

УДК 616.36-006.6-089

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ

Б.Х. Бебезов, М.Ш. Осомбаев, Н.Д. Мамашев, Э.М. Мурзалиев, М.Д. Джекшенов, А.А. Самаков

Показаны непосредственные результаты и анализ хирургического лечения больных с метастазами колоректального рака в печень.

Ключевые слова: колоректальный рак; метастазы в печень; хирургическое лечение.

IMMEDIATE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF COLORECTAL CANCER LIVER METASTASES

B.H. Bebezov, M.Sh. Osombaev, N.D. Mamashev, E.M. Murzaliyev, M.Dj. Dzhekshenov, A.A. Samakov

This article shows the results and analysis of surgical treatment of patients with metastatic colorectal cancer to the liver.

Keywords: colorectal cancer; metastases; liver surgery.

Введение. Лечение больных колоректальным раком (КРР) с метастазами в печень является актуальной проблемой современной онкологии. У 20 до 50 % больных КРР при первичном обращении уже имеются метастазы в печени. Хирургическое лечение метастатического поражения печени позволяет добиться значительного увеличения продолжительности жизни больных, повышая 5-летнюю выживаемость до 30–40 %.

В России за последние 50 лет (с 1960 по 2010 г.) число первичных заболеваний КРР выросло в 7 раз [1–5].

Важно отметить, что заболеваемость КРР гораздо выше в индустриально развитых странах Европы и Северной Америки, чем в развивающихся странах Африки, Азии и Южной Америки. В США ежегодно выявляют 150 тыс. новых случаев КРР, из них 55–60 тыс. заканчивается смертельным исходом. К 70 годам 4,4 % мужчин и 3,2 % женщин болеют КРР [5, 6].

В Великобритании ежегодная первичная заболеваемость КРР составляет 30 тыс., из них в 17 тыс. наступает смертельный исход. В Нидерландах регистрируется 8400 заболеваний КРР, 4400 больных умирает. В Японии за последние 20 лет (1990–2010 гг.) количество первично фиксируемых заболеваний увеличилось в 2,5 раза. Особенно много подобных случаев зарегистрировано в крупных городах и промышленных центрах [7].

В развитых странах опухоли чаще локализуются в ободочной кишке, чем в прямой (соотношение 2:1), в развивающихся странах это соотношение равно 1:1 [7].

По данным отдела эпидемиологии и профилактики злокачественных новообразований Национального центра онкологии МЗ КР, в Кыргызстане колоректальный рак занимает 6-е место. Отмечается высокий уровень запущенных форм рака прямой кишки (III и IV стадии болезни – 83,3 %). Одной из причин поздней обращаемости и запущенности заболевания колоректальным раком является недостаточная и неадекватная онкологическая настороженность, основная роль в проведении которой, возлагается на врачей первичного звена здравоохранения [8].

Пятилетняя выживаемость пациентов, подвергнутых резекции печени по поводу метастазов КРР, в среднем составляет 25 %, но может достигать 35–58 % в группах с хорошим прогнозом. При отсутствии лечения средняя продолжительность жизни больных с IV стадией редко достигает одного года, варьируя от 6 до 18 месяцев [9].

Цель работы – оценка непосредственных результатов хирургического лечения метастазов колоректального рака в печень.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 30 больных с метастазами колоректального рака в печени с 2010 по 2015 г.

Мужчин было 13 (43,3 %), женщин – 17 (56,7 %). Средний возраст больных составил $55,5 \pm 9$ лет. У 7 больных метастаз локализован в левой доле, у 20 – в правой доле и у 3 больных билобарное поражение печени (рисунок 1).

■ Левая доля ■ Правая доля ■ Обе доли

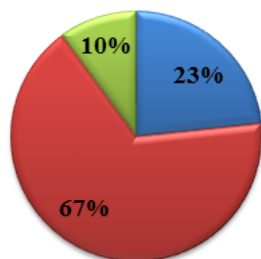


Рисунок 1 – Локализация очага поражения в печени

Всемирной организацией здравоохранения предложена mTNM-классификация метастатического поражения печени, позволяющая довольно объективно оценить ее распространенность в печени (таблица 1) [10]. Эта классификационная система дает возможность стадировать заболевание и, соответственно, сравнивать результаты лечения в различных медицинских учреждениях.

По данной классификации, пациенты распределились следующим образом: mT2N0M0 (II стадия) – 17, mT3N0M0 (III стадия) – 9, mT4N0M0 (IVA стадия) – 3 больных, mT4N1M1 (IVB стадия) – 1.

Результаты. Были произведены следующие виды резекции печени (таблица 2): ПГГЭ – 8, ЛГГЭ – 4, атипичные резекции – 8, бисегментэктомии – 5, трисегментэктомии – 3, ЛЛЭ – 1, эксплоративная лапаротомия – 1.

Метахронные операции произведены 17 больным. После первичной операции 10 больных

получили адьювантную химиотерапию по схеме FOLFOX.

Таблица 2 – Объемы резекционных вмешательств на печени

Операции	Количество
ПГГЭ	8
ЛГГЭ	4
ЛЛЭ	1
Трисегментэктомия	3
Бисегментэктомия	5
Атипичная резекция	8
Эксплоративная лапаротомия	1
Итого:	30

Из 30 человек 11 больных были прооперированы по поводу рака прямой кишки.

Применен прием Прингла двукратно у 14 и однократно – у 9 пациентов. Объем кровопотери в среднем составил 798 ± 256 мл, минимально – 200 мл, максимально – 2700 мл. Среднее пребывание в стационаре составило $15,9 \pm 3,2$ к/дней, минимум – 9 к/дней, максимум – 27 к/дней. В послеоперационном периоде были отмечены следующие виды осложнений: осложнения возникли у 7 пациентов, печеночная недостаточность – у 6. Они получили консервативное лечение – инфузионную терапию, Гепамерц – 10 мг, Гептрал – 400 мг. У 1 пациента желчный свищ закрылся на 16-е сутки после операции. Все пациенты получили по 2 курса адьювантной химиотерапии по схеме XELOX, FOLFOX. Резектабельность по данной методике составила 96,7 %. Послеоперационная летальность составила 3,3 % (1 пациент).

Таким образом, тактика хирургического лечения метастатического рака печени должна быть активной, резекция печени может быть выполнена у больных с достаточным функциональным резер-

Таблица 1 – mTNM-классификация колоректальных метастазов печени

I	mT1	N0	M0
II	mT2	N0	M0
III	mT3	N0	M0
IVA	mT4	N0	M0
IVB	любая mT	N1	M0
		N0.N1	M1
mT1 – солитарный ≤ 2 см			
mT2 – солитарный > 2 см, множественный унилобарный ≤ 2 см			
mT3 – множественные > 2 см, унилобарный			
mT4 – солитарный или множественный, билобарный, инвазия главных ветвей воротной и печеночных вен			
N1 – метастазы в абдоминальных лимфоузлах			
M1 – внепеченочные метастазы или прямая инвазия в окружающие органы			

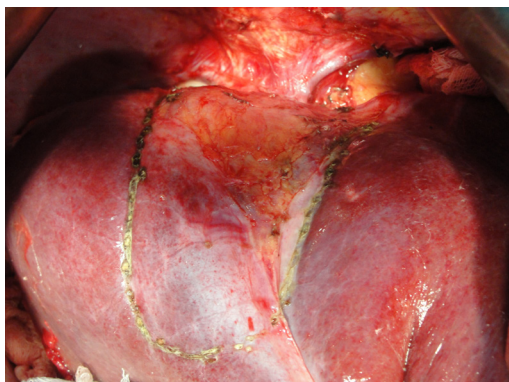


Рисунок 2 – Метастатическое поражение IV A сегмента печени

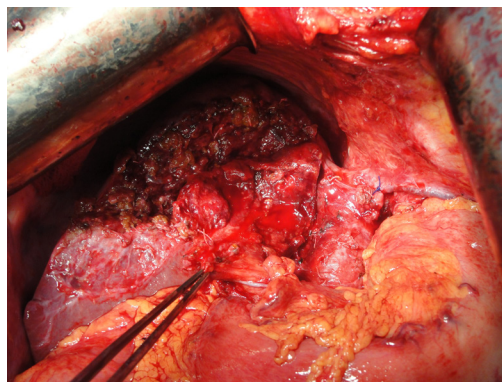
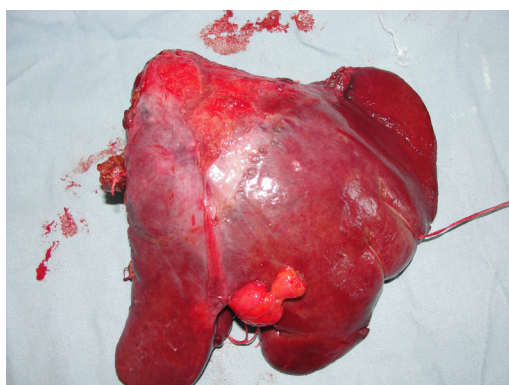
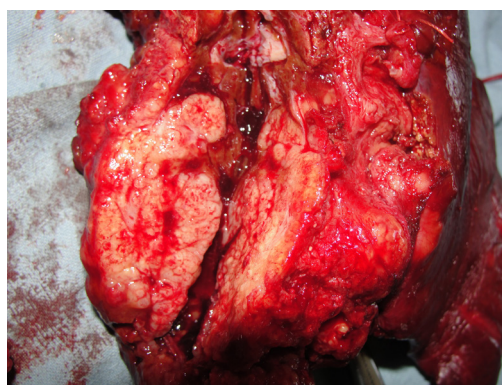


Рисунок 3 – Вид после левосторонней гемигепатэктомии



а)



б)

Рисунок 4 – Удаленная часть печени: а) с опухолью; б) на разрезе

вом органа. Предпочтительнее выполнение анатомической резекции печени. Ближайшие результаты лечения этой категории больных оправдывают предложенную тактику лечения (рисунки 2–4).

Литература

1. Воробьев Г.И. Диагностика и лечение рака толстой кишки / Г.И. Воробьев, Т.С. Одарюк, Ю.А. Шельгин // Рус. мед. журн. М., 1998. № 6 (19). С. 1244–1256.
2. Белоусова Е.А. Воспалительные заболевания толстой кишки как предраковые заболевания / Е.А. Белоусова // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. М., 2002. Т. 12. № 4. С. 56–62.
3. Гарькавцева Р.Ф. Генетические аспекты рака толстой кишки / Р.Ф. Гарькавцева, Н.Ф. Белов // Новое в терапии колоректального рака / под ред. Н.И. Переводчиковой. М., 2001. С. 10–16.
4. Александров В.Б. Колоректальный рак: руководство по гастроэнтерологии / В.Б. Александров; под ред. Ф.И. Комарова, С.И. Рапопорта. М., 2010. С. 418–432.
5. Вермель А.Е. Фармакологические возможности профилактики колоректального рака / А.Е. Вермель // Клин. мед. 2004. № 11. С. 39–44.
6. Jemal A., Bray F., Center M.M., Ferlay J., Ward E., Forman D. Global cancer statistics // CA. Cancer J. Clin. 2011. № 61 (2). P. 69–90.
7. Циммерман Я.С. Колоректальный рак: современное состояние проблемы / Я.С. Циммерман // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. М., 2012. № 4. С. 4–15.
8. Осомбаев М.Ш. Диагностика и лечение колоректального рака / М.Ш. Осомбаев, Н.К. Мукамбетов, Ж.К. Бакашев и др. // Клиническое руководство НЦО МЗ КР. Бишкек, 2013. С. 6.
9. Eddie K.A., Adam R. et al. Improving Respectability of Hepatic Colorectal Metastases: Expert Consensus Statement // Ann. Surg. Oncol. 2006. V. 13. P. 1271–1280.
10. Gayowsku N.J., Iwatsuki S., Madariage J.R. et al. Experience in hepatic resection for metastatic colorectal cancer: Analysis of clinical and pathologic risk factors // Surgery. 1994. Vol. 116. № 4. P. 703–711.