

МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫЙ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМ ТЕРМИНОЛОГИИ И КЛАССИФИКАЦИИ

Р.Т. Аюпов, А.Ю. Парфенов

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, кафедра онкологии с курсами онкологии и патологической анатомии ИПО
ГБУЗ Республиканский клинический онкологический диспансер, г. Уфа

Аюпов Рустем Талгатович,

доцент кафедры онкологии с курсами онкологии и патологической анатомии ИПО БГМУ, канд. мед. наук, 450054, Россия, Респ. Башкортостан, г. Уфа, пр. Октября, д. 73/1, тел. 8 (347) 237-43-58, ru2003@bk.ru

Парфенов Андрей Юрьевич,

врач-онколог отделения колопроктологии РКОД, канд. мед. наук, 450054, Россия, Респ. Башкортостан, г. Уфа, пр. Октября, д. 73/1

Статья посвящена анализу и обобщению вопросов терминологии и классификации местнораспространенного колоректального рака. В настоящее время в мире не определено однозначных стандартов относительно данной патологии, что препятствует проведению анализа заболеваемости и результатов лечения пациентов с данной патологией. Необходима констатация однозначной классификации, определяющей как распространенность опухолевого процесса, так и адекватный объем хирургического лечения.

Ключевые слова: колоректальный рак, классификация, мультиорганная операция.

LOCALLY ADVANCED COLORECTAL CANCER. CURRENT STATE OF CLASSIFICATION AND TERMINOLOGY ISSUES

R.T. Ayupov, A.Yu. Parfenov

Bashkir State Medical University, Oncology Ghair with courses of Oncology and Pathoanatomy
Republican Clinical Oncology Dispensary, Ufa

This article is devoted to the analysis and synthesis of classification and terminology issues of colorectal cancer. There is no standards about this pathology nowadays in the world. This fact prevents analysis of the morbidity and outcomes of treatment patients with colorectal cancer. It is necessary to compose a classification which can determine the generalization of the cancer and adequate surgical treatment.

Keywords: colorectal cancer, classification, multiorgan surgery.

В понятие местнораспространенный колоректальный рак различными авторами аккумулярованы весьма разнообразные суждения о распространении опухолевого процесса. Разные взгляды авторов на этот процесс объясняют большое разнообразие статистических данных о частоте выявления больных местнораспространенным раком толстой кишки [2]. Следовательно, возникает вопрос, какие формы, вернее, стадии опухолевого процесса следует обозначать этим термином, так как это определяет лечебную тактику. Разнообразие признаков местнораспространенного рака толстой кишки обуславливает различные возможности в подходах к лечению таких пациентов. Так, одни авторы

к местнораспространенному раку толстой кишки относят те опухоли, для радикального удаления которых требуется расширение типичных операций за счет одномоментного удаления единым блоком или резекции органов, прилежащих к опухоли толстой кишки и интимно связанных с ней за счет истинного прорастания или воспалительной перифокальной инфильтрации. Другие характеризуют местнораспространенный рак толстой кишки как иммобильную опухоль, прорастающую всю стенку кишки и врастающую в окружающие ткани или соседние органы. При врастании опухоли в верхние отделы крестца, боковые стенки таза с вовлечением в процесс общих или наружных подвздошных сосудов

радикальное хирургическое лечение становится невозможным. Вместе с тем, массивное врастание опухоли в параректальную клетчатку до стенок таза, во влагалище и матку, уретру, семенные пузырьки, предстательную железу у мужчин и мочевого пузыря не исключают при определенных условиях выполнение комбинированного радикального хирургического вмешательства. Ряд авторов считает, что под местнораспространенным раком толстой кишки следует понимать прорастание опухоли во все слои стенки кишки с распространением ее на собственную клетчатку кишки и вовлечением в опухолевый процесс близлежащих органов. К местнораспространенному раку толстой кишки относят обширные циркулярные, несмещаемые или ограничено смещаемые опухоли, прорастающие смежные органы и ткани, стенозирующие просвет кишки и вызывающие симптоматику кишечной непроходимости при отсутствии отдаленных метастазов во внутренних органах, то есть это опухоли в стадии T3-4N0-1M0.

Из вышеизложенного ясно – однозначных официальных критериев местнораспространенного колоректального рака на сегодняшний день в нашей стране и в мире нет.

Термин местнораспространенного колоректального рака нами сформулирован следующим образом – злокачественное новообразование толстой кишки с перфорацией/пенетрацией в периректальные ткани (параколон) или в смежные органы или ткани.

Так же нами введено понятие порядка органа поражения. Орган, первично пораженный опухолью, нами обозначается как орган первого порядка. Орган, вторично пораженный опухолью, в следствии пенетрации опухолью, нами обозначен как орган второго порядка. Органов второго порядка может быть несколько. В случае распространения опухоли из органов второго порядка на смежные органы, данные органы нами трактуются как органы третьего порядка [1].

Перед тем как формулировать понятие мультиорганной операции, необходимо дать определение понятию хирургической операции. В литературе под хирургической операцией понимают механическое воздействие на ткани и органы с лечебной или диагностической целью. Нам представляется, что данное определение не совсем полно отражает суть хирургических вмешательств. По нашему мнению, хирургическая операция – это внешнее воздействие на организм человека с лечебной или диагностической целью. Чаще всего воздействие механическое, сопровождается рассечением, иссечением, удалением органов или его частей, соединением органов и тканей, кровопотерей, травмой тканей, послеоперационным нарушением функции оперированных органов с риском возникновения осложнений.

Стандарт операции – это исторически сложившийся и патогенетически необходимый объем хирургического вмешательства, достаточный для радикального лечения определенного патологического процесса. Эти операции являются основными в практической онкологии и хирургии. Они вклю-

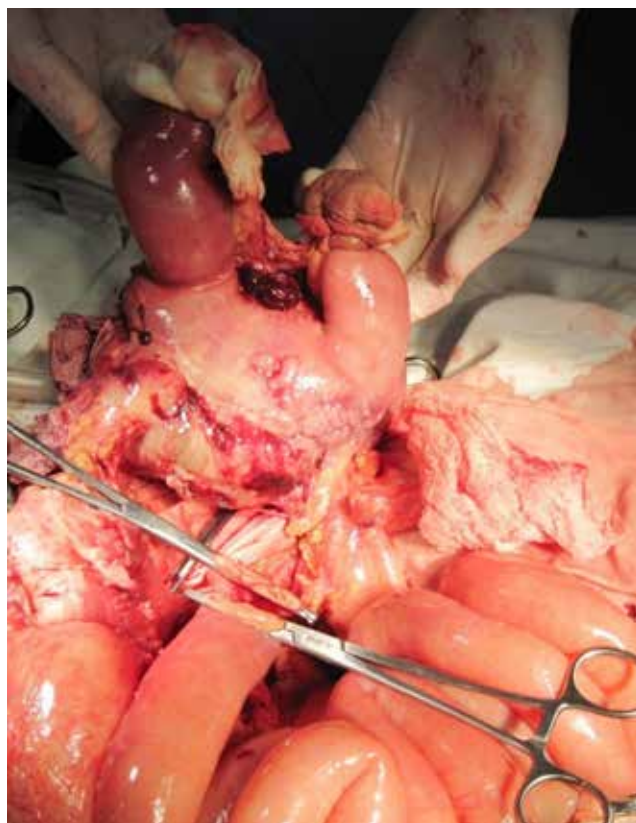


Рис. 1. Этап операции. Отсечен пораженный отрезок тощей кишки в 5 см от связки Трейца, ободочная кишка подготовлена к резекции

чены в Федеральные стандарты как базовые опции, рекомендуемые операции при лечении онкологических больных.

Однако оперативное вмешательство – это всегда процесс творческий, индивидуальный, эксклюзивный. Невозможно выполнить дважды в точности одну и ту же операцию, потому что не существует двух абсолютно одинаковых больных с совершенно одинаковыми патологическими процессами. Поэтому хирург нередко выходит за рамки «исторически сложившегося и патогенетически необходимого объема» в сторону его расширения (чаще всего), сужения или же видоизменения (модернизации). С этой точки зрения, большинство операций, выполняемых хирургами при новообразованиях различных локализаций, носят индивидуальный характер и являются нестандартными [3].

Таким образом, говоря о стандартах хирургических операций, мы имеем в виду идеальную модель. С этой точки зрения разумно разделять оперативное пособие на этапы, и уже эти этапы приводить к идеалу. Например, при сочетанных операциях при симультанном поражении или при комбинированных операциях на нескольких органах. Существование стандартов необходимо. Это не требует особых доказательств. И если мы не можем определить стандарты для нестандартных операций, мы должны определить стандарты для различных этапов хирургических операций и сформулировать рекомендации по их выполнению. Имея подобные стандарты, для различных этапов хирургической



Рис. 2. Послеоперационный макропрепарат. Удалены левый фланг ободочной кишки и пораженный отрезок тощей кишки длиной порядка 35 см. Опухоль размером более 15 см в диаметре



Рис. 3. Послеоперационный макропрепарат. Вскрыт просвет тощей кишки. Пенетрация опухоли толстой кишки в тощую кишку, размер пенетрации – более 10 см в диаметре

операции, мультиорганные операции можно будет трактовать как стандартные [4].

Пример. Пациентка Г., 47 лет. После проведенного обследования установлен диагноз: забрюшинная опухоль ст. II, гр. II. Пациентка госпитализирована на хирургическое лечение. После предоперационной подготовки пациентке произведена лапаротомия, по факту ревизии диагноз – местнораспространенный рак левого фланга ободочной кишки с пенетрацией в тощую кишку в 10 см от связки Трейца. Первым этапом произведена резекция тощей кишки с анастомозом в 5 см от связки Трейца, вторым этапом гемиколэктомия слева с иссечением забрюшинной клетчатки. Послеоперационный период без осложнений. Отдаленные результаты: контроль через 3 года – данных за рецидив не выявлено.

В данном случае операция – нестандартная, однако, если разделить операцию на этапы: резек-

ция петли тонкой кишки, гемиколэктомия слева, то для каждого этапа можно разработать стандарты и принципы выполнения.

Мультиорганные операции – хирургическая операция, выполненная по поводу одного патологического процесса на нескольких органах одновременно. В широком понимании, любая операция в онкопроктологии является мультиорганной, так как при стандартном удалении пораженного органа удаляются и окружающие ткани, и лимфатические коллекторы. Часто операции на первичном пораженном органе расширяются. Но эти операции сегодня не считаются полноценно мультиорганными.

Классификация местнораспространенного колоректального рака

Сегодня в России и в мире нет унифицированной классификации местнораспространенного колоректального рака. В мире нет единого мнения относительно определения местнораспространенного колоректального рака, очевидно, не может быть и его классификации. Те классификации, которые разработаны и в настоящее время предложены для использования, при первичном изучении не выдерживают критики. Для того, чтобы проводить мультицентровое исследование проблемы, в первую очередь, необходимо создание единой классификации и терминологии. Повсеместное введение классификации TNM ситуацию не только не улучшает, а даже по некоторым вопросам усугубляет. Казалось бы, данная классификация унифицирует стадии онкологических процессов и диктует необходимые объемы. Однако, на деле сама классификация не точна и не однозначна, для типичных онкологических процессов в ней предлагается разная оценка критериев стадирования, критерий Т определяется для прямой кишки исходя из периметра инвазии, а для ободочной кишки – глубины инвазии, определение критерия N0 трактуется как вторая стадия заболевания независимо от первичного распространения опухоли. Категория M в данной классификации только лишь верифицирует наличие отдаленного метастатического очага, ни каким образом не характеризуя его. Классификация TNM является моделью сверх упрощенного стадирования, она хороша для формирования отчетности, но не более того. В клинической практике опираться на нее при решении тактических вопросов не представляется возможным. В случаях местнораспространенного колоректального рака ситуация еще более осложняется, так как в данном случае по классификации TNM вся информация о распространении опухоли выражается формулой T4NanyMany. Для определения тактики необходима классификация, которая будет отражать всю необходимую информацию как для хирургов – онкологов, так и для радиологов и химиотерапевтов.

Группой ученых Донецкого областного противоопухолевого центра была разработана классификация местнораспространенного рака прямой кишки, где выделены три степени распространения опухолевого процесса. К IVA1 стадии относят опухоли, прорастающие соседние органы и ткани и по-

верхностные слои близлежащих органов на ограниченном участке размером до 3 см. Это вовлечение в процесс паравезикальной клетчатки, параметрия, стенки мочевого пузыря вне устьев мочеточников и его шейки, матки, придатков, влагалища, семенных пузырьков, предстательной железы, уретры, петель кишечника, сфинктерного аппарата. Больным с этой формой рака могут быть выполнены комбинированные операции в радикальном объеме. К IVA2 стадии относят опухоли, перфорирующие и пенетрирующие соседние органы и ткани с образованием свищей, абсцессов. Опухоль поражает соседние структуры на значительном участке, имеющем размер более 3 см или прорастает все слои близлежащих органов. Резектабельность при таких опухолях весьма сомнительна. Рак прямой кишки IVA3 – это абсолютно неподвижные, вколоченные в малый таз опухоли больших размеров, прорастающие костные структуры таза, магистральные сосуды, устья мочеточников и шейку мочевого пузыря. Это группа истинно неоперабельных больных, которым хирургическое лечение может быть выполнено лишь в симптоматическом объеме.

Вышеизложенная классификация не корректна и не представляет особой ценности для практикующих хирургов. Опухоли, отнесенные данной классификацией к IVA1 стадии, практически не требуют расширения объема хирургического пособия. Выделение данной группы опухолей имеет лишь научную ценность. Опухоли, пенетрирующие соседние органы с образованием свищей, отнесены к опухолям, резектабельность которых оценена как сомнительная. Данный постулат не обоснован. Опухоли, отнесенные к данной группе, успешно оперируют, наблюдая вполне удовлетворительные отдаленные результаты. Группа же опухолей, отнесенная данной классификацией к истинно нерезектабельным, весьма разнообразна. Она включает в себя опухоли, пенетрирующие в костные структуры, когда органуносущий объем превышает разумные пределы. Так как качество жизни после подобных операций чрезмерно страдает, и увеличение продолжительности жизни пациентов не имеет значимого клинического смысла. Наряду с тем, в эту же группу включены пациенты с опухолями, пенетрирующими в крупные магистральные сосуды. Однако и этот постулат не выдерживает критики. В специализированной печати представлены публикации, в которых описаны случаи успешного оперирования подобных опухолей. На базе городской больницы №26 Санкт-Петербурга внедрено и проводится протезирование сосудов после расширенных операций по поводу местнораспространенного колоректального рака. Таким образом, и прорастание крупных сосудов не является препятствием к проведению мультиорганных операций.

Классификации Dukes – широко применяются зарубежными колоректальными хирургами, но мало известны отечественным хирургам.

Стадия А – опухоль ограничена стенкой кишки без прорастания в окружающие ткани и без метастазов в регионарные лимфатические узлы.

Стадия В – опухоль прорастает в окружающие ткани, но отсутствуют метастазы в регионарных лимфатических узлах.

Стадия С1 – опухоль с или без прорастания в окружающие ткани, но с наличием метастазов в околокишечных лимфатических узлах.

Стадия С2 – опухоль, пенетрирующая все слои кишечной стенки с наличием метастазов в лимфатических узлах, расположенных в области перевязанных питающих сосудов.

Стадия D – наличие отдаленных метастазов.

Из представленных данных видно, что распространению первичной опухоли в данной классификации так же не уделено достойного места. И для клинициста стадирование заболевания по данной классификации так же не несет значимой информационной нагрузки. Классификация имеет значение для формирования отчетности и весьма приблизительного прогноза.

Представим так же классификацию, разработанную в РНЦХ им. Б.В. Петровского. Основным принципом этой классификации является определение количества и расположения по окружности прямой кишки в поперечной плоскости точек фиксации (F – от англ. «fixation») опухоли к соседним с прямой кишкой структурам и органам. В соответствии с количеством точек фиксации (ни одной – 0, одна – 1, две – 2 или три – 3) и расположением фиксированных к опухоли прямой кишки соседних образований («а» – спереди, «l» – сбоку, «р» – сзади), можно выделить несколько вариантов местной фиксации опухоли, которые получили собственное буквенно-цифровое обозначение: при одной точке фиксации: F1(a), F1(l), F1(p), при двух точках фиксации – F2(al) и F2(lp) и при трех точках фиксации – F3(alp). Предложенная классификация может использоваться для обозначения степени распространения злокачественных опухолей прямой кишки, основываясь на данных предоперационного обследования больных, в ходе интраоперационного выделения органа и в результате патоморфологического исследования удаленного препарата. При местнораспространенных опухолях, фиксированных по передней полуокружности малого таза, вовлеченными в опухолевый процесс могут оказаться органы мочеполовой системы. У женщин, в зависимости от локализации и степени инфильтрации опухолью различных образований, может быть выполнена экстрафасциальная резекция прямой кишки с удалением единым блоком с опухолью придатков матки, надрезом влагалища ампутиацией или экстирпацией матки, резекцией задней стенки влагалища. У мужчин при инфильтрации семенных пузырьков или предстательной железы производят их резекцию или одномоментную простатэктомию. Как у мужчин, так и у женщин при фиксации к опухоли задней стенки мочевого пузыря следует выполнить резекцию пораженного участка единым блоком с новообразованием или произвести цистэктомию с последующим реконструктивным этапом создания мочевого резервуара из подвздошной кишки различными способами. При местнораспростра-

ненных опухолях, распространяющихся по боковой полуокружности малого таза, фиксированными к опухолевому конгломерату могут оказаться тазовые нервные сплетения, подвздошные сосуды, мочеточники и боковые стенки таза. Если к опухоли интимно прилежит тазовое нервное сплетение, то выполняют его резекцию в зоне фиксации, по возможности сохраняя гипогастральные нервы, корешки sacralных нервов и дистальную часть сплетения. При тесном прилежании опухоли к висцеральным ветвям внутренних подвздошных сосудов выделять новообразование следует осторожно, с применением методов остановки и профилактики кровотечения в малом тазу. При местнораспространенных опухолях, фиксированных по задней полуокружности малого таза, на пути опухолевого роста могут оказаться пресакральная фасция, расположенные под ней пресакральное венозное сплетение и крестцовая кость, покрытая по висцеральной поверхности передней продольной связкой крестца, в нижнеампулярном отделе прямой кишки – мышцы, поднимающие задний проход, и копчик. При отсутствии признаков инвазии в кость можно планировать выполнение экстрафасциальной резекции прямой кишки с резекцией пресакральной фасции единым блоком с опухолью. Если новообразование проникает в костную структуру крестца, то необходимо удаление части крестцовой кости вместе с прямой кишкой. При опухолях, расположенных на уровне перехода прямой кишки в анальный канал, одним из вариантов применения экстрафасциального подхода при операциях по поводу местнораспространенной опухоли является «экстралеваторная» брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки.

Таким образом, зная на дооперационном этапе преимущественное направление опухолевого роста, количество и расположение точек фиксации опухоли, можно эффективно планировать хирургическое вмешательство, в том числе с привлечением смежных специалистов и прогнозировать сложность операции.

При ознакомлении с данной классификацией можно согласиться с тем, что при планировании операции имеет смысл знать, куда пенетрирует опухоль. Но подсчет количества органов, вторично пораженных опухолью, не несет необходимой информации для клинициста ни в дооперационном периоде, ни в послеоперационном. Также количество вторично пораженных органов, удаленных при операции, не формирует прогноз относительно послеоперационного течения. И самое основное – количество вторично пораженных органов ни каким образом не определяет необходимого, целесообразного объема хирургического вмешательства и не комментирует тяжесть планируемого хирургического объема. Вообще, в предлагаемых классификациях не учитывается не только индивидуальная тяжесть оперативного пособия, но даже общий риск ни в одной из них не фигурирует. Расчет индивидуального риска анестезиологического и хирургического пособия имеет первостепенное зна-

чение при планировании хирургической операции. Это естественно, ведь в силу объективных причин один объем оперативного пособия неоднозначен в плане переносимости для разных пациентов.

Существует много классификаций степеней риска общей анестезии и хирургической операции. Риск анестезии и операции обуславливается множеством факторов: физическим состоянием больного, зависящим от возраста, характера основного и сопутствующих заболеваний, видом хирургического вмешательства (степенью травматичности, обширности и длительности), опытом и квалификацией хирурга и анестезиолога, наличием условий, необходимых для проведения операции и анестезии.

В мире сегодня наиболее распространена классификация степеней риска общей анестезии, утвержденная Американской ассоциацией анестезиологов (ASA) и основанная на градациях физического состояния больных.

Предложены и другие классификации степеней риска анестезии и операции (Малиновский Н.Н. и др., 1973; Александров И.Н. и др., 1981; Рябов Г.А. и др., 1983, и др.). Известны также попытки математического прогнозирования риска оперативных вмешательств с целью облегчить клиницистам принятие решения о плановой операции. Риск ее не должен превышать опасности самого заболевания ([Вишневский А.А., 1975; Хай Г.А., 1978]).

В 1989 г. Московским научным обществом анестезиологов и реаниматологов принята и рекомендована к практическому применению новая классификация, предусматривающая количественную (в баллах) оценку операционно-анестезиологического риска по трем основным критериям:

- 1) общее состояние больного;
- 2) объем и характер хирургической операции;
- 3) характер анестезии.

Исходя из вышеизложенного понятно, что для четкого понимания проблемы и формулирования стандартов первостепенное значение имеет создание однозначной и конкретной классификации местнораспространенного колоректального рака. Необходимо, чтобы предложенная классификация была проста для применения, удовлетворяла бы интересы не только хирургов, но и анестезиологов, однозначно определяла тактику ведения пациента, а именно регламентировала объемы оперативных пособий в каждом конкретном случае.

Нами сформулирована и предложена к использованию классификация местнораспространенного колоректального рака. В отличие от классификаций, предложенных ранее, в основу предлагаемой классификации нами положен не объем опухолевого поражения, а объем оперативного пособия, необходимого для проведения наиболее полной циторедукции.

Классификация местнораспространенного колоректального рака:

1. Местное распространение опухоли не требует расширения объема, т.е. выполняется объем как при стандартной операции при локализованном

колоректальном раке (рис. 4, 5). Риск анестезиологического и хирургического пособий – 4-6 балла, соответствует III степени.

К данной группе относятся опухоли толстой кишки с инвазией в мезоректум или параколон, также опухоли, пенетрирующие в париетальную брюшину, забрюшинную клетчатку вдали от анатомически важных структур (мочеточник, магистральные сосуды). На первый взгляд кажется, что данная группа, хотя и отнесена нами к местнораспространенным опухолям толстой кишки, не является ею в полном смысле этого слова и не представляет клинического интереса для изучения. Однако следует понимать, что выход опухоли за пределы анатомической зоны ведет к опухолевой дессиминации, что требует проведения мероприятий по повышению абластичности проведения хирургического пособия. Таким образом, даже при условии минимального местного распространения опухоли за пределы анатомической зоны требуется либо расширение оперативного пособия, либо проведение дополнительной циторедукции. Данное утверждение согласуется с сегодняшними стандартами ESMO, исходя из положений которых при колоректальном раке стадии T4N+/-M0 рекомендуется послеоперационное проведение химиотерапии либо лучевой терапии [5,6].



Рис. 4. Послеоперационный макропрепарат. Прямая кишка, totally поражённая опухолью, мезоректум выполнен опухолевой тканью

В данном случае представлен минимальный случай распространения опухоли прямой кишки по классификации автора. Опухоль пенетрировала в мезоректум, totally поражая его, и хотя ни каких важных анатомических структур не поражалось, при мобилизации опухоли отмечены объективные трудности ввиду огромных размеров опухоли. Однако свободные для превентивного лигирования центральные сосуды практически нивелировали анестезиологический и хирургический риски.



Рис. 5. Послеоперационный макропрепарат. Прямая кишка, просвет вскрыт. Прямая кишка totally поражённая опухолью, некроз опухоли

2. Местное распространение опухоли, требующее расширения объема до органосохранных резекций смежных органов, хирургическое пособие в данном случае удлиняется по времени, но без высокого риска острых массивных кровотечений. Риск анестезиологического и хирургического пособий 4-7 балла, соответствует III-IV степени.



Рис. 6. Послеоперационный макропрепарат. Рак сигмовидной кишки, пенетрация в петлю подвздошной кишки и в переднюю брюшную стенку



Рис. 7. Послеоперационный макропрепарат. Рак сигмовидной кишки, пенетрация в петлю подвздошной кишки. Просвет кишки вскрыт, истинная пенетрация с образованием свища



Рис. 8. Послеоперационный макропрепарат. Саркома малого таза. Прямая кишка, мезоректум, матка, шейка матки тотально поражены опухолью, некроз опухоли

3. Местное распространение опухоли, требующее расширения объема до органосохраняющих (либо до массивных органосохраняющих) резекций смежных органов, хирургическое пособие в данном случае значительно удлиняется по времени, риск острых массивных кровотечений средний (рис. 8-11). Риск анестезиологического и хирургического пособий 5,5-7 баллов, соответствует IV степени.



Рис. 9. Послеоперационный макропрепарат. Рак селезеночного изгиба ободочной кишки с пенетрацией в хвост поджелудочной железы и селезенку



Рис. 10. Послеоперационный макропрепарат. Рак селезеночного изгиба ободочной кишки с пенетрацией в хвост поджелудочной железы и селезенку. Вскрыт просвет кишки, визуализируется циркулярная язвенная опухоль

4. Местное распространение опухоли, требующее резекций и реконструкций магистральных сосудов, хирургическое пособие в данном случае значительно удлиняется по времени, риск острых массивных кровотечений высокий. Риск анестезиологического и хирургического пособий – 6-9 баллов, соответствует IV-V степени.

5. Опухоль пенетрирует в кости скелета. Данная группа опухолей отнесена нами к истинно нерезектабельным. Естественно, к данной группе мы не относим случаи пенетрации опухоли в копчик или ребро, а только в позвоночный столб, либо в его собственную фасцию.



Рис. 11. Послеоперационный макропрепарат. Рак селезеночного изгиба ободочной кишки с пенетрацией в хвост поджелудочной железы и селезенку. Прицельно показан участок пенетрации опухоли в селезенку



Рис. 12. Этап операции. Подвздошная лимфодиссекция, мочеточники взяты на лигатуры, лигирована левая внутренняя подвздошная вена



Рис. 13. Послеоперационный макропрепарат. Рак ректосигмоидного отдела, пенетрация в петлю сигмовидной кишки, в матку, придатки матки, мочевого пузыря (вид сверху)



Рис. 14. Послеоперационный макропрепарат. Рак ректосигмоидного отдела, пенетрация в петлю сигмовидной кишки, в матку, придатки матки, мочевого пузыря (вид снизу)

6. Комбинированные случаи опухолевой пенетрации. В данном случае рекомендуется, суммируя вторичное поражение, руководствоваться наивысшей степенью сложности хирургического пособия.

Заключение

Использование однозначной терминологии и классификации позволит планировать хирургическое лечение пациентов данной группы с учетом риска как анестезиологического пособия, так и операционной травмы. Как следствие можно ожидать улучшения непосредственных результатов лечения.

Список литературы

1. Ганцев Ш.Х., Хуснутдинов Ш.М., Парфенов А.Ю. Обоснование объема мультиорганных операций при колоректальном раке // Креативная хирургия и онкология. – 2011. – №1. – С. 4.
2. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2008 году. – М., 2010. – С. 90.
3. Ганцев Ш.Х., Аюпов Р.Т., Акмалов Ю.М. Нестандартные операции при раке толстой кишки // Медицинский Вестник Башкортостана, 2007. – №6 (приложение). – С. 43-45.
4. Ганцев Ш.Х. Новое к теории метастазирования рака и подходам к его лечению // Креативная хирургия и онкология. – 2010. – №4. – С. 5-11.
5. Корытов О.В. Основные прогностические факторы при местно-распространенном раке прямой кишки // Вестник хирургии им. Грекова. – 2008. – Т. 167. – № 3. – С. 46-48.
6. Одарюк Т.С., Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А. Хирургия рака прямой кишки. – М., 2005. – 158 с.