

УДК 618.11-006.6-039.87: 617-089
DOI: 10.24061/1727-0847.16.1.2017.36

В.В. Бойко, К.В. Харченко*, С.О. Савві, О.П. Манжура*, О.М. Ключов*

Відділення хірургії стравоходу та шлунково-кишкового тракту (зав. – д.мед.н. С.О. Савві)

ДУ “Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В.Т.Зайцева НАМН України”, м. Харків;

**Гінекологічне хірургічне відділення (зав. – к.мед.н. О.П. Манжура) Київського міського клінічного онкологічного центру*

РОЛЬ ХІРУРГІЧНОГО ЕТАПУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ЛОКАЛЬНИМ РЕЦИДИВОМ РАКУ ЯЄЧНИКІВ

Резюме. У процесі виконання даного дослідження вивчені комбіновані та розширені хірургічні втручання на ректосигмоїдному відділі товстої кишки, виконані в якості компонента вторинної циторедукції при рецидиві раку яєчників. Видалення відділу товстої кишки, ураженої рецидивною пухлиною, проводилося відповідно до принципів онкохірургії для первинних злоякісних новоутворень цієї локалізації. Медіана загальної та безрецидивної виживаності після вторинної хірургічної циторедукції склала 43 і 29 місяців, відповідно. На показники виживаності впливали глибина інвазії рецидиву раку яєчників у стінку товстої кишки і наявність вторинного ураження лімфатичних вузлів.

Ключові слова: рецидив раку яєчника, вторинна циторедукція, хірургічне лікування, пряма кишка, сигмоподібна кишка.

Оптимальна циторедукція при вторинних хірургічних втручаннях є найважливішим фактором у поліпшенні виживання пацієнок з рецидивом раку яєчників (РЯ) [1].

У жінок з місцевопоширеним РЯ рецидив виникає у 50-90% випадків. Тазовий компонент характерний для половини випадків рецидиву РЯ, у 22% – це ізольоване ураження на момент діагностики [2].

Рецидиви РЯ, що виникають через 6-12 місяців після раніше проведеного лікування, або так звані платиночутливі форми, часто можна успішно лікувати, виконуючи вторинні циторедуктивні хірургічні втручання. Виконання комбінованих і розширених операцій з резекцією різних відділів кишок є невід’ємною частиною лікування даної групи хворих [3].

Імплантаційне поширення, як основний шлях при РЯ і стаз перитонеальної рідини в прямокишково-матковому заглибленні (або його аналогу, якщо при первинній циторедукції була видалена очеревина cul-de-sac), створюють сприятливі умови для виникнення рецидиву РЯ в даній ділянці. Перитонектомія не завжди здійсненна у даного контингенту хворих, оскільки пухлинний інфільтрації підлягають тканини (через інфільтрацію пухлиною тканин, які знаходяться позаочеревиною), в тому числі і дистальних відділів товстої кишки. З огляду на анатомічну близькість розташування ректосигмоїдного відділу товстої кишки до жіночих статевих органів, він частіше може залучатися в пухлинний процес; нижній сегмент прямої кишки пошкоджується рідше, оскільки

знаходиться екстраперитонеально [4].

Хірургічна техніка і результати операцій при виконанні ректосигмоїдної колектомії у пацієнтів з первинним РЯ широко описані в літературі. Резекції товстої кишки виконуються у 26% пацієнок при первинній циторедукції, при вторинній хірургічній циторедукції цей показник збільшується до однієї третини, водночас у більшості випадків (56,3%) необхідно виконувати втручання на ректосигмоїдному відділі товстої кишки [5-7].

Первинна циторедуктивна операція з гістеректомією призводить до змін у співвідношенні анатомічних структур малого таза. Тому для одноментного видалення тазових рецидивів з резекцією товстої кишки необхідні модифікації звичайного хірургічного підходу, що, як і ускладнення, рідко описується в літературі.

Мета дослідження: дослідити роль комбінованих і розширених хірургічних втручань на ректосигмоїдному відділі товстої кишки, виконаних в якості компонента вторинної циторедукції при рецидиві раку яєчників.

Матеріал і методи. Виконано ретроспективний аналіз медичної документації хворих з рецидивом РЯ, пролікованих в ДУ “Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В.Т. Зайцева НАМН України” і Київському міському клінічному онкологічному центрі за період із січня 2007 по грудень 2011 рр.

Усім пацієнтам при первинному хірургічному лікуванні виконана пангістеректомія (або надпихвова ампутація матки з додатками) з оментектомією обсягом оптимальної циторедукції, після

чого проводилися 6-8 курсів поліхіміотерапії (сумарно) за схемами TP, TC або CAP. Мінімальний безрецидивний інтервал для включення пацієнтів в дослідження становив 6 місяців. Локалізація рецидиву РЯ – ректосигмоїдний відділ товстої кишки. При проведенні вторинної циторедукції пацієнтам виконувалися комбіновані і розширені хірургічні втручання в обов'язковому порядку з резекцією товстої кишки.

Проаналізовано такі дані: вік (на момент вторинної циторедукції), стадія РЯ (відповідно до Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO), патогістологічні дані (гістологічний тип пухлини, ступінь диференціювання, глибина пухлинної інвазії в стінку кишки, ураження лімфатичних вузлів), показання та технічні аспекти оперативного втручання на ректосигмоїдному відділі товстої кишки, особливості вторинної циторедукції в ділянці малого таза, розмір залишкової пухлини, крововтрата і необхідність в трансфузії компонентів крові, післяопераційні ускладнення (інфекційні, ранові, тромбоемболічні, ниркова недостатність, серцева патологія, кровотечі (вимагають релапаротомії), неспроможність кишкового анастомозу), результат спостереження (безрецидивна і загальна виживаємість). Оптимальна циторедукція визначалась як відсутність видимих пухлинних вогнищ. Загальна виживаємість визначалась як інтервал між датою вторинної хірургічної циторедукції і датою останнього спостереження або смерті. Крива і рівень виживання розраховані з використанням методу Каплана-Майера. Для порівняння кривих виживаємість використано логранговий критерій. Як індикатор статистично значущої різниці прийнятий р-критерій менше 0,05. Статистичний аналіз виконаний з використанням програмного забезпечення SPSS Statistics 17.0.

Результати дослідження та їх обговорення.

Вивчені результати лікування 58 хворих, характеристика пацієнток представлена в табл. 1.

Показанням до оперативного втручання на товстій кишці був локальний рецидив РЯ в межах малого таза з залученням товстої кишки, відсутністю дисемінації пухлинного процесу по очеревині (канцероматоза) і віддалених метастазів. Усі операції виконані мультидисциплінарною бригадою, до складу якої входили онкохірурги і онкогінекологи, за необхідності залучалися онкоурологи. Перед проведенням операції усім хворим проводилась передопераційна підготовка відповідно до стандартів, прийнятих у вищенаведених клініках.

Техніка хірургічного втручання. Після ревізії і вісцероліза органів черевної порожнини і малого таза, виконувалася мобілізація рецидивної пухлини з ділянкою товстої кишки. Умовно виділяли центрально розташовані рецидиви РЯ та з латеральним компонентом. Відступивши від видимої

Клінічні характеристики пацієнток перед вторинною циторедукцією

Характеристика	Пацієнти (n=58)
Середній вік, років	56,14±6,43 (28-76)
Гістологічний тип, n (%)	
Серозно-папілярна аденокарцинома	45 (78%)
Ендометріоїдна аденокарцинома	6 (10%)
Світлоклітинна аденокарцинома	4 (7%)
Муцинозна аденокарцинома	3 (5%)
Стадія, n (%)	
I	7 (12%)
II	12 (21%)
III	36 (62%)
IV	3 (5%)
Ступінь диференційовки диференціювання пухлини, n (%)	
1	6 (11%)
2	13 (22%)
3	39 (67%)
Первинна циторедукція	
Пангістеректомія + оментектомія	45 (78%)
Надпівхова ампутація матки з додатками + оментектомія	13 (22%)
Медіана концентрації СА-125 (сировотка крові), Од/мл	116 (15-1621)
Медіана безрецидивного періоду, місяців	18 (6-49)

пухлинної маси на достатню відстань (в межах пухлинно-інтактних тканин), очеревина розкривалася по колу малого таза і відсепаровувалась від суміжних тканин, переміщуючись із простору Ретціуса (простір, обмежений спереду лобковими кістками і поперечною фасцією, що покриває прямі м'язи живота, ззаду – передсечоміхуровою фасцією) і паравезікального простору до центральної ділянки таза. У ряді випадків, що залежало від локалізації і поширення рецидиву РЯ, втручання починалося з доступу до бічних заочеревинних просторів (латерального параректального простору Латцко, медіального параректального простору Окабаяші, паравезікального простору і простору Ябукі).

Сечоводи простежувалися від місця їх перетину клубових судин до впадіння в сечовий міхур. За відсутності їх залучення в пухлинний процес, виконувалася мобілізація та тунелювання сечоводів для достатньої візуалізації і зниження ризику ятрогенного пошкодження. Сечоводи на утримувачах відводилися латерально, а пухлинна маса залишалася центрально. У разі залучення сечоводу в пухлинний процес для дотримання оптимальної циторедукції виконувалася резекція дистального відділу сечоводу, за потребою – з резекцією сечового міхура.

Наявність шийки і тіла матки слугує анатомічним бар'єром для міхурово-маточного простору при місцевопоширеному РЯ і дозволяє виділити центральні тканинні площини дисекції (міхурово-вагінальний і прямокишково-вагінальний простори) під час первинної циторедукції. Відсутність тіла і шийки матки призводить до зміни нормальних анатомічних взаємовідносин в порожнині малого таза зі зміщенням сечового міхура дорсально і/або ректосигмоїдного відділу товстої кишки вентрально з можливим перекриттям кукси піхви.

Для кращої ідентифікації сечового міхура (в тому числі і для визначення межі між сечовим міхуром і передньою стінкою піхви), трансуретрально через трипросвітний катетер Фолея вводили 200 мл 0,9% розчину NaCl.

Якщо під час первинної циторедукції залишена кукса шийки матки, вона видалялась одним блоком з пристінковою очеревиною дугласового простору, кардинальні зв'язки Макенродта перетиналися на рівні середньої третини. Введення маніпулятора в куксу піхви слугувало допоміжною процедурою для її ідентифікації і виділення піхви з прилеглих тканин (рис. 1).

Виконувалась проксимальна вагінектомія (біля 3,0 см) в межах висіченої тканини, які підлягали резекції.

Видалення ураженого рецидивом РЯ ректосигмоїдного відділу товстої кишки проводилося відповідно до принципів онкохірургії для первинних злоякісних пухлин цієї локалізації, що й визначало дистальні і проксимальні краї резекції. Обсяг кишкового етапу операції залежав від ви-

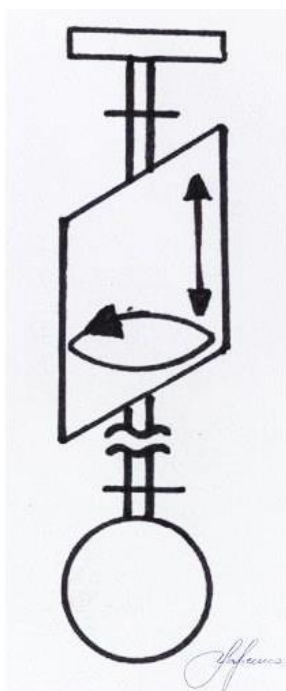


Рис. 1. Конструкція двостороннього вагінального маніпулятора з прямою і закругленою частинами і мобільним ковпаком, обертальні рухи якого відігравали окремому допоміжну роль у процесі ідентифікації піхви

соти ураження. Якщо рецидив РЯ клініко-інструментальними методами визначався на висоті більше 18,0 см від відхідника і/або інтраопераційно був розцінений як ураження сигмоподібної ободової кишки, виконувалася її резекція, рівень перев'язки судин – сигмоподібна ободова артерія. Ураження на висоті 13-18 см було показанням для додаткової перев'язки верхньої прямокишкової артерії. При локалізації рецидивної пухлини з залученням прямої кишки виконувалася передня резекція прямої кишки, нижня брижова артерія і вена перетиналися на 2,0 см нижче місця відходження від аорти та місця впадіння в селезінкову (або воротну печінкову) вену. Відповідно виконувалася клиноподібна резекція мезоколон і мобілізація лівої половини товстої кишки для низведення ділянки з адекватним кровопостачанням на реконструктивному етапі. Розсікалась фасція Вальдесера вниз до аноректального кільця, виконувалась тотальна мезоректумектомія.

Розповсюдження пухлинного інфільтрату на бічні стінки таза було підставою для їх резекції. При залученні в пухлинний інфільтрат, автономні нерви перетинались з метою досягнення оптимальної циторедукції.

Тазова і/або поперекова лімфодисекція проводилася в повному обсязі за наявності суспективних лімфатичних вузлів за даними клініко-інструментальних методів обстеження або як частина дисекції поширеного на бокові стінки таза рецидиву РЯ.

Реконструктивний етап оперативного втручання полягав у відновленні безперервності шлунково-кишкового тракту з використанням зшивачів або формуванням циркулярного анастомозу кінець в кінець ручним способом. Превентивна колостома формувалася при сумнівній адекватності васкуляризації в ділянці анастомозу, локальній контамінації в ділянці анастомозу, значних порушеннях в лабораторних показниках внаслідок раніше перенесених курсів поліхіміотерапії. Реконструкція сечових шляхів досягнута шляхом формування уретероцистонеостомії, операції Боарі (призначній протяжності ураження). Кукса піхви ушивалась наглухо.

Інтраопераційні дані. З метою досягнення оптимального обсягу вторинної циторедукції у 11 хворих (19%) хірургічне втручання обмежено тільки органами малого таза. У решти 47 пацієнтів (81%) виконані комбіновані і розширені оперативні втручання (табл. 2), які вмщували резекцію ілеоцекального кута (n=8; 14%), поперекову лімфодисекцію (n=10; 17%), клубову лімфодисекцію (n=18; 31%), екстирпацію кукси сальника (n=5; 9%), дистальну резекцію сечоводу (n=7; 12%), резекцію сечового міхура (n=4; 7%), стріпінг діафрагми справа (n=1; 2%).

При центральній локалізації рецидиву РЯ в порожнині малого таза доступ до бокового заоче-

Таблиця 2

Хірургічні втручання

Назва	п, чоловік	%
Резекція сигмоподібної ободової кишки	19	33
Передня резекція прямої кишки	39	67
Резекція ілеоцекального кута	8	14
Резекція сечовода	7	12
Резекція сечового міхура	4	7
Екстирпація кукси шийки матки	13	22
Поперекова лімфодисекція	10	17
Клубова лімфодисекція	18	31
Екстирпація кукси сальника	5	9
Стриппінг діафрагми (справа)	1	2

ревиного простору дозволяв провести більш ретельну ревізію і полегшував подальшу мобілізацію пухлинної маси. При латеральному поширенні рецидиву технічно більш адекватним був доступ із простору Ретциуса і паравезікального простору з виділенням пухлини в дорсальному напрямі.

У 7 випадках (12%) дистальний відділ сечовода залучений у пухлинний процес, виконати його тунелювання зі збереженням цілісності неможливо, в такому випадку виконували одночасну резекцію сечовода (з резекцією сечового міхура в 4 випадках, 7%). Реконструкція сечових шляхів досягнута шляхом формування уретероноцистостомії (n=5; 9%), у 2 хворих (3%) виконана операція Боарі, у всіх випадках сечоводи стентовані.

Резидуальна тканина шийки матки після первинної циторедукції у всіх 13 хворих видалена. Використання маніпулятора значно покращувало ідентифікацію піхви під час операції.

Обсяги оперативних втручань на товстій кишці такі: резекція сигмоподібної ободової кишки (n=19; 33%), передня резекція прямої кишки (n=39; 67%), резекція ілеоцекального кута (n=8; 14%). Зшиваючі апарати використовувалися у 36 хворих (62%) для відновлення безперервності шлунково-кишкового тракту. В інших 22 випадках (38%) формування анастомозу виконано ручним способом. При резекції ілеоцекального кута проходність кишок відновлювалася шляхом формування ілеоасцендоанастомоза “бік у бік” дворядним вузловим швом. Превентивна колостома сформована в 4 випадках (7%), з них 2 пацієнтки (3%) отримали передопераційний курс променевої терапії (сумарна вогнищева доза становила 20 Гр) з метою досягнення резектабельності пухлини (що привело до формування постпроменевих змін в ділянці ма-лого таза), у 2 хворих (3%) була міс-

цева контамінація ділянки анастомозу на тлі значних відхилень лабораторних показників (результат раніше перенесених курсів поліхіміотерапії). У 16 пацієнток (28%) передопераційно були явища часткової кишкової непрохідності, особливостей хірургічного втручання у даній категорії хворих не виявлено.

Після видалення макропрепаратів проводилося експрес гістологічне дослідження чистоти країв резекції кишок (проксимального і дистального). У жодному разі пухлинні елементи в краях зрізів не були виявлені.

Медіана крововтрати становила 620 см³ (50 см³ – 2400 см³), а медіана часу оперативного втручання – 245 хв (100 хв – 610 хв). Трансфузія компонентів крові (інтра- або післяопераційно) проводилась 17 пацієнтам (29%). Істотних інтраопераційних ускладнень відмічено не було.

Післяопераційні дані. Післяопераційні ускладнення мали місце у 7 хворих (12%). У трьох випадках (5%) потрібно виконувати повторне хірургічне втручання з приводу тазового абсцесу, який сформувався через неспроможність анастомозу. При формуванні превентивної колостоми ускладнень не спостерігалось в жодному випадку. Нагноєння післяопераційних ран відзначено у 4 пацієнток (7%). Післяопераційна летальність становила 2%, в одному випадку пацієнтка померла в ранньому післяопераційному періоді (на 6 добу) внаслідок тромбоемболії легеневої артерії. Ад’ювантні курси поліхіміотерапії проведені всім пацієнткам у відведений термін.

Медіана загальної та безрецидивної виживаємості після вторинної хірургічної циторедукції в досліджуваній групі хворих становила 43 і 29 місяців відповідно. На показники виживаємості статистично значущий вплив мали глибина інвазії рецидиву РЯ в стінку товстої кишки (медіана загальної виживаємості при інвазії в серозний шар становила 69 місяців, в м’язовий шар – 40 місяців, в слизовий шар – 10 місяців), вторинне ураження лімфатичних вузлів (медіана загальної виживаємості становила 22 місяці при метастатичному ураженні проти 60 місяців при пухлинно інтактних лімфатичних вузлах; рис. 2-4).

Уперше про тазову екцентрацію у 22 пацієнтів з РЯ повідомили Barber H.R.K. і Brunschwig A. в 1965 році [8]. Hudson C.N. спільно з Chir M. У 1968 і 1973 роках описали заочеревинний підхід, названий радикальною оварієктомією, для видалення пухлини яєчників з одномоментною резекцією різних відділів товстої кишки [9, 10]. Упродовж останніх 40 років використовувалася різна термінологія для опису комбінованих хірургічних втручань, які виконуються на органах малого таза у жінок: одноблочна ректосигмоїдна колектомія, зворотна гістерокольпосигмоїдектомія, повна пристінкова і нутрощева перитонедектомія, одноблокова перитонеальна тазова резекція, модифі-

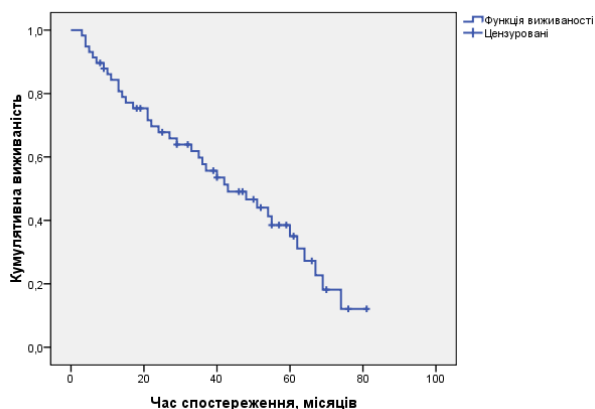


Рис. 2. Загальне виживання

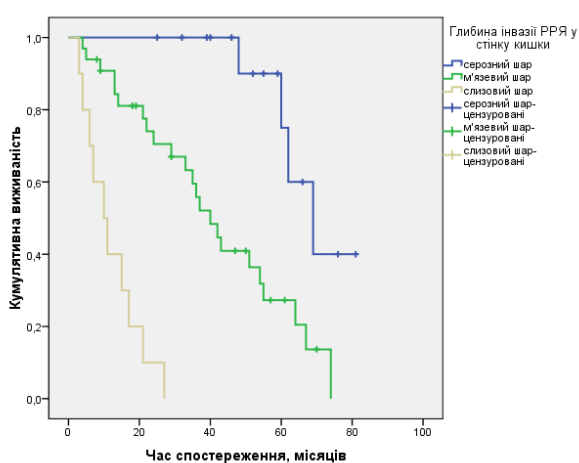


Рис. 3. Виживання пацієнток залежно від глибини інвазії рецидиву РЯ у стінку товстої кишки

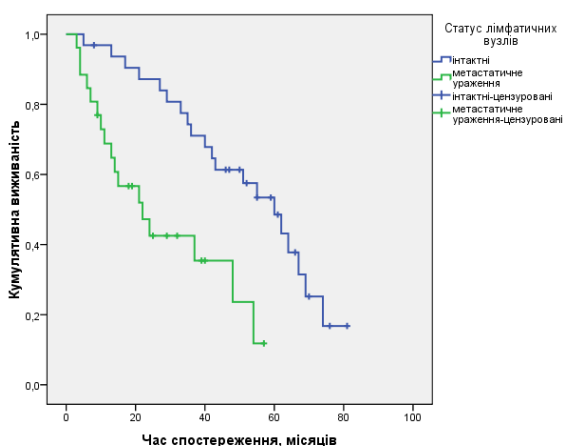


Рис. 4. Виживання пацієнток залежно від вторинного ураження лімфатичних вузлів

кована задня евісцерація [11-19].

Одним з найбільш великих досліджень (n=110), яке описувало цю проблему, опубліковано Tamussino K.F. et al. (2001) з клініки Мейо, проте в ньому не були представлені дані про післяопераційні ускладнення і виживаність [20]. Трохи пізніше авторський колектив з тієї ж клініки під керівництвом Richardson D.L. et al. (2006)

публікує результати дослідження, яке вміщувало 177 пацієнтів, що перенесли комбіновану резекцію товстої кишки при хірургічному лікуванні РЯ (з них 62 з рецидивом РЯ). У дослідженні проводиться аналіз факторів ризику неспроможності анастомозу, яка становила 3,2% [21].

Ми поставили собі за мету максимально дослідити групу пацієнтів, яким виконувалися комбіновані і розширені хірургічні втручання з приводу рецидиву РЯ з резекцією дистальних відділів товстої кишки. Хірургічна мета повноти циторедукції відповідає останнім даним про те, що цей результат прогнозу є найуспішніший результат виживання після вторинного циторедуктивного хірургічного втручання [22].

Кількість післяопераційних ускладнень (12%) і рівень смертності (2%) знаходяться в межах допустимого діапазону для таких складних хірургічних хворих [20, 23-26]. У цілому ризик неспроможності анастомозу становив 5% серед пацієнтів без превентивної колостоми, що є цілком прийнятним з огляду на те, що автори повідомляють про дані ускладнення в межах 0-8% випадків під час первинної циторедуктивної операції з приводу РЯ [16, 17, 20, 24, 27].

На додаток до зазначених вище спостережень слід зазначити технічні особливості. У нашому дослідженні резекція дистальних сечових шляхів потрібна в 12% випадків. Одномоментне відновлення безперервності сечовивідних шляхів, за відповідного досвіду оперуючого хірурга, ми вважаємо прийнятним, враховуючи вкрай низький рівень інфекції сечових шляхів в післяопераційному періоді та відсутності неспроможності. При виконанні таких хірургічних втручань слід очікувати зміни нормальної анатомії малого таза і бути готовим до необхідності виконати дистальну резекцію сечовода і/або резекцію сечового міхура з метою досягнення оптимальної циторедукції.

Патогістологічний висновок підтвердив, що у 73% пацієнтів при суспектному ураженні cul-de-sac (вогнищева або дисемінована) стінка ректосигмоїдного відділу кишок була інфільтрована пухлиною. Виконання деперитонізації, а не видалення відділу кишки єдиним блоком з пухлиною, призводить до резидуальної пухлини на стінці кишки [4]. Незалежно від хірургічної техніки (тазова перитонектомія або ректосигмоїдна резекція), результати лікування залежать від повноти циторедукції [28-30].

Низька передня резекція прямої кишки не відрізняється від операції Гартмана у пацієнтів з рецидивом РЯ в показниках післяопераційних ускладнень, хірургічних результатах і виживання. Відсутність стоми у великій частині хворих після низької передньої резекції прямої кишки покращує якість життя хворих [7, 31].

Резекція ректосигмоїдного відділу товстої кишки – найбільш часте хірургічне втручання на

кишках у хворих з РЯ з метою досягнення оптимальної циторедукції [15]. У разі рецидиву РЯ з ураженням ректосигмоїдного відділу слід враховувати можливу подвійну полярність лімфатичного метастазування РЯ. За даними Di Giorgio A. et al. (2013), ураження лімфатичних вузлів виявляється у 50% хворих, водночас регіональні лімфатичні вузли ураженого відділу кишки часто вражені метастазами, ніж регіональні лімфатичні вузли яєчників (30,8% проти 7,7%), у 11,5% пацієнток вражені обидві групи. Ураження лімфатичних вузлів мезоректума діагностується у 41,6% випадків [32].

За результатами цього дослідження виявлено, що у значної частини пацієнток з рецидивом РЯ із залученням ректосигмоїдного відділу кишок наявне метастатичне ураження мезентеріальних лімфатичних вузлів. Із технічної точки зору це вказує на необхідність видалення клиноподібної ділянки мезоколон сигмоподібної ободової кишки, який відображає розподіл нижніх брижових судин і їх гілок, з метою охоплення шляху лімфовідтоку від ураженої ділянки кишки, якщо метою хірургічного втручання є оптимальна циторедукція. Цей принцип раніше описаний для хірургічних втручань на кишці з приводу РЯ [7]. Дотримання принципів онкохірургії складається також і в тому, що при ураженні прямої кишки обсяг циторедукції аналогічний такому при раку прямої кишки (в тому числі і виконання тотальної мезоректальної ексцизії).

Частота ураження мезентеріальних лімфатичних вузлів коливається в широких межах від 15,2% до 93,5%, за даними різних дослідницьких груп. Це пояснюється відсутністю єдиних хірургічних протоколів для мезентеріальної лімфодисекції у пацієнтів з рецидивом РЯ. З частотою метастазування пов'язують різні фактори: глибину інвазії стінки кишок, ураження заочеревинних лімфатичних вузлів, обсяг колоректальної резекції,

протяжність ураження очеревини [27, 32-36]. Одночасне ураження обох шляхів відтоку лімфи погіршує прогноз, але ці показники не мали статистичної значущості [32, 35, 37].

За даними Gallotta V. et al. (2011), глибина інвазії стінки кишки є незалежним прогностичним фактором, статистично рівним обсягу залишкової пухлини. Ніхто з пацієнтів з пухлинами до серозного шару кишки не прожив більше трьох років [32]. Відповідно даних Scarabelli C. et al. (2000), глибина інвазії кишкової стінки досягає прогностичної значимості тільки у групі пацієнтів з метастатичним ураженням мезентеріальних лімфатичних вузлів [38]. У той ж час, як Park J.Y. et al. (2006) показали, що це впливає на тривалість безрецидивного періоду, але не на загальне виживання [36].

Розповсюдження пухлинного інфільтрату на бокові стінки таза не є протипоказанням до хірургічної циторедукції при рецидиві РЯ. Резекція єдиним блоком з рецидивом РЯ для досягнення оптимальної циторедукції може супроводжуватися пошкодженням іпсилатеральних автономних нервів, в результаті чого виникає дисфункція сечового міхура в післяопераційному періоді, але досягається оптимальність циторедукції, що позитивно впливає на виживаемість. Техніка латерально розширеної внутрітазової резекції була описана Höckel M. (2008) [15, 39-42].

Висновки. Незважаючи на відсутність контрольної групи в нашому дослідженні, отримані дані засвідчують, що виконання комбінованих операцій при рецидиві раку яєчників з резекцією дистальних відділів товстої кишки може сприяти подовженню виживання даної групи пацієнтів.

Перспективи подальших наукових досліджень. Додаткові дані, отримані при подальшій роботі в цьому напрямку, дозволять уточнити отримані результати і більш точно визначити предиктори сприятливих результатів захворювання.

Список використаної літератури

1. *Secondary Surgery Versus Chemotherapy for Recurrent Ovarian Cancer* / N.A. Bickell, N. Egorova, M. Prasad-Hayes [et al.] // *Am. J. Clin. Oncol.* – 2016. – DOI:10.1097/COC.0000000000000310.
2. *Computed tomography features of recurrent ovarian carcinoma according to time to relapse* / A. Sahdev, J.H. Hughes, T. Barwick [et al.] // *Acta Radiol.* – 2007. – V. 48. – P. 1038-1044.
3. *Eisenkop S.M. Procedures required to accomplish complete cytoreduction of ovarian cancer: is there a correlation with "biological aggressiveness" and survival?* / S.M. Eisenkop, N.M. Spirtos // *Gynecol Oncol.* – 2001. – V. 82. – P. 435-441.
4. *Is the decision for colorectal resection justified by histopathological findings: a prospective study of 100 patients with advanced ovarian cancer* / H. Hertel, H. Diebold, J. Herrmann [et al.] // *Gynecol Oncol.* – 2001. – V. 83. – P. 481-484.
5. *Sites of bowel resection to achieve optimal ovarian cancer cytoreduction: implications regarding surgical management* / M.S. Hoffman, D. Griffin, S. Tebes [et al.] // *Am. J. Obstet Gynecol.* – 2005. – V. 193. – P. 582-588.
6. *Hoffman M.S. Colon resection for ovarian cancer: intraoperative decisions* / M.S. Hoffman, E. Zervose // *Gynecol. Oncol.* – 2006. – V. 111. – P. 56-65.
7. *Comparison of the efficacy of flow anterior resection with primary resection and Hartmann's procedure in advanced primary or recurrent epithelial ovarian cancer* / H.S. Kim, E.N. Kim, S.Y. Jeong [et al.] // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* – 2011. – V. 156(2). – P. 194-198.
8. *Barber H.R.K. Pelvic exenteration for locally advanced recurrent ovarian cancer* / H.R.K. Barber, A. Brunschwig // *Surgery.* – 1965. – V. 58. – P. 935-937.
9. *Hudson C.N. Surgical treatment of ovarian cancer* / C.N. Hudson, M. Chir // *Gynecol. Oncol.* – 1973. – V. 1. – P. 370-378.
10. *Hudson C.N. A radical operation for fixed ovarian tumors* / C.N. Hudson // *J. Obstet. Gynaecol. Br. Commonw.* – 1968. – V.

75. – P. 1155-1160. 11. Reverse hysterocolposigmoidectomy (RHCS) for resection of panpelvic tumors / W. Barnes, J. Johnson, S. Waggoner [et al.] // *Gynecol. Oncol.* – 1991. – V. 42. – P. 151-155. 12. Berek J.S. Rectosigmoidectomy and anastomosis to facilitate resection of primary and recurrent gynecologic cancer / J.S. Berek, N.F. Hacker, L.D. Lagasse // *Obstet. Gynecol.* – 1984. – V. 64. – P. 715-720. 13. Enbloc resection of epithelial ovarian tumors with concomitant rectosigmoidectomy: the KEMH experience / J.E. Bridges, Y. Leung, I.G. Hammond [et al.] // *Int. J. Gynecol. Cancer.* – 1993. – V. 3. – P. 199-202. 14. The western Australian experience of the use of enbloc resection of ovarian cancer with concomitant rectosigmoidectomy / R.D. Clayton, A. Obemair, I.G. Hammond [et al.] // *Gynecol. Oncol.* – 2002. – V. 84. – P. 53-57. 15. Eisenkop S.M. Modified posterior exenteration for ovarian cancer / S.M. Eisenkop, R.H. Nalick, N.N. Teng // *Obstet. Gynecol.* – 1991. – V. 78. – P. 879-885. 16. Safety and efficacy of low anterior enbloc resection as part of cytoreductive surgery for patients with ovarian cancer / A. Obermair, S. Hagenauer, D. Tamandl [et al.] // *Gynecol. Oncol.* – 2001. – V. 83. – P. 115-120. 17. Enbloc pelvic peritoneal resection of the intraperitoneal pelvic viscera in patients with advanced epithelial ovarian cancer / R. Sainz de la Cuesta, A. Goodman, S.S. Halverson [et al.] // *Cancer J. Sci Am.* – 1996. – V. 2. – P. 152-157. 18. Sonnendecker E.W.W. Rectosigmoid resection without colostomy during primary cytoreductive surgery for ovarian carcinoma / E.W.W. Sonnendecker, P.G. Beale // *Int. Surg.* – 1989. – V. 74. – P. 10-12. 19. The role of partial sigmoidectomy for debulking epithelial ovarian carcinoma / J.T. Soper, G. Couchman, A. Berchuk [et al.] // *Gynecol. Oncol.* – 1991. – V. 41. – P. 239-244. 20. Gastrointestinal surgery in patients with ovarian cancer / K.F. Tamussino, P.C. Lim, M.J. Webb [et al.] // *Gynecol. Oncol.* – 2001. – V. 80. – P. 79-84. 21. Risk factors for anastomotic leak after rectosigmoid resection for ovarian cancer / D.L. Richardson, A. Mariani, W.A. Cliby // *Gynecol. Oncol.* – 2006. – V. 103. – P. 667-672. 22. Bristow R.E. Cytoreductive surgery for recurrent ovarian cancer: a meta-analysis / R.E. Bristow, I. Puri, D.S. Chi // *Gynecol. Oncol.* – 2009. – V. 112. – P. 265-274. 23. The role of bowel surgery with cytoreduction for epithelial ovarian cancer / H.B. Cai, Y.F. Zhou, H.Z. Chen [et al.] // *Clin. Oncol. (R. Coll. Radiol.)* – 2007. – V. 19(10). – P. 757-762. 24. Bowel resection at the time of primary debulking for epithelial ovarian carcinoma: outcomes in patients treated with platinum and taxane-based chemotherapy / J.M. Estes, C.A. Leath, J.M. Straughn [et al.] // *J. Am. Coll. Surg.* – 2006. – V. 203. – P. 527-532. 25. Salani R. Survival impact of multiple bowel resections in patients undergoing primary cytoreductive surgery for advanced ovarian cancer: a case-control study / R. Salani, M.L. Zahurak, A. Santillan [et al.] // *Gynecol. Oncol.* – 2007. – V. 107. – P. 495-499. 26. Tebes S.J. Colorectal resection in patients with ovarian and primary peritoneal carcinoma / S.J. Tebes, R. Cardosi, M.S. Hoffman // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2006. – V. 195. – P. 585-589. 27. Surgical management of mesenteric lymph node metastasis in patients undergoing rectosigmoidectomy for locally advanced ovarian carcinoma / R. Salani, T. Diaz-Montes, R.L. Giuntoli [et al.] // *Ann. Surg. Oncol.* – 2007. – V. 14. – P. 3552-3557. 28. Secondary cytoreductive surgery including rectosigmoidectomy for recurrent ovarian cancer: operative technique and clinical outcomes / R.E. Bristow, M. Peiretti, M. Gerardi [et al.] // *Gynecol. Oncol.* – 2009. – V. 114(2). – P. 173-177. 29. Chi D.S. Guidelines and selection criteria for secondary cytoreductive surgery in patients with recurrent platinum-sensitive epithelial ovarian carcinoma / D.S. Chi, K. McCaughey, J.P. Diaz [et al.] // *Cancer.* – 2006. – V. 106. – P. 1933-1939. 30. Douglas peritonectomy compared to recto-sigmoid resection in optimally cytoreduced advanced ovarian cancer patients: analysis of morbidity and oncological outcome / V. Gallotta, F. Fanfani, G. Vizzielli [et al.] // *Eur. J. Surg. Oncol.* – 2011. – V. 37. – P. 1085-1092. 31. The evaluation of intra- and postoperative complications related to debulking surgery with bowel resection in patients with FIGO stage III-IV ovarian cancer / M. Bidzinski, P. Derlatka, P. Kubik [et al.] // *Int. J. Gynecol. Cancer.* – 2007. – V. 17. – P. 993-997. 32. Depth of colorectal-wall invasion and lymph node involvement as major outcome factors influencing surgical strategy in patients with advanced and recurrent ovarian cancer with diffuse peritoneal metastases / A. Di Giorgio, M. Cardi, D. Biacchi [et al.] // *World J. Surg. Oncol.* – 2013. – V. 11. – P. 64. 33. Surgical implications of mesenteric lymph node metastasis from advanced ovarian cancer after bowel resection / G. Baiocchi, L.A. Cestari, M.P. Macedo [et al.] // *J. Surg. Oncol.* – 2011. – V. 104. – P. 250-254. 34. Prognostic factors for and prognostic value of mesenteric lymph node involvement in advanced-stage ovarian cancer / S. Gouy, J. Goetgheluck, C. Uzan [et al.] // *Eur. J. Surg. Oncol.* – 2012. – V. 38. – P. 170-175. 35. Mesenteric and mesocolic lymph node metastases from ovarian carcinoma: a clinicopathological analysis / S.F. Lax, E. Petru, E. Holzer [et al.] // *Int. J. Gynecol. Cancer.* – 1998. – V. 8. – P. 119-123. 36. The benefits of low anterior enbloc resection as part of cytoreductive surgery for advanced primary and recurrent epithelial ovarian cancer patients outweigh morbidity concerns / J.Y. Park, S.S. Seo, S. Kang [et al.] // *Gynecol. Oncol.* – 2006. – V. 103. – P. 977-984. 37. Ovarian carcinoma metastases to gastrointestinal tract appear to spread like colon carcinoma: implications for surgical resection / K.A. O'Hanlan, S. Kargas, M. Schreiber [et al.] // *Gynecol. Oncol.* – 1995. – V. 59. – P. 200-206. 38. Primary cytoreductive surgery with rectosigmoid colon resection for patients with advanced epithelial ovarian carcinoma / C. Scarabelli, A. Gallo, S. Franceschi [et al.] // *Cancer.* – 2000. – V. 88. – P. 389-397. 39. Höckel M. Laterally extended endopelvic resection (LEER) – principles and practice / M. Höckel // *Gynecol. Oncol.* – 2008. – V.

111. – P. 13-17. 40. Hockel M. Laterally extended endopelvic resection. Novel surgical treatment of locally recurrent cervical carcinoma involving the pelvic sidewall / M. Hockel // *Gynecol Oncol.* – 2003. – V. 91. – P. 369-377. 41. Histopathologic tumors preading in primary ovarian cancer with modified posterior exenteration / K. Kato, K. Nishikimi, S. Tate [et al.] // *World J. Surg. Oncol.* – 2015. – V. 13. – P. 230. 42. Bladder function after modified posterior exenteration for primary gynecological cancer / K. Kato, S. Tate, K. Nishikimi [et al.] // *Gynecol. Oncol.* – 2013. – V. 129. – P. 229-233.

РОЛЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЭТАПА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЛОКАЛЬНЫМ РЕЦИДИВОМ РАКА ЯИЧНИКОВ

Резюме. В ходе данного исследования были изучены комбинированные и расширенные хирургические вмешательства на ректосигмоидном отделе толстой кишки, выполненные в качестве компонента вторичной циторедукции при рецидиве рака яичников. Удаление отдела толстой кишки, пораженной рецидивной опухолью, проводилось в соответствии с принципами онкохирургии для первичных злокачественных новообразований этой локализации. Медиана общей и безрецидивной выживаемости после вторичной хирургической циторедукции составила 43 и 29 месяцев соответственно. На показатели выживаемости влияли глубина инвазии рецидива рака яичников в стенку толстой кишки и наличие вторичного поражения лимфатических узлов.

Ключевые слова: рецидив рака яичника, вторичная циторедукция, хирургическое лечение, прямая кишка, сигмовидная кишка.

ROLE OF SURGICAL TREATMENT OF OVARIAN CANCER LOCAL RECURRENCE

Abstract. Combined and extended surgery for the rectosigmoid portion of the colon performed as a component of secondary cytoreduction in case of recurrent ovarian cancer was examined. Removal of the colon portion affected by recurrent tumor was carried out according to the principles of oncosurgery for primary malignant tumors of this localization. Midscore of overall survival and relapse-free survival after the second surgery was 43 and 29 months respectively. Survival rates were affected by the depth of invasion of ovarian cancer recurrence in the wall of the colon and the presence of secondary lesion of the lymph nodes.

Key words: ovarian cancer recurrence, secondary cytoreduction, surgical treatment, rectum, sigmoid colon.

Governmental Institution “V.T. Zaycev
Institute of General and Urgent Surgery of National Academy
of Medical Sciences of Ukraine” (Kharkiv)
Kyiv City Clinical Cancer Center (Kyiv)

Надійшла 16.03.2017 р.
Рецензент – проф. Івашук О.І. (Чернівці)