

мес после операции данных, указывающих на местную прогрессию, не получено ни у одного больного. Через 3 мес отмечен продолженный рост в зоне РЧА у тех пациентов, у которых размер образования на момент операции был более 5 см.

**Заключение.** Предварительно выполненная ЭПА перед РЧА редуцирует кровоток в печени, позволяя подвергать абляции новообразования большего размера при одинаковом времени экспозиции электрода в опухоли.

*Соловьев И.А., Васильченко М.В., Лычев А.Б., Колунов А.В., Навматуля А.В., Савченков Д.К.*

## **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ**

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

**Цель исследования** – оптимизация хирургического лечения больных местнораспространенным раком прямой кишки.

**Материал и методы.** За период 2010–2014 г. на лечении в клинике находились 63 больных местнораспространенным раком прямой кишки. У 6 (9,5%) больных в предоперационном периоде были выявлены единичные метастазы в печени. У этих пациентов стадия онкологического процесса соответствовала T3-4N1-2M1. По клиническим и лабораторно-инструментальным данным, признаков печеночной недостаточности не было. Объем поражения печени составил от 5,0 до 20,0%. Средний возраст составил  $58,2 \pm 6,3$  года (от 54 до 68 лет). 1 больному выполнена расширенная брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, 1 – тотальная эвисцерация органов малого таза, 2 – задняя надлеваторная эвисцерация органов малого таза, 2 – комбинированная операция: передняя резекция прямой кишки с резекцией задней стенки мочевого пузыря и формированием микроцистиса. По результатам гистологического заключения высокодифференцированная аденокарцинома была выявлена у 1 пациента, умеренно дифференцированная – у 2 и низкодифференцированная аденокарцинома – у 3 больных.

**Результаты.** При наличии единичных метастазов в одной или обеих долях печени выполняли паренхимосохраняющую резекцию печени, отступая от края опухоли на 1,0 см (3 больных), в остальных случаях интраоперационно выполняли взятие биопсии (3 пациента). Во всех случаях объем поражения печени не превышал 20,0%. Средняя продолжительность операции составила  $5,2 \pm 1,1$  ч. Средний объем кровопотери – 400 мл (от 200 до 750 мл). Послеоперационные осложнения были выявлены в 4 (66,7%) наблюдениях. В структуре ранних после-

операционных осложнений преобладали гнойно-воспалительные процессы, они были отмечены у 3 больных. У одного пациента на 8-е сутки после операции диагностирована несостоятельность сигмо-ректоанастомоза. Послеоперационная летальность у данной категории больных составила 0%. Отмечено, что у больных местнораспространенным раком прямой кишки с метастазами в печени течение послеоперационного периода и частота послеоперационных осложнений не отличалась от таковых у больных без метастазов.

**Заключение.** Наличие единичных метастазов в печени при отсутствии клинических и лабораторно-инструментальных данных печеночной недостаточности у больных местнораспространенным раком прямой кишки не является противопоказанием для проведения операций в полном объеме.

*Соловьев И.А., Дымников Д.А., Савченков Д.К., Васильченко М.В.*

## **ВОЗМОЖНОСТИ ЧРЕСКОЖНОГО ЧРЕСПЕЧЕНОЧНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ОПУХОЛЯХ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ С ВТОРИЧНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ**

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

**Актуальность.** В настоящее время, к сожалению, наибольшая часть больных старшей возрастной группы (старше 60 лет) с опухолями гепато-панкреато-дуоденальной зоны (ГПДЗ) по разным причинам не может рассчитывать на радикальное лечение. По данным Российского центра информационных технологий и эпидемиологических исследований в области онкологии, в 2012 г. в Российской Федерации показатели несвоевременной диагностики (выявления злокачественной опухоли при наличии отдаленных метастазов) максимальны для новообразований поджелудочной железы: среднероссийский показатель – 60,3%. Более чем в 95% случаев первым проявлением опухолей ГПДЗ является развитие синдрома механической желтухи, в результате чего больные поступают по экстренным показаниям, нередко – в тяжелом состоянии вследствие выраженной интоксикации.

Из-за наличия сопутствующих заболеваний хирургическое лечение пациентов старшей возрастной группы представляет особые трудности, однако по мере совершенствования методов анестезиологического пособия и интенсивной терапии предельный возраст оперируемых больных постоянно

увеличивается. Появление новых методов лечения также требует уточнения их места применительно ко больным старшей возрастной группы.

**Цель настоящего исследования** – оценить непосредственные результаты чрескожного чреспеченочного дренирования (ЧЧД) желчных протоков при опухолях ГПДЗ с метастатическим поражением печени у пациентов старшей возрастной группы.

**Материал и методы.** Рассмотрены случаи ЧЧД желчных протоков как первого этапа помощи пациентам с опухолями органов ГПДЗ. В период с 2011 г. по настоящее время проведено лечение 19 пациентов старшей возрастной группы с опухолями органов ГПДЗ с метастатическим поражением печени. Возраст пациентов от 60 до 84 лет, средний возраст 67 лет. Из них 14 (74 %) пациентов женского пола, 5 (26%) пациентов мужского пола. При диагностике распространения опухолевого поражения использовали УЗИ, мультиспиральную компьютерную томографию с ангиографией, магнитно-резонансную холангиопанкреатографию, ЭндоУЗИ. Оперативное лечение выполнялось под местной анестезией с седатированием пациентов и однократным предоперационным обезболиванием опиоидными анальгетиками. Процедура выполнялась по методикам Сельдингера и катетеризации внутрипеченочных желчных протоков с помощью стилет-катетера. Пункция протока выполнялась под УЗ-навигацией, дальнейшие манипуляции проводили под рентгенологическим контролем.

**Результаты.** В 11 случаях первичная опухоль локализовалась в головке поджелудочной железы, в 3 случаях – опухоль большого сосочка двенадцатиперстной кишки, в 5 случаях – опухоль внепеченочных желчных протоков. Во всех случаях метастатическое поражение печени носило биллобарный характер, размер метастатических узлов до 4 см в диаметре. Чрескожные чреспеченочные вмешательства выполнялись по поводу механической желтухи при условии расширения внутрипеченочных протоков свыше 5 мм. Наиболее часто выполняли наружное желчеотведение – выполнено у 13 пациентов, наружно-внутреннее – у 6 пациентов. Осложнений непосредственно связанных с пункцией печени (кровотечения, желчеистечение в брюшную полость, образования гематом и абсцессов), не было. У 4 (21%) пациентов отмечали гипертермию в послеоперационном периоде. У 3 (15,7%) пациентов констатировали нарастание печеночной недостаточности. Вследствие длительного течения желтухи средней и тяжелой степени с развитием полиорганной недостаточности умерли 2 пациента.

**Заключение.** В связи с тем что чрескожные чреспеченочные вмешательства малотравматичны и не требуют общего обезболивания, они являются методом выбора паллиативного желчеотведения у пациентов старшей возрастной группы с опухолями органов ГПДЗ и метастатическим поражением печени.

<sup>1,2</sup>Стрижаков Г.Н., <sup>1,2</sup>Максимов М.О.

## СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

<sup>1</sup>ФГБОУ ВПО «Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова»; <sup>2</sup>ГБУЗ Республики Хакасия «Клинический онкологический диспансер», г. Абакан

**Актуальность.** Лечение больных с метастатическим поражением печени при колоректальном раке является одной из важных проблем клинической онкологии. Широкое внедрение в клиническую практику компьютерной и магнитно-резонансной томографии ежегодно увеличивает количество выявленных таких пациентов.

Наиболее эффективным методом, позволяющим добиться длительного выживания при метастатическом поражении печени при колоректальном раке, является хирургический. Послеоперационная летальность, по данным различных авторов, не превышает 5–8%. В некоторых случаях распространенность поражения печени, к сожалению, исключает возможность хирургического вмешательства. Для лечения нерезектабельных поражений печени используется химиотерапия. Большие надежды на лечение таких пациентов связаны с внедрением в схемы лечения таргетных препаратов (цетуксимаб, бевацизумаб). Эффективность современных препаратов делает возможным проведение химиотерапии в неoadьювантном режиме, что способствует увеличению курабельности больных с поражениями печени и их выживаемости.

**Цель настоящего исследования** – оценка непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения метастазов колоректального рака в печень и сравнительная оценка времени безрецидивной и общей выживаемости у больных, которым после проведенной резекции печени проводилась химиотерапия с включением авастина и без него.

**Материал и методы.** В период с 2009 по 2013 г. в условиях онкологического диспансера прошли лечение 34 пациента с метастатическим поражением печени при колоректальном раке. Возраст больных был от 31 года до 75 лет, средний возраст составил 56 лет. Из 34 больных 16 пациентов вошли в исследование с первично распространенным колоректальным раком и метастазами в печени, потребовавших выполнения одномоментных комбинированных операций. 18 больных включены с прогрессированием заболевания в виде метастатического поражения печени после проведенного лечения рака прямой и толстой кишки. У всех пациентов, включенных в исследование, метастатическое поражение печени было подтверждено гистологически. После выполнения хирургического этапа проводилась системная химиотерапия (режим клиники Мейо, FOLFOX, XELOX, кселода в монорежиме). При обширных поражениях печени в качестве адьювантного лечения в сочетании со стандартными схемами химиотерапии использовалась таргетная терапия бевацизумабом. Показания