

для назначения авастина были следующие: отсутствие метастатического поражения оставшейся после операции доли печени при контрольном обследовании, общее состояние ECOG 0-1, ожидаемая продолжительность жизни не менее 3 мес, возраст не старше 70 лет. Таких пациентов было 6 и они вошли в группу сравнения. Во всех случаях авастин сочетали с противоопухолевыми препаратами с включением фторпиримидинов. 4 пациента из этой группы получали кселоду 2500 мг/м² в 1–14 дни каждые 3 нед до 8 курсов. 2 больным была назначена схема XELOX каждые 3 нед, до 6 курсов. Бевацизумаб вводился через 28 дней после оперативного лечения в дозе 5 мг/кг каждые 2 нед или 7,5 мг/кг каждые 3 нед соответственно схеме химиотерапии. Таргетная терапия авестином продолжалась до 8 мес и завершалась при отсутствии данных, подтверждающих прогрессирование процесса. Побочных реакций на введение бевацизумаба не наблюдалось.

Результаты. Характер оперативных вмешательств на печени был следующим: бисегментэктомии и лобэктомии – 18, гемигепатэктомии – 10, расширенные гемигепатэктомии – 6.

Во всех случаях обширных резекций печени для предотвращения массивной кровопотери применялась внутрипеченочная перевязка сосудов по Тон-Тхат-Тунгу. В восьми случаях дополнительно проводилось временное пережатие печеночно-двенадцатиперстной связки (до 10 мин).

Среди осложнений, характерных для вмешательств на печени, наиболее часто встречалась печеночно-почечная недостаточность – 7 (20,6%) пациентов.

Послеоперационная летальность составила 5,9% (2 случая) при правосторонней гемигепатэктомии. В структуре причин летальных исходов: прогрессирующая печеночная недостаточность – 1, геморрагический шок тяжелой степени с развитием диссеминированного внутрисосудистого свертывания – 1.

Таргетная терапия с введением бевацизумаба не сопровождалась побочными реакциями и осложнениями.

При оценке отдаленных результатов в основной группе и группе сравнения получены следующие результаты. Медиана безрецидивной выживаемости в группе больных получивших хирургическое лечение и химиотерапию без добавления бевацизумаба – 265 дней, с включением в схему лечения бевацизумаба – 427 дней. Актуарная 3-летняя безрецидивная выживаемость в 1-й группе составила 6,64%, во 2-й – 19,52%.

Медиана общей выживаемости в группе больных, получивших хирургическое лечение и химиотерапию без добавления бевацизумаба, – 337 дней, с включением в схему лечения бевацизумаба – 458,5 дня.

Заключение. Радикальное хирургическое лечение в сочетании с химиотерапией позволяет добиться длительного безрецидивного выживания у больных с метастатическим колоректальным раком. Добавление к системной химиотерапии у таких больных таргетного препарата авастин увеличивает как безрецидивный период, так и общую выживаемость.

¹Тен О.А., ²Суров Д.А., ¹Бабков О.В., ²Соловьев И.А., ¹Безмозгин Б.Г., ²Тягунов В.С.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ IV СТАДИИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

¹ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»; ²ФГК ВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России, кафедра военно-морской хирургии, г. Санкт-Петербург

Примерно 30% больных осложненным колоректальным раком, поступающих в многопрофильные стационары в рамках экстренной и неотложной медицинской помощи, имеют метастазы в печени. В настоящее время вопрос хирургической тактики лечения данной категории пациентов остается дискуссионным, главным образом в контексте объема оперативного вмешательства.

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 260 больных раком толстой кишки, прошедших лечение в ГБУ «Санкт-Петербургском НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе».

Отдаленные метастазы выявлены у 91 (35%) пациента, из них изолированные метастазы в печени – у 28 (30,7%) больных, синхронные метастазы – у 27 (29,7%) больных, внепеченочные метастазы – у 36 (39,6%) человек.

Анализ общей структуры данной категории больных, поступающих в многопрофильные стационары по экстренным показаниям, показал, что метастатический колоректальный рак ранее был диагностирован в 61,5% случаев. Из них на специализированном этапе медицинской помощи ранее было оперировано 85,7% больных. Данной группе пациентов в связи с тяжестью состояния, наличием полиорганной недостаточности вследствие прогрессирования опухолевого процесса в многопрофильном стационаре проводилась преимущественно симптоматическая терапия.

Впервые диагноз установлен в 38,5% случаях ($n = 35$), из них пациенты с изолированными метастазами в печени составили 54,3% ($n = 19$). Пациенты данной группы поступали преимущественно в стабильном состоянии, без признаков печеночной недостаточности. Наиболее частым осложнением у данных пациентов являлась острая обтурационная непроходимость. При условии потенциальной резектабельности метастазов в печени и отсутствии признаков полиорганной недостаточности, на наш взгляд, целесообразно выполнять паллиативную резекцию первичной опухоли с регионарной лимфодиссекцией. У 3 пациентов диагностированы множественные билобарные метастазы в печени, которые расценены как нерезектабельные, у 16 больных в перспективе представлялось возможным выполнение резекции печени. В данной группе выполнено 14 оперативных вмешательств, из которых

паллиативных резекций с адекватным вмешательством на лимфатическом аппарате толстой кишки – 11 (78,6%), симптоматических операций – 3 (21,4%).

Из 9 пациентов, у которых метастатическое поражение печени было ранее выявлено на специализированном этапе, в экстренном порядке оперированы 5 человек. Одному больному с очевидно резектабельными метастазами в печени выполнена паллиативная резекция с регионарной лимфодиссекцией, 4 пациентам, учитывая обширное метастатическое поражение печени по данным спиральной компьютерной томографии, выполнены симптоматические вмешательства.

Заключение. Таким образом, учитывая современные возможности эффективного адьювантного лечения, больным осложненным колоректальным раком с изолированными и потенциально резектабельными метастазами в печени показаны паллиативные резекции первичной опухоли с адекватным вмешательством на регионарном лимфатическом аппарате.

^{1,2}Тиболов А.М., ¹Байматов М.С., ²Кульчиев А.А., ²Морозов А.А., ²Тигиев С.В., ¹Тавитова А.Г.

ЧРЕСКОЖНЫЕ ЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

¹«Республиканская клиническая больница» МЗ Республики Северная Осетия-Алания, отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения; ²ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России, факультет последипломного образования, кафедра хирургии № 3, г. Владикавказ

Цель исследования – оценить эффективность чрескожных чреспеченочных эндобилиарных вмешательств (ЧЧЭВ) в лечении механической желтухи (МЖ) опухолевого генеза.

Материал и методы. Проведен анализ состояния 500 больных с МЖ опухолевой этиологии, которым выполнено 1200 ЧЧЭВ; длительность МЖ составляла от 3 до 120 дней; уровень сывороточного билирубина от 30 до 650 мкмоль/л.

По уровню блока больные были разделены на две группы: дистальный – 340 больных, проксимальный – 160 больных. У 350 больных уровень билирубина был более 200 мкмоль/л. Всем больным на первом этапе выполнялось наружное дренирование желчных протоков, на втором этапе выполнялось наружно-внутреннее дренирование (НВДЖП). У 100% с дистальным блоком желчных протоков (ЖП) и у 80% пациентов с проксимальным блоком ЖП на втором этапе выполнено НВДЖП. Больным с адекватной функцией билиобилиарного и билиодуоденального НВДЖП производили стентирование желчных протоков.

Результаты. ЧЧЭВ выполнено всем 500 больным. Состояние полностью стабилизировалось у 395 больных. Осложнения различной степени тяжести отмечены у 32 больных, из них тяжелых 4, умерли 2 пациента.

Заключение. ЧЧЭВ являются относительно безопасными и высокоэффективными методами лечения МЖ опухолевого генеза.

Выполнение НВДЖП при дистальном уровне блока возможно практически во всех случаях, при проксимальном блоке – более чем в половине случаев.

¹Фридман М.Х., ¹Зорина Е.Ю., ²Хрыков Г.Н., ¹Климов Е.В.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ДИССЕМИНИРОВАННЫМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ

¹СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», ²ФГК ВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России, г. Санкт-Петербург

Колоректальный рак (КРР) занимает 4-е место в мире и 3-е место в России по заболеваемости среди всех злокачественных опухолей. Наибольший удельный вес КРР отмечен у лиц старше 60 лет, число которых в популяции постоянно увеличивается. В Российской Федерации ежегодно регистрируется более 60 тыс. новых случаев, из них около 40% на момент постановки диагноза имеют метастатическое поражение, преимущественно печени (Чиссов В.И. и соавт., 2003, 2009, 2010). В современной литературе мнения по тактике лечения метастатического КРР, необходимости выполнения циторедуктивных операций, эффективности применения системной и регионарной химиотерапии до или после хирургического этапа различны и зачастую противоречивы. При этом единых подходов к лечению больных КРР с метастазами в печень не существует.

Материал и методы. Нами выполнен ретроспективный анализ историй болезни 3120 больных КРР, находившихся на лечении в 4-м ХО ГКОД в период с 2007 по 2013 г., из которых у 446 (14,3%) пациентов при поступлении в стационар диагностировано метастатическое поражение печени. Средний возраст составил 64±2,3 года. Всем пациентам выполнялся стандартный объем лабораторных и инструментальных исследований. Следует отметить, что во всех случаях при диагностированных метастазах в печень выполнялась компьютерная томография органов брюшной полости, а у больных раком прямой кишки магнитно-резонансная томография органов малого таза.