

И.П. Костюк<sup>1</sup>, А.Ю. Шестаев<sup>1</sup>, К.Г. Шостка<sup>2</sup>,  
С.С. Крестьянинов<sup>1</sup>, Л.А. Васильев<sup>1</sup>,  
А.Н. Павленко<sup>2</sup>, Э.В. Фокина<sup>2</sup>

## Паллиативные эвисцерации малого таза в хирургическом лечении местно-распространенного и рецидивного рака шейки матки

<sup>1</sup>Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

<sup>2</sup>Ленинградский областной онкологический диспансер, Санкт-Петербург

**Резюме.** Проведен ретроспективный анализ хирургического лечения 63 пациентов с местно-распространенным и рецидивным раком шейки матки. 12 (19%) операций были паллиативными, что было обусловлено наличием отдаленных гематогенных (n=3) и лимфогенных (n=4) метастазов, а также опухолевой инфильтрацией костных структур боковых стенок таза (n=5). Показанием к хирургическому лечению были рецидивирующее кровотечение из опухоли (n=3), наличие мочепузырно-влагалищного (n=4), влагалищно-прямокишечного (n=2) или комбинированного свища (n=2), а также некупируемый болевой синдром (n=1). Частота развития осложнений составила 38,4%, летальность 8,3%. Среднее время наблюдения за пациентами составило 8 месяцев. Актуальная 2-годичная выживаемость 15,4%. 5 пациентов пережили 6 месяцев, 3 – более 12 месяцев. Все патологические симптомы были купированы и качество жизни пациентов достоверно повысилось. У 2 пациентов стабилизация заболевания отмечается в течение 26 и 28 месяцев. Эвисцерация малого таза является масштабным хирургическим вмешательством, сопровождающимся значительным числом послеоперационных осложнений. Современные технологии позволяют минимизировать послеоперационную летальность, добиваться контроля над патологическими симптомами заболевания, положительно изменять качество жизни пациентов и применять данные операции с паллиативной целью.

**Ключевые слова:** гинекологические опухоли, эвисцерация малого таза, свищ, паллиативная хирургия, рак шейки матки, рецидив, деривация мочи, качество жизни.

**Введение.** Более чем 60 лет эвисцерация малого таза (ЭМТ) имеется в арсенале хирургов для лечения распространенных опухолей малого таза. Биология злокачественных опухолей, исходящих из органов малого таза, заключающаяся в интенсивной локорегионарной опухолевой прогрессии и относительно поздней диссеминации – основа для появления и развития хирургических технологий удаления опухоли «en-bloc» с вовлеченными в патологический процесс тазовыми органами [1, 4, 9].

Впервые методика была описана А. Brunschwig [6] в 1948 г. Она включала удаление вместе с маткой мочевого пузыря и прямой кишки. Операция завершалась формированием концевой колостомы, имплантацией обоих мочеточников в толстую кишку и сопровождалась значительными показателями послеоперационных осложнений (62%) и летальности (23%). Но при этом она была единственной возможностью помочь пациентам с местно-распространенными и рецидивными опухолями тазовой локализации.

С годами, достижения в анестезиологии, интенсивной терапии и хирургической технике позволили оптимизировать технологию данной операции, включив в нее реконструктивный этап континентной кишечной и мочевого деривации, позволив получать результаты более приемлемые как для пациентов, так и для врачей [5, 10, 14, 18, 19].

В зависимости от лечебной цели ЭМТ подразделяют на радикальные и паллиативные. Отношение к паллиативным вмешательствам противоречивое, в первую очередь в связи с традиционной ассоциацией ЭМТ с высокими показателями послеоперационных осложнений и летальности. Тем не менее, последние данные из специализированных центров указывают на снижение летальности ниже 5%, а частота развития послеоперационных осложнений немногим превышает 30% [4, 8, 10, 12].

**Цель исследования.** Провести анализ собственного опыта выполнения паллиативных ЭМТ у пациентов, страдающих раком шейки матки (РШМ).

**Материалы и методы.** Представлен ретроспективный анализ хирургического лечения 12 (19%) из 63 пациентов с местно-распространенным и рецидивным раком шейки матки, вмешательства у которых были паллиативными. Операции выполнены с января 2007 г. по июнь 2011 г. в Ленинградском областном онкологическом диспансере и Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Паллиативный характер вмешательств был обусловлен наличием отдаленных гематогенных (n=3) или лимфогенных (n=4) метастазов, а также опухолевой инфильтрацией костных структур

боковых стенок таза (n=5). Показанием к операции были рецидивирующее интенсивное кровотечение из опухоли (n=3), наличие мочепузырно-влагалищного (n=4), влагалищно-прямокишечного (n=2) или комбинированного свища (n=2), а также интенсивный не купируемый наркотическими анальгетиками болевой синдром (n=1). Обобщенные данные об анализируемых наблюдениях представлены в таблице.

Всем пациентам была выполнена полная надлеваторная ЭМТ. После нижнесрединной лапаротомии производили мобилизацию слепой кишки, восходящего, сигмовидного и ректосигмоидного отделов толстой кишки. Выполняли диссекцию клетчатки и лимфатических коллекторов по ходу общих, наружных и внутренних подвздошных сосудов, а также из запирающий ямок от периферии к удаляемому препарату. Выделяли, лигировали и пересекали круглые и воронкотазовые связки. Визуализировали, мобилизовали и пересекали на уровне подвздошных сосудов мочеточники с обе-

их сторон, которые интубировали мочеточниковыми катетерами типа «pig tail» 9 Schr до почечных лоханок. Далее выполняли мобилизацию мочевого пузыря со стороны верхушки и боковых поверхностей. Поэтапно лигировали и пересекали верхние и нижние мочепузырные, а также маточные артерии. Затем выделяли, лигировали и пересекали нижнюю брыжеечную артерию в месте ее отхождения от аорты. Лигировали и пересекали сосуды брыжейки сигмовидной кишки и саму кишку, отступив от места ее вовлечения в опухолевый конгломерат не менее 10 см. Далее острым путем производили выделение задней и боковых стенок прямой кишки до верхушки копчика. Уретру и влагалище удаляли полностью. Прямую кишку прошивали линейным сшивающим аппаратом и пересекали на уровне анального жома. Предверие влагалища со стороны промежности герметично ушивали.

Для деривации мочи, отступив от илеоцекального угла 15–20 см, выделяли сегмент подвздошной кишки

Таблица 1

Характеристика пациентов, которым выполнены паллиативные ЭМТ по поводу РШМ

Возраст, годы	Гистологический тип опухоли	ASA	Ведущий патологический синдром	Паллиативный характер	Длительность операции, мин	Объем кровопотери, мл	Исход
48	Плоскоклеточный рак	2	Мочепузырно-влагалищный свищ	Лимфогенные метастазы	205	600	Прогрессирование
31	Недифференцированный рак	2	Кровотечение	Гематогенные метастазы	225	1500	Прогрессирование
67	Плоскоклеточный рак	3	Прямокишечно-влагалищный свищ	Лимфогенные метастазы	210	1200	Прогрессирование
51	Плоскоклеточный рак	3	Комбинированный свищ	Инфильтрация стенок таза	225	700	Прогрессирование
59	Плоскоклеточный рак	3	Мочепузырно-влагалищный свищ	Лимфогенные метастазы	230	600	Стабилизация
60	Плоскоклеточный рак	3	Прямокишечно-влагалищный свищ	Инфильтрация стенок таза	200	2200	Прогрессирование
49	Аденокарцинома	2	Кровотечение	Гематогенные метастазы	195	500	Прогрессирование
54	Плоскоклеточный рак	3	Боль	Инфильтрация стенок таза	290	1800	Прогрессирование

длиной и 10–12 см с адекватным кровоснабжением (рис. 1). По границам выбранного участка подвздошную кишку пересекали. Непрерывность тонкой кишки восстанавливали формированием анастомоза по типу «конец в конец» однорядным швом (викрил 4/0). Дефект брыжейки ушивали отдельными узловыми швами. Мочеточники анастомозировали с проксимальным торцом сегмента подвздошной кишки (рис. 2). Дистальный конец кишечного сегмента выводили на переднюю брюшную стенку в правой подвздошной области и формировали уростому. В левой подвздошной области формировали концевую колостому.

**Результаты и их обсуждение.** Средняя длительность операции 240 (195–290) мин. Медиана госпитального периода составила 17 (8–32) дней. Переливание компонентов крови потребовалось во всех случаях. Средний объем гемотрансфузии 900 мл. Анестезиологический риск по ASA (American Society of Anesthesiologists) был II у 4 больных, III – у 7, IV – у 1 пациента. Общее число послеоперационных осложнений составило 38,4%. Период наблюдения колебался от 8 дней до 28 месяцев (среднее значение 8 месяцев).

Актуральная 2-годичная выживаемость составила 15,4%, опухоль специфичная выживаемость – 20,5%. К концу периода наблюдения 2 пациента были живы с признаками стабилизации заболевания, 8 умерли от прогрессирования опухоли, 1 пациент умер вследствие развития послеоперационных осложнений и 1 –

через 2 месяца после операции от острого инфаркта миокарда. 5 пациентов жили более 6 месяцев после операции и 3 – более 12 месяцев. 2 пациента без признаков прогрессирования опухоли живы через 26 и 28 месяцев. В обоих случаях причиной паллиативного характера ЭМТ были метастатически измененные парааортальные лимфатические узлы. Обоим пациентам была выполнена парааортальная, паракавальная и межаортакавальная лимфодиссекция и проведено химиолучевое лечение.

У всех пациентов удалось добиться купирования патологических симптомов, послуживших показаниями к паллиативной ЭМТ, и значительно повысить качество их жизни. Последнюю оценивали с использованием опросника SF-36. Результаты анализа опросника представлены на рисунке 3 в виде оценок в баллах по 8 шкалам. Более высокий уровень оценки указывает на более высокий уровень качества жизни.

Местно-распространенные опухоли малого таза нередко вызывают тяжелые патологические симптомы, которые критически снижают качество жизни пациентов. К таким проявлениям заболевания можно отнести болевой синдром, кишечную и мочевую обструкцию, мочевые и каловые свищи, кровотечения и зловонные выделения из распадающейся опухоли. ЭМТ была описана и впервые применена для устранения именно таких проявлений онкогинекологических заболеваний внутритазовой локализации.

Данная категория пациентов имеет очень низкое качество жизни вследствие распространения интен-



Рис. 1. Сегмент подвздошной кишки (А), используемый для инконтинентной деривации мочи по Бриккеру. Б – однорядный межкишечный анастомоз

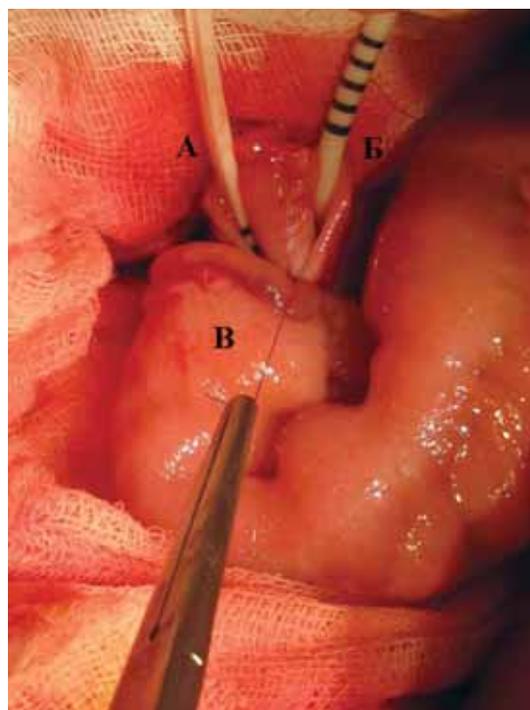


Рис. 2. Формирование анастомоза между мочеточниками (А, Б) и сегментом подвздошной кишки (В) с формированием единой площадки по Wallace

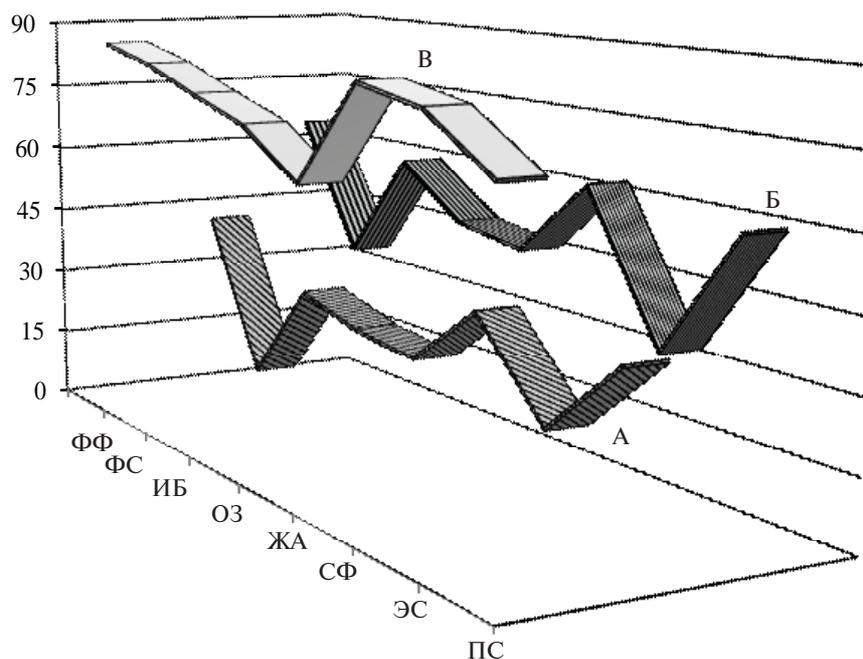


Рис. 3. Показатели качества жизни пациентов до (А) и после (Б) лечения, в сравнении с показателями здоровых женщин (В). Физическое функционирование (ФФ), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (ФС), интенсивность боли (ИБ), общее здоровье (ОЗ), жизненная активность (ЖА), социальное функционирование (СФ), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (ЭС), психическое здоровье (ПЗ)

сивно растущей опухоли по влагалищу, значительного некроза тазовых органов, вовлеченных в опухолевый конгломерат, невыносимо зловонные выделения из половых путей и неадекватность любых предпринимаемых гигиенических мероприятий. Для таких пациентов только ЭМТ может служить средством облегчения от перечисленных проблем [12].

Lambrou et al. [12] рассматривает опухолевый свищ, резистентный к терапии геморрагический лучевой цистит и (или) проктит, или неприемлемое для пациента качество жизни в качестве абсолютных показаний к выполнению паллиативной ЭМТ.

ЭМТ это масштабное хирургическое вмешательство со значительным временем оперирования, выраженной кровопотерей и длительным госпитальным периодом [2, 4, 5, 9, 10, 12, 19]. Несмотря на последние достижения в хирургической технике и периоперационном сопровождении, частота послеоперационных осложнений колеблется от 33 до 75% [5, 10, 14, 18, 19], а летальность от 2 до 14% [4, 8, 10, 12]. Данные показатели еще выше в случаях рецидивных опухолей, в особенности после проведенной ранее лучевой терапии [1, 2, 9, 10]. По этой причине показания к выполнению ЭМТ у конкретного больного должны быть тщательно индивидуально оценены, а характер и последствия вмешательства подробно обсуждены с пациентом.

Определение понятия паллиативные ЭМТ и показания к ним остается предметом дискуссий. ЭМТ обозначается

как паллиативная при наличии отдаленных висцеральных, париетальных или лимфогенных метастазов, или когда опухоль не может быть полностью удалена вследствие инфильтрации костных структур таза, или когда требуемое адъювантное лечение по каким-либо причинам не может быть проведено [2, 15, 19]. Отсутствие надежных, документально подтвержденных данных об эффективности паллиативных ЭМТ является существенной проблемой в определении отношения к ним.

Многие специалисты определяют паллиативную хирургию как инвазивную процедуру, которая облегчает симптомы болезни и повышает качество жизни больных с необязательным влиянием на общую выживаемость [3, 7, 16]. Всемирная организация здравоохранения подчеркивает, что паллиативная помощь не ускоряет и не отдаляет смерть, но предполагает освобождение от мучительных симптомов, а хирургия имеет свое место в паллиативной помощи, когда получаемый положительный результат перевешивает любые связанные с этим недостатки [21].

Хирургия представляет собой потенциально ценную форму паллиативной помощи для особо уязвимой группы пациентов. Очень важно, что пациенты не подвергаются бесполезному или даже вредному лечению, а им предлагается возможность паллиативной хирургии. В то же время пациенты с коротким ожидаемым сроком жизни и высоким операционным риском должны все же рассматриваться как кандидаты для неоперационных паллиативных процедур.

Наше определение паллиативной хирургии совпадает с мнением тех авторов, которые описывают ее как операционные или другие инвазивные процедуры, которые приводят к облегчению патологических симптомов и повышению качества жизни пациентов.

Margina et al. [14] определяет ЭМТ как паллиативную, когда опухоль распространяется на тазовые или парааортальные лимфатические узлы или латеральную стенку таза. В этом сообщении, паллиативные ЭМТ не приводили к увеличению периоперационных осложнений, но выживаемость была ниже в сравнении с пациентами, которым была выполнена лечебная ЭМТ. 5-летняя выживаемость была 27% после паллиативных вмешательств и 50% после радикальных. Stanhope и Symmonds [18] ретроспективно проанализировали свой опыт выполнения паллиативной ЭМТ у 59 больных. Авторы показали 46% 2-годичную выживаемость и 23% 5-летнюю выживаемость. Медиана выживаемости была 19 месяцев. Marnitz et al. [15] в своей работе продемонстрировал 2-годичную общую выживаемость 10,5% пациентов после паллиативной ЭМТ и 60% после радикального вмешательства.

Химиотерапия может быть альтернативой паллиативной ЭМТ. Несмотря на то, что порой достигается хороший первичный ответ на лечение, необходимо помнить, что он всегда частичный и временный. Медиана выживаемости у пациентов после паллиативной химиотерапии рецидивов РШМ после лучевой терапии варьирует от 8 до 11 месяцев [13, 20]. Но при этом лечение никак не влияет на патологические симптомы болезни и, более того, невозможно при наличии распадающихся опухолевых очагов, свищей и кровотечениями. ЭМТ же в 67–90% случаев позволяет устранить тяжелые патологические симптомы и повысить качество жизни [9, 17, 19]. Таким образом, решение о целесообразности или нецелесообразности выполнения паллиативной ЭМТ должно приниматься индивидуально в каждом конкретном случае.

В наших наблюдениях, время операции и гемотранфузионный объем были приемлемыми и сопоставимыми с данными литературы. Пациенты с лучшим общеклиническим состоянием получили контроль над патологическими симптомами и приемлемое качество жизни на период более 5 месяцев, а 2 пациента живы со стабилизацией заболевания 26 и 28 месяцев наблюдения.

Решение выполнить ЭМТ у значительной части пациентов было обусловлено наличием опухолевых свищей, у которых лишь симптоматическая деривация является альтернативой. Окончательное решение принималось после подробного обсуждения с пациентом перспектив его лечения.

Желание помочь является основным моральным импульсом в медицине. Тем не менее он может быть скомпрометирован случаями от избыточного и бесполезного лечения. Паллиативная онкологическая хирургия это та область, где желание помочь должно быть сбалансировано этическими принципами. Паллиативная хирургия у онкологических больных не должна предлагаться для удовлетворения эмоциональных,

экзистенциальных или психологических потребностей больных, чтобы они не чувствовали себя брошенными или теряли последнюю надежду [21]. Обеспечение пациентов полной и точной информацией, не разрушая при этом их надежды, является одной из наиболее сложных моральных дилемм и эмоциональных проблем в паллиативной онкохирургии [3, 7].

**Заключение.** Паллиативная ЭМТ является хирургическим вмешательством со значительными показателями частоты послеоперационных осложнений и летальности. В паллиативном режиме она может быть применима лишь к тщательно отобраннным пациентам для купирования выраженных патологических проявлений болезни и с целью повысить их качество жизни. Для объективизации роли ЭМТ в устранении тяжелых симптомов, обусловленных местнораспространенными нерезектабельными опухолями малого таза, необходимо проведение проспективных исследований данного хирургического подхода по сравнению с альтернативными паллиативными и симптоматическими технологиями (химиотерапия, повторное облучение, системная и регионарная анестезия, формирование коло- и нефростом).

#### Литература

1. Бондарь, Г.В. Хирургическое лечение рака культи шейки матки / Г.В. Бондарь, Д.А. Шкабрун, О.Л. Шумило // *Вопр. онкологии.* – 1996. – Т. 36, № 11. – С. 1361–1365.
2. Бохман, Я.В. Руководство по онкогинекологии / Я.В. Бохман. – СПб.: Фолиант, 2002. – 542 с.
3. Вагнер, Р.И. Паллиативная хирургия в комплексном лечении онкологических больных / Р.И. Вагнер // *Тез. докл. III Рос. онколог. конф.* – СПб. – 1999. – С. 38.
4. Давыдов, М.И. Циторедуктивное лечение при местнораспространенном раке женской репродуктивной системы с вовлечением прямой кишки / М.И. Давыдов [и др.] // *Коллопроктология.* – 2002. – № 2. – С. 9–11.
5. Berek, J.S. Pelvic exenteration for recurrent gynaecologic malignancy: survival and morbidity analysis of the 45-year experience at UCLA / J.S. Berek [et al.] // *Gynecol. oncol.* – 2005. – Vol. 99. – P. 1539.
6. Brunschwig, A. Complete excision of pelvic viscera for advanced carcinoma / A. Brunschwig // *Cancer.* – 1948. – Vol. 1. – P. 177–183.
7. Dunn, G.P. Surgical palliation in advanced disease: recent developments / G.P. Dunn // *Curr. oncol. rep.* – 2002. – Vol. 4. – P. 233–241.
8. Easson, A. Successful surgical palliation: how do we define it, and how do we measure it? / A. Easson // *Am. coll. surg.* – 2005. – Vol. 200. – P. 117–120.
9. Hockel, M. Pelvic exenteration for gynaecological tumours: achievements and unanswered questions / M. Hockel [et al.] // *Lancet oncol.* – 2006. – Vol. 7. – P. 837–847.
10. Houvenaeghel, G. Major complications of urinary diversion after pelvic exenteration for gynecologic malignancies: a 23-year mono-institutional experience in 124 patients / G. Houvenaeghel [et al.] // *Gynecol. oncol.* – 2004. – Vol. 92. – P. 680–683.
11. Hofmann, B. Ethics of palliative surgery in patients with cancer / B. Hofmann [et al.] // *Br. j. surg.* – 2005. – Vol. 92. – P. 802–809.
12. Lambrou, N.C. Pelvic exenteration of gynecologic malignancy: indications, and technical and reconstructive considerations / N.C. Lambrou [et al.] // *Surg. oncol. clin. N. Am.* – 2005. – Vol. 14. – P. 289–300.
13. Long, H.J. Randomized phase III trial of cisplatin with or without

- topotecan in carcinoma of the uterine cervix: a Gynecologic Oncology Group study / H.J. Long [et al.] // J. clin. oncol. – 2005. – Vol. 23. – P. 4626–4633.
14. Magrina, J.F. Pelvic exenterations: supralelevator, infralevator, and with vulvectomy / J.F. Magrina [et al.] // Gynecol. oncol. – 1997. – Vol. 64. – P. 130–135.
  15. Marnitz, S. Indications for primary and secondary exenterations in patients with cervical cancer / S. Marnitz [et al.] // Gynecol. oncol. – 2006. – Vol. 103. – P. 1023–1030.
  16. Miner, T.J. Decision making on surgical palliation based on patient outcome data / T.J. Miner [et al.] // Am. j. surg. – 1999. – Vol. 177. – P. 150–154.
  17. Moore, D.H. Phase III study of cisplatin with or without paclitaxel in stage IVB, recurrent, or persistent squamous cell carcinoma of the cervix: a Gynecologic Oncology Group study / D.H. Moore [et al.] // J. clin. oncol. – 2004. – Vol. 22. – P. 3113–3119.
  18. Saunders, N. Pelvic exenteration: by whom and for whom? / N. Saunders // Lancet. – 1995. – Vol. 345. – P. 5–6.
  19. Stanhope, C.R. Palliative exenteration – what, when, and why? / C.R. Stanhope [et al.] // Am. j. obstet. gynecol. – 1985. – Vol. 152. – P. 12–16.
  20. Tambaro, R. The role of chemotherapy in locally advanced, metastatic and recurrent cervical cancer / R. Tambaro [et al.] // Crit. rev. oncol. hematol. – 2004. – Vol. 52. – P. 33–44
  21. World health organization (WHO) (1990) // Analgesic ladder, clinical practice guideline. – № 9. – P. 41–45.

I.P. Kostyuk, A.Yu. Shestaev, K.G. Shostka, S.S. Krestyaninov, L.A. Vasilev, A.N. Pavlenko, E.V. Fokina

### **Palliative pelvic evisceration in the surgical treatment of locally advanced and recurrent cervical cancer**

**Abstract.** A retrospective analysis was carried out in 12 patients with locally advanced and recurrent cervical cancer, who underwent palliative pelvic evisceration. The procedure was considered palliative because of distant metastatic disease or unresectable pelvic wall disease. Patients presented with bleeding ( $n=3$ ), fistula ( $n=8$ ), or untreatable pain ( $n=1$ ). Overall complication rate was 38,4%. Mean follow-up time was 8 months. Actuarial 2 years overall survival was 15,4%. 5 patients survived more than 6 months and 3 more than 12 months. All achieved symptoms control and favorable impact in quality of life. Two patients are with stable disease after 26 and 28 months.

Palliative evisceration is a procedure with high morbidity and mortality rates and should only be offered to highly selected patients. The role of exenterative surgery in relieving severe symptoms in patients with incurable disease is yet to be established. But modern technologies reduce the postoperative mortality, achieve control of pathological symptoms and improve quality of life for patients. Pelvic evisceration can be performed with palliative.

**Key words:** gynecologic malignancies, pelvic evisceration, fistula, cervical cancer, recurrence, palliative surgery, urinary diversion, quality of life.

Контактный телефон: 8-921-943-07-75; e-mail: dr.igor.kostyuk@gmail.com