



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

5 (67) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

5 (67)

2024

Май

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 618.146-006-089.87

ЭКЗЕНТРАЦИЯ МАЛОГО ТАЗА У БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ, КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ

²Сабилова С.А. <https://orcid.org/0009-0003-0300-6387>

Хахимов Г.А.^{1,2}, Хакимова Г. Г.^{1,2}, Таиметов М.Н.^{1,2}, Жуманиёзов Х.И.^{1,2},
Салохиддинов Х.А.^{1,2}, Талипов О.А.^{1,2}

¹ Ташкентский педиатрический медицинский институт, 100140, Узбекистан Ташкент, ул. Богишамол, 223, тел: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

² Ташкентский городской филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, 100140, Ташкент, ул. Богистон- 1.

✓ Резюме

Несмотря на имеющиеся достижения при выполнении экзентераций малого таза (ЭМТ) в мировой онкологической практике, она до сих пор остается дискуссионным объектом практикующих хирургов-онкологов. Основными причинами ее непопулярности являются техническая сложность, высокая частота интра- и послеоперационных осложнений (60%), высокая послеоперационная летальность (30%), проблемы послеоперационной реабилитации больных.

Цель. Оценить отдаленные результаты экзентерации малого таза у больных местно-распространенным рецидивирующим раком шейки матки.

Материалы и методы. С сентября 2021 по декабрь 2022 г. выполнено 23 ЭМТ, из которых тотальных 12 и передних – 11. Средний возраст пациенток составил 52,2±10,0 года, диапазон – от 39 до 83 лет. У всех пациенток процесс признан местно-распространенным, осложненным рецидивным раком шейки матки. По классификации TNM II стадия – 7 (30%), III стадия – 8 (35%), IV стадия – 8 (35%) пациенток. Гистологически рак шейки матки представлен умеренно-дифференцированной плоскоклеточной карциномой. ЭМТ предшествовали следующие виды лечения: 17 (74%) – неоадъювантная химиотерапия, 4 (17%) – хирургическое лечение, 2 (9%) – химиолучевая терапия. У более 1/2 (56%) пациенток достигнут лечебный патоморфоз 2-й степени. Процесс признан распространенным с инвазией в следующие соседние органы: мочевого пузыря – 16 (70%), кишечник – 13 (56%), эндометрий – 7 (30%), миометрий и параметрий – у 4 пациентов (17%), маточную трубу, влагалище, яичник – у 2 (9%) пациенток.

Результаты. Среднее время наблюдения за больными составило 9,4±8,8 мес. Медиана времени до прогрессирования – 8,7 мес [5,9; 10,8]. За период наблюдения умерли 78,3% (18/23) больных. Прогрессирование зарегистрировано у 39,1% (9/23) больных. 1-летняя общая выживаемость пациентов составила 38,7% (медиана – 8,9 мес). 1-летняя опухолевая специфическая выживаемость составила 60,6% (медиана – 14,1 мес). 1- и 3-летняя выживаемость без прогрессирования (ВБП) составила 63,0% и 49,0% (медиана – 13,4 мес) соответственно.

Заключение. За период наблюдения в группе передней ЭМТ смерть наступила в 54,6% (12/23) случаев, в группе тотальной – 25% (6/23). Медиана общей выживаемости при передней ЭМТ в 2 раза выше в сравнении с тотальной ЭМТ (9,6 мес против 4,1 мес). Медиана ВБП составила 13,4 мес. Для пациентов после передней и тотальной экзентерации органов малого таза 1-летняя ВБП составила 51,9% и 72,9%; 3-летняя ВБП – 25,9% и 72,9% (p=0,178) соответственно. Таким образом, ЭМТ является оправданной и значительно расширяет возможности хирургического лечения.

Ключевые слова: рак шейки матки, экзентерация малого таза, общая выживаемость, выживаемость без прогрессирования.

PELVIC EXENTERATION IN PATIENTS WITH CERVICAL CANCER, CLINICAL EXPERIENCE

²Sabirova S.A. <https://orcid.org/0009-0003-0300-6387>
Khakimov G.A.^{1,2}, Khakimova G.G.^{1,2}, Tashmetov M.N.^{1,2},
Jumaniyozov H.I.^{1,2}, Salohiddinov H.A.^{1,2}, Talipov O.A.^{1,2}

¹ Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan 100140, Tashkent, 223 Bogishamol St, tel: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

² Tashkent city branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology, Tashkent, Uzbekistan;

✓ Resume

Despite the progress in pelvic exenteration (PE) technique in international oncological practice, it is still debatable for cancer surgeons. The main reasons for its unpopularity are technical complexity, high rate of intra- and postoperative complications (60%), high postoperative mortality (30%), and challenging postoperative rehabilitation of patients.

Aim. To evaluate long-term outcomes after pelvic exenteration in patients with locally advanced recurrent cervical cancer.

Materials and methods. From September 2021 to December 2022, 23 PE were performed, including 12 total and 11 anterior. The mean age was 52.2±10.0 years (range 39-83 years). All patients were diagnosed with locally advanced recurrent cervical cancer: 7 (30%) with stage II, 8 (35%) with stage III, and 8 (35%) with stage IV according to the TNM classification. Histologically, cervical cancer was represented by moderately differentiated squamous cell carcinoma. PE was preceded by the following treatments: neoadjuvant chemotherapy in 17 (74%) patients, surgical treatment in 4 (17%) patients and chemoradiotherapy in 2 (9%) patients. More than half (56%) of patients achieved grade 2 therapeutic pathomorphism. The advanced disease involved the following adjacent organs: bladder - 16 (70%), intestines - 13 (56%), endometrium - 7 (30%), myometrium and parametrium - 4 (17%), fallopian tubes, vagina, and ovary - 2 (9%).

Results. The average follow-up time for patients was 9.4±8.8 months. Median time to progression – 8.7 months [5.9; 10.8]. During the observation period, 78.3% (18/23) of patients died. Progression was recorded in 39.1% (9/23) of patients. The 1-year overall survival of patients was 38.7% (median 8.9 months). The 1-year tumor-specific survival rate was 60.6% (median 14.1 months). The 1- and 3-year progression-free survival (PFS) rates were 63.0% and 49.0% (median, 13.4 months), respectively.

Conclusion. During the observation period, death occurred in 54.6% (12/23) of cases in the anterior PE group, and in 25% (6/23) in the total group. The median overall survival with anterior PE is 2 times higher compared to total PE (9.6 months versus 4.1 months). Median PFS was 13.4 months. For patients after anterior and total pelvic exenteration, 1-year PFS was 51.9±17.6 and 72.9±13.5; 3-year – 25.9±15.7 and 72.9±13.5 ($p=0.178$), respectively. Thus, PE is justified and significantly expands the possibilities of surgical treatment.

Keywords: cervical cancer, pelvic exenteration, overall survival, progression-free survival

Актуальность

Рак шейки матки (РШМ) является 4-м наиболее часто встречающимся раком у женщин и 7-м наиболее распространенным раком в целом. По данным GLOBOCAN, в 2020 г. зарегистрировано более 604 тыс. новых случаев РШМ (3,1%) и более 544 тыс. (3,4%) случаев летального исхода [1]. РШМ занимает 5-е место в структуре женской онкопатологии в России, доля РШМ составляет 5,2% среди всех онкологических заболеваний. В России в 2018 г. от РШМ умерли 6392 женщины, и смертность от этого заболевания ежегодно растет. За последние годы отмечается увеличение показателя смертности среди женщин в возрасте от 35 до 59 лет, т.е. в возрасте наибольшей социальной активности [2]. Термин «экзентерация (эвисцерация)» происходит от лат. exenterare и греч. evisceration, что в переводе означает «извлекать внутренности, потрошить». Экзентерация (эвисцерация) малого таза показана больным с местно-распространенными опухолями органов малого таза и подразумевает удаление органов малого

таза с окружающей клетчаткой, тканями промежности (при раке наружных половых органов или распространении опухоли на ткани промежности), регионарными лимфатическими узлами [3]. Впервые модель экзентерации малого таза (ЭМТ) разработана американским хирургом E. Bricker в 1940 г. [4–6]. В зависимости от объема удаляемых тканей различают тотальную, переднюю и заднюю экзентерацию таза. Показаниями к тотальной экзентерации таза при местно-распространенном РШМ является распространение опухолевого процесса на тело матки, верхнюю треть влагалища, мочевого пузыря, прямую кишку и промежность; рак вульвы с прорастанием анального кольца; рак влагалища (до нижней трети) с инфильтрацией мочевого пузыря и прямой кишки [7, 8]. Передняя экзентерация выполняется при распространении РШМ на тело матки, мочевого пузыря и влагалища, задняя при прорастании стенок прямой кишки. Также в зависимости от радикализма ЭМТ могут быть радикальными (R0), когда опухоль отсутствует в крае отсечения органов и тканей, или паллиативными (R1,R2) – в случае положительных краев резекции. Несмотря на совершенствование методов диагностики злокачественных опухолей органов малого таза, приблизительно у 40% больных болезнь выявляется в запущенных стадиях [9]. Опухолевой процесс преимущественно имеет местно-распространенный характер, который обладает низким процентом метастазирования, причем у 30% неизлечившихся пациенток до конца жизни не выходит за пределы малого таза [10]. Следовательно, лечение больных с местно-распространенными опухолями малого таза, в том числе и РШМ, включая рецидивный, остается во многом нерешенной проблемой [11]. В работе изучены литературные данные авторов ближнего и дальнего зарубежья по данной теме, исторические данные, показания и противопоказания к операции, осложнения и выживаемость больных РШМ после ЭМТ. Таким образом, ЭМТ отличается технической сложностью и трудоемкостью, а по своему воздействию на организм пациента представляется очень травматичной операцией, в связи с чем заслуженно относится к категории «сверхагрессивных» хирургических вмешательств. Ее выполнение сопряжено с высоким риском развития осложнений и летальности и является серьезным испытанием как для организма пациента, так и для профессионализма хирургов [12].

Цель – оценить отдаленные результаты экзентерации малого таза у больных местно-распространенным рецидивирующим раком шейки матки.

Материалы и методы

С сентября 2021 по декабрь 2022 г. в клинике Nano Medical Clinic выполнено 23 ЭМТ, из которых тотальных – 12 и передних – 11. Средний возраст пациенток составил $52,2 \pm 10,0$ года, диапазон – от 39 до 83 лет. У всех пациенток процесс признан местно-распространенным, осложненным, рецидивным РШМ (табл. 1)

Все больные проходили тщательное обследование, основными задачами которого являлось определение распространенности опухолевого процесса, функциональных резервов организма, «анатомической» и «физиологической» резектабельности опухоли. Помимо лабораторно-инструментальных методов, входящих в стандарт обследования перед плановой операцией, диагностическая программа также включала ультразвуковое исследование и магнитно-резонансную томографию (МРТ) брюшной полости, МРТ малого таза, контрастную урографию. Прорастание опухоли в кости малого таза или подвздошные сосуды рассматривали как ограничивающий фактор, что не являлось абсолютным противопоказанием. Наличие регионарных метастазов не являлось причиной отказа от операции, поскольку всем пациенткам после удаления комплекса тазовых органов выполняли двустороннюю аортоподвздошную и тазовообтураторную лимфодиссекцию. Гистологически у 23 пациенток подтвержден плоскоклеточный РШМ. Средняя продолжительность операции составила $303,7 \pm 53,6$ мин (от 210 до 390 мин). Для передней и тотальной ЭМТ составила $273,6 \pm 49,9$ мин и $331,3 \pm 42,0$ мин ($p=0,007$), соответственно. Средний объем кровопотери – $1947,8 \pm 1467,8$ мл (от 600 до 6500 мл). Для передней и тотальной ЭМТ – $1718,2 \pm 1860,0$ мл и $2158,3 \pm 1030,9$ мл. Среднее количество исследованных лимфатических узлов – $16,9 \pm 9,2$; для передней и тотальной ЭМТ составив $20,4 \pm 7,3$ и $13,6 \pm 10,0$ соответственно. R0 резекции удалось выполнить в 17 (85%) случаях, наличие микроскопических очагов опухолевого роста по латеральному краю резекции выявлено у 3 (15%) пациенток (R1). Всем пациенткам накануне операции устанавливали двустороннюю

перкутантную нефростому под контролем рентген-телевидения. При тотальной ЭМТ (n=12) всем пациенткам сформирована колостома в левой подвздошной области.

Таблица 1. Характеристика больных РШМ
Table 1. Characteristics of patients with cervical cancer

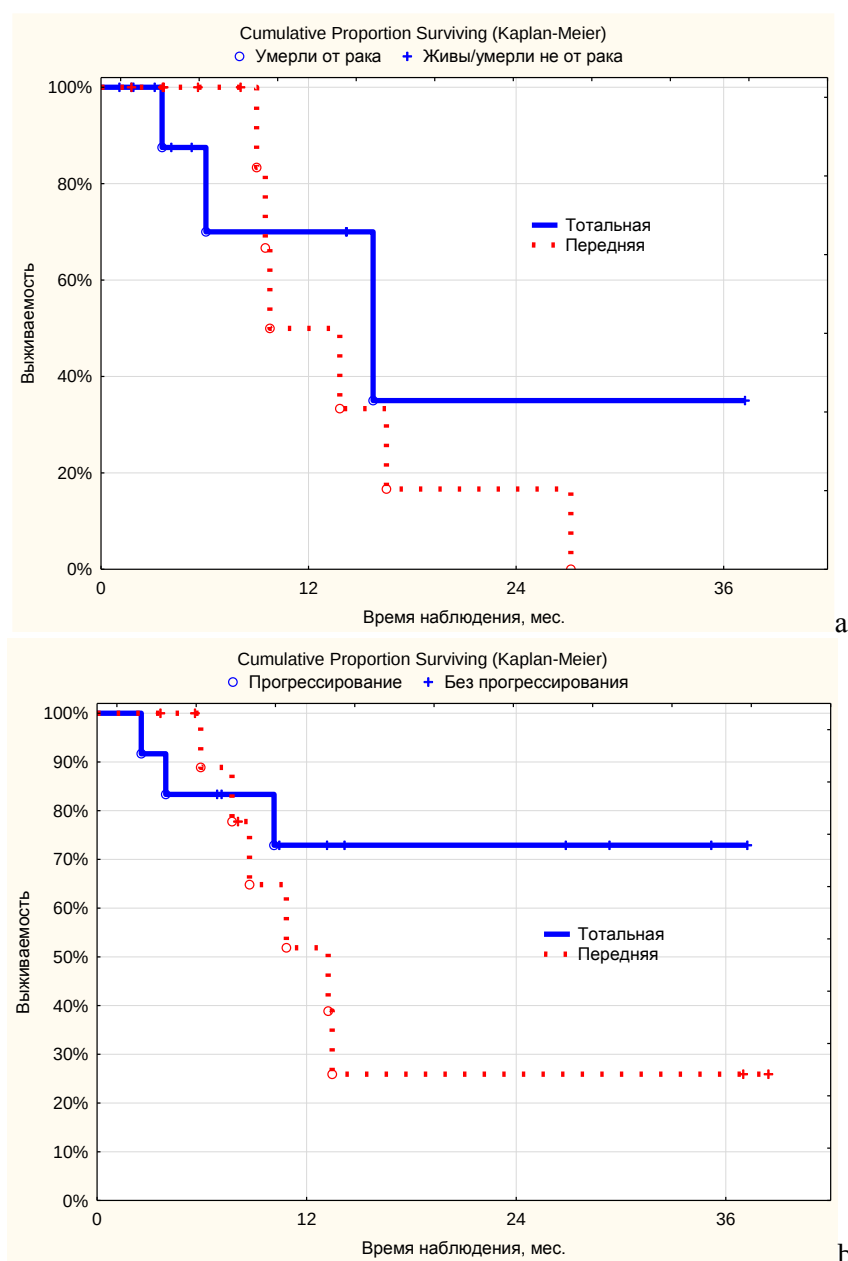
№	Параметр, %	Значение, абс. (%)
1.	Возрастная группа:	
	– до 45 лет	8 (35)
	– 46–60 лет	12 (52)
	– старше 60 лет	3 (13)
2.	Стадия заболевания	
	– II	7 (30)
	– III	8 (35)
	– IV	8 (35)
3.	Категория Т	
	– Т2b	7 (30)
	– Т3a	5 (22)
	– Т3b	3 (13)
	– Т4 (%)	8 (35)
4.	Категория N	
	– Nx	7 (30)
	– N0	5 (22)
	– N1	10 (44)
	– N2	1 (4)
5.	Категория M	
	– M0	23 (100)
6.	Степень дифференцировки (G)	
	– G1	2 (9)
	– G2	15 (65)
	– G3	6 (26)
7.	Первичное лечение	
	– Хирургическое лечение	4 (17)
	– Неоадьювантная химиотерапия	17 (74)
	– Неоадьювант ХЛТ	2 (9)
8.	ЭМТ	
	Передняя	11 (48)
	Тотальная	12 (52)
9.	Лечебный патоморфоз	
	– 1-й степени	7 (30)
	– 2-й степени	13 (56)
	– 3-й степени (%)	3 (14)
10.	Инвазия	
	Эндометрий	7 (30)
	Миометрий	4 (17)
	Параметрий	4 (17)
	Мочевой пузырь	16 (70)
	Маточная труба	2 (9)
	Влагалище	2 (9)
	Яичник	2 (9)
	Кишечник	13 (56)

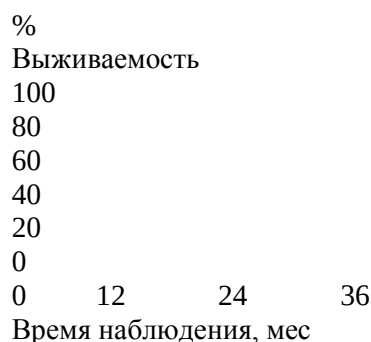
Среднее время наблюдения за больными составило 9,4±8,8, для передней и тотальной ЭМТ составив 9,9±7,2 и 9,0±10,3 соответственно. Медиана времени до прогрессирования для пациенток

местно-распространенным, рецидивирующим РШМ составляет 8,7 мес.[5,9;10,8]. Для пациенток после передней и тотальной ЭМТ - 9,8 [7,7;13,2] мес. и 3,9 [2,5;10,1]мес., соответственно. За период наблюдения умерли 78,3% (18/23) больных, в том числе 72,7% (8/23) в группе передней ЭМТ и 83,3% (10/23) – в группе тотальной ЭМТ. Прогрессирование зарегистрировано у 39,1% (9/23) больных составив 54,6% (12/23) для пациенток после передней ЭМТ и 25% (6/23) после тотальной ЭМТ. Общая 1-летняя выживаемость составила $38,7 \pm 10,9$ % (медиана - 8,9 мес.), для передней ЭМТ - $40,9 \pm 17,7$ % (медиана - 9,6 мес.), для тотальной ЭМТ – $33,3 \pm 13,6$ % (медиана - 4,1 мес.). 1-летняя опухоль – специфическая выживаемость составила $60,6 \pm 14,0$ % (медиана - 14,1 мес.), для передней ЭМТ - $50,0 \pm 20,4$ % (медиана - 9,8 мес.), для тотальной ЭМТ – $70,0 \pm 18,2$ % (медиана - 14,1 мес.) ($p=0,421$) (рис 1а). 1-летняя и 3-летняя выживаемость без прогрессирования (ВБП) составила $63,0 \pm 11,4$ % и $49,0 \pm 12,4$ % (медиана - 13,4мес.), соответственно. Для пациентов после передней и тотальной экзентрации органов малого таза 1-летняя ВБП составила $51,9 \pm 17,6$ % и $72,9 \pm 13,5$ %; 3-летняя - $25,9 \pm 15,7$ % и $72,9 \pm 13,5$ %, ($p=0,178$) соответственно (рис.1б).

Рис. 1. Показатели выживаемости больных РШМ: а – опухоль-специфическая выживаемость; б – ВБП.

Fig. 1. Survival rates in cervical cancer patients: a — tumor-specific survival; b — PFS.

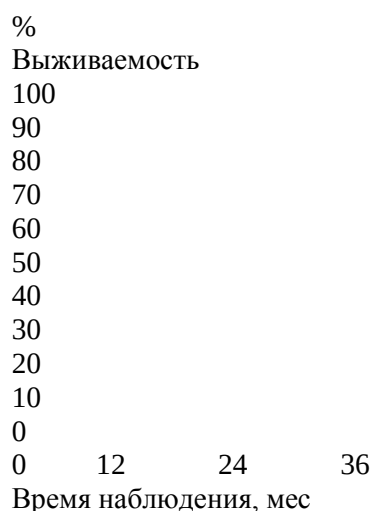




Cumulative Proportion Surviving (Kaplan–Meier)

Умерли от рака Живы/умерли не от рака

Тотальная
Передняя



Cumulative Proportion Surviving (Kaplan–Meier)

Прогрессирование Без прогрессирования

Тотальная
Передняя

Выполнение ЭМТ при запущенных рецидивных опухолях РШМ позволяет рассчитывать на радикальное удаление опухоли и, как следствие, на длительное излечение этой крайне тяжелой группы больных.

Результат и обсуждение

В последние годы ЭМТ является развивающимся направлением и прочно вошла в арсенал многих онкологических учреждений во всем мире. Но до сих пор сохраняется мнение о ЭМТ как о калечащей операции с потенциально низкой выживаемостью [13].

В 3 случаях во время тотальной ЭМТ при местно-распространенных, осложненных и рецидивных формах РШМ, когда перифокальная опухолевая инфильтрация оказалась интимно спаяна с тазовой брюшиной, в проекции крестца во время мобилизации и удаления органокомплекса отмечено профузное кровотечение из венозного сплетения таза. Объем кровопотери составил до 2500 мл. Кровотечение остановлено путем ушивания кровоточащих участков сплетения атравматическими сосудистыми швами. При невозможности остановки кровотечения путем ушивания окончательная остановка кровотечения достигнута клипированием с помощью танталовых кровоостанавливающих кнопок. С целью профилактики

гнойно-септических осложнений всем пациенткам взят бактериальный посев из отделяемого свищевых ходов для рациональной антибактериальной терапии в послеоперационном периоде. Всем больным с целью профилактики аррозивного кровотечения из оголенных подвздошных сосудов после диссекции выполнено их укрытие мобилизованным большим сальником на всем протяжении. С целью профилактики кишечной непроходимости петли тонкой кишки к концу операции укладывали согласно анатомической локализации и окутывали мобилизованным большим сальником с сохранением сосудов. Края большого сальника фиксировали атравматическими швами на уровне пограничной линии таза, а по бокам большой сальник фиксировали к париетальной брюшине боковых каналов брюшной полости. Необходимо отметить, что существенно уменьшить объем интраоперационной кровопотери удавалось благодаря двусторонней перевязке внутренних подвздошных артерий у места развилки подвздошных сосудов, производимой перед удалением комплекса тазовых органов. При невозможности этого технического приема из-за массивного опухолевого процесса на абдоминальный сегмент брюшной аорты накладывали большой аортальный сосудистый зажим. Послеоперационный период у 5 пациенток после тотальной ЭМТ осложнился развитием апостематозного пиелонефрита. Среднее время пребывания больных в стационаре составило 21 день (от 17 до 30 дней). Статистика выживаемости больных после ЭМТ, безусловно, является одним из важнейших критериев эффективности данного вида лечения, однако ее показатели, приводимые в различных обзорах, достаточно вариabельны. В 1965 г. А. Brunschwig [14] опубликовал результаты ЭМТ у 430 пациентов. Это до сих пор остается самым большим опытом одного специалиста. Общая 5-летняя выживаемость составила 21%. В последние десятилетия, несмотря на тенденцию концентрации онкологических больных в специализированных центрах, никто из авторов не может поделиться сопоставимыми результатами, как у М. Fleisch и соавт. [15]. Им представлены результаты 203 ЭМТ, выполненных по поводу различных онкологических заболеваний за более чем 20-летний период (1983–2002 гг.). В зависимости от вида ЭМТ передняя выполнена у 91 больного, задняя – у 45 больных и тотальная – у 67 больных; 53% больным проведена предоперационная химиолучевая терапия (ХЛТ), 11,8% – неоадьювантная химиотерапия. Средняя продолжительность операции составила 8,1 ч. Микроскопически полная резекция достигнута у 69 пациентов. Периоперационная смертность составила 1% (n=2). Пятилетняя общая выживаемость (ОВ) с R0 и R1 резекцией составила 21% и 32% соответственно. При этом 42% пациентов с R0 резекцией без поражения лимфатических узлов, в возрасте 30–50 лет, с отсутствием инфильтрации боковой стенки таза прожили 5 лет и дольше. В исследовании V. Lago и соавт. за 6 лет выполнено 23 ЭМТ (тотальная – 15, передняя и задняя ЭМТ по 9 пациентов соответственно). ОВ и безрецидивная выживаемость через 48 мес после ЭМТ составила 41,6 и 30,8% соответственно [16]. Среди публикаций в постсоветских странах по проведению ЭМТ одна из первых работ опубликована в 2014 г. в Баку. За период с 2005 по 2009 г. 33 пациенткам с местно-распространенным РШМ выполнены комбинированные операции в радикальном (24,2%) или условно радикальном (75,8%) объеме. Медиана времени жизни в группах R0 и R1 составила 33,9 и 12,5 мес соответственно. Одногодичная, 3- и 5-летняя ОВ у радикально прооперированных пациенток составила соответственно 79,2±8,3%, 41,7±10,1% и 20,8±8,3%. В группе женщин с R1 резекцией 1-летняя выживаемость составила 55,6±16,7%, 24 мес пережила лишь одна пациентка [17]. В недавнем белорусском исследовании у 22 пациенток с рецидивирующим РШМ медиана выживаемости составила 17 мес с 5-летней выживаемостью 31,8% (SE 9,9%) [18]. Таким образом, частичная экзентерация оказалась безопасным и осуществимым вариантом для пациентов с персистирующим или рецидивирующим РШМ, у которых нет других потенциально излечивающих вариантов лечения.

Данные показатели, на наш взгляд, могут быть названы вполне удовлетворительными, особенно учитывая тот факт, что большинство пациенток оперированы по поводу рецидива опухолевого процесса, что изначально является неблагоприятным прогностическим фактором.

Показания. Показания к проведению ЭМТ до сих пор являются дискуссионной проблемой в практической онкологии. Основным показанием к ЭМТ является местно-распространенный процесс в малом тазу, как первичный, так и рецидивирующий. Эти поражения затрагивают прилегающие органы таза или соседние анатомические структуры, включая боковую стенку таза, сосудисто-нервные структуры или костные компоненты таза: крестец или лобок. Цель ЭМТ состоит в том, чтобы достичь полной резектабельности (R0), на что указывает отсутствие

атипических клеток в краях резекции и предполагает до 63% излечения [19]. Таким образом, можно перечислить следующие показания к проведению ЭМТ, которые наиболее приемлемо и обоснованно изложил Х.А. Хирш [20]:

- рецидивирующий РШМ, рак влагалища и запущенные стадии рака вульвы;
- рецидивы других злокачественных новообразований в малом тазу;
- свищи и/или обширный постлучевой фиброз в малом тазу после лучевой терапии с признаками рецидива или продолженного роста опухоли.

Противопоказания. Основным противопоказанием к ЭМТ является невозможность достижения чистых хирургических краев (R0). Паллиативный подход не продемонстрировал улучшения качества жизни, но несколько увеличил ОВ [21]. Исторически сложилось так, что триада одностороннего гидронефроза, лимфедемы нижних конечностей и боли в ноге вследствие седалищной невралгии раньше указывала на нерезектабельное заболевание боковых стенок таза. Экстраанатомические резекции в настоящее время выполняются с расширенным предоперационным планированием с использованием МРТ таза и/или компьютерных томограмм-ангиограмм или венограмм с частотой R0 66,5% [22].

Таким образом, абсолютными противопоказаниями по Х.А. Хиршу [20] являются внетазовые метастазы.

Помимо этого ЭМТ не следует предлагать пациентам, которые не являются кандидатами на адъювантную химиотерапию в обычные сроки после операции из-за ожидаемого длительного периода восстановления [22].

Клиническое значение. С середины 1900-х годов, когда смертность от ЭМТ составляла около 23%, в специализированных центрах результаты улучшились до 1–2% [22]. Наиболее важным фактором для определения долгосрочной выживаемости после ЭМТ является R0-резекция [21]. Для пациентов с запущенными первичными или рецидивирующими злокачественными новообразованиями малого таза хирургическое лечение является единственным вмешательством с возможностью излечения. У правильно отобранных пациентов резекция R0 может быть достигнута примерно у 70% пациентов [23]. В 30-летнем обзоре от 2019 г. ЭМТ чаще выполнялись при рецидиве заболевания, чем при первичной резекции опухоли [24]. В заключение хотелось бы отметить, что, несмотря на определенные успехи в лучевой терапии и химиотерапии онкологических больных, ЭМТ остается единственным эффективным методом лечения пациентов с местно-распространенными опухолями органов малого таза, включая местно-распространенный, осложненный и рецидивирующий РШМ. Несмотря на имеющиеся достижения при выполнении ЭМТ в мировой онкологической практике, она до сих пор остается объектом значительной критики и споров практикующих онкологов. Однако у больных с рецидивным местно-распространенным РШМ, когда все остальные методы лечения исчерпаны, ЭМТ является единственным способом лечения и в ряде случаев оправдана. Следует отметить, что для улучшения качества жизни столь сложной категории больных необходимо совершенствовать существующие и отработать новые пластические методы отведения мочи и кала, разработать новые методики пластических реконструкций тазового дна после ЭМТ [12].

Заключение

Таким образом, у пациенток с местно-распространенным рецидивирующим РШМ когда возможности химиотерапии и лучевой терапии исчерпаны, несмотря на высокую летальность и низкое качество жизни больных, ЭМТ является оправданной. Выполнение этой операции квалифицированными бригадами хирургов в условиях специализированных центров с учетом мультидисциплинарного подхода является залогом реализации ее положительного потенциала и значительно расширяет возможности хирургического лечения.

Раскрытие интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Disclosure of interest. The authors declare that they have no competing interests.

Вклад авторов. Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Все авторы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработка концепции статьи, получение и анализ фактических данных, написание и редактирование текста статьи, проверка и утверждение текста статьи.

Authors' contribution. The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Источник финансирования. Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

Funding source. The authors declare that there is no external funding for the exploration and analysis work.

Информированное согласие на публикацию. Пациентки подписали форму добровольного информированного согласия на публикацию медицинской информации.

Consent for publication. Written consent was obtained from the patients for publication of relevant medical information and all of accompanying images within the manuscript.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. New global cancer data. Available at: www.globocan.com. Accessed: 15.12.2022
2. Состояние онкологической помощи населению России в 2021 году. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой. М., 2022 [Sostoiianie onkologicheskoi pomoshchi naseleniiu Rossii v 2021 godu. Pod red. AD Kaprina, VV Starinskogo, AO Shakhzadovoi. Moscow, 2022 (in Russian)].
3. Петровский Б.В. Большая медицинская энциклопедия. М., 1986. Т. 27; с. 562-3 [Petrovskii BV. Bol'shaya meditsinskaya entsiklopediya. Moscow, 1986. T. 27; p. 562-3 (in Russian)].
4. Brunschwig A. Complete excision of pelvic viscera for advanced carcinoma. //Cancer. 1948;1:177-83.
5. Brunschwig, A. Pelvic exenteration combined with resection of segments of bony pelvis. //Surgery. 1969; 65(3):417-420.
6. Hugh RK. Treatment and results of recurrent cancer of corpus uteri in patients reseiving anterior and posterior total pelvic exenteration 1947-1963. //Cancer. 1968;22(5):949-55.
7. Лихтер М.С., Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И. Мультидисциплинарный подход к лечению больных колоректальным раком с вовлечением органов мочевыделительной системы. //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2012;12:34-9 [Likhther MS, Shelygin YuA, Achkasov SI. Multidisciplinary approach to the treatment of colorectal cancer, complicated by urinary tract invasion. //Pirogov Russian Journal of Surgery. 2012;12:34-9 (in Russian)].
8. Одарюк Т.С. Эвисцерация таза при местнораспространенном раке прямой кишки и с прорастанием в мочевоу пузырь. //Хирургия. 1999;7:58-63 [Odaryuk TS. Evistseratsiia taza pri mestnorasprostranennom rake priamoi kishki i s prorastaniiem v mochevoi puzyr'. //Khirurgiia. 1999;7:58-63 (in Russian)].
9. Симонов Н.Н., Гуляев А.В., Максимов С.Я., и др. Эффективность комбинированных резекций и экзентераций органов малого таза как этапа комплексного лечения распространенных злокачественных опухолей прямой кишки и женских гениталий. //Вопросы онкологии. 2000;46(2):224-8 [Simonov NN, Guliaiev AV, Maksimov SIA, et al. Effektivnost' kombinirovannykh rezektsii i ekzenteratsii organov malogo taza kak etapa kompleksnogo lecheniia rasprostranennykh zlokachestvennykh opukholei pryamoi kishki i zhenskikh genitalii. //Voprosy onkologii. 2000;46(2):224-8 (in Russian)].
10. Тимофеев Ю.М.. Тотальные эвисцерации малого таза при местно-распространенном раке прямой кишки. //Российский онкологический журнал. 2004(5):25-7 [Timofeiev IuM. Total'nyie evistseratsii malogo taza pri mestno-rasprostranennom rake pryamoi kishki. Rossiiskii onkologicheskii zhurnal. 2004(5):25-7 (in Russian)].
11. Ильин К.А., Замятин А.В. Роль эвисцерации в лечении постлучевых рецидивов рака шейки матки на современном этапе. //Онкогинекология. 2013(1):43-53 [Iliin KA, Zamiatin AV. The role of pelvic evisceration in the treatment of post-radiation cervical cancer recurrences at the present stage. Onkoginekologiia. 2013(1):43-53 (in Russian)].
12. Майстренко Н.А., Хватов А.А., Учваткин Г.В., Сазонов А.А. Экзентерация малого таза в лечении местно-распространенных опухолей. //Вестник хирургии. 2014;37-42 [Maistrenko NA, Khvatov AA, Uchvatkin GV, Sazonov AA. Exenteration of the small pelvis in treatment of local tumors. Bulletin of Surgery. 2014;173(6):37-42 (in Russian)].

13. Grimes WR, Stratton M. Pelvic Exenteration. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563269/> Accessed: 15.12.2022
14. Brunschwig A. What are the indications and results of pelvic exenteration?. //JAMA. 1965;194:274-81.
15. Fleisch MC, Pantke P, Beckmann MW, et al. Predictors for long-term survival after interdisciplinary salvage surgery for advanced or recurrent gynecologic cancers. //J Surg Oncol. 2007;95(6):476-84. DOI:10.1002/jso.20686
16. Lago V, Poveda I, Padilla-Iserte P, et al. Pelvic exenteration in gynecologic cancer: complications and oncological outcome. //Gynecol Surg. 2019;16(1). DOI:10.1186/s10397-019-1055-y
17. Алиева Г.А. Результаты экзентераций органов малого таза у больных раком шейки матки. //Медицинские новости. 2014;10:66-9 [Aliyeva GA. Result exenteration pelvic organs in patients of servix cance. Meditsinskie novosti. 2014;10:66-9 (in Russian)].
18. Matylevich OP, Schmeler KM, Polyakov SL, et al. Pelvic Exenteration in Patients with Persistent and Recurrent Cervical Cancer: A Case Series from Belarus. //IJS Oncology. 2021;6(1):1-9. DOI:10.29337/ijsonco.24
19. Brown KGM, Solomon MJ, Koh CE. Pelvic Exenteration Surgery: The Evolution of Radical Surgical Techniques for Advanced and Recurrent Pelvic Malignancy. //Dis Colon Rectum. 2017;60(7):745-54.
20. Хирш Х.А. Оперативная гинекология. /М.: ГЭОТАР Медицина, 1999; с. 656 [Khirsh KhA. Operativnaia ginekologiya. Moscow: GEOTAR Meditsina, 1999; p. 656 (in Russian)].
21. Quyn AJ, Solomon MJ, Lee PM, et al. Palliative Pelvic Exenteration: Clinical Outcomes and Quality of Life. //Dis Colon Rectum. 2016;59(11):1005-10.
22. Koh CE, Solomon MJ, Brown KG et al. The Evolution of Pelvic Exenteration Practice at a Single Center: Lessons Learned from over 500 Cases. //Dis Colon Rectum. 2017;60(6):627-35.
23. PelvExCollaborative. Pelvic Exenteration for Advanced Nonrectal Pelvic Malignancy. //Ann Surg. 2019;270(5):899-905.
24. Waters PS, Peacock O, Warrier SK, et al. Evolution of pelvic exenteration surgery- resectional trends and survival outcomes over three decades. //Eur J Surg Oncol. 2019;45(12):2325-33.

Поступила 20.04.2024

