

*С.П. Зотов, О.С. Терешин, Э.Г. Цейликман, С.В. Чернов, А.В. Фокин*

## 30-ЛЕТНЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТОМ С РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ, ПЕРЕНЕСШИМ РЕЗЕКЦИЮ БРЮШНОЙ АОРТЫ ПРИ УДАЛЕНИИ МЕТАСТАЗОВ ЧЕТВЕРТЬ ВЕКА ТОМУ НАЗАД

Челябинская государственная медицинская академия

**Резекция метастатической опухоли забрюшинного пространства может быть значительно затруднена тесной связью с брюшной аортой. Выполнение травматичной комбинированной операции оправдано при достижении радикальности и может приносить хорошие отдаленные результаты. Представлено клиническое наблюдение, описывающее 30-летний результат лечения пациента с раком прямой кишки, перенесшего через 6 лет после первичного лечения резекцию метастазов опухоли в забрюшинную клетчатку с резекцией и протезированием брюшной аорты.**

**Ключевые слова:** колоректальный рак, брюшная аорта, протезирование

Медиана общей выживаемости пациентов, оперированных по поводу забрюшинных метастазов колоректального рака, колеблется, по данным литературы, между 34 и 44 мес, а медиана безрецидивной выживаемости — между 17 и 21 мес. Для подгруппы пациентов с одномоментной резекцией магистральных сосудов общая выживаемость составляет 19 мес — 18 лет с частотой осложнений оперативного лечения на уровне 17-33% [5]. Имея опыт сосудистой пластики в онкологии [3], нам представилось целесообразным представить клиническое наблюдение, описывающее 30-летний результат лечения пациента с раком прямой кишки, перенесшего через 6 лет после первичного лечения резекцию метастазов опухоли в забрюшинную клетчатку с резекцией и протезированием брюшной аорты. Более ранние результаты лечения этого пациента были описаны в журнале «Вопросы онкологии» в 1991 г. [4].

Описание случая у пациента И. в возрасте 50 лет (1982 г.), был диагностирован рак ректосигмоидного отдела прямой кишки III b стадии. Тогда же произведена операция — передняя резекция прямой и сигмовидной кишки, наложение трансверзостомы. Гистология — железистый рак, умеренно дифференцированный, метастазы железистого рака в лимфатические узлы. Других лечебных мероприятий не проводилось, ослож-

нений не отмечено. В 1983 г. — закрытие трансверзостомы.

Через 6 лет после удаления опухоли стали появляться схваткообразные боли в животе. В 1988 году — экстренная госпитализация с клиникой острой кишечной непроходимости. Оперирован, при ревизии найдено забрюшинное образование, расцененное как аневризма аорты. Причиной такого заключения была выраженная передаточная пульсация. Иной патологии при ревизии не найдено, сделан вывод о динамическом характере непроходимости, лапаротомная рана ушита. Аортография в послеоперационном периоде дала несколько неожиданный результат — аневризмы выявлено не было. Имелись атеросклеротические изменения стенки брюшной аорты, но она не была расширена. С учетом анамнеза высказано предположение о наличии конгломерата парааортальных метастазов и принято решение о повторной операции.

Лапаротомия 5.05.1988. При ревизии найден опухолевый конгломерат 6×5 см, седловидно окутывающий брюшную аорту над бифуркацией. Других метастазов в брюшной полости не обнаружено, что подтверждено срочным гистологическим исследованием. Принято решение о целесообразности радикального удаления метастатической опухоли. Отделение от аорты оказалось технически затруднительным из-за отсутствия отчетливой границы между опухолью и сосудистой стенкой. Вынужденно пересечена нижняя брыжеечная артерия, находившаяся в конгломерате, что привело к нарушению кровоснабжения толстой кишки и необходимости резекции ишемизированного участка. Во время мобилизации кишки началось внезапное кровотечение из забрюшинного пространства. При ревизии найден разрыв стенки аорты в месте ранее произведенной диссекции от опухоли. Попытки ушить атеросклеротически измененную и лишенную адвентициальной оболочки аорту привели к прорезыванию швов, увеличению размеров дефекта, усилению кровотечения. На аорту и подвздошные артерии наложены зажимы, введен гепарин. Выполнена резекция аорты с бифуркационным протезированием фторлон-

лавсановым протезом. Дистальные анастомозы наложены конец в конец с общими подвздошными артериями. Сняты зажимы, запущен кровоток в нижние конечности, завершена резекция ишемизированной толстой кишки с формированием трансверзостомы в левом подреберье. Гистологическое исследование удаленного препарата — метастаз аденокарциномы в фиброзно-жировую ткань. Послеоперационный период без особенностей, пациент выписан с зажившей раной.

Несмотря на наличие стомы, пациент возвращается к работе, ведет полноценный образ жизни, в 1993 г. выходит на пенсию по возрасту. Эпизодически возникает небольшой отек на левой голени. Осмотр и обследование в 1994 г. — состояние удовлетворительное, пульс на артериях стоп с обеих сторон, ходит без ограничений. Компьютерная томография и УЗИ брюшной полости: выявлены лишь диффузные изменения поджелудочной железы и признаки хронического холецистита. В 1998 и 2000 гг. пациент переносит удаление полипов желудка (вторая операция — эндоскопическая). С 2007 г. страдает гипертонической болезнью 1 ст. В 2010 г. выполнена КТ брюшной полости и малого таза. Калибр аорты, подвздошных, бедренных артерий обычный, кальциноз подвздошных артерий. Протез на поперечном КТ срезе с трудом отличим от нормального сосуда. Расширены просветы подвздошных вен. При КТ исследовании в октябре 2012 г. — протез проходим (рис. 1, 2). На КТ 2010 и 2012 гг. в паренхиме верхней трети левой почки — гетероденсное образование 15×17 мм, с жидкостным компонентом. При осмотре в сентябре 2012 г. — состояние удовлетворительное, пульс на артериях стоп сохранен.

Следует отметить, что поскольку рак прямой кишки относится к опухолям с медленным темпом роста, это повышает целесообразность хирургического лечения солитарных метастазов. Среди новообразований брюшной полости частота инвазии в крупные сосуды наиболее велика при раке печени и поджелудочной железы (может превышать 8% от общего числа операций), раке желудка [1,2]. Комбинированные онкологические вмешательства с резекцией и протезированием крупных сосудов забрюшинного пространства доказали свою целесообразность и выполняются во многих специализированных

клиниках с достаточно низкой частотой осложнений [3, 5, 6, 7]. Несмотря на накопленный опыт, метастазы в клетчатку забрюшинного пространства с тесным контактом с крупными сосудами остаются одной из наиболее сложных проблем хирургической онкологии как с технической так и с тактико-диагностической точки зрения. Данное клиническое наблюдение дает дополнительную информацию для ответа на важнейший вопрос — насколько целесообразны сосудистые реконструкции с точки зрения улучшения отдаленных результатов лечения онкологических больных.

**Выводы.** Вростание метастатической опухоли в крупный сосуд значительно усложняет оперативное вмешательство, но не оказывает отрицательного влияния на отдаленный результат лечения при условии радикальности. Прогностически важны биологические особенности опухоли. Удаление солитарных метастазов более целесообразно при медленно пролиферирующих формах рака, что подтверждается данным наблюдением.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М. И., Алиев М. Д., Соболевский В. А. и др. Значение различных методов реконструктивной сосудистой и микрососудистой хирургии в онкологии // *Вопр. онкол.* — 2005. — Т. 51. — № 3. — С. 311–313.
2. Зотов С.П., Фокин А.А. *Ангиохирургия в онкологии.* — Челябинск. — 1999. — 118 с.
3. Файнштейн И.А., Нечушкин М.И., Горобец Е.С. и др. Резекция и протезирование брюшного отдела при хирургических вмешательствах по поводу местнораспространенных забрюшинных опухолей // *Хирургия (им. Н.И. Пирогова).* — 2010. — № 6. — С. 26–30.
4. Цейликман Э.Г., Зотов С.П., Динерман М.З. Удаление метастаза рака прямой кишки в парааортальные лимфоузлы с резекцией брюшной аорты // *Вопр. онкол.* — 1991. — Т. 37. — № 3. — С. 361–362.
5. Ho T.W., Mack L.A., Temple W.J. Operative salvage for retroperitoneal nodal recurrence in colorectal cancer: a systematic review // *Ann. Surg. Oncol.* — 2011. — Vol. 18. — P. 697–703.
6. Lee M.J., Yun M.J., Park M.S. et al. Paraaortic lymph node metastasis in patients with intraabdominal malignancies: CT vs PET // *World J. Gastroenterol.* — 2009. — Vol. 15. — P. 4434–4438.
7. Song T.K., Harris E.J. Jr., Raghavan S., Norton J.A. Major blood vessel reconstruction during sarcoma surgery // *Arch. Surg.* — 2009. — Vol. 144. — P. 817–822.

Поступила в редакцию 07.12.2012