

КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Проф. В. В. БОЙКО, д-р мед. наук И. В. КРИВОРОТЬКО, А. В. ЧИКИН

*ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им В. Т. Зайцева НАМН Украины», Харьков,
Украина*

Представлен анализ результатов хирургического лечения больных с местнораспространенным раком органов малого таза, осложненным ректовезикальными и ректовагинальными свищами. У 90,7% пациентов были выполнены операции в радикальном объеме с применением этапной хирургической тактики, посиндромного подхода и широкого использования комбинированных вмешательств.

Ключевые слова: осложненные местнораспространенные опухоли органов малого таза, свищи, комбинированные операции.

Актуальность хирургического лечения рака прямой кишки обусловлена вовлечением в опухолевый процесс соседних органов малого таза, что наблюдается у 8–10% впервые выявленных больных с данной патологией и у 20–25% пациентов с рецидивным раком, что может выражаться как паратуморозной опухолевой инфильтрацией, так и истинным проникновением опухоли в мочевые или половые органы с образованием ректовезикальных либо ректовагинальных свищей. Кроме того, инвазия первичной опухоли в соседние органы малого таза в 15–20% случаев отмечается при опухолях яичников и шейки матки у женщин, внеорганных забрюшинных саркомах, исходящих из мягких тканей малого таза. Хирургическая коррекция данной патологии крайне затруднена и требует выполнения комбинированных оперативных вмешательств с удалением единым блоком пораженных опухолью 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 [6–11].

Цель работы — улучшение результатов лечения больных с местнораспространенными опухолями органов малого таза, осложненными прямокишечно-мочепузырными и прямокишечно-влагалищными свищами.

Исследования основаны на анализе результатов лечения 78 больных с осложненными местнораспространенными опухолями органов малого таза, которые находились на лечении в ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМН Украины» (г. Харьков) в период с 2005 по 2014 г. У 31 пациента заболевание

осложнилось сдавлением верхних и нижних мочевых путей, а у 45 больных были отмечены некрозы опухоли и формирование ректовагинальных и ректовезикальных свищей. Первичная локализация опухоли распределялась следующим образом: в 45 случаях диагностировалась аденокарцинома прямой и сигмовидной кишок, в 15 — плоскоклеточный рак шейки матки, в 12 — рак яичников, в 6 — саркомы малого таза.

Диагноз местнораспространенной опухоли малого таза ставился на основании пред- и послеоперационного заключения, результата биопсии и клинико-лабораторных данных в пользу распространения опухоли на все слои стенки и за ее пределы и уточнялся после исследования удаленных во время операции участков органов и регионарных лимфатических узлов с обязательным изучением зоны резекции на предмет отсутствия или наличия в ней опухолевых клеток.

Техника тазовых эвисцераций. При прорастании опухоли в заднюю стенку мочевого пузыря в области мочепузырного треугольника и уретру у мужчин, при аналогичном распространении опухоли у женщин, перенесших гистерэктомию стандартом хирургического лечения является эвисцерация таза, которая заключается в удалении прямой кишки и мочевого пузыря с тазовыми отделами мочеточников, формировании колостомы и уростомы на передней брюшной стенке. Уростомы могут выполняться как с помощью резервуаров, так и проводников, созданных из различных сегментов кишечника. К альтернативным органосохраняющим методам эвисцерации таза относятся передняя эвисцерация — удаление мочевого пузыря и внутренних половых органов у женщин, во время которой сохраняются прямая кишка, средняя и нижняя трети влагалища, и задняя эвисцерация — удаление внутренних половых органов и ректосигмоидного отдела толстой

кишки в пределах до 5 см от ануса с наложением десцендо-ректоанастомоза с сохранением мочевого пузыря или его частичной резекцией (комбинированная задняя эвисцерация).

Доступ. Для тотальной эвисцерации таза применяется комбинированный доступ в виде нижнесрединной лапаротомии и промежностного доступа, который в некоторых клиниках выполняют две бригады хирургов: трое оперируют со стороны брюшной полости, двое — со стороны промежности.

Другие виды частичной эвисцерации — передняя и задняя, при которых отсутствует необходимость удаления анального жома, проксимальной трети влагалища, вульвы и уретры, могут выполняться из доступа в положении пациента на спине на валике, подложенном под таз, с опущенными ногами и введенным в мочевой пузырь катетером.

Лапаротомия. После лапаротомии осуществляют ревизию органов брюшной полости, париетальной и висцеральной брюшины, оценивают наличие выпота в брюшной полости. Выявление опухолевых клеточек осуществляют в замороженных срезах подозрительных участков (экспресс-биопсия) и при цитологическом исследовании асцитической жидкости. Наличие диссеминации опухоли требует изменения хирургического плана либо в сторону расширения (тазовая перитонеумэктомия в случае брюшинной диссеминации) либо уменьшения объема (выполнение паллиативной колостомии при множественных отдаленных метастазах).

Париетальную брюшину таза рассекают конусообразным разрезом начиная от верхушки мочевого пузыря до подвздошных сосудов и сигмовидной кишки, чтобы обеспечить доступ к клетчатке забрюшинного пространства. Тупым образом отсепааровывают брюшину таза до прямой кишки и далее до брыжейки сигмовидной кишки, отступив не менее двух сантиметров наружи от макроскопически визуализируемой опухоли и на расстояние не менее 10 см выше опухоли прямой кишки. Вскрывают таким образом околопузырную, околоматочную и параректальную клетчатку до места бифуркации подвздошных артерий, оба мочеточника берут на держалки и прослеживают их ход до задней стенки мочевого пузыря. При мобилизации мочевого пузыря по боковым стенкам лигируют и рассекают семявыносящие протоки у мужчин и круглые связки матки у женщин, последовательно сверху вниз по боковым стенкам лигируют и пересекают верхнюю и нижнюю мочепузырные артерии.

В дальнейшем удаляют тазовую (околопузырную и околоматочную) клетчатку «от периферии к центру», что позволяет выполнить лимфаденэктомию из запирающей ямки и вдоль подвздошных сосудов (подвздошно-запирающая лимфаденэктомия). Удаление данных клетчаточных пространств в англоязычной литературе носит название *мезоректумэктомия*, *мезоутеринэктомия*

и *мезовезикэктомия* соответственно. Удаление лимфоузлов запирающей ямки и внутренних подвздошных лимфоузлов является самым опасным этапом эвисцерации, поскольку прилежащие к опухоли внутренняя и общая подвздошные вены легко ранимы даже при чрезмерной тракции брюшины крючками. В случае возникшего кровотечения при отрыве ветвей указанных вен или их ранений основным методом гемостаза является вначале тугое тампонирование, затем визуализация места повреждения и наложение на него прямого зажима типа Богуща, вокруг которого накладываются обвивной шов на стенку сосуда.

После произведенной лимфаденэктомии справа переходят на левую сторону, затем выполняют мобилизацию передней стенки мочевого пузыря и внутреннего сфинктера уретры, для чего между симфизом и уретрой внебрюшинно прошивают и рассекают срединный венозный комплекс и пубо-простатические связки, что обеспечивает достаточно широкий доступ к уретре. У мужчин при вовлечении в опухоль предстательной железы, но при отсутствии гидронефроза возможна дальнейшая мобилизация простаты посредством рассечения околопростатической фасции, выделения предстательной железы и семенных пузырьков, весь последующий ход операции — по типу позадилоной простатвезикулэктомии. При двустороннем уретерогидронефрозе простата удаляется вместе с семенными пузырьками, уретрой и мочевым пузырем. При удалении мочевого пузыря мочеточники отсекают либо непосредственно после взятия их на держалки, либо после ревизии мочевого пузыря и выполнения его парциальной резекции. Зона мочевого пузыря, вовлеченного в опухолевый процесс, иссекается с помощью электроножа, при этом на остающуюся часть стенки мочевого пузыря накладываются швы-держалки, которые впоследствии становятся хорошим ориентиром для восстановления целостности мочепузырной стенки.

Вторым этапом производится мобилизация внутренних половых органов у женщин. После рассечения с двух сторон широких и воронкотазовых связок матки и окончания тазовой лимфаденэктомии выделяют маточные артерии и обрабатывают их с обеих сторон путем прошивания, затем рассекают между швами. Тупфером выделяют верхнюю треть влагалища по правой и левой боковым стенкам. Мобилизуют и отсекают придатки матки. Если есть возможность сохранить участок мочевого пузыря в области его треугольника, то уретру не отсекают, а мобилизацию влагалища проводят по задней стенке мочевого пузыря в пузырно-маточном пространстве. Отмобилизованное влагалище с маткой и придатками на уровне верхней трети отсекают, затем ушивают обвивным либо восьмеркообразными швами из викрила.

Заключительный этап эвисцерации состоит в выделении участка прямой и сигмовидной кишок, подлежащих удалению, и формировании

либо колоректального (колоанального) анастомоза, либо концевой колостомии в зависимости от наличия показаний или противопоказаний к данным видам завершения операции. Проводится мобилизация нижней части сигмовидной ободочной и прямой кишок с лигированием и пересечением сигмовидной артерии и парных верхних, средних, а в случае удаления сфинктера ануса — нижних прямокишечных артерий. Учитывая наличие бессосудистой зоны по передней поверхности крестца между прямой кишкой, влагалищем и мочевым пузырем, производят мобилизацию задней стенки прямой кишки и боковых клетчаточных пространств таза, если этот этап не был выполнен ранее. После лигирования сигмовидной артерии и выделения сигмовидной кишки под наложение Г-образного зажима следует обратить внимание на зону демаркации тканей с сохранением кровоснабжения в той части ободочной кишки, которая планируется под наложение анастомоза либо выведение колостомы. Хорошим практическим приемом в этом плане является оценка степени и цвета капиллярного кровотока из отсеченного скальпелем жирового привеска стенки кишки в зоне предполагаемого анастомоза. Органы с опухолью, мобилизованные таким образом, становятся подвижными и остаются фиксированными к леваторам таза, влагалищу и уретре, последние отсекаются из абдоминального доступа при тотальной эвисцерации или резецируются в пределах здоровых тканей в случаях «альтернативной» комбинированной передней или задней эвисцерации.

Мы выделяем следующие патологические синдромы, которые определяли диагностическую и лечебную тактику при осложненных местнораспространенных опухолях органов малого таза: *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 с данной патологией позволил более точно определить тактику хирургического и специального лечения, оценить 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, ультразвуковых 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 кишкой и мочевым пузырем (клинические наблюдения приведены на рис. 1, 2). У всех больных с синдромом сдавления мочевых путей прорастание опухоли в указанные органы диагностировалось на дооперационном этапе с точностью до 88,1%. В 11,9% случаев распространение опухоли на соседние органы и ткани носило характер воспалительной паратуморозной инфильтрации.

Схема наиболее часто выполняемых анастомозов при расположении опухоли в области ректосигмоидного угла толстой кишки с инвазией в заднебоковую стенку мочевого пузыря и поражением дистального отдела левого мочеточника показана на рис. 3.



Рис. 1. Больная М., 67 лет. Диагноз: рак ректосигмоидного отдела толстой кишки с инвазией в переднебоковую стенку мочевого пузыря: *а* — опухоль указана пунктирной линией, верхушка пузыря — сплошной линией. К зоне опухоли прилежит петля тонкой кишки (обведена), в ней — уровень бария, принятого накануне больной per os; *б* — комбинированная резекция прямой кишки с резекцией мочевого пузыря и петли тонкой кишки, вовлеченной в опухоль

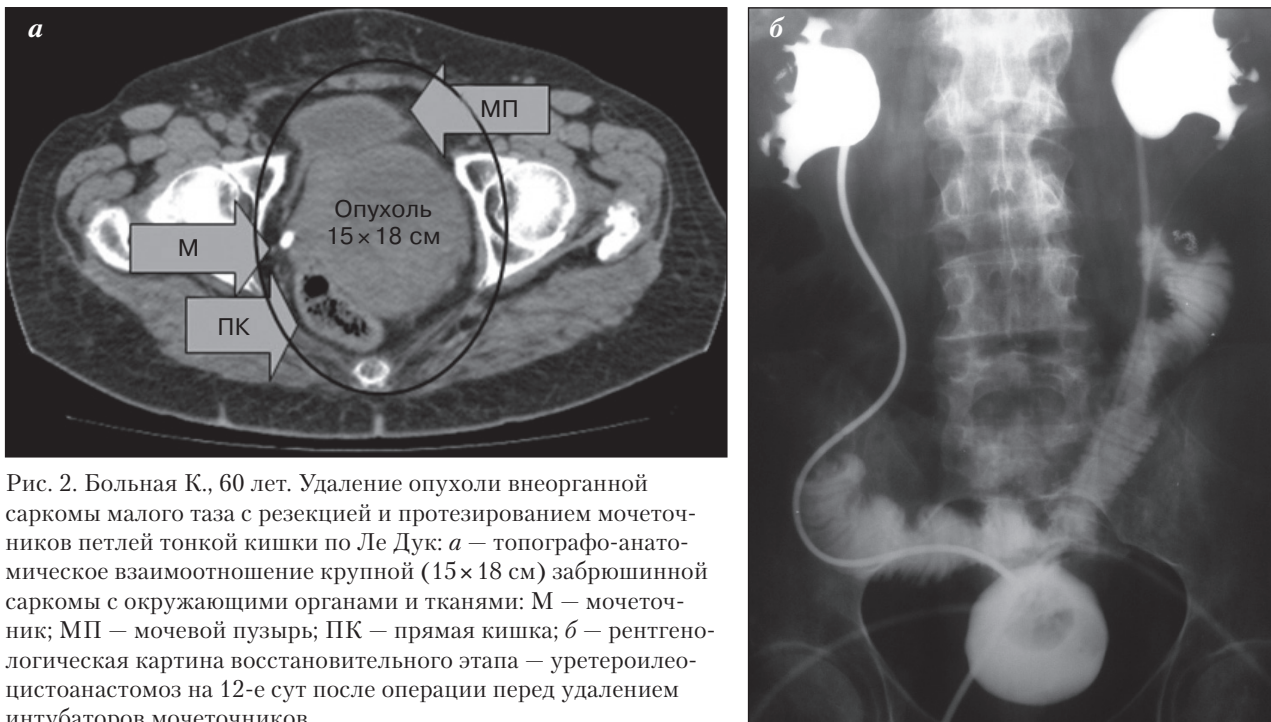


Рис. 2. Больная К., 60 лет. Удаление опухоли внеорганный саркомы малого таза с резекцией и протезированием мочеточников петлей тонкой кишки по Ле Дук: *а* – топографо-анатомическое взаимоотношение крупной (15×18 см) забрюшинной саркомы с окружающими органами и тканями: М – мочеточник; МП – мочевой пузырь; ПК – прямая кишка; *б* – рентгенологическая картина восстановительного этапа – уретероилеоцистоанастомоз на 12-е сут после операции перед удалением интубаторов мочеточников

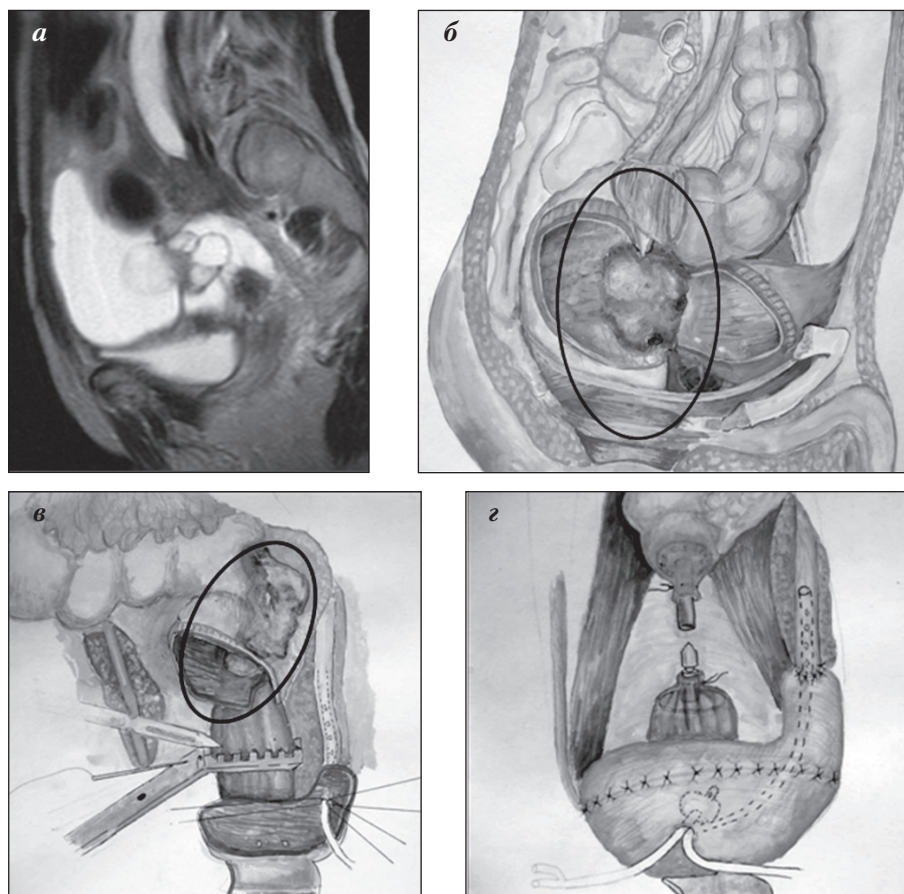


Рис. 3. Местнораспространенный рак ректосигмоидного угла толстой кишки с инвазией в заднебоковую стенку мочевого пузыря: *а* – компьютерная томограмма; *б, в* – этапы мобилизации и удаления опухоли (одномоментная резекция прямой кишки с резекцией стенки мочевого пузыря и нижней трети левого мочеточника единым блоком); *г* – восстановительный этап (десцендоректоанастомоз аппаратным способом, уретероцистоанастомоз на интубаторе по Боари, цистопластика, эпицистостомия)



Рис. 4. Инвазия опухоли прямой кишки в мышечный слой стенки мочевого пузыря, окраска гематоксилин-эозином, $\times 200$. Темные базофильные клетки — опухоль, распространяющаяся как по мышечным волокнам, так и по венозным сосудам (стрелки)

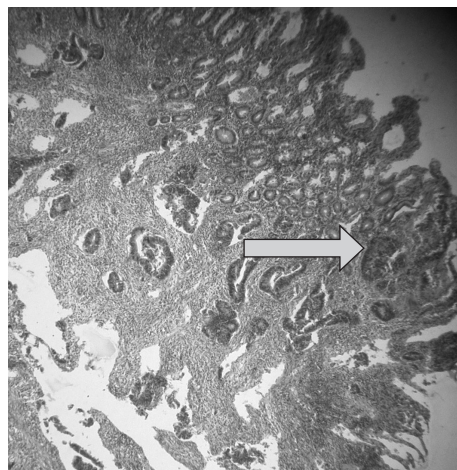


Рис. 5. Инвазия опухоли прямой кишки через все слои до слизистой оболочки мочевого пузыря (мочепузырно-прямокишечный свищ). Окраска гематоксилин-эозином, $\times 200$. Отмечается как прямая опухолевая инвазия в слизистую оболочку (стрелка), так и комплексы опухолевых клеток, расположенных периваскулярно вдоль венозных сосудов. Выраженная лейкоцитарная инфильтрация слизистого и подслизистого слоев, характерная для ректовезикального свища

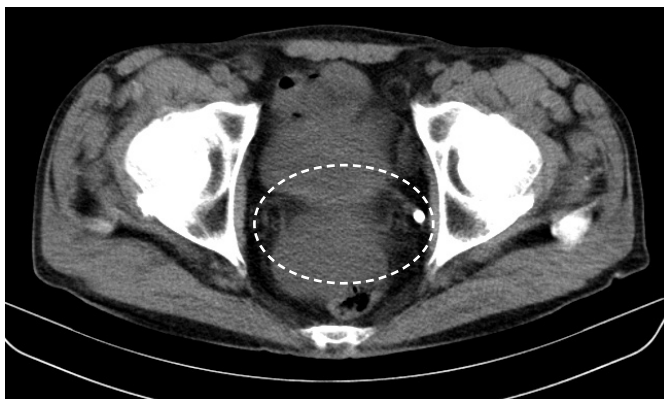


Рис. 6. Прорастание опухоли прямой кишки в тело матки (рост опухоли экзофитный, кпереди). Отсутствует гиподенсивное пространство между прямой кишкой и телом матки (обведено). Расширен левый мочеточник

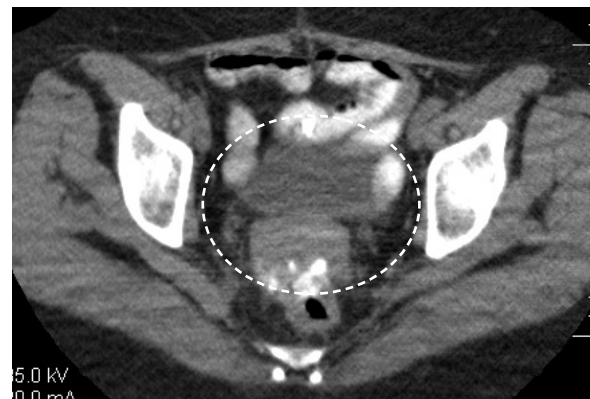


Рис. 7. Опухолевый конгломерат в малом тазу, состоящий из прямой кишки, матки, петель тонкой кишки (обведено). Прорастание опухоли прямой кишки во влагалище с образованием ректовагинального свища. Контраст, принятый per os, заполняет петли тонкой кишки, прямую кишку и влагалище

Диагноз в последующем уточнялся с учетом данных патогистологического исследования удаленных органов с определением клеток опухоли в крае резекции. На рис. 4 и 5 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 гинеколога диагностировалось как «крупная малоподвижная опухоль малого таза» и по данным компьютерной томографии характеризовалось отсутствием гиподенсивной клетчаточной

прослойки между прямой кишкой и телом матки либо конгломератом из малодифференцируемых образований в области дугласового пространства (рис. 6, 7).

У мужчин в четырех случаях имело место прорастание опухоли в семенные пузырьки, в трех — 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 (рис. 8, 9). Следует отметить, что наличие ректовезикального или ректовагинального свища



Рис. 8. Рак прямой кишки (верхнеампулярный отдел). Пузырно-прямокишечный свищ. Стрелкой указан пузырек воздуха в мочевом пузыре



Рис. 9. Рак прямой кишки, прорастание опухоли в семенные пузырьки и заднюю стенку мочевого пузыря с некрозом и образованием ректовезикального опухолевого свища. Отмечается наличие воздуха в мочевом пузыре и прямой кишке. Контраст, введенный по катетеру в мочевой пузырь, заполнил прямую кишку

при раке прямой кишки диагностируется легко, на основании характерных жалоб и соответствующей клинической картины. Поэтому задачей проводимого обследования было определить объем поражения указанных органов и возможность удаления опухоли в пределах здоровых тканей, не прибегая к травматичному и функционально неудовлетворительному вмешательству эвисцерации таза.

Всего комбинированные операции были выполнены у 76 из 78 больных, в 2 случаях в связи с наличием отдаленных метастазов и канцероматоза брюшины были проведены симптоматические операции — сигмостомия и эпицистостомия. В 37 случаях была выполнена задняя экзентерация таза — резекция прямой кишки с гистерэктомией одним блоком, в 25 — 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 4 — передняя резекция прямой кишки с резекцией двух третей мочевого пузыря с последующей цистопластикой сегментом тонкой кишки, в 2 — в связи с прорастанием внеорганный саркомы в мочеточники произведено удаление опухоли с резекцией и протезированием мочеточников петлей тонкой кишки по Ле Дук, у 5 пациентов при тотальном опухолевом поражении тазовых органов выполнена эвисцерация таза (табл. 1, 2).

Синдром нагноения был диагностирован у 14 больных. Некроз опухоли прямой кишки с нагноением в 4 случаях являлся первым признаком заболевания, который отмечали пациенты. При этом у 7 больных были абсцессы и флегмоны малого таза, в 4 наблюдениях диагностирована перфорация в свободную брюшную полость, в 10 — абсцессы с формированием прямокишечно-мочепу-

Таблица 1

Оперативные вмешательства при местнораспространенных опухолях органов малого таза, осложненных прорастанием в соседние органы и формированием ректовагинальных и ректовезикальных свищей

| Вид операции | Количество операций, n = 76 |
|--|-----------------------------|
| Комбинированная резекция прямой кишки + гистерэктомия | 37 |
| Резекция прямой кишки + экстирпация матки с придатками + резекция мочевого пузыря с уретероцистостомией по Политано — Лидбеттеру | 25 |
| Экстирпация прямой кишки + простатэктомия + двусторонняя уретероцистостомия | 3 |
| Резекция мочевого пузыря с аугментационной кишечной цистопластикой | 4 |
| Резекция мочеточников с пластикой тонкой кишки — анастомоз по Ле Дук | 2 |
| Тотальная эвисцерация таза | 5 |

зырных (4 женщины, 2 мужчин) и прямокишечно-влагалищных (4 женщины) свищей.

У двух 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 указанных опухолей. Вместе с тем при интраоперационном вскрытии гнойника до удаления опухоли толстой кишки и первичном инфицировании операционного поля считаем необходимым воздержаться от наложения первичных

Таблица 2

**Оперативное лечение больных
с синдромом сдавления мочевых путей**

| Вид лечения | Количество больных, n = 31 | | |
|---|-------------------------------|-----------------|--------------------------------|
| | моче- вой пузырь | моче- точник | уретра + + моче- точники |
| Операция в один этап | 19 | 6 | 2 |
| Операция в два этапа (второй — восстановительный) | — | 2 | 2 |
| Операция в радикальном объеме | 15 | 8 | 2 |
| Паллиативные операции | 4 | — | 2 |

Таблица 3

**Оперативное лечение больных с синдромом
абсцедирования опухоли, наличием свищей,
перфорацией брюшной полости**

| Вид лечения | Количество больных, n = 45 | | |
|---|----------------------------|-------------------------|--|
| | свищи, n = 36 | абсцес- сы, n = 7 | перфорация в брюшную полость, n = 2 |
| Операция в один этап | 32 | 7 | 2 |
| Операция в два этапа (второй — восстановительный) | 4 | — | — |
| Операция в радикальном объеме | 34 | 3 | 1 |
| Паллиативные операции | 2 | 4 | 1 |

толстокишечных анастомозов ввиду высокого риска их несостоятельности.

В отличие от острых гнойных процессов, которые требуют двухэтапного лечения, при хронических опухолевых свищах малого таза оправдано 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 мы выполняем экстирпацию (либо резекцию) прямой кишки с иссечением (либо экстирпацией) матки и двух третей влагалища в пределах здоровых тканей; при ректо-везикальных опухолевых свищах проводили экстирпацию (или резекцию) прямой кишки с иссечением свища на мочевом пузыре в пределах здоровых тканей (либо экстирпацию мочевого пузыря при его значительной опухолевой трансформации), а при межкишечных опухолевых свищах — резекцию вовлеченных в процесс петель кишечника (табл. 3).

Восстановительный этап был проведен у 18 больных только при отсутствии признаков генерализации опухоли либо локального рецидива опухоли в сроки не менее 4–6 мес после выполненной уносящей операции, а также при сохранности сфинктерного аппарата прямой кишки при длине ее культи более 4 см. Практически

все отсроченные операции были проведены путем формирования анастомоза «конец в конец» компрессионными сшивающими аппаратами, в случае их отсутствия при короткой культе (менее 4 см) выполнялся десцендоректоанастомоз путем низведения нисходящей толстой кишки по Беккоку — Нисневичу.

Гистологически подтвержденный диагноз инвазии опухоли прямой кишки в соседние органы был у 67 (88,1%) из 76 больных, перенесших комбинированные операции. У 9 (11,9%) пациентов поражение соседних органов носило характер воспалительной инфильтрации без наличия опухолевых клеток в резецированном органе. Исследование краев резекции органов показало отсутствие опухолевых клеток (R0) после комбинированных операций у 62 (92,5%) из 67 больных, т. е. при комбинированных операциях и вовлечении в процесс соседних органов была достигнута высокая степень радикальности удаления опухоли.

Таким образом, применение частичных экзентераций таза при опухолевых свищах тазовых органов и сдавлении мочевых путей позволяет достичь радикальности удаления первичной опухоли и сохранить функциональное состояние нижних и верхних мочевых путей в случаях применения этапной хирургической тактики и посиндромального подхода к лечению данной патологии.

Список литературы

1. Бюлетень Національного канцер-реєстру України / З. П. Федоренко, Л. О. Гула, Е. Л. Горох [та ін.].— К., 2013.— № 11.— 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. Гоцадзе Д. Т. Экзентерация органов таза и ее модификации / Д. Т. Гоцадзе // Вопр. онкологии.— 1997.— Т. 43, № 6.— С. 653–656.
4. Возможности реконструкции мочевыделительной системы после тотальных экзентераций малого таза у пациентов с местнораспространенными первичными и рецидивными опухолями прямой кишки / Л. О. Петров, Б. Я. Алексеев, Д. В. Сидоров [и др.] // Онкоурология.— 2011.— № 1.— С. 95–100.
5. Комбинированные операции с сохранением естественного пассажа мочи по уретре при местнораспространенном колоректальном раке, прорастающем в мочевой

- пузырь / О. И. Кит, В. Ф. Касаткин, Ю. А. Геворкян [и др.] // Колопроктология.— 2011.— № 3.— С. 14–19.
6. Multivisceral resection of advanced colorectal carcinoma // C. Gebhardt, W. Meyer, S. Ruckriegel [et al.] // *Langebecks Arch. Surg.*— 2009.— № 2 (384).— P. 194–199.
 7. Multivisceral resections for locally advanced rectal cancer / H. Dericci, H. R. Unalp, E. Kamer [et al.] // *Colorectal Dis.*— 2008.— № 10 (5).— P. 453–459.
 8. 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. 439–344.
 9. 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.
 10. 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.
 11. 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.

КОМБІНОВАНІ ОПЕРАЦІЇ ПРИ УСКЛАДНЕНИХ МІСЦЕВОПОШИРЕНИХ ПУХЛИНАХ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗА

В. В. БОЙКО, І. В. КРИВОРОТЬКО, А. В. ЧИКІН

Подано аналіз результатів хірургічного лікування хворих із місцевопоширеним раком органів малого таза, ускладненим ректовезикальними й ректовагінальними свищами. У 90,7% пацієнтів було виконано операції в радикальному обсязі із застосуванням етапної хірургічної тактики, по-синдромного підходу й широкого використання комбінованих втручань.

Ключові слова: ускладнені місцевопоширені пухлини органів малого таза, свищі, комбіновані операції.

COMBINED OPERATIONS IN COMPLICATED AND LOCALLY ADVANCED PELVIC CANCER TUMORS

V. V. BOIKO, I. V. KRYVOROTKO, A. V. CHYKIN

The authors analyze the results of surgical treatment of patients with the locally spread pelvic cancer complicated with rectovesical and rectovaginal fistulas. In 90.7% of patients, the operation was performed in radical volume with application of step by step surgical tactics, syndromal approach and wide use of the combined operations.

Key words: locally advanced pelvic cancer, fistulas, combined operations.

Поступила 18.02.2016