

процесса является не менее значимой, чем размеры и локализация метастазов, общесоматический статус пациента, степень дифференцировки первичной опухоли. С точки зрения естественного развития опухолевого заболевания пациенты с диссеминированным колоректальным раком представляют собой гетерогенную группу. Мы выделяем три варианта течения опухолевого процесса; благоприятное, группу промежуточного прогноза, неблагоприятное течение. В группе благоприятного прогноза пациенты будут демонстрировать медленное развитие метастатического поражения, стабилизацию опухолевого процесса в ответ на ХТ, высокую медиану выживаемости (МВ) – 20 мес и более. Пациенты из группы промежуточного прогноза без лечения имеют МВ 7 мес, с применением ХТ МВ возрастает от 10 до 18 мес. Пациенты из группы неблагоприятного прогноза демонстрируют устойчивость к цитостатическому лечению, опухолевый процесс у них протекает стремительно, МВ менее 6 мес. Для определения агрессивности течения опухолевого процесса мы проводили молекулярно-генетическое исследование опухолевой ткани с целью формирования групп прогноза по течению злокачественного процесса.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 53 пациентов с диссеминированным колоректальным раком с локализацией метастазов в печени, находившихся на лечении в СПб ГБУЗ ГКОД с 2008 по 2012 г. С помощью молекулярно-генетического исследования опухолевой ткани определены прогностические факторы. Пациенты были разделены на 3 группы по прогнозу заболевания: в группе благоприятного прогноза – 21 пациент, в группе промежуточного прогноза – 24 пациента, в группе неблагоприятного прогноза – 9 пациентов. В каждой группе пациенты распределились на две подгруппы: 1-я – получившие сначала хирургическое лечение, затем ХТ и 2-я – получавшие первым этапом ХТ, затем хирургическое лечение и консолидирующие циклы ХТ.

Результаты. В группе неблагоприятного прогноза проведение предоперационной ХТ и хирургическое лечение метастазов значимо не влияло на время до прогрессирования заболевания, которое зафиксировано в сроки от 2 до 5 мес, МВ 6,4 мес. У всех пациентов объективного ответа на ХТ не было.

В группе промежуточного прогноза у больных, которые получили предоперационную индивидуализированную ХТ прогрессирование заболевание зарегистрировано у 33% пациентов в сроки от 9 до 28 мес, у 67% сохранялась ремиссия. От прогрессирования заболевания умерли 18,7%, МВ составила 36,6 мес. У пациентов, которые первым этапом получили хирургическое лечение, а затем ХТ МВ составила 15,8 мес, под наблюдением без признаков прогрессирования находится 12,5%, умерли по причине прогрессирования заболевания 87,5%.

В группе благоприятного прогноза достоверных различий от очередности противоопухолевого лечения не было зафиксировано. У 15% пациентов МВ составила 84 мес, 85% пациентов находятся под наблюдением. Достоверных различий во времени до прогрессирования заболевания нет, 50% пациентов находятся в ремиссии, сроки наблюдения от 24 до 72 мес.

Заключение. Агрессивность опухолевого про-

цесса диктует тактику лечения: в группе благоприятного прогноза пациентам показано сначала хирургическое лечение метастатического поражения печени, в группе промежуточного прогноза периоперационная ХТ, которая достоверно увеличивает МВ и время до прогрессирования, у пациентов из группы неблагоприятного прогноза циторедуктивное хирургическое лечение и ХТ не увеличивают общую выживаемость.

¹Ионкин Д.А., ¹Чжао А.В., ²Кунгурцев С.В.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КРИОДЕСТРУКЦИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

¹ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России; ²Инновационная компания «Биомедстандарт», г. Москва

Цель – улучшение результатов лечения пациентов со злокачественными новообразованиями печени.

Материал и методы. В Институте хирургии им. А.В. Вишневского криохирургия применяется с конца 2000 г. Начало использования данной методики при новообразованиях печени было начато с применением установки ERBE CRYUO 6 (Германия). Криодеструкция при помощи этой установки ERBE CRYUO 6 может осуществляться как из классических, так и из чрескожных доступов под ультразвуковым наведением. Было выполнено 6 лапароскопических операций с применением криовоздействия: при метастазах колоректального рака ($n = 4$), метастазах рака желудка ($n = 1$), при раке желчного пузыря после выполнения холецистэктомии ($n = 1$).

Начиная с 2013 г. в институте начато использование нового отечественного криохирургического аппарата «КРИО-01» «ЕЛАМЕД», разработанного на Елатомском приборном заводе совместно с компанией «Биомедстандарт», отличающегося от установки «Крио-МТ». У данного прибора значительно короче подготовительный период, меньший объем потребляемого жидкого азота. В новой установке учтены недостатки предыдущих приборов, кроме того, она оснащена более удобными криозондами и для лапароскопических вмешательств. С применением данной криоустановки было выполнено 2 лапароскопических вмешательства по поводу метастазов колоректального рака в печени.

Результаты. Было отмечено, что с применением установки ERBE CRYUO 6 невозможно добиться заявленной фирмой-производителем температуры, чаще охлаждение опухоли ограничивалось -50°C . Нередко возникала необходимость дополнительно использовать локальные гемостатические средства. Было отмечено большое число осложнений ($n = 14$), в том числе таких, как внутрибрюшное кровотечение ($n = 2$), абсцессы печени ($n = 2$), тромбоз нижней полой вены ($n = 1$), почечная недостаточность при центральной локализации патологического очага ($n = 1$), выраженный асцит ($n = 2$), гидроторакс ($n = 3$).

Все это, включая значительную продолжитель-

ность циклов активной заморозки и размораживания, послужило причиной отказа от использования данной установки.

В ходе первой серии лапароскопических криовоздействий мы пришли к выводу о предпочтительности применения ультразвукового наведения, особенно при интрапаренхиматозной локализации очага, и необходимости ультразвукового мониторинга в ходе криодеструкции.

При лапароскопическом доступе с использованием криохирургического аппарата «КРИО-01» столкнулись с необходимостью применения троакаров диаметром 12 мм, которые чаще выпускаются только для одноразового применения. В двух наблюдениях выполнения лапароскопической криодеструкции метастазы колоректального рака располагались подкапсульно, по висцеральной поверхности печени в V и III сегментах, что было достаточно удобно для выполнения термоабляции с применением торцевого криоаппликатора. Мы применяли двукратное замораживание с промежуточным оттаиванием. Также предпочтительно использование ультразвукового мониторинга в ходе криодеструкции. Осложнений в ходе криоабляции и в послеоперационном периоде отмечено не было.

По нашим данным, в послеоперационном периоде необходимо выполнение ультразвукового контроля в 1, 3, 7-е сутки, проведение магнитно-резонансной томографии в 1–2-е сутки после воздействия.

Заключение. Развитие методов лапароскопической диагностики – визуальной, инструментальной ревизии и УЗИ – позволило приблизить возможности лапароскопической ревизии к возможностям лапаротомной. Лапароскопический доступ может быть эффективно применен преимущественно при солитарных поверхностно расположенных патологических новообразованиях печени.

Криодеструкция, в том числе и лапароскопическая, должна рассматриваться как разумная альтернатива существующим хирургическим методам и, в некоторых случаях, как компонент комбинированного лечения метастазов в печени.

Козлов С.В., Казанов О.И., Ткачев М.В., Козлов А.М., Швец Д.С.

МЕТОД РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ БИЛОБАРНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Самара

Актуальность. Рак толстой кишки является актуальной проблемой современной онкологии. Смертность от рака ободочной и прямой кишки остается высокой, основной причиной которой является дис-

семинация процесса в виде появления отдаленных метастазов. В связи с этим лечение метастатических образований признано важным направлением в современной онкологии, задачами которого является увеличение продолжительности жизни и улучшение ее качества. Хирургический метод является золотым стандартом в комбинированном лечении метастатических образований. К сожалению, резектабельность метастазов колоректального рака (КРР) не превышает 15–20%. Это связано с тем, что наиболее часто диагностируются множественные билобарные метастазы, поражающие обе доли печени. Все это заставляет хирургов использовать новые виды малоинвазивного, органосохраняющего лечения больных с билобарными метастазами КРР в печени. Одним из таких методов является радиочастотная термоабляция (РЧА).

Цель исследования – определить место РЧА в комбинированном лечении больных с множественными билобарными метастазами КРР в печени.

Материал и методы. В программу исследования вошли 106 больных с диагнозом КРР после удаления первичной опухоли толстой кишки с множественными билобарными метастазами в печени, находившихся на лечении в ГБУЗ СОКОД в период с 2001 по 2011 г. Пациенты были разделены на 2 группы по способу лечения. В основной группе ($n = 54$) пациентам проводилось комбинированное (химиотерапии + РЧА) лечение, в контрольной ($n = 52$) – была применена только химиотерапия. Среднее число выявленных метастатических узлов в печени в основной и контрольных группах составило $4,05 \pm 1,30$ и $4,01 \pm 1,44$ ($p = 0,92$), размеры – $2,17 \pm 0,58$ и $2,14 \pm 0,60$ ($p = 0,66$) соответственно. Основным критерием оценки лечения была безрецидивная и общая выживаемость.

Результаты. В основной группе однолетняя безрецидивная выживаемость составила 13,5%, в контрольной – 10,2%. Проведение РЧА позволило достичь в основной группе двухлетней выживаемости – 3,4%, в то время как в контрольной группе аналогичный показатель равнялся нулю. Медиана безрецидивной выживаемости в основной группе была выше, чем в контрольной, и составила 9 и 6 мес соответственно. Кривые безрецидивной выживаемости в исследуемых группах различались статистически значимо (статистика логрангового критерия 2,12, $p = 0,05$).

В основной группе с множественными метастазами показатели одно-, двух- и трехлетней выживаемости составили – 73,5, 25,1, 7,2%, в контрольной – 39,6, 6,3, 2,1% соответственно. Применение РЧА позволило достичь показателя общей 4-летней выживаемости в основной группе 1,8%, тогда как в контрольной была получена лишь 3-летняя выживаемость 2,1%. Медиана общей выживаемости в основной группе с множественными метастатическими образованиями в печени достигла 18 мес, в контрольной – 11 мес. Кривые выживаемости в группах сравнения различались статистически значимо (статистика логрангового критерия 3,77, $p = 0,000$).

Выводы. Применение РЧА в комбинации с химиотерапией при лечении множественных билобарных метастазов КРР в печени позволяет значимо улуч-