

КРР было выполнено сочетание КД поверхностного узла, расположенного на ветви воротной вены ( $n = 2$ ), на печеночной вене ( $n = 1$ ) с РЧА интрапаренхиматозных очагов.

3. При отказе от резекции по поводу ГЦР размерами 5 x 6 см в связи с выраженными цирротическими изменениями очаг IV ст. по периферии был обработан при помощи РЧА, а сам подвергнут КД ( $n = 1$ ).

4. Комбинация правой гемигепатэктомии с РЧА интрапаренхиматозного метастаза (2,5 см) с криодеструкцией подкапсульного метастаза, расположенного непосредственно на левой ветви воротной вены ( $n = 1$ ).

5. Сочетание чрескожной РЧА интрапаренхиматозных метастазов с СВЧ-абляцией метастаза, окутывающего правую воротную вену ( $n = 1$ ).

6. При множественном поражении печени, когда один из патологических очагов трудно доступен для аппаратов «Крио-МТ» и «КРИО-01», оправдано их применение в сочетании с пористо-проницаемыми аппликаторами из никелида-титана ( $n = 3$ ).

Важно, что в последние годы всем больным после различных вмешательств на печени в последующем производится адьювантная химиотерапия, которая в 6 случаях была дополнена региональной химиоэмболизацией.

**Результаты.** Ближайший послеоперационный период у всех больных протекал без особенностей. Отмечавшийся в двух наблюдениях умеренный гидроторакс был излечен пункционно. Раны зажили первичным натяжением. При контроле через 2, 4, 6 мес признаков продолженного роста и иных проявлений прогрессирования ракового процесса выявлено не было.

**Заключение.** Результаты лечения больных новообразованиями печени с применением различных методов локальной деструкции, а также их комбинации, как и при резекции печени, зависят от факторов прогноза: периода выявления метастазов, локализации, количества и размеров опухолевых узлов. Криодеструкция должна занять свое достойное место в лечении первичного и метастатического рака печени и рассматриваться как разумная альтернатива существующим хирургическим методам либо как компонент комбинированного лечения.

*Шабунин А.В., Бедин В.В., Греков Д.Н., Тавобилов М.М., Дроздов П.А.*

## МИКРОВОЛНОВАЯ И РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ И МЕТАСТАТИЧЕСКИМ РАКОМ ПЕЧЕНИ

ГУЗ города Москвы «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина» Департамента здравоохранения города Москвы; ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, кафедра госпитальной хирургии, г. Москва

**Актуальность.** Ежегодно регистрируется рост заболеваемости первичным и метастатическим раком печени. Несмотря на успехи химиотерапии, только в сочетании с хирургическим лечением возможно добиться увеличения продолжительности жизни этой категории больных. Оперативное лечение (анатомическая либо атипичная резекция печени) выполнимо лишь у 5–25% больных из-за распространенности процесса, недостаточного объема остающейся части печени, сопутствующей патологии. Поэтому в лечении этих больных широко стали применяться методы локальной деструкции опухолевых узлов как в дополнение к хирургическому лечению, так и при самостоятельном способе лечения.

**Материал и методы.** С мая 2007 г. по январь 2014 г. в отделении хирургии печени и поджелудочной железы на стационарном лечении находились 417 больных с первичным и метастатическим раком печени. С мая 2007 г. проводили радиочастотную абляцию, с августа 2012 г. проводили СВЧ-абляцию. Всего пролечено 48 пациентов (РЧА-абляция – 30, СВЧ-абляция – 18), из них 35 (72,9%) женщин, 13 (27,1%) мужчин в возрасте от 36 до 77 лет, средний возраст составил  $58,3 \pm 10,2$  года. При метастатическом колоректальном раке (КРР) методы локальной деструкции применяли в следующих случаях: совместно с резекционными вмешательствами при наличии единичных нерезектабельных интрапаренхиматозных очагов в контралатеральной доле печени; как самостоятельный метод лечения при наличии противопоказаний к резекционному вмешательству под УЗ-контролем или же при отказе больного от него. При метастазах рака молочной железы, матки, нейроэндокринных опухолей абляцию использовали как самостоятельный метод лечения при наличии доступного «эхо-окна». При первичном раке печени абляцию применяли как самостоятельный метод лечения при наличии цирроза класса В по Child-Pugh, либо при наличии противопоказаний к оперативному вмешательству. По локализации первичного очага больные были разделены следующим образом. Метастатический рак печени у 41 (85,4%): метастазы колоректального рака у 19 (39,5%), метастазы рака молочной железы у 13 (27%), метастазы рака почки у 2 (4,16%), метастазы рака желудка у 2 (4,16%), метастазы рака других нозологий у 5 (10,4%). Первичный рак печени у 7 больных (14,5%): 5 с гепатоцеллюлярной карциномой (10,4%), 2 с холангиокарциномой (4,16%).

Средний размер опухолевых узлов составил  $27,06 \pm 13,83$  мм. Если размер очага превышал 3 см, абляция проводилась из нескольких точек: у 12 (25%) пациентов абляция выполнена из 2 точек, средний размер составил  $40,75 \pm 10,23$  мм, у 3 (6,25%) больных абляция выполнена из 3 точек, средний размер образования составил  $66,44 \pm 20,32$  мм. Чрескожный метод абляции применен у 28 (58,3%) больных, интраоперационная абляция выполнена 20 (41,6%) пациентам, из них в сочетании с резекционными способами лечения 14 (29,1%) больным. Всем больным проводилась системная химиотерапия.

**Результаты.** Следует отметить, что летальных исходов и специфических осложнений не было. Постабляционный синдром имел место у всех больных, по шкале боли соответствовал 2–3 баллам (0–10). На фоне консервативной терапии постабляционный синдром купировался в течение 2–3 сут. Повышение уровня печеночных ферментов не превышало 100 Ед/л. В группе пациентов с первичным раком печени срок наблюдения составил от 5 до 60 мес, летальных исходов не зафиксировано. Выживаемость при метастазах в печени рака молочной железы составила: 1-летняя 87%, 2-летняя 40,2%. У пациентов с метастазами КРР, которым была выполнена резекция печени в сочетании с интраоперационной абляцией, 1, 2, 3, 4-летняя выживаемость составила 100; 100; 66,6; 25% соответственно. При чрескожной абляции под УЗ-контролем у больных с метастазами КРР 1, 2, 3-летняя выживаемость составила 100; 100; 50% соответственно.

**Заключение.** Таким образом СВЧ и РЧ-абляция являются безопасным и эффективным способом лечения больных с опухолевыми поражениями печени, который позволяет улучшить результаты лечения у этой сложной категории больных.

*Шостка К.Г., Мулендеев С.В., Павленко А.Н., Роман Л.Д.*

## ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ

ГБУЗ «Ленинградский областной онкологический диспансер», г. Санкт-Петербург

Колоректальный рак является одним из наиболее распространенных онкологических заболеваний: по частоте встречаемости он находится на 3-м месте у мужчин и на 2-м – у женщин (Jemal A. и соавт., 2011; Smith R.A. и соавт., 2013). Опухоль имеет высокий потенциал метастазирования. Наиболее часто органом-мишенью для метастазов становится печень. По разным оценкам, от 25 до 33% больных имеют метастазы в печень на момент первичной диагностики колоректального рака, у 30–35% метастазы обнаруживаются в процессе лечения (Kopetz S. и соавт., 2009; Mayo S., Pawlik T., 2009; Ismaili N., 2011).

**Цель работы** — оценка и улучшение результатов хирургического лечения больных с метастазами колоректального рака в печени.

**Материал и методы.** Проведен анализ хирургического лечения 258 больных по поводу метастатического колоректального рака с поражением печени в Ленинградском областном онкологическом диспансере в период с 2007 по 2013 г.

У 200 больных произведено удаление первичного очага, из них 68 больным выполнены резекционные вмешательства на печени симультанно, у 52 – в связи с прогрессированием заболевания и

проведенной химиотерапией вторым этапом. Объемы оперативных вмешательств включали 33 гемигепатэктомии (ГГЭ), 39 сегментарных резекций печени и 6 радиочастотных термоабляций. Резекционные вмешательства проводились при помощи водоструйного диссектора (ERBE JET). ГГЭ выполнялись при монолобарном поражении. Правосторонних ГГЭ выполнено 26, левосторонних – 7. По количеству удаляемых сегментов пациенты распределились следующим образом – резекция 1 сегмента выполнена 19 (48%) больным, бисегментэктомия – 18 (46%), трисегментэктомия – 1 (3%), резекция 5 сегментов – 1 (3%). У 28 больных резекция печени была произведена одномоментно с удалением первичного очага, из них у 10 (36%) первичная опухоль распространялась на соседние органы, что потребовало выполнения одномоментных комбинированных операций, у 12 больных операция на печени была выполнена вторым этапом. Двухэтапные операции (первый этап – удаление первичной опухоли, второй этап – резекция печени) выполнялись пациентам с выраженной соматической сопутствующей патологией после стабилизации состояния и проведения химиотерапии с целью уменьшения объема метастатических узлов печени (27 больных).

**Результаты.** Послеоперационные осложнения после резекционных вмешательств констатированы у 10 (15%) больных, летальность в раннем послеоперационном периоде составила 5%. Статистически достоверной разницы послеоперационных осложнений между двумя группами пациентов выявлено не было.

**Заключение.** Комплексный подход в лечении колоректального рака с метастазами в печени позволяет добиться лучших результатов. Применительно к случаям колоректального рака с метастазами в печени алгоритм лечения обязательно должен включать хирургическое вмешательство как на кишечнике, так и на печени. Выполнение симультанных резекционных вмешательств на печени является оправданным, не ведет к статистически достоверному повышению числа осложнений. У больных с выраженной сопутствующей патологией и недостаточным объемом здоровой ткани печени целесообразно разделение оперативного пособия на два этапа.

*Шуракова А.Б., Ионкин Д.А.*

## ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ КАК МЕТОДА ОЦЕНКИ ПОЛНОТЫ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

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

**Введение.** Акцент в лечении больных с метастазами колоректального рака в печень постепенно смещается от хирургического удаления изолиро-