



В. В. Бойко, И. В. Криворотько

ГУ «Институт общей
и неотложной хирургии НАМН
Украины», г. Харьков

© В. В. Бойко, И. В. Криворотько

ВОЗМОЖНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

Резюме. В работе представлен анализ результатов хирургического лечения 78 больных с местно-распространенным раком прямой кишки, осложненным прорастанием в соседние органы. Среди основных мероприятий, позволяющих выполнить у 94,8 % больных операции в радикальном объеме, являлись применение этапной хирургической тактики, применение посиндромального подхода и широкое использование комбинированных оперативных вмешательств.

Ключевые слова: *местно-распространенный рак прямой кишки, свищи, комбинированные операции.*

Введение

Вовлечение в опухолевый процесс соседних органов малого таза наблюдается у 8-10 % впервые выявленных больных раком прямой кишки и у 20-25 % больных с рецидивным раком прямой кишки, что может проявляться как паратуморозной опухолевой инфильтрацией, так и истинным проникновением опухоли в мочевые или половые органы с образованием ректо-везикальных либо ректо-вагинальных свищей. Хирургическая коррекция данной патологии крайне затруднена и требует выполнения комбинированных оперативных вмешательств с удалением одним блоком пораженных опухолью одной или более анатомических структур [1, 2, 4-6]. Эвисцерации таза при данной патологии остаются чрезвычайно травматичными и неудовлетворительными в плане функционального эффекта операциями [7, 8]. Применение этапной тактики, комбинированных операций и посиндромного подхода к лечению указанных осложнений позволяет достичь обнадеживающих результатов лечения данной категории больных [3, 7].

Цель работы

Улучшение результатов лечения больных с местно-распространенным раком прямой кишки, осложненным прямокишечно-мочепузырными и прямокишечно-вагинальными свищами.

Материалы и методы исследований

Исследования основаны на анализе результатов лечения 78 больных раком прямой кишки с T4 стадией местного опухолевого роста, находившихся на лечении в ГУ «Институте общей и неотложной хирургии НАМН Украины» за 10 лет, с 2001 по 2010 год, у которых заболевание осложнилось сдавлением верхних и нижних мочевых путей, а у 45 из них были

отмечены осложнения в виде некроза опухоли и формирования ректо-вагинальных и ректо-везикальных свищей.

Диагноз местно-распространенного рака прямой кишки ставился на основании предоперационного и послеоперационного заключения результата биопсии и клинико-лабораторных данных в пользу распространения опухоли на все слои стенки и за ее пределы, также уточнялся после исследования удаленных во время операции участков органов и лимфатических узлов в параректальной клетчатке с обязательным исследованием зоны резекции на предмет отсутствия или наличия в ней опухолевых клеток.

Результаты исследований и их обсуждение

Мы выделяем следующие патологические синдромы, которые определяли диагностическую и лечебную тактику при местно-распространенном раке прямой кишки: синдром сдавления мочевых путей – на уровне дистальных отделов мочеточника, мочевого пузыря, уретры и синдром нагноения – острые и хронические опухолевые абсцессы, свищи

Посиндромный подход к лечению больных осложненным раком прямой кишки позволил более точно определить тактику хирургического и специального лечения, риск неблагоприятных результатов в зависимости от вида ведущего синдрома и возникших осложнений основного заболевания.

Диагностика инвазии опухоли в соседние органы мочевой системы проводилась при помощи клинического обследования: опухоль прямой кишки при наличии дизурических расстройств, УЗИ-признаков расширения верхних мочевыводящих путей, микрогематурии в анализах мочи и данных компьютерной томографии с контрастным усилением и выполнением выделительной урографии, которая свидетель-



створала о наличии расширения мочеточника и гидронефроза в основном на левой стороне, оттеснении медиально кпереди левой боковой стенки и верхушки мочевого пузыря, отсутствии гиподенсивной клетчаточной прослойки между прямой кишкой и мочевым пузырем. Среди всех случаев больных с синдромом сдавления мочевых путей прорастание опухоли в указанные органы диагностировалось на дооперационном этапе с точностью 85%. В 15% случаев распространение опухоли на соседние органы и ткани носило характер воспалительной паратуморозной инфильтрации.

Диагноз в последующем уточнялся с учетом данных патогистологического исследова-

ния удаленных органов с определением клеток опухоли в крае резекции. На рис. 1 и 2 представлены гистологические исследования удаленных фрагментов стенки мочевого пузыря с наличием прямой инвазии опухоли. Опухолевая инвазия во внутренние половые органы была отмечена у 32 пациентов: 25 женщин и 7 мужчин. Подозрение на распространение опухоли на внутренние половые органы у женщин возникало при наличии экстраорганных роста крупной опухоли прямой кишки, что при осмотре гинеколога диагностировалось как «крупная малоподвижная опухоль малого таза» и по данным компьютерной томографии характеризовалось отсутствием гиподенсив-

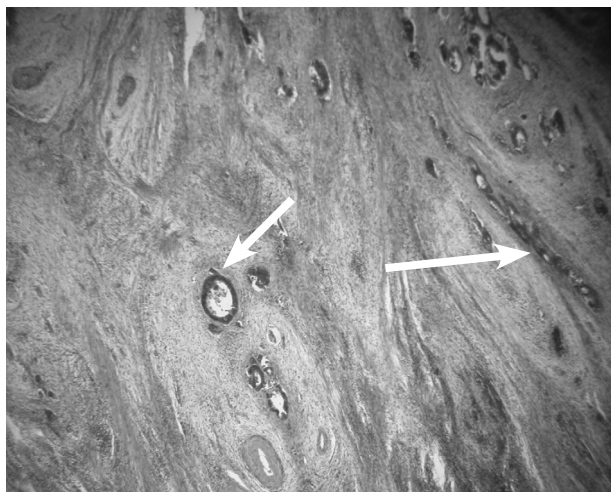


Рис. 1. Инвазия опухоли прямой кишки в мышечный слой стенки мочевого пузыря, окраска гематоксилин-эозин, увеличение x 200. Темные базофильные клетки – опухоль, распространяющаяся как по мышечным волокнам, так и по венозным сосудам.

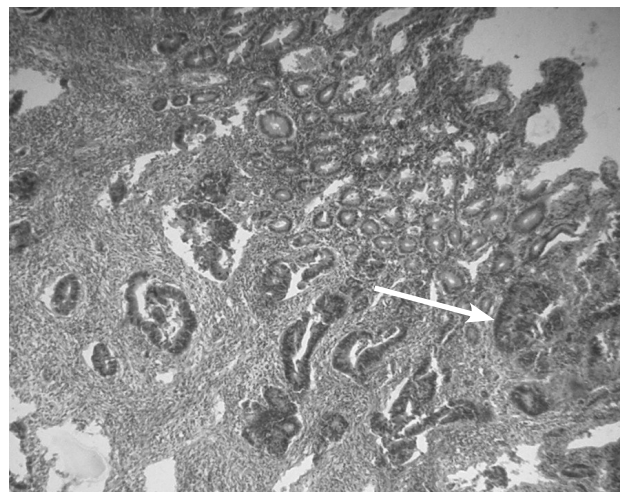


Рис. 2. Инвазия опухоли прямой кишки через все слои до слизистой оболочки мочевого пузыря (мочепузырно-прямокишечный свищ).

Окраска гематоксилин-эозин, увеличение x 200.

Отмечается как прямая опухолевая инвазия в слизистую оболочку (указано стрелкой), так и комплексы опухолевых клеток, расположенных периваскулярно вдоль венозных сосудов. Выраженная лейкоцитарная инфильтрация слизистого и подслизистого слоя, характерная для ректо-везикального свища

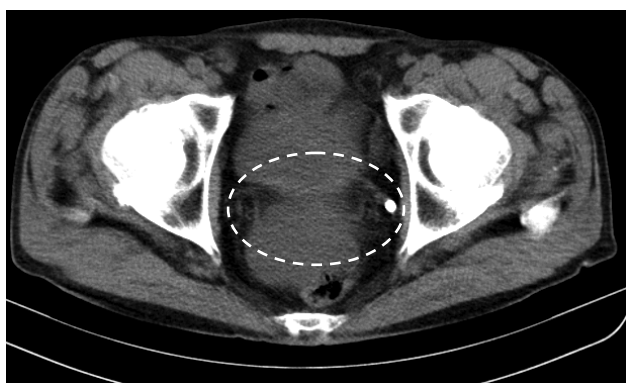


Рис. 3. Прорастание опухоли прямой кишки в тело матки (рост опухоли экзофитный, кпереди). Отсутствует гиподенсивное пространство между прямой кишкой и телом матки (обведено). Расширен левый мочеточник

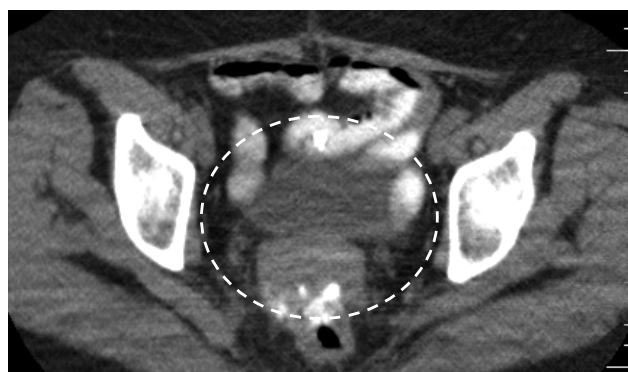


Рис. 4. Опухолевый конгломерат в малом тазу, состоящий из прямой кишки, матки, петель тонкой кишки (обведено). Прорастание опухоли прямой кишки во влагалище с образованием ректо-вагинального свища. Контраст, принятый *per os*, заполняет петли тонкой кишки, прямую кишку и влагалище



ной клетчаточной прослойки между прямой кишкой и телом матки либо конгломератом из мало дифференцируемых образований в области дугласового пространства (рис. 2, 3).



Рис. 5. Рак прямой кишки, прорастание опухоли в семенные пузырьки и заднюю стенку мочевого пузыря с некрозом и образованием ректо-везикального опухолевого свища. Отмечается наличие воздуха в мочевом пузыре и прямой кишке; контраст, введенный по катетеру в мочевой пузырь, заполнил прямую кишку



Рис. 6. Рак прямой кишки (верхне-ампулярный отдел). Пузырно-прямокишечный свищ. Стрелкой указан пузырек воздуха в мочевом пузыре.

У мужчин в 4 случаях имело место прорастание опухоли в семенные пузырьки, в 3 — в предстательную железу, что проявлялось наличием дизурических расстройств и воспалительных изменений в анализах мочи. Данную ситуацию можно было заподозрить при ректальном осмотре, а при выполнении компьютерной томографии дифференцировать между сдавлением опухолью указанных образований и появлением параректального абсцесса либо формирующегося свища. Следует заметить, что факт наличия ректо-везикального либо ректо-вагинального свища при раке прямой кишки диагностируется легко, на основании характерных жалоб и соответствующей клинической картины — задачей проводимого обследования являлось определение объема по-

ражения указанных органов и возможности удаления опухоли в пределах здоровых тканей, не прибегая к травматичному и функционально неудовлетворительному вмешательству эвисцерации таза.

Всего комбинированные операции были выполнены у 70 из 78 больных, в 8 случаях, в связи с наличием отдаленных метастазов и канцероматоза брюшины, были произведены симптоматические операции — сигмостомия и эпицистостомия. В 37 случаях была выполнена простая задняя экзентерация таза — резекция прямой кишки с гистерэктомией одним блоком, в 30 — комбинированная задняя экзентерация — резекция прямой кишки с гистерэктомией и резекцией мочевого пузыря (левого мочеточника), в 3 — комбинированная брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки с простатвезикулэктомией и резекцией нижней трети обоих мочеточников. В 5 случаях при тотальном опухолевом поражении тазовых органов выполнена эвисцерация таза (табл. 1). Синдром нагноения был отмечен в 14 случаях. Некроз опухоли прямой кишки с нагноением у 4 больных являлись первым признаком заболевания, который отмечали пациенты. При этом были отмечены абсцессы и флегмоны малого таза (7 больных), у 4 — с перфорацией в свободную брюшную полость, в остальных 10 случаях имелись абсцессы с формированием прямокишечно-мочепузырных (4 женщины, 2 мужчин) и прямокишечно-влагалищных (4 женщины) свищей.

Таблица 1

Вид и количество произведенных оперативных вмешательств больным при раке прямой кишки, осложненном прорастанием в соседние органы и ректо-вагинальными и ректо-везикальными свищами

Виды операций	Кол-во операций
Комбинированная резекция прямой кишки + гистерэктомия	37
Резекция прямой кишки + экстирпация матки с придатками + резекция мочевого пузыря (с перемещением мочеточников в дно пузыря по Политано-Лидбеттеру)	25
Комбинированная брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки + гистерэктомия (жен)+простатэктомия (муж) с удлинением мочеточника по Боари либо Дюамелю	3
Эвисцерации таза	5
Паллиативные операции (сигмостомии)	8
ВСЕГО	78

У 2 больных абсцедирующие локализованные опухоли сигмовидной и прямой кишок, позволили выполнить радикальную операцию, не вскрывая гнойник. В этих случаях хирургическое вмешательство не отличалось от такового при плановых операциях по поводу вышеуказанных опухолей. Вместе с тем при вскрытии интраоперационно гнойника до удаления опухоли толстой кишки и первичном инфици-

Таблиця 3

ровании операционного поля считаем необходимым воздержаться от наложения первичных толстокишечных анастомозов ввиду высокого риска их несостоятельности. Опухоли ретро-сигмоидного отдела удалялись по типу операции Гартмана, а восстановление целостности толстой кишки производили вторым этапом в отдаленные сроки после первичной операции.

В отличие от острых гнойных процессов, которые требуют двухэтапного лечения, при хронических опухолевых свищах малого таза считаем оправданным выполнение радикального удаления опухолей в один этап. Так, при хронических опухолевых парапроктитах представляется целесообразной экстирпация опухоли с тканями промежности, несущей свищи; при ректовагинальных свищах опухолевого генеза выполняем экстирпацию (либо резекцию) прямой кишки с иссечением (либо экстирпацией) матки и 2/3 влагалища в пределах здоровых тканей; при ректовезикальных опухолевых свищах выполняем экстирпацию (или резекцию) прямой кишки с иссечением свища на мочевом пузыре в пределах здоровых тканей (либо экстирпацией мочевого пузыря при его значительной опухолевой трансформации); при межкишечных опухолевых свищах выполняли резекцию задействованных в раковый процесс петель кишечника.

Таблиця 2

Виды оперативного лечения больных с синдромом сдавления мочевых путей

Кол-во больных, виды оперативного лечения	Сдавление мочевых путей		
	М/пузырь	Мочеточник	Уретра+мочеточники
Всего больных, из них:	19	8	4
Оперировано в 1 этап	17	8	2
Операция в радикальном объеме	15	8	2
Паллиативные операции	4	-	2

Виды оперативного лечения больных с синдромом абсцедирования опухоли и наличия свищей

Кол-во больных, виды оперативного лечения	Свищи	Абсцессы	Перфорация в брюшную полость
Всего больных, из них	45	10	4
Оперировано в 1 этап	32	6	-
Операция в радикальном объеме	40	2	2
Паллиативные операции	5	4	2

Восстановительный этап был выполнен у 18 больных, только при отсутствии признаков генерализации опухоли либо локального рецидива опухоли в сроки не менее 4-6 месяцев после выполненной уносящей операции, а также при сохранности сфинктерного аппарата прямой кишки при длине культи прямой кишки более 4 см. Практически все отсроченные операции были произведены путем формирования анастомоза «конец в конец» компрессионными сшивающими аппаратами. В случае их отсутствия, при короткой культе (менее 5 см) – десцендо-ректоанастомоз путем низведения нисходящей толстой кишки с десцендоректоанастомозом по Беккоку-Нисневичу.

Всего гистологически подтвержденный диагноз инвазии опухоли прямой кишки в соседние органы был отмечен у 60 из 70 больных, что составило 85,7 % больных, перенесших комбинированные операции. У 10 больных (14,3 %) поражение соседних органов носило характер воспалительной инфильтрации без наличия опухолевых клеток в резецированном органе.

Выводы

Отсутствие опухолевых клеток в крае резекции прямой кишки для комбинированных операций было отмечено у 64 из 70 боль-

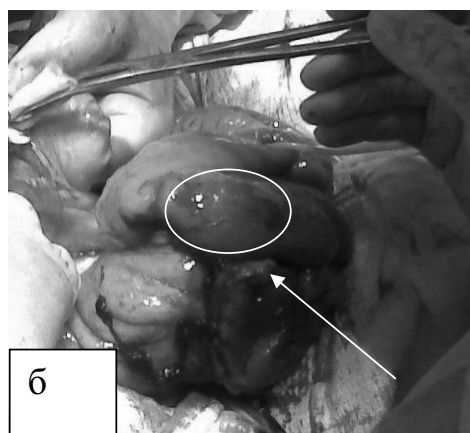
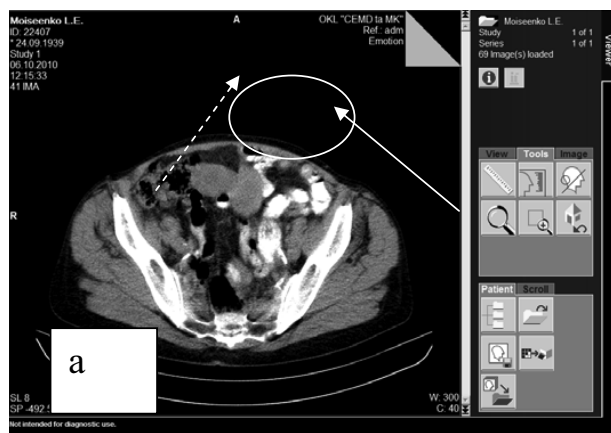


Рис. 7. Б-я М., 67 лет. Рак ректосигмоидного отдела толстой кишки, с инвазией в передне-боковую стенку мочевого пузыря; а – опухоль указана пунктирной линией. Верхушка пузыря – сплошной линией. К зоне опухоли прилежит петля тонкой кишки (обведено), в ней – уровень бария, принятого накануне *per os*; б – произведена комбинированная резекция прямой кишки с резекцией мочевого пузыря и петли тонкой кишки, вовлеченной в опухоль



ных, что составило 94,8 % больных, т.е. при комбинированных операциях и вовлечении в процесс соседних органов была достигну-

та высокая степень радикальности удаления опухоли.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бюлетень* національного канцер-реєстру України / Федоренко З.П., Гулак Л.О., Горох Е.Л. [та ін.]. — 2007. — К. — № 8. — С. 16 — 25.
2. *Щерба С.Н.* Частота комбинированных операций в онкопроктологии / С.Н.Щерба, В.В.Половинкин // *Онкохирургия*. — 2008. — № 1. — С 52-53.
3. *Multivisceral* resection for colon cancer: analysis of prognostic factors / M. Lopez-Cano, M.J. Manas, E. Hermosilla, E. Espin // *Dig. Surg.* — 2010. — № 27 (3). — P. 238-245.
4. *Multivisceral* resection of advanced colorectal carcinoma // C. Gebhardt, W. Meyer, S.Ruckriegel [et al.] // *Langebecks Arch. Surg.* — 2009. — № 2 (384). — P. 194-199.
5. *Multivisceral* resections for locally advanced rectal cancer / H. Dericci, H.R. Unalp, E. Kamer [et al.] // *Colorectal Dis.* — 2008. — № 10(5). — P.453-459.
6. *Risk* factors for anastomotic leakage after surgery for colorectal cancer: results of prospective surveillance / T. Koniishi, T. Watanabe, J. Kishimoto, H. Nagawa // *JAM Coll Surg.* — 2006. — № 202 (3). — P. 439-344.
7. *Total pelvic exenteration* for primary locally advanced and locally recurrent rectal cancer / M. Vermaas, F.T. Ferenschild, C. Verhoef [et al.] // *Eur. J. Surg. Oncol.* — 2007. — № 33 (4). — P. 452-458.
8. *Total pelvic exenterations* for primary and recurrent malignancies / F.T. Ferenschild, M. Vermaas, C. Verhoef [et al.] // *World J. Surg.* — 2009. — № 33(7). — P. 1502-1508.

МОЖЛИВОСТІ ВИКОНАННЯ КОМБІНОВАНИХ ОПЕРАЦІЙ ПРИ МІСЦЕВО РОЗПОВСЮДЖЕНОМУ РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ

В. В. Бойко, І. В. Криворотько

Резюме. У роботі представлений аналіз результатів хірургічного лікування 78 хворих з місцево розповсюдженим раком прямої кишки, ускладненим ректо-везикальними й ректо-вагінальними норицями. Серед основних заходів, що дозволяють виконати у 94,8 % хворих операції в радикальному обсязі, були наступні: застосування етапної хірургічної тактики, посиндромного підходу й широке використання комбінованих оперативних втручань.

Ключові слова: місцево розповсюджений рак прямої кишки, нориці, комбіновані операції.

THE VALUE OF THE COMBINED OPERATIONS IN SURGICAL TREATMENT OF LOCALLY ADVANCED RECTAL CANCER

V. V. Boyko, I. V. Kryvorotko

Summary. In work the analysis of results of surgical treatment of 78 patients with the locally spread rectal cancer complicated with recto-vesical and recto-vaginal fistulas is presented. Among the basic actions, allowing to execute at 94,8 % of patients of operation in radical volume, were application of step by step surgical tactics, the syndromal approach and wide use of the combined operations.

Key words: the locally spread rectal cancer, the fistulas, the combined operations.