

## ГИНЕКОЛОГИЯ

УДК 618.15-007.44

doi:10.18720/SPBPU/2/id22-256

**Андрей Николаевич Плеханов** <sup>1,2</sup>

**Фёдор Витальевич Беженарь** <sup>1</sup>

**Татьяна Алексеевна Епифанова** <sup>1</sup>

*Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения Санкт-Петербургская клиническая больница Российской академии наук* <sup>1</sup>,  
*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации* <sup>2</sup>,  
*г. Санкт-Петербург*

### **ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ЭКСТИРПАЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ В АНАМНЕЗЕ**

**Аннотация.** Стандартом хирургического лечения рака нижеампулярного отдела прямой кишки является экстралеваторная брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки.

В результате данной операции образуется обширный дефект промежности, требующий пластического закрытия. Для этого в хирургической практике, предложен ряд методик, но все они имеют свои достоинства и недостатки.

**Ключевые слова:** гинекология, онкология, пролапс тазовых органов, экстралеваторная брюшно-промежностная экстирпация, кольпоклеизи-

Andrey N. Plekhanov <sup>1,2</sup>

Fedor V. Bezhenar <sup>1</sup>

Tatiana A. Epifanova <sup>1</sup>

*Saint-Petersburg Clinical Hospital of the Russian Academy of Sciences <sup>1</sup>,  
Pavlov Saint-Petersburg State Medical University <sup>2</sup>,  
Saint-Petersburg*

## **EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF PELVIC PROLAPSE IN PATIENTS AFTER EXTRALEVATORY ABDOMINO-PERINEAL EXTIRPATIONS OF THE RECTUM**

**Abstract.** The standard of surgical treatment lower rectal cancer is extralevatory abdomino-perineal rectal extirpation. The result of this operation is a large perineum defect requiring plastic closure. For this in surgical practice, a number of techniques are proposed, but they all have their advantages and disadvantages.

**Keywords:** gynecology, oncology, pelvic prolapse, extralevatory abdominal-perineal extirpation, colpocleisis.

Рак прямой кишки — злокачественная опухоль, развивающаяся из клеток эпителия прямой кишки и локализуемая в пределах 15 см от ануса при измерении ригидным ректоскопом. Рак прямой кишки занимает лидирующие позиции по заболеваемости и смертности от злокачественных опухолей. В 2017 году в России зарегистрировано 29 918 новых случаев рака прямой кишки и умерло по этой причине 16 360 пациентов [1].

Согласно рекомендациям NCCN стандартом хирургического лечения местно-распространенного рака нижеампулярного отдела прямой кишки и рака анального канала является экстралеваторная брюшно-промежностная экстирпация (ЭлБПЭ) прямой кишки [1, 2].

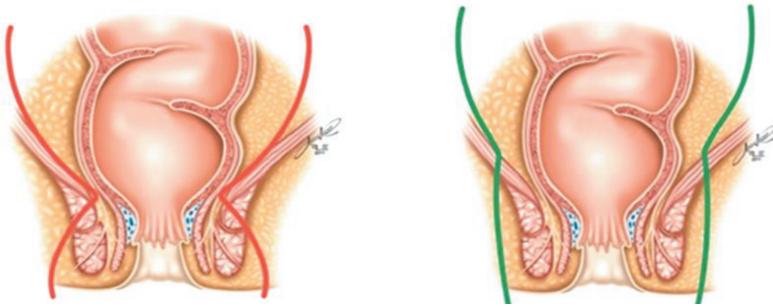
Методика ЭлБПЭ заключается в том, что при выполнении промежностного этапа операции диссекция проводится кнаружи от мышц, поднимающих задний проход, с пересечением последних у места прикрепления к костям таза (рис. 1). Препарат имеет вид цилиндра, отсюда и другое, встречающееся в литературе, название ЭлБПЭ — цилиндрическая.

В ряде исследований последних лет показано, что ЭлБПЭ позволяет улучшить онкологические результаты лечения рака прямой кишки дистальных локализаций по сравнению со стандартной БПЭ. Однако в результате экстралеваторной диссекции образуется обширный дефект промежности, требующий пластического закрытия (рис. 2) [3].

Несмотря на, казалось бы, давний срок существования проблемы, вопрос о пластике дефекта после БПЭ до сих пор открыт.

Для закрытия, образовавшегося после ЭлБПЭ дефекта промежности в хирургической практике, предложен ряд методик. К ним относятся простое ушивание кожи и подкожно-жировой клетчатки промежности, пластика тазового дна с использованием хирургических имплантатов, пластика с использованием перемещённого мышечного или кожно-мышечного лоскута. Все обсуждаемые методики закрытия дефекта тазового дна имеют свои достоинства и недостатки. Существует немного рандомизированных контролируемых исследований, которые позволили бы поставить точку в этом вопросе; проблема замещения дефекта промежностной раны до сих пор не решена [4, 5, 6].

Не менее актуальна данная проблема и для врачей-гинекологов. В процессе выполнения ЭлБПЭ затрагиваются структуры, формирующие диафрагму малого таза. И как следствие после выполнения ЭлБПЭ существует высокий риск возникновения пролапса



*Рис. 1.* Линия диссекции при стандартной БПЭ (слева) и при ЭлБПЭ (справа)



*Рис. 2.* Промежностная рана после ЭлБПЭ

тазовых органов у пациенток женского пола, что значительно влияет на качество жизни данных пациенток и требует последующего хирургического лечения.

Несмотря на то, что проблема пролапса тазовых органов развивается как следствие предшествующего хирургического лечения у онколога, в качестве осложнения в отдаленном послеоперационном периоде она ими не рассматривается. При этом данные пациентки проходят динамическое наблюдение у онколога в послеоперационном периоде, но, как правило, даже столкнувшись с пролапсом органов малого таза, у гинеколога не наблюдаются. Тем не менее, по механизму возникновения данная проблема является сугубо гинекологической и в отдаленном послеоперационном периоде пациентки должны направляться к оперирующему гинекологу. Данная проблема практически не освещена в современной медицинской литературе и задачей проводимого исследования является изучение указанной проблематики и создание алгоритма хирургического лечения с учетом особенностей течения патологии и неизбежными анатомическими изменениями у пациенток, перенёсших ЭлБПЭ в анамнезе и столкнувшихся с проблемой пролапса тазовых органов впоследствии.

За период с 2019 по 2021 годы в СПб больницу РАН обратилось несколько пациенток с проблемой пролапса тазовых органов после перенесенной БПЭ в анамнезе. С учетом возраста пациенток, наличием сопутствующей патологии, задач по сохранению половой жизни были выбраны различные тактики хирургического лечения.

В рамках изучения данной проблемы на текущий момент нами было выполнено клиническое наблюдение 3 пациенток.

### **Клиническое наблюдение № 1**

Пациентка 80 лет. В 2016г установлен диагноз: Рак прямой кишки рТ3N1cM0G2. Считает себя больной в течении года, когда появились жалобы на неустойчивый стул, повышенное газообразование, следы крови в стуле. При фиброколоноскопии выявлено образование в прямой кишке на 2 см выше ануса – гистологически верифицировано как инвазивная аденокарцинома. В июне 2016г выполнено хирургическое лечение в объеме – Лапароскопическая брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки.

В 2019 г. предъявила жалобы на ощущение инородного тела в промежности, боли в области промежности (рис. 3).

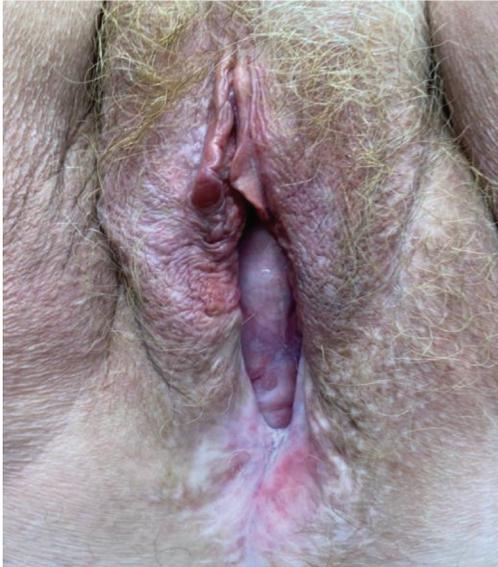
В данной ситуации показано выполнение гистерэктомии первым этапом хирургического лечения, но в связи с возрастом пациентки, отягощенным соматическим анамнезом, отсутствием анатомических ориентиров от ее проведения было решено воздержаться в связи с высоким риском интраоперационного повреждения смежных органов. Так же при осмотре обращало на себя внимание большое количество грануляций по задней стенке влагалища, поскольку количество мягких тканей над надкостницей костей таза после предшествующей операцией было минимальным и кровоснабжение этих тканей практически отсутствовало. В течении 3 месяцев перед операцией пациентке проводилась местная терапия стимуляторами регенерации тканей, но полного заживления грануляций добиться не удалось. В связи с этим было решено воздержаться от установки сетчатого импланта, так как риск эрозирования сетчатого импланта в данной ситуации крайне высок. Так же в предоперационном периоде пациентке выполнено УЗИ малого таза с целью исключения патологии



*Рис. 3.* Состояние пациентки до операции

эндометрия. Учитывая вышеперечисленные факторы с целью коррекции пролапса решено выполнить пластику собственными тканями, а затем кольпоклеизис по типу модифицированной нами операции Ле Фор.

В результате операции был достигнут желаемый клинический эффект (рис. 4).



*Рис. 4.* Спустя 9 месяцев после выполнения хирургического лечения

### **Клиническое наблюдение № 2**

Пациентка 55 лет. В 2017г установлен диагноз Рак прямой кишки T2N0M0. В 2017г выполнено хирургическое лечение в объеме – Лапароскопическая брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки с формированием сигмостомы.

Послеоперационный период осложнен формированием под-кожного паропроктита, нагноением раны промежности. Далее сформировался промежностно-влагалищный свищ.

В 2019 г. предъявила жалобы на ощущение инородного тела в промежности, боли в области промежности (рис.5).

В данном клиническом наблюдении отмечается похожая ситуация. Аналогично имеется большое количество плохо заживающих грануляций по задней стенке влагалища. В предоперационном периоде проведен 3 месячный курс эстрогенами местного действия со слабым положительным эффектом.



*Рис. 5.* Состояние пациентки до операции



*Рис. 6.* Зона операции на 7 сутки послеоперационного периода

Выбрана схожая хирургическая тактика, но, учитывая отсутствие соматической патологии, наличие анатомических ориентиров, первым этапом хирургического лечения была выполнена гистерэктомия, далее, после ушивания брюшной полости кيسетным швом, по методике, сходной с первым клиническим наблюдением, выполнен кольпоклеязис.

При проведении этапа гистерэктомии при хорошей визуализации анатомических структур целесообразно использование электрохирургических инструментов. Использование электрохирургических инструментов при проведении влагалищной гистерэктомии имеет ряд неоспоримых преимуществ перед традиционным лигированием, а именно снижение уровня послеоперационной боли, уменьшение интраоперационной кровопотери, снижение времени проведения операции по сравнению с

традиционными методами хирургии [7].

В результате операции был достигнут желаемый клинический эффект (рис. 6).

### **Клиническое наблюдение № 3**

Подобное заболевание нередко встречается у женщин молодого возраста, которые ставят перед хирургом задачу восстановления возможности вести половую жизнь.

Пациентка 36 лет. В 2015г. установлен диагноз: Рак анального канала cT4N1M0/урT4N0M0. В 2016г. проведено 2 цикла полихимиотерапии с химиолучевой терапией.

Далее диагностировано прогрессирующее опухоль, осложненное влагалищно-прямокишечным свищом.

В сентябре 2017г. выполнена комбинированная брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки с резекцией задней стенки влагалища. Пластика задней стенки влагалища VRAM-лоскутом.

Пациентка при первичной консультации предъявляла жалобы на ощущение инородного тела в промежности, дискомфорт при половом акте. Как и в вышеописанных случаях на задней стенке влагалища имеется большое количество грануляций, однако в данном случае это не является препятствием для проведения пластической операции с использованием сетчатого имплантата, т. к. требуется пластика дефекта (цистоцеле) только в области передней стенки влагалища, где сохранена влагалищная фасция (рис. 7).

Учитывая молодой возраст пациентки, желание жить половой жизнью, отсутствие сопутствующей патологии в данном случае было решено выполнять пластику с использованием сетчатого имплантата VYPRO. Спустя 4 месяца (рис. 21) по желанию пациентки был проведен второй этап хирургического лечения, который



Рис. 7. Состояние пациентки до операции



Рис. 8. Один месяц после второго этапа хирургического лечения

заклучался в пластике задней стенки влагалища с целью увеличения глубины влагалища и уменьшения размеров преддверия влагалища.

Результатом операции на момент 1 месяца послеоперационного периода удовлетворена. Находится под наблюдением оперирующего хирурга (рис. 8).

### Обсуждение

Несмотря на наш небольшой опыт хирургического лечения таких пациентов уже можно сделать выводы о том, что на данный момент не существует единого универсального подхода к выбору тактики хирургического лечения данных больных. В каждом конкретном случае необходимо продуманно выбирать тактику хирургического лечения, отталкиваясь от различных факторов, таких как объем ранее перенесенной операции, возраст больной, наличие сопутствующей соматической патологии, желание жить половой жизнью, так же стоит учитывать риски развития эрозии сетчатого имплантата и других возможных осложнений, связанных с его установкой. Следует отметить хорошие результаты лечения без использования сетчатых имплантатов.

Стоит обратить внимание на вопрос необходимости выполнения таким пациенткам гистерэктомии. Предпочтительным является ее выполнение (в случаях, когда методом выбора является модифицированная операция Ле Фора), но при невозможности проведения гистерэктомии в связи с высокими рисками для пациентки, связанными с отсутствием анатомических ориентиров, высокими рисками ранения смежных органов, возрастом больной, а также наличием сопутствующей соматической патологии возможно выполнение хирургического лечения и с сохранением матки. В последующем такие пациентки требуют дальнейшего динамического наблюдения гинеколога.

### Список литературы

1. Каприн А., Старинский В., Петрова Г. Злокачественные новообразования в России (заболеваемость и смертность) // М. : ФГБУ «МНИОИ им. ПА Герцена» Минздрава России. – 2017. – Т. 250.

2. National Comprehensive Cancer Network. Rectal Cancer (Version 2.2016). 2016.

3. **Sinna R., Alharbia M., Assafa N.** et al. Management of the perineal wound after abdominoperineal resection // *J. Visc. Surg.* – 2013. – Vol. 150. – P. 326–331.

4. **Chokshi R.J., Kuhrt M.P., Arrese D., Martin E.W. Jr.** Reconstruction of total pelvic exenteration defects with rectus abdominus myocutaneous flaps versus primary closure. *Am J Surg* 2013;205(1):64–70. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2012.04.010. PMID: 22854008.

5. **West N.P., Anderin C., Holm T., Quirke P.** Multicentre experience with extralevator abdominoperineal excision for low rectal cancer // *Br. J. Surg.* – 2010. – Vol. 97. – P. 588–599.

6. **Шинкарев С.А., Латышев Ю.П., Клычева О.Н.** Способ закрытия дефекта тазового дна после экстралеваторной брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки с использованием пластины ксеноперикардальной «Кардиоплант» – 2017 г. – С. 4

7. **Плеханов А. Н., Беженарь В. Ф., Епифанова Т. А., Беженарь Ф. В.** Сравнительная характеристика методов гемостаза при влагалистной гистерэктомии. *Кубанский научный медицинский вестник* – Том 26, № 6 (2019) – С. 66

#### Сведения об авторах

**Плеханов Андрей Николаевич**, профессор, доктор медицинских наук, главный гинеколог Федерального государственного учреждения здравоохранения Санкт-Петербургской клинической больницы Российской академии наук, профессор кафедры акушерства, гинекологии и неонатологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург

E-mail: a\_plekhanov@mail.ru

**Беженарь Фёдор Витальевич**, врач акушер-гинеколог Федерального государственного учреждения здравоохранения Санкт-Петербургской клинической больницы Российской академии наук, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург

E-mail: fbezhenar@gmail.com

**Епифанова Татьяна Алексеевна**, кандидат медицинских наук, врач акушер-гинеколог Федерального государственного учреждения здравоохранения

Санкт-Петербургской клинической больницы Российской академии наук,  
Российская Федерация, г. Санкт-Петербург

E-mail: epifanova-tatiana@mail.ru

**Andrey N. Plekhanov**, Professor, Doctor of Sciences in Medicine, Chief gynecologist of the Saint-Petersburg Clinical Hospital of the Russian Academy of Sciences, professor of the Department of Obstetrics, Gynecology and Neonatology of the Pavlov Saint-Petersburg State Medical University, Russian Federation, Saint-Petersburg

E-mail: a\_plekhanov@mail.ru

**Fedor V. Bezhenar**, Gynecologist of the Saint-Petersburg Clinical Hospital of the Russian Academy of Sciences, Russian Federation, Saint-Petersburg

E-mail: fbezhenar@gmail.com

**Tatiana A. Epifanova**, Candidate of Sciences in Medicine, Gynecologist of the Saint-Petersburg Clinical Hospital of the Russian Academy of Sciences, Russian Federation, Saint-Petersburg

E-mail: epifanova-tatiana@mail.ru