

деструкции составила от 2 до 5 мин замораживания при температуре от -175 до -186°C . Число сеансов на 1 очаг варьировало от 1 до 9 (в среднем 3,4).

У 2 пациентов раком головки поджелудочной железы (ПЖ) с МТС в печени применяли одновременное криовоздействие на рак ПЖ и МТС в печени.

У 3 больных с ГЦР и у 1 с МТС колоректального рака криодеструкция была дополнена чрескожной алкоголизацией очагов в послеоперационном периоде. Всем больным в последующем была проведена адьювантная химиотерапия, в 6 случаях – дополненная региональной химиоэмболизацией.

Всем пациентам выполняли УЗ-исследование: до криовоздействия, интраоперационно и в послеоперационном периоде на 1, 3 и 7-е сутки после вмешательства. Кроме осмотра брюшной полости выполнялось и исследование плевральных полостей. Дооперационно УЗ-исследование позволяло четко определить характер поражения и локализовать зону воздействия.

Были определены следующие этапы УЗ-контроля и диагностические характеристики изменений, происходящих в тканях при криовоздействии: 1) навигация; 2) формирование «iceball»; 3) оттаивание; 4) после удаления аппликатора.

Для оценки адекватности выполнения криодеструкции применяли магнитно-резонансную томографию, желательна в первые сутки после воздействия.

Результаты. Нами были отмечены следующие осложнения криодеструкции: внутрибрюшное кровотечение ($n = 3$), нагноение послеоперационной раны ($n = 1$). В двух наблюдениях кровотечение потребовало релапаротомии, в одном случае гемостаз был осуществлен путем применения рентгенэндоваскулярных методик. Летальных исходов в послеоперационном периоде отмечено не было. Отмечавшийся в 5 наблюдениях умеренный гидроторакс не потребовал проведения пункционных вмешательств.

В отличие от довольно часто встречающегося асцита после криовоздействия на патологический очаг поджелудочной железы, проявление асцита после криодеструкции новообразования печени было отмечено лишь в 1 наблюдении.

Заключение. Ультразвуковой мониторинг является доступной, удобной и простой методикой контроля на всех этапах криодеструкции и в послеоперационном периоде у пациентов с первичным и метастатическим раком печени.

Вишневский В.А., Ионкин Д.А., Жаворонкова О.И., Шуракова А.Б., Чжао А.В.

МЕТАСТАЗЫ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ. АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛЯЦИИ

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, г. Москва

Цель – улучшение результатов лечения пациентов с метастазами колоректального рака в печени.

Материал и методы. С 2002 г. в институте накоплен опыт выполнения радиочастотной термоабляции (РЧА) у 128 больных с метастазами колоректального рака в печени. Из них 58 (45,3%) мужчин и 70 (54,7%) женщин; средний возраст составил $51,4 \pm 5,4$ (27–83) года. Показаниями к выполнению РЧА послужили: резидуальная или рецидивная опухоль после ранее проведенной РЧА или оперативного метода лечения, общие противопоказания к проведению резекции печени (тяжелое соматическое состояние больного, коагулопатия и т. д.), низкий функциональный резерв печени. Всем пациентам (кроме трех наблюдений) первым этапом производилось удаление первичной опухоли. Вмешательство производилось под ультразвуковым контролем. Всего было выполнено 224 сеансов РЧА. Чрескожная РЧА была выполнена в 189 наблюдениях. Среднее число сеансов $2,2 \pm 1,7$ (от 1 до 8). РЧА в открытом поле зрения была выполнена в 35 наблюдениях. Контроль эффективности производился с применением УЗИ, МРТ, начиная с первых суток после вмешательства. В дальнейшем на протяжении первого года УЗ-контроль выполнялся каждые 3 мес, МРТ – раз в полгода. В последующем контроль выполнялся раз в 6 мес. Всем больным в послеоперационном периоде проводилась адьювантная химиотерапия. Для сравнения использовались показатели выживаемости пациентов, перенесших резекционные вмешательства на печени.

Результаты. Среди послеоперационных осложнений наиболее часто отмечался экссудативный плеврит (19,2%). Среди тяжелых осложнений были отмечены следующие: внутрибрюшное кровотечение ($n = 2$; 0,9%), травма желчного пузыря ($n = 2$; 0,9%), гемобилия ($n = 2$; 0,9%), сочетанное повреждение желудка и подвздошной кишки ($n = 1$; 0,45%), изолированная травма желудка ($n = 1$; 0,45%), печеночная недостаточность ($n = 1$; 0,45%), и сердечно-легочная недостаточность ($n = 1$; 0,45%). Внутрибрюшное кровотечение и травматическое повреждение внутренних органов во всех случаях послужили показанием к выполнению ларапаротомии. Оба случая гемобилии были излечены с применением рентгенэндоваскулярных методик. В 4 (1,78%) наблюдениях были отмечены ожоги в местах стояния пассивных электродов. 2 (1,08%) больных умерли в первые 2 мес после вмешательства (один – в результате полиорганной недостаточности, второй – после неоднократных релапаротомий при множественном повреждении органов брюшной полости).

В сроки 6–8 мес у 63% больных возникли новые очаги, несмотря на проводимую химиотерапию и повторные сеансы РЧА, в том числе у 26% – внутрипеченочные, у 34% – внепеченочные (в первую очередь, в легкие) и у 45,8% – внутри- и внепеченочные.

После ЧРЧА 1-, 2-, 3-, 4- и 5-летняя выживаемость составили 84,2; 55,7; 39,7; 29,7 и 16,3% соответственно. Медиана выживаемости составила 32 мес.

Заключение. Применение РЧА у больных с терминальными стадиями колоректального рака при тяжелом соматическом состоянии либо при декомпенсированных сопутствующих заболеваниях позволяет обеспечить 5-летнюю выживаемость у 16,3% больных. Небольшое число тяжелых послеоперационных осложнений позволяет рекомендовать РЧА к широкому применению у больных с метастазами колоректального рака в печень. Необходим дальнейший поиск новых вариантов комбинированного лечения пациентов данной группы.