных специализированных клиниках.

Ключевые слова: рак прямой кишки, эвисцерации малого таза.

Тотальной эвисцерацией малого таза называют операцию, при которой удаляют все органы малого таза: прямую кишку, мочевого пузыря с тазовыми отделами мочеточника, матку с придатками, а иногда влагалище и вульву у женщин, простату и семенные пузырьки у мужчин, леваторы, тазовую клетчатку с лимфоузлами. Впервые эвисцерацию малого таза при местнораспространенном раке мочевого пузыря выполнил в 1940 г. Е. М. Bricker и дал ей название «evisceration» [5]. При раке прямой кишки впервые эвисцерацию малого таза произвел Л. Н. Appleby в 1943 г. [4]. Из отечественных хирургов первым эвисцерацию малого таза выполнил И. П. Дедков в 1976 г. [1].

Тотальные эвисцерации малого таза — операции очень сложные, выполняются только в крупных клиниках, число таких наблюдений невелико, составляет обычно от 1 до 30 [3; 6—14]. По данным В. Д. Федорова и др., до 1983 г. в мировой литературе было описано всего немногим более 200 эвисцераций малого таза [2]. Необходимость таких операций диктуется тем, что единственным радикальным методом лечения рака прямой кишки является хирургический; химиотерапия или лучевая терапия при применении в самостоятельном варианте не могут привести к излечению рака прямой кишки.

Техническая сложность тотальных эвисцераций малого таза заключается не только в большом объеме удаляемых тканей, большой травматичности операций и угрозе массивных интраоперационных кровопотерь. После завершения основных этапов эвисцерации малого таза хирург должен решить три важные задачи: способы отведения кала, мочи и закрытия полости таза. После тотальной эвисцерации эти задачи зачастую превращаются в технически очень сложные и трудноразрешимые проблемы. Основными противопоказаниями к широкому распространению этой операции являются высокий процент интра- и послеоперационных осложнений (до 60% по данным мировой литературы), высокая послеоперационная летальность (до 20%), неудовлетворительное ка-

чество жизни прооперированных больных, плохие отдаленные результаты лечения [12—14]. Вот почему ряд проктологов-онкологов вообще сомневаются в целесообразности выполнения таких операций при раке прямой кишки.

Материалы и методы

В РОНЦ РАМН внедрение тотальных эвисцераций малого таза в практику онкопроктологии стало возможным в конце 1990-х гг. при активном содействии директора Центра М. И. Давыдова. Первая эвисцерация малого таза при раке прямой кишки в отделении проктологии РОНЦ произведена в 1997 г. С 1997 по 2002 г. выполнено 6 тотальных эвисцераций малого таза при раке прямой кишки. Стадии заболевания: T4 — 5 больных, N1 — 4 больных, N0 — 1 больной, M1 — 1 больная, M0 — 4 больных, местный рецидив — 1 больной.

Основным показанием к тотальной эвисцерации малого таза при раке прямой кишки является местнораспространенный рак прямой кишки с поражением мочевого пузыря при отсутствии отдаленных метастазов. Операция должна носить радикальный характер, при отсутствии отдаленных метастазов паллиативное выполнение такой большой операции лишено практического смысла. В 1 случае эвисцерация была выполнена при стадии M1 (метастазы в легком и печени не были определены до операции и были выявлены только на аутопсии). Вот почему при планировании тотальной эвисцерации малого таза необходимо особенно тщательное предоперационное обследование, включающее помимо стандартных исследований (пальцевое исследование, ректоскопия, фиброколоноскопия с биопсией, ирригоскопия, экскреторная урография, рентгенография легких, УЗИ брюшной полости) такие дополнительные методы, как цистоскопия, КТ, МРТ, сканирование скелета, ангиография. Проведение такого тщательного обследования позволяет максимально точно определить распространенность опухолевого процесса, рационально спланировать объем операции. В 1 случае в наших наблюдениях мы доверились результатам обследования в другой клинике (рентгенография легких, УЗИ брюшной полости), что привело к завышению объема операции.

Возраст больных колебался от 54 до 67 лет, средний возраст составил 62,5 года. Сам по себе возраст не определял противопоказания к операции при отсутствии тяжелых сопутствующих заболеваний. У 5 больных имелись такие сопутствующие заболевания, как атеросклероз, хроническая ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, у 1 больного — хронический алкоголизм. У 3 больных был ректовезикальный свищ, что обусловило развитие восходящей мочевой инфекции и необходимость дооперационного применения уроантисептиков. Из 6 больных 2 — женщины, 4 — мужчины, у одной из женщин матка была ранее удалена по поводу миомы. Необходимость производить эвисцерацию малого таза при раке прямой кишки, как правило, у мужчин объясняется прорастанием опухоли прямой кишки в шейку мочевого пузыря и простату, у женщин мочевой пузырь «защищен» от этого расположенной кзади от него маткой. У пациентки, у которой опухоль прямой кишки проросла в мочевой пузырь «через матку», процесс носил очень распространенный характер, с переходом опухоли на стенки таза, на левые подвздошные сосуды (что вызвало их травму на операции), как потом выяснилось, у больной уже были отдаленные метастазы. Таким образом, следует согласиться с данными литературы, что эвисцерация малого таза у женщин обычно выполняема только в том случае, если ранее была удалена матка [7].

Значительная распространенность опухолевого процесса требует, несомненно, применения дополнительных методов воздействия на опухоль [9]. У 2 больных была проведена предоперационная лучевая терапия в СОД 25 Гр, у 1 больного — послеоперационная лучевая терапия в СОД 60 Гр, у 1 больной — курсы химиотерапии 5-фторурацилом с лейковорином.

Все операции выполнялись под комбинированным эндотрахеальным наркозом с применением перидуральной анестезии. Применение перидуральной анестезии позволило не только уменьшить шокогенную болевую реакцию при большой травматичной операции на малом тазу, но и проводить адекватное обезбоживание в послеоперационном периоде, бороться с парезом кишечника и др.

Интраоперационная кровопотеря составила от 1,5 до 3,5 л. В 2 случаях был применен аппарат реинфузии эритроцитов «Cell-Saver», позволивший быстро, адекватно, своевременно возместить кровопотерю и до минимума снизить опасность интраоперационной кровопотери и массивных гемотрансфузий, а также уменьшить количество послеоперационных осложнений. Отсутствие аппарата «Cell-Saver» в 1 случае (на начальном этапе освоения операций, по организационным причинам) привело к развитию геморрагического шока. Мы далеко не всегда применяем этот аппарат во время операции, но он всегда должен быть «наготове» в операционной. Осложнений, связанных с применением этого аппарата (производилось вскрытие просвета толстой кишки и инфицированных мочевых путей), не отмечено.

Способы отведения кала

У всех больных после экстирпации прямой кишки была сформирована одностольная плоская сигмостома в левой подвздошной области. У двух из этих больных технически

возможно было выполнение низведения левых флангов ободочной кишки с формированием коло-анального анастомоза. Однако удлинение времени операции, увеличение ее травматичности было сочтено нецелесообразным на первых этапах освоения операций.

Деривация мочи

У 3 больных была выполнена двусторонняя уретерокутанеостомия (на начальных этапах освоения операции), у остальных — операция Вricker с формированием уриностомы в правой подвздошной области. Очевидно, в некоторых случаях по показаниям целесообразно выполнение операции Studer.

Закрытие полости таза после эвисцерации

Как ни парадоксально, зачастую это превращалось в неразрешимую задачу. В 2 случаях после широкого иссечения брюшины малого таза и тканей промежности изолировать брюшную полость было невозможно. Через промежностную рану были введены тампоны, которые отграничили брюшную полость от малого таза. Через 1 нед после операции производилось постепенное удаление этих отграничивающих тампонов. Выпадения петель кишечника через промежностную рану, перитонита и спаечной болезни у этих больных не отмечено. У 2 больных после эвисцерации оставался анальный сфинктер, ушить тазовую брюшину не представлялось возможным; выпадение петель кишечника у этих больных было невозможно, однако у 1 больной отмечалась спаечная болезнь, потребовавшая релапаротомии. У остальных 2 больных удалось закрыть полость малого таза остатками брюшины и мягкими тканями, что является, конечно, оптимальным решением этой проблемы.

Продолжительность операций составляла от 5 до 7 ч, с работой основных этапов операций отмечается явная тенденция к сокращению продолжительности операции, что имеет существенное значение для уменьшения послеоперационных осложнений.

После операции производились инфузионно-трансфузионная терапия, массивная антибиотикотерапия, продленная ИВЛ, обезбоживание с применением перидуральной анестезии, по показаниям — сердечная, почечная терапия, санация трахеобронхиального дерева. В течение нескольких суток больные после таких операций получали лечение в условиях реанимационного отделения.

Осложнения

У 1 больной в результате массивной кровопотери, возникшей вследствие повреждения левых подвздошных сосудов (в области их развилки на внутренние и наружные), произошла массивная кровопотеря, приведшая к геморрагическому шоку и в результате — к летальному исходу после операции. Повреждение сосудов произошло вследствие врастания в них опухоли, распространяющейся также на стенки таза; при тракции опухоли из малого таза произошел надрыв сосудистой стенки. У 1 больного возникло массивное нагноение срединной раны. У 1 больной возникли спаечная непроходимость, потребовавшая релапаротомии, почечная недостаточность, пневмония; однако со всеми этими осложнениями удалось справиться, и больная была выписана домой в удов-

летворительном состоянии. У 1 больного при подозрении на послеоперационное кровотечение из малого таза произведена релапаротомия, источник кровотечения не найден, произведено перетампонирование малого таза. У этого же больного после операции возник эпидурит вследствие проводимой перидуральной анестезии. У 1 больного в позднем послеоперационном периоде выявлен хронический пиелонефрит.

Отдаленные результаты лечения

На первом году после операции умер 1 больной (от причин, не связанных с генерализацией опухолевого процесса), на втором году умерла 1 больная от множественных метастазов по брюшной полости и в легких. Оставшиеся больные живы в течение от 1 года до 3 лет. Очевидно, улучшение отдаленных результатов лечения следует искать на пути комбинации хирургического метода с лучевой терапией и химиотерапией. Особенно перспективным нам представляется применение предоперационной терморadioхимиотерапии, отработка схем применения которой проходит в отделении проктологии. Социальная и психологическая реабилитация этих больных после операции требует кропотливых и длительных мероприятий, но применение современных калоприемников и мочесборников значительно облегчает эту задачу.

Таким образом, первый опыт выполнения тотальных эвисцераций малого таза при местнораспространенном раке прямой кишки показывает, что осуществление указанных операций оправдано в крупных специализированных клиниках; применение этих операций позволяет увеличить процент радикальных хирургических вмешательств, снизить число инкурабельных больных и, в конечном счете, улучшить результаты лечения рака прямой кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дедков И. П., Зыбина М. А., Бялик В. В. Эвисцерация таза по поводу запущенного рака прямой кишки (два наблюдения) // *Вопр. онкол.* — 1977. — Т. 23. — С. 90—95.
2. Федоров В. Д., Воробьев Г. И., Ривкин В. Л. Клиническая оперативная колопроктология. — М., 1994. — 432 с.

3. Черный В. А., Кикоть В. А., Кононенко Н. Г. и др. Эвисцерация таза как способ повышения резектабельности запущенного рака прямой кишки // *Вопр. онкол.* — 1988. — Т. 34. — С. 220—228.
4. Appleby L. H. Proctocystectomy: the management of colostomy with ureteral transplants // *Am. J. Surg.* — 1950. — N 79. — P. 57—60.
5. Bricker E. M., Modlin J. The role of pelvic evisceration in surgery // *Surgery.* — 1971. — N 30. — P. 76—93.
6. Carter M. F., Dalton D. P., Garnett J. E. The double-barreled wet colostomy: long-term experience with the first 11 patients // *J. Urol.* — 1994. — Vol. 152. — P. 2312—2315.
7. DeVita V. T., Jr., Hellman S., Rosenberg S. A. *Cancer: Principles and practice of oncology.* — Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1997. — P. 3125.
8. Estes N. C., Thomas J. H., Jewell W. R. et al. Pelvic exenteration: A treatment for failed rectum cancer surgery // *Am. Surg.* — 1993. — Vol. 59. — P. 420—422.
9. Fujimoto S., Takahashi M., Kobayashi K. et al. Combined treatment of pelvic exenterative surgery and intraoperative pelvic hyperthermochemotherapy for locally advanced rectosigmoid cancer: report of a case // *Surg. Today.* — 1993. — Vol. 23. — P. 1094—1098.
10. Hohenberger W., Thom N., Hermanek P. Sr. et al. Pelvine multiviszerele Resektion aus der Sicht der Chirurgie // *Langenbecks Arch. Chir. Suppl. Kongressbd.* — 1992. — Vol. 1. — P. 83—88.
11. Liu S. Y., Wang Y. N., Zhu W. Q. et al. Total pelvic exenteration for locally advanced rectal carcinoma // *Dis. Colon. Rectum.* — 1994. — Vol. 37. — P. 172—174.
12. Luna-Perez P., Delgado S., Labastida S. et al. Patterns of recurrence following pelvic exenteration and external radiotherapy for locally advanced primary rectal adenocarcinoma // *Ann. Surg. Oncol.* — 1996. — Vol. 3. — P. 526—533.
13. Maetani S., Nishikawa N., Iijima Y. et al. Extensive en bloc resection of regionally recurrent carcinoma of the rectum // *Cancer.* — 1992. — Vol. 69. — P. 2876—2883.
14. Meterissian S. H., Skibber J. M., Giacco G. G. et al. Pelvic exenteration for locally advanced rectal carcinoma: factors predicting improved survival // *Surgery.* — 1997. — N 121. — P. 479—487.

Поступила 10.06.2003

Yu. M. Timofeyev, V. B. Matveyev, Yu. A. Barsukov, K. M. Figurin

THE FIRST EXPERIENCE OF TOTAL EVISCERATION OF THE SMALL PELVIS IN PATIENTS WITH RECTAL CANCER

Institute of Clinical Oncology, N. N. Blokhin RCRC, Moscow

The authors describe their experience in total evisceration of the small pelvis in patients with locally advanced rectal cancer. The procedure is demonstrated to be reasonable in large specialized clinics.

Key words: rectal cancer, evisceration of the small pelvis.