

УДК 616.351- 006.6 – 089

*В.В. Бойко, И.В. Криворотько***КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РЕКТО-ВАГИНАЛЬНЫХ И РЕКТО-ВЕЗИКАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ***ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины», Харьков*

В работе представлен анализ результатов хирургического лечения 37 больных с местно-распространенным раком прямой кишки, осложненным ректо-везикальными и ректо-вагинальными свищами. Среди основных мероприятий, позволяющих выполнить у 93,5% 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.

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.

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

**Материал и методы**

Исследования основаны на анализе результатов лечения 385 больных в возрасте от 36 до 83 лет с местно-распространенным раком прямой кишки, находившихся на лечении в Ин-

ституте общей и неотложной хирургии АМН Украины за 10 лет, с 1999 по 2008 годы.

Диагноз местно-распространенного рака прямой кишки ставился на основании предоперационного и послеоперационного заключения результата биопсии и клинко-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.

Больные были разделены на 2 группы: 1-я группа (сравнения) – ретроспективный анализ историй болезни 183 из 438 больных (41,7% от общего числа больных с раком прямой кишки), находившихся на лечении в ИОНХ АМНУ с 1998 по 2003 гг. с гистологически верифицированным распространением опухоли на париетальную брюшину или соседние органы (T4 стадия местного роста) и 2-я группа (основная) – 202 из 521 больного (38,7% от общего числа больных за 2003-2007 гг.) с аналогичной степенью местного распространения опухоли, у которых были разработаны и внедрены принципы лечения с использованием посиндромного подхода к лечению рака прямой кишки и произведены новые виды комбинированных оперативных вмешательств. Распределение больных по стадиям в 1 и 2 группе больных находившихся на лечении в ИОНХ АМН Украины за 10 лет, представлена в таблице 1.

Таблиця 1.

Распределение больных по стадиям рака прямой кишки в группах

Стадия	Количество больных, абс. (%)	
	1 группа	2 группа
T <sub>4</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>	127 (69,4 %)	136 (67,3%)
T <sub>4</sub> N <sub>1-2</sub> M <sub>0</sub>	46 (25,2%)	52 (25,8%)
T <sub>4</sub> N <sub>1-2</sub> M <sub>1</sub>	10 (5,4 %)	14 (6,9%)
Всего	183 (100 %)	202 (100 %)

### Результаты и обсуждение

Мы выделяем следующие патологические синдромы, которые существенно определяют диагностическую и лечебную тактику при местно-распространенном раке прямой кишки:

**синдром кишечной непроходимости** – компенсированная, субкомпенсированная, декомпенсированная – 119 больных (31%);

**синдром кровотечения** – из прямой кишки, из влагалища, из уретры, внутрибрюшное кровотечение – 108 больных (28%);

**синдром сдавления мочевых путей** – на уровне дистальных отделов мочеточника, мочевого пузыря, уретры – 81 больной (21%);

**синдром венозных тромбозов** – тромбоз поверхностных и глубоких вен – подвздошных вен, подвздошно-бедренного сегмента – 40 больных (10%);

**синдром нагноения** – острые и хронические опухолевые абсцессы, флегмоны и свищи – 37 больных (9%).

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.

Так, синдром нагноения и сдавления мочевых путей наблюдался у 16 больных группы сравнения и у 21 больного основной группы.

Нагноения опухолей малого таза в 4 случаях являлись первым признаком заболевания, который отмечали пациенты. При этом возможны два пути его развития: острые и хронические проявления. К первым относят абсцессы и флегмоны малого таза, ко вторым вну-

тренние (чаще ректальные) свищи. В группе сравнения абсцесс дугласового пространства был диагностирован у 2 больных, у 1 – с перфорацией в свободную брюшную полость, в остальных 4 случаях имелись прямокишечно-мочепузырные (3 наблюдения) и прямокишечно-влаглищный (1 наблюдение) свищи. В опытной группе – параколитический абсцесс имел место в 2 наблюдениях, также в 2 наблюдениях – прерфорация абсцесса в брюшную полость, у остальных 6 больных имелись прямокишечно-мочепузырные свищи (4 женщины, 2 мужчин) и 2 женщины – прямокишечно-влаглищный свищ.

У 2 больных опытной группы 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 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 опу-

Таблиця 2.

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

Виды операций	Количество операций	
	1 группа	2 группа
Комбинированная резекция прямой кишки по типу Гартмана и гистерэктомия	4	6
Резекция прямой кишки, экстирпация матки с придатками и резекция мочевого пузыря (с перемещением мочеточников в дно пузыря по Политано-Лидбеттеру);	2	7
Комбинированная брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, гистерэктомия (жен.) или простатэктомия (муж.) с удлинением мочеточника по Боари либо Дюамелю.	1	5
Эвисцерации таза	4	2
Паллиативные операции (сигмостомии)	5	1
Всего	16	21

холи 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 выполняется резекция задействованных в раковый процесс петель кишечника.

Восстановительный этап возможен при сохранности сфинктерного аппарата прямой кишки при длине культы 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 культте (менее 5 см) – десцендо-ректоанастомоз путем низведения нисходящей толстой кишки с десцендоректоанастомозом по Беккоку-Нисневичу (табл. 2.).

Всего гистологически подтвержденный диагноз инвазии опухоли прямой кишки в соседние органы был отмечен у 26 из 37 больных, что составило 77,4% больных, перенесших комбинированные операции. У 7 больных (22,6%) поражение соседних органов носило характер воспалительной инфильтрации без наличия опухолевых клеток в резецированном органе.

### Выводы

Прямая опухолевая инвазия рака прямой кишки наблюдалась у 64% больных: в матку, придатки либо влагалище – у 9, в мочевой пузырь или мочеточник – у 8, в предстательную железу или семенные пузырьки – у 4, в брыжейку тонкой кишки – у 2, в переднюю брюшную стенку – у 1. В остальных 36% наблюдений (13 больных) края свищевого хода и удаленные органы не содержали опухолевой ткани.

Отсутствие опухолевых клеток в крае резекции прямой кишки для комбинированных операций было отмечено у 22 из 24 больных – 93,5% больных, т.е. при комбинированных операциях и вовлечении в процесс соседних органов была достигнута высокая степень радикальности удаления опухоли.

### КОМБІНОВАНІ ОПЕРАЦІЇ З ПРИВОДУ РЕКТО-ВАГІНАЛЬНИХ ТА РЕКТО-ВЕЗІКАЛЬНИХ НОРИЦЬ ПРИ МІСЦЕВО РОЗПОВСЮДЖЕНОМУ РАЦІ ПРЯМОЇ КИШКИ

*В.В. Бойко. І.В. Криворотько*

У роботі представлений аналіз результатів хірургічного лікування 37 хворих з місцево розповсюдженим раком прямої кишки, ускладненим ректо-везікальними й ректо-вагінальними норицями. Серед основних заходів, що дозволяють виконати у 93,5% 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 COMBINED OPERATIONS FOR RECTO-VESICAL AND RECTO-VAGINAL FISTULAS IN PATIENTS WITH THE LOCALLY SPREAD RECTAL CANCER**

*V.V. Boyko, I.V. Krivorotko*

In work the analysis of results of surgical treatment of 37 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 93,5% 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.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Бюлетень національного канцер-реєстру України / З.П. Федоренко, Л.О. Гулак, Е.Л. Горюх [та ін.]. – Київ. – 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.] // Langenbecks Arch. Surg. – 2009. – №2 (384). – P. 194-199.
4. Multivisceral resections for locally advanced rectal cancer / H. Deric, 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 et al. // JAM Coll Surg. – 2006. – №202 (3). – P.439-344.
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.

---

Стаття надійшла 14.03.2011