



М. Г. Кононенко,
В. В. Андрищенко,
Н. К. Колесніченко,
С. К. Шкурко,
І. А. Даниленко

Сумський державний
університет,

Сумський обласний клінічний
онкологічний диспансер

© Колектив авторів

15-РІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ПІСЛЯ ЕВІСЦЕРАЦІЇ ТАЗУ З ПРИВОДУ МЕТАХРОННОГО РАКУ

Резюме. Описано 15-річне спостереження евісцерації тазу у жінки з приводу метакхронної карциноми шийки матки з проростанням в сечовий міхур і куксу прямої кишки. Шість років до цього проведене комплексне лікування з приводу раку молочної залози, ще через 2 роки – резекція товстої кишки з пухлиною. Через 10 років після евісцерації хвора оперована з приводу спайкової непрохідності тонкої кишки і ще через рік – алопластики промежинної грижі.

Ключові слова: метакхронна карцинома, евісцерація тазу.

Метакхронний рак зустрічається не часто. Умовний критерій метакхронності — 6 міс (за деякими даними 2 і навіть 10 років) з моменту виявлення пухлини, але час виникнення її, як правило, невідомо. Не у кожного такого хворого лікування вдається провести радикально.

Величезний досвід (865 хворих з поширеними злоякісними пухлинами прямої кишки і геніталій у жінок) НДІ онкології ім. проф. М. М. Петрова свідчить про доцільність в таких ситуаціях проведення комбінованих операцій великого об'єму [4].

Хворим з місцевопоширеними занедбаними пухлинами тазу адекватну допомогу стали надавати тільки з впровадженням комбіновано-розширених хірургічних втручань. Це стало можливим завдяки розвитку анестезіології, реаніматології, трансфузіології, успіхам у боротьбі з шоком. Наступ на місцево поширені карциноми тазу розпочали хірурги за кордоном (в 40-х роках ХХ ст., а повідомили в 50-х роках) [5, 6] і такі суперрадикальні операції назвали екзентераціями. Апологетом цих втручань прийнято вважати американського хірурга А. Brunschwig [7], який з 1946 р. їх виконував при занедбаному раку шийки матки. Екзентерації – останній шанс врятування хворої людини.

В СРСР перші евісцерації тазу при занедбаному місцевопоширеному раку прямої кишки виконані в Київському НДІ онкології в 1974 р. [2, 3]. Дещо пізніше евісцерації тазу почали проводити у Науковому центрі колопроктології (Москва) [1].

Під терміном «евісцерація» (він більш адекватний об'єму втручання ніж екзентерація, оскільки видаляються лише органи порожнини тазу без окістя, що є обов'язковим компонентом екзентерації, наприклад орбіти) прийнято вважати видалення всіх органів порожнини тазу. Чомусь існує також термін «передня» та «задня» евісцерація тазу, тобто видалення у жінок геніталій з сечовим міхуром

чи геніталій з прямою кишкою. Такий об'єм втручання логічно би називати геміевісцерацією, але це нонсенс. Це просто комбіновані операції. Евісцерація завжди тотальна.

Приводимо спостереження метакхронних карцином. Хвора Н., 47 років, поступила 01.10.1999 р. у відділення онкогінекології Сумського ОКОД зі скаргами на виділення із піхви несвіжої крові зі шматками тканини та гноем, часте малими порціями сечовипускання, кров у сечі, схуднення, зростаючу загальну слабкість.

В серпні 1998 р. трапився перелом великогомілкової кістки правої гомілки, проведено металоостеосинтез. У стаціонарі замітила періодичні кров'яністі виділення із піхви. В червні 1999 р. звернулася до гінеколога за місцем проживання (м. Київ). Обстежувалася в Інституті онкології та Інституті урології. Із анамнезу життя встановлено наступне. В VI–XI 1993 р. з приводу С-а лівої молочної залози (низькодиференційована протокова карцинома мультицентричної форми росту) кл. гр. II А ст. III А (Т 3 N₀ M₀) проводилося (у Москві) комплексне лікування: I етап – неоад'ювантний курс ПХТ; II етап – мастектомія за Маденом з пластикою молочної залози *m. latissimus dorsi sin*; III етап – (через 3 міс.) – оваріоектомія; IV етап – променева терапія на зони лімфовідтоку (45 Гр); V етап – курс ПХТ. 16.12.1997 р. при колоноскопії та іригоскопії виявлена циркулярна стенозуюча до 0,3 см карцинома ректосигмоїдного відділу кишки ст. III (Т 4 N₀ M₀); лейоміома матки. 25.12.1997 року виконана (у Москві) операція: резекція товстої і прямої кишки за Гартманом; ампутація матки; апендектомія. Гістологічно: адено С-а товстої кишки; краї резекції без пухлини; лімфовузли без метастазів. Проведена ХТ 5ФУ + лейковорином.

Об'єктивно: зріст — 157 см, маса тіла — 55 кг. Живіт не збільшений. Колостома нормально функціонує. На середині між лоном і пупком визначається верхній полюс пухлинного кон-



гломерату. Із піхви гнійно-кров'янисті виділення. На місці шийки матки і проксимальної частини піхви візуально визначається екзофітна пухлина з розпадом, інфільтрація її поширена на уретру. При ректовагінальному дослідженні виявлено малорухомих відносно бокових стінок і нерухомий пресакральний пухлинний конгломерат. В куксі прямої кишки пухлина не виявлена. УЗД: конгломерат займає порожнину тазу, початкова фаза гідронефротичної трансформації правої нирки. Цистоскопія: випущена сеча каламутна; вся задня стінка сечового міхура до шийки зайнята пухлинним розростанням. Екскреторна урографія: функція правої нирки не визначається, лівої — не змінена; лівий сечовід у нижній третині зміщений назовні; сечовий міхур деформований, контур його «з'єданий». Заключення: «німа» права нирка, проростання пухлини в сечовий міхур.

Встановлено діагноз: пухлина шийки матки з поширенням на верхню половину піхви, сечовий міхур з компресією правого сечоводу і гідрoureтеропієлоектазією, на куксу прямої кишки кл. гр. II, стадія IV.

12.10.1999 р. після проведення досить інтенсивної підготовки з корекцією явищ інтоксикації, анемії, гіпоальбумінемії тощо, виконана (проф. Кононенко М. Г.) операція — евісцерація тазу з резекцією двох петель тонкої кишки і анастомозом бік-у-бік; двобічна здухвинно-тазова лімфаденектомія; деривація сечі в ізольований ілеоцекальний сегмент. Під час лапаротомії з'ясувалося, що пухлинний конгломерат проростає в передню черевну стінку. Мобілізація розпочата з електроексцизії черевної стінки (апоневроз, прямі м'язи, очеревина) навколо пухлини. При ревізії: віддалених метастазів не виявлено, парааортально-паракавальні лімфовузли не змінені; порожнина тазу виповнена конгломератом, в який втягнуто дві петлі тонкої кишки (в середній частині і в термінальному відділі), сечовий міхур; виявити куксу прямої кишки та шийку матки неможливо; ліва нирка не змінена, права — дещо збільшена, паренхіма її збережена; правий сечовід до 1,5 см діаметром, напружений. Радикальне втручання можливе лише в об'ємі евісцерації тазу. Обидва сечоводи перерізані над конгломератом, заінтубовані. Конгломерат разом з паравезикальною і паравагінальною клітковиною відділено (із-за венозного стазу відмічалась підвищена кровоточивість) спереди. Виконана двобічна здухвинно-тазова лімфодисекція (лімфатичні вузли макроскопічно без змін). Найбільшу технічну складність із-за значних рубцевих зрощень (результат попередніх операцій) представляла мобілізація конгломерату по задній поверхні. Тому втручання

продовжено із промежинного доступу. Після зашивання ануса і полових губ електроножем розрізані тканини від симфізу до куприка. Рана поглиблена вздовж кісток тазу. Від крижової кістки з великими технічними труднощами, значною затратою часу і профузною кровотечею з критичною гіпотонією конгломерат вдалося відділити лише синхронно двохбригадно. Гемостаз тугою тампонадою. Операція була зупинена з малими шансами на її продовження. В період максимальної гіпотонії дефіцит ОЦК склав 1116 мл при ОЦК 3102 мл; Нв — 64 г/л, еритроцитів $2,24 \cdot 10^{12}/л$, Нt — 18%. Тільки завдяки надзвичайно великим зусиллям висококваліфікованого колективу анестезіологів після стабілізації гомеостазу через 1 годину 40 хвилин втручання вдалося продовжити. Проведена резекція двох петель тонкої кишки і препарат видалено. Тонка кишка анастомозована бік-у-бік. Висхідна кишка на межі нижньої і середньої третини пересічена і виведена на черевну стінку. Сформовано ілеоцекальний резервуар для сечі. В нього разом з трубочками вшити сечоводи, кінці яких оброблені за Ricard-Блохіним. Із-за дефіциту очеревини перитонізувати порожнину таза неможливо. Тому мобілізовано ліву половину великого сальника (він залишався життєздатним за рахунок судин правої його половини) і підшито до країв тазової очеревини. Вся порожнина тазу виповнена тампонами, які підшиті до країв шкіри промежини для утримання. В кінці операції дефіцит ОЦК 786 мл, Нв — 74 г/л, Нt — 27%. Тривалість операції 11 годин 20 хв, крововтрата 1670 мл, перелито 7 400 мл (еритроцитарна маса 1850,0, плазма 900 мл, альбумін 400,0 мл, рефортан 2000 мл, гемодез 600 мл та ін.). Діурез на кінець операції 2 600 мл. Макропрепарат: розмір 19 см; масивна пухлина шийки матки з розпадом поширена до середньої третини піхви, проросла в задню стінку сечового міхура з пухлинними масами в ньому, вросла в передню стінку кукси прямої кишки, яка на розрізі без пухлини. Діагноз — С-а шийки матки з проростанням в сечовий міхур і стінку прямої кишки кл. гр. II, ст. IV (Т 4 N₀ M₀). Результат ПГД № 15244-60 від 20.10.1999 р. — високодиференційована С-а з проростанням в стінку сечового міхура і стінку прямої кишки. 23.10.1999 (на 11 добу) виявлено субтотальний пневмоторакс справа і плевральна порожнина дренована за Бюлау. Дренаж видалено через добу, легень розправилося. Тампони із порожнини тазу поступово підтягувалися і через два тижні видалені. Сальник некротизувався, порожнина тазу була виповнена спаяними між собою і покритими фібрином петлями тонкої кишки. Ознак непрохідності кишкового тракту не було. Рана виповнювалася грануляціями.



Катетер із правого сечоводу випав на 13 добу, із лівого — видалено через 18 діб. 14.12.1999 р. хвора виписана на амбулаторне лікування.

10 років жінка відчувала себе задовільно, працювала за спеціальністю. Останні 6 місяців її турбував кишковий дискомфорт. З кінця квітня 2010 року з'явилися і наростали ознаки кишкової непрохідності. 19.05.2010 р. звернулася на кафедру хірургії СумДУ, шпиталізована в МКЛ № 5 з діагнозом: хронічна кишкова непрохідність; параколомічна грижа великих розмірів; метакронні карциноми: молочної залози кл.гр. III; ректосигмовидного сегменту товстої кишки кл.гр. III; шийки матки з поширенням на сечовий міхур і куксу прямої кишки кл.гр. III. Скарги: вурчання і переймоподібний біль у верхніх відділах живота і зліва в проекції колостоми, затримка випорожнень та нерегулярне відходження газів через стому, наявність великого грижового випинання в ділянці колостоми, слабкість, нудота, схуднення на 5 кг. Об'єктивно: хвора виснажена, на ногах набряки; клінічно віддалених метастазів не виявлено; живіт асиметричний із-за параколомічної грижі (рис. 1), перистальтика надмірна, позитивний симптом шум плескоти Склярова. Рентгенологічно: гіперпневматоз, проксимальний відділ тонкої кишки розширений до 9–10 см (!) (рис. 2); петлі дистальної частини кишки в порожнині тазу не розтягнуті, без газу і рідини. УЗД: нирки не збільшені, з чіткими контурами, товщина паренхіми до 2 см, чашечки правої нирки розширені до 10

мм, лівої — до 15 мм; початковий відділ лівого сечоводу розширений до 8 мм; виражений гіперпневматоз тонкої кишки, петлі якої надто розширені з маятникоподібним рухом вмісту.

25.05.2010 р. операція: серединна лапаротомія; ентероліз з виділенням конгломерату тонкої кишки із порожнини малого тазу; резекція сегменту тонкої кишки з анастомозом бік-у-бік; видалення гігантського грижового мішка із зашиванням великого дефекту параколомічної грижі; трансназальна інтубація тонкої кишки. Ревізія черевної порожнини: проксимальна частина (приблизно 1/3 довжини) тонкої кишки діаметром 8–9 см (рис. 3) з дуже потовщеною стінкою, містить багато рідини; ця кишка продовжується в таз, порожнина якого виповнена конгломератом нерозтягнутих, спаяних між собою петель тонкої кишки; із-за значного спайкового процесу ідентифікувати ілеоцекальний резервуар для сечі і ілеоасцендоанастомоз, праву нирку і сечовід неможливо; ліва нирка і сечовід без ознак ділятації.

Із технічними труднощами і великою затратою часу (більше половини всієї операції) петлі тонкої кишки відсепаровані від стінок тазу і одна від одної. При мобілізації від тканин промежини порушена цілісність однієї із петель з ділянками десерозації. Виконана резекція цієї ділянки з анастомозом бік-у-бік. Перитонізовані багаточисельні ділянки десерозації. Видалено мішок очеревини розміром 19–20 см із дефекту розміром до 13 см параколомічної грижі. Дефект зашито. При ревізії



Рис 1. Хвора Н. Хронічна спайкова тонкокишкова непрохідність. Параколомічна грижа



Рис 2. Рентгенограма хворої Н. Різко розтягнута тонка кишка



Рис 3. Субопераційна ревiзiя у хворої Н. Дилiатцiя тонкої кишки.



Рис 4. Хвора Н. через 11 мiс. пiсля операцiї з приводу кишкової непрохiдностi (набрала 7 кг маси тiла)



Рис 5. Промежинна грижа у хворої Н

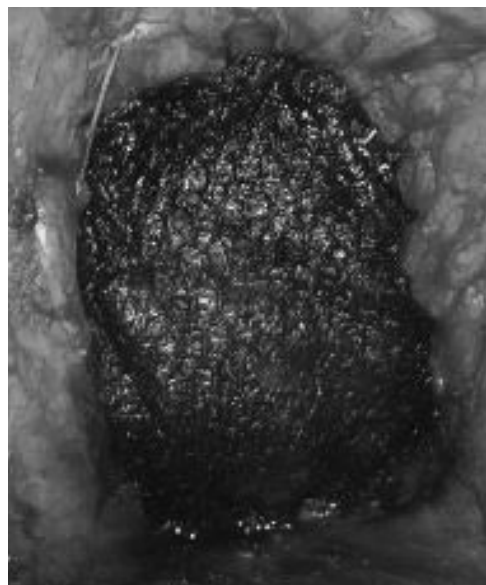


Рис 6. Алопластика нижньої апертури тазу у хворої Н.

з'ясувалося, що при операції Гартмана і накладанні колостоми не було ліквідовано «вікно» бокового каналу. Тому цей дефект зашито. Трансназально заінтубована тонка кишка дистальніше анастомозу. В порожнину тазу опущено петлю дилатованої кишки з зондом. 05.06.1010 р. зонд видалено. Післяопераційний період без ускладнень. 17.06.2010 хвора виписана.

В листопаді 2010 р. помітила грижове вип'ячування промежини, яке поступово збільшувалося. Звернулася на кафедру хірургії. Жінка набрала масу тіла (рис 4.) Грижа промежини розмірами 6–7×14–15 см (рис. 5), вправляється в порожнину тазу. В аналізах крові особливих зрушень не виявлено (сечовина 10,6 ммоль/л, креатинін 66,3 ммоль/л),

в аналізі сечі 25–30 лейкоцитів в п/з, білок 0,124 ‰, слизь). 06. 04. 2011 р. виконана операція — алопластика нижньої апертури тазу (сітка Johnson & Johnson розмірами 14×8 см вшита покриттям до петель тонкої кишки) (рис. 6). Після операції — без ускладнень. Виписана. Працює за спеціальністю (керівна посада).

14 січня 2015 року (телефонна розмова): скарг немає, прибавила 3 кг маси тіла, працює на попередній роботі.

Отже, у хворої була полінеоплазія в метакронному варіанті. Не виключено, що ракова пухлина генітального органу індукована поліхіміотерапією, яку отримувала з приводу карциноми молочної залози.



ЛІТЕРАТУРА

1. Брусиловский М. И. Показания и техника выполнения эвисцерации таза / М. И. Брусиловский // О болезнях прямой и ободочной кишок. — 1978. — Вып. 10. — С. 120-122.
2. Дедков И. П. Комбинированные операции по поводу рака прямой кишки. Демонстрация двух больных, подвергшихся эвисцерации таза: доклад : Протокол 783-го заседания науч. Общества хирургов Киева и обл. от 2 октября 1974 г. / И. П. Дедков, М. А. Зыбина, Н. Г. Кононенко // Клиническая хирургия. — 1975. — №4. — С. 91-92.
3. Эвисцерация таза по поводу запущенного рака прямой кишки / И. П. Дедков, М. А. Зыбина [и др.] // Вопросы онкологии. — 1977. — Том XXIII, № 1. — С. 90-95.
4. Эффективность комбинированных резекций и экзентераций органов малого таза как этапа комплексного лечения распространенных злокачественных опухолей прямой кишки и женских гениталий / Н. Н. Симонов, А. В. Гуляев, С. Я. Максимов [и др.] // Вопросы онкологии. — 2000. — Том 46, № 2. — С. 224-228.
5. Appleby L. H. Proctocystectomy the management of colostomy with ureteral transplants / L.H. Appleby // Amer. J. Surg. — 1950. — Vol. 79, № 1. — P. 57-60.
6. Bricker E. M. The role of pelvic evisceration in surgery / E. M. Bricker, J. Modlin, St. Louis // Surgery. — 1951. — Vol. 30, № 1. — P. 76-93.
7. Brunshwig A. Complete excision of pelvic viscera in the male for advanced carcinoma of the sigmoid invading the urinary bladder / A. Brunshwig // Ann. Surg. — 1949. — Vol. 129, № 4. — P. 499-504.

15-ЛЕТНИЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПОСЛЕ ЭВИСЦЕРАЦИИ ТАЗА ПО ПОВОДУ МЕТАХРОННОГО РАКА

*М. Г. Кононенко,
В. В. Андриющенко,
Н. К. Колесниченко,
С. К. Шкурко,
И. А. Даниленко*

Резюме. Описано 15-летнее наблюдение эвисцерации таза у женщины по поводу метакронной карциномы шейки матки с прорастанием в мочевой пузырь и культю прямой кишки. Шесть лет до этого проведено комплексное лечение по поводу рака молочной железы, через 2 года - резекция толстой кишки с опухолью. Через 10 лет после эвисцерации больная оперирована по поводу спаечной непроходимости тонкой кишки и еще через год — аллопластики промежностной грыжи.

Ключевые слова: *метакронная карцинома, эвисцерация таза.*

15 - YEAR FOLLOW-UP AFTER PELVIC EVISCERATION ON METACHRONOUS CARCINOMA

*М. Н. Kononenko,
V. V. Andryushchenko,
N. K. Kolesnichenko,
S. K. Shkurko, I. A. Danylenko*

Summary. A 15-year follow-up after pelvic evisceration in woman with metachronous cervical carcinoma with invasion into the bladder and rectal stump is described. Six years earlier a complex treatment for breast cancer was conducted , in 2 years - resection of colon tumor. In 10 years after evisceration the patient was operated on adhesive small bowel obstruction and a year later - alloplasty of perineal hernia was made.

Key words: *metachronous carcinoma, pelvic evisceration.*