



Симультанная лапароскопическая резекция печени по поводу синхронных метастазов колоректального рака

¹ Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, Москва

² Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, факультет фундаментальной медицины

³ Московский государственный медико-стоматологический университет А.И. Евдокимова, кафедра факультетской хирургии № 2 лечебного факультета

Р.Е. Израйлов¹, Р.Б. Алиханов², С.А. Домрачев³

Адрес для переписки: Роман Евгеньевич Израйлов, izrailev@mail.ru

Сегодня появляется все больше публикаций, подтверждающих целесообразность симультанной резекции печени и толстой кишки по поводу синхронных колоректальных метастазов. В своих работах авторы подчеркивают, что такой подход позволяет уменьшить число послеоперационных осложнений. В статье представлен клинический случай: 72-летней больной была выполнена симультанная правосторонняя гемиколэктомия с левосторонней гемигепатэктомией полностью лапароскопическим методом по поводу рака восходящего отдела ободочной кишки с множественным метастазированием в левую долю печени.

Ключевые слова: лапароскопическая резекция, резекция печени, гемигепатэктомия, симультанные операции, метастазирование, диссеминированный колоректальный рак

Введение

По данным литературы, в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями рак ободочной кишки занимает четвертое место в мире. Более чем у одной трети пациентов диагностируют метастазы в печени, которые в 15–25% случаев на начальном этапе обследования выявляются одновременно с первичной опухолью [1]. Лишь у трети из них

возможно хирургическое лечение, успех которого при условии резекции R0 позволяет рассчитывать на 5-летнюю выживаемость в 25–58% случаев [2, 3, 4, 5].

В последнее время в литературе все чаще появляются сообщения о целесообразности использования симультанного подхода в хирургическом лечении данной категории больных. Показано, что комбинированное вмешатель-

ство по сравнению с двухэтапным хирургическим лечением позволяет сократить срок пребывания больных в стационаре и уменьшить число послеоперационных осложнений [6]. Однако отношение к операциям такого объема достаточно противоречивое, особенно если они полностью выполняются эндовидеохирургическим способом.

Представляем наш первый опыт выполнения полностью эндовидеохирургическим способом симультанной правосторонней гемиколэктомии с левосторонней гемигепатэктомией у пациентки с диссеминированным колоректальным раком.

Клиническое наблюдение

72-летняя больная в плановом порядке поступила в клинику для оперативного лечения по поводу рака восходящего отдела ободочной кишки с множественным метастазированием в левую долю печени.

Жалобы при поступлении на умеренные боли в мезогастрии справа, слабость, недомогание, потеря веса на 8 кг за последние 4 месяца. При колоноскопии в правой по-



ловине ободочной кишки обнаружена циркулярно суживающая ее просвет опухоль. По данным гистологического исследования взятого материала – высокодифференцированная аденокарцинома. По данным компьютерной томографии с внутривенным болюсным контрастированием – во 2–4-м сегментах печени очаги метастазирования диаметром до 4,1 см (рис. 1).

Операция выполнялась под эндотрахеальным наркозом. Положение пациентки – на спине с разведенными нижними конечностями.

Первоначально в типичных точках установлено пять 10-миллиметровых троакаров для осуществления доступа к правой половине ободочной кишки.

Локализация первичной опухоли и очагов метастазирования в печени подтверждена лапароскопически. Данные совпали с предоперационными результатами обследования.

Кишечный этап

Подвздошно-ободочная артерия выделена сразу у места ее отхождения от верхней брыжеечной артерии, клипирована с двух сторон и пересечена. Визуализирована двенадцатиперстная кишка. Клипированы и пересечены восходящие сосуды ободочной кишки. Брыжейка правой половины ободочной кишки и 10 см терминального отдела подвздошной кишки обработаны с помощью аппаратов ультразвуковой диссекции «Гармоник», биполярной коагуляции Liga Sure и монополярной коагуляции. Подвздошная кишка пересечена линейным сшивающим степлером Endo GIA 45 (синяя кассета) на расстоянии 15 см от илеоцекального угла. Правая половина ободочной кишки окончательно мобилизована до ее средней трети и пересечена аппаратом Endo GIA 60 (синяя кассета). Через расширенный до 4 см вверх умбиликальный доступ извлечен резецированный комплекс.

Сформирован двухрядный экстракорпоральный илеотрансверзоанастомоз бок в бок непрерыв-

ным швом (материал – викрил 3/0). Кишка погружена в брюшную полость, после чего рана ушита с фиксацией в ней 12-миллиметрового троакара. Продолжительность этапа – 180 минут, кровопотеря минимальная.

Печеночный этап

Оперирующий хирург располагался между ног больного, ассистенты по бокам от пациента. Дополнительно установлено два 10-миллиметровых троакара (рис. 2).

Препарирована гепатодуоденальная связка. Раздельно выделены, клипированы и пересечены пузырный проток и артерия. Типичная холецистэктомия. Лимфодиссекция в связке по ходу вмешательства. Выделены и пересечены левая печеночная артерия и левая ветвь воротной вены. При осмотре паренхимы печени определена четкая зона демаркации. Леводолевой печеночный проток на данном этапе не пересекался. С помощью аппаратов ультразвуковой диссекции «Гармоник», биполярной коагуляции Liga Sure и монополярной коагуляции пересечены круглая, серповидная и левая треугольная связки. Визуализирована левая печеночная вена. Однако ее циркулярное выделение на данном этапе не выполнялось.

С помощью аппаратов ультразвуковой диссекции «Гармоник» и биполярной коагуляции Liga Sure пересечена паренхима печени по границе демаркации с сохранением средней печеночной вены. Леводолевой печеночный проток после предварительного клипирования пересечен. Левая воротная и печеночная вены пересечены линейным сшивающим степлером Endo GIA 45 (белая кассета) (рис. 3).

Срез паренхимы печени дополнительно обработан аргоноплазменной коагуляцией (рис. 4). Препарат помещен в контейнер и извлечен после снятия швов через срединный доступ.

Продолжительность данного этапа – 240 мин, интраоперационная кровопотеря – 150 мл.



Рис. 1. Компьютерная томография. Очаг метастазирования в левой доле печени (указан стрелкой)

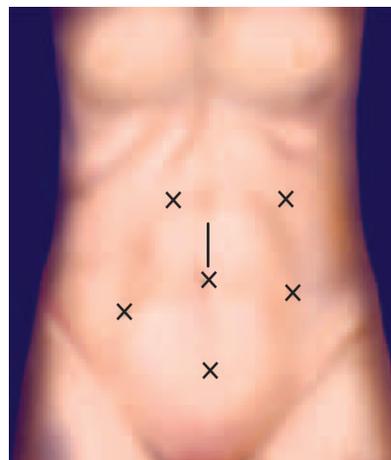


Рис. 2. Точки установки троакаров



Рис. 3. Пересечение левой воротной и печеночной вен



Рис. 4. Окончательный вид после резекции

гастроэнтерология



Симультанная резекция печени и толстой кишки по поводу синхронных колоректальных метастазов позволяет сократить срок пребывания больных в стационаре и уменьшить число послеоперационных осложнений.

В послеоперационном периоде больную наблюдали двое суток в отделении реанимации и интенсивной терапии. Перистальтика полностью восстановилась на вторые сутки. Пациентке разрешили пить и принимать жидкую пищу на вторые сутки после операции, твердую пищу – на пятые сутки. Анальгетики отменены на третьи сутки. Дренажи из брюш-

ной полости удалены на четвертые сутки.

Как показало окончательное патогистологическое исследование первичной опухоли, она расположена в восходящем отделе ободочной кишки и представляет собой аденокарциному высокой степени дифференцировки. Размер опухоли 2,5 × 3,0 × 5,0 см, прорастает во все слои и врастает в брыжейку кишки. В одном из исследованных узлов метастазы рака. Во 2–4-м сегментах печени метастазы высокодифференцированной аденокарциномы диаметром от 0,7 до 3,5 см. В краях резекций признаков опухолевого роста не выявлено.

Больная выписана из стационара на девятые сутки после операции в удовлетворительном состоянии под наблюдение онколога по месту жительства. Назначена адъювантная химиотерапия. Пациентка остается под наблюдени-

ем в течение 3 месяцев. Признаки генерализации опухолевого процесса отсутствуют.

Заключение

Симультанная резекция по поводу колоректального рака с синхронным метастатическим поражением печени является возможным и безопасным методом при соблюдении четкого критерия отбора пациентов. При наличии бригады, в состав которой входят специалисты, обладающие опытом выполнения расширенных эндовидеохирургических вмешательств и большим опытом в области гепато- и колоректальной хирургии, данная операция может быть рассмотрена как альтернатива традиционной. Дальнейшая работа в данном направлении позволит более четко обозначить роль миниинвазивного подхода у такой категории больных. ●

Литература

1. Koshariya M., Jagad R.B., Kawamoto J. et al. An update and our experience with metastatic liver disease // Hepatogastroenterology. 2007. Vol. 54. № 80. P. 2232–2239.
2. Leonard G.D., Brenner B., Kemeny N.E. Neoadjuvant chemotherapy before liver resection for patients with unresectable liver metastases from colorectal carcinoma // J. Clin. Oncol. 2005. Vol. 23. № 9. P. 2038–2048.
3. Abdalla E.K., Vauthey J.N., Ellis L.M. et al. Recurrence and outcomes following hepatic resection, radiofrequency ablation, and combined resection/ablation for colorectal liver metastases // Ann. Surg. 2004. Vol. 239. № 6. P. 818–825.
4. Choti M.A., Sitzmann J.V., Tiburi M.F. et al. Trends in long-term survival following liver resection for hepatic colorectal metastases // Ann. Surg. 2002. Vol. 235. № 6. P. 759–766.
5. Abdalla E.K., Adam R., Bilchik A.J. et al. Improving resectability of hepatic colorectal metastases: expert consensus statement // Ann. Surg. Oncol. 2006. Vol. 13. № 10. P. 1271–1280.
6. Hillingso J.G., Wille-Jorgensen P. Staged or simultaneous resection of synchronous liver metastases from colorectal cancer – a systematic review // Colorectal Dis. 2009. Vol. 11. № 1. P. 3–10.

Simultaneous laparoscopic resection of synchronous liver metastases from colorectal cancer

R.Ye. Izrailov¹, R.B. Alikhanov², S.A. Domrachev³

¹ Central Research Institute of Gastroenterology, Moscow

² Lomonosov Moscow State University, Faculty of Fundamental Medicine

³ Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov, Intermediate Surgery Department No.2 of the Medical Faculty

Contact person: Roman Yevgenyevich Izrailov, izrailev@mail.ru

Numerous publications have demonstrated appropriateness of simultaneous laparoscopic resection of synchronous liver metastases and colorectal cancer. This approach has reduced the frequency of post-surgery complications. The authors present a clinical case of laparoscopic simultaneous right hemicolectomy combined with left hemihepatectomy in a woman (aged 72 years old) with ascending colon cancer and multiple left hepatic lobe metastases.

Key words: laparoscopic resection, liver resection, hemihepatectomy, simultaneous surgery, metachronic metastases, disseminated colorectal cancer