

## ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПУХЛИН МАЛОГО ТАЗА З ІНВАЗІЄЮ В СУДИННІ УТВОРЕННЯ

А. В. ЧИКІН

*ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМН України»,  
Харків, Україна*

**Подано результати хірургічного лікування 21 хворого з місцевопоширеними пухлинами малого таза. Активна хірургічна тактика, спрямована на радикальне лікування, дає змогу навіть при розповсюдженні пухлини на магістральні судини запобігти подальшому прогресуванню захворювання і тим самим подовжити життя хворих.**

*Ключові слова: пухлини малого таза, судини, хірургічне лікування.*

Питання діагностики та лікування місцевопоширених форм злоякісних пухлин малого таза (ЗПМТ) досить актуальні, що обумовлено особливостями їх росту і розповсюдження, пов'язаними зі своєрідними шляхами лимфо- і крововідтоку [1–3].

ЗПМТ характеризуються передусім складною диференціальною діагностикою через великий масив органів і тканин, залучених до процесу, подібну клінічну картину [4, 5]. У структурі онкологічної захворюваності населення ЗПМТ становлять у сукупності понад 25,0% [2, 5].

У кожного третього онкологічного хворого до моменту встановлення діагнозу процес має місцево- і регіонарнопоширений характер, у тому числі в 20% випадків виявляються віддалені метастази [6, 7]. Цей показник залишається практично незмінним упродовж кількох років. При раку прямої кишки (РПК) значне поширення пухлинного процесу до моменту початку лікування спостерігається у 21,0–34,0% хворих [4, 6–10]. Близько 65,0% хворих на злоякісні новоутворення IV ст. помирають протягом першого року після встановлення діагнозу, а 5-річне виживання становить від 2,0 до 12,0% залежно від локалізації первинної пухлини [3, 6].

Хірургічне лікування зазначеного контингенту хворих, як правило, зводиться до виконання паліативних або симптоматичних операцій в умовах стаціонарів загальної лікувальної мережі з приводу ускладнень: непрохідності кишечника, кровотечі, перфорації або абсцесу. Подібні операції сприяють поліпшенню якості життя хворих, але не роблять істотного впливу на її тривалість [4, 8, 9].

На сьогоднішній день пріоритетність хірургічного лікування ніким не заперечується; на перший план виступають завдання проведення комбінованих оперативних і реконструктивних втручань. Показано, що комбіновані і розширені операції як при місцевопоширених ЗПМТ, так і за наявності віддалених метастазів у поєднанні з хіміо- і променевою терапією істотно поліпшують безпосередні, віддалені та функціональні результати лікування [9]. Однак частота таких операцій

невелика. Відсутні чітко визначені показання до комбінованих операцій у випадках залучення в пухлинний процес сечовивідних шляхів, великих артеріальних і венозних судин. Недостатньо встановлена послідовність мобілізації органокомплексу при різних варіантах ураження. Не уточнені показання до тих чи інших реконструктивних і відновних операцій. Потребує також розробки технічна сторона оперативних втручань [6, 11].

Новоутворення малого таза, збільшуючись, може здавлювати венозні і артеріальні судини. Компресія артеріальних стовбурів, як правило, відбувається на рівні аорто клубового сегмента. При здавленні загальної та зовнішньої клубової артерії страждає кровообіг нижньої кінцівки на боці більшого ураження; при двосторонньому процесі причиною компресії є деформація і здавлення біфуркації аорти або обох клубових артерій [5, 6].

При доопераційному виконанні дуплексного сканування артерій або ангіографії може бути встановлено ступінь стенозування артеріальних стовбурів та гемодинамічну його значущість [4].

На думку деяких авторів, видалення пухлини при збереженій цілісності артерій сприяє повному відновленню кровотоку в нижніх кінцівках. В окремих випадках з'являється необхідність в шунтуючих операціях [3, 10].

У хірургії пухлин таза найважливішим питанням залишається правильна і своєчасна оцінка операбельності. Причинами відмови від радикальних втручань найчастіше є зв'язок із магістральними судинами, суміжними з пухлиною органами, м'якими тканинами і кістками таза, тобто місцевопоширені пухлини таза часто визнаються неоперабельними [10]. Так, до 25,0% хворих не отримують оперативної допомоги після попереднього обстеження [8]. У теперішній час у клінічній онкології показання до проведення евісцерації органів малого таза (ЕМТ) значно розширилися, проте безпосередня і віддалена ефективність подібних операцій залишається предметом дискусій.

Разом із тим сучасний розвиток хірургічних технологій і вдосконалення анестезіологічної

допомоги відкривають великі можливості проведення комбінованих втручань, що включають резекцію інфільтрованих судин, суміжних органів і навіть кісткових структур. Однак, враховуючи анатомічні особливості порожнини таза, не завжди вдається створити адекватну експозицію, зручні умови для проведення такого роду втручань.

Саме питання принципової доцільності хірургічного лікування і вибору адекватного доступу, а так само уточнення топографо-анатомічних особливостей оперування визначають актуальність теми. Таким чином, виконання великих хірургічних втручань із приводу місцевопоширених пухлин органів малого таза може збільшити тривалість життя багатьох хворих [1].

Потребує уточнення визначення обсягу доцільного передопераційного обстеження хворих із місцевопоширеними пухлинами органів малого таза. Необхідним є не тільки обговорення і уточнення показань до великих хірургічних втручань залежно від форми і локалізації первинного пухлинного осередку, ступеня місцеворегіонарного ураження, наявності віддалених метастазів, але й визначення найбільш оптимальних варіантів операції — поєднання адекватного обсягу і максимального збереження фізіологічних функцій.

Мета дослідження — оцінка ефективності розширених операцій при місцевопоширених пухлинах малого таза.

Проведено аналіз результатів хірургічного лікування 21 хворого (чоловіків — 9, жінок — 12) віком від 44 до 69 років з місцевопоширеними пухлинами малого таза, які отримували лікування в ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМН України». Із них у 16 (76,2%) пацієнтів діагностовано РПК із інвазією в суміжні органи (задня стінка сечового міхура — 3, матка — 4, сечоводи — 5, простата — 2, піхва — 2), у 3 (14,3%) — первинно-множинні злоякісні пухлини (ПМЗП) (РПК + рак сечового міхура — 2, РПК + рак ендометрію — 1), у 2 (9,5%) — саркоми малого таза.

У всіх випадках для уточнення діагнозу використовувалися ультразвукове дослідження, мультиспіральна комп'ютерна томографія, МРТ органів малого таза, відеокOLONоскопія, цистоскопія, ангіографія, гістологічні та загальноклінічні дослідження. Проводилась стандартна терапія раннього післяопераційного періоду: антибіотикопрофілактика, інфузійно-трансфузійна, антикоагулянтна терапія з використанням нефракціонованого гепарину, низькомолекулярних гепаринів, знеболення.

Усі пацієнти були оперовані. Обсяги виконаних операцій: у 4 (19,0%) випадках — повна ЕМТ, у 9 (42,9%) — задня ЕМТ, у 6 (28,6%) комбінована

резекція прямої кишки з резекцією суміжних органів. Найчастіше виконувалася резекція сечових шляхів — у 16 (76,2%) хворих, із них у 13 (61,9%) — первинна пластика сечового міхура та/або сечоводів. У 9 (42,9%) пацієнтів виявлено розповсюдження пухлинного процесу в ниркові вени, а у 5 (23,8%) — у нижню порожнисту вену. При поширенні пухлинного тромбу в нижню порожнисту вену в 7 (33,3%) випадках виконано тромбектомію з вени і лігування ниркової вени, в 1 (4,7%) — через фіксування тромбу до гирла ниркової вени виконана резекція і пластика стінки нижньої порожнистої вени латкою з політетрафторетилена (ПТФЕ). У 2 (9,5%) випадках у зв'язку з проростанням пухлинного тромбу на великому протязі в нижню порожнисту вену виконано резекцію і протезування останньої, з імплантацією лівої ниркової вени в протез. У 7 (33,3%) пацієнтів пухлина товстої кишки проростала в аорту або клубові артерії, з приводу чого було виконано резекції уражених ділянок та протезування ПТФЕ-протезами. В 1 (4,3%) випадку пухлина прямої кишки проростала верхнім полюсом у клубові вени, у зв'язку з чим виконано резекцію клубових вен, лігування внутрішньої і протезування зовнішньої клубових вен.

Післяопераційні ускладнення розвинулися у 7 (33,3%) пацієнтів, що вимагало повторних операцій в 4 (19,0%) спостереженнях. Летальних випадків не було.

Віддалені результати: РПК — загальна і безрецидивна дворічна виживаність — 75% і 56,3%, ПМЗП — усі пацієнти живі без ознак рецидивів, терміни спостереження > 24 міс; позаорганні саркоми — місцеві рецидиви виникли протягом 1-го року, пацієнтки померли від прогресування захворювання через 6 і 15 міс після операції.

Активна хірургічна тактика, спрямована на радикальне лікування, дає змогу навіть при поширенні пухлини на магістральні судини попередити подальше прогресування захворювання, тим самим подовжити життя хворих. Усувається ризик тромбоемболії легеневої артерії, тромбозів артерій і дисемінації пухлинного процесу.

Лікування поширених пухлин органів малого таза вимагає виконання великих операцій мультидисциплінарною бригадою хірургів. Незважаючи на травматичність побічних втручань, при адекватному забезпеченні периопераційного періоду безпосередні результати можна розцінювати як задовільні. Завдяки віддаленим результатам можна розглядати подібні операції як метод вибору при місцевопоширених пухлинах органів малого таза.

Подальше вивчення віддалених результатів хірургічного лікування дасть змогу поглибити уявлення про курабельність даної категорії пацієнтів.

#### Список літератури

1. Лечение больных с сочетанной патологией органов малого таза с применением лапароскопических технологий / О. В. Галимов, Д. М. Зиганшин, С. Р. Туйсин [и др.] // Эндоскопическая хирургия.— 2012.— № 3.— С. 25–28.
2. *Лухтер М. С.* Лечение больных местнораспро-

- страненным колоректальным раком с поражением органов мочевой системы с точки зрения уролога / М. С. Лихтер // Урология.— 2012.— № 2.— С. 52–56.
3. The National Cancer Data base report on patients of care for adenocarcinoma of the rectum 1985–1995 / T. Rich, L. L. Gunderson, R. Lew [et al.] // Cancer.— 1998.— Vol. 83, № 11.— P. 2408–2418.
  4. *Бойко В. В.* Стратегия хирургического лечения местнораспространенных опухолей малого таза с применением эвисцераций. Сообщение 2: Синдромы сдавления сосудистых образований, эмболизации, нагноения, поражения лимфатических сосудов и костей таза / В. В. Бойко, И. В. Криворотко // Междунар. мед. журн.— 2008.— Т. 14, № 4.— С. 59–64.
  5. *Олейник В. В.* Лечение местнораспространенных и метастазировавших опухолей органов малого таза в условиях хирургического отделения городской многопрофильной больницы / В. В. Олейник // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова.— 2006.— № 3.— С. 67–70.
  6. Выбор оптимального метода деривации мочи после эвисцерации малого таза / А. Д. Каприн, А. А. Костин, И. П. Костюк [и др.] // Вопр. урологии и андрологии.— 2013.— № 3.— С. 5–12.
  7. *Мерабишвили В. М.* Уровни стандартизованных показателей онкологической заболеваемости по данным популяционных раковых регистров мира (назначение, причинно-следственные связи) / В. М. Мерабишвили // Вопр. онкологии.— 2009.— № 5.— С. 534–545.
  8. Актуальные проблемы хирургической реабилитации больных колоректальным раком (по материалам областного колопроктологического центра) / В. И. Есин, Д. Г. Мустафин, Р. Д. Мустафин, А. И. Воробьев // Астрахан. мед. журн.— 2009.— № 4.— С. 13–20.
  9. *Гатауллин И. Г.* Современные технологии в диагностике и лечении больных раком прямой кишки / И. Г. Гатауллин, И. Р. Аглуллин, Р. К. Шакиров // Практ. медицина.— 2012.— № 5 (60).— С. 40–43.
  10. Технология завершения хирургических вмешательств на органах малого таза, сопровождающихся цистэктомией / И. П. Костюк, С. С. Крестьянинов, А. Ю. Шестаев [и др.] // Онкоурология.— 2012.— № 2.— С. 60–66.
  11. Сравнительный анализ результатов использования бесшовной колостомы в хирургии толстой кишки / А. В. Воленко, Ю. В. Андреев, И. А. Воленко, В. Г. Андреев // Бюл. Вост.-Сиб. науч. центра СО РАМН.— 2011.— № 4/2.— С. 29–31.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ МАЛОГО ТАЗА С ИНВАЗИЕЙ В СОСУДИСТЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ

А. В. ЧИКИН

**Представлены результаты хирургического лечения 21 больного с местнораспространенными опухолями малого таза. Активная хирургическая тактика, направленная на радикальное лечение, позволяет даже при распространении опухоли на магистральные сосуды предупредить дальнейшее прогрессирование заболевания и тем самым продлить жизнь больных.**

*Ключевые слова: опухоли малого таза, сосуды, хирургическое лечение.*

## SURGICAL TREATMENT OF PELVIC TUMORS WITH INVASION OF THE VASCULAR FORMATIONS

A. V. CHIKIN

**The results of surgical treatment of 21 patients with locally advanced pelvic tumors are presented. Active surgical tactics aimed at radical treatment, even at the large vessels involvement by the tumor, allows preventing further progress of the disease, thus prolonging the life of the patients.**

*Key words: small pelvis tumors, vessels, surgical treatment.*

Надійшла 15.10.2015