

УДК 616-089.151

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА
ПРЯМОЙ КИШКИ С МЕТАСТАЗОМ
В ЛЕВУЮ ДОЛЮ ПЕЧЕНИ**

Сахно Владимир Дмитриевич – д.м.н., профессор
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Гедзюн Роман Валентинович – к.м.н.
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Беденко Владимир Евгеньевич
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

В статье приведено описание успешного одномоментного радикального хирургического лечения рака прямой кишки с синхронным метастазом в левую долю печени.

Ключевые слова: РАК ПРЯМОЙ КИШКИ,
МЕТАСТАЗ В ПЕЧЕНЬ, РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ,
ПЕРЕДНЯЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ

UDC 616-089.151

**A CLINICAL CASE OF SURGICAL TREATMENT
OF RECTAL CANCER WITH METASTASIS TO
THE LEFT LOBE OF THE LIVER**

Sakhno Vladimir Dmitrievich – MD, professor
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia*

Gedziun Roman Valentinovich – MD
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia*

Bedenko Vladimir Evhen'evich
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia*

The article presents the case of successful single-stage radical surgery of rectal cancer with synchronous metastasis to the left hepatic lobe.

Key words: RECTAL CANCER, METASTASIS T
O THE LIVER, HEPATIC RESECTION, ANTERIOR
RESECTION OF RECTUM

В настоящее время в мире накоплен значительный опыт хирургического лечения метастатического рака печени, и положительные результаты отмечены при лечении метастатических поражений рака толстой кишки. Наиболее распространенная форма злокачественных заболеваний достигает IV стадии в 70 % случаев, при этом поражение печени метастазами выявляется у 25 % больных [1].

Первые клинические классификации метастазов в печени были предложены Pettavel (1978), Taylor (1981) и Gennari (1982, 1985) [2].

Стадии метастатического поражения печени:

– I стадия – единичный метастаз, занимающий не более 25 % объема печени;

– II стадия – множественные и билобарные метастазы объемом не более 25 %, а также единичный метастаз объемом от 25 до 50 %;

– III стадия – множественные и билобарные метастазы объемом 25–50 %, а также метастазы общим объемом более 50 % [3].

Современное лечение колоректального рака с метастазами в печень представляет собой многофакторную задачу, одним из компонентов которой является хирургическое вмешательство. При достижении степени радикальности R0 резекция печени у 35–60 % больных увеличивает продолжительность жизни на пять лет и у 28 % – на 10 лет [4]. Паллиативные резекции со степенью радикальности менее чем R0 нецелесообразны.

Объем резекции печени зависит от степени вовлеченности ее в опухолевой процесс. Краевую резекцию печени обычно выполняют в случае поверхностно расположенных метастазов размерами не более 5 см или при наличии дополнительного одиночного метастаза в остающейся доле печени (билатеральные метастазы). При глубоко расположенных метастазах размерами более 5 см рекомендовано проведение больших резекций печени.

Радикальными считают те операции на печени, при которых резекция выполняется на расстоянии не менее 1 см от опухоли.

В настоящее время одномоментные операции по удалению первичной опухоли кишечника в сочетании с резекцией печени, несущей метастазы, делают редко. Такой подход обусловлен большим объемом оперативных вмешательств, их сложностью и травматичностью. Разноплановые оперативные вмешательства требуют различных операционных доступов и могут быть выполнены только в специализированных отделениях, особенно это касается операций на печени. В настоящее время продолжаются споры относительно очередности операций при одномоментных вмешательствах. Первоочередность вмешательства на печени обусловлена ее асептичностью, т. к. при операции на толстой кишке неизбежна контаминация брюшной полости. По онкологическим соображениям сначала должна быть удалена первичная опухоль, а затем – метастаз. Однако удаление первым этапом первичной опухоли не обеспечивает преимущества в отдаленных результатах по сравнению с обратным порядком выполнения операции [5]. Послеоперационная летальность колеблется от 4 до 7 %.

Мы располагаем опытом одномоментного оперативного лечения больной раком прямой кишки с метастазом в левой доле печени.

Пациентка Г., 66 лет, болеет в течение трех недель. Заболевание началось с болей в правом подреберье. Лечилась амбулаторно, затем из-за отсутствия положительного эффекта обратилась в ГБУЗ «Республиканский онкологический диспансер» МЗ РСО Алания. В ходе обследования у пациентки был выявлен метастаз в левую долю печени из неустановленного источника. Она поступила в хирургическое отделение № 1 ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» 08.12.2016.

По результатам УЗИ органов брюшной полости, выполненном 09.12.2016, в левой доле определяется образование сниженной эхогенности, неоднородной эхоструктуры, с неровными нечеткими контурами, размерами 93 × 61 × 84 мм.

09.12.2016 была произведена диагностическая фиброколоноскопия. Колоноскоп проведен в купол слепой кишки. Баугиниева заслонка губовидной формы сомкнута. Тонус толстой кишки не изменен, физиологические сфинктеры хорошо выражены. В просвете толстой кишки наблюдалось умеренное количество размытого кишечного содержимого. Складки слизистой средней высоты, по форме изменяются соответственно отделам и расправляются воздухом. Слизистая оболочка розовая, блестящая, подслизистый сосудистый рисунок смазан. Сигмовидная кишка петлистая, подвижная. От уровня верхнеампулярного отдела прямой кишки (10 см от наружного края заднего прохода) просвет толстой кишки на 2/3 сужен бугристой ранимой опухолью протяженностью до 8 см, назначена биопсия. Заключение: VI. толстой кишки.

Методом пульсогемодиакции (ПГИ) была выявлена высокодифференцированная аденокарцинома толстой кишки.

09.12.2016 пациентке была выполнена эзофагогастродуоденоскопия.

Заключение: гастрит с очаговой атрофией слизистой; недостаточность кардии.

Результаты компьютерной томографии органов грудной клетки и брюшной полости от 10.12.2016: правая доля печени без особенностей, плотностные характеристики умеренно диффузно снижены; левая доля увеличена, бугристая, основная структура представлена гиподенсивными в нативе патологическими массами с мелкими фокусами нерезкого повышения плотности, на постконтрастных сканах с неоднородным умеренным

контрастированием, примерными размерами 78 × 85 × 96 мм. Внутри- и внепечёночные желчные протоки имеют обычный ход, не расширены, содержимое без особенностей. Гаустрация толстой кишки сохранена. Просвет ректосигмоидного отдела на протяжении около 58 мм сужен до 4 мм минимально до средне-, верхнеампулярного отдела, стенки неравномерно утолщены – до 16 мм, определяется тяжистость прилежащей клетчатки.

Лабораторно: лейкоциты – 4,9 г/л; эритроциты – 4,7 т/л; гемоглобин – 136 г/л; общий билирубин – 10,3 мкмоль/л; прямой билирубин – 3,4 мкмоль/л; АЛТ – 12,4 ед/л; АСТ – 19,6 ед/л; глюкоза – 5,23 ммоль/л; амилаза – 57 ед/л; креатинин – 78 мкмоль/л; мочевины – 7,6 ммоль/л.

После предоперационного обследования 13.12.2016 выполнены передняя резекция прямой кишки с ушиванием культи прямой кишки и выведением сигмостомы и левосторонняя гемигепатэктомия. Доступ – срединная лапаротомия от мечевидного отростка до лобка. Длительность операции – 5 ч.

Операция проведена последовательно двумя бригадами хирургов – проктологами и гепатологами.

ПГИ: 1. Резецированная левая доля печени: метастаз аденокарциномы толстой кишки с некрозом опухоли, в крае резекции опухолевого роста нет.

2. Хронический некалькулезный холецистит вне обострения.

3. Умеренно дифференцированная аденокарцинома толстой кишки с центральными камедо-некрозами, с инвазией всех слоев стенки и врастанием в клетчатку, с метастазами в один из трех лимфоузлов. В краях резекции опухолевого роста нет.

Заключительный клинический диагноз: с-г прямой кишки рТ4N1M1 (her), IVст., после хирургического лечения, II кл. гр. Послеоперационный период протекал гладко, пациентка выписана на 10-е сутки в

удовлетворительном состоянии для прохождения послеоперационной химиотерапии в онкологическом диспансере по месту жительства.

Выводы

1. Тотальная срединная лапаротомия создает адекватный доступ как к верхнему, так и к нижнему этажу брюшной полости.
2. Выполнение операции двумя специализированными бригадами хирургов позволило максимально сократить время ее проведения.
3. Одномоментные операции на кишечнике и печени возможны в стационарах, имеющих соответствующие специализированные отделения для формирования двух бригад хирургов, что отвечает современному мультидисциплинарному подходу в лечении рака прямой кишки с синхронным метастазом в левую долю печени.

Список литературы

1. *Скипенко О. Г.* Хирургическое лечение метастазов колоректального рака в печени / О. Г. Скипенко, Л. О. Полищук // Хирургия. – 2005. – № 5. – С. 15–22.
2. *Одарюк Т. С.* Лечение больных с метастазами колоректального рака в печень / Т. С. Одарюк, В. Н. Кашников, Е. Г. Рыбаков и др. // Колопроктология. – 2007. – № 2. – С. 31–40
3. *Вишневский В. А.* Хирургическое лечение метастазов колоректального рака в печень / В. А. Вишневский, В. А. Кубышкин, Т. С. Одарюк и др. // Анналы хирургической гепатологии. – 1998. – Т. 3, № 1. – С. 13–18.
4. *Weber S. M., Jarnagin W. R., DeMatteo R. P. et al.* Survival After Resection of Multiple Hepatic Colorectal Metastases // Annals of Surgical Oncology. – 2000. – Vol. 7. – № 9. – P. 643–650.
5. *Мурзалиев Э. М.* Хирургическое лечение метастазов колоректального рака в печень / Э. М. Мурзалиев, Н. Дж. Мамашев, Б. Х. Бебезов // Вестник КРСУ. – 2015. – Т. 15, № 4.