

танная методом Каплана-Майера в различных группах представлена в таблице 11. При оценке полу-

ченных данных необходимо учитывать небольшие сроки наблюдения за основной массой больных.

Таб. 11. Выживаемость больных, рассчитанная методом Каплана-Майера в группах больных с моно- и билобарным поражением, а также общей выборки больных

Группа больных	6 мес	12 мес	18 мес	24 мес	30 мес	36 мес
Монолобарное поражение	80%	67,8%	54,3%	42,38%	36,8%	23,6%
Билобарное поражение	80,5%	72,8%	61,9%	38,46%	33,3%	20,5%
Общая группа	81,25%	70,5%	54,34%	41,66%	32,25%	24,13%

Использование известных прогностических факторов при селекции пациентов на оперативное лечение (Nagashima I, 2004) сокращает число больных, которым возможно выполнение оперативного лечения, однако внедрение новых технологий в хирургическую гепатологию позволяют достичь сходных результатов выживаемости при казалось бы неблагоприятных исходных данных.

Метод двухэтапных операций требует значительного опыта в хирургической технике, анестезиологическом и реанимационном сопровождении. Двухэтапные операции – достаточно новый метод и накопление подобного опыта благоприятно скажется на результатах лечения больных с МКРР в печени. Управляемое воздействие на селективную компенсаторную гипертрофию печеночной паренхи-

мы позволяют также создать условия для выполнения резекции по принципу R-0 даже при обширном билатеральном поражении.

Таким образом, билатеральное поражение печени при колоректальных метастазах не может служить противопоказанием для хирургического лечения.

Заключение.

1. Протокол использования этапных операций у больных с МКРР позволяет выполнить резекцию печени у 45% пациентов.

2. Среди оперированных больных с МКРР билатеральное поражение печени выявлено у 44% пациентов.

3. Отдаленные результаты хирургического лечения больных с моно- и билобарным поражением печени схожи.

ОБШИРНЫЕ РЕЗЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Алентьев С.А., Кашкин Д.П., Слободяник А.В.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,
Санкт-Петербург, Россия

Резекция в пределах здоровых тканей является единственным радикальным методом лечения злокачественных новообразований печени. Остаются актуальными вопросы резектабельности опухоли, в частности возможность и целесообразность больших и обширных резекций печени. Дискутабельны также критерии допустимости оперативных вмешательств на фоне существующего хронического диффузного заболевания печени, вследствие высокого риска развития послеоперационной печеночной недостаточности.

В клиниках общей и госпитальной хирургии Военно-медицинской академии им С.М. Кирова за 2000–2010 гг. выполнены 53 обширные резекции печени (правосторонняя гемигепатэктомия – 24, рас-

ширенная правосторонняя гемигепатэктомия – 6, левосторонняя гемигепатэктомия – 15, расширенная левосторонняя гемигепатэктомия – 3, полисегментарная атипичная резекция – 5). Средний возраст больных составил $52,1 \pm 7,4$ года. Мужчин было 29 (54,7%), женщин 24 (45,3%). Из них больных гепатоцеллюлярным раком было 14, холангиоцеллюлярным раком – 5, метастазами колоректального рака – 34. Сывороточные маркеры гепатита выявлены у 24 (45,3%) пациентов. У больных данной группы хронический вирусный гепатит различной степени активности был верифицирован гистологически в 16 (66,7%) случаях, а цирроз печени в 8 (33,3%) наблюдениях. Оценку функции печени проводили на основании комплекса биохимических параметров. При наличии сопутствующего хронического диффузного поражения печени для оценки степени гепатоцеллюлярной дисфункции применяли шкалу Child-Pugh, прямую оценку резервов печени методом клиренс-теста с индоциановым зеленым (ИЦЗ). При помощи КТ-волюметрии печени всем пациентам определяли отношение объема планируемой остаточной (пострезекционной) паренхимы к ее исходному объему.

При нормальных биохимических показателях и скорости плазменной элиминации (СПЭ) ИЦЗ > 15%/мин считали возможным выполнение резекции печени в объеме до 75–80% паренхимы. При классах А и В по Child-Pugh и СПЭ ИЦЗ 10–15%/мин полагали возможным удалить до 60–65 % паренхимы. Сочетание СПЭ менее 10%/мин и объема остаточной паренхимы < 30% служило критерием нерезектабельности опухоли печени. Таким пациентам для компенсаторной гипертрофии непораженной части печени и уменьшения объема опухолевого поражения выполняли химиоземболизацию ветвей воротной вены (n=8) и артериальную химиоземболизацию опухоли (n=22). Эффективность оценивали через 1,5–3 месяца.

Интраоперационная кровопотеря в среднем составила 760±356 мл. Осложненный послеоперационный период имел место у 45,3% пациентов. Осложнения чаще развивались у больных с сопутствующим хроническим гепатитом или циррозом (n=15, 62,5%). В ряде наблюдений у одного пациента имелись два и более осложнений. В большинстве

случаев встречались послеоперационная печеночная недостаточность, реактивные плевриты, желчеистечение с резекционной поверхности печени с формированием желчных свищей. У больных с хроническим вирусным заболеванием печени гораздо чаще в послеоперационном периоде наблюдалось прогрессирование гепатоцеллюлярной недостаточности. Послеоперационная летальность составила 16,9%. В отдаленном периоде наблюдения всем пациентам проводилась адъювантная регионарная полихимиотерапия. У 12 пациентов диагностирован рецидив опухоли в оставшейся части печени. Медиана выживаемости больных первичным раком печени при комбинированном лечении составила 40,2 мес., а метастатическом поражении 39,3 мес.

Таким образом, выполнение обширных резекций печени с учетом индивидуальных параметров гепатоцеллюлярной дисфункции и остаточного объема паренхимы при комбинированном лечении позволяет достичь удовлетворительных показателей выживаемости.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Кашкин Д.П., Смородский А.В.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,
Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования – оценить результаты лечения и профилактики кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода у больных циррозом печени.

В исследование включено 217 больных с синдромом портальной гипертензии обусловленной циррозом печени, которые находились на обследовании и лечении в клиниках Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в период с 1998-го по 2010 год. Из них мужчин было 129 (59,4%), женщин – 88 (40,6%). Средний возраст пациентов составил 46,8±11,7 лет. Цирроз печени был обусловлен хроническим вирусным гепатитом В у 66 (30,4%) пациентов, у 82 (37,8%) выявлены антитела к вирусу гепатита С, а у 49 (22,6%) определялись маркеры гепатитов В и С. По шкале Child-Pugh пациенты распределились следующим образом: класс А составил 57 (26,3%), класс В – 98 (45,2%), класс С – 62 (28,6%) больных. С продолжающимся кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода поступило 47 (21,7%) больных. Пищеводно-желудочные кровотечения в анамнезе перенесли 124 (57,1%) пациента. Из них

почти каждый второй (41,5%) перенес два и более эпизодов геморрагий. Остальные госпитализированы для профилактической коррекции портальной гипертензии. Дистальный спленоренальный анастомоз (ДСРА) выполнен у 56 больных, гастрокавальный шунт – 1, различные виды парциального шунтирования у 62 пациентов. Эндоскопическое лигирование варикозно расширенных вен пищевода выполнено 98 пациентам.

Эффективность эндоскопического лигирования в остановке острого пищеводного кровотечения составила 92,9%. Рецидив геморрагии в ближайшем послеоперационном периоде имел место у 12,2% больных, в отдаленном – 20,4%. Госпитальная летальность составила 5,1%. В отдаленном периоде после эндоскопической эрадикации рецидив варикозного расширения вен пищевода диагностирован у 65,7% больных. Выживаемость пациентов после эндоскопического лигирования вен пищевода в период наблюдения до 1 года составила 54,5±5,3%, трех- и пятилетняя – 34,9±5,7% и 21,5±9,6%, соответственно.

Портокавальное шунтирование приводило к значимому снижению портального давления с 40,0±7,5 до 26,3±6,1 см водн. ст. (p<0,001). Клинические признаки портосистемной энцефалопатии развились в 18,2% случаев после парциального шунтирования, в 15,1% после дистального спленоренального шунта. Тромбоз ДСРА в послеоперационном периоде диагностирован в 1 (1,8%) случае, портокавальных анастомозов малого диаметра в 5 (8,1%) наблюде-