

УДК 616.351- 006.6 - 089

© В. В. БОЙКО, И. В. КРИВОРОТЬКО

ГУ "Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины", Харьков

**Диагностика и оперативное лечение опухолевых прямокишечных свищей**

V. V. BOYKO, I. V. KRYVOROTKO

SI "Institute of General and Emergency Surgery of NAMS of Ukraine", Kharkiv

**DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT OF RECTAL TUMOR FISTULAS**

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, были применение этапной хирургической тактики, применение посиндромального подхода и широкое использование комбинированных оперативных вмешательств.

In the 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 in 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.

**Постановка проблемы и анализ последних исследований и публикаций.** 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 [1–5]. Эвисцерации таза при данной патологии остаются чрезвычайно травматичными и неудовлетворительными в плане функционального эффекта операциями [6, 7]. Применение этапной тактики, комбинированных операций и посиндромного подхода к лечению указанных осложнений позволяет достичь обнадеживающих результатов лечения данной категории больных [6, 8].

**Цель работы:** улучшение результатов лечения больных с местно-распространенным раком прямой кишки, осложненным прямокишечно-мочепузырными и прямокишечно-влагалищными свищами.

**Материалы и методы.** Исследования основаны на анализе результатов лечения 78 больных

раком прямой кишки с T4 стадией местного опухолевого роста, находившихся на лечении в Институте общей и неотложной хирургии АМН 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.

Посиндромний підхід к ліченню 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 свидетельствовала 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 киш-

кой и мочевым пузырем. Среди всех случаев больных с синдромом сдавления мочевых путей (табл. 1) 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 исследования удаленных органов с определением клеток опухоли в крае резекции. На рисунках 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 экстраорганного роста крупной опухоли прямой кишки, что при осмотре гинеко-

**Таблица 1. Виды оперативного лечения больных с синдромом сдавления мочевых путей**

Количество больных, виды оперативного лечения	Сдавление мочевых путей, n		
	мочевой 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

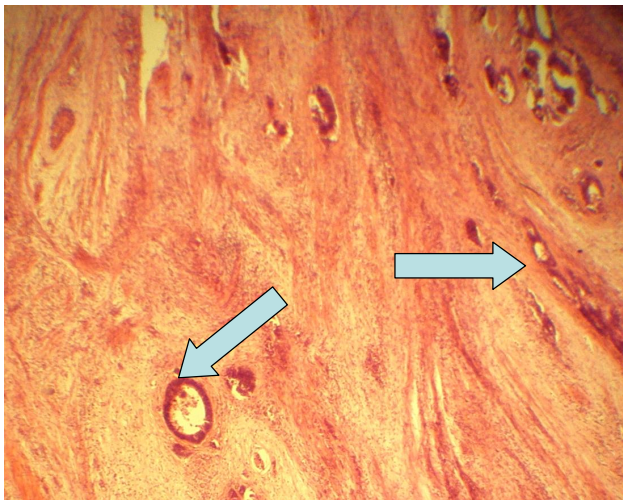


Рис. 1. Инвазия опухоли прямой кишки в мышечный слой стенки мочевого пузыря, окраска гематоксилином и эозином, увеличение x200. Темные базофильные клетки – опухоль, распространяющаяся как по мышечным волокнам, так и по венозным сосудам.

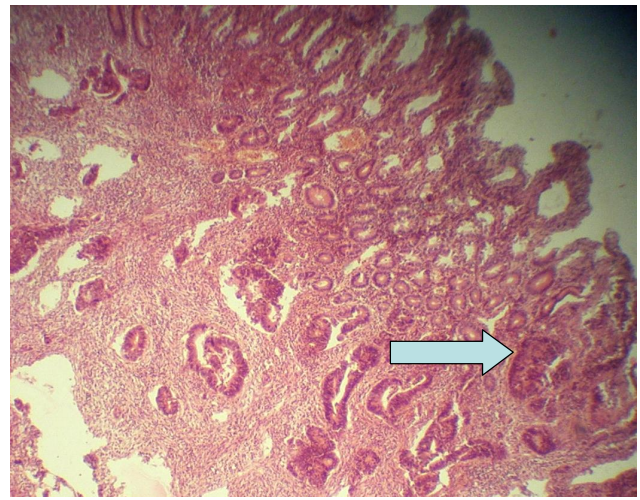


Рис. 2. Инвазия опухоли прямой кишки через все слои до слизистой оболочки мочевого пузыря (мочепузырно-прямокишечный свищ). Окраска гематоксилином и эозином, увеличение x200. Отмечается как прямая опухолевая инвазия в слизистую оболочку (указано стрелкой), так и комплексы опухолевых клеток, расположенных периваскулярно вдоль венозных сосудов. Выраженная лейкоцитарная инфильтрация слизистого и подслизистого слоя, характерная для ректо-везикального свища.

лога діагностувалося як “крупна малоподвижная опухоль малого таза” и, по данным компьютерной томографии, характеризовалось отсутствием гиподенсивной клетчаточной прослойки между прямой кишкой и телом матки либо конгломератом из мало дифференцируемых образований в области дугласового пространства (рис. 2, 3).

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

Всего комбинированные операции (рис. 4) были выполнены у 70 из 78 больных, в 8 случаях в связи с наличием отдаленных метастазов и канцероматоза брюшины были произведены симпто-

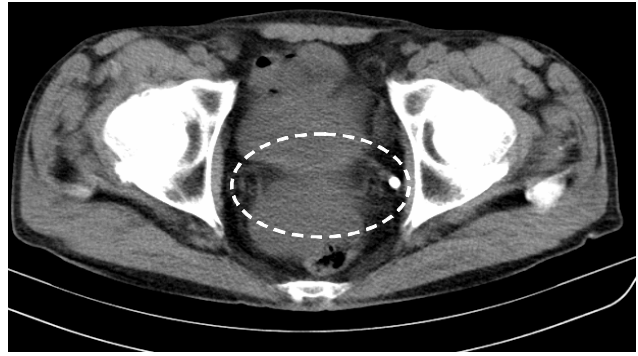


Рис. 3. Прорастание опухоли прямой кишки в тело матки (рост опухоли экзофитный, кпереди). Отсутствует гиподенсивное пространство между прямой кишкой и телом матки (обведено). Расширен левый мочеточник.

матические 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. 2). Синдром нагноения был отмечен в 14 случаях. Некроз опухоли прямой кишки с нагноением у 4 больных являлся первым признаком заболевания,

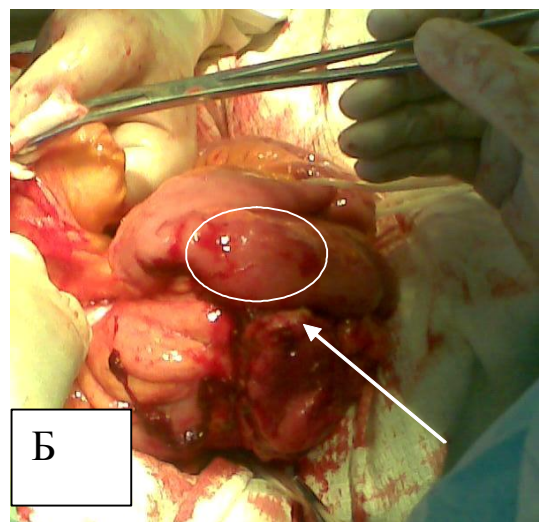


Рис. 4. Больная М., 67 лет. Рак ректосигмоидного отдела толстой кишки, с инвазией в передне-боковую стенку мочевого пузыря. А – опухоль указана пунктирной линией. Верхушка пузыря – сплошной линией. К зоне опухоли прилежит петля тонкой кишки (обведено), в ней – уровень бария, принятого накануне per os. Б – произведена комбинированная резекция прямой кишки с резекцией мочевого пузыря и петли тонкой кишки, вовлеченной в опухоль.

**Таблица 2. 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	Количество 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
<b>ВСЕГО</b>	<b>78</b>

который отмечали пациенты. При этом были отмечены абсцессы и флегмоны малого таза (7 больных), у 4 – с перфорацией в свободную брюшную полость (табл. 3), в остальных 10 случаях имелись абсцессы с формированием прямокишечно-мочепузырных (4 женщины, 2 мужчин) и прямокишечно-вагинальных (4 женщины) свищей (рис. 5, 6) (табл. 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.

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 первич-



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

**Таблица 3. Виды оперативного лечения больных с синдромом абсцедирования опухоли и наличия свищей**

Количество 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

ном инфицировании операционного поля считаем необходимым воздержаться от наложения первичных толстокишечных анастомозов ввиду высокого риска их несостоятельности. Опухоли ретросигмоидного 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 ректо-вагинальных свищах (рис. 7) опухолевого генеза выполняем экстирпацию (либо резекцию) прямой кишки с иссечением (либо эк-

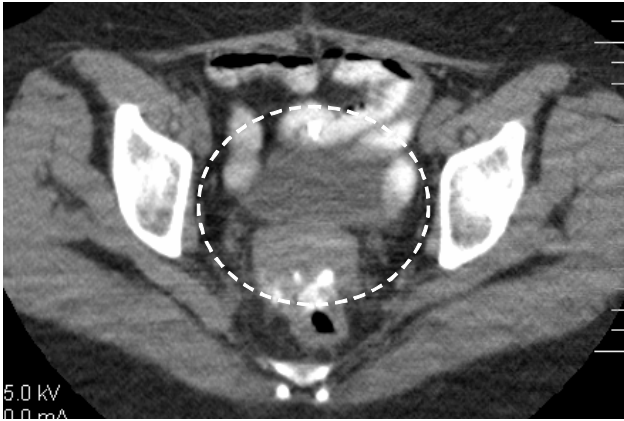


Рис. 7. Опухолевый конгломерат в малом тазу, состоящий из прямой кишки, матки, петель тонкой кишки (обведено). Прорастание опухоли прямой кишки во влагалище с образованием ректо-вагинального свища. Контраст, принятый *per os*, заполняет петли тонкой кишки, прямую кишку и влагалище.

стирпацией) матки и 2/3 влагалища в пределах здоровых тканей; при ректо-везикальных 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 выполняем резекцию задействованных в раковый процесс петель кишечника.

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) – десцендоректоанастомоз путем низведения нисходящей толстой кишки с десцендоректоанастомозом по Бабкоку–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 больных, что составило 94,8 % больных, то есть при комбинированных операциях и вовлечении в процесс соседних органов была достигнута высокая степень радикальности удаления опухоли.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бюлетень національного канцер-реєстру України / Федоренко З. П., Гулак Л. О., Горюх Е. Л. [та ін.]. – К., 2007. – № 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 of advanced colorectal carcinoma // C. Gebhardt, W. Meyer, S. Ruckriegel [et al.] // *Langebecks Arch. Surg.* – 2009. – № 2 (384). – P. 194–199.
4. Multivisceral resections for locally advanced rectal cancer / H. Derici, H. R. Unalp, E. Kamer [et al.] // *Colorectal Dis.* – 2008. – № 10(5). – P. 453–459.
5. 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.* – 2006. – № 202(3). – P. 439–444.
6. 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.
7. 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.
8. 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.

Получено 11.01.13