

© Сенютювич Р.В., Бізер Л.І.

УДК 616.343/345-006.6-089:618.1

КОМБІНОВАНІ ВТРУЧАННЯ НА ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНАХ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМУ РАКУ

Р.В.Сенютювич, Л.І.Бізер

Кафедра онкології, променевої діагностики та променевої терапії (зав. – проф. Р.В.Сенютювич) Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. Проаналізовані результати комбінованих втручань на жіночих статевих органах з приводу колоректального раку у 27 пацієнток. Ключовим моментом технічного виконання операції є виділення та ідентифікація сечоводів у межах їх тазових частин. Раціональним варто вважати дренажування малого таза через куксу прямої кишки або куксу піхви.

Ключові слова: рак, пряма кишка, матка, комбіновані операції.

При поширенні раку прямої кишки на матку, яєчники або піхву показані комбіновані оперативні втручання [1], зокрема евісцерації таза з видаленням жіночих сечостатевих органів [2, 3]. У науковій літературі майже немає робіт, які б торкалися техніки цих втручань, ведення післяопераційного періоду, віддалених результатів.

Мета дослідження. Проаналізувати результати комбінованих втручань на жіночих статевих органах з приводу колоректального раку.

Матеріал і методи. За останні 10 років (1996-2007 рр.) у клініці онкології Буковинського медичного університету прооперовано 27 жінок з приводу колоректального раку. Нами проведено аналіз результатів комбінованих хірургічних операцій на жіночих статевих органах.

Результати дослідження та їх обговорення. Типи виконаних оперативних втручань наведені в таблиці. За віком хворі поділені так: до 40 років – 1, 41-50 років – 4, 51-60 років – 15, 61-70 років – 4, старше 70 років – 3 пацієнтів.

Першим і важливим етапом комбінованих втручань на жіночих статевих органах є визначення операбельності пухлини. Нерухомість пухлини, її вкочення в малий таз не завжди є ознакою неоперабельності. Ключовим моментом у вирішенні питання про проведення

комбінованого оперативного втручання є непоширення пухлини на спільну клубову і внутрішню клубову артерії та сечоводи. Хоча в окремих випадках можлива резекція ураженого сечовода. Обидва сечоводи потрібно виділити в тазовому відділі, до впадання в сечовий міхур. Великі пухлини (охоплюють весь малий таз) технічно можна видалити завдяки накладанню затискачів між пухлиною і тканинами таза. При цьому не завжди вдається накласти лігатури на судини і хірург проводить так звану "сліпу" коагуляцію тканин. Слід пам'ятати, що значні за розміром пухлини можуть змінювати звичайне топічне розташування сечоводів. У нашої хворої (рак сліпої кишки) пухлина проростала в правий яєчник. Внаслідок підтягування пухлиною яєчника і широкої зв'язки матки сечовід змістився до маткової труби і був пересічений під час роз'єднання зв'язки. Операція завершена ектірпацією матки з яєчниками, правобічною геміколонектомією і накладанням швів на розсічений сечовід. Отже, виділення сечовода на всю його протяжність – обов'язковий елемент втручання. Сечоводи слід брати на тримачі і постійно мати їх у полі зору під час видалення пухлини.

Другим технічним прийомом, який дозволяє встановити операбельність, є ревізійна мо-

Таблиця
Комбіновані операції на жіночих статевих органах з
приводу колоректального раку

Типи втручань	Кількість хворих	Ускладнення
Правобічна геміколонектомія + видалення правих придатків матки	5	Поранення правого сечовода – 1
Правобічна геміколонектомія + екстирпація матки з придатками	2	–
Резекція сигмоподібної ободової кишки, операція Гартмана + надпівхова ампутація матки з придатками	4	–
Екстирпація прямої кишки + екстирпація матки з придатками	5	Нагноєння рани – 2
Резекція прямої кишки, операція Гартмана + екстирпація матки з придатками	4	Нагноєння рани – 1
Резекція прямої кишки, операція Гартмана, резекція сечового міхура, резекція тонкої кишки + надпівхова ампутація матки з лівим придатком	1	Абсцес малого таза
Екстирпація прямої кишки + резекція задньої стінки піхви	4	Нагноєння рани – 1
Черевноанальна резекція прямої кишки + резекція задньої стінки піхви	1	Нагноєння рани
Передня резекція прямої кишки + резекція задньої стінки піхви	1	Нагноєння рани

білізація пухлини з органами. Інколи доводиться тупо від'єднувати пухлину від суміжних органів, залишаючи частину пухлини на окремих органах таза, вирізуючи або видаляючи ці органи поетапно.

Наводимо приклад такої операції.

Хвора Д. (іст. хв. № 1105), 1931 року народження, поступила в І хірургічне відділення Чернівецького онкодиспансеру 26.02.2007 р. зі скаргами на біль у животі, утруднені витороження та відходження газів, слабкість, схуднення. Хворіє протягом кількох місяців. Дефіцит маси

тіла – 15 кг. Над лобком у черевній порожнині визначається пухлина розміром 10x15 см з обмеженою рухомістю. При гінекологічному обстеженні та УЗД – пухлина виходить з матки та яєчників. При іригоскопії – звуження сигмоподібної ободової кишки. КТ: пухлина яєчників з проростанням у матку і стисканням сигмоподібної ободової кишки. Хвора переведена в гінекологічне відділення, 27.02.2007 р. прооперована (Р.В.Сенютович). Після лапаротомії виявлена великих розмірів пухлина сигмоподібної ободової кишки, яка проростає в стінку сечового міхура, матку і лівий яєчник. До пухлини припаяна петля клубової кишки. Пухлинні утворення являють собою суцільний рухомий конгломерат. Оголено сечоводи від пограничної лінії до впадання їх у сечовий міхур, їх зміщено вбік за допомогою тримачів. Оголені внутрішні клубові артерії. Тупо (пальцями) пухлина сигмоподібної ободової кишки відокремлена від сечового міхура, проте на його стінці збережена частина пухлини розміром 10x5 см. Цілісність кишки в межах пухлини порушена, в рану виділюється їх вміст, який видалено механічним методом. Мобілізація та пересікання сигмоподібної ободової кишки (доліхосигми) на межі з низхідною ободовою кишкою. Пересічення широкої зв'язки зліва, власної зв'язки яєчника. Справа яєчник збережений, пересічена маткова труба. Мобілізовано пряму кишку нижче пухлини, пересічено її на 5 см нижче пухлини і видалено разом з маткою, в яку проростала пухлина

(надпівхова ампутація матки). Лівою рукою захоплені і відсічені залишки пухлини на сечовому міхурі (резекція дна міхура). Рана сечового міхура закрита безперервним кетгуттовим і однорядним вузловими тейфлоновими швами. Проведена резекція 3/4 стінки клубової кишки з формуванням анастомозу за методом Мельникова. Оральна кукса сигмоподібної ободової кишки виведена у вигляді протиприродного відхідника. Дистальною куксою прямої кишки додатково прикрита рана сечовода. З'єднані листки тазової очеревини. Дренажну трубку з малого таза

виведено через бокову стінку живота. Ще одна дренажна трубка введена в черевну порожнину. Через 10 днів післяопераційного періоду у хворої підвищилась температура тіла понад 38° С. Утворився гнояк у малому тазу, який прорвався через заднє склепіння піхви на 15-й день. Хвора виписана на 22-й день після операції.

В даному випадку хірургом припущена помилка в дренажуванні. Малий таз слід було дрениувати через піхву, що попередило б утворення гнояка.

При комбінованих операціях дренажування малого таза є важливим прийомом. Нами проводиться дренажування різними способами, що залежить від типу операції. Крім введення трубок у малий таз через окремий розріз промежини, трубки можна вводити через куксу піхви і прямої кишки. Це, на нашу думку, найкращий метод дренажування при комбінованих втручаннях.

Наводимо приклад такої операції.

Хвора Н. (іст. хв. № 1423), 1943 року народження, 13.03.2007 р. поступила в І хірургічне відділення Чернівецького обласного онкодиспансеру з діагнозом – рак прямої кишки Т3N0M0. Після лапаротомії в малому тазу виявлено великих розмірів пухлинний інфільтрат, який втягує в себе тазовий відділ прямої кишки, нижній сегмент та шийку матки. Проведена мобілізація обох сечоводів від пограничної лінії до сечового міхура. За допомогою шовкових ниток-тримачів сечоводи зміщено латерально. Пересічені широкі зв'язки матки та власні зв'язки яєчників, маткові артерії над сечоводами. Мобілізовані сигмоподібна ободова та початковий відділ прямої кишок. Пересічення сигмоподібної ободової кишки полегшило маніпуляції в малому тазу. Пухлина практично виповнює весь малий таз. Пухлину видаляли завдяки поетапному накладанню затискачів на тканини між пухлиною та стінкою таза з негайною електрокоагуляцією затиснутих тканин. Це дало змогу вивести частину пухлини з малого таза. Пухлина охоплює шийку матки і виходить з тканини широкої зв'язки. Для полегшення видалення шийки матки розсічено передню стінку піхви нижче пухлини, проведено остаточно мобілізацію пухлини, прямої кишки і задньої стінки піхви. Після видалення препарату дистальна кукса прямої кишки частково захищена однорядним вузловим кетгутувим

шивом з одночасним гемостазом. Через куксу кишки та відхідник виведена назовні дренажна трубка та гумовий дренаж. Захищена очеревина малого таза. Накладено протиприродний відхідник на сигмоподібну ободову кишку. Після операційний період без ускладнень.

Важливим питанням є закриття піхвової стінки після її резекції при розташуванні пухлини в нижньому і середньоампулярному відділах прямої кишки. При цьому проводять екстирпацію прямої кишки з маткою. В одному випадку нами проведена передня резекція прямої кишки з резекцією задньої стінки піхви. Резекцію піхви проводимо після завершення абдомінального етапу операції. Задню стінку піхви вирізуємо після виведення мобілізованої кишки в промежинну рану після розсічення тканин, які з'єднують з крижовою кісткою, куприком та м'язом-підіймачем відхідника. Висічення натягнутої стінки піхви проводимо ножицями. Дефект задньої стінки піхви усуваємо накладанням на її бокові стінки однорядних кетгутувих вузлових швів. З'єднуємо розсічені частини м'яза-підіймача відхідника, зшиваємо клапті шкіри на промежині. При черевноанальних резекціях ми двічі дрениували малий таз через задню стінку піхви. Це, на нашу думку, раціональний оперативний прийом. При введенні дренажу не пошкоджуються м'язи тазового дна, створюється короткий шлях для відтоку вмісту з малого таза. З цією метою з боку відхідника скальпелем проколюють задню стінку піхви і через неї виводять дренаж у малий таз, далі протягують через відхідник мобілізовану сигмоподібну ободову кишку.

Летальних випадків після проведених нами комбінованих втручань не було, але в 7 % хворих виникли ускладнення в малому тазу. Неприятливим є збереження частини пухлини в малому тазу (вимушене збереження у двох жінок, в яких пухлини проростали в крижову кістку). В такому разі проводимо електрокоагуляцію залишків пухлини на крижовій кістці. Після операції прицільно опромінюємо цю ділянку. Із 27 оперованих жінок протягом останніх 5 років нині живуть 13 пацієнток. Наведені дані можна зіставляти з результатами кращих онкологічних центрів [4].

Висновки. 1. При проростанні пухлин прямої і товстої кишок у жіночі статеві органи пока-

зані комбіновані оперативні втручання. 2. Комбіновані оперативні втручання мають супроводжуватися оголенням сечоводів у межах їх тазових частин та дренажуванням малого таза. 3. Для дренажування малого таза доцільно використати кукси піхви і прямої кишки.

Перспективи наукового пошуку пов'язані з подальшим удосконаленням техніки комбінованих втручань на жіночих статевих органах при колоректальному раку, раціональним веденням післяопераційного періоду та вивченням віддалених результатів.

Література

1. Navruzov S.N., Rustamov Sh.Kh., Khakimov A.M. et al. Possibility of combined surgeries in locally advanced rectal cancer // *Khirurgiia (Mosk)*. – 2002. – V. 11. – P. 52-54. 2. Lasser P., Doidy L., Elias D. et al. Total pelvic exenteration and rectal cancer. Apropos of 20 cases // *Chirurgie*. – 1999. – V. 124, № 3. – P. 252-257. 3. Winter D.C., Walsh R., Lee G. et al. Local involvement of the urinary bladder in primary colorectal cancer: outcome with en-bloc resection // *Ann. Surg. Oncol.* – 2007. – V. 14, № 1. – P. 69-73. 4. Sanfilippo N.J., Crane C.H., Skibber J. et al. T4 rectal cancer treated with preoperative chemoradiation to the posterior pelvis followed by multivisceral resection: patterns of failure and limitations // *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* – 2001. – V. 51, № 1. – P. 176-183.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНАХ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Резюме. Проанализированы результаты комбинированных вмешательств на женских половых органах по поводу колоректального рака в 27 пациенток. Ключевым моментом операции является выделение и идентификация мочеточников в пределах их тазовых частей. Рациональным следует считать дренирование малого таза через культю прямой кишки или культю влагалища.

Ключевые слова: рак, прямая кишка, матка, комбинированные операции.

COMBINED SURGICAL INTERFERENCES ON THE FEMALE GENITAL ORGANS IN COLORECTAL CANCER

Abstract. The results of combined surgical interferences on the female genital organs for colorectal cancer in 27 patients have been analyzed. The key moment of technical performance of the operation is a separation and identification of the ureters within the bounds of their pelvic parts. Drainage of the small pelvis via the rectal stump or vaginal stump is considered to be rational.

Key words: cancer, rectum, uterus, combined operations.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла 01.10.2007 р.
Рецензент – проф. А.Г.Іфтодій (Чернівці)