

*Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Слободяник А.В., Смо-  
родский 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%). Гастрэктомию и субтотальную резекцию желудка дополнили 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  $16 \pm 4$  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  $47,2 \pm 12,2\%$ , 5-летняя –  $33,7 \pm 11,9\%$ .

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.

*Котив 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-