

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НА УРАЛЕ ДВУХЭТАПНОЙ МЕТОДИКИ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ (SPLIT IN SITU) ПРИ ОБШИРНОМ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ

Д.В. Чайченко¹, А.В. Важенин², А.В. Привалов², Е.А. Надвикова¹

ГБУЗ «Челябинский областной клинический онкологический диспансер»¹,
ГБОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия»²
454087, г. Челябинск, ул. Блюхера, 42, e-mail: denis76doc@yandex.ru¹

Представлен первый опыт использования на Урале методики двухэтапной резекции печени split in situ при лечении пациентов с обширным ее поражением. Данная методика позволяет проводить хирургическую процедуру при обширном опухолевом распространении, снижая риск развития послеоперационной печеночной недостаточности, которая является одним из основных лимитирующих факторов при выборе объема резекции печени.

Ключевые слова: резекция печени, послеоперационная печеночная недостаточность, лигирование воротной вены, объем поврежденной паренхимы печени, рассечение на месте.

FIRST EXPERIENCE OF USING TWO-STAGE RESECTION OF THE LIVER (SPLIT IN SITU) IN PATIENTS WITH EXTENSIVE METASTASIS IN THE URAL REGION

D.V. Chaichenko¹, A.V. Vazhenin², A.V. Privalov², E.A. Nadvikova¹

Chelyabinsk Regional Clinical Cancer Center¹,
Chelyabinsk State Medical Academy, Chelyabinsk²
42. Blyukhera Street, 454087-Chelyabinsk, Russia,
e-mail: denis76doc@yandex.ru¹

The first experience of using the technique of two-stage resection of the liver (split in situ) in patients with extensive metastasis has been presented. This technique allows the surgeon to perform operation in cases with extensive metastasis reducing the incidence of postoperative hepatic failure, which is one of the main limited factors when choosing the extent of the liver resection.

Key words: resection of the liver, postoperative hepatic failure, ligation of the portal vein, split in situ.

Колоректальный рак (КР) – одна из наиболее распространенных злокачественных опухолей. Ежегодно в мире регистрируется более 500 тыс. случаев колоректального рака. От 20 до 50 % больных КР при первичном обращении имеют метастазы в печень. Среди больных, подвергшихся потенциально радикальному лечению и не имеющих впоследствии местных рецидивов, почти у 55 % выявляются метастазы в печень [4]. Хирургическое лечение метастатических поражений печени позволяет добиться значительного увеличения продолжительности жизни больных с КР, повышая пятилетнюю выживаемость до 30–40 % [2–4]. У пациентов с множественными метастазами КР в печень, не подвергшихся специализированному лечению, по данным многих исследований, выживаемость составляет менее 1 года. Несмотря на серьезный прорыв в развитии хирургических технологий, доля пациентов с опухолями печени,

которым в связи с распространенностью процесса и/или низкими функциональными показателями оперируемого органа невозможно провести оперативное вмешательство, остается весьма значительной [1]. В настоящее время ведутся активный поиск и внедрение различных методик, позволяющих повысить число больных, которым возможно провести потенциально радикальное лечение [5, 6, 8].

Двухэтапная методика резекции печени split in situ, соединяющая в себе одновременное разделение паренхимы печени и перевязку правой ветви воротной вены на первом этапе, и удаление ранее мобилизованной части печени на втором этапе, описана группой аргентинских хирургов, как выгодная стратегия, которая приводит к быстрому и заметному увеличению остающегося «ремнанта», с предварительными многообещающими результатами [7, 9–11]. После утверждения методики

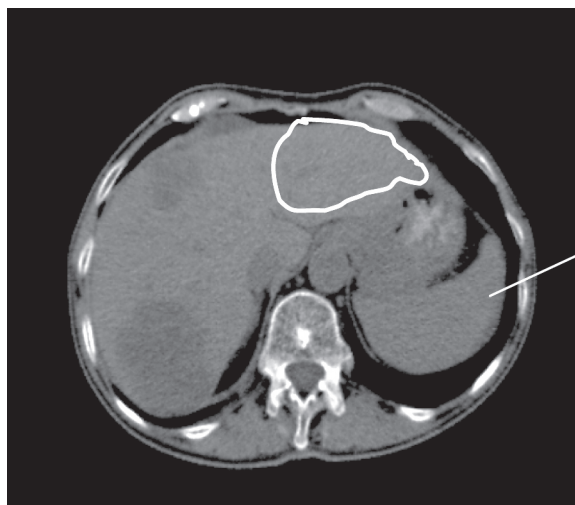


Рис. 1. КТ печени до операции: объем ремнанта 216 см³

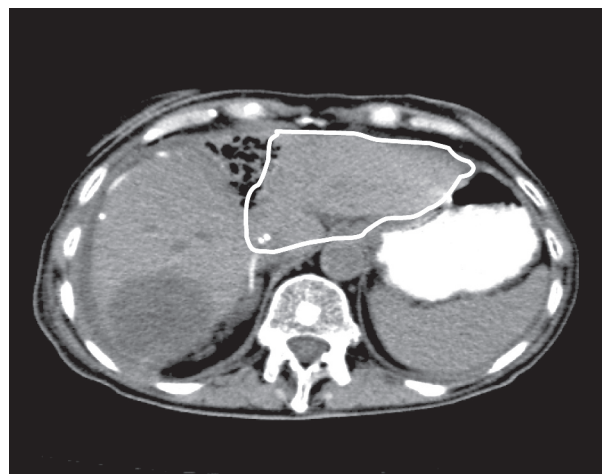


Рис. 2. КТ печени на 6-е сут после I этапа оперативного вмешательства: увеличение объема ремнанта на 105 %

на локальном этическом комитете Челябинского областного клинического онкологического диспансера (ЧОКОД) мы используем ее при хирургическом лечении больных с опухолевым поражением печени и печеночных протоков, одновременно продолжая изучение результатов и наблюдение за пролеченными больными. На сегодняшний день нам известно всего о трех случаях применения данной методики в РФ (операции выполнены 3 пациентам с гепатоцеллюлярным раком в условиях ФГБУ РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН) и около 20 случаев в мировой практике. Поэтому мы считаем актуальным представить наш первый опыт применения данной методики у пациента с обширным метастатическим поражением печени.

Пациентка С., 75 лет, № 12541/12 госпитализирована в отделение абдоминальной онкологии с диагнозом: Рак поперечной ободочной кишки IV стадия ($T_3N_0M_0$), метастазы в печени, билобарное поражение (VI, VII, IVa, IVb сегменты), в процессе комплексного лечения с июля 2012 г.

Из анамнеза: В июле 2012 г. больной в условиях ЧОКОД была выполнена паллиативная резекция поперечной ободочной кишки. Гистологическое заключение (№№ 20735–54): умереннодифференцированная аденокарцинома ободочной кишки. В 14 исследованных лимфатических узлах метастазов нет. По линии резекции опухолевого роста нет. В последующем проведено 3 цикла химиотерапии по схеме CapeOx и 2 цикла FOLFOX6 + бевацизумаб. При контрольных исследованиях на КТ брюшной

полости имеется обширное метастатическое поражение печени с переходом на левую долю.

Учитывая массивное поражение печени, малый объем остающейся неповрежденной паренхимы печени (около 17 %), возраст больной, проведенные пять курсов химиотерапии, принято решение провести хирургическое лечение в объеме расширенной правосторонней гепатэктомии «split in situ». Мы рассчитывали, что использование данной методики позволит расширить показания для проведения резекций печени пациентам, у которых ранее это было невозможно, а также значительно снизит риск развития послеоперационной печеночной недостаточности.

Основные этапы операции. Во время первого этапа проведена лимфаденэктомия гепатодуоденальной связки с выделением сосудистых структур, лигирование правой ветви воротной вены и произведена диссекция паренхимы печени по заранее намеченной линии резекции. Первый этап завершен контролем холе- и гемостаза, дренированием брюшной полости и укладкой пораженной доли печени в пластиковый пакет с наложенными турникетами на сосудах и воротных структурах.

В период между I и II этапами состояние больной оставалось удовлетворительным, признаков печеночной недостаточности не наблюдалось, все функциональные пробы печени были в пределах нормы. На 6-е сут после первого этапа мы выполнили КТ исследование, которое продемонстрировало

увеличение ремнанта с 216 мл до 443 мл, его объем увеличился на 105 % (рис. 1, 2). Кроме этого, во время КТ мы повторно убедились в отсутствии метастазов в ремнанте.

Во время II этапа, выполненного на 7-е сут, произведена непосредственно резекция пораженной паренхимы печени. Послеоперационный период протекал гладко. Пациентка выписана из отделения на 12-е сут после снятия швов.

Таким образом, получен обнадеживающий опыт, позволяющий в дальнейшем выполнять радикальное лечение достаточно большой группе пациентов, которым ранее хирургическое вмешательство выполнить было принципиально невозможно. Положительный клинический опыт применения методики ALPPS (Associating Liver Partition and Portal Vein Ligation for Staget Hepatectomy) позволяет судить о ее перспективности при лечении пациентов с обширным метастатическим поражением печени, что требует дальнейшего продолжения исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьев С.Г., Тузиков С.А. Нерезектабельные опухоли печени (обзор литературы) // Сибирский онкологический журнал. 2006. № 1 (17). С. 49–54.
2. Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Алентьев С.А. и др. Обширные резекции в лечении злокачественных новообразований печени // Современные технологии в медицине. 2010. № 1. С. 34–35.
3. Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Алентьев С.А. и др. Комбинированное лечение метастазов колоректального рака в печень // Науч. вестн. Ужгород. ун-та. Медицина. 2011. № 2 (41). С. 126–132.
4. Патютко Ю.И. Хирургическое лечение злокачественных опухолей печени. М.: Практическая медицина, 2005.
5. Agrawal S., Belghiti J. Oncologic resection for malignant tumors of the liver // Ann. Surg. 2011. Vol. 253. P. 656–665.
6. Adam R., Laurent A., Azoulay D. et al. Two-stage hepatectomy: a planned strategy to treat irresectable liver tumors // Ann. Surg. 2000. Vol. 232. P. 777–785.
7. Alvarez F.A., Iniesta J., Lastiri J. et al. New method of hepatic regeneration // Cir. Esp. 2011. Vol. 89. P. 645–649.
8. Baumgart J., Lang S., Lang H. A new method for induction of liver hypertrophy prior to right trisectionectomy: a report of three cases // HPB (Oxford). 2011. Vol. 13. Suppl. 2. P. 71–72.
9. de Santibañes E., Clavien P.A. Playing Play-Doh to Prevent Postoperative Liver Failure. The “ALPPS” approach // Ann. Surg. 2012. Vol. 255. P. 415–417.
10. de Santibañes E., Alvarez F.A., Ardiles V. How to avoid post-operative liver failure: a novel method // World J. Surg. 2012. Vol. 36. P. 125–128.
11. Schnitzbauer A.A., Lang S.A., Goessmann H. et al. Right portal vein ligation combined with in situ splitting induces rapid left lateral liver lobe hypertrophy enabling two-staged extended right hepatic resection in small-for-size settings // Ann. Surg. 2012. Vol. 255. P. 405–414.

Поступила 28.03.13