

всего спектра комбинированного лечения, включая резекции печени, позволяет 5-летнюю выживаемость приблизить к 50% (Hardy K. и соавт., 1998; Minagawa M. и соавт., 2000; Ruers T. и соавт., 2002).

За период с 2000 по 2014 г. в клиниках кафедры факультетской хирургии им. И.И. Грекова, СЗГМУ им. И.И. Мечникова по поводу очаговых заболеваний печени различной природы хирургическое лечение предпринято у 71 пациента. Наибольшее число хирургических вмешательств – 39 (55%) по поводу метастатических поражений печени. Из 13 оперированных по поводу первичных опухолей у 5 они оказались доброкачественными, у 8 – злокачественными.

Изолированные поражения правой доли печени были обнаружены у 30(41,4%) больных. В 28(39,6%) случаях патологические очаги располагались как в правой, так и в левой доле. Таким образом, в большинстве случаев имело место преимущественное поражение правой доли печени. У больных с поражением обеих долей печени хирургическое лечение удалось выполнить только в 7 случаях. У 16 больных оно носило диагностический характер, в связи с распространенностью процесса, у 5 ограничилось химиоэмболизацией, перевязкой печеночной артерии.

Пациентам выполнялись хирургические вмешательства различного объема. Необходимость правосторонней гемигепатэктомии возникла в двух случаях. Это были пациенты с одним крупным метастатическим узлом в правой доле, причиной которого явилась опухоль толстой кишки. Левая доля печени была резецирована у 4 больных. В двух случаях причиной ее поражения явились злокачественные опухоли (первичная, у пациентки 22 лет, и метастатическая, после операции по поводу колоректального рака).

Удаление одного или нескольких сегментов печени произведено 16 больным. Среди причин, определявших избранный объем хирургического лечения, были как степень распространенности опухоли, так и состояние пациента.

Десяти пациентам с распространенными вторичными опухолями выполнена химиоэмболизация и перевязка печеночной артерии.

У 23 пациентов, несмотря на использование современных методов обследования, признаки распространенного процесса были определены только во время операции, что заставило отказаться от радикального хирургического вмешательства. Это в первую очередь вовлечение в опухолевый конгломерат сосудов ворот печени, нижней полой вены, что является абсолютным противопоказанием к резекции. От резекции воздерживались у лиц с выраженным циррозом печени, страдающих тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Результаты наших исследований подтверждают данные литературы (Bartolozzi S., 1995; Fujiyama S., 1995; Ruers T. и соавт., 2002) и указывают на необходимость продолжения поиска наиболее достоверных диагностических приемов, позволяющих до операции установить точный диагноз, степень распространенности поражения, чтобы определить адекватный способ оказания медицинской помощи и избежать хирургической травмы.

В сомнительных случаях для установления степени распространенности процесса в диагностический алгоритм целесообразно включать лапароскопию

или использовать этот эндоскопический метод перед запланированной операцией на печени, что позволит в ряде случаев исключить хирургическую травму в группе инкурабельных больных.

Опасность возникновения послеоперационных осложнений, таких как кровотечение из культи печени, желчные перитониты, желчные свищи, поддиафрагмальные абсцессы, секвестрации участков печени, является сдерживающим фактором для проведения расширенных хирургических вмешательств на печени. В непосредственной связи с тяжестью послеоперационных осложнений стоит летальность после резекции печени. Диапазон ее, согласно данным литературы, колеблется от 3,5 до 21,8%, а при больших и предельно больших резекциях печени достигает 30–50% [Beasley R., Hwang L.Y., 1991; Oka H. и соавт., 1990]. Среди наших пациентов в раннем послеоперационном периоде после расширенной правосторонней гемигепатэктомии зафиксирован один летальный исход, причиной которого явилась массивная кровопотеря из культи печени с присоединением в послеоперационном периоде ДВС-синдрома.

Таким образом, предпринимая хирургическое вмешательство по поводу МТС печени, хирург обязан не только знать уровень их злокачественности, резервы больного, но и оценить степень их распространенности неинвазивными или малоинвазивными методами.

¹Зорина Е.Ю., ²Орлова Р.В., ¹Фридман М.Х., ³Хрыков Г.Н.

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ

¹СПб ГУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»; ²Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова; ³ФГК ВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России, г. Санкт-Петербург

Актуальность. На сегодняшний день в практической деятельности онкологов нет единого мнения о тактике лечения резектабельных метастазов печени колоректального рака. Подходы к лечению этой категории пациентов активно обсуждаются в литературе отечественных и зарубежных авторов. Условно их можно разделить на две категории: «хирургическая тактика», которую активно лоббируют онкохирурги, призывая первым этапом к выполнению хирургического лечения и последующим консолидирующим курсам химиотерапии (ХТ), и «химиотерапевтическая тактика», за которую выступают химиотерапевты, настаивая на обязательной предоперационной ХТ. Крайне редко в обсуждениях вопроса о верной стратегии ведения этой группы больных встречается упоминание об агрессивности опухолевого процесса как об одном из факторов, влияющих на выбор тактики лечения пациентов с резектабельными метастазами колоректального рака в печени.

Опираясь на наш клинический опыт, мы считаем, что оценка агрессивности течения опухолевого

процесса является не менее значимой, чем размеры и локализация метастазов, общесоматический статус пациента, степень дифференцировки первичной опухоли. С точки зрения естественного развития опухолевого заболевания пациенты с диссеминированным колоректальным раком представляют собой гетерогенную группу. Мы выделяем три варианта течения опухолевого процесса; благоприятное, группу промежуточного прогноза, неблагоприятное течение. В группе благоприятного прогноза пациенты будут демонстрировать медленное развитие метастатического поражения, стабилизацию опухолевого процесса в ответ на ХТ, высокую медиану выживаемости (МВ) – 20 мес и более. Пациенты из группы промежуточного прогноза без лечения имеют МВ 7 мес, с применением ХТ МВ возрастает от 10 до 18 мес. Пациенты из группы неблагоприятного прогноза демонстрируют устойчивость к цитостатическому лечению, опухолевый процесс у них протекает стремительно, МВ менее 6 мес. Для определения агрессивности течения опухолевого процесса мы проводили молекулярно-генетическое исследование опухолевой ткани с целью формирования групп прогноза по течению злокачественного процесса.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 53 пациентов с диссеминированным колоректальным раком с локализацией метастазов в печени, находившихся на лечении в СПб ГБУЗ ГКОД с 2008 по 2012 г. С помощью молекулярно-генетического исследования опухолевой ткани определены прогностические факторы. Пациенты были разделены на 3 группы по прогнозу заболевания: в группе благоприятного прогноза – 21 пациент, в группе промежуточного прогноза – 24 пациента, в группе неблагоприятного прогноза – 9 пациентов. В каждой группе пациенты распределились на две подгруппы: 1-я – получившие сначала хирургическое лечение, затем ХТ и 2-я – получавшие первым этапом ХТ, затем хирургическое лечение и консолидирующие циклы ХТ.

Результаты. В группе неблагоприятного прогноза проведение предоперационной ХТ и хирургическое лечение метастазов значимо не влияло на время до прогрессирования заболевания, которое зафиксировано в сроки от 2 до 5 мес, МВ 6,4 мес. У всех пациентов объективного ответа на ХТ не было.

В группе промежуточного прогноза у больных, которые получили предоперационную индивидуализированную ХТ прогрессирование заболевание зарегистрировано у 33% пациентов в сроки от 9 до 28 мес, у 67% сохранялась ремиссия. От прогрессирования заболевания умерли 18,7%, МВ составила 36,6 мес. У пациентов, которые первым этапом получили хирургическое лечение, а затем ХТ МВ составила 15,8 мес, под наблюдением без признаков прогрессирования находится 12,5%, умерли по причине прогрессирования заболевания 87,5%.

В группе благоприятного прогноза достоверных различий от очередности противоопухолевого лечения не было зафиксировано. У 15% пациентов МВ составила 84 мес, 85% пациентов находятся под наблюдением. Достоверных различий во времени до прогрессирования заболевания нет, 50% пациентов находятся в ремиссии, сроки наблюдения от 24 до 72 мес.

Заключение. Агрессивность опухолевого про-

цесса диктует тактику лечения: в группе благоприятного прогноза пациентам показано сначала хирургическое лечение метастатического поражения печени, в группе промежуточного прогноза периоперационная ХТ, которая достоверно увеличивает МВ и время до прогрессирования, у пациентов из группы неблагоприятного прогноза циторедуктивное хирургическое лечение и ХТ не увеличивают общую выживаемость.

¹Ионкин Д.А., ¹Чжао А.В., ²Кунгурцев С.В.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КРИОДЕСТРУКЦИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

¹ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России; ²Инновационная компания «Биомедстандарт», г. Москва

Цель – улучшение результатов лечения пациентов со злокачественными новообразованиями печени.

Материал и методы. В Институте хирургии им. А.В. Вишневского криохирургия применяется с конца 2000 г. Начало использования данной методики при новообразованиях печени было начато с применением установки ERBE CRYUO 6 (Германия). Криодеструкция при помощи этой установки ERBE CRYUO 6 может осуществляться как из классических, так и из чрескожных доступов под ультразвуковым наведением. Было выполнено 6 лапароскопических операций с применением криодействия: при метастазах колоректального рака ($n = 4$), метастазах рака желудка ($n = 1$), при раке желчного пузыря после выполнения холецистэктомии ($n = 1$).

Начиная с 2013 г. в институте начато использование нового отечественного криохирургического аппарата «КРИО-01» «ЕЛАМЕД», разработанного на Елатомском приборном заводе совместно с компанией «Биомедстандарт», отличающегося от установки «Крио-МТ». У данного прибора значительно короче подготовительный период, меньший объем потребляемого жидкого азота. В новой установке учтены недостатки предыдущих приборов, кроме того, она оснащена более удобными криозондами и для лапароскопических вмешательств. С применением данной криоустановки было выполнено 2 лапароскопических вмешательства по поводу метастазов колоректального рака в печени.

Результаты. Было отмечено, что с применением установки ERBE CRYUO 6 невозможно добиться заявленной фирмой-производителем температуры, чаще охлаждение опухоли ограничивалось -50°C . Нередко возникала необходимость дополнительно использовать локальные гемостатические средства. Было отмечено большое число осложнений ($n = 14$), в том числе таких, как внутрибрюшное кровотечение ($n = 2$), абсцессы печени ($n = 2$), тромбоз нижней полой вены ($n = 1$), почечная недостаточность при центральной локализации патологического очага ($n = 1$), выраженный асцит ($n = 2$), гидроторакс ($n = 3$).

Все это, включая значительную продолжитель-