

М.А. Нартайлаков<sup>1</sup>, А.И. Грицаенко<sup>1,2</sup>,  
И.Ф. Мухамедьянов<sup>2</sup>, А.Х. Мустафин<sup>1</sup>, В.В. Погадаев<sup>1</sup>  
**КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ  
КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ**

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

<sup>2</sup>ГБУЗ «Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова», г. Уфа

На сегодняшний день большой интерес во всем мире вызывает проблема комбинированного лечения метастатических колоректальных опухолей печени. Современное оснащение специализированных центров позволяет добиться снижения летальности, увеличения сроков выживаемости при данной патологии и улучшения результатов лечения этой категории пациентов.

**Ключевые слова:** метастатическая опухоль печени, гемигепатэктомия, химиоэмболизация.

M.A. Nartailakov, A.I. Gritsaenko, I.F. Muhamedyanov, A.H. Mustafin, V.V. Pogadaev  
**COMBINED TREATMENT OF METASTATIC  
COLORECTAL TUMORS OF THE LIVER**

To date a lot of interest around the world is the problem of the combined treatment of metastatic colorectal cancer of the liver. Modern equipment specialized centers allows to reduce mortality, extend survival with this disease and improving health outcomes for these patients.

**Key words:** metastatic tumor of the liver, hemihepatectomy, chemoembolization.

На сегодняшний день во всем мире актуальна проблема комбинированного лечения метастатических колоректальных опухолей печени [1,3]. Современное оснащение специализированных центров позволяет добиться снижения летальности, увеличения сроков выживаемости при данной патологии и улучшения результатов лечения этой категории пациентов.

**Материал и методы**

В Башкирском республиканском центре хирургической гепатологии на базе РКБ им. Г.Г. Куватова за период с 2001 по 2012 годы находились на лечении 183 пациента с колоректальными поражениями печени. Больные поступали из других ЛПУ спустя от 1 месяца и до 2-х лет после резекции различных отделов толстой кишки 45(24,6%) или поступали в нашу клинику в основном в экстренном порядке с явлениями частичной или полной кишечной непроходимости. Метастазы выявлялись в ходе обследования или интраоперационно.

Диагностический модуль включал в себя основные моменты: оценка функционального состояния и резерва печени (интегральная оценка клинико-биохимических показателей – билирубин, альбумин, степень дефицита веса, наличие асцита, энцефалопатии), магнитно-резонансная томография (МРТ) и компьютерная томография (КТ) с внутривенным болюсным усилением, ультразвуковая доплерография сосудов печени и воротного бассейна, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ангиография печени,

контрастные методы исследования желчевыводящих путей – чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ) и эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) по показаниям, а также фиброэзофагогастроскопия (ФЭГДС), фиброколоноскопия (ФКС) и диагностическая лапароскопия (в сложных случаях для определения распространенности процесса).

По нашим данным поражение метастазами правой доли печени отмечено в 107 (58,5%) больных, что обусловлено анатомическими особенностями отхождения правой ветви воротной вены от общего ствола по сравнению с левой ветвью. Размеры колоректальных метастазов в печени варьировали от 0,5 до 25 см.

При метастазах колоректального рака удельный вес обширных резекций преобладал над экономными. В группу экономных резекций мы относили сегмент-, бисегмент-, три-сегментэктомии (по классификации Куино). К обширным резекциям относили правосторонние и левосторонние гемигепатэктомии, расширенные правосторонние и левосторонние гемигепатэктомии. Пациентам 85(46,4%) с колоректальными метастазами в печень выполнены различные по объему вмешательства на печени.

С 2005 года в отделении рентгенхирургических методов диагностики и лечения РКБ им. Г.Г. Куватова проводятся рентгеноэндovasкулярные вмешательства, в том числе и при колоректальных метастазах печени. Лечение получили 12 пациентов с множествен-

ными колоректальными метастазами. Всего проведено 39 процедур (в среднем 3,8 процедуры на 1 пациента), в том числе эмболизация печеночной артерии – у 2, химиоэмболизация или химиоинфузия печеночной артерии – у 37 пациентов.

### Результаты и обсуждение

Послеоперационный период у больных с обширными вмешательствами протекал тяжело с высокой частотой осложнений (до 30%). Умерло 12 (6,6%) больных: 3 – от печеночной недостаточности, 2 – от сердечно-сосудистой недостаточности и 6 человек – от раковой интоксикации. По мировым данным, процент летальности колеблется в различных пределах от 3,5 до 21,8 [1,2]. По нашим данным, послеоперационная летальность составила 6,6 %. Из числа больных, которым была проведена химиоэмболизация печеночной артерии, умер 1 пациент. Остальные пациенты наблюдаются и получают последующие курсы лечения.

В настоящее время резекция печени является основным методом лечения [1,5], но резектабельность при метастатическом раке печени варьирует в пределах от 6 до 67% [2,4,5].

Основным критерием эффективности хирургического лечения больных раком печени является выживаемость. Пятилетняя выживаемость после резекции печени при мета-

статическом раке, по данным литературы, варьирует от 25 до 55% [2]. В нашем исследовании при тщательном мониторинге пациентов 5-летняя выживаемость составила 41,1%. Многие факторы, такие как общее состояние пациента (сопутствующий гепатит, цирроз печени), макро- и микроскопическая характеристики опухоли (размер, количество опухолевых узлов, внепеченочная распространенность, инвазия сосудов, расстояние от линии резекции до опухоли), являются важными прогностическими факторами [2,4,5]. По нашим данным, при многофакторном анализе было выявлено отрицательное влияние на выживаемость пациентов при наличии множественных и билобарных опухолей печени и инвазии в магистральные сосуды.

### Выводы

1. Объем оперативного вмешательства необходимо сопоставлять с функциональным резервом печени с целью снижения послеоперационных осложнений.
2. Улучшение непосредственных результатов лечения метастатических опухолей печени возможно путем расширения объема хирургических вмешательств.
3. Применение рентгеноэндоваскулярных методов лечения позволяет добиться положительных результатов в плане снижения летальности и увеличения сроков выживаемости.

### Сведения об авторах статьи:

**Нартайлаков Мажит Ахметович** – д.м.н., профессор, зав. кафедрой общей хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3.

**Грицаенко Андрей Иванович** – зав. операционным отделением ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова; к.м.н., доцент кафедры общей хирургии БГМУ. Адрес: 450005, г. Уфа, Достоевского, 132.

**Мухамедьянов Ильшат Фанисович** – к.м.н., заведующий отделением рентгенхирургических методов диагностики и лечения. Адрес: 450005, г. Уфа, Достоевского, 132.

**Мустафин Айрат Харисович** – д.м.н., профессор кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3.

**Погодаев Вадим Валерьевич** – врач-интерн кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Операции на печени / Вишневский В.А. [и др.]. – М.: «Миклош», 2003. – 155 с.
2. Вишневский, В.А. Практические аспекты современной хирургии печени / В.А. Вишневский, М.Г. Ефанов, Р.З. Акрамов // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2009. – №2. – С. 28-35.
3. Современные тенденции в комбинированном хирургическом лечении первичного и метастатического рака печени / А.М. Гранов [и др.] // Аналы хирургической гепатологии. – 2002. – Т.7, №2. – С. 9-17.
4. Сравнительные возможности спиральной компьютерной и магнитно-резонансной томографии в предоперационной оценке объема метастатического поражения печени у больных колоректальным раком / Б.М. Медведева [и др.] // Аналы хирургической гепатологии. – 2004. – №1. – С.31-37.
5. Хирургия печени и желчных путей / под редакцией М.А. Нартайлакова – Ростов-на-Дону: Феникс, 2007. – 399 с.