



# Роль предварительной антибактериальной санации в дооперационном и послеоперационном периодах при эвисцерациях органов малого таза у онкологических больных

Р.А. Мурашко, к.м.н., Р.В. Коньков, Д.В. Хорева

Адрес для переписки: Дарья Викторовна Хорева, gorbachukd@mail.ru

Для цитирования: Мурашко Р.А., Коньков Р.В., Хорева Д.В. Роль предварительной антибактериальной санации в дооперационном и послеоперационном периодах при эвисцерациях органов малого таза у онкологических больных. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (48): 20–23.

DOI 10.33978/2307-3586-2023-19-48-20-23

*В статье определяется эффективность применения посевов на бактериальную флору и последующей антибиотикотерапии в дооперационном и послеоперационном периодах при эвисцерациях органов малого таза у онкобольных.*

**Ключевые слова:** эвисцерация, рак органов малого таза

## Введение

Эвисцерация – производное от латинских слов *oviscero* – извлекать и *visceris* – внутренности [1]. Таким образом, эвисцерация органов малого таза – операция, сопровождающаяся удалением двух или трех органов малого таза единым блоком, с иссечением или сохранением мышц тазового дна и мягких тканей промежности.

Первый доклад о тазовой эвисцерации в лечении распространенных злокачественных новообразований представил А. Brushwing в 1948 г. [2]. Первыми исполнителями вышеупомянутой операции в 1940 г. стали М. Bricker и J. Modlin, статью о ней авторы опубликовали лишь спустя 11 лет, в 1951 г. [3]. В дальнейшем многие хирурги представляли в научных публикациях свой опыт выполнения эвисцераций органов малого таза в лечении распространенных злокачественных новообразований шейки и тела матки, влагалища, мочевого пузыря, предстательной железы, а также при поражении прямой и ободочной кишок.

Впервые подобное вмешательство при распространенном раке прямой кишки в 1950 г. выполнил L. Appleby [4–6] и назвал операцию проктоэктомией. А. Brushwing подобные вмешательства называл экзентерацией малого таза. Между разными авторами до настоящего времени ведутся споры

о более предпочтительной формулировке обозначения удаления органов малого таза. Но учитывая, что эти два термина являются синонимами с той лишь разницей, что корень у одного греческий, а у другого латинский, дискуссии по поводу названия операции следует считать непринципиальными. Важно понимать, что эвисцерации малого таза подразделяются на передние, задние и полные (тотальные), а также супра- и инфралевавторные. В дальнейшем эта терминология была перенесена в клиническую практику оперативного лечения всех опухолей малого таза [7, 8].

Передняя эвисцерация включает в себя удаление мочевого пузыря, уретры, влагалища, матки с придатками, всех прилегающих тканей вплоть до стенки малого таза.

Задняя эвисцерация включает удаление матки с придатками, прямой кишки и всех прилегающих тканей до стенки малого таза.

Полная (тотальная) эвисцерация предполагает моноблочное удаление всех органов малого таза [9]. При этом в зависимости от отношения нижней границы резекции органов к диафрагме таза применяются термины супра- и инфралевавторной эвисцерации малого таза.

В последние годы в мире прослеживается тенденция к увеличению частоты рака органов малого



таза [10]. Актуальность проблемы имеет большое медико-социальное значение. Учитывая большую травматичность и сложность операции, перспективным остается изучение методов усовершенствования сопроводительной антибиотикотерапии с целью уменьшения послеоперационных осложнений и летальных исходов у онкологических больных [11].

*Цель исследования* – определить эффективность применения посевов на бактериальную флору и последующей антибиотикотерапии в дооперационном и послеоперационном периодах.

### Материал и методы

В период с 2020 по 2022 г. было выполнено 30 эвисцераций органов малого таза у больных в возрасте 44–75 лет, среди них 18 женщин и 12 мужчин. Всего за 2020 г. выполнено пять таких операций, за 2021 г. – девять, за 2022 г. – 16. Больных условно разделили на две группы, в период с 2020 по 2021 г. пациентам не проводилась антибактериальная санация, а начиная с 2022 г. выполнялась антибактериальная санация. Непосредственно перед операционным лечением при поступлении больного брались посевы на бактериальную флору из прямой кишки, влагалища, уретры, мочи, отделяемого свища (при наличии).

По мере готовности результата (в среднем 3–4 дня) проводилась антибиотикотерапия в течение 3–4 дней. Далее выполнялось оперативное вмешательство с обязательным интраоперационным взятием материала на посев. В последующем антибиотикотерапия продолжалась еще в течение пяти дней с учетом последних посевов.

Рассмотрим клинический случай.

Пациентка А. поступила 30.11.2022 с жалобами на обильные водянистые слизистые выделения из влагалища, боли внизу живота. Из анамнеза известно, что 28.03.2019 выполнена биопсия шейки матки. Гистологическое исследование № 6207-08 обнаружило эрозию, кровь, фрагменты ткани с выраженной инфильтрацией; цитологическое исследование без номера (стекла нет, указан результат в выписке из гинекологического отделения районной больницы) – карциномой *in situ*. 19.04.2019 в Краснодарском клиническом онкологическом диспансере № 1 выполнена биопсия шейки матки. Гистологическое исследование № 70763 от 22.04.2019 обнаружило инвазивный плоскоклеточный рак. С 24.04.2019 по 03.07.2019 проведена сочетанная лучевая терапия (СЛТ), 02.08.2022 в онкологическом отделении выполнена операция (лапаротомия, колостомия, наложение обходного илеоасцендоанастомоза). По результатам компьютерной томографии органов грудной, брюшной полости и малого таза от 19.07.2022 обнаружен маточно-мочепузырный свищ, не исключен мочепузырно-тонкокишечный свищ. Магнитно-резонансная томография органов малого таза от 18.11.2022 показала наличие моче-

пузырно-влагалищного и мочепузырно-маточного свищевых ходов.

При осмотре: наружные половые органы без патологических изменений; выделения из половых путей обильные, гноевидные; слизистая влагалища гиперемирована; шейка матки гипертрофирована, с некротическим налетом; матка несколько увеличена, плотная, неподвижная, безболезненная; придатки с обеих сторон не определяются; в полости малого таза плотные параметральные инфильтраты, доходящие до костей малого таза; влагалищные своды и верхняя треть влагалища инфильтрированы.

*Per rectum*: перианальная область не изменена; наружные геморроидальные узлы не увеличены; тонус сфинктера не усилен; на высоте 3 см циркулярное образование хрящевидной плотности, округлой формы, до 3 см в диаметре, малоподвижное.

Диагноз при поступлении: С53.8 рак шейки матки T2bN0M0 IIb стадии. В июле 2019 г. проведена СЛТ. Наблюдаются прогрессирование процесса, ректо-пузырный свищ, маточно-мочепузырный свищ. 02.08.2022 проведено симптоматическое хирургическое лечение (колостомия, наложение обходного илеоасцендоанастомоза). Больная во II клинической группе. Среди сопутствующих заболеваний: гипертоническая болезнь 1-й степени, риск 2-й; хроническая сердечная недостаточность 1-й степени 1-го функционального класса; язвенная болезнь желудка в ремиссии (клинически); дисциркуляторная энцефалопатия 1-й степени смешанного генеза.

01.12.2022 у пациентки взяты посевы из прямой кишки, влагалища, отделяемого свища и из уретры. В соответствии с результатами бактериологического исследования от 05.12.2022 начата антибиотикотерапия дорипенемом по 1 г три раза в день. 07.12.2022 выполнена операция – эвисцерация малого таза с илеокондуитом по Брикеру. Макропрепарат: органокомплекс – мочевой пузырь, прямая кишка, матка, влагалище, участок тонкой кишки. Послеоперационный диагноз: С53.8 рак шейки матки pT2bN0M0 IIb стадии, II клиническая группа. 08.12.2022 назначен меропенем по 1 г три раза в день. 14.12.2022 пациентка выписана в удовлетворительном состоянии с рекомендациями по дальнейшему лечению.

### Результаты и их обсуждение

Средний возраст больных составил 59,5 лет. Количество эвисцераций в 2022 г. возросло в 3,2 раза по сравнению с 2020 г. (рис. 1).

В первой группе больных (2020–2021 гг., без антибактериальной санации) выполнено 14 эвисцераций. Во второй группе (2022 г.) – 16 эвисцераций. Средняя продолжительность нахождения больных в стационаре во второй группе увеличилась на 9,1% по сравнению с первой и составила в среднем 21 день (рис. 2).

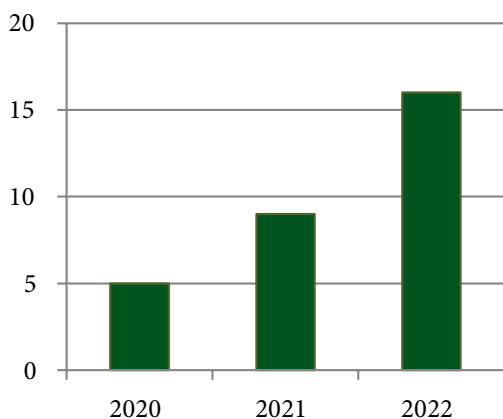


Рис. 1. Количество проведенных эвисцераций (2020–2022 гг.)

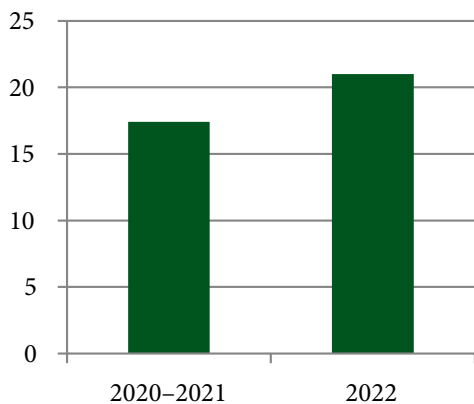
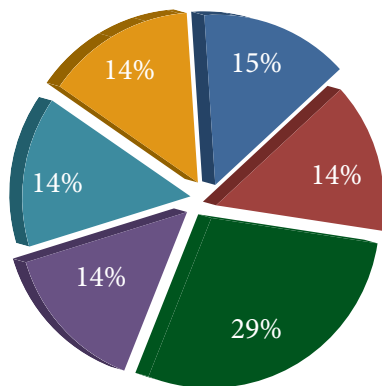
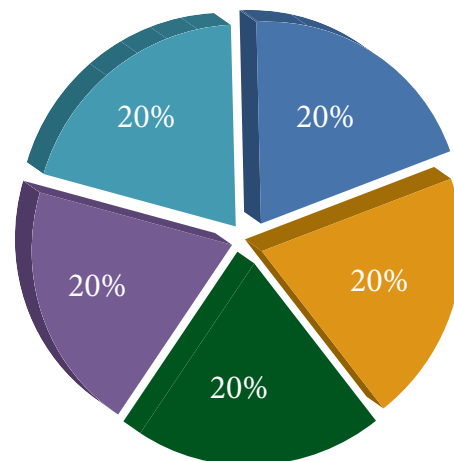


Рис. 2. Число койко-дней среди сравниваемых групп больных



- Послеоперационная динамическая паралитическая тонкокишечная непроходимость
- Несостоятельность культи тонкой кишки
- Перитонит
- Несостоятельность энтероэнтероанастомоза
- Несостоятельность шва прямой кишки
- Несостоятельность уретероилеоанастомоза

Рис. 3. Послеоперационные осложнения в 2021 г.



- Несостоятельность уретероилеоанастомоза
- Ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость
- Сепсис
- Двусторонний гидронефроз
- Лимфокиста малого таза

Рис. 4. Послеоперационные осложнения в 2022 г.

Среди 30 больных зафиксировано три летальных исхода, что составляет 10% (два случая в первой группе и один – во второй). Осложнения после операции возникли в первой группе у трех (21%), во второй группе – у двух (12,5%) больных.

За 2020 г. среди прооперированных пациентов послеоперационных осложнений не выявлено. За 2021 г. обнаружилось следующие послеоперационные осложнения: перитонит – 2, послеоперационная динамическая тонкокишечная непроходимость – 1, несостоятельность культи тонкой кишки – 1, несостоятельность энтеро-энтероанастомоза – 1, несостоятельность шва прямой кишки – 1, несостоятельность уретероилеоанастомоза – 1 (рис. 3).

За 2022 г. обнаружилось следующие послеоперационные осложнения: несостоятельность уретероилеоанастомоза – 1, некроз левого мочеточника – 1, ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость – 1, сепсис – 1, двусторонний гидронефроз – 1, лимфокиста малого таза – 1 (рис. 4).

Результаты сравнения структуры осложнений в двух исследуемых группах представлены на рис. 5.

Анализируя осложнения в двух группах, можно заметить, что благодаря применению антибактериальной санации сократилось число таких осложнений, как послеоперационная динамическая паралитическая тонкокишечная непроходимость, несостоятельность культи тонкой кишки, перитонит и несостоятельность шва прямой кишки,

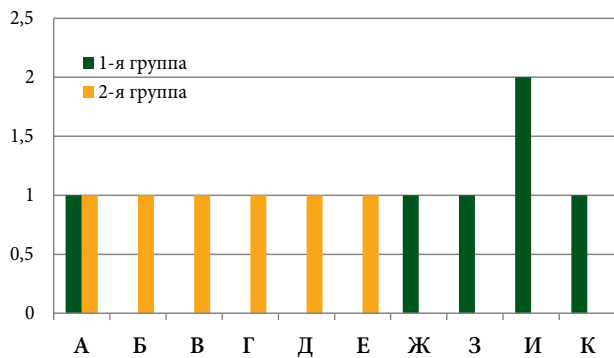


Рис. 5. Сравнительный анализ осложнений в двух исследуемых группах: А – несостоятельность уретероилеоанастомоза; Б – некроз левого мочеточника; В – ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость; Г – сепсис; Д – двусторонний гидронефроз; Е – лимфокиста малого таза; Ж – послеоперационная динамическая паралитическая тонкокишечная непроходимость; З – несостоятельность культи тонкой кишки; И – перитонит; К – несостоятельность шва тонкой кишки

но в то же время возросло количество таких осложнений, как некроз левого мочеточника, ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость, сепсис, двусторонний гидронефроз и лимфокиста малого таза.

Таким образом, с одной стороны, благодаря введению антибактериальной санации общее число осложнений во второй группе больных сократилось на 8,5%, но, с другой стороны, эта методика привела к увеличению нахождения больных в стационаре в среднем на два дня.

### Заключение

Однозначно, данное исследование и методика применения на практике бактериологического исследования посевов и антибиотикотерапии имеют положительные результаты. Разработанный алгоритм ведения пациентов, которым планируется хирургическое лечение в виде эвисцерации органов малого таза, обладает клинической значимостью. Целесообразно введение описанного алгоритма в повседневную практику хирургических отделений. 🍌

### Литература

1. Широкоград В.И. Хирургическое лечение местно-распространенных опухолей органов малого таза. М.: Медицина, 2008. 192 с.
2. Glynn-Jones R., Wyrwicz L., Turet E., et al. Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann. Oncol. 2018; 5: 125–129.
3. Bricker E.M., Modlin J. The role of pelvic evisceration in surgery. Surgery. 1970; 30: 76–93.
4. Черный В.А., Кикоть В.А., Кононенко Н.Г. и др. Эвисцерация таза как способ повышения резектабельности запущенного рака прямой кишки. Вопросы онкологии. 1988; 2 (34): 220–228.
5. Hijazi Y., Gondal U., Aziz O. A systematic review of prehabilitation programs in abdominal cancer surgery. Int. J. Surg. 2017; 39: 156–162.
6. Tsimopoulou I., Pasquali S., Howard R., et al. Psychological prehabilitation before cancer surgery: a systematic review. Ann. Surg. Oncol. 2015; 22 (13): 4117–4123.
7. Федоров В.Д., Воробьев Г.И., Ривкин В.Л. Клиническая оперативная колопроктология. М.: Медицина, 1994. 432 с.
8. de Almeida E.P.M., de Almeida J.P., Landoni G., et al. Early mobilization programme improves functional capacity after major abdominal cancer surgery: a randomized controlled trial. Br. J. Anaesth. 2017; 119 (5): 900–907.
9. Jeffery M., Hickey B.E., Hider P.N., See A.M. Follow-up strategies for patients treated for non-metastatic colorectal cancer. Cochrane Database Syst. Rev. 2016; 2016 (11): CD002200.
10. Robertson G., Lopes A., Benyon G. The rectal resection. Brit. J. Obstet. Gynecol. 1994; 101: 529–531.
11. Matthews C.M., Morris M., Burke T.W. The method of rectal resection. Obstet. Gynecol. 1991; 78: 879–889.

### The Role of Preliminary Antibacterial Sanitation in the Preoperative and Postoperative Periods in the Evisceration of Pelvic Organs in Cancer Patients

R.A. Murashko, PhD, R.V. Konkov, D.V. Khoreva

Krasnodar Clinical Oncological Dispensary No. 1

Contact person: Daria V. Khoreva, gorbachukd@mail.ru

*The article determines the effectiveness of the use of crops on bacterial flora and subsequent antibiotic therapy in the preoperative and postoperative periods during evisceration of pelvic organs in cancer patients.*

**Keywords:** evisceration, cancer of the pelvic organs