

В. И. Широкоград, И. И. Минаев, Д. И. Демин, В. Т. Долгих

МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА

Омская государственная медицинская академия МЗ РФ
Омский областной онкологический диспансер

Авторами разработана и внедрена новая технология реконструктивно-восстановительных операций при местно-распространенных опухолях органов малого таза с поражением дистальных отделов толстой кишки, мочевого пузыря и внутренних половых органов. Детально описан способ хирургического лечения больных местно-распространенными опухолями малого таза; даны практические рекомендации по методике хирургической реабилитации больных после комбинированных операций на органах малого таза, выполненных у 197 пациентов, которые способствовали полноценному возвращению в общество 43,6% от числа прооперированных.

Ключевые слова: опухоли органов малого таза, хирургическое лечение и реабилитация

Несмотря на высокую информативность и простоту диагностики опухолей органов малого таза, по-прежнему более 50% впервые выявленных больных обращаются в специализированные учреждения уже в III–IV стадиях заболевания [3]. Из-за распространения опухоли на соседние органы в 30–40% случаев процесс признается нерезектабельным. Между тем биологические особенности новообразований мочевого пузыря, гениталий и колоректального рака (преимущественно местно-деструктивный рост и относительно редкое метастазирование в отдаленные органы), а также достаточно частое возникновение рецидивов после органосохраняющих операций заставили пересмотреть тактику лечения этого контингента больных [1, 5, 11]. Вторично вовлеченные в опухолевый процесс органы не всегда требуют их удаления, что значительно улучшает прогноз и качество жизни. Установлено, что расстояние 2 см от края опухолевой инфильтрации является адекватной границей резекции пораженного вторичной опухолью органа [6, 7, 9, 10]. Отмечая важность иссечения всех инфильтрированных опухолью тканей, F.P. Gall [4] и J.A. Hunter [8] доказали, что при выполнении этого условия 5-летняя выживаемость составляет 48–64%, тогда как при оставлении резидуальной опухоли данный показатель не превышает 5–10%.

Комбинированные хирургические вмешательства позволяют добиться 5-летней выживаемости у 70% больных без метастазов и у 40% – с метастазами в лимфоузлы [2], но подобные операции приводят к потере трудоспособности и инвалидизации, обрекают больных на “носительство” кишечных и мочевых стом. Поэтому на данном этапе развития медицины актуальна проблема поиска методов реабилитации паци-

ентов после расширенных операций на органах малого таза. Ключевым звеном в ней является хирургическая реабилитация с разработкой адекватных методов реконструктивно-восстановительных вмешательств. Необходимость решения данной проблемы диктуется, во-первых, ростом числа больных с опухолями органов малого таза; во-вторых, стабильно высокими цифрами запущенности опухолевого процесса; в-третьих, тотальной инвалидизацией больных после комбинированных операций со стандартными (накожными) методами отведения мочи и кишечного содержимого; в-четвертых, отсутствием адекватных реконструктивно-восстановительных операций и, наконец, в-пятых, объемом и длительностью хирургического вмешательства, что является причиной большого количества послеоперационных осложнений и высокой летальности.

В этой связи представляется актуальным попытаться улучшить результаты реабилитации больных с местно-распространенными опухолями органов малого таза путем разработки и внедрения эффективной методики реконструктивно-восстановительных операций после комбинированных вмешательств с удалением мочевого пузыря и резекцией нижних отделов толстой кишки.

Методика. В отделениях урологии и абдоминальной хирургии Омского областного онкологического диспансера за период с 1994 по 2001 гг. было выполнено 2149 операций по поводу злокачественных новообразований органов малого таза с поражением мочевого пузыря и нижних отделов толстой кишки, из них: 1240 хирургических вмешательств по поводу рака прямой кишки, анального канала, ректосигмоидного отдела толстой кишки и сигмовидной кишки;

Таблица 2

Морфологическая верификация первичного опухолевого процесса

Вид раковой опухоли	Низкодифференцированный	Умереннодифференцированный	Высокодифференцированный	Переходно-клеточный
Переходно-клеточный	15 (68,2%)	109 (90,1%)	22 (91,7%)	32 (84,2%)
С плоскоклеточной метаплазией	2 (9,1%)	6 (5,0%)		2 (5,3%)
С инвагинацией в мышечный слой	4 (18,2%)	4 (3,3%)	2 (8,3%)	2 (5,3%)
С прорастанием всех слоев	1 (5,5%)	2 (1,6%)		
С лучевым патоморфозом				2 (5,3%)
Итого	22 (100%)	121 (100%)	24 (100%)	38 (100%)

712 операций по поводу рака мочевого пузыря и 197 комбинированных операций на органах малого таза, в том числе у 38 человек – по поводу метастазов первичной опухоли в другие органы малого таза, а у 159 больных – по поводу местного распространения опухоли. Распределение больных по стадиям и локализации первичного опухолевого процесса отражает табл. 1. Истинное прорастание всех слоев стенки органа-первоисточника (прямая кишка, сигмовидная кишка, мочевой пузырь, внутренние половые органы) с вовлечением в опухолевый процесс (Т4) соседних органов и тканей, подтвержденное морфологически, имелось у 63 больных. У 83 пациентов гистологически выявлена воспалительная инфильтрация (Т3) соседних органов и тканей, хотя интраоперационно складывалось впечатление о прорастании. В 10 случаях опухолевый

процесс был осложнен наличием свищей или гнойных полостей в малом тазу.

У 7 человек в послеоперационном периоде морфологически были исключены злокачественные новообразования. Так, у одного из них был выявлен актиномикоз и осуществлены передняя резекция прямой кишки, ампутация матки, резекция $1/2$ мочеточника слева; у другого – фолликулярная киста яичника, серозная цистаденома и выполнены резекция мочевого пузыря, оментэктомия, овариэктомия; у третьего – гранулематозное воспаление и осуществлена резекция сигмовидной кишки с резекцией тонкой кишки; у четвертого – эндометриоз и выполнены передняя резекция прямой кишки, экстирпация матки с придатками; у пятого – киста урахуса, некротическое воспаление и были выполнены резекция мочевого пузыря, резекция тонкой кишки, уда-

Таблица 3

Виды выполненных комбинированных операций

Виды операций	БАР	БПЭ	ГКЭ	ПРПК	Гартмана	РС	Эм/п	Рм/п	Итого
Экстирпация матки с придатками	3	5	2	4	7	–	5	2	28
Ампутация матки	1	–	–	3	8	5	–	1	18
Резекция влагалища	1	11	–	–	2	–	2	–	16
Овари-(тубовари) эктомия	1	–	1	1	7	1	–	1	12
Резекция тонкой кишки	–	1	2	–	19	10	1	2	35
Аппендэктомия	2	–	–	1	4	–	–	–	7
Резекция мочевого пузыря	2	1	1	3	11	8	–	–	26
Резекция мочеточника	–	2	1	2	4	–	–	–	9
Резекция простаты	–	3	–	–	–	–	–	–	3
Резекция передней брюшной стенки	–	–	–	–	1	1	1	–	3
Резекция уретры	–	1	–	–	–	–	–	–	1
Экстирпация мочевого пузыря	–	–	–	12	5	–	–	–	17
Гемиколэктомия	1	–	–	1	–	–	–	–	2
Количество операций	11	24	7	27	68	25	9	6	177
Количество больных	11	20	5	24	54	23	7	6	150

Примечание. БАР – брюшно-анальная резекция прямой кишки, БПЭ – брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, ПРПК – передняя резекция прямой кишки, ГКЭ – гемиколэктомия, РС – резекция сигмовидной кишки, Эм/п – экстирпация мочевого пузыря, Рм/п – резекция мочевого пузыря.

ление кисты урахуса. У двух человек выявлялся воспалительный инфильтрат и были выполнены резекция сигмовидной кишки и ампутация матки.

Морфологически опухоли у больных, которым была выполнена экстирпация мочевого пузыря, были представлены в большинстве случаев (85%) переходно-клеточным раком различной степени зрелости. По степени зрелости, метаплазии и прорастания стенки мочевого пузыря опухолью пациенты распределились следующим образом (табл. 2). У 25 больных причиной удаления мочевого пузыря послужили местно-распространенные опухоли (аденокарциномы) нижних отделов толстой кишки и малого таза со вторичным вовлечением большей части мочевого пузыря в опухолевый процесс.

У пациентов, которым были выполнены комбинированные операции (мужчин – 60 (37,7%), женщин – 99 (62,3%)), средний возраст составил $58,15 \pm 3,6$ лет. Табл. 1 отражает количественное распределение больных с учетом локализации опухоли, которым были выполнены комбинированные операции. Данные об объеме сделанных операций на органах малого таза представлены в табл. 3. Видно, что максимальные объемы хирургических вмешательств были выполнены у 16 пациентов и представлены тотальной эвисцерацией органов малого таза (4 больных), а также наддиафрагмальной эвисцерацией органов малого таза (12 больных).

Наддиафрагмальная эвисцерация органов малого таза у мужчин включала “низкую” переднюю резекцию прямой кишки, цистпростат-везикулэктомию с обязательным выполнением

тазово-подвздошной лимфодиссекции, а у женщин – “низкую” переднюю резекцию прямой кишки, экстирпацию мочевого пузыря, экстирпацию матки с придатками с обязательным выполнением тазово-подвздошной лимфодиссекции. При оперативном лечении больных раком яичников всегда проводилась экстирпация большого сальника. Из 159 больных умерло четверо (2,5%). Причинами летальности послужили пресакральный абсцесс и апостематозный пиелонефрит (2 человека), несостоятельность межкишечного анастомоза (1 человек) и острая сердечно-сосудистая недостаточность (1 человек).

Комбинированные операции с экстирпацией мочевого пузыря явились самыми сложными из-за отсутствия адекватных реконструктивно-восстановительных методов операций, позволяющих осуществить полную медицинскую и социальную реабилитацию таких пациентов. В этой связи нами была разработана и внедрена новая технология реконструктивно-восстановительной операции (Патент РФ на изобретение № 2162660 “Способ хирургического лечения местно-распространенных опухолей малого таза”) при местно-распространенных опухолях органов малого таза с поражением дистальных отделов толстой кишки (без вовлечения анального канала и сфинктера), мочевого пузыря и внутренних половых органов. Удаление тазовых органов старались закончить наложением механического шва на культю прямой кишки с помощью аппарата УО-60, что облегчало работу в условиях ограниченного пространства малого таза, а также момент инвагинирования в последующем (рис.).

Восстановительный этап начинали с мобилизации илеоцекального угла, восходящей ободочной и поперечно-ободочной кишок. Большое внимание уделялось сохранению питающих трансплантат сосудов брыжейки. После пересечения подвздошной кишки в 30–35 см от илеоцекального угла и ободочной кишки в области печеночного угла восстанавливалась проходимость кишечника антирефлюксным илеотрансверзоанастомозом “конец в конец”, выполненным модифицированным самовворачивающимся, самоперитонизирующимся швом Блохина в модификации нашей клиники. Далее выполнялась типичная аппендэктомия с погружением культи отростка в купол слепой кишки кисетным и Z-образным швами. Производился поворот мобилизованного изолированного илеоцекального угла, восходящей ободочной кишки и печеночного угла вокруг питающих сосудов (а. ileocolica) в малый таз, где накладывался антирефлюксный асцендо-(трансверзо)-ректоанастомоз “конец в конец” модифицированным самовворачивающимся, самоперитонизирующимся швом Блохина в модификации клиники.

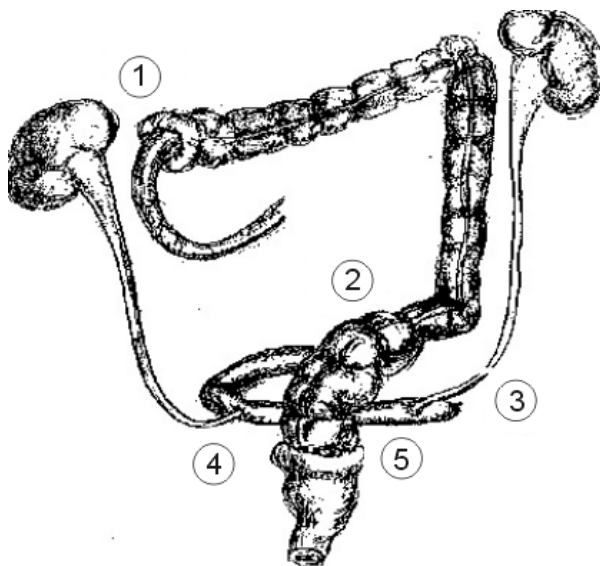


Рис. Конечный вид после комбинированной операции.

1 – Илеотрансверзоанастомоз, 2 – Дисцендоцекоанастомоз, 3 – Уретероилеоанастомоз справа, 4 – Уретероилеоанастомоз слева, 5 – Асцендоректоанастомоз

Этап восстановления пассажа мочи заключался в наложении уретероилеоанастомозов “конец в бок” на соответствующей мочеточнику стороне. Перед анастомозированием мочеточник интубировали соответствующей по диаметру дренажной трубкой, которую фиксировали кетгутowymi швами к стенке мочеточника и, проведя через культю подвздошной кишки, баугиневу заслонку и толстую кишку, выводили через анальное отверстие наружу. Пройодимость кишечника восстанавливали сигмоцекоанастомозом по типу “конец в бок” двухрядным швом.

Выполнено 12 комбинированных операций в объеме наддиафрагмальной эвисцерации таза. В раннем послеоперационном периоде умер один больной от разлитого перитонита, возникшего на фоне несостоятельности уретероилеоанастомозов (мочеточниково-кишечных анастомозов).

Результаты. Поскольку самыми сложными в плане реабилитации являются больные после удаления мочевого пузыря, то нами был проведен сравнительный анализ предлагаемого реконструктивно-восстановительного метода с традиционными методиками отведения мочи после экстирпации мочевого пузыря, примененными в урологической клинике. Показателями контроля качества отведения мочи являлись: 1) содержание остаточного азота в сыворотке крови; 2) результаты внутривенной урографии в отдаленном послеоперационном периоде; 3) результаты ренографии и манометрии при различных видах внутрикишечного отведения мочи; 4) качество удержания мочи после выполнения “кишечных пластик”; 5) качество медицинской, социальной и трудовой реабилитации.

Анализ вышеперечисленных показателей проводился в сроки через 3, 6 и 12 месяцев после операции и позволил нам установить следующее. На 3-м месяце после различных видов кишечной пластики вероятность возникновения признаков почечной недостаточности имела практически во всех группах пациентов, но особенно неблагоприятными по данному виду осложнений были пациенты после создания у них изолированного илеоцекального угла, ректального мочевого пузыря и изолированного илеоцекального угла с разворотом в малый таз. К исходу первого года вероятность наличия почечной недостаточности снижается более чем в 2–3 раза во всех группах больных. Вероятность возникновения нарушения оттока мочи из почек (по данным внутривенной урографии и ренографии) в первые 6 месяцев после операции имела практически во всех группах пациентов с внутрикишечными методами отведения мочи. По данным манометрии, создание кишечных резервуаров по типу отведения мочи в кишку на протяжении меняют адаптационную и рефлектор-

ную функции кишечных трансплантатов в первые 6 месяцев после операции в сторону их усиления, что требует назначения в послеоперационном периоде препаратов, нормализующих моторику кишечника. Главным преимуществом отведения мочи в кишку на протяжении в различных вариантах является сохранение запирающей функции прямой кишки при нормальных исходных ее показателях, которая не дает таких осложнений, как недержание мочи, и не требует в дальнейшем применения прокладок. По нашему мнению, самым простым и наименее качественным способом отведения мочи после комбинированных операций является уретерокутанеостомия: это наиболее адекватный способ отведения мочи у тяжелых пациентов, имеющих выраженную сопутствующую патологию, исходную почечную недостаточность и т. д.

Оптимальными способами отведения мочи после комбинированных операций с резекцией дистальных отделов толстой кишки и удалением мочевого пузыря являются предложенные нами способы создания изолированного илеоцекального угла с разворотом в малый таз и ректального мочевого пузыря с выведением колостомы, причем первый способ гораздо предпочтительнее в плане социальной реабилитации, так как избавляет пациента от “носительства” кишечной стомы.

Анатомо-физиологические преимущества предлагаемой методики:

1. При резекции нижних отделов толстой кишки, супрадиафрагмальной и тотальной эвисцерации органов малого таза обязательным условием с онкологических позиций является перевязка нижнебрыжеечной артерии у места ее отхождения от аорты. Положительным моментом предлагаемого способа является наличие богатого кровоснабжения сформированного трансплантата, что при использовании данной методики позволяет снизить частоту возникновения некрозов и несостоятельности низких ректоколо- и анально-толстокишечных анастомозов в сравнении с методом низведения левых отделов ободочной, при которых некрозы низводимых сегментов и связанные с этим осложнения, особенно у пожилых пациентов по причине недостаточного кровообращения, достигают 30%. Имеет значение и то, что радикальность вмешательства не будет ограничиваться соображениями жизнеспособности формируемого анастомоза по причине “натяжения сторон”, достаточного внутристеночного их кровоснабжения.

2. Существенным преимуществом способа является возможность избежать наложения концевой колостомы и выполнить низведение (имеется в виду трансплантата из правых отделов ободочной кишки) у тучных пациентов с короткой брыжейкой, а также в ситуациях со “скомпро-

ментированной” нисходящей ободочной и сигмовидной кишкой.

3. Анатомические особенности слепой кишки, связанные с ее размером и объемом, обеспечивают накопительную функцию, т.е. моделируют ампулу прямой кишки при её отсутствии после выполнения радикальных вмешательств.

4. Разработанный способ универсален и сочетается со всеми известными методиками формирования анастомозов на анальном и нижеампулярном отрезках прямой кишки: возможны формирование промежностной колостомы и использование существующих методов сфинктеропластики. Этот способ дает возможность избежать наложения колостомы там, где по традиционным показаниям формирование ее неизбежно (конституциональные особенности, невозможность низведения левых отделов по различным причинам: травмы, операции, патологические изменения кишки).

5. Сохраняется изоперистальтический пассаж мочи и кала по кишечнику.

6. Достигается профилактика стенозирования мочеточниково-кишечных анастомозов в отдаленном послеоперационном периоде, предотвращающая развитие гидронефроза, пиелонефрита и гибели почек.

7. Баугиновая заслонка служит надежным клапаном, предотвращающим рефлюкс содержимого кишечника в зону мочеточниково-кишечных анастомозов, профилактируя развитие рефлюкс-калового пиелонефрита, что обычно наблюдается при всех видах отведения мочи в кишку на протяжении.

8. Расположение культы подвздошной кишки по задней стенке брюшины уменьшает вероятность возникновения кишечной непроходимости.

9. Достигается высокая социальная реабилитация больного, поскольку отсутствуют мочевые и кишечная стомы на передней брюшной стенке, сохраняется накопительная функция прямой кишки и ритмичное опорожнение кишечника через 3–4 часа днем и 5–6 часов – ночью, становится возможным восстановление трудоспособности.

Заключение. Таким образом, результаты наших исследований свидетельствуют о том, что местно-распространенные опухоли органов малого таза в 50–55% случаев подлежат радикальному хирургическому лечению. Комбинированные операции показаны при истинном прорастании опухоли в соседние органы (Т4) и их воспалительной инфильтрации (Т3), причем орган, вторично вовлеченный в опухолевый процесс, может быть подвергнут резекции, а не удалению. Лишь у 39,2% пациентов имеется истинное прорастание опухоли в соседние органы, у 57,4% – воспалительная инфильтрация. В 4,4% случаев псевдоопухолевый конгломерат не связан с онкологической патологией. При комбинированных операциях с резекцией нижних отделов толстой кишки и удалением мочевого пузыря наиболее оптимальными методами реконструктивно-восстановительного этапа являются создание ректального мочевого пузыря с наложением концевой колостомы и изолированного илеоцекального угла с разворотом в малый таз. По-

Таблица 4

Реабилитация больных после удаления мочевого пузыря

Способ отведения мочи	Количество больных	Инвалидность (II группа)	Возврат к труду
Уретерокутанеостомия	96	96 (100%)	0%
Изолированный илеоцекальный угол	5	5 (100%)	0%
Ректальный мочевой пузырь	9	7 (77,8%)	2 (22,2%)
Уретеросигмоэктоанастомоз	27	22 (71,5%)	5 (18,5%)
Уретероилеосигмоанастомоз	11	9 (81,8%)	2 (18,2%)
Изолированный илеоцекальный угол с разворотом в малый таз	44	36 (81,8%)	8 (18,2%)
Операция Гоцадзе	3	3 (100%)	0%
Операция Бриккера	1	1 (100%)	0%
Уретеросигмоанастомоз или уретероректоанастомоз	2	2 (100%)	0%
Итого	198	183 (92,4%)	17 (7,4%)

Таблица 5

Отдаленные результаты лечения после комбинированных операций на органах малого таза

Сроки после операции	Количество больных	Послеоперационная летальность	Количество отслеженных	Выживаемость
5 лет и более	104	7 (6,7%)	97	24 (24,7%)
3 года и более	177	12 (6,6%)	165	61 (37,0%)
1 год и более	304	21 (6,9%)	283	227 (80,0%)
Менее 1 года	58	3 (5,2%)	55	55 (100%)

следний метод более физиологичен и наиболее полно решает проблему социальной реабилитации пациента в связи с отсутствием колостомы на передней брюшной стенке. Реабилитация больных, получивших радикальное функционально-щадящее лечение по поводу местно-распространенных опухолей органов малого таза, способствовала полноценному возвращению в общество 43,6% больных.

Реабилитация больных после комбинированных операций на органах малого таза включает в себя медицинскую (прежде всего, хирургическую), социальную и трудовую. Пациенты, у которых была выполнена обструктивная резекция толстой кишки, изначально получали II группу инвалидности, что не исключало в дальнейшем перевод их в трудоспособную категорию населения. Социальная реабилитация в этих случаях расценивалась как относительно удовлетворительная. Наибольшие сложности в плане реабилитации имели место у больных, перенесших комбинированные операции с удалением мочевого пузыря. Из 212 экстирпаций мочевого пузыря с отведением мочи в различных вариантах в раннем послеоперационном периоде умерло 14 пациентов (6,6%). Из 198 больных, выписанных из стационара после комбинированных хирургических вмешательств на органах малого таза, методы отведения мочи и результаты реабилитации были различны, что отражает табл. 4.

Нами были отслежены отдаленные результаты лечения исследуемой группы пациентов (табл. 5). Ранняя послеоперационная летальность у больных была обусловлена расширенными объемами операции; основными причинами смерти больных в отдаленном послеоперационном периоде были генерализация опухолевого процесса (97 человек), хроническая почечная недостаточность (77 человек), сопутствующая патология (59 человек).

В качестве *практических рекомендаций* следует акцентировать внимание специалистов на следующих аспектах:

1. Учитывая высокую инвалидизацию после комбинированных операций на органах малого таза, обусловленную в большинстве случаев наличием постоянных кишечных и мочевых стом, а также современный уровень развития анестезиологии и интенсивной терапии и техники хирургических вмешательств, следует особое внимание уделять методам одномоментной реконструктивно-восстановительной хирургии, которая во многом определяет качество жизни пациента.

2. Методами выбора реконструктивно-восстановительной хирургии после комбинированных операций с резекцией дистальных отделов толстой кишки и удалением мочевого пузыря следует считать создание, во-первых, ректально-

го мочевого пузыря с наложением концевой колостомы, во-вторых, изолированного илеоцекального угла с разворотом в малый таз в различных модификациях, что обеспечивает удовлетворительное качество жизни больного.

3. Для оценки эффективности различных методов надпузырного отведения мочи ведущими инструментальными методами исследования следует считать внутривенную урографию и манометрию созданного резервуара для мочи.

THE METHOD OF SURGICAL REHABILITATION AFTER COMBINED SMALL PELVIS ORGANS OPERATIONS

V.I. Shirokorad, I.I. Minaev, D.I. Demin, V.T. Dolgikh

The authors worked out and brought into practice a new technique of reconstructing recovering operations in tumors located in small pelvis organs with affection of distal regions of large intestine, urinary bladder and internal genital organs. The method of surgical treatment of patients with tumors located small pelvis organs is described in detail. Practical recommendations on surgical rehabilitation methods after combined small pelvis organs operations performed in 197 patients are given. In 43,6% et patients from the number of surgically treated fully recovery was registered.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондарь Г.В., Звездин В.П., Лазур А.И. Комбинированные операции при раке ободочной кишки // *Вопр. онкологии*. 1989. Т. 35. № 7. С. 866–869.
2. Кныш В.И. Рак ободочной и прямой кишки. М., 1997. 303 с.
3. Основные показатели состояния специализированной онкологической помощи населению России в 1998 году / Под ред. В.И. Чиссова. М., 1999. С. 56–101.
4. Gall F.P., Tonak J., Altendorf A., Kuruz U. Operations taktik und Ergebniss bei erweiterten Operationen colorectal Carcinome // *Langenbeek's Arch. Chir. Berlin*: Springer-Verlag, 1985. Bd. 366. S. 445–450.
5. Green P., Luesley D. Prospective randomized trials on cytoreduction in ovarian cancer // *Ann. Med.* 1995. Vol. 27. № 1. P. 101–105.
6. Hobarth K., Zechner O., Marberger et al. Colorectal cancer involving the urinary tract // *Eur. Urol.* 1992. Vol. 22. № 3. P. 213–217.
7. Hofmann R., Huber F., Hartung R. Interventions on the urogenital tract within the scope of oncologic surgery // *Chirurg.* 1993. Vol. 64. № 10. P. 763–768.
8. Hunter J.A., Ryan J.A., Schultz P. An bloc resection of colon cancer adherent to other organs // *Am. J. Surg.* 1987. Vol. 154. P. 167–171.
9. Lopez M.J., Kraybill W.G. Exentorative surgery for locally advanced rectosigmoid cancer: is it worthwhile? // *Surgery.* 1987. Vol. 102. P. 644–651.
10. Polk H.C. Extended resection for selected adenocarcinomas of the large bowel // *Ann. Surg.* 1972. Vol. 175. P. 892–899.
11. Tsukamoto N. Management of recurrent cervical cancer: Abstr. 32-nd Congr. Jap. Soc. Cancer Ther // *J. Urol.* 1995. Vol. 30. № 2. P. 38.