

5. A comparison of sclerotherapy with staple transection of the oesophagus for the emergency control of bleeding from oesophageal varices / A.K. Burroughs, G. Hamilton, A. Phillips. et al. // N. Engl. J. Med. – 1989. – Vol. 321. – N 13. – P. 857.
6. Acute bleeding varices: a 5-year prospective evaluation of tamponade and sclerotherapy / J. Terblanche, H.I. Yakoob, P.C. Bornman et al // Ann Surg. – 1981. – P. 194, 521–530.
7. Creation of an intrahepatic portosystemic shunt with a Gruntzig balloon catheter / R.F. Colapinto, R. D. Stronell, S.I. Birch et al. // Can Med Assoc J. – 1982. – V. 126.
8. Current practice of TIPS. / P. Hulek, A. Kraina // Progresstick Hradec Kralove, Czech Republik. – 2001.
9. Endoscopic sclerotherapy versus portacaval shunt in patients with severe cirrhosis and acute variceal hemorrhage, long-term follow up / J. Cello, X. Grendall, R. Crass et al. // N. Engl. J. Med. – 1987. – Vol.3 16. – N1. – P. 11–15.
10. Portal Hypertension / J. Bosch, M. Navasa, Garcia-Pagan JC et al. // Med.Clin.North Am. – 1989 – P. 73.
11. Portal hypertension: pathology, evaluation and treatment / Arun J. Sanyal, Vijay H. Shah. // Humana Press. – 2005. – P. 515.
12. Results in 100 consecutive patients with stapled oesophageal transection for varices / R.A. Spence, G.W. Johnson // Surg. Gynecol. Obstet. – 1985. – Vol. 160. – N4. – P.323–329.

ХИМИОИНФУЗИЯ В ПЕЧЕНОЧНУЮ АРТЕРИЮ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПЕЧЕНИ

*Нартайлаков М.А., Мухамедьянов И.Ф., Грицаенко А.И.,
Галимов И.И., Рахимов Р.Р.*

*Башкирский государственный медицинский университет,
Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, г. Уфа*

Цель – определить место рентгенэндоваскулярной регионарной химиотерапии (РЭРХТ) в комплексном хирургическом лечении метастатического рака печени.

Материалы и методы. В Республиканском центре хирургической гепатологии на базе РКБ им. Г.Г. Куватова за последние 10 лет (2000–2009 годы) находились на лечении 183 больных с метастатическим раком печени, в возрасте от 20 до 80 (в среднем $50,0 \pm 5,3$) лет. Мужчин было 81, женщин – 102 (соотношение 1:1,25). Преобладали метастазы колоректального рака (60 больных, или 32,7% от общего числа больных с метастазами в печень). Количество метастазов поддавалось подсчету у 80 (43,7%) больных, и составило от 1 до 17 (в среднем 1,5 узла на 1 пациента). У 103 (56,3%) больных множественные метастазы в печени не поддавались подсчету. Размеры узлов варьировали от 0,5 до 28 см. 46 (25,1%) больным выполнены циторедуктивные паллиативные вмешательства без резекции печени (в основном – желчевыводящие операции – 25, алкоголизация узлов печени – 5, радиочастотная абляция узлов – 1, циторедуктивная гастропанкреатодуоденальная резекция – 1, биопсия печени – 13). 94 (51,4%) больным выполнены различные по объему резекции печени: правосторонняя гемигепатэктомия – у 46 (в т. ч. анатомическая – 25, расширенная – 13, сочетанная – 8), левосторонняя гемигепатэктомия – у 14 (в т. ч. анатомическая – 7,

расширенная – 6, сочетанная – 1), атипичные резекции (у 34) в объеме 3-х (n=3), 2-х (n=13), 1 (n=16) сегментов, перрезекция культи печени – у 2 больных.

С 2005 г. 43 (23,5%) больным выполнены 165 процедур РЭРХТ (в среднем 3,8 на 1 пациента). Среди больных преобладали пациенты с колоректальными метастазами (23, или 53,5%) от этой группы больных). Для РЭРХТ использовали следующие препараты: доксорубин – 117, элоксатин – 38, гемзар – 4, фторурацил – 2, оксалиплатин – 1.

Результаты. Больным выполняли химиоинфузию печеночной артерии (ХИПА) – в 117 (70,9%), ХИПА с помощью помповых систем длительной инфузии NIPRO superfuser – в 7 (4,2%), химиоэмболизацию печеночной артерии (ХЭПА) – в 21 (12,8%), масляную ХЭПА – в 17 (10,3%), эмболизацию печеночной артерии – в 3 (1,8%) случаях.

В 25 случаях РЭРХТ применена как самостоятельный метод при нерезектабельных метастазах печени. В 18 случаях РЭРХТ применена в качестве адъювантной терапии после выполненных вмешательств на печени: правосторонней гемигепатэктомии – у 7, гастропанкреатодуоденальной резекции – у 4, атипичной резекции печени – у 5, резекции желудка – у 1, алкоголизации опухоли – у 1 больного.

При нерезектабельных метастазах печени медиана выживаемости после паллиативных и пробных операций составила 10,5 мес. Применение РЭРХТ позволило достоверно ($p < 0,05$) увеличить медиану выживаемости до 18,8 мес.

При комбинированном лечении (резекция печени различного объема и последующая РЭРХТ) медиана выживаемости составила 38,6 мес. Заключение: Применение РЭРХТ при нерезектабельных метастазах печени, а также в качестве адъювантной терапии в послеоперационном периоде позволяет улучшить показатели выживаемости больных.