

УСПЕШНАЯ ОДНОМОМЕНТНАЯ РАСШИРЕННАЯ ПРАВОСТОРОННЯЯ ГЕМИГЕПАТЭКТОМИЯ С НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ

**Н.В. Мерзликин¹, И.В. Филатов², М.Е. Марьина³, В.Н. Пак³,
Н.А. Бражникова¹, И.Ю. Клиновицкий³, Л.Э. Ерендеева³, С.В. Шелепов¹,
Н.А. Курачева³**

*ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Томск¹
ОГУЗ «Томский областной онкологический диспансер», г. Томск²
МКЛПМУ «Городская больница № 3», г. Томск³
634034, г. Томск, ул. Нахимова, 3, e-mail: mss_tpu@mail.ru³*

Представлен случай успешного оперативного лечения рака прямой кишки с множественными метастазами в печень путем одномоментной расширенной гемигепатэктомии с резекцией прямой кишки. Для повышения абластичности операции использовалось криовоздействие по линии резекции печени.

Ключевые слова: метастатический колоректальный рак, хирургическое лечение, расширенная гемигепатэктомия, криохирургия.

SUCCESSFUL SINGLE-STAGE EXTENDED RIGHT-SIDED HEMIHEPATECTOMY WITH LOW ANTERIOR RESECTION OF THE RECTUM IN PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER WITH MULTIPLE LIVER METASTASES

*N.V. Merzlikin¹, I.V. Filatov², M.E. Marjina³, V.N. Pak³,
N.A. Brazhnikova¹, I.Yu. Klinovitsky³, L.E. Erendeeva³, S.V. Shelepov¹, N.A. Kuracheva³
Siberian State Medical University, Tomsk¹,
Tomsk Regional Cancer Center, Tomsk²,
Municipal Hospital № 3, Tomsk³
3, Nakhimova Street, 634034-Tomsk, Russia, e-mail: mss_tpu@mail.ru³*

A case of successful surgical treatment of rectal cancer with multiple liver metastases has been presented. Single-stage extended hemihepatectomy with resection of the rectum was performed. Resection margin cryosurgery was done to improve ablaticity.

Key words: metastatic colorectal cancer, surgical treatment, extended hemihepatectomy, cryosurgery.

Рак ободочной и прямой кишки занимает 3-е место в структуре онкологической заболеваемости в России. От 20 до 50 % больных с колоректальным раком (КРР) при первичном обращении имеют метастазы в печень. Однако активное хирургическое лечение метастатического поражения печени позволяет добиться 5-летней выживаемости у 27–47 % больных [1, 5, 10]. В настоящее время большинство исследователей, занимающихся этой проблемой, рекомендуют отдавать предпочтение одномоментным операциям на первичном очаге и на печени при первично-диссеминированном КРР [8, 9].

Объем резекции печени при метастазах КРР определяется размерами и локализацией метастатических очагов, наличием или отсутствием сосудистой инвазии. Краевая резекция или сегментэктомия показаны при поверхностно расположенных очагах, размерами не более 5 см, или при билатеральном поражении печени. В остальных случаях при резектабельных метастазах КРР показаны анатомические резекции (правосторонняя или левосторонняя гемигепатэктомия). Расширенная гемигепатэктомия, которая включает удаление 4 сегментов печени соответствующей доли с резекцией сегмента соседней доли, выполняется реже,

однако в последние годы показания к подобным операциям расширяются [4].

Для гарантии радикальности вмешательства на печени граница резекции должна отстоять от очага метастатического поражения не менее чем на 1 см. Кроме того, в этих целях применяются хирургические методики с использованием сверхнизких или сверхвысоких температур по линии резекции [2, 7]. Использование криоаппаратуры при операциях на печени, по данным Б.И. Альперовича, служит надежным способом предупреждения рецидивов [2]. Использование адъювантной химиотерапии позволяет улучшить результаты оперативного лечения колоректального рака с метастазами в печень [3, 6].

Представляем клиническое наблюдение успешного хирургического лечения рака прямой кишки с множественными метастазами в печень с одномоментным выполнением расширенной правосторонней гемигепатэктомии, криодеструкции печени по линии резекции и «низкой» передней резекции прямой кишки.

Больной И., 52 лет, поступил 16.04.11 в хирургическую клинику Сибирского государственного университета на базе МКЛПМУ «Городская больница № 3», г. Томска с жалобами на тупые боли в правом подреберье, неустойчивый стул с периодическими кишечными кровотечениями. Из анамнеза: вышеперечисленные жалобы отмечает в течение 6 мес. За месяц до госпитализации в поликлинике по месту жительства, при УЗИ брюшной полости выявлены очаговые образования в правой доле печени, при КФС: в среднеампулярном отделе прямой кишки, на 8 см выше ануса имеется объемное образование протяженностью до 5 см, которое на 2/3 перекрывает просвет кишки, результат биопсии: умереннодифференцированная аденокарцинома. Больной направлен на оперативное лечение.

Объективно при поступлении: общее состояние удовлетворительное, температура тела – 36,6°C, живот обычной формы, при пальпации печень не выступает из-под края реберной дуги, размеры по Курлову 10×8×7 см, опухолевидные образования в брюшной полости не определяются. Со стороны других органов и систем без особенностей.

В лабораторных анализах отмечено повышение СОЭ до 29 мм/ч, СРБ – +++.

При УЗИ брюшной полости, в условиях стационара: печень не выступает из-под края реберной

дуги справа, передне-задние размеры долей крупные, толщина правой доли: 142 мм, верхненижний размер левой доли: 65 мм, толщина левой доли: 91 мм, передне-диафрагмальная поверхность правой доли печени крупноволнистая, структура паренхимы неоднородная, незначительно повышенной эхогенности, в S_5 с выходом на передне-диафрагмальную поверхность печени определяется неоднородное очаговое образование 63×35 мм, с гипоехогенным ободком по периферии, над ним на границе S_{5-8} подобное образование 21×27 мм, в S_6 на границе с S_{5-7} – до 64–70 мм. Воротная вена, внутрипеченочные желчные протоки, холедох не расширены. Регионарные печеночные лимфоузлы не увеличены. В желчном пузыре – 2 конкремента. Поджелудочная железа не увеличена. Асцита нет. Заключение: метастатические изменения печени. Признаки хронического калькулезного холецистита.

После обследования установлен следующий диагноз: умереннодифференцированная аденокарцинома среднеампулярного отдела прямой кишки, с метастазами в печень IV ст. Соп. заболевание: желчнокаменная болезнь: хронический холецистит, в стадии ремиссии.

После предоперационной подготовки 20.04.11 выполнена операция в объеме расширенной правосторонней гемигепатэктомии, криодеструкции печени, холецистэктомии, «низкой» передней резекции прямой кишки. Ход операции: фигурным доступом Мерзликина–Парамоновой в эпигастрии вскрыта брюшная полость. При ревизии в печени метастатические очаги в S_5 – диаметром 7 см, в S_6 – 5 см, в S_8 – 3 см, на границе S_5 и S_8 – 2 см, метастатических лимфоузлов нет. Выполнена мобилизация печени, холецистэктомия от шейки. После перевязки правой сосудистой ножки по Э.И. Гальперину и правой печёочной вены выполнена расширенная правосторонняя гемигепатэктомия с резекцией S_4 по методике Б.И. Альперовича (с наложением блоковидных швов по линии резекции). Криодеструкция печени произведена по линии резекции из 4 точек. Установлены две дренажные трубки в поддиафрагмальное пространство и к культе печени. Наложены послонные швы на рану.

После изменения положения больного на операционном столе начат второй этап операции, доступ – нижне-срединная лапаротомия. При ревизии в среднеампулярном отделе прямой кишки

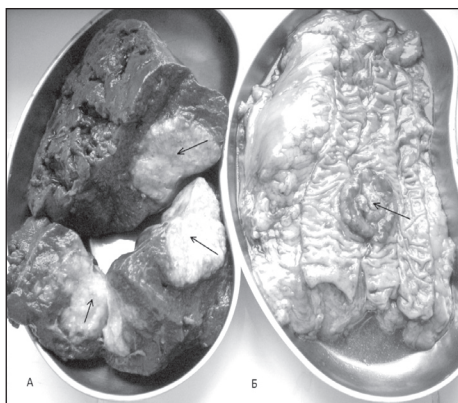


Рис. 1. Макропрепарат. А – резецированная правая доля печени с 4-м сегментом; Б – резецированная прямая кишка (стрелками указаны метастазы в печени и опухоль прямой кишки)

на границе с диафрагмой таза – опухоль размером около 5 см. Мобилизована дистальная часть сигмовидной кишки с соответствующим участком брыжейки. Рассечена париетальная и тазовая брюшина, мобилизована прямая кишка (до 5 см дистальнее опухоли) с лимфодиссекцией тазовой клетчатки. Сигмовидная кишка пересечена между аппаратными швами. Выполнена резекция сигмовидной и прямой кишки (на дистальную культю наложен аппаратный шов). При помощи циркулярного шивающего аппарата (фирма «Autosuture») сформирован сигмо-ректоанастомоз. Параректальная клетчатка дренирована через промежность. Восстановлена целостность тазовой брюшины и париетальной брюшины по левому боковому каналу, малый таз дренирован через контрапертуру в левой подвздошной области. Послойные швы на рану. Макропрепарат: резецированные правая доля печени и четвертый сегмент левой доли с метастазами, общей массой 980 г (рис. 1а). Резецированный сегмент сигмовидной и прямой кишки длиной 16 см с язвенно-подобной опухолью в среднеампулярном отделе прямой кишки до 4,5 см в диаметре (рис. 1б).

Гистологическое заключение по операционному материалу: умереннодифференцированная аденокарцинома прямой кишки с прорастанием всех слоев кишки, в краях резекции и параректальных лимфатических узлах опухолевые клетки не обнаружены; множественные метастазы в печень аденокарциномы прямой кишки с некрозами и воспалением.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренажи удалены на 10–14-е сут,

раны зажили первичным натяжением, кожные швы сняты на 10–12-е сутки. К выписке состояние больного удовлетворительное, в лабораторных анализах крови отмечено незначительное повышение трансаминаз: АЛТ – 105 Е/л (норма – до 40,0 Е/л); АСТ – 84 Е/л (норма – до 40,0 Е/л), остальные показатели в пределах нормы. При контрольном УЗИ органов брюшной полости (на 20-е сут после операции): печень представлена левой долей (S_{1-3}), правая доля резецирована, структура оставшейся доли однородная, средней эхогенности, внутривенные желчные протоки не расширены, воротная вена 13 мм, по месту резекции скопления жидкости не определяются; селезенка, поджелудочная железа не увеличены, в брюшной полости жидкости нет.

Больной выписан из стационара на 22-е сут после операции. Рекомендована адъювантная химиотерапия в условиях ООД по месту жительства. При контрольном обследовании через 3 мес после оперативного лечения. Состояние удовлетворительное, лабораторные показатели в пределах нормы. При УЗИ брюшной полости признаков прогрессирования заболевания не выявлено.

Таким образом, применение одномоментных операций на первичном очаге и метастатически пораженной печени при диссеминированном КРР позволяет выполнить хирургический этап лечения в более короткие сроки и раньше начать адъювантную химиотерапию. При печеночных метастазах колоректального рака оправдано выполнение расширенных резекций печени. Использование криовоздействия по линии резекции печени повышает абластичность операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров В.Б., Сухов Б.С., Александров К.Р. и др. Хирургическое лечение метастазов колоректального рака // Материалы V ежегодной Российской онкологической конференции. М., 2001. С. 110–111.
2. Альперович Б.И. Хирургия печени. М.: ГЭОТАР- Медиа, 2010. 352 с.
3. Бутенко А.В., Разбирин В.Н. Рак прямой кишки. Современные направления и тенденции в лечении (обзор литературы) // Сибирский онкологический журнал. 2011. № 6 (48). С. 83–89.
4. Вишневский В.А., Кубышкин В.А., Чжао А.В., Икрамов Р.З. Операции на печени: Руководство для хирургов. М.: МИКЛОШ, 2003. 159 с.
5. Гальперин Э.И., Игнатюк В.Г. Методика резекции печени «ad massam» при ее злокачественном поражении // Анналы хирургической гепатологии. 2010. Т. 15, № 2. С. 18–23.
6. Патютко Ю.И., Поляков А.Н., Сагайдак И.В., Котельников А.Г. Комбинированное лечение больных колоректальным раком с метастатическим поражением печени // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2008. № 7. С. 20–23.

7. Патютко Ю.И., Сагайдак И.В., Поляков А.Н. и др. Резекция печени: современные технологии при опухолевом поражении // *Анналы хирургической гепатологии*. 2010. № 2. С. 9–17.

8. Тарасов В.А., Побегалов Е.С., Виноградова М.В. и др. Хирургическое лечение больных метастатическим колоректальным раком // *Практическая онкология*. 2005. Т. 6, № 2. С. 92–102.

9. Hubert C., Gigot J.F. Surgical management of colorectal liver metastases // *Bull. Cancer*. 2008. Vol. 95 (3). P. 365–368.

10. Leong S., Coffey J.C., Hill A.D. Hepatic resection for colorectal metastases. Value for risk scoring systems // *Ann. Surg.* 2007. Vol. 246 (2). P. 183–191.

Поступила 15.09.11