

КОСТЮК

Игорь Петрович

**ВТОРИЧНОЕ ПОРАЖЕНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ
ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ МАЛОГО ТАЗА**

14.01.12 – онкология

14.01.23 – урология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

Москва – 2016

Работа выполнена в Московском научно-исследовательском онкологическом институте имени П.А. Герцена – филиал федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научные консультанты:

Член-корреспондент РАН,
доктор медицинских наук, профессор
Доктор медицинских наук, профессор

КАПРИН Андрей Дмитриевич
КОСТИН Андрей Александрович

Официальные оппоненты:

ЛОРАН Олег Борисович – член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой урологии и хирургической андрологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия последипломного образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации

ШЕЛЫГИН Юрий Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор, директор федерального государственного бюджетного учреждения «Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации

БЕРЛЕВ Игорь Викторович – доктор медицинских наук, профессор, руководитель онкогинекологического отделения федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский институт онкологии им. Н.Н.Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ведущее учреждение: федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится « _____ » _____ 2017 года в _____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.047.02 на базе федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 125284, г. Москва, 2-й Боткинский проезд, д.3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена – филиала федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации (125284, г. Москва, 2-й Боткинский проезд, д.3) и на сайте www.mnioi.ru.

Автореферат разослан « _____ » _____ 2016 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор биологических наук

Немцова Елена Романовна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования

Доля злокачественных опухолей органов малого таза в структуре онкологической заболеваемости стран Западной Европы составляет 1/5 часть от всех локализаций [World Health Organization. Mortality database 2014]. В структуре онкологической заболеваемости населения Российской Федерации злокачественные новообразования тазовой локализации составляют в совокупности более 25,0% (Каприн А.Д. и др., 2015).

Если в 2000 году заболеваемость злокачественными новообразованиями в нашей стране составляла 279,2 на 100 тысяч жителей, то в 2005 году она достигла уже 309,0, в 2010 году этот показатель достиг 330,5, а в 2013 337,0 (Мерабишвили В.М., 2012; Чиссов В.И. и др., 2012; Каприн А.Д. и др., 2015). Можно ожидать что, при таком темпе прироста заболеваемости и при численности населения Российской Федерации около 130 миллионов человек, ежегодно будет выявляться не менее 90-100 тысяч больных злокачественными опухолями органов малого таза. При этом у каждого третьего онкологического больного к моменту установления диагноза процесс носит местно-распространенный характер, и этот показатель остается неизменным уже несколько десятилетий (Трапезников Н.Н., Аксель Е.М., 2001; Чиссов В.И. 2012; Мерабишвили В.М., 2012; Каприн А.Д. и др., 2015).

При раке прямой кишки столь значительное распространение опухолевого процесса к моменту начала лечения отмечается у 21,0-34,0% больных (Трапезников Н.Н., Аксель Е.М., 2001; Чиссов В.И. и др., 2012; Каприн А.Д., и др., 2015;), при раке женских гениталий в 23,0-77,0 % наблюдений (Трапезников Н.Н., Аксель Е.М., 2001; Чиссов В.И. и др., 2002; Каприн А.Д. и др., 2015). При этом нередко отмечается распространение опухоли на мочевого пузыря. Тем не менее, специального анализа частоты вторичного вовлечения мочевого пузыря при различных опухолях тазовой локализации проведено не было.

Опыт, накопленный онкологическими учреждениями за последние годы, существенно изменил представления о возможностях лечения распространенных опухолей органов малого таза.

Целенаправленные меры профилактики, новые возможности в анестезиологическом обеспечении операции и ведении послеоперационного периода позволили уменьшить частоту развития осложнений. Летальность снизилась с 8,9-17,2% в 1975-1990 гг. до 2,5-6,6% в 2000-2014 гг. (Симонов Н.Н. и др., 2000; Воробьев Г.И. и др., 2002; Чиссов В.И. и др., 2002; Топузов Э.Г. и др., 2006; Сидоров Д.В. и др., 2011; Петров Л.О., 2013; Spahn M. et al., 2010; Vacalbasa N. et al., 2015). В тоже время, к реконструктивному этапу вмешательств по поводу местно-распространенных опухолей малого таза сохраняется противоречивое отношение. Не до конца согласованы подходы к выбору метода реконструкции мочевого пузыря при различных масштабах его поражения. Отсутствуют критерии выбора оптимального метода мочевого деривации в конкретной клинической ситуации.

Новые возможности лекарственной противоопухолевой терапии, появление модифицированных методик лучевого лечения стимулировали расширение показаний к

паллиативным, или, так называемым, циторедуктивным хирургическим вмешательствам (Гранов Д.А. и др., 2002; Патютко Ю.И. и др., 2006; McLean K.A. et al. 2011; Hockel M. et al., 2012; Schmidt A.M. et al., 2012). Тем не менее, абсолютные показания и противопоказания для данного характера вмешательств при различных злокачественных опухолях тазовой локализации не сформулированы.

Таким образом, неразрешенные вопросы хирургии распространенных опухолей тазовой локализации сохраняются. Отсутствуют четко разработанные показания к комбинированным операциям в случаях вовлечения в опухолевый процесс мочевыводящих путей. Недостаточно разработана последовательность мобилизации органокомплекса при различных вариантах поражения. Не уточнены показания к тем или иным реконструктивным и восстановительным операциям.

Нуждается в детализации необходимый объем предоперационного обследования больных местно-распространенными опухолями органов малого таза. Требуется уточнение показаний к обширным хирургическим вмешательствам в зависимости от характера роста и локализации первичного опухолевого очага, степени местного и регионарного поражения, наличия отдаленных метастазов.

Вышеуказанные положения послужили предпосылкой к настоящему исследованию.

Цель исследования - повысить эффективность помощи больным со злокачественными опухолями органов малого таза, сопровождающиеся вторичным поражением мочевого пузыря.

Задачи исследования:

1. Уточнить частоту вовлечения в патологический процесс мочевого пузыря у пациентов со злокачественными опухолями органов малого таза.
2. Определить диагностический алгоритм, позволяющий наилучшим образом оценить распространенность опухоли в малом тазу и вовлеченность в нее мочевого пузыря.
3. Разработать дифференцированные подходы предоперационной подготовки пациентов с местно-распространенными опухолями органов малого таза.
4. Оптимизировать методологию резекционного этапа хирургического вмешательства по поводу местно-распространенных опухолей органов малого таза с поражением мочевого пузыря.
5. Оценить возможность применения различных методов деривации мочи при хирургическом лечении пациентов со злокачественными опухолями органов малого таза, сопровождающимися поражением мочевого пузыря.
6. Изучить целесообразность проведения циторедуктивных вмешательств при лечении пациентов с местно-распространенными опухолями органов малого таза.
7. Провести анализ послеоперационных осложнений и летальности после операций по поводу местно-распространенных опухолей органов малого таза,

сопровождаящиеся поражением мочевого пузыря и разработать систему мер для их снижения.

8. Оценить отдаленные результаты мультивисцеральных резекций по поводу местнораспространенных злокачественных опухолей органов малого таза.

Научная новизна исследования. Впервые проведено изучение распространенности и структуры вовлеченности мочевого пузыря (МП) в опухолевый процесс при злокачественных новообразованиях органов малого таза. Определен и сформулирован алгоритм их выявления. Предложена классификация местнораспространенных опухолей малого таза (МРОМТ).

Разработаны дифференцированные подходы к комплексной предоперационной подготовке пациентов при планировании комбинированных хирургических вмешательств на органах малого таза (МТ).

Оценены возможности и недостатки существующих технологий хирургического лечения опухолей тазовой локализации в далеко зашедших стадиях заболевания. Оптимизирована методология резекционного этапа хирургического вмешательства по поводу МРОМТ, при различной локализации первичного очага и различном масштабе местного распространения. Предложена хирургическая классификация степени вторичного поражения МП. Сформулированы критерии выбора масштаба резекции МП при его вторичном опухолевом поражении.

Выполнена сравнительная оценка эффективности и безопасности использования различных технологий завершения операций, сопровождающихся резекцией или удалением МП. Модифицирован метод ортотопической континентной деривации мочи после операций, сопровождающихся цистэктомией (ЦЭ). Определено место комбинированной мочевой и кишечной деривации после хирургических вмешательств по поводу МРОМТ.

Показана целесообразность выполнения паллиативных вмешательств у данной категории пациентов.

Практическая значимость работы. Результаты проведенных исследований позволяют с позиций доказательной медицины осуществлять точную диагностику характера и степени вовлеченности МП в опухолевый процесс при местнораспространенных и рецидивных злокачественных новообразованиях органов малого таза. Скорректирована методология хирургических вмешательств при распространенных опухолях тазовой локализации. Уточнены возможные и необходимые объемы резекционного этапа операции. Определены оптимальные подходы к реконструктивному этапу вмешательства. Разработаны организационные принципы комплексной диагностики и лечения больных с распространенными опухолями тазовой локализации с учетом мультидисциплинарного характера данной проблемы. Осуществлен анализ непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения больных с первичной локализацией опухоли в различных органах малого таза и определены прогностические критерии возможных результатов. Полученные данные

могут лечь в основу дальнейших исследований по хирургическому лечению и реабилитации пациентов со злокачественными новообразованиями тазовой локализации.

Положения, выносимые на защиту:

1. Сохраняется значительная частота встречаемости местно-распространенного характера опухолевого поражения органов малого таза, как при первичных злокачественных новообразованиях, так и при их рецидивах. Вовлечение МП в злокачественный процесс происходит практически в половине случаев рецидивного характера заболевания, и на порядок реже при первичных МРОМТ.
2. Выполнение магнитно-резонансной томографии (МРТ) является лучшим методом определения местно-распространенного характера опухоли, исходящей из органов МТ. Вовлечение МП в опухолевый процесс, независимо от степени его поражения, требует выполнения цистоскопического исследования с биопсией.
3. При вовлечении в опухолевый процесс МП, резекционный этап вмешательства следует начинать с его вскрытия и ревизии с целью детализации масштаба его поражения.
4. Лучшей технологией континентной деривации мочи после выполнения ЦЭ или субтотальной резекции по поводу вторичного опухолевого поражения МП следует считать ортотопическое замещение МП подвздошно-кишечным J-резервуаром.
5. После полной эвисцерации малого таза (ЭМТ) предпочтительнее формирование петлевой колостомы с деривацией мочи в ушитый (заглушенный) отводящий конец, т.н. «комбинированной двухствольной уроколостомы».
6. При операбельности пациентов и осложненном характере МРОМТ (кровотечение, злокачественные свищи, гнойники, болевой синдром) паллиативные вмешательства абсолютно показаны. При неосложненном течении заболевания показания к выполнению циторедуктивных вмешательств ограничены и требуют индивидуального подхода.
7. Комбинированные хирургические вмешательства на органах МТ, сопровождающиеся резекцией МП или ЦЭ сопровождаются характерными осложнениями, нивелирование которых возможно путем выполнения специальных профилактических технологий при завершении хирургических вмешательств.
8. При адекватном онкологическом объеме резекционного компонента хирургического вмешательства пациентам с МРОМТ вторичное поражение МП не оказывает влияния на отдаленные результаты лечения.

Апробация работы. Материалы диссертации доложены и обсуждены на 2242-м заседании Хирургического общества Пирогова (Санкт-Петербург, 2005), конференции памяти заслуженного деятеля науки РСФСР профессора Р.А. Мельникова «Актуальные вопросы абдоминальной онкологии» (Санкт-Петербург, 2005), IX Российском онкологическом конгрессе (Москва, 2005), II съезде колопроктологов России с

международным участием «Актуальные вопросы колопроктологии» (Уфа, 2007), 2331-м заседании Хирургического общества Пирогова (Санкт-Петербурга, 2009), XV Российском онкологическом конгрессе (Москва, 2011), научно-практической конференции «Диагностика и лечение опухолей тазовой локализации» (Санкт-Петербург, 2011), V международной конференции "Мультидисциплинарный подход в лечении рака прямой кишки" (Москва, 2011), II съезде колопроктологов стран СНГ (Одесса, 2011), VI конгрессе Российского общества онкоурологов (Москва, 2011), 6-й городской научно-практической конференции «Актуальные вопросы урологии и гинекологии» (Санкт-Петербург, 2011), Всеармейской научно-практической конференции «Актуальные вопросы современной урологии» (Санкт-Петербург, 2011), 917-м заседании Санкт-Петербургского научного общества урологов им. С. П. Федорова (Санкт-Петербург, 2012), 1-ом съезде онкоурологов стран СНГ «Актуальные вопросы диагностики и лечения местно-распространенного и метастатического рака почки, мочевого пузыря и предстательной железы» (Киев, 2012), VI международной конференции «Российская школа колоректальной хирургии» (Москва, 2012), VII конгрессе Российского общества онкоурологов (Москва, 2012), XVI Российском онкологическом конгрессе (Москва, 2012), 2404-м заседании Хирургического общества Пирогова (Санкт-Петербург, 2012), XII съезде Российского общества урологов (Москва, 2012), VIII конгрессе Российского общества онкоурологов (Москва, 2013), XIII съезде Российского общества урологов (Москва, 2013), XVII Российском онкологическом конгрессе (Москва, 2012), VIII конгрессе Российского общества онкоурологов (Москва, 2013), XVII Российском онкологическом конгрессе (Москва, 2013) и на XIII конгрессе Российского общества урологов (Москва, 2013).

Материалы диссертации доложены на межотделенческой конференции отделения гинекологии, отделения онкоурологии отдела опухолей репродуктивных органов и системы мочевыведения, отделения абдоминальной онкологии, отделения общей онкологии, отдела лучевой диагностики, отделения ультразвуковой диагностики и патологоанатомического отделения Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена – филиал федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации 30 июня 2016г.

Публикации по теме диссертации. По теме диссертации опубликовано 65 работы, в том числе 21 в изданиях, рекомендованных ВАК РФ.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 379 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, описания материала и методов исследования, 6 глав собственных исследований, заключений, выводов, практических рекомендаций, библиографического указателя. Список использованной литературы включает 95 отечественных и 225 иностранных источника. Диссертация иллюстрирована 91 таблицей и 125 рисунками.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящем исследовании проанализированы результаты лечения 492 больных местно-распространенными злокачественными новообразованиями дистальных отделов толстой кишки (ТК) (n=249) и внутренних женских гениталий (n=243). Период накопления материала – с 2005 г. по 2015 г. (табл. 1).

Таблица 1

Распределение пациентов по первичной локализации
и характеру местного распространения опухолей малого таза (МРОМТ)

Локализация злокачественной опухоли	Местно-распространенные опухоли				Всего
	с поражением МП		без поражения МП		
	абс.	%	абс.	%	
Дистальные отделы толстой кишки	122	24,8	127	25,8	249
Внутренние женские гениталии	147	29,9	96	19,5	243
Всего	269	54,7	223	45,3	492

Из 269 пациентов, страдающих МРОМТ с поражением МП и 223 больных без вторичного поражения МП, в 53 (19,7%) и 65 (29,1%) наблюдениях соответственно возможно было оказание лишь симптоматической помощи (табл. 2). 216 (80,3%) больным выполнены комбинированные вмешательства с различным объемом резекции МП или его удалением (табл. 3). У 158 (37,0%) из 427 больных местно-распространенный характер роста опухоли не приводил к вовлечению МП (табл. 4). Данным пациентам были выполнены так называемые задние мультивисцеральные резекции (МВР) органов МТ, и они составили контрольную группу.

Таблица 2

Распределение пациентов с МРОМТ с вторичным поражением МП (а) и без вторичного
поражения МП (б) по первичной локализации и характеру проведенного лечения

(а)

Локализация злокачественной опухоли	Характер вмешательства				Всего
	Резекционные		Симптоматические		
	абс.	%	абс.	%	
Дистальные отделы толстой кишки	93	34,6	29	10,8	122
Внутренние женские гениталии	123	45,7	24	8,9	147
Всего	216	80,3	53	19,7	269

(б)

Локализация злокачественной опухоли	Характер вмешательства				Всего
	Резекционные		Симптоматические		
	абс.	%	абс.	%	
Дистальные отделы толстой кишки	89	39,9	38	17,1	127
Внутренние женские гениталии	69	30,9	27	12,1	96
Всего	158	70,8	65	29,2	223

Таблица 3

Распределение больных с МРОМТ и вторичным поражением МП по первичной локализации опухоли, ее характеру и виду перенесенного хирургического вмешательства

Локализация опухоли	Характер опухоли		Удаление мочевого пузыря		Резекция мочевого пузыря		Характер операции	
	Первичная опухоль	Рецидив опухоли	Полные ЭМТ	Передние ЭМТ	Резекция МП + ушивание	Резекция МП + аугментация	Радикальные	Паллиативные
Толстая кишка (n=93)	67	26	58	-	20	15	64	29
Шейка матки (n=68)	15	53	37	31	-	-	47	21
Тело матки (n=16)	9	7	2	9	3	2	14	2
Яичники (n=28)	17	11	-	11	13	4	25	3
Влагалище (n=11)	11	-	11	-	-	-	9	2
Всего	119 (55,1%)	97 (44,9%)	108 (50,0%)	51 (23,6%)	36 (16,7%)	21 (9,7%)	159 (73,6%)	57 (26,4%)
	216 (100,0%)		159 (73,6%)		57 (26,4%)		216 (100,0%)	
			216 (100,0%)					

Таблица 4

Распределение больных с МРОМТ без вторичного поражения МП по первичной локализации опухоли, ее характеру и виду перенесенного хирургического вмешательства

Локализация опухоли	Характер опухоли		Объем резекции прямой кишки				Характер операции	
	Первичная опухоль	Рецидив опухоли	Резекция ПК на уровне средне-ампулярного отдела	Резекция ПК на уровне нижне-ампулярного отдела	Задние супра-леваторные ЭМТ	Задние инфра-леваторные ЭМТ	Радикальные	Паллиативные
Толстая кишка (n=89)	73	16	14	32	18	25	62	27
Шейка матки (n=21)	4	17	-	5	13	3	14	7
Тело матки (n=15)	8	7	6	4	5		12	3
Яичники (n=29)	14	15	9	8	12	-	23	6
Влагалище (n=4)	4	-	-	-	-	4	4	-
Всего	103 (65,2%)	55 (34,8%)	29 (18,4%)	49 (31,0%)	48 (30,4%)	32 (20,2%)	115 (72,8%)	43 (27,2%)
			78 (49,4%)		80 (50,6%)			
	158 (100,0%)		158 (100,0%)				158 (100,0%)	

Кроме того, для оценки частоты встречаемости данной категории больных проведен проспективный анализ 1080 первичных обращений и 174 обращений по поводу местного рецидива заболевания к профильным специалистам в учреждение практического здравоохранения специализированной онкологической помощи в режиме «естественного потока» обращения пациентов (табл. 5).

Таблица 5

Случаи обращений больных с первичными и рецидивными злокачественными новообразованиями органов МТ

Локализация злокачественной опухоли	Характер злокачественных новообразований		Всего
	первичные	рецидив	
Дистальные отделы толстой кишки	396	41	437
Внутренние женские гениталии	684	133	817
Всего	1080	174	1254

К МРОМТ мы относили злокачественные новообразования, исходящие из органов МТ, распространяющиеся на соседние со своим первоисточником органы и ткани, удаление которых невозможно без резекции вовлеченных структур (т.е. требуется выполнение комбинированного хирургического вмешательства).

Разработали хирургическую классификацию МРОМТ, в которой выделено 4 типа опухолей:

1 – опухоли, распространяющиеся на соседние структуры на небольшом участке, удаление которых может быть ограничено плоскостной или атипичной резекцией вовлеченных органов;

2 – опухоли, распространяющиеся на соседние структуры с формированием инфильтратов, представляющих собой неразделимые конгломераты органов: 2a – передний (МП, матка с придатками); 2b – задний (матка с придатками, дистальные отделы ТК); 2c – полный (МП, матка с придатками, дистальные отделы ТК).

3 – опухоли, распространяющиеся на соседние органы с формированием «злокачественных» свищей: 3a – мочепузырно-влагалищного; 3b – мочепузырно-кишечного; 3c – влагалищно-кишечного; 3d – комбинированного.

4 – опухоли, распространяющиеся на мышечно-апоневротические (4a) и (или) костные структуры таза (4b), а также магистральные сосуды (4c).

Для сравнительной оценки различных вариантов континентной мочевого деривации с формированием ортотопического мочевого резервуара проанализированы 68 наблюдений, в том числе 48 больных, которым выполнена ЦЭ по поводу рака МП. С целью изучения эффективности промежностного дренирования после операций, сопровождающихся вмешательством на МП, проанализирован 71 случай выполнения ЦЭ с инконтинентной деривацией мочи по Бриккеру (табл. 6).

Локализация первичной опухоли
и объем выполненного хирургического вмешательства

Локализация опухоли	Цистпростат-эктомия	Полная ЭМТ	Передняя ЭМТ	Всего
Формирование ортотопического мочевого резервуара				
Мочевой пузырь	46	–	2	48
Дистальные отделы ТК	–	11	–	11
Внутренние женские гениталии	–	3	6	9
Деривация мочи по Бриккеру				
Мочевой пузырь	39	-	32	71

Оценка общего состояния пациентов, определение степени распространенности опухолей тазовой локализации, выявление осложнений опухолевого процесса, а также сопутствующих заболеваний, основывались на комплексе клинико-лабораторных, рентгенорадиологических, ультразвуковых, эндоскопических и уродинамических исследований.

Диагностический алгоритм включал в себя следующие параметры:

- лабораторные, в том числе иммунологические исследования;
- ректороманоскопия, фиброколоноскопия;
- УЗИ органов брюшной полости и МТ;
- эндоректальная и трансвагинальная сонография;
- компьютерная томография (КТ) органов грудной, брюшной полости и МТ;
- МРТ органов МТ;
- цистоскопия;
- гистологическое исследование биопсийного и операционного материала;
- изучение выживаемости больных;
- уродинамическое исследование;
- оценка качества жизни (КЖ) пациентов;
- методы статистического анализа.

Статистическую обработку данных проводили с применением программы MedCalc ® 12.7.7. 2013 г. Достоверность различий средних значений показателей оценивали с помощью t-критерия Стьюдента. Анализ выживаемости пациентов производили методом Каплана-Мейера, для сравнения кривых выживаемости использовали логарифмический ранговый критерий. Все статистические расчеты выполнялись с оценкой 95% доверительного интервала. Различия считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$. Проводили корреляционный, регрессионный анализ данных. Достоверность различий в группах рассчитывали по long-rank test.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследование первичных пациентов со злокачественными новообразованиями дистальных отделов ТК и внутренних женских гениталий установило, что опухоли имели местно-распространенный характер в 184 (17,0%) из 1080 первичных наблюдений и 119 (68,4%) из 174 рецидивов заболевания.

Распределение 303 наблюдений с МРОМТ, выявленного при обследовании 1254 обратившихся пациентов, по типовым классификационным характеристикам представлено в таблице 7.

Более чем в половине случаев – 154 (50,8%) наблюдения, диагностировали МРОМТ 1 типа (табл.7). У абсолютного большинства, 139 (90,6%) из 154, данных пациентов были первичные опухоли. И лишь у 15 (9,4%) отмечено прогрессирование заболевания в виде местного рецидива после перенесенного, как правило, комбинированного, лечения.

Таблица 7

Распределение пациентов с МРОМТ по типу опухоли

Тип опухоли		Первичные опухоли		Рецидив опухоли		Всего	
1		139 (45,9%)		15 (4,9%)		154 (50,8%)	
2	A	7	31 (10,2%)	10	66 (21,8%)	17	97 (32,0%)
	B	15		37		52	
	C	9		19		28	
3	A	1	8 (2,6%)	4	15 (5,0%)	5	23 (7,6%)
	B	3		1		4	
	C	3		7		10	
	D	1		3		4	
4	A	2	6 (2,0%)	11	23 (7,6%)	13	29 (9,6%)
	B	3		6		9	
	C	1		6		7	
Всего		184 (60,7%)		119 (39,3%)		303	

2 тип МРОМТ, с формированием инфильтратов в МТ, отмечен у 97 (32,0%) обратившихся больных. При этом более чем у 2/3 их них диагностирован рецидив заболевания. Формирование инфильтратов «с неразличимыми границами» выявлено лишь у 31 (31,9%) пациента с первичной опухолью. Из них в 7 случаях отмечен передний инфильтрат (2а), у 15 – задний (2b), у 9 – полный (2с). Из 66 (68,1%) случаев рецидивных опухолей передний, задний и полный инфильтраты диагностированы соответственно в 10, 37 и 19 наблюдениях.

3 тип МРОМТ, характеризующийся формированием «злокачественных» свищей, отмечен лишь в 23 (7,6%) наблюдениях. Формирование свищей практически в два раза чаще сопровождало местный рецидив злокачественных новообразований в сравнении с

первичной опухолью, 15 и 8 наблюдений соответственно. У 10 пациентов имел место влагалищно-прямокишечный свищ (3с), у 5 – мочепузырно-влагалищный свищ (3а), и по 4 наблюдения МРОМТ с формированием мочепузырно-кишечного (3б) и комбинированного свищей (3д).

4 тип МРОМТ установлен у 29 (9,6%) пациентов. Более чем $\frac{3}{4}$ из них приходится на случаи местного рецидива злокачественных опухолей тазовой локализации и лишь в 6 наблюдениях имела место первичная опухоль. В 13 и 9 случаях отмечена опухолевая инфильтрация мышечно-апоневротических и костных структур МТ соответственно. У 7 больных выявлено вовлечение в опухоль магистральных сосудов.

Чаще всего первичный местно-распространенный опухолевый процесс отмечали при колоректальном раке (КРР) – 20,7%, наименьшая частота отмечена при злокачественных новообразованиях тела матки – 9,1%). При рецидивном характере заболевания местно-распространенный характер распространения КРР отмечен в 78,1% наблюдений, при РТМ этот показатель составил 62,1% (табл. 8).

Необходимо отметить, что частота поражения МП при первичных и рецидивных злокачественных новообразованиях МТ отличалась на порядок, и составила 4,7% и 47,1% соответственно. Наименьшие различия (5,19) отмечены у пациентов, страдающих раком дистальных отделов ТК – 6,1% при первичных опухолях, и 31,7% при развитии местного рецидива. Наибольшая разница (15,79) оказалась при раке тела матки (РТМ) – 2,4% при первичном поражении, и 37,9% при местном рецидиве заболевания. Сопоставимые различия во вторичном поражении МП отмечены при первичном и рецидивном раке шейки матки (РШМ) и раке яичников (РЯ) – 12,93 и 12,66 соответственно. При раке влагалища (РВ) распространение опухоли на МП происходило в 10,58 раза чаще при местном рецидиве опухоли в сравнении с первичным заболеванием (рис. 1).

Таблица 8

Местно-распространенный характер роста
при первичных и рецидивных злокачественных новообразованиях МТ

Первичная локализация опухоли	Первичный местно-распространенный процесс (n=1080)		Рецидивные опухоли малого таза (n=174)	
	абс.	%	абс.	%
Толстая кишка	82	20,7	32	78,1
Шейка матки	54	18,5	45	77,6
Тело матки	19	9,1	18	62,1
Яичники	27	16,1	32	74,4
Влагалище	2	12,5	2	66,7
Всего	184	17,0	119	68,4

Анализ результатов обследования пациентов в стандартизированном объеме (см. стр. 9) показал, что наилучшими характеристиками установления местно-распространенного характера опухоли в малом тазу обладает МРТ (табл. 9).

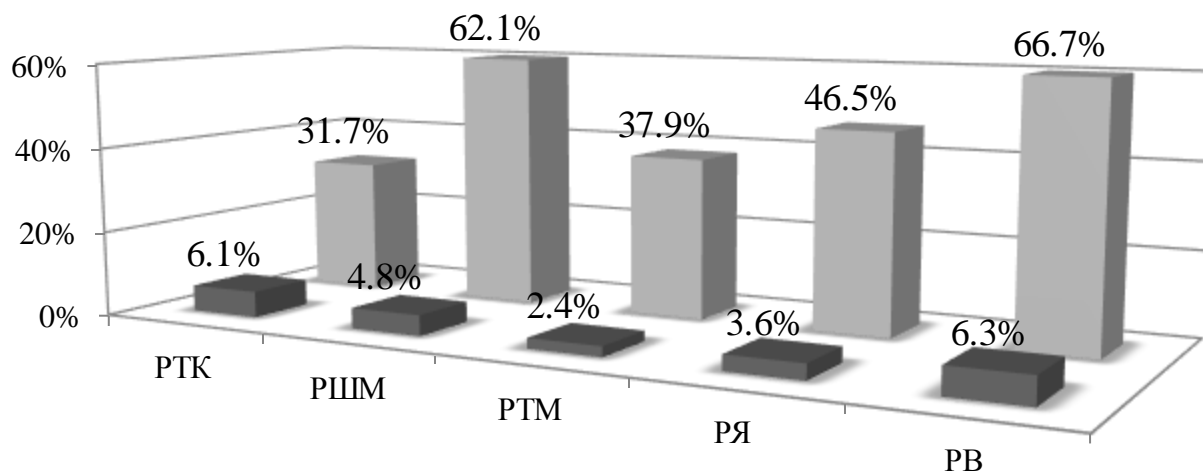


Рис. 1. Сравнительная частота поражения МП при первичных и рецидивных злокачественных новообразованиях МТ

Таблица 9

Показатели оценки достоверности различных методов исследования (%)

Показатель	ЭУЗИ	МРТ	КТ
Чувствительность	82	98	86
Специфичность	76	82	78
Точность	80	90	82

216 больным во время комбинированных операции по поводу МРОМТ было выполнено полное удаление МП в объеме так называемой ЭМТ (n=159) или его резекция (n=57).

В контрольные группы включено 158 пациентов, которым выполнены задние МВР органов МТ, и 53 больных, получивших лишь симптоматическую помощь. В наблюдениях, когда комбинированные хирургические вмешательства сопровождались резекцией или полным удалением МП, наибольшее число, 93 (43,1%) пациентов, страдали КРР. В 68 (31,4%) случаях отмечен РШМ, в 28 (13,0%) – РЯ, в 16 (7,4%) наблюдениях – РТМ, в 11 (5,1%) – РВ. Показанием к выполнению задних МВР органов малого таза КРР был в 89 (56,3%) случаях, РШМ в 21 (13,3%), РЯ в 29 (18,4%), РТМ в 15 (9,5%) и РВ в 4 (2,5%) наблюдениях. Данные о первичных локализациях опухолей, их характере и выполненных хирургических вмешательствах представлены в таблицах 3 и 4.

У пациентов с вторичным поражением МП в 119 (55,1%) случаях отмечены первичные злокачественные новообразования, в 97 (44,9%) наблюдениях вмешательство

выполнено по поводу местного рецидива опухоли. У 57 (26,4%) пациентов операция сопровождалась резекцией МП, в 159 (73,6%) случаях объемом хирургического вмешательства была ЭМТ. Радикального характера операции удалось добиться в 159 (73,6%) случаях. В 142 (65,7%) случаях отмечено осложненное течение заболевания с манифестацией, по крайней мере, одного из нижеперечисленных патологических синдромов: нарушение кишечной проходимости, кровотечение, обструкция мочевых путей, параканкрозное нагноение, формирование межорганных свищей и боль. Для их купирования перед основным вмешательством у 67 (31%) пациентов выполнили дренирование верхних мочевых путей, у 54 (25%) была сформирована петлевая колостома, в 3 (1,4%) случаях потребовалась перевязка внутренних подвздошных артерий. Межорганные свищи, кровотечение и некупируемый болевой синдром в 57 (26,4%) наблюдениях были показаниями к выполнению заведомо паллиативных вмешательств.

Хирургическое вмешательство предполагало после лапаротомии выполнение ревизии брюшной полости с уточнением местной распространенности опухоли и дополнительной оценкой признаков отдаленного метастазирования. Производили вскрытие просвета МП и оценивали масштаб его поражения.

По масштабу вторичного опухолевого поражения МП мы выделили 4 степени:

I – распространение опухоли на ограниченном участке МП, резекция которого с клиренсом от видимой опухолевой инфильтрации в 2 см позволяет восстановить его целостность на баллоне катетера Фоллея объемом 50 мл (рис. 2а);

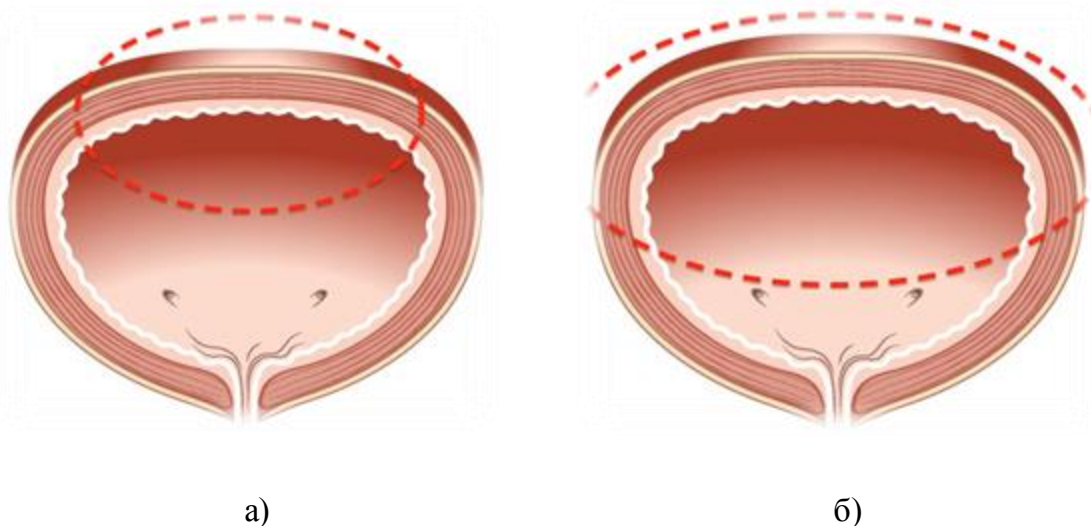


Рис. 2. Вторичное опухолевое поражение МП
I степени (а) и II степени (б)

II – распространение опухоли на значительном участке МП, резекция которого позволяет сохранить треугольник Льео с устьями мочеточников и шейкой МП, а его реконструкция требует применения аугментационной техники (рис. 2б);

III – распространение опухоли на обширном участке МП, резекция которого не позволяет полностью сохранить треугольник Льебо; необходима аугментация МП с реимплантацией одного или обоих мочеточников (рис. 3);

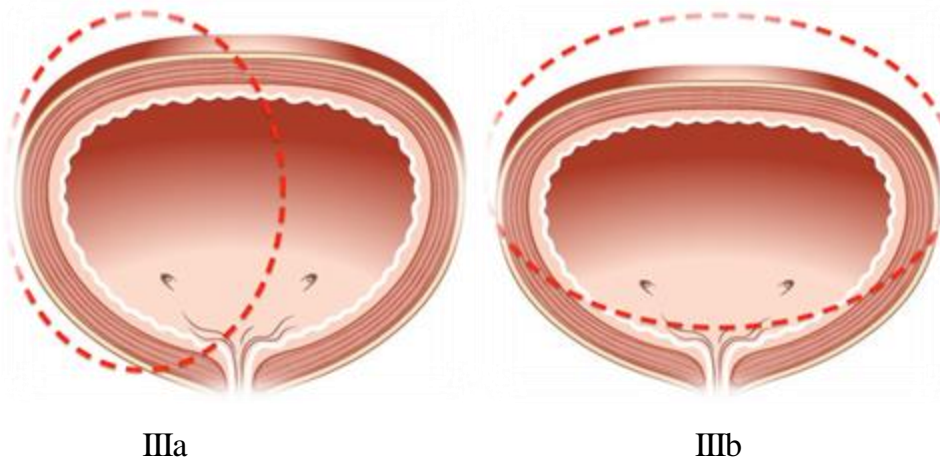


Рис. 3. Вторичное опухолевое поражение МП III степени

IV – распространенность опухолевого поражения МП не позволяет при выполнении резекции с клиренсом от видимой опухолевой инфильтрации в 2 см сохранить структуры МП; требуется выполнение ЦЭ (рис. 4).

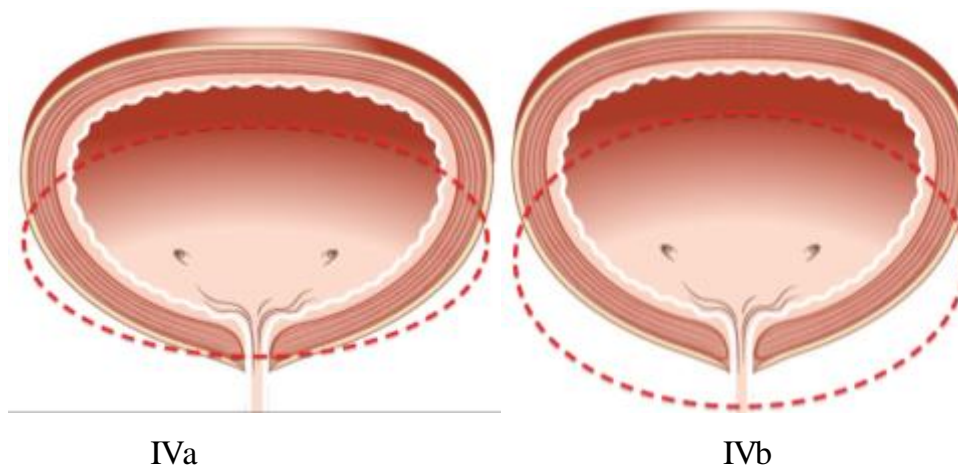


Рис. 4. Вторичное опухолевое поражение МП IV степени

Резекционный этап. Производили мобилизацию слепой кишки, восходящего, сигмовидного и ректосигмоидного отделов ТК. Париетальную брюшину рассекали от ниже-горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки вдоль аортокавального промежутка, общих и наружных подвздошных сосудов.

Производили диссекцию парааортальной, межаортокавальной и паракавальной клетчатки с лимфатическими коллекторами и далее по ходу общих, наружных и внутренних подвздошных сосудов, а также из запирательных ямок от периферии к

удаляемому препарату. Методология резекционного этапа операций имела различия, в зависимости от классификационных признаков МРОМТ и вторичного поражения МП.

При 1 типе МРО с поражением МП операцию начинали с его мобилизации и вскрытия, для оценки степени вовлечения в опухолевый процесс и определения необходимого объема резекции.

При 2 и 3 этапах МРО операцию начинали с диссекции клетчатки с лимфатическими путями от периферии к опухолевому очагу со скелетизацией костных, мышечных и сосудисто-нервных структур.

При 4 типе МРО удаление опухоли в зоне инфильтрации кости или сосудов всегда стремились сделать завершающим элементом резекционного этапа. Такой подход наиболее безопасен и позволяет лучшим образом реализовать онкологические принципы оперирования.

При выполнении полной ЭМТ 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 стенки прямой кишки до верхушки копчика. При необходимости полного удаления МП у мужчин выделяли, лигировали и пересекали семявыносящие протоки с обеих сторон у внутреннего кольца пахового канала. У женщин лигировали и пересекали воронкотазовые связки. Далее выполняли мобилизацию МП со стороны верхушки, боковых и задней поверхностей со всей паравезикальной клетчаткой. Поэтапно лигировали и пересекали верхние и нижние мочепузырные артерии. У мужчин пересекали пубопростатические связки, лигировали вены Санториниева сплетения. Уретру пересекали на уровне проксимальной границы мембранозного отдела. Мочеточники мобилизовали и пересекали с обеих сторон на уровне их пересечения с подвздошными сосудами и интубировали мочеточниковыми катетерами типа pigtail 9 Schr до почечных лоханок. При выполнении инфралевакторных ЭМТ, на промежностном этапе вмешательства выполняли окаймляющий разрез кожи промежности от верхушки копчика до корня полового члена у мужчин и до наружного отверстия уретры у женщин. Пересекали анокопчиковую связку и мышцу, поднимающую задний проход. Препарат удаляли единым блоком. При сохранении тазового дна и выполнении континентной деривации мочи с формированием ортотопически дислоцируемого мочевого резервуара на проксимальный конец резецированной уретры накладывали 6 провизорных лигатур атравматическим монофиламентным шовным материалом (3/0) на 1, 3, 5, 7, 9, 11 часах условного циферблата. При планировании инконтинентной деривации мочи или дистопической локализации мочевого резервуара уретру и влагалище герметично ушивали.

Таблица 10

Технологии деривации мочи при различном объеме и характере хирургического вмешательства

Методы мочевого деривации	Полные супралевавторные ЭМТ	Полные инфралевавторные ЭМТ	Передние супралевавторные ЭМТ	Передние инфралевавторные ЭМТ	Резекции МП	Всего 2005-2010 / 2011-2015 (%)
По Бриккеру	34 (15,7%)	5 (2,4%)	15 (6,9%)	3 (1,4%)	-	57 45/12 (26,4%)
Комбинированная уроколостома	13 (6,0%)	18 (8,4%)	-	-	-	31 5/26 (14,4%)
Ортотопический J-резервуар	15 (6,9%)	-	13 (6,0%)	-	-	28 6/22 (12,9%)
Индиана-Пауч	5 (2,4%)	2 (0,9%)	4 (1,8%)	3 (1,4%)	-	14 9/5 (6,5%)
Майнц-Пауч II	-	-	13 (6,0%)	-	-	13 7/6 (6,0%)
По В. Широкограду	16 (7,4%)	-	-	-	-	16 2/14 (7,4%)
Аугментация мочевого пузыря	-	-	-	-	21 (9,7%)	21 5/16 (9,7%)
Формирование микроцистиса	-	-	-	-	36 (16,7%)	36 12/24 (16,7%)
Всего	83 (38,4%)	25 (11,7%)	45 (20,7%)	6 (2,8%)	57 (26,4%)	216 (100,0%)

Реконструктивный этап. Для выбора метода реконструкции МП после резекции мы использовали разработанную нами классификацию (см. стр. 14).

После передней и полной ЭМТ у 88 (40,8%) пациентов выполнили инконтинентную деривацию мочи (табл. 10). В 57 случаях (26,4%) применили методику Бриккера, в 31 (14,4%) – формирование двухствольной петлевой колостомы с отведением мочи в дистальный от колостомы сегмент ТК, т.н. комбинированной двухствольной уроколостомы. Данный метод позволяет ограничиться формированием одной стомы даже в тех случаях, когда восстановление непрерывности ТК невозможно. В первую очередь это относится к инфралевавторным ЭМТ.

У 128 (59,2%) больных для деривации мочи использовали континентные технологии. В 28 (12,9%) случаях выполнили ортотопическое моделирование мочевого подвздошно-кишечного J-резервуара, в 14 (6,5%) – формировали дистопический Индиана-Пауч. У 13 (6,0%) больных выполнена толстокишечная мочева деривация по Майнц-Пауч II, у 16 (7,4%) пациентов восстановили непрерывность толстой кишки с отведением мочи в изолированный илеоцекальный угол, развернутый в МТ и замещающий удаленный кишечный сегмент (метод В. И. Широкограда).

Восстановления толстокишечного сегмента пищеварительного тракта достигали формированием колоректального анастомоза «конец в конец» [n=46(56,8%)]. С этой целью всегда использовали циркулярный сшивающий аппарат. При невозможности анастомозирования проксимального и дистального участков толстой кишки, в левой подвздошной области формировали концевую колостому [n=35(43,2%)].

Операцию завершали восстановлением париетальной брюшины боковых стенок таза с размещением зоны мочеточнико-резервуарных анастомозов экстраперитонеально и дренированием брюшной полости через промежность двумя дренажами.

Сравнение результатов применения ортотопического подвздошно-кишечного мочевого J-резервуара проведено с классическими методами U. E. Studer (1984) и R. E. Hautmann (1985) (табл. 9).

Таблица 11

Методики континентной ортотопической деривации мочи при различном объеме резекционного этапа хирургического вмешательства

Методика деривации	Цистпростат-эктомия	Полная ЭМТ	Передняя ЭМТ	Всего
По Хаутману	13	–	–	13 (19,1%)
По Штудеру	24	–	3	27 (39,7%)
J-резервуар	9	14	5	28 (41,2%)
Всего	46 (67,6%)	14 (20,6%)	8 (11,8%)	68

Для сравнительной оценки различных методов ортотопической деривации мочи была проведена оценка степени удержания мочи в зависимости от способа илеоцистопластики (ИЦП). Во все сроки наблюдения после операции показатели дневной и ночной континенции при различных способах ИЦП статистически не отличались друг от друга.

Установлено, что через 3 месяца после операции происходит статистически достоверное ($p < 0,05$) снижение показателей максимального уретрального давления закрытия и функциональной длины уретры у мужчин и женщин с нормальной функцией удержания. Эти показатели у 54 мужчин снижались, с 72,4 до 60,4 см вод. ст. и со 120,3 до 92,1 мм, а у 14 женщин с 66,4 до 48,2 см вод. ст. и с 32,6 до 22,8 мм соответственно. Их значения оставались без существенной динамики в течение 12 месяцев наблюдения независимо от пола и метода цистопластики. Через год максимальное уретральное давление закрытия и функциональная длина уретры у мужчин составляли 62,2 см вод. ст. и 92,5 мм, а у женщин – 52,3 см вод. ст. и 24,6 мм соответственно.

Результаты цистометрического и уродинамического исследований представлены в таблице 12. При оценке накопительной функции наиболее важными показателями были объем «первого позыва» и максимальная емкость неоцистиса. Первый позыв расценивался как объем жидкости, приводящий к появлению первого ощущения заполнения резервуара, а максимальная емкость соответствовала объему, при котором пациент начинал испытывать болевой дискомфорт внизу живота, и/или появлялось подтекание мочи или дискомфорт в поясничной области в результате резервуарно-мочеточникового рефлюкса.

Максимальные объемные характеристики в группе больных после ИЦП по методу Хаутмана были следующими: объем первого позыва и максимальная емкость резервуара увеличились в течение года более чем в 2 раза, с $330,4 \pm 25,7$ мл и $396,4 \pm 37,6$ мл после первых трёх месяцев до $718,3 \pm 132,4$ мл и $776,2 \pm 182,4$ мл спустя год после операции.

При ИЦП по Штудеру рост объема первого позыва и максимальная емкость резервуара были меньшими и увеличивались соответственно с $292,7 \pm 32,2$ мл и $374,2 \pm 35,2$ мл после первых трёх месяцев до $533,2 \pm 28,2$ мл и $588,4 \pm 25,2$ мл спустя год после операции. После формирования J-резервуара изменение указанных характеристик было сопоставимо с результатами, полученными после применения технологии Штудера – объем первого позыва и максимальная емкость резервуара увеличились в течение года, с $227,2 \pm 30,3$ мл и $284,5 \pm 31,8$ мл после первых трёх месяцев до $534,7 \pm 29,3$ мл и $582,3 \pm 28,5$ мл спустя год после операции.

Показатели внутрирезервуарного давления при первом позыве, максимальной емкости и максимальном сокращении неоцистиса были статистически достоверно ниже в группе больных с резервуаром по методу Хаутмана п. Эти показатели снижались, соответственно, с $20,8 \pm 4,2$, $35,2 \pm 4,3$ и $51,8 \pm 6,2$ см водн. ст. через три месяца после операции до $15,5 \pm 2,7$, $21,2 \pm 5,3$ и $33,3 \pm 8,4$ см водн. ст. к концу первого года после операции. Статистически достоверных различий между показателями давления в группах J-образной цистопластики и по методу Штудера не было. При формировании мочевого J-резервуара показатели внутрирезервуарного давления при первом позыве, максимальной емкости и максимальном сокращении резервуара через 3 месяца были $23,3 \pm 3,3$, $38,6 \pm 9,6$ и $54,6 \pm 12,6$ см водн. ст., а через 12 снизились до $21,8 \pm 5,2$, $32,4 \pm 3,1$ и $44,3 \pm 2,2$ см водн. ст. соответственно. При использовании метода Штудера данные показатели в указанные сроки снижались с $25,3 \pm 3,7$, $35,6 \pm 5,7$ и $56,8 \pm 14,3$ см водн. ст. до $21,1 \pm 4,5$, $32,2 \pm 4,2$ и $41,6 \pm 2,4$ см водн. ст. соответственно.

Таблица 12

Основные показатели цистометрии и опорожнения мочевого резервуара при различных вариантах ИЦП
через 3 и 12 месяцев после операции

Показатель	Методика					
	по Хаутману, n=13		по Штудеру, n=27		J-резервуар, n=28	
	3 мес.	12 мес.	3 мес.	12 мес.	3 мес.	12 мес.
Объем первого позыва (мл)	292-374 (330,4±25,7)	588-1096 (718,3±132,4)	246-346 (292,7±32,2)	478-574 (533,2±28,2)	194-259 (227,2±30,3)	502-566 (534,7±29,3)
Максимальная емкость (мл)	345-482 (396,4±37,6)	653-1240 (776,2±182,4)	318-421 (374,2±35,2)	516-631 (588,4±25,2)	252-308 (284,5±31,8)	548-612 (582,3±28,5)
Давление (Pdet) при первом позыве (см вод. ст.)	16-25 (20,8±4,2)	12-19 (15,5±2,7)	21-32 (25,3±3,7)	17-25 (21,1±4,5)	19-28 (23,3±3,3)	16-28 (21,8±5,2)
Давление (Pdet) при максимальной емкости (см вод. ст.)	30-46 (35,2±4,3)	16-25 (21,2±5,3)	29-51 (35,6±5,7)	29-35 (32,2±4,2)	27-58 (38,6±9,6)	25-33 (32,4±3,1)
Давление при максимальном сокращении (см вод. ст.)	44-60 (51,8±6,2)	21-43 (33,3±8,4)	44-81 (56,8±14,3)	37-49 (41,6±2,4)	44-76 (54,6±12,6)	41-49 (44,3±2,2)
Интервалы между сокращениями (мл)	68-102 (92,0±8,2)	119-234 (158±50,2)	64-93 (78,8±11,2)	89-117 (106,4±7,7)	74-94 (84,6±5,3)	91-114 (106,1±7,2)
Комплаентность (мл/см вод. ст.)	22,2-48,6 (32,7±8,5)	51,2-76,3 (65,5±9,2)	15,4-35,8 (24,8±5,2)	32,9-54 (43,2±8,1)	19,0-32,9 (26,2±5,1)	33,4-58,2 (44,3±7,1)
Максимальная скорость мочеиспускания (мл/сек)	12,6-25,2 (21,2±4,3)	9,2-15,8 (13,1±2,6)	17,6-24,6 (23,4±2,2)	12,7-21,9 (16,5±3,4)	14,3-26,3 (20,8±2,2)	9,4-18,6 (13,8±2,4)
Количество остаточной мочи (мл)	38-85 (50,6±12,86)	82-316 (150,2±44,5)	17-49 (27,7±9,7)	44-165 (67,5±16,2)	25-65 (34,5±7,2)	60-218 (114,2±27,1)

У всех пациентов отмечалась тенденция к постепенному увеличению интервалов между перистальтическими сокращениями (средний объем жидкости, вызывающий каждое последующее сокращение). Значение этого показателя было достоверно выше у пациентов с резервуаром Хаутмана, и через год после операции составило $158 \pm 50,2$ мл.

Уникальная способность детрузора поддерживать в просвете МП низкое давление, несмотря на увеличение количества поступающей мочи, получило название адаптационной способности (растяжимость или эластичность). Снижение растяжимости приводит к повышению внутрирезервуарного давления и отрицательно сказывается на состоянии уродинамики верхних мочевых путей (ВМП).

Растяжимость кишечного резервуара с течением времени повышалась у всех больных, но наибольшая и статистически значимая была у больных после ИЦП по методу Хаутмана – $32,7 \pm 8,5$ мл/см водн. ст. через три месяца после операции и $65,5 \pm 9,2$ мл/см водн. ст. спустя 12 месяцев после операции. Статистически значимых различий между значениями последних двух показателей у больных после формирования J-резервуара ($26,2 \pm 5,1$ мл/см водн. ст. и $44,3 \pm 7,1$ мл/см водн. ст.) и цистопластики по методу Штудера ($24,8 \pm 5,2$ мл/см водн. ст. и $43,2 \pm 8,1$ мл/см водн. ст.) не отмечено.

Дополнительной положительной характеристикой ортотопической цистопластики путем формирования подвздошно-кишечного J-резервуара является возможность исключить натяжение в зоне анастомоза между уретрой и мочевым резервуаром даже при недостаточной длине брыжейки тонкой кишки, для чего применяют инвертирующую методику удлинения мочевого резервуара.

Оценка метаболических эффектов ортотопической ИЦП различными методами проведена путем исследования кислотно-основного состояния (КОС) капиллярной крови, а также калия, натрия и хлора венозной крови. Производили оценку через месяц после операции, затем каждые три месяца в течение первого года и каждые шесть месяцев в течение второго года после операции. У пациентов с J-образным резервуаром через три месяца после операции оказались ниже нормы только средние значения дефицита оснований (табл. 13, 14). В остальные сроки дефицит оснований был в норме. Средние значения рН крови, парциального давления углекислого газа, калия, натрия и хлора во все сроки наблюдения у больных с подвздошно-кишечным J-резервуаром были в норме. Средние значения рН у больных с резервуаром по Штудеру и Хаутману через один месяц после операции были ниже нормы и соответствовали умеренному ацидозу. Через один месяц после операции по Штудеру дефицит оснований был равен $-7,47 \pm 5,24$, после операции по Хаутману $-7,54 \pm 4,14$. К третьему месяцу значения были еще ниже – $8,34 \pm 2,68$ и $-8,04 \pm 2,28$ соответственно. К 12 месяцу значения дефицита оснований нормализовались.

Также изучены метаболические эффекты всех использованных методов деривации мочи: – по Бриккеру; – посредством формирования комбинированной уроколостомы; – Майнц-Пауч II; – Индиана-Пауч; – по Широкограду В. И. Средние значения рН крови, парциального давления углекислого газа, калия, натрия и хлора во все сроки наблюдения

были в пределах референтных значений у всех групп пациентов. Во всех наблюдениях был отмечен дефицит оснований, который был умеренным после всех инконтинентных технологий отведения мочи, и значимым после толстокишечной мочевого деривации. При этом во всех прослеженных наблюдениях данный показатель практически полностью восстанавливался к 12 месяцу наблюдений.

Представляемый материал обобщает более чем 10-летний период работы. Мы его условно разделили на две части, с 2005 г. по 2010 г. и с 2011 г. по 2015 г., для сравнения объема выполненных вмешательств, их характера, а также других хирургических аспектов, которые естественным образом эволюционировали по мере накопления опыта.

Практически в два раза больше вмешательств во втором периоде сопровождались резекцией МП. Это стало возможным, в том числе, благодаря более частому формированию петлевой колостомы в качестве первого этапа хирургического лечения первичного местно-распространенного КРР и за счет выключения зоны опухоли из пассажа кишечного содержимого с целью максимально купировать параканкрозный воспалительный процесс.

Мы провели специальное исследование по оценке влияния двустороннего промежностного дренирования в сочетании с восстановлением париетальной брюшины боковых стенок таза после операций, сопровождающихся ЦЭ, в сравнении с традиционным дренированием, через переднюю брюшную стенку, на различные характеристики раннего послеоперационного периода. Кроме того мы изучили различные варианты отграничения МТ после его эвисцерации от остальных отделов брюшной полости, что чрезвычайно важно для профилактики перемещения кишечных петель в лишенную органов и брюшины полость малого таза, более раннего восстановления перистальтики и снижения вероятности развития кишечной непроходимости.

В исследование по оценке двустороннего промежностного дренирования последовательно включен 71 пациент, которым запланирована ЦЭ или передняя ЭМТ с расширенной подвздошно-тазовой лимфодиссекцией по поводу инвазивного рака МП. Пациенты были разделены на две группы. В первой группе операцию заканчивали перитонизацией боковых стенок таза и двусторонним промежностным дренированием (n=36), во второй – традиционным дренированием через переднюю брюшную стенку без восстановления брюшины (n=35).

Оценка контролируемых параметров послеоперационного периода осуществлялась на 1, 3, 5 и 7 сутки после хирургического вмешательства. Послеоперационный болевой синдром оценивался по визуальной аналоговой шкале от 1 до 10. Восстановление кишечной функции оценивалось по наличию или отсутствию перистальтики, тошноты, рвоты, отхождения газов и стула. Также оценивали продолжительность потребности в перидуральном обезболивании, время активизации пациента (прогулка более 10 метров без поддержки), сроки госпитализации и осложнения в течение первых четырех недель после операции.

В раннем послеоперационном периоде пациентов с дренажными системами, установленными через переднюю брюшную стенку (2 группа) существенно больше беспокоил болевой синдром, оцененный согласно шкале интенсивности боли, сохранялась необходимость в продлении перидуральной анестезии, что в свою очередь требовало более длительного использования перидурального катетера (рис. 5-6). Выявленная значительная разница в интенсивности болевого симптома стала важной находкой.

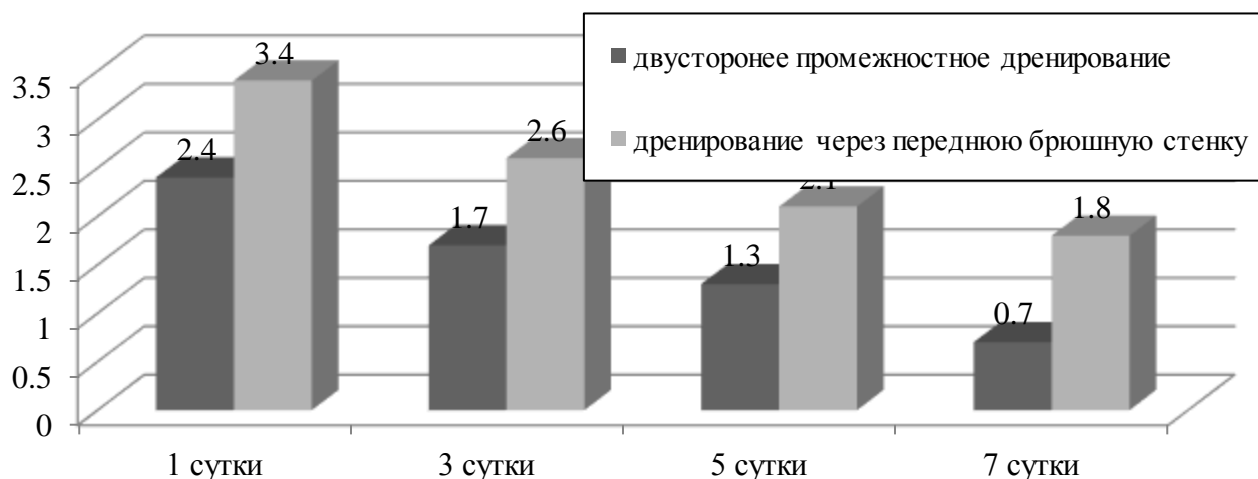


Рис. 5. Интенсивность болевого синдрома

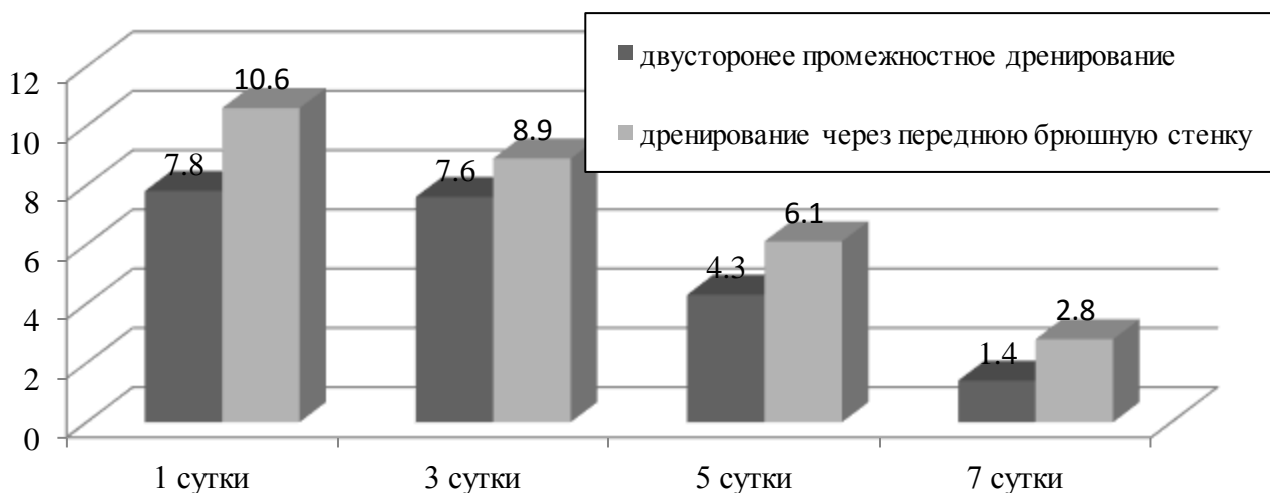


Рис. 6. Потребность в перидуральной анестезии (мл/ч)

Полученные результаты показали, что предлагаемая технология способствует более раннему восстановлению кишечной перистальтики, отхождению газов, появлению первого стула и уменьшению числа пациентов, которых беспокоит тошнота (рис. 7-9)

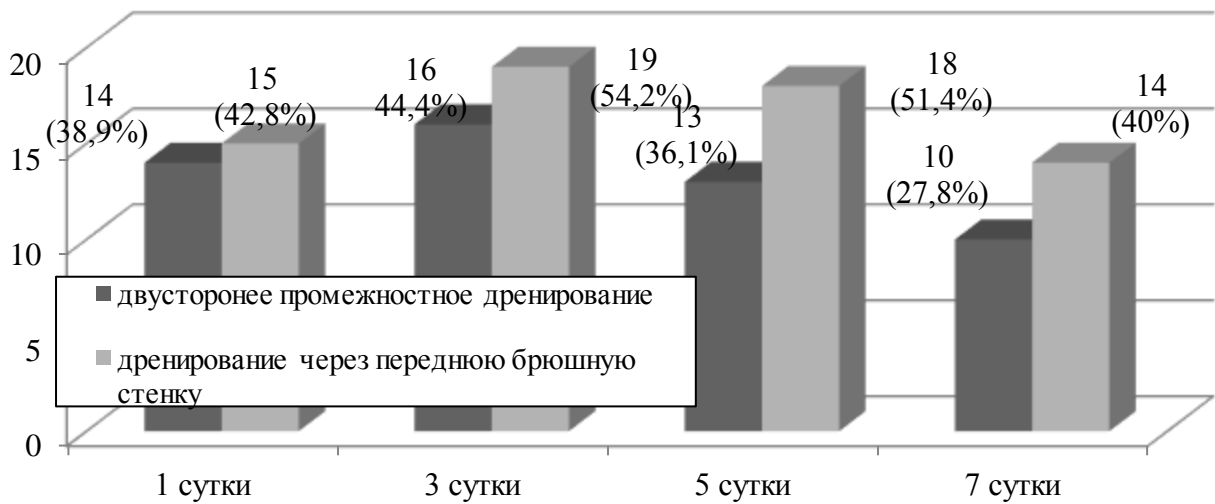


Рис. 7. Сроки сохранения тошноты в послеоперационном периоде

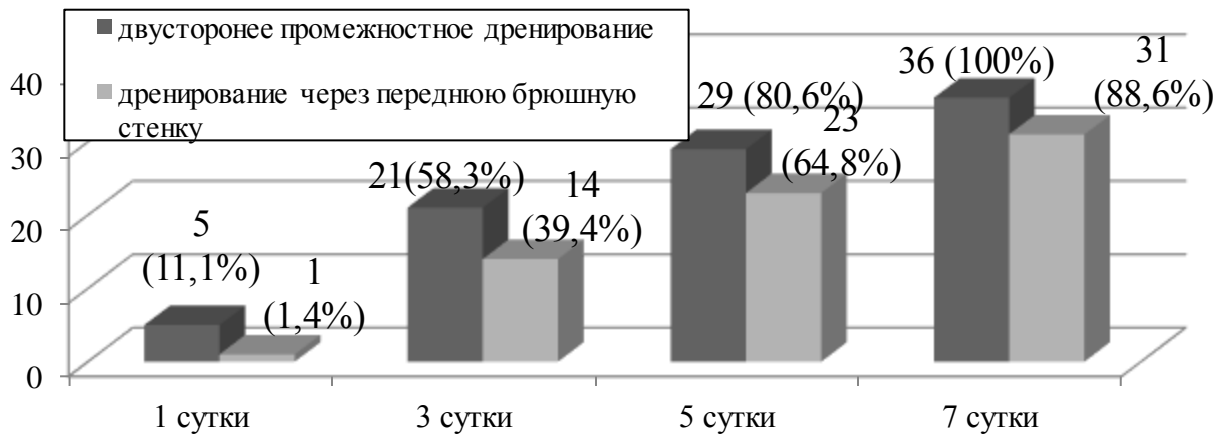


Рис. 8. Сроки первого метеоризма в послеоперационном периоде

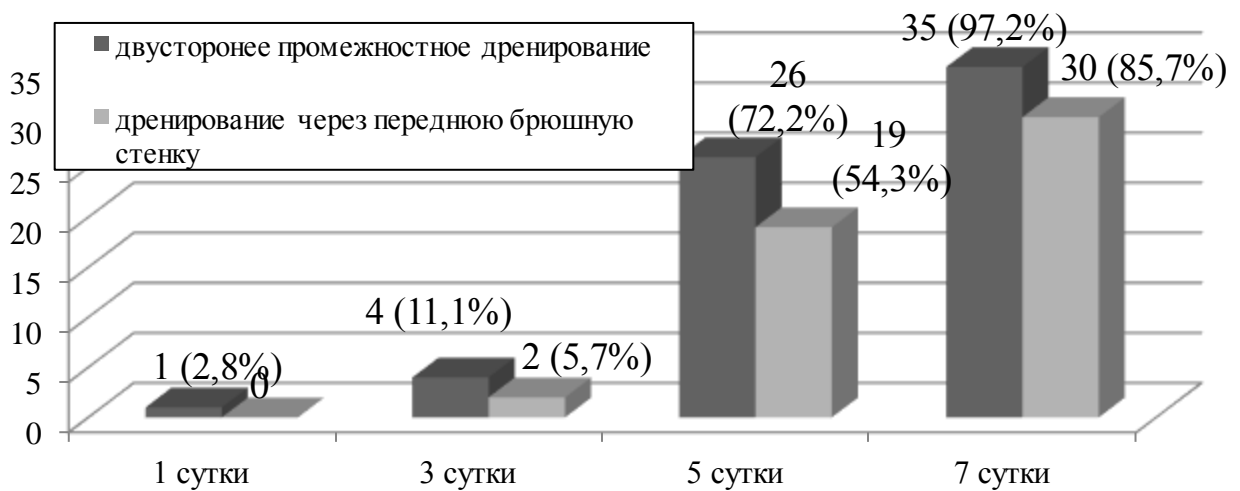


Рис. 9. Сроки первого стула в послеоперационном периоде

Для оценки эффективности различных технологий отграничения МТ после ЭМТ (табл. 13) на 1, 3, 5 и 7 сутки послеоперационного периода осуществляли регистрацию восстановления кишечной функции после хирургического вмешательства по наличию или отсутствию перистальтики, тошноты, рвоты, отхождения газов и стула, а также характеристике и частоте развития осложнений в течение четырех недель после операции.

Таблица 13

Характеристика операций и примененных методик отграничения МТ

Технология отграничения малого таза	Передняя ЭМТ		Полная ЭМТ		Всего
	СЛ	ИЛ	СЛ	ИЛ	
Прядь большого сальника	27 (17,0%)	3 (1,9%)	64 (40,2%)	-	94 (59,1%)
Брыжейкой тонкой кишки	18 (11,3%)	3 (1,9%)	10 (6,3%)	3 (1,9%)	34 (21,4%)
Композитная полипропиленовая сетка с антиадгезивным покрытием	-	-	9 (5,7%)	22 (13,8%)	31 (19,5%)
Всего	45 (28,3%)	6 (3,8%)	83 (52,2%)	25 (15,7%)	159 (100%)

Следует отметить, что во все сроки наблюдения и по всем исследуемым характеристикам у исследуемой группы регистрировали более быстрое восстановление кишечной функции. Тошнота, как субъективный симптом дисфункции пищеварительного тракта на 3, 5 и 7 сутки беспокоила 51,1%, 47,9% и 39,4% пациентов контрольной группы, против 41,5%, 33,8% и 24,6% у исследуемой. Уже на первые сутки после операции у 10,8% пациентов исследуемой группы отмечена перистальтика кишечника. На 3 и 5 сутки она была отмечена у 53,8% и 80,0% соответственно, а на 7 сутки кишечную перистальтику отчетливо регистрировали во всех наблюдениях. При этом у пациентов контрольной группы данная характеристика функции пищеварительного тракта впервые после операции была зафиксирована в соответствующие сроки в 2,1%, 39,4%, 64,9% и 90,4% наблюдений. Первый стул у пациентов, у которых одним из компонентов хирургического вмешательства было отграничение эвисцерированного МТ от брюшной полости на первые сутки отмечен у 4,6%, на 3, 5 и 7 у 10,8%, 69,2% и 95,4%. Если технология отграничения малого таза не применялась, то первый стул в указанные сроки регистрировали у 6,4%, 55,3% и 79,8% соответственно.

Отграничение брюшной полости от лишенного органов и брюшинного покрова МТ, наряду с экстраперитонизацией кишечного кондуита и промежностным дренированием позволяет кишечной функции восстановиться в более короткие сроки и

достоверно снизить частоту развития острой кишечной непроходимости в раннем послеоперационном периоде.

Анализ непосредственных результатов показал, что при сохранении общей структуры осложнений, которые развились в анализируемых периодах нашей работы, частота их развития значительно снизилась (табл. 14). В 2005-2010 гг. осложнения зарегистрированы у 35 (38,0%) из 92 оперированных больных, в 2011-2015 гг. – у 27 (21,8%) из 124. Зарегистрировано снижение как общего числа осложнений, так и вынужденных повторных хирургических вмешательств – с 60 (65,2%) до 42 (33,9%) и с 32 (34,8%) до 17 (13,7%) соответственно. Более чем в три раза снизилась послеоперационная летальность – с 7,6% до 2,4%. Отмечено снижение не только в относительных, но и в абсолютных значениях случаев регистрации хирургических осложнений непосредственно связанных с хирургическим вмешательством. Полагаем, что данных показателей удалось достичь не только за счет приобретенного опыта в связи с количеством прооперированных больных, но и во многом в связи с примененными специальными технологиями завершения хирургических вмешательств на органах МТ. Необходимо отметить, что частота развития послеоперационных осложнений после полных и передних ЭМТ, а также других комбинированных вмешательств на органах МТ, сопровождающихся резекцией МП, в сравнении с задними МВР сопоставима, и составила 28,7% против 32,3% (табл. 15). В то же время, структура осложнений у основной группы наблюдений более тяжелая, что обусловлено большим масштабом вмешательств (потребность в выполнении полных ЭМТ) и большим реконструктивным компонентом данных операций (восстановление системы мочевого деривации). Кроме того, в контрольной группе наиболее частым осложнением была послеоперационная атония МП. Это осложнение, безусловно, не является угрожающим жизни и лишь в большей или меньшей степени снижает КЖ пациентов.

Указанные обстоятельства послужили причиной того, что частота неблагоприятных исходов у пациентов контрольной группы (3,8%) в сравнении с основной (4,6%) была более низкой, но в тоже время необходимо отметить, что выявленное различие статистически не достоверно ($p=0,09$). Из осложнений, которые привели к летальному исходу, лишь 4 были непосредственно связаны с хирургическими действиями. 3 – прогрессирующий перитонит, 1 – несостоятельность колоректального анастомоза. У 12 пациентов причиной смерти были сбои в работе сердечно-сосудистой и дыхательной систем. В 4 случаях это был острый инфаркт миокарда (ОИМ), в 2 – острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), в 4 – тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) и в 2 причиной смерти стала пневмония.

Обобщая полученные непосредственные результаты хирургического лечения МРОМТ можно заключить, что удалось достичь значений частоты развития послеоперационных осложнений и летальности, сопоставимых с последствиями выполнения стандартных, немультивисцеральных вмешательств.

Таблица 14

Характер и частота послеоперационных осложнений, повторных операций и их исход
после комбинированных операций по поводу МРОМТ с поражением МП

	2005-2010			2011-2015		
	Количество осложнений	Повторные операции	Летальность	Количество осложнений	Повторные операции	Летальность
Острый инфаркт миокарда	2	-	1	3	-	1
ТЭЛА	3	-	2	3	-	2
Пневмония	5	-	1	6	-	-
Несостоятельность ПКА	1	1	-	-	-	-
Несостоятельность МКА	4	-	-	2	-	-
Мочевой перитонит (отграниченный)	4	-	-	2	-	-
Нарушение уродинамики ВМП	2	2	-	1	1	-
Несостоятельность ТКА	2	2	-	2	1	-
Кишечная непроходимость	12	12	-	7	7	-
Абсцесс малого таза	2	2	-	1	1	-
Перитонит	7	7	3	4	4	-
Нагноение послеоперационной раны	10	1	-	6	-	-
Подкожная эвентрация	3	3	-	2	2	-
Желудочно-кишечное кровотечение	1	-	-	2	-	-
Кровотечение в брюшную полость	2	2	-	1	1	-
Всего	60	32		42	17	
Осложненные пациенты	35 (38,0%)		7 (7,6%)	27 (21,8%)		3 (2,4%)
Общее количество пациентов	92			124		

Таблица 15

Характер и частота послеоперационных осложнений, повторных операций и их исход после комбинированных вмешательств по поводу МРОМТ с поражением МП и без поражения МП

	С поражением мочевого пузыря			Без поражения мочевого пузыря		
	Количество осложнений	Повторные операции	Летальность	Количество осложнений	Повторные операции	Летальность
Острый инфаркт миокарда	5	-	2	4	-	2
ОНМК	-	-	-	2	-	2
ТЭЛА	6	-	4	-	-	-
Пневмония	11	-	1	8	-	1
Несостоятельность ПКА	1	1	-	-	-	-
Несостоятельность МКА	6	-	-	-	-	-
Мочевой перитонит	6	-	-	-	-	-
Нарушение уродинамики ВМП	3	3	-	-	-	-
Атония мочевого пузыря	-	-	-	22	-	-
Несостоятельность ТКА	4	3	-	9	5	-
Кишечная непроходимость	19	19	-	14	14	-
Абсцесс малого таза	3	3	-	3	3	-
Перитонит	11	11	3	9	9	1
Нагноение послеоперационной раны	16	1	-	18	-	-
Подкожная эвентрация	5	5	-	4	2	-
Желудочно-кишечное кровотечение	3	-	-	2	-	-
Кровотечение в брюшную полость	3	3	-	2	2	-
Всего	102	49		97	37	
Осложненные пациенты	62 (28,7%)		10 (4,6%)	51 (32,3%)		6 (3,8%)
Общее количество пациентов	216			158		

В таблице 16 обобщены данные об осложнениях, зарегистрированных у наших пациентов, распределенных по степени тяжести согласно классификации Clavien-Dindo [Dindo D. et al., 2004]. Необходимо уточнить, что у ряда больных имелись несколько осложнений. В этих ситуациях при оценке тяжести осложнений учитывали наиболее тяжелое. Согласно данной классификации, к осложнениям I степени относятся любые отклонения от нормального течения послеоперационного периода, не требующие специальной лекарственной коррекции (допускается применение препаратов, направленных на купирование тошноты, боли, гипертермии, мочегонных средств и солевых растворов). В качестве осложнений II степени рассматривают клинические ситуации, требующие медикаментозной коррекции (включая парентеральное питание и переливание компонентов крови). Осложнения III степени характеризуются необходимостью в хирургической коррекции (в том числе эндоскопического, дренирования жидкостных скоплений под ультразвуковой навигацией и т.п.). Послеоперационные осложнения IV степени регистрируют в тех случаях, когда требуется продленное лечение больного в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии вследствие моно- или полиорганной дисфункции. V степень характеризуется смертью пациента в послеоперационном периоде.

Таблица 16

Осложнения, зарегистрированные после хирургического лечения МРОМТ, классифицируемые по Clavien-Dindo

Степень	С поражением МП		Без поражения МП	
	абс.	%	абс.	%
I-II	14	22,6	8	15,7
III	23	37,1	18	35,3
IV	15	24,2	19	37,2
V	10	16,1	6	11,8
Всего	62	100	51	100

Учитывая не всегда четко очерченные различия между осложнениями I и II степеней, для практического удобства мы объединили осложнения I и II степени в одну группу. В ситуациях, потребовавших повторных оперативных вмешательств, но позволивших перевести больных в отделение в течение первых двух суток после операции, регистрировали осложнение III степени. К этой же группе осложнений мы относили ситуации, потребовавшие дополнительного дренирования жидкостных скоплений в брюшной полости или малом тазу, а так же длительного оставления дренажей в зоне таких скоплений. Если возникала необходимость нахождения в отделении реанимации и интенсивной терапии в течение более чем 2 суток фиксировали осложнение IV степени.

Таким образом, осложнения, зарегистрированные у 62 больных, перенесших передние МВР органов МТ, чаще всего, в 32 (37,1%) случаях, относились к III степени тяжести. Далее, примерно равные доли занимают осложнения I-II и IV степени, это 22,6%

и 24,2% соответственно. Умерло (V степень) 16,1% осложненных больных. В группе задних МВР органов МТ (51 пациент) первые две позиции в доле осложненных больных занимает IV и III степень тяжести – 37,2% и 35,3% соответственно. Пациенты с осложнениями I-II степени составили 15,7%. Доля умерших из всех осложненных пациентов данной группы – 11,8%. Различия представленных значений в основной и контрольных группах не являются статистически достоверными. Тем не менее, необходимо отметить, что, несмотря на меньшее относительное число осложнений III-IV степени, у пациентов с вовлеченным в опухолевый процесс МП летальные исходы в этой группе случались чаще, что, по-видимому, обусловлено, в том числе, множественностью развивающихся осложнений при неблагоприятном течении послеоперационного периода у пациентов, перенесших сложные реконструктивные вмешательства после передних МВР органов МТ.

Мы изучили отдаленные результаты лечения всех пациентов, перенесших хирургическое лечение МРОМТ. Произведен сравнительный анализ общей выживаемости пациентов, у которых МРОМТ сопровождалось поражением МП и пациентов контрольной группы. Под общей выживаемостью понимали часть больных, которые живы на определенный период времени после хирургического вмешательства.

Общая годовая выживаемость пациентов с местно-распространенным КРР дистальных локализаций составила 99,1% [95% ДИ: 97,5 – 99,9], двухлетняя – 87,1% [95% ДИ: 80,9 – 93,3], трёхлетняя – 62,9% [95% ДИ: 53,7 – 72,1], четырехлетняя – 47,0% [95% ДИ: 37,2 – 56,8], пятилетняя 32,3% [95% ДИ: 22,5 – 42,1]. Медиана выживаемости составила 1423 дня с 95% ДИ 1199-1576. При этом из больных, страдающих местно-распространенным КРР с поражением МП и без поражения МП, один год пережили соответственно 98,3% [95% ДИ: 94,9 – 100]. Два года пережили 86,1% [95% ДИ: 77,1 – 95,1] и 86,3% [95% ДИ: 77,3 – 95,3], три года – 63,4% [95% ДИ: 50,4 – 76,4] и 60,3% [95% ДИ: 47,1 – 73,5], четыре года пережили 48,3% [95% ДИ: 34,3 – 62,3] и 43,4% [95% ДИ: 29,6 – 57,2], пять лет – 31,0% [95% ДИ: 17,2 – 44,8] и 30,9% [95% ДИ: 17,3 – 44,5] пациентов соответственно.

В первой группе медиана выживаемости – 1479 дней с 95% ДИ 1239-1764. Во второй – 1345 дней с 95% ДИ 1076-1756. Log-rank тест: $\chi^2 = 0,469$, $p=0,493$ (рис. 10).

Общая годовая выживаемость у пациентов с местно-распространенным РШМ составила 65,5% [95% ДИ: 53,3 – 77,7], двухлетняя – 49,8% [95% ДИ: 36,8 – 62,8], трёхлетняя – 41,6% [95% ДИ: 28,4 – 54,8], четырехлетняя – 26,3% [95% ДИ: 13,9 – 38,7], пятилетняя – 11,0% [95% ДИ: 6,5 – 15,5]. Медиана выживаемости составила 1084 дня с 95% ДИ 542-1271. При этом различия в общей выживаемости у пациентов местно-распространенным РШМ, сопровождающимся поражением МП и без данного признака были незначимыми.

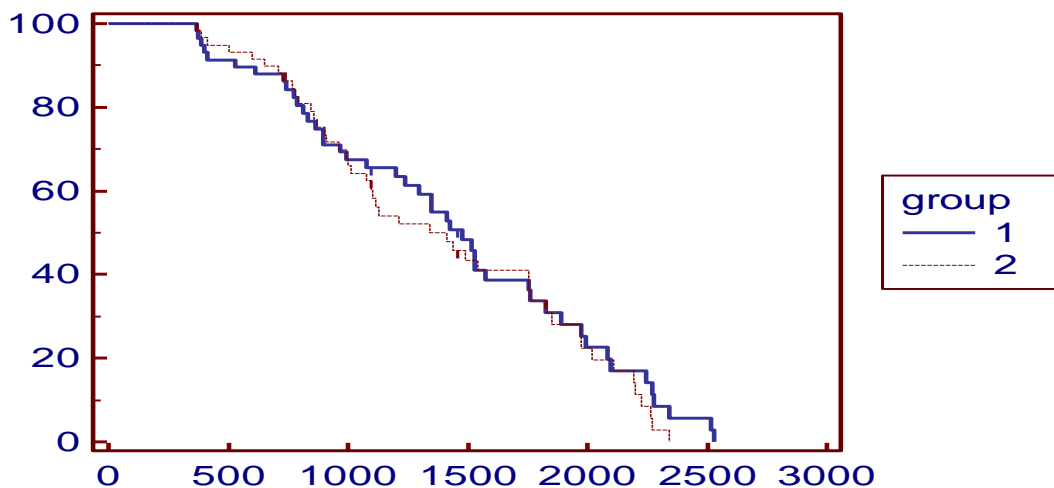


Рис. 10. Общая выживаемость пациентов после хирургического лечения местно-распространенного КРР дистальных локализаций (в днях).
Группа 1 – с поражением МП, группа II 2 – без поражения МП

При поражении МП одно-, двух-, трех-, четырех- и пятилетняя выживаемость составила 63,7% [95% ДИ: 49,7 – 77,7], 49,8% [95% ДИ: 35 – 64,6], 41,6% [95% ДИ: 26,6 – 56,5], 23,8% [95% ДИ: 9,8 – 37,8] и 8,9% [95% ДИ: 4,1 – 13,7]. При отсутствии поражения МП искомые показатели составили соответственно 64,3% [95% ДИ: 38,7 – 89,9], 41,7% [95% ДИ: 14,7 – 68,7], 33,3% [95% ДИ: 20,2 – 46,4], 25,0% [95% ДИ: 12,8 – 37,2] и 8,3% [95% ДИ: 0,4 – 16,2]. Log-rank тест: $\chi^2 = 0,025$, $p=0,873$ (рис. 11).

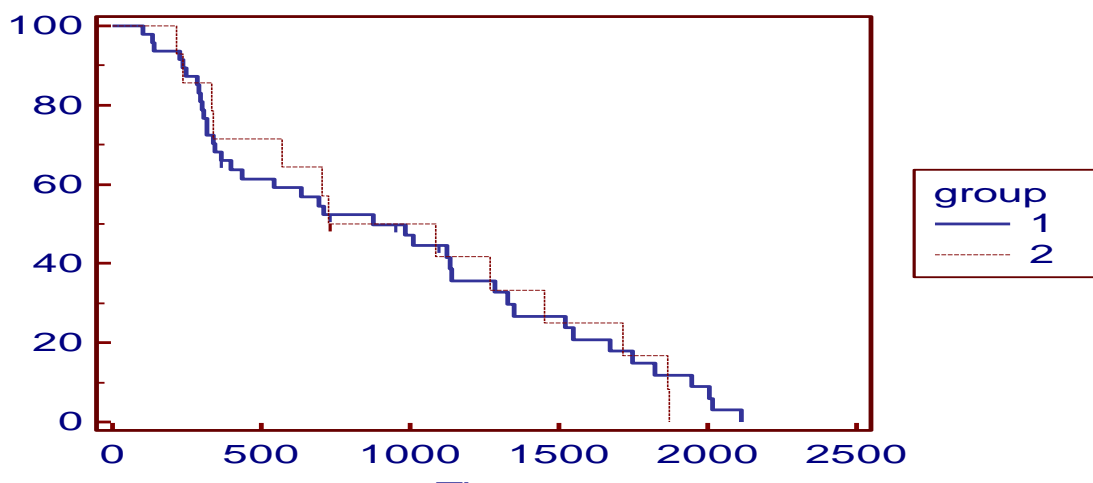


Рис. 11. Общая выживаемость пациентов после хирургического лечения местно-распространенного РШМ (в днях).
Группа 1 – с поражением МП, группа II 2 – без поражения МП

Общая годовичная выживаемость пациентов, перенесших хирургическое лечение местно-распространенного РЯ, составила 77,5% [95% ДИ: 87,3 – 97,7]. Два года пережили 59,6% [95% ДИ: 47,4 – 71,8] больных, три – 42,5% [95% ДИ: 29,9 – 55,1], четыре – 31,3%

[95% ДИ: 9,1 – 43,5], пять лет – 19,4% [95% ДИ: 8,8 – 30] пациентов. При этом из больных, страдающих местно-распространённым РЯ с поражением МП и без поражения МП, один год пережили соответственно 79,8% [95% ДИ: 63,8 – 95,8] и 73,6% [95% ДИ: 60 – 87,2]. Два года пережили 71,2% [95% ДИ: 52,8 – 89,6] и 49,8% [95% ДИ: 33,8 – 65,8], три года – 57,5% [95% ДИ: 36,9 – 78,1] и 30,2% [95% ДИ: 15,2 – 45,2], четыре – 43,1% [95% ДИ: 21,9 – 61,3] и 20,7% [95% ДИ: 6,9 – 34,5], пять лет – 27,9% [95% ДИ: 8,3 – 47,5] и 10,3% [95% ДИ: 4,9 – 15,8] пациентов соответственно. В первой группе медиана выживаемости – 1425 дней с 95% ДИ 996-1936. Во второй – 738 дней с 95% ДИ 649-912. Log-rank тест: $\chi^2 = 3,18$, $p=0,074$ (рис. 12).

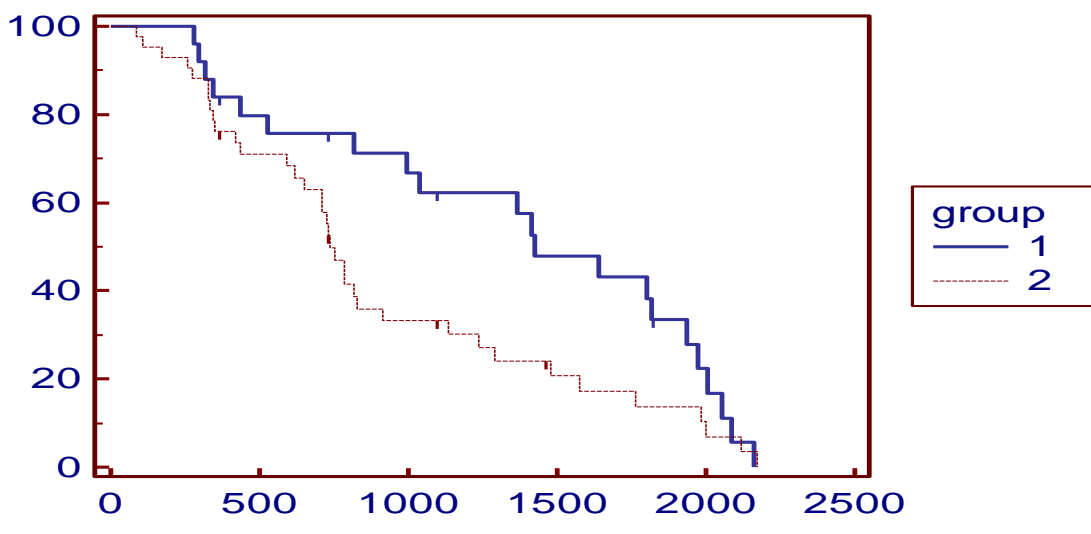


Рис. 12. Общая выживаемость пациентов после хирургического лечения местно-распространенного РЯ (в днях).

Группа 1 – с поражением МП, группа II 2 – без поражения МП

Оценка общей выживаемости пациентов с МРОМТ, исходящей из тела матки, показала, что не было достоверных различий по данному показателю в случаях с вторичным поражением МП и без поражения МП. Годичная выживаемость составила 84,4% [95% ДИ: 70,2 – 98,6], двухлетняя – 72,2% [95% ДИ: 54,5 – 90], трехлетняя – 54,9% [95% ДИ: 34,9 – 74,9], четырехлетняя – 36,0% [95% ДИ: 16 – 56], пятилетняя – 13,7% [95% ДИ: 5,6 – 21,8]. Медиана выживаемости составила 1325 дней с 95% ДИ 963-1659. В группе пациентов, у которых РТМ вовлекал в опухолевый процесс МП, один год пережили 85,1% [95% ДИ: 77,7 – 92,5], два года пережили 69,6% [95% ДИ: 44,2 – 95], три года – 53,1% [95% ДИ: 24,9 – 81,3], четыре – 35,4% [95% ДИ: 21,5 – 49,3], пять – 13,3% [95% ДИ: 1,9 – 24,7] больных. Медиана выживаемости составила 1325 дней с 95% ДИ 963-1905. При отсутствии поражения МП одно-, двух-, трех- и четырехлетняя выживаемость составила 75,0% [95% ДИ: 50 – 100], 65,6% [95% ДИ: 37,6 – 93,6], 46,9% [95% ДИ: 16,9 – 76,9] и 25,0% [95% ДИ: 11,9 – 39,1]. Пять лет пережил лишь один из 12 больных. Медиана выживаемости составила 1296 дней с 95% ДИ 814-1802. Log-rank тест: $\chi^2 = 0,257$, $p=0,6116$ (рис. 13).

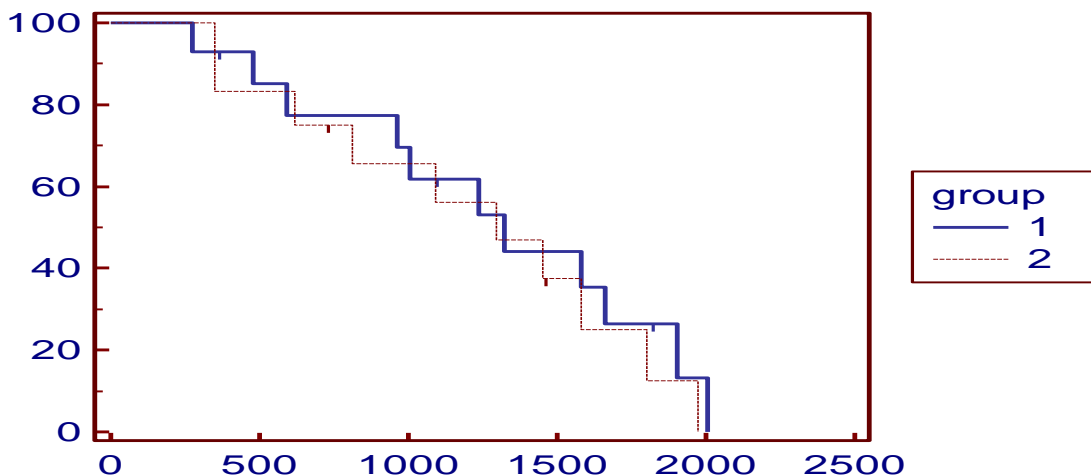


Рис. 13. Общая выживаемость пациентов после хирургического лечения местно-распространенного РТМ (в днях).

Группа 1 – с поражением МП, группа II 2 – без поражения МП

При оценке общей выживаемости больных после хирургического лечения, страдающих местно-распространенным и рецидивным РВ отмечено, что трехлетний рубеж не пережил никто. Годичная выживаемость составила 67,3% [95% ДИ: 41,3 – 93,3], двухлетняя – 46,2% [95% ДИ: 16,2 – 76,2]. Три года не пережил никто. Медиана выживаемости составила 753 дня с 95% ДИ 452-1053. Во второй группе лишь один пациент пережил два года после операции. Различия между группами пациентов с поражением МП и без поражения МП были недостоверными. Log-rank тест: $\chi^2 = 0,2911$, $p=0,5895$ (рис. 14).

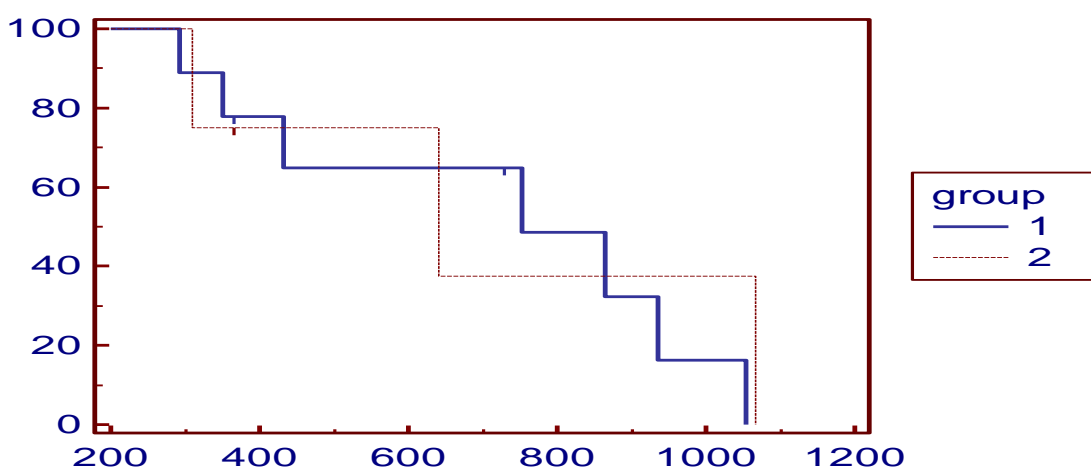


Рис. 14. Общая выживаемость пациентов после хирургического лечения местно-распространенного рака влагалища (в днях).

Группа 1 – с поражением МП, группа II 2 – без поражения МП

Таким образом, наилучших онкологических результатов лечения пациентов, страдающих МРОМТ, с 32,5% пятилетней выживаемостью удалось добиться в группе КРР.

Со значительным отставанием и показателем в 19,4% идет РЯ. Более низкие показатели в 13,7% и 11% продемонстрировали пациенты с диагнозом РТМ и РШМ. Пятилетний рубеж дожития, к сожалению, был абсолютно недостижим для пациентов, страдающих РВ. Существенно более благоприятных значений общей выживаемости у больных КРР и РЯ удалось достичь, в том числе, благодаря характерным биологическим особенностям опухолей данной локализации, характеризующейся их высокой чувствительностью к системной противоопухолевой терапии.

ВЫВОДЫ

1. Злокачественные новообразования органов малого таза в 17,0% случаев характеризуются местным экстраорганным распространением, при этом при раке дистальных отделов толстой кишки вовлечение соседних органов отмечено в 20,7% случаев, раке влагалища – в 12,5%, раке яичников – в 16,1%, раке шейки и тела матки – в 18,5% и 9,1%, соответственно.

2. По характеру распространения опухолевого процесса на соседние органы и структуры малого таза выделено 4 типа опухолей:

I – опухоли, распространяющиеся на небольшой участок, удаление которого может быть ограничено сегментарной или атипичной резекцией вовлеченных органов (50,8%);

II – опухоли, распространяющиеся на соседние органы и структуры малого таза с формированием опухолевых инфильтратов, представляющих собой неразделимые конгломераты органов (32,0%);

III – опухоли, распространяющиеся на соседние полые органы с формированием «злокачественных» свищей (мочепузырно-влагалищного, мочепузырно-кишечного, влагалищно-кишечного, комбинированного) (7,6%);

IV – опухоли, распространяющиеся на мышечно-апоневротические и костные структуры, а также магистральные сосуды таза (9,6%).

3. Вовлечение мочевого пузыря в опухолевый процесс наблюдается в 4,7% случаев первичных злокачественных новообразований органов малого таза, и в 47,1% случаев при их рецидивах. Чаще всего поражение мочевого пузыря отмечено при рецидивах рака влагалища – 66,7%, шейки матки – 62,1% и яичников – 46,5%. Реже мочевой пузырь вовлекается в опухолевый процесс при первичных злокачественных новообразованиях тела матки – 2,4%, яичников – 3,6% и шейки матки – 4,8%. Рак дистальных отделов толстой кишки распространяется на мочевой пузырь в 6,1% случаев при первичном характере заболевания и в 31,7% при его рецидивах.

4. При оценке характера местного распространения опухолей, исходящих из органов малого таза наиболее информативным является магнитно-резонансное томографическое исследование, демонстрируя чувствительность, специфичность и точность в 98%, 82%, и 90% соответственно.

5. Тактика двухэтапного хирургического вмешательства с предварительным формированием колостомы и неоадьювантной химиотерапией у пациентов с местнораспространенным колоректальным раком, сопровождающимся поражением мочевого

пузыря, позволила увеличить частоту применения органосохранных хирургических вмешательств (выполнить резекцию МП вместо цистэктомии) с 19,2% до 33,3%.

6. В 73,6% случаев вовлечения мочевого пузыря в опухолевый процесс необходимым объемом хирургического вмешательства была эвисцерация малого таза. Она была выполнена во всех случаях местно-распространенного рака шейки матки и влагалища, в 62,3% случаях колоректального рака, 68,7% рака тела матки и 39,3% рака яичников.

7. Окончательный выбор метода реконструкции мочевого пузыря возможен после его интраоперационной ревизии и оценки характера и объема его поражения местно-распространенным злокачественным опухолевым процессом. Выделено четыре степени вторичного опухолевого поражения мочевого пузыря:

I – распространение опухоли на ограниченном участке МП, резекция которого с клиренсом от видимой опухолевой инфильтрации в 2 см позволяет восстановить его целостность на баллоне катетера Фоллея объемом 30 мл (19,3%);

II – распространение опухоли на значительном участке МП, резекция которого позволяет сохранить треугольник Льео с устьями мочеточников и шейкой мочевого пузыря, а его реконструкция требует применения аугментационной техники (4,5%);

III – распространение опухоли на обширном участке МП, резекция которого не позволяет полностью сохранить треугольник Льео; необходима аугментация МП с реимплантацией одного или обоих мочеточников (2,6%);

IV – распространенность опухолевого поражения МП не позволяет при выполнении резекции с клиренсом от видимой опухолевой инфильтрации в 2 см сохранить структуры МП; требуется выполнение цистэктомии (73,6%).

8. Комбинированная двуствольная уроколостома является альтернативой раздельному формированию коло- и уростом после полной эвисцерации малого таза. Отсутствие дополнительного межкишечного анастомоза уменьшает длительность вмешательства и снижает риск послеоперационных осложнений, а отсутствие второй стомы приводит к меньшей редукации качества жизни пациентов. При необходимости замещения промежностного дефекта VRAM лоскутом применение комбинированной двуствольной уроколостомы является абсолютным приоритетом.

9. Ортопическое замещение мочевого пузыря после его удаления целесообразно осуществлять путем формирования подвздошно-кишечного J-резервуара. По сравнению с классическими методиками Штудера (1984) и Хаутмана (1985) техника формирования подвздошно-кишечного J-резервуара более проста в исполнении, позволяет реализовывать континентную ортопическую деривацию мочи с сопоставимыми уродинамическими показателями и лучшими показателями метаболических изменений в послеоперационном периоде. Кроме того, при короткой брыжейке тонкой кишки формирование подвздошно-кишечного J-резервуара позволяет избежать развития натяжения в зоне анастомоза между уретрой и мочевым резервуаром за счет его инвертирующего позиционирования.

10. Выполнение паллиативных хирургических вмешательств при местно-распространенных злокачественных новообразованиях органов малого таза, сопровождающихся поражением мочевого пузыря, абсолютно показано у пациентов с

осложненным характером опухолевого процесса (формирование злокачественных свищей, кровотечение, болевой синдром) и оправдано у лиц молодого возраста, имеющих перспективу получения комбинированного противоопухолевого лечения.

11. Осложнения хирургического лечения местно-распространенных злокачественных новообразований органов малого таза с вовлечением мочевого пузыря и без него не имели достоверных различий по частоте (30,5% и 33,9% соответственно) ($p=0,08$), но различались по структуре и тяжести. Характерным отличием было развитие несостоятельности анастомозов мочевыводящих путей у пациентов первой группы (6,4%), и послеоперационная атония мочевого пузыря (32,8%) больных второй группы.

12. Перитонизация боковых стенок таза, отграничение малого таза и экстраперитонизация мочеточнико-резервуарных анастомозов в сочетании с двухсторонним промежностным дренированием брюшной полости являются мерами, позволившими снизить частоту развития характерных осложнений хирургического лечения местно-распространенных злокачественных новообразований, сопровождающихся поражением мочевого пузыря с 38,4% до 23,5% ($p=0,03$).

13. Лучшие пятилетние результаты выживаемости комбинированного лечения больных местно-распространенными злокачественными новообразованиями органов малого таза получены при первичной локализации опухоли в дистальных отделах толстой кишки – 32,5%. У пациентов с местно-распространенными онкогинекологическими заболеваниями пятилетний рубеж преодолен 19,4% больных раком яичников, 13,7% больных раком тела матки и 11% больных раком шейки матки. При раке влагалища двухлетняя выживаемость составила 46,2%, а три года не пережил никто.

14. Вторичное поражение мочевого пузыря у больных с местно-распространенными злокачественными новообразованиями органов малого таза не явилось фактором, ухудшающим общую выживаемость после их комбинированного лечения.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При первичном обследовании всех пациентов со злокачественными новообразованиями дистальных отделов толстой кишки и женских гениталий необходимо выполнять магнитно-резонансную томографию малого таза, так как этот метод обладает лучшими характеристиками оценки местно-распространенного характера новообразования.

2. Определение типа местно-распространенного характера опухоли малого таза необходимо стремиться проводить на диагностическом этапе, что позволяет оптимально сформулировать лечебную тактику.

3. Хирургическое лечение местно-распространенных форм колоректального рака, сопровождающихся поражением мочевого пузыря и не осложненных свищем или кровотечением, следует проводить в два этапа, первым из которых будет формирование петлевой колостомы. Это позволяет минимизировать параканкротный воспалительный процесс и повысить шансы на ортотопическую реконструкцию мочевого пузыря.

4. При вторичном опухолевом поражении мочевого пузыря хирургическое вмешательство следует начинать с его вскрытия и ревизии для точного определения масштаба поражения

мочевого пузыря и корректного планирования объема его резекции и способа реконструкции.

5. При резекции мочевого пузыря необходимо стремиться сохранить все его ткани на расстоянии более 2,0 см от края опухолевой инфильтрации и использовать их в реконструкции мочевого пузыря. При невозможности восстановить полость мочевого пузыря на баллончике от катетера Фоллея объемом 50 мл необходимо выполнить аугментацию мочевого пузыря.

6. Для цистопластики после удаления мочевого пузыря по поводу местно-распространенных злокачественных новообразований следует использовать подвздошно-кишечный J-резервуар.

7. При выполнении полной инфралевавторной эвисцерации малого таза, когда показано пластическое замещение тазового дна, методом выбора мочевого и каловой деривации следует считать формирование комбинированной двуствольной уроколостомы.

8. При необходимости накожной деривации мочи приоритетной технологией следует считать формирование самокатетерируемого резервуара по Индиана-Пауч. У пациентов со скомпрометированной функцией почек методом выбора является технологи Бриккера.

9. У пациентов с категоричным неприятием формирования накожных стом и удовлетворительной функцией почек после передних эвисцераций малого таза деривация мочи реализуется посредством технологии Майнц-Пауч II, после полных надлевавторных эвисцераций малого таза – по методу В. И. Широкограда.

10. Выполнение паллиативных вмешательств при местно-распространенных злокачественных опухолях малого таза целесообразно во всех случаях, когда есть перспектива комбинированного лечения пациента, а также если опухоль является причиной кровотечения, привела к формированию свища или вызывает некупируемый болевой синдром.

11. При завершении комбинированных хирургических вмешательств, сопровождающихся цистэктомией, следует максимально полно перитонизировать боковые стенки таза с экстраперитониальным размещением зон мочеточнико-кишечных анастомозов.

12. Завершать хирургические вмешательства по поводу местно-распространенных опухолей малого таза, сопровождающихся поражением мочевого пузыря, необходимо двухсторонним промежностным дренированием.

СПИСОК ПЕЧАТНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Костюк И.П. – Непосредственные результаты хирургического лечения местно-распространенного рака толстой кишки / Л.Д. Роман, К.Г. Шостка, А.М. Карачун, И.П. Костюк, Д.Ю. Богородский // Сборник тезисов конференции «Актуальные вопросы абдоминальной онкологии» памяти заслуженного деятеля науки РСФСР профессора Р.А. Мельникова. – Санкт-Петербург. – 2005. – С. 41-42

2. Костюк И.П. – Хирургическое лечение местно-распространенного рака толстой кишки / Л.Д. Роман, К.Г. Шостка, А.М. Карачун, И.П. Костюк, Д.Ю. Богородский // *Материалы IX Российского онкологического конгресса.* – М.: – 2005. – С. 194.
3. Костюк И.П. – Комбинированная резекция сигмовидной кишки с надвлагалищной ампутацией матки, резекцией поперечной ободочной кишки, мочевого пузыря и передней брюшной стенки / Л.Д. Роман, К.Н. Мовчан, С.И. Горелов, В.Ю. Старцев, И.П. Костюк, О.А. Гриненко, И.Л. Пулин // *Вестник хирургии.* – 2005. – Т. 164, № 5. – С. 115-116.
4. Костюк И.П. – Хирургическое лечение местно-распространенного рака толстой кишки / Л.Д. Роман, К.Н. Мовчан, К.Г. Шостка, А.М. Карачун, И.П. Костюк, О.А. Гриненко, Д.Ю. Богородский // *Вестник хирургии.* – 2005. – Т. 164, № 5. – С. 116.
5. Костюк И.П. – Хирургическое лечение местно-распространенного рака толстой кишки / Л.Д. Роман, Ю.П. Богородский, А.М. Карачун, К.Г. Шостка, И.П. Костюк, Д.Ю. Богородский // *Материалы второго съезда колопроктологов России с международным участием «Актуальные вопросы колопроктологии».* – Уфа, 2007. – С. 325-326.
6. Костюк И.П. – Непосредственные результаты хирургического лечения местно-распространенных форм колоректального рака / К.Г. Шостка, Л.Д. Роман, И.П. Костюк, Д.Ю. Богородский, А.М. Карачун, А.Н. Павленко, А.В. Федченко // *Онкохирургия.* – 2008. № 1. – С 51.
7. Костюк И.П. – Надлеворная эвисцерация малого таза при местно-распространенном раке толстой кишки / Л.Д. Роман, И.П. Костюк, К.Г. Шостка, А.Н. Павленко, И.Л. Пулин, С.И. Лефтеров, Д.А. Хворостенко // *Вестник хирургии.* – 2009. – Т. 168, № 5. – С. 100-101.
8. Костюк И.П. – Передняя надлеворная эвисцерация малого таза с континентной деривацией мочи по Майнц-Пауч-II при местно-распространенном раке шейки матки / Л.Д. Роман, И.П. Костюк, К.Г. Шостка, А.Н. Павленко, И.Л. Пулин, С.И. Лефтеров, Д.А. Хворостенко // *Вестник хирургии.* – 2009. – Т. 168, № 5. – С. 101.
9. Костюк И.П. – Непосредственные результаты хирургического лечения местно-распространенных и рецидивных опухолей малого таза / Л.Д. Роман, К.Г. Шостка, Ю.П. Богородский, А.М. Карачун, И.П. Костюк, А.Н. Павленко, А.В. Федченко // *Вестник хирургии.* – 2009. – Т. 168, № 5. – С. 101-102.
10. Костюк И.П. – Сравнительные результаты различных методов формирования уретероилеоанастомоза при деривации мочи по Бриккеру / И.П. Костюк, К.Г. Шостка, Л.А. Васильев, А.Н. Павленко, С.С. Крестьянинов // *«Вестник Российской Военно-медицинской академии»* – 2011, – Т. 27. № 1. – С. 334.
11. Костюк И.П. – Непосредственные результаты эвисцераций у пациентов с местно-распространенными и рецидивными опухолями органов малого таза / Л.Д. Роман, К.Г. Шостка, И.П. Костюк, А.Н. Павленко, Д.Ю. Богородский, А.М. Карачун, А.В. Фокина, К.С. Ильин // *Материалы научно-практической конференции «Диагностика и лечение опухолей тазовой локализации»* – 2011, – С. 126.
12. Костюк И.П. – Эвисцерация малого таза по поводу местно-распространенного колоректального рака в специализированном онкологическом центре / Э.Г. Топузов, Л.Д.

Роман, К.Г. Шостка, И.П. Костюк, А.Н. Павленко, Д.Ю. Богородский, К.С. Ильин // *Материалы пятой международной конференции "Мультидисциплинарный подход в лечении рака прямой кишки"*, – 2011. – С. 56-57.

13. Костюк И.П. – Непосредственные результаты эвисцераций у пациентов с местно-распространенными и рецидивными опухолями органов малого таза / Л.Д. Роман, К.Г. Шостка, И.П. Костюк, А.Н. Павленко, Д.Ю. Богородский, А.М. Карачун // *Матер. II съезда колопроктологов стран СНГ, III съезда колопроктологов Украины с участием стран Центральной и Восточной Европы.* – Одесса.: «Имидж Украины», 2011. – С. 188-189.

14. Костюк И.П. - Отдаленные результаты использования различных вариантов формирования уретероилеоанастомоза при деривации мочи по Бриккеру у пациентов пожилого и старческого возраста / Л.Д. Роман, Л.А. Васильев, А.Ю. Шестаев, И.П. Костюк, В.Х. Хейфиц, К.Г. Шостка, А.Н. Павленко, С.С. Крестьянинов, О.Ф. Каган // *Материалы VI конгресса Российского общества онкоурологов*, – 2011. – С. 191.

15. Костюк И.П. – Динамика изменения поздних послеоперационных осложнений после различных вариантов формирования уретероилеоанастомоза при операции Бриккера у пациентов пожилого и старческого возраста / Л.Д. Роман, Л.А. Васильев, А.Ю. Шестаев, В.Х. Хейфиц, И.П. Костюк, К.Г. Шостка, А.Н. Павленко, С.С. Крестьянинов, О.Ф. Каган // *Материалы VI конгресса Российского общества онкоурологов*, – 2011. – С. 191-192.

16. Костюк И.П. – Выбор метода формирования уретероилеоанастомоза при деривации мочи по Бриккеру у пациентов пожилого и старческого возраста / Л.Д. Роман, Л.А. Васильев, А.Ю. Шестаев, В.Х. Хейфиц, И.П. Костюк, К.Г. Шостка, А.Н. Павленко, С.С. Крестьянинов, О.Ф. Каган // *Онкоурология.* – 2011. – №. 4. – С. 42-46.

17. Костюк И.П. – Непосредственные результаты хирургического лечения местно-распространенных и рецидивных опухолей малого таза с поражением мочевого пузыря / И.П. Костюк, К.Г. Шостка, А.Н. Павленко, С.С. Крестьянинов, Л.А. Васильев, А.В. Фокина // *Материалы XV Российского онкологического конгресса.* – М. – 2011. – С. 197-198.

18. Костюк И.П. – Непосредственные результаты эвисцераций у пациенток с местно-распространенным раком шейки матки / Л.Д. Роман, А.Ф. Урманчеева, К.Г. Шостка, А.Н. Павленко, И.П. Костюк, А.В. Фокина // *«60 лет Ленинградскому областному онкологическому диспансеру»*: сборник научных трудов. – СПб. – 2011. – С. 94-95.

19. Костюк И.П. – Непосредственные результаты выполнения эвисцераций малого таза по поводу местно-распространенного колоректального рака / Л.Д. Роман, К.Г. Шостка, А.Н. Павленко, И.П. Костюк, Д.Ю. Богородский, К.С. Ильин // *«60 лет Ленинградскому областному онкологическому диспансеру»*: сборник научных трудов. – СПб. – 2011. – С. 102-103.

20. Костюк И.П. – Пути улучшения качества жизни пациентов пожилого и старческого возраста после операции Бриккера / Л.Д. Роман, Л.А. Васильев, А.Ю. Шестаев, В.Х. Хейфиц, И.П. Костюк, К.Г. Шостка, А.Н. Павленко, С.С. Крестьянинов, О.Ф. Каган // *Успехи геронтол.* – 2011. – Т. 24, № 4. – С. 668-673.

21. Костюк И.П. – Диагностический алгоритм при местно-распространенных опухолях тазовой локализации / И.П. Костюк // *Материалы 6-ой научно-практической городской конференции «Актуальные вопросы урологии и гинекологии»*. – СПб. – 2011. – С. 14.
22. Костюк И.П. – Оптимизация техники дренирования брюшной полости после хирургических вмешательств на органах малого таза, сопровождающихся цистэктомией / И.П. Костюк, К.Г. Шостка, С.С. Крестьянинов, Л.А. Васильев, А.Н. Павленко, Э.В. Фокина // *Материалы конференции онкоурологов СНГ «Актуальные вопросы диагностики и лечения местно-распространенного и метастатического рака почки, мочевого пузыря и предстательной железы»*. – Киев. – 2012. – С. 38.
23. Костюк И.П. – Тонкокишечный J-резервуар в ортотопической деривации мочи после хирургических вмешательств на органах малого таза, сопровождающихся цистэктомией / И.П. Костюк, А.Ю. Шестаев, С.С. Крестьянинов, Л.А. Васильев, В.К. Карандашов // *Материалы конференции онкоурологов СНГ «Актуальные вопросы диагностики и лечения местно-распространенного и метастатического рака почки, мочевого пузыря и предстательной железы»*. – Киев. – 2012. – С. 37-38.
24. Костюк И.П. – Развитие хронической почечной недостаточности после операции Бриккера у лиц пожилого и старческого возраста / Л.А. Васильев, И.П. Костюк, С.С. Крестьянинов // *Материалы конференции онкоурологов СНГ «Актуальные вопросы диагностики и лечения местно-распространенного и метастатического рака почки, мочевого пузыря и предстательной железы»*. – Киев. – 2012. – С. 33.
25. Костюк И.П. – Функциональное состояние почек после операции Бриккера у лиц пожилого и старческого возраста / Л.А. Васильев, И.П. Костюк, С.С. Крестьянинов // *Материалы конференции онкоурологов СНГ «Актуальные вопросы диагностики и лечения местно-распространенного и метастатического рака почки, мочевого пузыря и предстательной железы»*. – Киев. – 2012. – С. 32-33.
26. Костюк И.П. – Комбинированные вмешательства в хирургическом лечении больных местно-распространенным раком мочевого пузыря / И.П. Костюк, А.Ю. Шестаев, Е.Н. Белова, Л.А. Васильев, С.С. Крестьянинов // *Материалы конференции онкоурологов СНГ «Актуальные вопросы диагностики и лечения местно-распространенного и метастатического рака почки, мочевого пузыря и предстательной железы»*. – Киев. – 2012. – С. 37. (соавт. Шестаев А.Ю., Белова Е.Н., Васильев Л.А., Крестьянинов С.С.)
27. **Костюк И.П. – Паллиативные эвисцерации малого таза в хирургическом лечении местно-распространенного и рецидивного рака шейки матки / И.П. Костюк, А.Ю. Шестаев, К.Г. Шостка, С.С. Крестьянинов, Л.А. Васильев, А.Н. Павленко, Э.В. Фокина // *Вестн. Росс. воен.-мед. акад.* – 2012. – №. 1 (37). – С. 65-70.**
28. **Костюк И.П. – Двухстороннее промежностное дренирование после операций на органах малого таза, сопровождающихся цистэктомией / И.П. Костюк, А.Ю. Шестаев, С.С. Крестьянинов, К.Г. Шостка, Л.А. Васильев, А.Н. Павленко // *Вестн. Росс. воен.-мед. акад.* – 2012. – №. 1 (37). – С. 126-133.**

- 29. Костюк И.П. – Эвисцерация малого таза как метод выбора в лечении рецидива рака шейки матки / И.П. Костюк, А.Ю. Шестаев // Вестн. Росс. воен.-мед. акад. – 2012. – №. 1 (37). – С. 280-285.**
30. Костюк И.П. – Пути снижения числа поздних послеоперационных осложнений у пациентов после удаления мочевого пузыря / Л.Д. Роман, Л.А. Васильев, А.Ю. Шестаев, И.П. Костюк, К.Г. Шостка, А.Н. Павленко, С.С. Крестьянинов, А.В. Фокина. // Terra Medica. – 2012. - № 1. – С. 42-47.
31. Костюк И.П. – Резекция мочевого пузыря и цистэктомия, как элементы комбинированных хирургических вмешательств у больных местно-распространенным колоректальным раком / И.П. Костюк, К.Г. Шостка, А.Н. Павленко, С.С. Крестьянинов, Л.А. Васильев // Материалы VI международной конференции «Российская школа колоректальной хирургии». – Москва. – 2012. - С. 110.
32. Костюк И.П. – Хирургическое лечение больных местно-распространенным и рецидивным раком прямой кишки, осложненным формированием злокачественных свищей / И.П. Костюк, К.Г. Шостка, А.Н. Павленко, С.С. Крестьянинов, Л.А. Васильев // Материалы VI международной конференции «Российская школа колоректальной хирургии». – Москва. – 2012. - С. 120.
- 33. Костюк И.П. – Технология завершения хирургических вмешательств на органах малого таза, сопровождающихся цистэктомией / И.П. Костюк, С.С. Крестьянинов, А.Ю. Шестаев, К.Г. Шостка, Л.А. Васильев, В.Х. Хейфиц, А.Н. Павленко, О.Ф. Каган // Онкоурология. – 2012. – №. 2. – С. 60-65.**
34. Костюк И.П. – Моторно-эвакуаторная функция желудочно-кишечного тракта в ранние сроки после хирургического лечения местно-распространенных и рецидивных опухолей малого таза / И.П. Костюк // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2012. – № 2-3. – С. 44.
35. Костюк И.П. – Периоперационная нутриционная терапия при хирургическом лечении местно-распространенных и рецидивных опухолей тазовой локализации / И.П. Костюк // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2012. -№ 2-3. – С. 44-45.
- 36. Костюк И.П. – Эвисцерации малого таза в хирургии колоректального рака / Л.Д. Роман, И.П. Костюк, К.Г. Шостка, А.Н. Павленко, С.С. Крестьянинов, Л.А. Васильев // Вопросы онкологии. – 2012. – № 3. – С. 363-368.**
- 37. Костюк И.П. – Оптимизация хирургической тактики при поражении мочевого пузыря у больных местно-распространенными опухолями малого таза / И.П. Костюк // Вестн. нац. медико-хирург. центра. – 2012. – Т. 7. – № 3. – С. 54-59.**
38. Костюк И.П. – Эвисцерация малого таза при местно-распространенном рецидиве рака мочевого пузыря / И.П. Костюк, С.С. Крестьянинов, Л.А. Васильев, Е.Н. Белова // Вестн. нац. медико-хирург. центра. – 2012. – № 3. – С. 141-142.
39. Костюк И.П. – Хирургическое лечение местно-распространенных и рецидивных опухолей тазовой локализации, осложненных формированием злокачественных свищей // Материалы XVI Российского онкологического конгресса. – М. – 2011. – С. 158. (соавт.

Шостка К.Г., Гладышев Д.Н., Врублевский Н.М., Павленко А.Н., Крестьянинов С.С., Васильев Л.А.).

40. Костюк И.П. – Осложнения хирургического лечения больных злокачественными новообразованиями органов малого таза, распространяющимися на мочевой пузырь / И.П. Костюк, С.С. Крестьянинов, Л.А. Васильев, В.К. Карандашов // Вестн. Росс. воен.-мед. акад. – 2012. – №. 3 (39). – С. 15-21.

41. Костюк И.П. – Подвздошно-кишечный J-резервуар в ортотопической реконструкции мочевого пузыря / И.П. Костюк, С.С. Крестьянинов, Л.А. Васильев, В.К. Карандашов, А.Е. Зайцев // Вестн. Росс. воен.-мед. акад.– 2012. – №. 3 (39). – С. 46-51.

42. Костюк И.П. – Роль и место эвисцерации малого таза в онкогинекологии / И.П. Костюк // Вестн. Росс. воен.-мед. акад. – 2012. – №. 3 (39). – С.249-257.

43. Костюк И.П. – Ортотопическое замещение мочевого пузыря подвздошно-кишечным J-резервуаром / И.П. Костюк, А.Ю. Шестаев, С.С. Крестьянинов, Л.А. Васильев, В.К. Карандашов // Материалы XII съезда Российского общества урологов. – Москва. – 2012. – С. 375.

44. Костюк И.П. – Дифференцированная хирургическая тактика при поражении мочевого пузыря у больных местно-распространенными злокачественными новообразованиями малого таза / И.П. Костюк, А.Ю. Шестаев, К.Г. Шостка, С.С. Крестьянинов, Л.А. Васильев, А.Н. Павленко, В.К. Карандашов, О.Ф. Каган // Онкоурология. – 2012. – №. 3. – С. 60-66.

45. Костюк И.П. – J-образный подвздошно-кишечный резервуар в ортотопической пластике мочевого пузыря после хирургических вмешательств на органах малого таза, сопровождающихся цистэктомией / И.П. Костюк, А.Ю. Шестаев, С.С. Крестьянинов, Л.А. Васильев, В.К. Карандашов // Материалы VII Российского общества онкоурологов. – Москва. – 2012. – С. 101-102.

46. Костюк И.П. – Выбор метода реконструкции мочевого пузыря после его резекции при хирургическом лечении местно-распространенных злокачественных новообразований тазовой локализации / И.П. Костюк, С.С. Крестьянинов, Л.А. Васильев // Материалы VII Российского общества онкоурологов. – Москва. – 2012. – С. 184.

47. Костюк И.П. – Двуствольная влажная стома как метод смешанной мочевой и кишечной деривации после полной эвисцерации малого таза / И.П. Костюк, С.С. Крестьянинов, Л.А. Васильев // Материалы VII Российского общества онкоурологов. - Москва. – 2012. – С. 184-185.

48. Костюк И.П. – Первый опыт формирования тазового дна у больных местно-распространенным раком прямой кишки / М.Ю. Кабанов, И.А. Соловьев, И.П. Костюк, М.В. Васильченко, Д.А. Кириллов, Л.М. Синельников // Вестн. нац. медико-хирург. центра. – 2013. - № 1. – С. 40-42.

49. Костюк И.П. – Уродинамические и метаболические эффекты реконструкции мочевого пузыря подвздошно-кишечным J-резервуаром / И.П. Костюк, С.С.

Крестьянинов, Л.А. Васильев, В.К. Карандашов // Вестн. нац. медико-хирург. центра. – 2013. - № 2. – С. 37-42.

50. Костюк И.П. – Хирургическое лечение местно-распространенного рака сигмовидной кишки с вовлечением пяти смежных органов / Л.Д. Роман, С.И. Горелов, И.П. Костюк, С.С. Крестьянинов, Л.А. Васильев // Вестн. нац. медико-хирург. центра. – 2013. - № 2. – С. 131-133.

51. Костюк И.П. – Поражение мочевого пузыря при местно-распространенных злокачественных новообразованиях малого таза: спорные вопросы хирургической тактики / И.П. Костюк, К.Г. Шостка, Д.В. Гладышев, Н.М. Врублевский, С.С. Крестьянинов, Л.А. Васильев, А.Н. Павленко, А.В. Фокина // Вестник хирургии. – 2013. – Т. 172, № 3. – С. 118.

52. Костюк И.П. – Благоприятный отдаленный результат хирургического лечения больной с осложненной формой метастатического и местно-распространенного колоректального рака / И.П. Костюк, Н.М. Врублевский, Д.В. Гладышев, С.А. Коваленко, Д.А. Остапенко // Вестник хирургии. – 2013. – Т. 172, № 3. – С. 119.

53. Костюк И.П. – Классификационные признаки степени вторичного поражения мочевого пузыря при местно-распространенных опухолях малого таза / И.П. Костюк // Материалы VIII Российского общества онкоурологов. - Москва. - 2013. - С. 103.

54. Костюк И.П. – Хирургическое лечение местно-распространенных и рецидивных опухолей тазовой локализации, осложненных формированием злокачественных свищей / И.П. Костюк, Л.А. Васильев, С.С. Крестьянинов // Материалы VIII Российского общества онкоурологов. - Москва. - 2013. - С. 187.

55. Костюк И.П. – Критерии дифференцированной хирургической тактики при поражении мочевого пузыря у больных с местно-распространенными опухолями малого таза / И.П. Костюк, Л.А. Васильев, С.С. Крестьянинов // Материалы XIII Конгресса Российского общества урологов. - Москва. - 2013. - С. 359.

56. Костюк И.П. – Выбор оптимального метода деривации мочи после эвисцерации малого таза / А.Д. Каприн, А.А. Костин, И.П. Костюк, Л.А. Васильев, С.С. Крестьянинов // Вопросы урологии и андрологии. – 2013. – Т. 2, № 3. – С. 5-12.

57. Костюк И.П. – Оценка функционального состояния верхних мочевых путей и почек после операции Бриккера у пациентов пожилого и старческого возраста / А.Д. Каприн, А.А. Костин, И.П. Костюк, Л.А. Васильев, С.С. Крестьянинов // Вопросы урологии и андрологии. – 2013. – Т. 2, № 3. – С. 20-24.

58. Костюк И.П. - Поражение мочевого пузыря при местно-распространенных опухолях малого таза / А.Д. Каприн, А.А. Костин, И.П. Костюк, Л.А. Васильев, С.С. Крестьянинов // Вопросы урологии и андрологии. - 2013. -Т. 2, № 4. - С. 18-22.

59. Костюк И.П. – Классификация местно-распространенных новообразований малого таза и вторичного опухолевого поражения мочевого пузыря / И.П. Костюк, Л.А. Васильев, С.С. Крестьянинов // Онкоурология. – 2014. № 1. – С. 55-59.

60. Костюк И.П. – Двухстороннее промежностное дренирование после операций на органах малого таза, сопровождающихся цистэктомией, у пациентов пожилого и старческого возраста / С.С. Крестьянинов, И.П. Костюк, А.Ю. Шестаев, К.Г. Шостка,

Л.А. Васильев, В.Х. Хейфец, А.Н. Павленко, О.Ф. Каган // Успехи геронтол. – 2014. – Т. 27, № 1. – С. 141-148.

61. Костюк И.П. – Хирургическая тактика при местно-распространенном раке органов малого таза / И.А. Соловьев, М.В. Васильченко, И.П. Костюк, А.Б. Лычев, В.В. Алексеев // Вестн. нац. медико-хирург. центра. – 2014. - № 2. – С. 35-44.

62. Костюк И.П. – Современные возможности лечения метастатического первично-множественного рака (рак яичников и аденокарцинома прямой кишки) / М.Ю. Кабанов, И.А. Соловьев, И.П. Костюк, А.Б. Лычев, С.В. Амбарцумян, М.В. Васильченко, К.В. Семенов, А.Н. Русакевич, Д.К. Савченков // Вестник хирургии. – 2014. – Т. 173, № 3. – С. 118-119.

63. Костюк И.П. – Вторичное поражение мочевого пузыря при злокачественных новообразованиях малого таза – от классификации к дифференцированной хирургической тактике // Вестн. нац. медико-хирург. центра. – 2014. - № 2. – С. 45-52.

64. Костюк И.П. – Комбинированная двухствольная уроколостома, как метод мочевого и кишечной деривации после эвисцераций малого таза / И.П. Костюк, Л.А. Васильев, С.С. Крестьянинов, Н.С. Панов, Ф.А. Трифонов, П.П. Митрофанов, Ю.Ф. Юхимик, Д.С. Алексанян // Вестн. нац. медико-хирург. центра. – 2016. – Т. 11, № 1. – С. 45-52.

65. Костюк И.П. – Мультивисцеральные резекции в хирургическом лечении больных с опухолями тазовой локализации / И.П. Костюк, Л.А. Васильев, А.А. Костин, А.Д. Каприн // Онкология им. П.А. Герцена. – 2016. –Т. 5, № 4. – С. 17-25.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ДИ – доверительный интервал

КТ – компьютерная томография

КРР – колоректальный рак

МКА – мочеточнико-кишечный анастомоз

МП – мочевого пузыря

МРОМТ – местно-распространенные опухоли малого таза

МРТ – магнитно-резонансная томография

ПКА –подвздошно-кишечный анастомоз

ЭМТ – эвисцерация малого таза

РВ – рак влагалища

РМП – рак мочевого пузыря

РТК – рак толстой кишки

РТМ – рак тела матки

РШМ – рак шейки матки

РЯ – рак яичников

ТК – толстая кишка

ТКА – толстокишечный анастомоз

ЦЭ – цистэктомия