

**СТРАТЕГИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МАЛОГО ТАЗА
С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭВИСЦЕРАЦИЙ.
СООБЩЕНИЕ 1. СИНДРОМЫ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ,
КРОВОТЕЧЕНИЯ И СДАВЛЕНИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ**

Проф. В. В. БОЙКО, канд. мед. наук И. В. КРИВОРОТКО

**STRATEGY OF SURGICAL TREATMENT FOR LOCAL TUMORS
OF THE SMALL PELVIS USING EVISCERATION
Communication 1. Syndromes of intestinal obstruction,
Hemorrhage and urinary tract compression**

V. V. BOYKO, I. V. KRIVOROTKO

Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины, Харьков

Представлен обзор и анализ методов хирургической коррекции синдромов кишечной непроходимости, кровотечения и сдавления мочевых путей при местнораспространенных опухолях малого таза. Обобщен 10-летний опыт хирургического лечения данной патологии в Институте общей и неотложной хирургии. Приведена классификация основных методов оперативных пособий, направленных на достижение гемостаза и деривации мочи и кала.

Ключевые слова: опухоли малого таза, хирургическое лечение, стратегия.

The methods of surgical correction of syndromes of intestinal obstruction, hemorrhage and urinary tract compression at local tumors of the small pelvis are reviewed and analyzed. The 10-year experience of surgical treatment for this pathology at Institute for General and Urgent Surgery is generalized. Main methods of operative treatment aimed at achievement of hemostasis and urine and feces derivation are presented.

Key words: small pelvis tumors, surgical treatment, strategy.

Диагностика и хирургическое лечение опухолей малого таза представляют собой чрезвычайно сложную и не всегда разрешимую проблему [1, 2]. Значительное разнообразие опухолей, вовлечение в онкологический процесс прилежащих органов и тканей, развитие осложнений, нередко угрожающих жизни больных, труднодоступность для хирургического вмешательства, а также склонность к метастазированию приводят к неблагоприятным исходам лечения [1, 3–5]. Причинами новообразований малого таза могут быть рак прямой кишки, злокачественные новообразования яичников, матки и влагалища у женщин, рак предстательной железы у мужчин, рак мочевого пузыря, остео- и хондросаркомы крестца, сосудистые и нейрогенные новообразования малого таза, тератоидные опухоли пресакральной области, эндометриоидные опухоли, кистозные образования [1, 2, 6–9]. Большое количество различных заболеваний создает значительные трудности в их классификации, в выборе оптимальной лечебной тактики, а нередко и выявлении первичной опухоли и органа, из которого она исходит.

В Институте общей и неотложной хирургии за последние 10 лет было прооперировано 326 больных с различными опухолями и опухолевидными образованиями малого таза, в том числе 147 больных с местнораспространенными формами. Накоплен большой опыт диагностики этих заболеваний, хирургических и комбинированных методов лечения, что позволило провести анализ эффективности медицинской помощи, определить причины неблагоприятных исходов лечения, выработать оптимальную, с нашей точки зрения, стратегию и тактику лечения. На основании полученных результатов нами предложена классификация новообразований малого таза, которая имеет исключительно важное значение для практического врача, способствуя оптимизации выбора хирургической тактики. Классификация предусматривает выделение ведущих синдромов в развитии новообразований малого таза с последующим уточнением основного заболевания, его идентификацией с учетом известных современных классификаций по нозологиям и общепринятых подходов к тактике.

Мы выделяем следующие патологические синдромы, которые могут иметь место при новообразованиях малого таза: *синдром кишечной непроходимости*; *синдром кровотечения* (из прямой кишки, из влагалища, из уретры, внутрибрюшное кровотечение); *синдром сдавления мочевых путей* (на уровне дистальных отделов мочеточника, мочевого пузыря, уретры); *синдром сдавления сосудистых образований* (тромбоз подвздошных вен, вен таза, бедренных вен, тромбоз артериальных сосудов подвздошно-бедренного сегмента); *синдром эмболизации* (правых полостей сердца, нижней полой вены, легочной артерии); *синдром нагноения* (острые и хронические опухолевые абсцессы, флегмоны и свищи); *синдром поражения лимфатических сосудов* (чаще за счет регионарной и отдаленной метастатической диссеминации опухоли); *синдром поражения костей таза* (крестец, лонные и подвздошные кости).

Выделение ведущего симптомокомплекса в течении местнораспространенных заболеваний малого таза является очень важным этапом в диагностике и выборе рационального алгоритма обследования больных, позволяет определить достаточный круг вспомогательных методов верификации диагноза, установить имеющуюся основную патологию и связанные с ней осложнения. Частая встречаемость в практической деятельности врачей разных специальностей, необходимость введения единой терминологии требуют хорошего знания современных классификаций, общепризнанных среди хирургов, онкологов, урологов, гинекологов, врачей сосудистого профиля, что диктует необходимость более подробно рассмотреть указанные патологические состояния.

В данном сообщении приведен обзор и анализ методов хирургической коррекции некоторых синдромов, наблюдающихся при местном распространении опухоли за пределы органа в малом тазу без акцента на гистологической верификации опухоли и органа-источника ее местного распространения.

СИНДРОМ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Механизм развития непроходимости кишечника при новообразованиях малого таза, как правило, обтурационный [2, 3, 6, 8]. Опухоль толстой кишки обтурирует ее просвет, осложнение развивается постепенно, исподволь [9]. Диагностика обтурационной непроходимости кишечника достаточно хорошо освещена в соответствующих руководствах по неотложной хирургии [6]. Необходимо лишь констатировать тот факт, что ее основными признаками являются характерная клиника заболевания, рентгенологическая картина (обзорная рентгенография органов брюшной полости, пассаж контрастной взвеси по кишечнику, ирригоскопия), результаты УЗ-исследования, ректороманоскопии и колоноскопии с прицельной биопсией зоны сужения кишки.

Сложность лечебной тактики состоит в том, что удаление опухолей малого таза является трав-

матичным, не всегда переносимым для больного оперативным вмешательством, которое выполняется на фоне выраженных расстройств гомеостаза, полиорганной недостаточности и сопутствующих заболеваний в стадии суб- и декомпенсации [2]. Общепринятая хирургическая тактика заключается в применении одно-, двух- и трехмоментных операций [10]. Первая предусматривает радикальное удаление опухоли, восстановление проходимости резецированной толстой кишки; вторая — радикальное удаление опухоли с формированием колостомы в первую очередь и восстановление целостности кишечника — во вторую; третья — первичное колостомирование, удаление опухоли вторым этапом и восстановление целостности толстой кишки в третью очередь. Мы считаем принципиальным при операциях «на высоте кишечной непроходимости» первым этапом выполнение разгрузочной колостомы с удалением опухоли или без него, вторым этапом — удаление опухолевидного новообразования с возможным восстановлением целостности кишечной трубки.

Наиболее полной классификацией операций формирования противоестественного ануса является классификация А. Б. Савчика с соавт. [11], согласно которой, первый этап оперативных вмешательств объединяет три группы способов создания удерживающих проходов:

способы, в которых сохраняется непрерывность задней стенки кишечной петли (они насчитывают 36 способов оперативных вмешательств, предусматривающих и не предусматривающих образование шпоры, из которых наибольшее распространение получила операция К. Maydl, 1988);

способы создания искусственного ануса с сужением либо полным закрытием отверстия отводящего колена кишки (12 операций, из которых наиболее часто применяется операция В. М. Бала, 1955);

способы, предусматривающие полное пересечение кишечной петли (20 оперативных вмешательств, из них наиболее известны методики Н. Hartmann, 1900; Quenu-Miles, 1901; И. И. Грекова, 1925).

Второй тип операций объединяет шесть групп способов образования удерживающих противоестественных задних проходов:

способы создания искусственного ануса с пересеченной кишечной петлей, имеющей суженный просвет приводящего отдела, с изогнутой кишечной петлей и резервуаром для каловых масс, образованным из кишки (8 оперативных вмешательств, среди которых наиболее употребимы методики L. Deloyers, 1962, и N. G. Kock, 1967);

способы формирования искусственного ануса с жомом из мышц брюшной стенки, ягодичных областей, промежности и бедра (46 оперативных вмешательств, среди которых наибольшее распространение получили операции Н. И. Березнеговского, 1910; И. С. Жорова, 1951; А. М. Амикева, 1961);

способы создания противоестественного заднего прохода с кишечной петлей, перемещенной в подкожный канал, и с механическими запирающими устройствами (12 оперативных вмешательств, среди которых наиболее применима методика А. М. Аминова, 1968);

способы образования искусственного ануса с кожной трубкой, сформированной вокруг приводящего отрезка кишки (28 оперативных вмешательств, наиболее распространенные из них — методики О. Goetre, 1950, и А. Н. Рыжих, 1957);

способы создания искусственного ануса с запирающим клапаном из аутоотканей на питающей ножке (4 оперативных вмешательства, из которых наибольшее распространение получили методики Г. В. Бондаря, А. И. Фефелова, 1977; I. L. Spivack, 1948);

способы образования противоестественного заднего прохода с остовом вокруг искусственного анального отверстия для крепления obturаторов (7 оперативных вмешательств, среди которых наибольшую известность приобрели методики А. Б. Савчина, 1967, 1971, и В. Д. Федорова, 1982).

При обширном поражении опухолью органов и тканей малого таза считаем более целесообразным, при планирующемся радикальном оперативном вмешательстве в последующем, на первом этапе выполнение концевой сигмо- или десцендостомы с ушиванием культи толстой кишки. При этом не возникает необходимости при повторной операции в реконструкции колостомы, как в случаях первичного выполнения сигмостомии по Майдлю либо аппендицеостомии. Следует отметить, что в тех случаях, когда в опухолевой конгломерат вовлекаются петли тонкой кишки, требуется резекция кишечника, интубация кишечника по показаниям. В последние годы сотрудниками нашего Института разработаны устройства и способы их применения при колоректальных раках, осложненных кишечной непроходимостью и кровотечением, которые позволяют ликвидировать явления острой кишечной непроходимости и достигнуть временного гемостаза путем транс-кишечного введения расширяющегося стента с возможностью тампонады изъязвленной опухоли. На фоне установленного стента купируются кишечная непроходимость и кровотечение, производится подготовка больного к плановому хирургическому вмешательству, которое выполняется в более благоприятных клинических условиях. При использовании данной технологии возможно производство одномоментных операций. Из 147 больных с местнораспространенными опухолями малого таза синдром кишечной непроходимости имел место у 68 пациентов (46,3%). Накопленный опыт свидетельствует о том, что радикальное удаление новообразований более оправдано в плановом порядке после устранения жизнеугрожающего осложнения непроходимости кишечника.

СИНДРОМ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Возможны кровотечения из прямой кишки, влагалища, уретры, внутрибрюшные кровотечения.

Кровотечения из прямой кишки при ее опухолевом поражении могут быть различной степени — от незначительной кровоточивости и прожилков крови в кале до профузных массивных кровотечений, что зависит от калибра поврежденных опухолевых сосудов [12]. Кровотечение мы считаем одним из факторов, требующих от хирурга активного действия. Даже если оперативное вмешательство носит паллиативный характер и не позволяет ликвидировать полностью опухолевоизмененные ткани, активные действия следует расценивать как правильные, так как они позволяют достичь гемостаза и продлить жизнь пациенту.

Гемостаз может осуществляться следующими способами: 1) общая гемостатическая терапия (при необходимости свежезамороженная плазма, криопреципитат, тромбоцитарная взвесь); 2) местно чрезректально эндоскопически (коагуляция, клипирование, инъекция лекарственных веществ и др.) и путем установки гемостатических баллонов или тампонов; 3) эндоваскулярно с пломбировкой гемостатическими веществами либо с редукцией кровотока путем установки спиралей Гиантурко; 4) оперативным путем — удаление кровоточащей опухоли. Достижение гемостаза позволяет адекватно подготовить больного к расширенной операции: проводятся коррекция систем гомеостаза, восполнение кровопотери и белкового дефицита, неoadьювантная химио- и лучевая терапия по показаниям. У больных, которым возможно выполнение радикальной операции вторым этапом, следует использовать дистанционную гамма-терапию в интенсивно-расщепленном режиме [7] — назначается 5 сеансов по 6 Гр (СОД 30 Гр), выдерживается 4-недельная пауза, необходимая для реализации эффекта облучения, и после трех сеансов по 6 Гр через 24–48 ч выполняется экстирпация прямой кишки. В ряде случаев проводится комбинированная химиотерапия.

В последнее время мы отдаем предпочтение эндоваскулярной методике гемостаза, что обусловлено ее высокой эффективностью, снижением кровоточивости тканей при радикальном удалении опухоли, повышением абластичности оперативного вмешательства. Применяем также химиоэмболизацию кровоточащих опухолевых сосудов и регионарную неoadьювантную терапию при условии гистологической верификации опухоли. Деваскуляризация опухоли, подавление патологического роста нередко позволяет удалить первично считавшиеся неудаляемыми опухоли. Деваскуляризованная опухоль при полной ишемии претерпевает стадию острого некроза, что требует назначения антибактериальных препаратов. Наши данные свидетельствуют о том, что до трех суток нагноения, как правило, не происходит, поэтому именно в эти сроки целесообразно выполнение радикальных операций до развития нагноительного процесса.

СИНДРОМ СДАВЛЕНИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Сдавление мочевыводящих путей опухолями малого таза может происходить на уровне нижней трети мочеточников, мочевого пузыря вне зоны устьев мочеточника, в зоне их устьев в области треугольника, а также на уровне уретры. Клинически сдавление мочеточника в нижней трети либо прорастание его опухолью проявляется одно- или двухсторонним гидронефрозом, хорошо диагностируемым при компьютерной томографии, УЗ-исследовании, внутривенной пиелографии.

При опухолях малого таза очень важно определить расположение почек и их размеры, так как возможно развитие гидронефроза от сдавления опухолью либо лимфоузлами мочеточников. Интраоперационно для более четкой визуализации мочеточников возможно взять их на держалки. Этот прием существенно облегчает диагностику сдавления, а также может способствовать профилактике их повреждения. Естественно, что радикальное удаление опухоли требует выполнения уретеронеоцистостомии либо уретерокутанеостомии как вынужденной операции. Учитывая также, что уретерокутанеостомия нередко в послеоперационном периоде сопровождается восходящим пиелонефритом и вторичным сморщиванием почек, мы либо существенно сужаем показания к этому виду операции, либо относим данное вмешательство к временным, требующим в последующем реконструктивных операций.

Реимплантация мочеточника в мочевой пузырь может быть выполнена при помощи следующих методик: 1) Политано–Лидбеттера (укладка и проведение мочеточника осуществляется в подслизистом слое мочевого пузыря с последующим сшиванием слизистых оболочек на интубаторе, выводимом через эпицистостому); 2) Матиссена–Гилла (выкраивается лоскут из мочевого пузыря, с укутыванием им мочеточника и зашиванием дефекта мочевого пузыря); 3) Гилла (выворачивают мочеточник на катетере с формированием «мочеточникового сосочка»); 4) Боари (пластика нижней трети мочеточника осуществляется лоскутом из мочевого пузыря); 5) Бишоффа (образование «навеса» над зияющим устьем мочеточника позволяет предупредить пузырномочеточниковый рефлюкс); 6) Хутша (образование коленообразного изгиба мочеточника в просвете мочевого пузыря); 7) Демеля (удлинение мочевого пузыря с вшиванием мочеточников).

Мы отдаем предпочтение методике удлинения мочеточника при его дефиците по Боари, а при достаточной длине — методике Политано–Лидбеттера. Данные способы являются надежными в отношении состоятельности швов, при использовании интубаторов — в отношении профилактики стриктур анастомозов, достаточно просты в исполнении и не сопровождаются патологическим цистоуретеральным рефлюксом. При удалении опухоли малого таза и ревизии мочевого пузыря в некоторых случаях возникала необходимость

пересадки их в дно пузыря (операция А. П. Фрумкина). Прорастание опухолью малого таза вне зоны впадения мочеточников требует иссечения мочевого пузыря в пределах здоровых тканей, ушивания дефекта двухрядными швами с формированием эпицистостомы. Если участок мочевого пузыря, подлежащий удалению, достаточно велик, возможны следующие варианты предупреждения синдрома «малого мочевого пузыря».

Возможна первичная пластика мочевого пузыря кишечной стенкой. С нашей точки зрения, наиболее безопасной является тонкокишечная пластика — на «питающей» сосудистой брыжеечной ножке выделяют участок подвздошной кишки необходимой длины для обеспечения достаточной емкости мочевого пузыря. Применяют однопетлевую пластику, когда петлю кишки вскрывают продольно по противобрыжеечному краю, и лоскут вшивают в стенку мочевого пузыря, целостность кишечника восстанавливают энтероэнтероанастомозом по типу «конец в конец» или «конец в бок». Если требуется более широкая кишечная вставка, могут быть применены методики V- или W-пластики. В этих случаях тонкая кишка сшивается в виде двух или трех петель, причем двухрядные швы формируются по противобрыжеечному краю, культя тонкой кишки погружается в кيسетный и Z-образный швы. Мочеточники вшиваются методом протягивания через тонкую кишку в подслизистом слое. Новые устья мочеточников формируют рассасывающимися нитями № 4.0–6.0, в проксимальные их отделы вводятся интубаторы, которые фиксируются этими же швами и выводятся с эпицистостомой на переднюю поверхность брюшной стенки. В тех случаях, когда есть необходимость полного удаления мочевого пузыря, формируем искусственный мочевой пузырь с пластикой тонкой кишкой (операция Брикера) либо сигмовидной кишкой.

Основной вопрос, который приходится решать после радикальной цистэктомии, — отведение мочи. На сегодняшний день существует четыре основных варианта отведения мочи:

наружное отведение мочи — уретерокутанеостомия, уретероилеостомия (операция Брикера), уретеросигмостомия;

отведение мочи в просвет кишечника (уретеросигмостомия, операция Mains-pouch 2);

формирование кишечных резервуаров с клапанным механизмом с наложением кожных стом (формирование «сухих» уростом);

создание кишечных резервуаров, выполняющих функцию мочевого пузыря и обеспечивающих возможность контролируемого самостоятельного мочеиспускания (различные варианты резервуара на брыжейке в малый таз с анастомозом с уретрой).

Наружное отведение мочи

Уретерокутанеостомия. В настоящее время применяется как окончательный вариант отведе-

ния мочи крайне редко. Причиной отказа хирургов от этой технически простой операции является низкое качество жизни пациентов и многочисленные осложнения, развивающиеся в отдаленном послеоперационном периоде. Почти все больные погибают от пиелонефрита. Пятилетняя выживаемость больных, подвергнутых цистэктомии и уретерокутанеостомии, не превышает 20% [цит. по 12].

Уретероилеокутанеостомия (операция Брикера), предложенная в 1950 г., до сих пор применяется многими хирургами и стала стандартом, с которым сравнивают результаты других операций по отведению мочи. Для отведения мочи используют сегмент подвздошной кишки длиной до 20 см, в который имплантируются мочеточники после ушивания приводящего отдела кишки. Обязательными условиями являются перемещение левого мочеточника через отверстие в брыжейке сигмовидной кишки, укрывание зоны уретероилеоанастомозов париетальной брюшиной и формирование прямого канала в брюшной стенке для отводящего отдела сегмента подвздошной кишки в правой подвздошной области. Применение мочеприемников, герметично фиксируемых к краям илеостомы, позволяет сохранять достаточно высокое качество жизни пациентов. Сегмент подвздошной кишки, в который имплантированы мочеточники, не является накапливающим мочу резервуаром, в связи с чем вероятность заброса мочи из него в верхние мочевые пути очень мала. Однако в отдаленном периоде также могут развиваться хронический пиелонефрит, снижение клубочковой фильтрации, расширение верхних мочевых путей, стриктуры в области уретероилеоанастомозов, рубцевание кожи и стриктуры в зоне уростом, что требует хирургической коррекции.

Уретеросигмокутанеостомия применяется редко по сравнению с операцией Брикера, она выполнима при наличии долихосигмы и противопоказана при заболеваниях сигмовидной кишки (дивертикулез, полипы). Осложнения после уретеросигмокутанеостомии сходны с таковыми после операции Брикера.

Отведение мочи в просвет кишечника

Уретеросигмостомия впервые была выполнена J. Simon в 1852 г. по поводу экстремии мочевого пузыря, нашла широкое применение в 60–80 гг. XX ст. и привела к существенным разочарованиям хирургов из-за многочисленных проблем, возникающих в послеоперационном периоде в виде нарушений электролитного баланса (гиперхлоремический и гипокалиемический ацидоз в 31–50% случаев), восходящей уроинфекции (26–50%), стриктур мочеточников (33–50% больных). Пятилетняя выживаемость после этих операций составляет 26–31%.

Операция Maintz-pouch 2 явилась дальнейшим развитием идеи отведения мочи в непрерывный кишечник, суть которой заключается в конструировании резервуара низкого давления для нака-

пливания мочи, открывающегося в сигмовидную либо прямую кишку. Операция разработана и впервые описана Fish и Hohenfeller в 1991 г. Смысл ее состоит в продольном рассечении сигмовидной кишки, формировании U-образного резервуара, в который имплантируются мочеточники, создании кишечной «шпоры» между демукозированными участками отводящей и приводящей кишки для достижения разделения потоков мочи и каловых масс. По данным многих авторов и на основании собственного опыта (48 больных) мы можем отметить, что эта операция высоко физиологична, наносит незначительный ущерб пищеварению, полное удержание мочи достигается в 95% случаев, ацидоз контролируется пероральным приемом щелочной минеральной воды. Средняя емкость мочевого кишечного резервуара через 3–6 мес после операции составляет 300–400 мл и при достаточно хорошей функции анального жома позволяет обеспечить пациентам ночное опорожнение кишки 1–2 раза. Осложнения в виде восходящей инфекции при правильно наложенных мочеточниково-кишечных анастомозах наблюдаются довольно редко (в 8–10% случаев), хорошо поддаются консервативной терапии и часто связаны со стенозом терминального отдела мочеточника, что корректируется с помощью стентирования либо баллонной дилатации мочеточника.

Операции формирования мочевого резервуара с кожной стомой

Создание резервуаров для накапливания мочи (англ. pouch — мешок) является основным этапом отведения мочи после цистэктомии для достижения благоприятных отдаленных результатов. Известно более 40 модификаций различных резервуаров, многие из которых в мировой литературе получили географическое название (по штату США, в котором работали авторы — Маями-пouch, Индиана-пouch) либо по именам авторов (Кок-пouch, Майнтц-пouch, Майнтц-пouch 2 и др.).

Kock-pouch. Создание клапанного механизма в этих резервуарах препятствует постоянному выделению мочи из резервуара и эвакуация мочи осуществляется путем самостоятельной катетеризации в течение всей жизни («сухая мочевого стома»). Впервые в 1982 г. Н. Кок с соавт. сообщили о выполненных 12 операциях, при которых резервуар для мочи создается из подвздошной кишки, после ее рассечения приводящий и отводящий участки втягиваются в полость резервуара и формируют (с помощью степплеров) инвагинационные клапаны, в один из которых имплантируют мочеточники, а другой — выводят на кожу в виде «сухой стомы».

Maintz-pouch 1. В этой операции слепая кишка рассекается по противобрыжечному краю, подвздошная кишка втягивается через баугиньеву заслонку в просвет резервуара и фиксируется тремя рядами швов к стенке резервуара в виде инвагинационного клапана. Мочеточники анастомозируют с задней стенкой резервуара, а свободный край

подвздошной кишки выводят в иссеченную кожу пупка для периодической катетеризации.

Indiana-pouch предусматривает использование слепой и восходящей кишки с формированием уростомы из подвздошной кишки, суженной в виде обратного конуса к баугиньевой заслонке. Желательным многие авторы считают наложение цекостомы, через которую производится отмывание слизи. Когда больной освоит технику ухода за цекостомическим дренажем, его удаляют и в последующем больной производит самокатетеризацию резервуара вначале каждые 2 ч, постепенно в течение 1–2 мес доводя этот промежуток до 4–5 ч, с катетеризацией 1 раз за ночь. Удовлетворительное удержание мочи наблюдается у 82–95% больных.

Ортотопический мочевой пузырь

Метод заключается в формировании резервуаров для мочи и анастомозировании их с уретрой. Для резервуаров используется в основном тонкая кишка (чем ближе к подвздошному переходу, тем менее выражены процессы мальабсорбции в кишке). Однако может быть использован и илеоцекальный переход с обязательной детубуляризацией толстой либо тонкой кишки.

Следует отметить, что при создании ортотопического мочевого пузыря удержание мочи осуществляется за счет наружного сфинктера мочевого пузыря, поэтому у мужчин непременным условием оперативной техники является пересечение уретры сразу дистальнее верхушки предстательной железы, а у женщин — минимальная травматизация области поперечнополосатого сфинктера. Естественно, данные операции противопоказаны при опухолевом поражении шейки мочевого пузыря, инвазии опухоли в простату и простатический отдел уретры, доказанную интраоперационной биопсией. Для надежного удержания мочи сфинктером уретры давление в резервуаре не должно превышать 40 см вод. ст. Показано также, что сохранение сосудисто-нервных пучков, идущих к области наружного сфинктера, увеличивает вероятность удержания мочи. В последние годы появилась так называемая нервосохраняющая (nerve sparing) техника цистэктомии, которая позволяет не только добиться удержания мочи, но и сохранить эректильную и копулятивную функцию у мужчин.

Операция Camey 2 заключается в формировании резервуара для мочи из 60-сантиметрового отрезка подвздошной кишки, сложенной в виде горизонтальной буквы U. Проксимальный конец уретры прошивается шестью рассасывающимися нитями, которые в последующем накладываются на отверстие в илеум и инвагинируют уретру в резервуар. Мочеточники анастомозируются со стенкой резервуара по антирефлюксной методике (Политано–Летбеттер), интубационные трубки из мочеточников выводятся наружу через уретру или дополнительное отверстие в передней стенке резервуара. Для предотвращения натяжения ана-

стомозов резервуар фиксируется к тазовой фасции несколькими швами. Малый таз дренируется.

Операция Studer так же как и операция Camey 2, предусматривает использование U-образного резервуара из тонкой кишки, только расположенного вертикально. Уретра анастомозируется с верхушкой резервуара, а уретеро-илеальный анастомоз может быть наложен по рефлюксной или антирефлюксной методике.

Операция Hautmann, или илеальный мочевой пузырь, также формируется из детубуляризованного сегмента подвздошной кишки, сложенного в виде буквы W или M. Показанным многие авторы считают пробу на герметичность швов нагнетанием физраствора и проведением манометрической пробы интраоперационно. По данным авторов, предложивших данную методику [13], средняя емкость «мочевого пузыря» составила через 1 мес 387 мл, давление в резервуаре — 24,4 см вод. ст. Мочеиспускание осуществлялось за счет напряжения мышц брюшной стенки при максимальной скорости мочеиспускания 28,4 мл/с. Время опорожнения резервуара составило от 16 с до 2 мин. По данным авторов, обусловленные операцией осложнения наблюдались в 15,4% случаев, ранние и поздние оперативные коррекции производились у 0,3 и 4,4% больных соответственно.

Принцип создания ортотопического мочевого пузыря по *Maintz-pouch 1* заключается в использовании 10–15 см слепой кишки и начальной части восходящей ободочной кишки и 20–30 см тонкой кишки, которые детубуляризуются и сшиваются между собой, образуя емкость, по форме близкую к сферической. Анастомоз с проксимальным участком уретры и мочеточниками накладывается согласно описанным ранее методикам.

При экстирпации прямой кишки и выведении колостомы наиболее предпочтительной является тонкокишечная пластика. В то же время, учитывая возможное развитие гиперхлоремии, в отдельных случаях при долихосигме выполняется пластика мочевого пузыря из дистального участка сигмовидной кишки на питающей сосудистой ножке с сигмовидной либо нижнебрыжеечной артерией.

У 7 больных нами была произведена пластика мочевого пузыря илеоцекальным участком кишечника на питающей ножке (операция *Maintz-pouch 1*). В этих случаях культя восходящей кишки ушивается наглухо, формируется илеотрансверзоанастомоз. При этом неоцистоуретеростомы вшивают в слепую кишку, а подвздошную кишку антиперистальтически в виде уретеростомы выводят на кожу. Если состояние больного позволяет, кишечный мочевой пузырь может бытьшит в проксимальную часть уретры. К сожалению, эти анастомозы имеют тенденцию к развитию стриктур, что требует периодического бужирования и сохранения илеостомы для сбора и удаления мочи.

При локализации опухолевого сдавления на уровне уретры в простатической части (опухоль,

первично исходящая из предстательной железы, а также при прорастании опухолей, исходящих из других органов в простатическую часть уретры) возможен исход операции в двух вариантах. Первый предусматривает удаление простаты с простатической частью уретры, перевязку дистальной части уретры и окончание операции эпицистостомой. Второй предусматривает восстановительную операцию путем формирования неоцистоуретрального анастомоза. Известны следующие методики этой операции. Операция Мариона-Хольцова — резекция уретры с восстановлением целостности узловыми рассасывающимися швами. Операция П. Д. Соловова — выполняется при стойких сужениях в области перепончатопростатического отдела уретры, мобилизация луковичной части уретры проводится на буже, через свищ мочевого пузыря уретру на держалках протягивают в мочевой пузырь и пришивают, операцию заканчивают эпицистостомой. Операция Будэ — пластическое образование недостающего сегмента уретры из кожи мошонки: четырехугольный лоскут на ножке сворачивают в виде трубочки на катетере, формируют проксимальный и дистальный анастомозы с кожной трубкой. Операция А. П. Фрумкина — пластическое образование недостающего сегмента уретры из кожи промежности или стенки мочевого пузыря.

Таким образом, представленные в статье материалы свидетельствуют о многогранности проблем, возникающих при местном распространении опухолей органов малого таза и неочевидности подходов к лечению данной патологии. Следует отметить, что хирургическая коррекция местнора-

спространенных опухолей малого таза подразумевает устранение осложнений заболевания.

В целом представленные в настоящем сообщении данные позволяют сделать ряд следующих выводов.

Стратегия хирургического лечения местнораспространенных опухолей малого таза подразумевает верификацию, учет и поэтапную ликвидацию синдромов, которыми, как правило, сопровождается распространение опухоли за пределы любого органа в малом тазу. В зависимости от объема опухоли, направления ее роста и инвазивности в той или иной степени присутствуют все перечисленные выше синдромы: кишечной непроходимости, кровотечения, сдавления мочевых путей, сдавления сосудистых образований, синдром нагноения, поражения лимфатических коллекторов и костей таза.

Улучшение результатов хирургического лечения данной патологии возможно за счет дооперационной верификации топографо-анатомических взаимоотношений пораженной и оставшейся здоровой части тазовых органов, адьювантной химиотерапии, планирования и выполнения этапной хирургической техники эвисцераций и лимфодиссекций с гемостазом и последующим применением различных видов деривации кала и мочи.

Рассматриваемая проблема еще далека от полного разрешения и касается не только первичных местнораспространенных опухолей, но и рецидивов опухолей малого таза, в арсенале средств лечения которых оперативные методы лечения составляют скорее исключение, чем правило.

Литература

1. Федоров В. Д., Дульцев Ю. В. Проктология.— М.: Медицина, 1984.— 384 с.
2. Федоров В. Д., Воробьева Г. И., Ривкина В. Л. Клиническая оперативная колопроктология.— М.: ГНЦ проктологии, 1989.— 216 с.
3. Неотложная хирургия при раке толстой кишки / Н. Н. Александров, М. И. Лыткин, В. П. Петров и др. // Минск: Беларусь, 1980.— 303 с.
4. Зайцев В. Т., Алексеенко В. Е., Белый И. С. Неотложная хирургия брюшной полости.— К.: Здоров'я, 1989.— 271 с.
5. Дульцев Ю. В., Саламов К. Н. Парапроктит.— М.: Медицина, 1981.— 208 с.
6. Дульцев Ю. В., Саламов К. Н. Анальное недержание.— М.: Медицина, 1993.— 288 с.
7. Гешелин С. А. Неотложная онкохирургия.— К.: Здоров'я, 1988.— 200 с.
8. Дробни Ш. Хирургия кишечника: Пер. с венгерск.— Будапешт: Akadem. Kiado, 1983.— 592 с.
9. Холдин С. А. Злокачественные новообразования прямой кишки.— Л.: Медгиз, 1955.— 360 с.
10. Шалимов А. А., Саенко В. Ф. Хирургия кишечника.— К.: Здоровье, 1977.— 248 с.
11. Протиевостественный анус / А. В. Савчик, А. М. Аминев, Б. В. Качоровский, Ю. А. Лебедев.— К.: Здоров'я, 1984.— 136 с.
12. Петров В. П., Ерохин И. А. Кишечная непроходимость.— М.: Медицина, 1989.— 288 с.
13. Матвеев Б. П., Фигурин К. М., Карякин О. Б. Рак мочевого пузыря.— М.: Вердана, 2001.— 181 с.

Поступила 14.03.2008