

А.Х. Мустафин^{1,2}, И.И. Галимов^{1,2}, А.И. Грицаенко^{1,2}, И.З. Салимгареев^{1,2}, Р.Р. Рахимов¹**НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ
МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ**¹ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

²ГБУЗ «Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова», г. Уфа

В Башкирском Республиканском центре хирургической гепатологии на базе РКБ им Г.Г. Куватова за 10 лет (2001-2011 гг.) находился на лечении 251 больной в возрасте от 22 до 83 лет с метастатическими поражениями печени. В зависимости от локализации первичного очага всех больных с метастатическими поражениями печени мы разделили на 2 группы. В первую группу вошли 163 (64,9%) больных с колоректальными метастазами. Вторую группу составили 88 (35,1%) больных с локализацией первичного очага в других органах. Объем проведенных оперативных вмешательств на печени можно разделить на две основные группы: экономные резекции печени и обширные резекции печени. При метастазах колоректального рака удельный вес обширных резекций преобладал над экономными в большей степени, чем при метастазах неколоректальных опухолей. Из проведенных оперативных вмешательств 121 (74,2%) больному также выполнены циторедуктивные или паллиативные вмешательства без операции на печени.

Ключевые слова: рак печени, метастаз, резекция.

A.Kh. Mustafin, I.I. Galimov, A.I. Gritsaenko, I.Z. Salimgareyev, R.R. Rakhimov

NEW POTENTIALS OF TREATING METASTATIC HEPATIC LESIONS

251 patients (aged 22-83 years) with metastatic hepatic lesions were being treated at the Bashkirian Republican Centre for Surgical Hepatology based at the Kuvatov Republic Clinical Hospital from 2001 to 2011. All patients with metastatic hepatic lesions were divided into two groups according to the primary focus location. Group I comprised 163 (64,9%) patients with colorectal metastases. 88 (35,1%) patients with primary focus location in other organs were included in Group II. The volume of surgical interventions performed on the liver may be divided into two groups: atypical and extended liver resections. In cases of colorectal cancer metastases, the specific gravity of extended resections seemed higher preferable to atypical ones than with non-colorectal cancer metastases. Among these patients, 121 (74,2%) subjects underwent cytoreductive or palliative interventions without hepatic surgery.

Key words: liver cancer, metastasis, resection.

В настоящее время во всем мире актуальна проблема хирургического лечения злокачественных опухолей с метастатическим поражением печени [1,3]. Улучшение оснащения диагностическим и хирургическим оборудованием специализированных стационаров позволяет добиться снижения летальности, увеличения сроков выживаемости и улучшения качества жизни больных [2,4].

Целью исследования явились определение объема оперативного вмешательства при злокачественных опухолях с метастатическим поражением печени и улучшение результатов лечения этой категории больных.

Материал и методы

В Башкирском Республиканском центре хирургической гепатологии на базе РКБ им Г.Г. Куватова за 10 лет (2001 – 2011) находился на лечении 251 больной с метастатическими поражениями печени. Среди всех больных – 171 (68,4%) женщина и 80 (31,6%) мужчин, соотношение между ними составило 2,1:1. Возраст больных варьировал от 22 до 83 лет (в среднем 52,3±3,7 года). Диагностический этап 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, которое наряду с КТ позволяет оценить локализацию, размеры и степень инвазии злокачественной опухоли, ангиография печени, контрастные методы исследования желчевыводящих путей – чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ) и эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) по показаниям, (они дают возможность оценить уровень блока желчевыводящих путей), эндоскопические методы (ФЭГДС, ФКС, лапароскопия).

В зависимости от локализации первичного очага всех больных с метастатическими поражениями печени мы разделили на 2 группы: 1-я – 163 (64,9%) больных с колоректальными метастазами, 2-я – 88 (35,1%) больных с локализацией первичного очага в других органах (табл. 1).

В наших наблюдениях большая часть метастазов – 145 (57,8%) поражает правую долю печени, что объясняется особенностями отхождения правой ветви воротной вены от общего ствола под более тупым углом по сравнению с левой ветвью, являясь как бы продолжением общего ствола.

Таблица 1

Локализация первичного очага неколоректального рака	
Наименование первичного очага	Количество пациентов
Желудок	28 (31,8%)
Пищевод	11 (12,5%)
Поджелудочная железа	24 (27,3%)
Легкие	5 (5,7%)
Молочная железа	12 (13,6%)
Органы малого таза	7 (8%)
Меланома различной локализации	1 (1,1%)
Итого...	88(100%)

По количеству узлов в печени все больные распределены на три группы: имеющие солитарный узел, единичные (2-3) и множественные (более 3) узлы. Размеры всех определяемых метастатических узлов в печени у больных варьировали в границах: до 1 см – в 7 случаях, более 20 см у 2 больных, от 1 до 3 см – у 19 пациентов, от 3 до 5 см – в 18 случаях, 5 – 10 см – в 12 случаях. В 166 случаях размеры множественных метастатических узлов характеризовались большим разнообразием. Почти две трети пролеченных больных приходились на группу, имевших метастазы колоректального рака. Больные поступали из других ЛПУ спустя 1 месяц и до 2-х лет после резекции различных отделов толстой кишки – 35 (21,5%) или поступали в нашу клинику – 128 (78,5%) с опухолями толстой кишки с частичной или полной кишечной непроходимостью. Метастазы выявляли в ходе обследования или интраоперационно. Возраст больных составил от 35 до 83 лет (в среднем $59,9 \pm 5,7$ года), мужчин – 59, женщин – 104 (соотношение 1:1,7). Количество поддающихся подсчету (у 41 больного) метастатических узлов колебалось от 1 до 11, в среднем 1,7 узла на 1 пациента. Размеры колоректальных метастазов в печени варьировали от 0,5 до 25 см и локализовались чаще всего в правой доле у 67(41,7%), в левой у 55(33,7%), в обеих долях у 41(25,2%) больного. У 122 (74,8%) больных множественные колоректальные метастазы в печени не поддавались подсчету. Из проведенных оперативных вмешательств 121 (74,2%) больному выполнены циторедуктивные или паллиативные вмешательства, без операции на печени: гемиколэктомия справа (14) и слева (11), резекция сигмовидной (13), поперечно-ободочной (12) кишок с анастомозами, передняя резекция (5) и брюшно-анальная экстирпация прямой кишки (3), обходной илеотрансверзоанастомоз (13), колостомия (18), илеостомия (18), пробная лапаротомия с биопсией (14). Объем оперативных вмешательств на печени отличался большим разнообразием, но их можно разделить на две основные группы: экономные резекции печени и обширные резекции печени. При мета-

стазах колоректального рака удельный вес обширных резекций преобладал над экономными в большей степени, чем при метастазах неколоректальных опухолей. В группу экономных резекций мы относили сегментэктомию, бисегментэктомию, трисегментэктомию (по классификации Куино). К обширным резекциям относили правосторонние гемигепатэктомию, расширенные правосторонние гемигепатэктомию, левосторонние гемигепатэктомию, расширенные левосторонние гемигепатэктомию. Пациентам с колоректальными метастазами с поражением печени – 42 (25,8%) выполнены различные по объему вмешательства на печени (табл. 2).

Таблица 2

Объем операций с вмешательством на печени при колоректальных метастазах

Объем операций	Количество пациентов
Правосторонняя гемигепатэктомия, в том числе:	13
анатомическая (резекция S V-VI-VII-VIII)	6
то же + атипичная резекция левой доли	2
то же + резекция 12-перстной кишки	1
то же + резекция диафрагмы + резекция тонкой кишки + резекция НПВ	1
то же + правосторонняя гемиколэктомия	1
расширенная гемигепатэктомия (резекция S V-VI-VII-VIII + S IV) + резекция тонкой кишки + резекция диафрагмы	1
то же + атипичная резекция S III и S II + левосторонняя гемиколэктомия + резекция мочевого пузыря	1
Левосторонняя гемигепатэктомия	5
анатомическая	3
то же + левосторонняя гемиколэктомия	1
расширенная гемигепатэктомия (резекция S I-IV + S V)	1
Атипичные резекции печени	11
трисегментэктомия (S II-III-IV) + алкоголизация узла S VIII	1
то же (S VI-VII-VIII) + правостор. гемиколэктомия	1
бисегментарная резекция	4
то же + правосторонняя гемиколэктомия	1
сегментарная резекция (S IV)	1
то же (S VIII) + левосторонняя гемиколэктомия	1
то же (S II) + правосторонняя гемиколэктомия	1
то же (S VI) + правосторонняя адреналэктомия	1
Алкоголизация узлов печени	4
Радиочастотная абляция узлов печени	1
Рентгенэндоваскулярные вмешательства на печеночной артерии	8
ИТОГО...	42

При неколоректальных метастазах (88 больных) резекция печени произведена у 48 (54,5%) больных, из числа всех вмешательств доля обширных резекций составила 25 (28,8%), атипичные резекции выполнены у 23 больных (26,1%), алкоголизация узлов произведена в 11 случаях, радиочастотная абляция – в 1 случае, рентгенэндоваскулярные вмешательства произведены у 9 больных, и в 3 случаях в связи с невозможностью удалить мета-

статические узлы, вызывающие блок ворот печени, были произведены желчеотводящие операции (табл. 3).

Таблица 3

Объем операций при неколоректальных метастазах печени

Объем операций	Количество пациентов
Правосторонняя гемигепатэктомия:	
анатомическая резекция S V-VIII	4
анатомическая + резекция желчного пузыря	1
то же + резекция желчного пузыря + атипичная резекция левой доли S II-III	1
анатомическая + резекция диафрагмы	1
анатомическая + резекция желудка	1
Расширенная правосторонняя гемигепатэктомия:	
резекция S V-VIII + S IV	6
то же + резекция желудка	1
то же + резекция желчного пузыря	2
то же + атипичная резекция левой доли	1
расширенная (резекция S V-VI-VII-VIII + S IV)+ резекция тонкой кишки + резекция диафрагмы	1
Всего...	19
Левосторонняя гемигепатэктомия:	
анатомическая резекция S II-IV	1
то же + резекция желудка	2
Расширенная левосторонняя гемигепатэктомия:	
резекция S II-IV + S V	2
то же + атипичная резекция S VIII	1
Всего...	6
Атипичные резекции печени:	
трисегментэктомия (S II-III-IV)	2
бисегментарная резекция S IV, V	1
бисегментарная резекция S I-II	1
бисегментарная резекция S VI,VII	2
сегментарная резекция S III	6
сегментарная резекция S III+ резекция 12 п кишки	1
сегментарная резекция S IV	4
сегментарная резекция S V + холецистэктомия	4
сегментарная резекция S VI + ГПДР*	1
сегментарная резекция S IV + ГПДР*	1
Всего...	23
Алкоголизация узлов печени	11
Радиочастотная абляция узлов печени	1
Рентгенэндоваскулярные вмешательства на печеночной артерии	9
Паллиативные желчеотводящие операции	3
ИТОГО...	72

С 2005 года в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения Клиники БГМУ начато клиническое применение рентгенэндоваскулярных вмешательств при метастатических опухолях печени. Всего данное лечение получили 17 больных, из них 8 (47%) с множественными колоректальными метастазами и 9 (53%) больных с метастазами иной первичной локализации. Всего проведено 54 рентгенэндоваскулярные процедуры, из которых 29 (в среднем 3,6 процедуры на 1 пациента) при колоректальных метастазах, в том числе эмболизация печеночной артерии – 1, химиоэмболизация или химиоинфузия печеночной артерии – 28 (доксорубин – 12, доксорубин+липиодол – 3, оксалиплатин – 1, эксолатин – 9, эксолатин + липиодол – 3).

Из 25 рентгенэндоваскулярных вмешательств (в среднем 2,8 процедуры на 1 пациента) у больных с неколоректальными метастазами эмболизация печеночной артерии спиралью «СООК» проведена у 1 больного, химиоэмболизация и химиоинфузия – у 24 (доксорубин – у 14, эксолатин – у 6, липиодол – у 4). В последние годы нами внедрены в практику новые технологии: алкоголизация узлов, радиочастотная абляция, химиоэмболизация и химиоинфузия печеночной артерии.

Результаты и обсуждение

Послеоперационный период у больных с обширными вмешательствами (расширенные, сочетанные операции) протекал тяжело, с высокой частотой осложнений (до 30 %). Умерло 15 (9,2%) больных: 4 – от печеночной недостаточности, 5 – от сердечно-сосудистой недостаточности и 6 человек от раковой интоксикации. Из числа больных, которым была проведена химиоэмболизация печеночной артерии, умер 1 пациент. Остальные наблюдаются и получают последующие курсы лечения.

В настоящее время резекция остается единственным методом в лечении первичного рака печени [1,5], но резектабельность при метастатическом раке печени варьирует в пределах от 6 до 67 % [2,4, 5].

Послеоперационные осложнения после резекции печени при первичном раке, по данным литературы, варьирует от 35 до 52%. В нашем исследовании послеоперационные осложнения возникли у 30% пациентов.

В непосредственной связи с частотой и тяжестью послеоперационных осложнений стоит летальность после резекции печени. Процент летальности колеблется в различных пределах от 3,5 до 21,8. [1,2,6]. По нашим данным, послеоперационная летальность составила 9,2%. Основным критерием эффективности хирургического лечения больных раком печени является выживаемость. Пятилетняя выживаемость после резекции печени при метастатическом раке, по данным литературы, варьирует от 25 до 55% [2,6]. 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 ана-

лизе выявлено отрицательное влияние на выживаемость пациентов таких факторов, как множественные и билобарные опухоли печени, инвазия в магистральные сосуды.

Выводы

1. Необходимо определение объема оперативного вмешательства с учетом функциональных резервов печени.

2. При метастатических опухолях печени улучшить непосредственные результаты

лечения возможно расширением объема хирургических вмешательств как на первичном очаге, так и в печени.

3. Внедрение методов абляции неудаляемых узлов в печени и рентгеноэндоваскулярных вмешательств на печеночной артерии позволяет добиться положительных результатов в плане снижения летальности, увеличения сроков выживаемости и улучшения качества жизни больных.

Сведения об авторах статьи:

Мустафин Айрат Харисович – д.м.н., профессор кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина 3. Врач-хирург ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова.

Галимов Ильдар Искандарович – к.м.н., ассистент кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина 3. Врач-хирург ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова.

Грицаенко Андрей Иванович – к.м.н., доцент кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина 3. Врач-хирург, зав. операционным отделением ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова.

Салимгареев Ильдар Зуфарович – к.м.н., ассистент кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина 3. Врач-хирург ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова.

Рахимов Радмир Радимович – клинический ординатор 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. Икрамов // 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.]// Анналы 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.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2004. – № 1. – С.31-37.
5. Хирургия печени и желчных путей / под ред. М.А. Нартайлакова. – Ростов-на-Дону.: Феникс, 2007. – 399 с.
6. Largiader, F. Checkliste Chirurgie: Viszeral und Allgemeinchirurgie – 7, voellig bearb. Und erw. / F. Largiader. – Aufl.-Stuttgart; New York: Thieme; 1998. –338 p.

УДК 616.61-008.64

© В.Н. Павлов, Р.И. Сафиуллин, Д.Р. Сахаутдинов, А.Т. Мустафин, В.Г. Коржавин, А.А. Казихинуров, 2012

В.Н. Павлов, Р.И. Сафиуллин, Д.Р. Сахаутдинов,
А.Т. Мустафин, В.Г. Коржавин, А.А. Казихинуров

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа*

В статье показаны результаты наблюдения за больными, перенесшими геморрагическую лихорадку с почечным синдромом тяжелой и осложненной форм, в течение 10 и более лет. Показана структура осложнений и даны рекомендации по диспансерному наблюдению.

Ключевые слова: геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, спонтанный разрыв почки, спонтанная забрюшинная гематома.

V.N. Pavlov, R.I. Safiullin, D.R. Sakhautdinov,
A.T. Mustafin, V.G. Korzhavin, A.A. Kazikhinurov

REMOTE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF HEMORRHAGIC FEVER WITH RENAL SYNDROME COMPLICATIONS

The article presents the results of patients after severe hemorrhagic fever with renal syndrome follow-up for 10 and more years. The structure of complications has been shown and recommendations for clinical observation have been given.

Key words: hemorrhagic fever with renal syndrome, spontaneous kidney rupture, spontaneous retroperitoneal hematoma

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) – эндемическая вирусная инфекция, которая регистрируется на территории всей России. Заболеваемость ГЛПС

неуклонно растет, нанося значительный социальный и экономический ущерб [1, 5].

За период с 2000 по 2009 гг. 74 890 случаев ГЛПС было зарегистрировано в 58 из 83