

ОПЫТ НЕОЦИСТОПЛАСТИКИ ПОСЛЕ ЭВИСЦЕРАЦИИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА ПО ПОВОДУ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

В.Ф. КАСАТКИН, О.И. КИТ, А.Ю. МАКСИМОВ, А.В. СНЕЖКО,
Ю.А. ФОМЕНКО, В.Х. АНАПОЛЯН

ФГУ РНИОИ «Росмедтехнологии», г. Ростов-на-Дону

Цель исследования. Провести анализ клинического материала выполненных эвисцераций органов малого таза по поводу местнораспространённого колоректального рака.

Материал и методы. По поводу местнораспространённых злокачественных опухолей малого таза выполнили 104 эвисцерации таза, из них 78 по поводу местнораспространённого и рецидивного колоректального рака. Среди оперированных больных колоректальным раком мужчин было 51, женщин – 27. Возраст большинства пациентов колебался в интервале от 55 до 65 лет, средний возраст составил 61,7 года. По поводу II ($T_4N_0M_0$) стадии процесса оперированы 6 (7,7%), III ($T_4N_{1-2}M_0$) – 64 (82,1%), IV ($T_4N_{любая}M_1$) – 8 пациентов. Гистологически у всех больных определялась аденокарцинома, преимущественно умереннодифференцированная. Эвисцерация таза сочеталась с резекцией тонкой кишки в 9 наблюдениях, с резекцией влагалища у 6 пациенток. У 8 больных одновременно с эвисцерацией таза выполнена резекция печени по поводу одиночных метастазов. Гетеротопические мочевые резервуары были сформированы – в 62, ортотопические в 16 наблюдениях. Считаем принципиальным положением – полный отказ от уретральных кутанеостом. Из 78 больных, которым были выполнены эвисцерации малого таза по поводу колоректального рака, в качестве пластического материала для уронеоциста в 34 наблюдениях был использован илеоцекальный сегмент, в 22 применена тонкая кишка, в 15 – сигмовидная кишка. В 6 случаях мочевой пузырь формировали из желудка, и в 1 – из жёлчного пузыря. Выбор пластического материала для формирования мочевого резервуара производим строго индивидуально, учитывая

конкретные анатомо-функциональные условия каждого пациента. У пациентов с гетеротопическим мочевым пузырём формировали «сухую» уростому.

Результаты. Осложнения раннего послеоперационного периода отмечены у 58 (74,3%) больных. Наиболее тяжёлыми из них были несостоятельность анастомозов полых органов (14 пациентов) и гнойно-септические процессы в брюшной полости, забрюшинном пространстве и полости малого таза (28 больных). Повторно оперированы 19 пациентов (10 – редренирование брюшной полости и забрюшинного пространства, 3 – висцеролиз по поводу спаечной кишечной непроходимости, 3 – остановка внутрибрюшинного кровотечения, 1 – ушивание перфоративных язв желудка, 2 – ушивание эвентерации). После операций умерли 7 (8,9%) больных. Основной причиной смерти был перитонит – в 4 случаях. После эвисцерации признаки умеренно выраженного пиелонефрита с обострениями 1 раз в 2-3 мес отмечены у 1/3 больных. Из выписанных больных 1 год после операции прожили 48 (61,5%) больных. Три года пережили 16 пациентов, 6 живут 5 лет и более.

Выводы. Эвисцерация таза по поводу местнораспространённого колоректального рака является операцией выбора. Индивидуализированный подход к неоцистопластике после эвисцерации таза позволяет во всех случаях сформировать искусственный мочевой пузырь, обеспечивающий надёжную антирефлюксную защиту верхних мочевых путей. Выполнение операций такого объёма возможно только в специализированных лечебных учреждениях.