

В.Х. Башеев¹, М.Г. Мутык², А.В. Жильцов², В.В. Бережной², В.В. Балабан¹

Комбинированная правосторонняя гемиколэктомия при местнораспространённом раке печеночного изгиба ободочной кишки

1. Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

2. Республиканский онкологический центр имени профессора Г.В. Бондаря

Рак правой половины ободочной кишки с прорастанием в 12 перстную кишку либо головку поджелудочной железы встречается редко. В ряде случаев необходимо выполнение комбинированной резекции с удалением панкреатодуоденального комплекса, что сопровождается высоким риском послеоперационных осложнений и смертности. В данной статье представлен случай радикального хирургического лечения пациента 52-лет с аденокарциномой печеночного угла ободочной кишки, которому была выполнена гемиколэктомия справа с панкреатодуоденальной резекцией. Патогистологическое заключение pT4b pN0 M0 IIB стадия. Мультивисцеральные резекции должны выполняться как операции, позволяющие надеяться на стойкую ремиссию опухолевой болезни.

Ключевые слова: гемиколэктомия, местнораспространенный рак правой половины ободочной кишки, панкреатодуоденальная резекция

Колоректальный рак (КРР) представляет собой важную проблему человечества. Так он является третьим наиболее распространенным раком у мужчин (746 000 случаев, 10,0% от общего числа) и вторым у женщин (614 000 случаев, 9,2% от общего числа) во всем мире. Почти 55% случаев приходится на более развитые страны. Смертность составляет 694 000 или 8,5% от общего числа. Самые высокие показатели смертности в Центральной и Восточной Европе (20,3 на 100 000 для мужчин и 11,7 на 100 000 у женщин), самые низкие в Западной Африке (соответственно 3,5 и 3,0) [1]. По данным других авторов ожидается прирост случаев колоректального рака на 60%, до более чем 2,2 миллиона новых случаев и 1,1 миллиона смертей к 2030 году. [2]. В Донецкой Народной Республике (ДНР), по данным Республиканского канцер-регистра, частота заболеваемости раком ободочной кишки возросла в 2015 году до 20,6 на 100 000 населения. По многочисленным данным, у 60–70% больных с впервые диагностированным колоректальным раком, опухоль выявляется на III–IV стадии. Структура выявляемости КРР сходна в странах СНГ и США. В США при первичной диагностике у 37% больных выявляется рак без метастазов, у 28% — с регионарными метастазами, у 35% — с отдаленными метастазами. [3]. Так же существует контингент пациентов с местнораспространёнными опухолями КРР, когда при отсутствии отдалённых метастазов первичная опухоль распространяется на соседние органы и/или структуры. Часто таким больным, ввиду невозможности выполнить радикальную операцию, предлагается химио — лучевая терапия. Конечно при наличии неудалённой опухоли пациенты имеют низкое качество жизни и 5-летнюю выживаемость. В связи с чем в мировой практике стали прибегать к обширным мультивисцеральным резекциям, вовлеченных в опухолевый

процесс органов, конечной задачей таких операций является удаление образования с R0 границами резекции. Данные вмешательства характеризуются большей по сравнению со стандартными резекциями частотой осложнений, однако увеличивают продолжительность жизни. [4]

Пациент Б. 52 года, BMI = 22,06, поступил в 1 онкопроктологическое отделение РОЦ им. проф. Г. В. Бондаря с жалобами на дискомфорт при глотании пищи, чувство «комка» в горле, тошноту, периодические боли в животе, похудание до 15 килограмм за последние четыре месяца. Выраженную общую слабость. Из анамнеза вышеописанные жалобы со слов пациента впервые появились и стали прогрессировать в течение пяти месяцев. Пациент обратился за медицинской помощью в больницу по месту жительства, где был обследован: при фиброгастроэзофагодуоденоскопии (ФЭГДС) от 30.06.16 г. хронический гастродуоденит. Спиральная компьютерная томография органов брюшной полости (СКТ) органов брюшной клетки от 01.07.16 г. — признаки инфильтративной патологии стенки поперечного отдела ободочной кишки с пограничной гиперплазией регионарных лимфоузлов и лимфоузлов ворот печени, умеренной гепатомегалией, ЖКБ, гемангимы тела L3. Рентгенография органов грудной клетки от 27.06.16 г. без патологии. Направлен в РОЦ им. проф. Г. В. Бондаря, где и был госпитализирован с подозрением на рак поперечно-ободочной кишки. Объективно: состояние пациента удовлетворительное. Нормостенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, несколько бледны, тургор кожи удовлетворительный. Периферические, доступные пальпации лимфоузлы не увеличены. Зев чистый, без воспаления. Температура тела 36,8 г. С. В лёгких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 15 в 1 минуту. Деятельность сердца ритмичная,

тоны ясные. Пульс удовлетворительного наполнения. ЧСС 78 в 1 минуту. АД 140/90 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен у корня белесоватым налётом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезнен. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень несколько увеличена, + 2 см. из-под края реберной дуги. Опухоль четко не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Из лабораторно-инструментальных исследований: в общем анализе крови отмечается анемия Hb 59 г/л, умеренный лейкоцитоз, WBC 10.7 г/л. В биохимическом и других лабораторных анализах клинически значимых изменений нет. Фиброколоноскопия (ФКС) от 08.07.16 г.: аппарат введен в область печеночного изгиба ободочной кишки, где визуализируется плотная инфильтрированная слизистая оболочка с участками экзофитного роста. Просвет резко сужен, для аппарата непроходим. Выполнена биопсия для цитологического исследования. Цитологическое заключение № 23547 от 08.07.16 г. в препарате клетки эпителия кишечника, частью с явлениями малигнизации. ФЭГДС от 12.07.16 г. пищевод свободно проходим. Слизистая его бледно-розовая. Кардия смыкается. В желудке натекает гнойное содержимое. Слизистая оболочка гиперемирована, отечна. Рельеф складок сохранён. Перистальтика прослеживается. Привратник функционирует. Луковица 12 перстной кишки правильной формы. По латеральной её стенке определяется инфильтрированная слизистая оболочка со свищевым ходом до 0.7 см в диаметре, через который поступает гнойное содержимое. Залуковичные отделы свободно проходимы, область большого дуоденального сосочка не изменена. Заключение: абсцесс брюшной полости, вскрывшийся в просвет 12 перстной кишки. ЭКГ: без особенностей. В связи с анемией, предоперационно пациенту дважды произведена гемотрансфузия одногруппной эритроцитарной массы. Так же в связи с лейкоцитозом и наличием свища 12 перстной кишки с гнойным отделяемым 12.07.16 г. под местной анестезией выполнена операция: катетеризация эфферентного лимфатического сосуда левого бедра с целью проведения внутрилимфатической антибиотикотерапии. С 12.07.16 г. по 17.07.16 г. проведена эндолимфатическая антибиотикотерапия (амикацин 1г, цефтриаксон 1г). на фоне проведенных мероприятий показатели общего анализа крови несколько улучшились, однако сохранялась анемия Hb 72 г/л, RBC 2.8 Т/л, WBC 8.1 г/л. Запланирована операция. Пациент осмотрен анестезиологом в плане анестезии — многокомпонентная в/в сбалансированная анестезия, с интубацией трахеи и ИВЛ. Риск анестезии и операции 3 «В» по В. А. Гологорскому. С больным проведена беседа о предстоящем оперативном пособии, подробно разъяснены все возможные риски. Пациентом подписаны информированные согласия на проведение анестезии и хирургического вмешательства. 18.07.2016 г. в плановом порядке выполнена операция. Доступ в брюшную полость осуществился путём тотальной средин-

ной лапаротомии. При ревизии органов брюшной полости отдалённых метастазов не выявлено. Опухоль печеночного угла ободочной кишки до 15 см. в диаметре ограничено подвижная распространяется на 12 перстную кишку, инфильтрирует головку поджелудочной железы и заднюю стенку дистального отдела желудка. Учитывая данные интроскопической ревизии, пациенту показана комбинированная расширенная гемиколонэктомия справа с гастропанкреатодуоденальной резекцией. Произведена мобилизация правой половины ободочной кишки и 20 см. подвздошной кишки. Скелетированы, лигированы и пересечены подвздошноободочная и средняя ободочная артерии у места их отхождения от верхней брыжеечной артерии. Так же скелетирована верхняя брыжеечная вена, удален инфильтрат по ходу тощей кишечной вены. Лигированы и пересечены подвздошноободочная вена, гастроколический ствол (Генле) и средняя ободочная вена у места их впадения в верхнюю брыжеечную вену. Далее мобилизована 12 перстная кишка приёмом Кохера и пересечена проксимальней связки Трейца. Перевязаны и пересечены правая желудочная, панкреатодуоденальная и правая желудочно-сальниковая артерии. Скелетированы элементы гепатодуоденальной связки, общий желчный проток, печеночная артерия и воротная вена. Желчный проток пересечен проксимальней пузырного протока, произведена холецистэктомия. Выполнена «тунелизация» вдоль воротной вены под поджелудочной железой. После чего пересечены 1/2 желудка, головка pancreas, подвздошная кишка, поперечноободочная кишка в своей дистальной трети, препарат удалён en bloc. В последующем выполнен восстановительный этап операции: толстокишечная непрерывность восстановлена путем конце — концевого дубликатурного илеотрансверзоанастомоза по методике Бондаря Г. В., также на петле тощей кишки по Ру сформированы панкреато-еюно-, холедохо-еюно, гастро-энтеро и энтеро-энтеро (Брауновское соустье) анастомозы. Брюшная полость отмыта растворами антисептиков, осушена. К анастомозам подведены дренажные трубки, выведенные через контрапертуры в правой и левой боковых областях. Один дренаж в малый таз. Срединная рана послойно ушита. Асептическая повязка. При разборе препарата, макроскопически опухоль печеночного угла ободочной кишки до 15 см. в диаметре, циркулярная, смешанного характера роста, прорастает все слои стенки кишки с инвазией в стенку дуоденума и образованием свища. Лимфоузлы до 1,5 см. плотные.

Послеоперационный период протекал гладко. Получал заместительную терапию, выполнялись гемотрансфузии, переливалась свежемороженая плазма, антибиотикотерапия. Перистальтика активировалась на вторые сутки. Назагастральный зонд удалён на четвертые сутки. Дренажи удалены на десятые сутки. Срединная рана без признаков воспаления, зажила первичным натяжением. Швы сняты на четырнадцатые сутки.

Патогистологическое заключение № 22831–42 от 25.07.16 г.: умереннодифференцированная аденокарцинома с изъязвлением, прорастает все слои стенки кишки с полями ослизнения, врастает в стенку 12 перстной кишки (мышечный слой). Во всех присланных лимфоузлах хронический лимфаденит. Материал «инфильтрат по ходу тощекишечной вены» — представлен тканью лимфоузлов с картиной синус — гистиоцитоза. В краях препарата элементов опухоли нет. В желчном пузыре хронический холецистит.

Пациент выписан из отделения 01.08.2016 г. в удовлетворительном состоянии с диагнозом: рак печеночного угла ободочной кишки pT4b pN0 M0 IIB C st. состояние после хирургического лечения II клиническая группа.

В дальнейшем больной получил четыре курса монокимиотерапии (капецитабин) по 1500 мг 2 раза сутки, 14 дней. Дозы препарата рассчитывались согласно номограммам. Химиотерапия перенесена удовлетворительно, проявлений токсичности не зафиксировано. В настоящее время пациент находится в периоде длительного наблюдения. Проходит плановые лабораторно-инструментальные обследования: СКТ органов грудной и брюшной полости от 27.01.17 г. данных за *prolongatio morbi* на момент исследования не выявлено. Жировая дегенерация печени. ФКС от 28.06.17 г.: состояние после правосторонней гемиколонэктомии, илеотрансверзоанастомоз проходим свободно. Онкопатологии не выявлено. Раково-эмбриональный антиген — 2.666 нг/мл от 27.06.17 г. УЗИ ОБП от 05.10.2017 г.: очаговой патологии не выявлено.

На момент оформления данной статьи, прошел 1 год и 3 месяца после операции — *prolongatio morbi* не выявлено, пациент чувствует себя удовлетворительно, ведёт обычный образ жизни, работает.

Выводы

Несмотря на обширные объемы резецируемых органов, возможные тяжелые осложнения и длительную реабилитацию пациентов после таких вмешательств с учетом индивидуальных особенностей каждого больного, тщательной дооперационной оценкой распространённости процесса и четким планом операции, мультивисцеральные резекции должны выполняться как операции, позволяющие надеяться на стойкую ремиссию опухолевой болезни.

Список литературы

1. Colorectal Cancer Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Доступно по (http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx?cancer=colorectal) на 10.10.2017
2. Arnold, M., Sierra, M. S., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A. and Bray, F. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. Arnold, M., Sierra, M., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A. and Bray, F. (2016). Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. *Gut*, 66(4), pp.683–691. doi: 10.1136/gutjnl-2015-310912
3. Л.П. Воронина. Проблема колоректального рака в практике терапевта. Журнал Здоровоохранение т. 5 2009 г. с. 24–27
4. Multivisceral resection for rectal cancers: an analysis of prognostic factors and outcomes. Kagathara, H., Lalwani, S., Mangla, V., Yadav, A., Mentha, N. and Nundy, S. *International Journal of Surgery and Medicine*, 2(1), p.12. doi: 10.5455/ijsm.surgery01

V.H. Basheev¹, M.G. Mutyk², A.V. Zhil'cov², V.V. Berezhnoj², V.V. Balaban¹

Combined right-sided hemicolectomy in the treatment of locally advanced hepatic flexure colon cancer

1. M.Gorky Donetsk National Medical University

2. G.V. Bondar Republican Cancer Center

Right-sided colon cancer with the invasion into duodenum or head of pancreas is rare. In some cases it is necessary to perform combined resection with the removing of a pancreatoduodenal complex, which is accompanied by the high risk of postoperative complications and mortality. In this article, a case of 52-year-old patient with adenocarcinoma of the hepatic colon angle who underwent hemicolectomy on the right side with the pancreatoduodenal resection. Pathohistological conclusion — pT4b pN0 M0 IIB stage. Multivisceral resections should be performed like operations which give the hope for constant remission of neoplastic disease.

Key words: hemicolectomy, locally advanced hepatic flexure colon cancer, pancreatoduodenal resection