

*Котиев Б.Н., Дзидзава И.И., Слободяник А.В., Смордский А.В., Кашкин Д.П., Солдатов С.А.*

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СИНХРОННЫХ МЕТАСТАЗОВ В ПЕЧЕНИ РАКА ЖЕЛУДКА И ТОЛСТОЙ КИШКИ

ФГК ВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России, г. Санкт-Петербург

Синхронные метастазы в печень диагностируют у 25–50% больных злокачественными опухолями различной локализации. В настоящее время результаты лечения метастатического поражения печени хорошо изучены. Благодаря применению современных методов диагностики и оперативного лечения удается достичь 5-летней выживаемости в 30–40%. Однако вопрос о выполнении комбинированной операции включающей удаление первичной опухоли и резекцию печени остается дискуссионным.

На обследовании и лечении в клинике госпитальной хирургии Военно-медицинской академии в период с 2006 по 2014 г. находились 246 больных злокачественными новообразованиями с синхронным метастатическим поражением печени. Синхронные метастазы были диагностированы до или в первые 3 мес после удаления первичной опухоли: колоректального рака (КРР) – 65,9%, рака желудка – 9,8%, рака панкреатобилиарной зоны – 1,7%, других первичных локализаций – в общей доле 7,7%.

Выполнение комбинированных вмешательств считали возможным в случае нерасширенного, стандартного объема операции в области первичной опухоли и солитарных или единичных синхронных метастазов печени с поражением не более 50% ее объема. Абсолютные противопоказаниями являлись наличие внепеченочных отдаленных метастазов и низкие функциональные резервы печени. Всего выполнено 38 симультантных вмешательств. Из них в 7 случаях имел место рак желудка, у 31 диагностирован КРР. В большинстве случаев осуществлялись экономные резекции печени (61%). Гастрэктомия и субтотальная резекция желудка дополнены в 3 случаях левосторонней кавальной лобэктомией, в 1 – левосторонней гемигепатэктомией, в 3 наблюдениях – правосторонней гемигепатэктомией. Различные по объему вмешательства на толстой кишке сочетались у 8 больных с левосторонней кавальной лобэктомией, у 2 – с левосторонней гемигепатэктомией, у 6 – с правосторонней гемигепатэктомией, у 14 пациентов с бисегментэктомиями и полисегментарными резекциями печени. Объем кровопотери, частота послеоперационных осложнений и летальности при симультантных резекциях печени значимо не отличались от вмешательств, выполненных последовательно при синхронных метастазах или резекциях по поводу метастатических очагов.

Отдаленный период прослежен у всех больных. Период наблюдения составил от 6 до 60 мес. Все больные в послеоперационном периоде получали химиотерапию. В 15 случаях проводилась системная химиотерапия. В остальных наблюдениях применяли регионарное введение цитостатиков в режиме 4–6

курсов селективной артериальной химиоинфузии или масляной химиоэмболизации. Рецидив заболевания развился у 21 больного через 16±4 мес. Данной группе пациентов возобновлена химиотерапия. Продолжительность жизни больных раком желудка составила в 1 наблюдении 60 мес, еще в 1 – 44 мес, в 2 – более 18 мес и в 1 – 7 мес. 3-летняя выживаемость больных колоректальным раком составила 47,2±12,2%, 5-летняя – 33,7±11,9%.

Таким образом, у больных злокачественными новообразованиями в случаях стандартного объема операции в области первичной опухоли и унилобарном синхронном метастатическом поражении печени при отсутствии признаков гепатодисфункции возможно выполнение симультантной резекции печени, что в сочетании с послеоперационной регионарной химиотерапией как этапа комбинированного лечения способствует улучшению результатов лечения больных данной категории.

*Котиев Б.Н., Дзидзава И.И., Чуприна А.П., Кашкин Д.П.*

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ (первый опыт)

ФГК ВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России, г. Санкт-Петербург

В силу объективных причин развитие лапароскопической хирургии печени продвигается более медленными темпами, чем хирургии других органов брюшной полости. Большие размеры, особенности локализации и синтопии не позволяют обеспечить полноценный лапароскопический осмотр всей поверхности печени, затрудняют свободный инструментальный доступ, особенно к задним сегментам. Богатое кровоснабжение и сложная внутрипеченочная сосудистая анатомия определяют повышенную кровоточивость и подчас значительные трудности гемостаза, вследствие чего любое лапароскопическое вмешательство на печени считается потенциально опасным в отношении массивной кровопотери. Однако совокупность опыта оперативных вмешательств и достижений инструментально-технического прогресса в настоящее время позволили значительно расширить возможности лапароскопической хирургии в лечении очаговых образований печени. Число подобных вмешательств неуклонно растет за счет как увеличения числа клиник, осваивающих методику, так и накопления опыта в передовых учреждениях.

В клинике госпитальной хирургии в период с 2011 по 2014 г. выполнено 10 эндовидеохирургических резекционных вмешательств на печени. В 3 случаях показанием к операции являлись гемангиомы диаметром более 5 см, в 3 наблюдениях – солитарные метастазы колоректального рака, в 2 – фокальная нодулярная гиперплазия печени с признаками прогрессирующего роста и в 2 случаях – гигантские истинные кисты печени. По объему вмешательств выполнено 4 левосторонних кавальных лобэктомии, 6 атипич-

ных сегментарных резекций печени. Использовали стандартное эндовидеохирургическое оборудование. Доступ осуществляли через 4-5 лапаропортов. Держалки петель для выполнения Pringl-маневра выводили через отдельные проколы в правом подреберье. Диссекция паренхимы печени выполнялась при помощи ультразвуковых ножниц и моно- и биполярной электрокоагуляции. Крупные трубчатые структуры клипировали. При атипичных резекциях, а также при пересечении тонких краевых участков паренхимы для достижения гемо- и желчестазы применяли эндоскопические линейные сшивающие аппараты. Обширную резекционную раневую поверхность печени дополнительно обрабатывали аргонусиленной коагуляцией. В одном случае для укрытия раневой поверхности применена гемостатическая губка «Тахокомб». Препарат удаляли в контейнере через расширенный троакарный доступ в левом подреберье. В подавляющем большинстве случаев осложнений в раннем и отдаленном послеоперационных периодах не было. При этом срок послеоперационного стационарного лечения составил 4–5 сут. В одном наблюдении имело место длительное желчеистечение по страховочному дренажу из субсегментарного протока. Желчный свищ закрылся самостоятельно через 21 день.

Таким образом, повышение эффективности хирургического лечения больных с очаговыми образованиями печени благодаря использованию эндовидеохирургических методов диктует необходимость дальнейшего научно-клинического разрешения вопросов, касающихся условий, при которых возможна лапароскопическая резекция печени, показаний и противопоказаний к ней, а также ряда технических аспектов, касающихся эффективности и безопасности методов разделения печеночной паренхимы.

*Куканов М.А., Чалаев А.Г., Гончарук М.К.*

## **РОЛЬ МЕТОДОВ ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ РАДИОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМИ И МЕТАСТАТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ**

СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», г. Санкт-Петербург

Методы интервенционной радиологии применяются на всех этапах обследования и лечения пациентов с первичными и вторичными поражениями печени. Одни являются этапами комплексного специализированного лечения, другие вмешательства выполняются в плане паллиативной или симптоматической медицинской помощи.

**Цель** – показать востребованность методик интервенционной радиологии у пациентов с первич-

ными и вторичными опухолями печени на примере работы отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения СПб ГБУЗ «ГКОД».

**Материал и методы.** Проведена выборка и статистическая обработка данных операционных журналов отделения за 2010–2013 г. по всем эндоваскулярным и внесосудистым вмешательствам у пациентов с первичными и вторичными изменениями в печени.

**Результаты.** За период с 2010 по 2013 г. в условиях отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения СПб «ГКОД» выполнено 1719 вмешательств пациентам с первичными и вторичными поражениями печени, из них эндоваскулярных вмешательств 1462 (85%), а внесосудистых – 257 (15%) операций. В перечне эндоваскулярных вмешательств наиболее часто выполнялась диагностическая ангиография печени 785 (53,7 % от числа эндоваскулярных вмешательств), из них в 713 (90,8% от числа ДАГ печени) операциях применялась методика субтракционной и ротационной рентгенографии с артериальным контрастированием (методика 3D-или ПДКТ-артериогапатографии). При 68 ДАГ печени была выполнена трепан-биопсия образований с целью гистологической верификации опухоли. За указанный период было выполнено 677 (46,3% от числа эндоваскулярных вмешательств) лечебных эндоваскулярных вмешательств, из них 547 (80,8%) химиоэмболизаций печеночных артерий с лекарственно-насыщаемыми эмбосферами (микросферы, гепасферы), 80 (11,8%) масляных химиоэмболизаций печени с липиодолом, 33 (4,9%) химиоинфузии в артерии печени и 17 (2,5%) эмболизаций и химиоэмболизаций правой ветви воротной вены в предоперационном режиме. Из внесосудистых вмешательств наиболее часто выполнялось наружное холангиодренирование печеночных протоков при механической желтухе – 164 (63,8% от числа внесосудистых операций), наружно-внутреннее холангиодренирование выполнялось в 26 (10,1%) случаях, холецистостомия – в 13 (5,1%), стентирование желчных протоков – в 38 (14,9%) и дренирование патологических полостей печени – в 16 (6,1%). Клинически значимые осложнения были у 16 пациентов, из них 5 (0,29% от числа всех интервенционных вмешательств) пациентов с летальным исходом в послеоперационном периоде (1 – острый инфаркт миокарда; 1 – ТЭЛА; 3 – желчный перитонит на фоне смещения или самоудаления холангиодренажа).

**Заключение.** Методы интервенционной радиологии востребованы и надежно зарекомендовали себя в повседневной онкологической практике. Они обладают рядом преимуществ: малой травматичностью, селективностью воздействия, меньшим количеством осложнений, возможностью проведения повторных малоинвазивных операций или нескольких вмешательств одновременно, а также возможностью комбинирования с другими видами лечения (системной химиотерапией, лучевой терапией и т. д.). Все это позволяет повысить эффективность противоопухолевой терапии и сократить сроки восстановления и госпитализации онкологических больных.