



Обширные резекции печени при местнораспространённом раке

С.М. Ахмедов, Б.Дж. Сафаров, А.С. Саидмуродов, З.В. Табаров

Институт гастроэнтерологии АМН МЗ и СЗН Республики Таджикистан

В работе проанализирован опыт обширных резекций печени у 31 больного с местнораспространённым раком печени, осложнённым разрывом опухоли в сочетании с перитонитом или внутренним кровотечением (17 пациентов) и угрозой разрыва опухоли (14 больных). Больные с диагностированными разрывами опухоли печени оперированы в ургентном порядке, а пациенты с угрозой разрыва рака печени – в ближайшие 1-3 дня после уточнения диагноза и, при необходимости, предоперационной подготовки в условиях реанимационного отделения.

5 больных умерли во время операции, вследствие массивной интраоперационной кровопотери, геморрагического шока и развития ДВС-синдрома. После операций в ближайшем послеоперационном периоде умерли 4 больных в результате развития декомпенсированной острой печёночной недостаточности и полиорганной недостаточности. Послеоперационная летальность составила 29% (9 из 31 больных).

Выполнение обширных резекций печени при жизнеопасных осложнениях местнораспространённого рака печени в ургентном или срочном порядке позволяет спасти от неминуемой смерти более 70% больных из числа прооперированных и добиться 2-летней выживаемости, не менее чем в 50% наблюдений.

Ключевые слова: резекция печени, первичный и местнораспространённый рак печени, вирусные гепатиты В и С, цирроз печени

Актуальность. Хирургическое лечение злокачественных новообразований печени представляет собой актуальную и сложную задачу современной хирургической гепатологии. Уровень заболеваемости и смертности от опухолевых заболеваний печени различной этиологии неуклонно растёт. До 30% злокачественных образований метастазируют в печень [1]. Первичный рак печени выявляют в 1,1 – 50,6% от всех злокачественных новообразований во всём мире [2]. Гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) составляет около 85% в структуре всех первичных злокачественных опухолей печени [3]. Тревожным остается тот факт, что ко времени госпитализации больных и установления диагноза, внепечёночные метастазы выявляют у 28% больных, и пациенты, получавшие симптоматическое лечение, живут не более 6 месяцев с момента установления диагноза [4,5]. По-прежнему, единственным радикальным методом лечения остаётся оперативное вмешательство. Однако резектабельность при первичном раке печени остаётся одной из самых низких и составляет, по данным РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, не более 10–15% [6].

Большое число интра- и послеоперационных осложнений, а также высокая летальность (6–36%) являются сдерживающими моментами операций у данного контингента больных [7].

Отдалённые результаты радикально оперированных больных, по данным разных авторов, весьма вариabельны. Трёхлетняя выживаемость варьирует от 19 до 86,9%, пятилетняя – от 10 до 84%, десятилетняя – от 21 до 53,4% [3,6-8].

Проблема приобретает ещё большую актуальность при лечении местнораспространённого осложнённого рака печени, с билобарным поражением, развившимся на фоне цирроза печени, хронического гепатита «В» или «С», при его сочетании с холестаазом, стеатозом, последствиями со стороны структуры органа после многократных курсов химиотерапии.

В литературе практически отсутствуют сообщения об успешных исходах обширных резекций печени при ГЦК, выполненных при жизнеопасных осложнениях (разрывы опухоли, раковый перитонит, массивные внутрибрюшные кровотечения), что и послужило поводом для анализа собственного опыта (31 наблюдение) использования гемигепатэктомий и расширенных гепатэктомий, при такого рода осложнениях у больных с местнораспространённым раком печени.

В связи с вышеизложенным, целью настоящего исследования явилось определение показаний и анализ результатов ургентных и срочных обширных



РИС. 1. ВНЕШНИЙ ВИД БОЛЬНОГО С ТЯЖЁЛЫМ НАРУШЕНИЕМ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ВСЛЕДСТВИЕ РАСПАДА И РАЗРЫВА МЕСТНОРАСПРОСТРАНЁННОГО РАКА ПЕЧЕНИ

резекций печени при осложнённом местнораспространённом гепатоцеллюлярном раке.

Материал и методы. Представлен опыт 31 обширных резекций печени, urgently выполненных в гепатохирургическом отделении Института гастроэнтерологии АМН МЗ и СЗН РТ г. Душанбе за период 2011–2013 гг. Возраст больных варьировал от 19 до 75 лет. Мужчин было 20, женщин – 11. До поступления в нашу клинику у всех пациентов был установлен рак печени, признанный нерезектабельным (из-за обширности распространения), онкологами и хирургами других лечебных учреждений. У 13 из них осуществлялись курсы химиотерапии (без эффекта), у остальных – наблюдение и симптоматическая терапия.

Клиника поступавших в наше отделение по скорой помощи больных манифестировалась спонтанным развитием болей в верхнем этаже живота, признаками разлитого или ограниченного перитонита, наличием выраженных симптомов тяжёлого внутрибрюшного кровотечения со снижением уровня гемоглобина более 30 г/л.

Всем больным при поступлении выполняли УЗИ печени и брюшной полости, что позволяло выявить опухоль печени, наличие её разрыва, определить жидкостные скопления в брюшной полости и их объёмы.

При этом, отличительной особенностью клинического проявления местнораспространённого и осложнённого рака печени считалось наличие тяжёлой анемии и выраженное проявление диссеминированного внутрисосудистого свёртывания крови, что требовало проведения краткосрочной (до 6 часов) предоперационной инфузионно-корректирующей терапии (рис. 1).

Наличие гемоперитонеума служило основанием для сокращения диагностического этапа и проведения оперативного вмешательства в экстренном порядке, по жизненным показаниям.

Согласно представленным выпискам из историй болезни с указанием результатов инструментальных исследований и проведённых интраоперационных исследований с применением интраоперационного УЗИ, раковое поражение захватывало 3 и более сегментов одной доли – у 19 пациентов, билобарное поражение имело место у 12 больных (рис. 2).

Внутриорганный метастазирование выявлено у 9 больных, экстраорганный (в лимфоузлы) – у 6. Прорастание опухоли в диафрагму и переднюю брюшную стенку отмечено в 10 наблюдениях. Хронические гепатиты «В» и «С» зарегистрированы у 10 (32,2%) пациентов, а цирроз печени в неактивной фазе – у 7 (22,5%) человек: класс А – у 5 и класс В – у 2 пациентов по Child-Pugh. Необходимо отметить, что имевшееся явное расширение показаний к обширным резекциям (экстраорганные и внутрибрюшные метастазы, билобарное поражение, цирроз печени) объяснялось развитием жизнеопасных осложнений – разрывы опухоли в сочетании с массивной кровопотерей, деструкция опухоли с угрозой разрыва, при которых только обширная резекция могла быть спасительной.

Больных с местнораспространённым раком печени, осложнённым разрывом опухоли и массивным внутрибрюшным кровотечением, сразу после поступления отправляли в операционную и экстренно оперировали – т.е. по жизненным показаниям.

Стратегия хирургического лечения первично-осложнённого и диссеминированного рака печени пред-

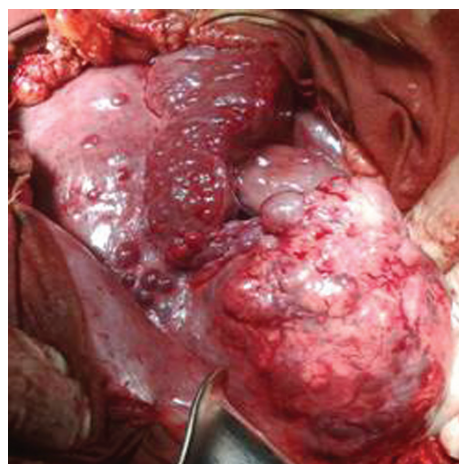
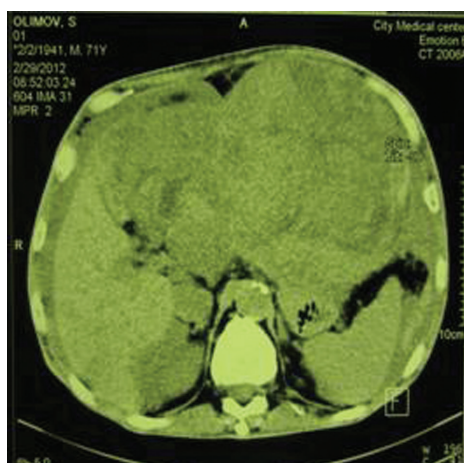


РИС.2. КТ И ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ КАРТИНА РАСПАДА ГЦК ЛЕВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ

усматривала обеспечение максимально щадящего и бескровного удаления патологического очага, профилактику внутри- и внеорганный диссеминации опухолевых клеток, надёжного окончательного гемо- и желчестаз. Реализация программы хирургического пособия больным с местнораспространённым и осложнённым раком печени требовала строгого выполнения ряда технических приёмов целой бригадой специалистов в условиях дефицита времени.

Важнейшим аспектом операции остаётся широкая экспозиция органа и последняя нами достигалась применением, в равной степени, J-образного и двух- подрёберного доступов, с использованием ретрактора Сигала. При разрыве гигантской опухоли, в брюшной полости нередко обнаруживали её свободные фрагменты, наличие свободной крови и продолжающегося кровотечения из зоны разрыва (рис.3).



РИС.3. ФРАГМЕНТ РАЗРЫВА ГИГАНТСКОЙ ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Удаление патологической массы при обширных зонах распада опухоли с истончённой капсулой, как в пределах одной доли, так и билобарно в объёме до 3000,0 мл, достигали эвакуацией последней с помощью гидробомбесного вакуум-отсоса высокого разрешения. При этом профилактика внутри- и внеорганный миграции раковых клеток, во всех возможных случаях, достигалась выключением сосудисто-секреторных структур поражённой доли печени турникетом в области портальных и кавальных ворот. Вслед за эвакуацией содержимого опухоли проводили резекционный этап, завершая операцию пневмотермокоагуляцией и гепатизацией линии среза.

При угрозе разрыва рака печени, подтверждённой УЗИ, СКТ или МРТ, резекцию печени выполняли в ближайшие 1-3 дня.

Анатомические резекции печени были выполнены у 26 больных (83,8%): ПГГЭ – 11 чел., РПГЭ – 5, ЛГГЭ – 8 и РЛГЭ – 2. Атипичные резекции 4-х сегментов осуществлены у 5 (17,2%) больных.

При патоморфологическом исследовании удалённых поражённых раком участков печени, выявили: рак печени был гепатоцеллюлярным в 30 наблюдениях и холангиоцеллюлярным – в 1. Разрывы опухоли, как и их угроза, возникали обычно при довольно больших размерах опухоли, занимавшей не менее 3-х сегментов, при наличии в них очагов некроза, деструкции фиброзной капсулы. Сосуды, питавшие опухоль, были тромбированы или изъязвлены.

Результаты и их обсуждение. Из 7 больных раком печени, осложнённым разрывом опухоли в сочетании с массивной кровопотерей, погибли 5 человек после гемигепатэктомии. Следует указать, что эти пациенты поступили в крайне тяжёлом состоянии, с выраженными нарушениями гемодинамики (геморрагический шок), снижением показателей гемоглобина до 30 г/л и ниже. У 3-х из 5 погибших внутрибрюшное кровотечение сочеталось с гемобилией,



на что указывало наличие крови в тонкой и толстой кишках.

Крововосполнение и переливание плазмы началось в операционной, куда больные сразу поступали, минуя реанимационное отделение. Одновременно с переливанием эритроцитной массы, излившуюся в брюшную полость кровь, как и кровь, излившуюся при гемигепатэктомии, возвращали в венозное русло организма аппаратом возврата крови. Несмотря на героические действия анестезиологов, гемодинамику удерживали с трудом, к концу операции больные погибали от геморрагического шока после массивной кровопотери и развития синдрома диссеминированного внутрисосудистого свёртывания (ДВС).

4 из 10 больных раком печени, осложнённым распространённым перитонитом, погибли после обширных резекций печени на 3-8 сутки после операции от острой печёночной и других проявлений полиорганной недостаточности. Всем этим пациентам во время операции устанавливали назоинтестинальный зонд в связи с выраженным парезом кишечника, а с 3 суток – производили санационный лаваж брюшной полости. Для улучшения функциональных нарушений со стороны печени и почек применяли различные способы экстракорпоральной детоксикации. Негативное влияние на летальные исходы после обширных резекций печени у данной группы больных оказывало не только наличие распространённого перитонита, вследствие поздней госпитализации, но и хронические гепатиты «В», «С» или цирроз печени, нарушающие функции печени и способствующие развитию декомпенсированной печёночной недостаточности.

Следовательно, после обширных резекций по поводу рака печени, осложнённого массивным внутренним кровотечением или перитонитом, умерли 9 из 17 (53%) человек. В подгруппе больных с угрозой разрыва раковой опухоли печени (n=14), послеоперационных летальных исходов не было, отсутствовали тяжёлые специфические осложнения обширных резекций печени (кровотечение со среза печени, жёлчные свищи, абсцессы, тяжёлые формы печёночной или печёочно-почечной недостаточности).

Итак, летальность после urgentных и срочных обширных резекций печени при разрывах опухоли в сочетании с массивными кровотечениями или распространённым перитонитом, а также при угрозе разрыва раковой опухоли составила 29% (9 из 31 больных).

В течение 1 года после операции, выживаемость составила 68,1% (n=15), через 2 года – 50% (n=11), более 3 лет – 13,3% (n=3).

Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и хирургическом лечении рака печени, резектабель-

ность при нём, по данным специализированных центров, не превышает 30% [1,2,7,8].

Вопросы лечебной тактики при обширных резекциях рака печени, осложнённом разрывами с гемобилией, внутрибрюшным кровотечением и др., в литературе освещены недостаточно.

Первыми в российской литературе о применении обширных резекций печени у 4-х больных раком печени, осложнённом спонтанным разрывом опухоли, сообщили В.А. Вишневский и соавт. в 2003 г.[9]. Аналогичные тактические подходы и результаты были сопоставимы с данными других авторов, полученных при выполнении обширных резекций печени на высоте кровотечения при спонтанном разрыве раковой опухоли печени [10].

Мы располагаем опытом применения обширных резекций печени при различных жизнеопасных осложнениях рака печени у 31 больного. Наибольшую угрозу для жизни и особые трудности для лечения представлял рак печени, осложнённый спонтанным разрывом опухоли в сочетании с внутрибрюшным кровотечением, гемобилией (7 пациентов). Такие больные чаще всего поступали в состоянии геморрагического шока и массивной кровопотери (гемоглобин не превышал или был ниже 30 г/л). Поэтому этих пациентов сразу направляли в операционную, где осуществлялись реанимационные, противошоковые мероприятия, струйные переливания крови, плазмы, одновременно с проведением операции. Первичный гемостаз достигался использованием приема Pringle, иногда с наложением турникета на нижнюю полую вену под печенью, перевязкой, при возможности, кровоточащих сосудов в зоне разрыва опухоли. В последующем производили лигирование «ad massam» в воротах печени сосудисто-секреторных элементов правой или левой доли органа по Э.И. Гальперину [11]. Разделение паренхимы печени осуществляли с применением биполярного коагулятора по намеченной линии демаркации, тщательного лигирования сосудов и протоков на срезах печени, в последнюю очередь интрапаренхиматозно лигировали правую, левую или срединную печёночные вены. Для гемостаза на срезах печени использовали пластины «Тахокомб».

При такой технологии, ПГГЭ или ЛГГЭ удавалось выполнить за 1,5-2 часа. На этапах разделения паренхимы кровопотеря не превышала 1000 мл. Кровь при разделении паренхимы печени и кровь брюшной полости, в результате разрыва, вливали в венозное русло, применяя аппарат возврата крови. Из 7 таких больных умерли 5 – от массивной кровопотери, геморрагического шока, развития к завершению обширной резекции синдрома ДВС. После краткосрочной предоперационной подготовки и оценки возможности перитонита, в отделении реанимации оперированы 10 пациентов с раком печени. Ос-



ложением считали разрыв опухоли с развитием распространённого или ограниченного перитонита. Технология обширных резекций печени была аналогичной той, которую использовали у больных раком печени, осложнённым внутрибрюшным кровотечением и гемобилией.

4 из 10 больных этой группы умерли после обширных резекций печени от острой печёночной или полиорганной недостаточности. Причинами смерти у данной группы больных служат не только распространённость процесса и обширность операции, тяжёлая интоксикация вследствие перитонита, поздно распознанного врачами других лечебных учреждений, но и нарушения функции печени при наличии цирроза или хронических гепатитов «В» и «С».

Итак, умерло среди пациентов с раком печени, осложнённым спонтанным разрывом опухоли в сочетании с кровотечением или перитонитом, 9 (53%) из 17. Главными причинами неблагоприятных исходов экстренных обширных резекций в этой группе пациентов являлись: трудно диагностируемый геморрагический шок, вследствие массивной кровопотери, и поздно распознанный распространённый перитонит. Важная роль для улучшения результатов экстренных обширных резекций при раке печени, осложнённом спонтанным разрывом опухоли в сочетании с внутрибрюшным кровотечением, принадлежит активной хирургической тактике и скорости использования операции выбора – обширной резекции.

Необходимо знать, что у больных раком печени с большими опухолями могут чаще возникать спонтанные разрывы новообразований, особенно при наличии нарушений кровообращения последнего или его деструкции. Поэтому, при отсутствии противопоказаний (асцит, цирроз класса В по Child-Pugh, отдалённых метастазов, тяжёлых сопутствующих заболеваний), таким больным целесообразно проводить плановые обширные резекции печени. При угрозе разрыва, что подтверждается данными клинической картины (выраженный болевой синдром), УЗИ и КТ (истончение или изъязвление фиброзной капсулы со скоплением небольшого объёма реактивной жидкости вокруг опухоли, признаки распада, деструкции), необходимо проведение операций в срочном порядке.

Как показывают наблюдения за 14 подобными больными, операции у них протекали с минимальным числом осложнений и без летальных исходов. Отдалённые результаты обширных резекций печени у таких больных, со спонтанным разрывом опухоли или угрозой, несколько хуже, чем у больных без этих осложнений, однако они лучше, чем у пациентов, подвергшихся только консервативной терапии.

Таким образом, выполнение urgentных или срочных обширных резекций печени при жизнеопасных ос-

ложнениях рака печени (спонтанных разрывов опухоли в сочетании с внутрибрюшным кровотечением, гемобилией или перитонитом, как и при угрозе разрыва) следует считать основным способом хирургического лечения указанных осложнений рака печени. Использование такого подхода позволило спасти от неминуемой смерти более 70% больных из числа нами прооперированных и добиться 2-летней выживаемости, не менее чем в 50% наблюдений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Cance W.G. The National Cancer Data Base Report on Treatment Patterns for Hepatocellular Carcinoma / W.G.Cance, A.K.Stewart, H.R.Menck // Cancer. - 2000; 88:912-920.
2. Патютко Ю.И. Хирургическое лечение первичного рака печени / Ю.И.Патютко [и др.] // Практическая онкология. - 2008. - №9(4). - С. 197-201.
3. Патютко Ю.И. Десятилетняя выживаемость больных со злокачественными опухолями печени после хирургического лечения / Ю.И.Патютко [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. 2010; 15(3): 39-47.
4. Результаты резекций печени при первичном раке / В.А.Вишневский, Н.А.Назаренко, В.В.Сивков, Н.В.Панова // Материалы 1 съезда онкологов стран СНГ. - М., - 1996. - 332с.
5. Журавлёв В.А. Радикальные операции у «неоперабельных» больных с очаговыми поражениями печени / В.А.Журавлёв. - Киров: Вятка. - 2000. - 200с.
6. Пути улучшения результатов обширных резекций печени / В.А.Вишневский, Н.А.Назаренко, Р.З.Икрамов, Т.И.Тарасюк // Анналы хирургической гепатологии. - 2005. - №10 (1). - С. 12-17
7. Патютко Ю.И. Резекция печени: Современные технологии при опухолевом поражении / Ю.И.Патютко [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. - 2010. - №2(15). - С. 9-17
8. Zhou X.D. Twenty- survivors after resection for hepatocellular carcinoma-analysis of 53 cases / X.D. Zhou [et al.] // J. Cane. Res. Clin. Oncol. - 2009; 135 (8): 1067-1072.
9. Обширные резекции у больных с высоким хирургическим риском / В.А.Вишневский, Н.А.Назаренко, Т.И.Тарасюк, В.В.Егорова // Хирургия. - 2003. - №8. - С.4-10
10. Lai ECS Spontaneous ruptured hepatocellular carcinoma. An appraisal of surgical treatment / ECS Lai [et al.] // Ann. Surg. - 2009; 210: 24-28
11. Гальперин Э.И. Методика резекции печени ad massam при её злокачественном поражении / Э.И.Гальперин, В.Г.Игнатюк // Анналы хирургической гепатологии. - 2010. - Т.15, 2. - С. 18-23



Summary

Extensive liver resection in locally advanced cancer

S.M. Akhmedov, B.J. Safarov, A.S. Saidmurodov, Z.V. Tabarov
Gastroenterology Institute AMS MOH and MNS Tajikistan

In this paper we analyzed the experience of extensive liver resections in 31 patients with locally advanced liver cancer complicated by rupture of the tumor with peritonitis or internal bleeding (17 patients) and the threat of tumor rupture (14 patients). Patients diagnosed with liver tumor rupture operated in urgent procedure, and patients with liver cancer risk rupture - in the next 1-3 days after confirm the diagnosis and, if necessary, preoperative preparation in ICU.

Five patients died during surgery due to massive intraoperative blood loss, and hemorrhagic shock and DIC syndrome. After operations in the immediate postoperative period, 4 patients died as a result of the decompensated acute liver failure and multiple organ failure. Postoperative mortality was 29% (9 of 31 patients).

Extensive liver resections in life-threatening complications of locally advanced cancer of the liver in emergency or urgently rescues from certain death more than 70% of operated patients on and get 2-year survival rate at least in 50% of cases.

Key words: liver resection, primary and locally advanced liver cancer, viral hepatitis B and C, cirrhosis of the liver

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Ахмедов Саидилхом Мухторович – руководитель
отделения хирургии печени и поджелудочной железы
Института гастроэнтерологии АМН МЗиСЗН РТ;
Таджикистан, г. Душанбе, ул. Маяковского, 2
E-mail: gkbsmp2004@mail.ru