

**В.В. Бойко,
И.В. Криворотько*,
В.Н. Лыхман,
Д.А. Мирошниченко**

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

*ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им В.Т. Зайцева НАМН Украины»**
въезд Балакирева, 1, Харьков, 61103, Украина
Харьковский национальный медицинский университет
пр. Науки, 4, Харьков, 61022, Украина
*SE «V.T. Zaitsev Institute of General and Emergency Surgery NAMS of Ukraine»**
Balakiriev driveway, 1, Kharkov, 61103, Ukraine
Kharkiv national medical university
Nauky avenue, 4, Kharkiv, 61022, Ukraine
e-mail: meduniver@knmu.kharkov.ua

Ключевые слова: опухоли малого таза, эвисцерации, посиндромный подход, комбинированные операции
Ключові слова: пухлини малого тазу, евісцерації, посиндромний підхід, комбіновані операції
Key words: pelvic tumors, evisceration, syndromes approach, combined operations

Реферат. Хирургічне лікування при ускладнених місцевопоширених пухлинах органів малого таза. **Бойко В.В., Криворотько І.В., Лихман В.М., Мирошниченко Д.О.** У статті представлений досвід хірургічного лікування 51 хворого, який перебував на лікуванні в ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України» з 2008 по 2018 р., з місцевопоширеним раком органів малого таза. Здавлення сечових шляхів з формуванням уретерогідронефрозу було в 26 (50,1%) хворих, гостра кишкова непрохідність у 22 (43,1%) хворих, формування ректовезикальних та / або ректовагінальних свищів у 15 (29,4 %) хворих, кровотечі в 14 (27,5%) хворих. У 26 (50,1%) хворих було 2 і більше ускладнень. Посиндромне диференційоване лікування визначало тактику комбінованого лікування з урахуванням ризику розвитку ускладнень, що дозволило забезпечити радикальність видалення первинної пухлини, а також зберегти функціонування органів малого таза при застосуванні етапного хірургічного лікування.

Abstract. Surgical treatment of complicated locally advanced tumors of the pelvic organs. **Boyko V.V., Kryvorotko I.V., Lykhman V.N., Myroshnychenko D.O.** The article presents the experience of surgical treatment of 51 patients who were treated at the State Institution "V.T. Zaitsev Institute of General and Emergency Surgery NAMS of Ukraine" from 2008 to 2018. with locally advanced cancer of the pelvic organs. Compression of the upper and lower urinary tract with the formation of ureterohydronephrosis was observed in 26 (50.1%) patients, acute intestinal obstruction in 22 (43.1%) patients, and formation of recto-vesicular and/or recto-vaginal fistulas in 15 (29.4 %) patients; bleeding in 14 (27.5%) patients. In 26 (50.1%) patients, 2 or more complications were present. Syndromic differentiation of treatment determined the tactics of the combined treatment, taking into account the risk of complications, which made it possible to ensure the radical removal of the primary tumor, as well as to preserve functioning of the pelvic organs when using a staged surgical treatment.

Доля злокачественных новообразований органов малого таза в структуре онкологической заболеваемости в странах Западной Европы составляет около 16% всех локализаций [8]. Местнораспространенные опухоли тазовых органов без отдаленных метастазов могут сопровождаться серьезными клиническими проявлениями: болевым синдромом, задержкой мочи, уретерогидронефрозом, кишечной непроходимостью, кровотечением, что опасно для жизни пациента и приводит к значительному ухудшению качества жизни [4]. Неопластический процесс может проявляться как паратуморозная

опухолевая инфильтрация, либо истинная инвазия в мочевые или половые органы с формированием ректовезикальных или ректовагинальных свищей [2, 3].

В тех случаях, когда одновременно вовлечены несколько органов малого таза: мочевые пути, женские гениталии и прямая кишка – возникает необходимость в выполнении комбинированных и расширенных операций [1, 3].

При этом хирургическое лечение данной патологии затруднено, что требует выполнения комбинированного оперативного вмешательства с иссечением в едином блоке вовлеченных опухолью

анатомических структур [1, 2, 3]. Операции экзисцерации таза являются крайне травматичными и неудовлетворительными в плане функционального эффекта [5, 6]. Использование этапного лечения, комбинированных операций с посиндромной оценкой данных осложнений позволяет достичь хороших результатов лечения [5, 7].

Радикально выполненные вмешательства обеспечивают длительный срок безрецидивной выживаемости, а полноценная реконструкция толстой кишки и мочевых путей создала условия для медицинской и социальной реабилитации пациентов [2].

Цель работы – улучшение результатов лечения больных с осложненными местнораспространенными опухолями органов малого таза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

В исследовании принял участие 51 больной, который находился на лечении в ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМН Украины» с 2008 по 2018 г.

Среди осложнений было: сдавление верхних и нижних мочевых путей с формированием уретерогидронефроза у 26 (50,1%) больных; непроходимость кишечника у 22 (43,1%) больных; ректовезикальные и/или ректовагинальные свищи – 15 (29,4%) больных; кровотечения у 14 (27,5%) больных. У 26 (50,1%) больных присутствовали 2 и более осложнений.

Верификация диагноза местнораспространенной опухоли малого таза осуществлялась на основании пред- и послеоперационного заключения результатов исследования биопсийного материала, включая клинично-лабораторные данные (КТ с контрастированием, УЗИ, рентгенографические методы) в пользу инвазии опухоли в слои стенки и за ее пределы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В лечебно-диагностической тактике нами выделены следующие синдромы: **синдром сдавления мочевых путей** (опухоловое сдавление дистальных отделов мочевых путей), **синдром нагноения** (хронические и острые абсцессы и свищи), **синдром кровотечения** и **синдром кишечной непроходимости**.

Посиндромная дифференцировка лечения позволила определять тактику комбинированного лечения с учетом риска развития осложнений.

На дооперационном этапе у больных с синдромом сдавления мочевых путей инвазия опухоли в смежные органы диагностировалась с точностью 91,3%. У 9,7% больных инвазия опухоли на смежные органы и ткани имела характер воспалительной паратуморозной инфильтрации.

Больная В., 66 лет. Рак прямой кишки T4N1M0 (инвазия в передне-боковую стенку мочевого пузыря) (рис. 1, 2).



Рис. 1. Инвазия тонкой кишки (уровень бария)

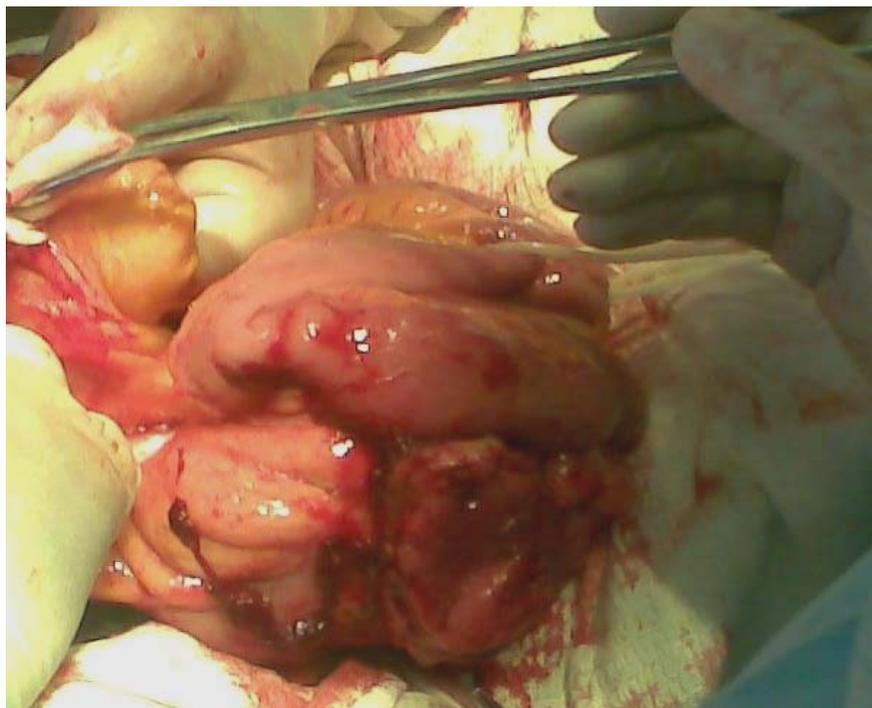


Рис. 2. Произведена комбинированная резекция прямой кишки с резекцией мочевого пузыря и петли тонкой кишки, вовлеченной в опухоль

У больных с синдромом кровотечения использовалась следующая тактика (рис. 3).

У мужчин в 4 (7,8%) случаях диагностирована инвазия опухоли в семенные пузырьки, в 3 (5,9%) – в предстательную железу, что было заподозрено

при ректальном осмотре. КТ позволила дифференцировать компрессию опухолью данных анатомических структур и наличием параректального абсцедирования, либо формирование свища при раке прямой кишки T4N1M0 (рис. 4, 5).



Рис. 3. Тактика синдрома кровотечения

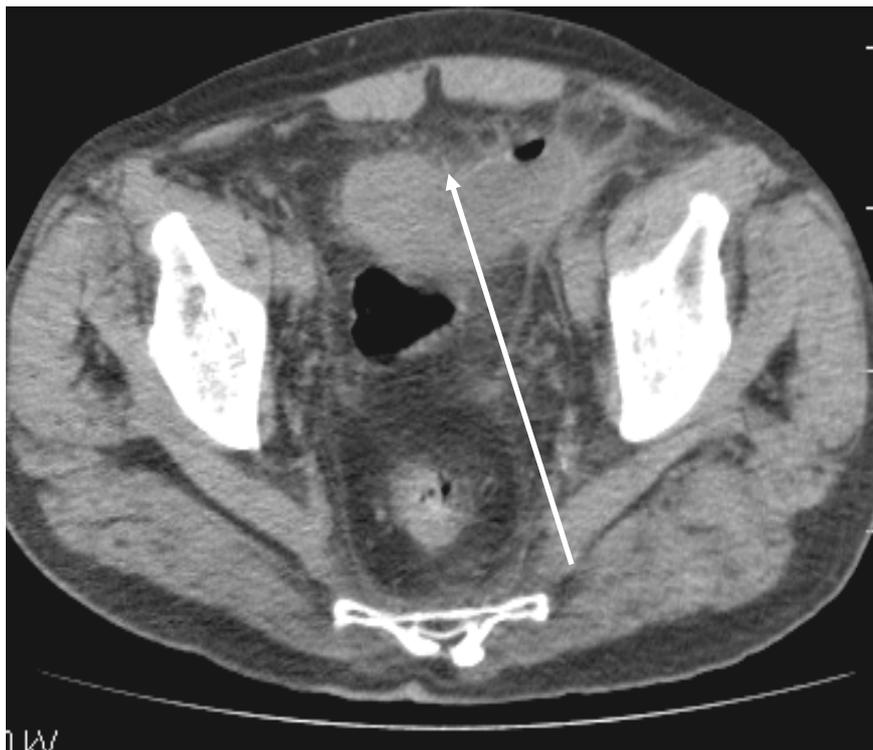


Рис. 4. Пузырно-прямокишечный свищ (стрелка - воздуха в мочевом пузыре)



Рис. 5. Проростание опухоли в семенные пузырьки и заднюю стенку мочевого пузыря с образованием ректовезикального опухолевого свища (контрастное вещество, введенное в мочевой пузырь, заполнило прямую кишку)

Всего комбинированные операции были выполнены у 51 больного. Вид и количество произведенных оперативных вмешательств больным

с осложненными местнораспространенными опухолями органов малого таза представлены в таблице.

Вид и количество произведенных оперативных вмешательств больным с осложненными местнораспространенными опухолями органов малого таза

Виды операций	Кол-во операций
Комбинированная резекция прямой кишки + гистерэктомия	17
Резекция прямой кишки + экстирпация матки с придатками + резекция мочевого пузыря с уретероцистостомией по Политано-Лидбеттеру	13
Экстирпация прямой кишки + простатэктомия + двусторонняя уретероцистостомия	3
Резекция м/пузыря с аугментационной кишечной цистопластикой	4
Резекция мочеточников с пластикой тонкой кишкой анастомоз Ле Дук	9
Тотальная эвисцерация таза	5
ВСЕГО	51

Синдром нагноения был отмечен в 14 (27,5%) случаях. Абсцессы и флегмоны малого таза были у 7 (13,7%) больных. У 4 (7,8%) больных выявлена перфорация в брюшную полость, а в 10 (19,6%) случаях диагностированы абсцессы с образованием прямокишечно-мочепузырных свищей у 6 (11,7%) больных и прямокишечно-влагалищных – у 4 (7,8%) больных.

У 2 (3,9%) больных опухоли прямой и сигмовидной кишки с абсцедированием позволили

произвести радикальную операцию без вскрытия гнойника. При этом хирургическое лечение не отличалось от плановых операций. Так, при вскрытии интраоперационно гнойника считали необходимым воздержаться от наложения первичных толстокишечных анастомозов ввиду высокого риска их несостоятельности.

Тактика ведения больных при развитии кровотечения представлена на рисунке 6.

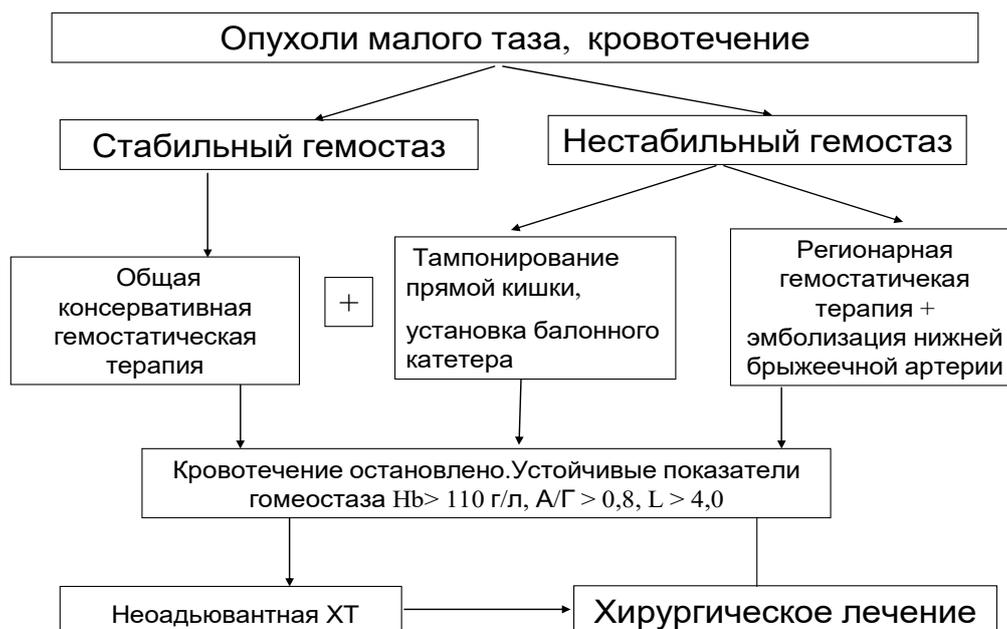


Рис. 6. Тактика ведения больных при развитии кровотечения

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование частичных эвисцераций при наличии осложнённых опухолей тазовых органов позволило обеспечить радикальность удаления первичной опухоли, а также сохранить функцио-

нирование органов малого таза при применении этапного хирургического лечения и посиндромного подхода к лечению данной патологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Возможности реконструкции мочевыделительной системы после тотальных экзентераций малого таза у пациентов с местнораспространёнными первичными и рецидивными опухолями прямой кишки / Л.О. Петров, Б.Я. Алексеев, Д.В. Сидоров [и др.] // Онкоуролог. – 2011. – № 1. – С. 95-100.
2. Длительное наблюдение за пациентом после тотальной экзентерации малого таза по поводу местно – распространённого рака прямой кишки / Д.В. Сидоров, Б.Я. Алексеев, М.В. Ложкин [и др.] // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. – 2015 – №2. – С. 61 – 63.
3. Комбинированные операции с сохранением естественного пассажа мочи по уретре при местнораспространённом колоректальном раке, прорастающем в мочевой пузырь / О.И. Кит, В.Ф. Касаткин, Ю.А. Геворгян [и др.] // Колопрокт. – 2011. – № 3. – С. 14-19.
4. Результаты тазовой экзентерации у женщин, выполненной по поводу опухолевых поражений и осложнений лучевой терапии / В.Р. Латыпов, Г.Ц. Дамбаев, О.С. Попов, А.Н. Вусик // Онкоуролог. – 2015. – № 1. – С. 55-63.
5. Multivisceral resection of advanced colorectal carcinoma // C. Gebhardt, W. Meyer, S. Ruckriegel [et al.] // Langebecks Arch. Surg. – 2013. – Vol. 2, N 384. – P. 194-199.
6. Multivisceral resections for locally advanced rectal cancer / H. Derici, H.R. Unalp, E. Kamer [et al.] // Colorec. Dis. – 2014. – Vol. 10, N 5. – P. 453-459.
7. Risk factors for anastomotic leakage after surgery for colorectal cancer: results of prospective surveillance / T. Konishi, T. Watanabe, J. Kishimoto, H. Nagawa // JAM Coll Surg. – 2015. – Vol. 202, N 3. – P. 439-344.
8. World Health Organization. Mortality database. 2013.

REFERENCES

1. Petrov LO, Alekseev BYa, Sidorov DV. [Possibilities of reconstruction of the urinary system after total pelvic examinations in patients with locally advanced primary and recurrent tumors of the rectum]. *Oncourologiia*. 2011;1:95-100. Russian.
2. Sidorov DV, Alekseev BYa, Lozhkin MV, Grishin NA, Petrov LO, Troitsky AA, Chernichenko MA. [Long follow-up of the patient after total pelvic exenterotomy for locally advanced rectal cancer]. *Oncourologiia*. 2015;2:61-63. Russian.
3. Kith OI, Kasatkin VF, Gevorgyan YuA, et al. [Combined operations with preservation of a natural passage of urine on the urethra with locally advanced colorectal cancer germinating into the bladder]. *Koloproktologiya*. 2011;3:14-19. Russian.
4. Latypov VR, Dambaev GTs, Popov OS, Vusik AN [The results of pelvic exenteration in women performed for tumor lesions and complications of radiotherapy]. *Oncourologiia*. 2015;1:55-63. Russian.
5. Gebhardt C, Meyer W, Ruckriegel S, et al. Multivisceral resection of advanced colorectal carcinoma. *Langebecks Arch. Surg.* 2013;2(384):194-9.
6. Derici H, Unalp HR, Kamer E, et al. Multivisceral resections for locally advanced rectal cancer. *Colorectal Dis.* 2014;10(5):453-9.
7. Konishi T, Watanabe T, Kishimoto J, Nagawa H. Risk factors for anastomotic leakage after surgery for colorectal cancer: results of prospective surveillance. *JAM Coll Surg.* 2015;202(3):439-44.
8. World Health Organization. Mortality database; 2013

