

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-

ванного очагового поражения и сугубо паллиативной химиотерапии при множественном поражении к активному внедрению малоинвазивных технологий лечения очаговых образований печени. Целью этой стратегии является не только увеличение продолжительности жизни и периода без проявлений прогрессирования процесса, но и возможное выздоровление.

Материал и методы. С 2002 г. в институте накоплен опыт выполнения радиочастотной термоабляции (РЧА) у 196 больных первичным и метастатическим раком печени. На до- и послеоперативном этапе всем пациентам выполнялась магнитно-резонансная томография на томографе Philips Intera с напряженностью магнитного поля 1Т и использованием гибкой поверхностной катушки Synergy Body. Применялись следующие последовательности – STIR и T1/FFE/ір в аксиальной проекции, SPIR в сагиттальной плоскости и b-TFE в коронарной. При этом режимы STIR и SPIR проводились с использованием дыхательного датчика, а T1/FFE/ір и b-TFE – на задержке дыхания.

Результаты. Полная деструкция образования печени на первые-вторые сутки после операции выглядела округлой формы зоной, заполненной девитализированными тканями с гиперинтенсивным сигналом в последовательностях T1/FFE/ір и b-TFE и гипоинтенсивным в последовательностях STIR и SPIR, перифокальными экссудативными изменениями паренхимы. Через месяц после вмешательства зона РЧА визуализировалась

с аналогичными сигнальными характеристиками, по периферии определялся ободок фиброзных изменений. При неполной деструкции в первые сутки перифокально определялся гиперинтенсивный на STIR и SPIR участок резидуальной опухолевой ткани, в других режимах остаточный опухолевый фрагмент выглядел гипоинтенсивным. Последующее динамическое наблюдение с кратностью 3 мес позволило выявлять на раннем этапе перифокальную опухолевую прогрессию. Опухолевая ткань дифференцировалась в виде неправильной формы участка, расположенного в непосредственной близости от очага деструкции. В единичных случаях (18 больных) опухолевый узел определялся в зоне деструкции, что, как правило, было обусловлено неполной абляцией опухоли.

Заключение. У пациентов со злокачественными образованиями печени, которым планируется выполнение РЧА, необходимо выполнение алгоритма магнитно-резонансной томографии с использованием импульсных последовательностей STIR, SPIR, T1/FFE/ір и b-TFE. Необходимо выполнение исследования на дооперационном этапе и после деструкции патологического очага с наблюдением временного интервала – первые сутки после вмешательства, через месяц и последующее динамическое наблюдение каждые 3 мес. Высокоинформативный метод МРТ позволяет наиболее достоверно оценить динамику развития поражения печени и осуществлять мониторинг за зоной деструкции.

Уважаемые читатели!

ОАО «Издательство «Медицина» уведомляет вас о том, что с 14 марта 2014 года адрес местонахождения издательства:

**109029, г. Москва, ул. Скотопрогонная, д. 29/1
(Автомобильный проезд, д. 1), подъезд №15**

Почтовый адрес для отправки корреспонденции:

115088, г. Москва, ул. Новоостاپовская, д. 15, стр.14

Телефон редакции «Российского онкологического журнала»:

+7 495 678 63 95

E-mail: rus.j.oncol@idm.msk.ru