

оперативному лечению подлежит 10–15%, и только 25% больных доживает до 5 лет.

**Цель исследования** – улучшить результаты комбинированного лечения больных метастазами колоректального рака в печени на основе дооперационной региональной внутриартериальной химио- и биотерапии.

**Материал и методы.** В Алтайском филиале РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН с ноября 2005 г. выполнено 44 резекции печени с предоперационной регионарной химио- и биотерапией. Изучались независимые прогностические факторы: возраст, стадия первичной опухоли, синхронность и метахронность появления метастазов в печени, количество очагов в печени, размер очагов, поражение долей печени (монолобарное, билобарное), край резекции, РЭА и СА-19.9, способ введения химиопрепарата.

Локализация первичной опухоли: прямая кишечка – 17 (39%), ободочная кишечка – 27 (61%). Стадия первичной опухоли по Dukes: A – 1 (2%), B – 12 (27%), C – 12 (28%), D – 15 (34%). Единичные метастазы в печени диагностированы у 21 (48%) больного, множественные – у 23 (52%); монолобарное поражение – у 16 (36%), билобарное – у 28 (64%) больных. Максимальный размер наибольшего очага от 2,5 до 27 см, медиана – 5 см. Синхронные метастазы выявлены у 17 (39%), метахронные – у 27 (61%) больных. Неoadьювантную регионарную внутриартериальную химио- и биотерапию I группы больных получала по схеме FOLFOX-6 – 34 (77%), II группа – FOLFOX-6 + внутриартериально Авастин 7,5 мг – 10 (23%). Проводилось 4–6 курсов. Аналогичное лечение проводилось после операции. В адьювантном режиме Авастин получили 24 (55%) больных.

**Результаты.** Эффективность предоперационной химио- и биотерапии была следующей: полного регресса опухоли не было ни у одного больного, хотя рентгенологически полный регресс наблюдался у 3 больных. Частичный регресс – у 9 (20%), стабилизация – у 25 (57%), прогрессирование – у 10 (23%) больных. В результате химио- и биотерапии 4 больных переведены в резектабельное состояние. Общая выживаемость при комбинированном лечении метастазов КРР в печень составила: 1-летняя – 97±3%, 2-летняя – 78±9%, 3-летняя – 35±16%. Прогноз общей выживаемости зависел от следующих факторов: количества пораженных долей (монолобарное относительно билобарного 3-летняя выживаемость составила 61±18% против 31±16%  $p=0,02$ ) и эффекта от химиотерапии (частичный/стабилизация относительно прогрессирования, 2-летняя выживаемость – 82±12% против 18±16%,  $p=0,007$ ). Однофакторный анализ не выявил влияния на общую 3-летнюю выживаемость при комбинированном лечении метастазов КРР в печень следующих прогностических факторов: локализации и стадии первичной опухоли, времени выявления метастазов в печени, количества метастазов в печени, размера наибольшего очага, дооперационного уровня СА-19.9.

**Выводы.** Неoadьювантная внутриартериальная региональная химио- и биотерапия повышает уровень резектабельности среди первично нерезектабельных больных. Отмечено увеличение эффекта от химиотерапии, улучшение переносимости лечения, увеличение двухгодичной выживаемости при монолобарном поражении печени и в группе больных с частичным ответом и стабилизацией опухоли в ответ на проводимую химиотерапию.

## ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

**А.А. МАСЛОВ, И.С. ТИЩЕНКО, Г.В. КАМИНСКИЙ, Л.Х. ЧАЛХАХЯН**

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологий»,  
г. Ростов-на-Дону

**Цель исследования.** Улучшение результатов лечения больных осложненным раком толстой кишки за счет выбора оптимальной

хирургической тактики, совершенствования существующих методов лечения с учетом всех особенностей онкологического больного.

**Материал и методы.** 185 больных осложненным колоректальным раком, находившихся на лечении в отделении ургентной онкологии Ростовского научно-исследовательского онкологического института в 2007–2009 гг. Структура осложнений: кишечная непроходимость – у 139 больных (75,1%), параканкрозное воспаление – у 25 (13,5%), перфорация – у 5 (2,7%), прорастание опухоли в соседние органы и ткани – у 16 больных (8,6%).

**Результаты.** Операции радикального объема выполнены 126 больным (68,1%). Одноэтапная первичная резекция кишки выполнена у 116 пациентов (62,7%). Целью паллиативных вмешательств (31,9%) являлось не только устранение осложнения, но и, по возможности, удаление опухоли кишки. Послеоперационная летальность составила 8,6%. Послеоперационные осложнения наблюдались у 58 больных (31,3%). Недостаточность швов анастомоза диагностирована у 4 больных (2,2%).

**Выводы.** При опухолевом поражении правой половины ободочной кишки при любой форме кишечной непроходимости показано выполнение правосторонней гемиколэктомии с первичным швом анастомоза. При опухолевом поражении левой половины ободочной кишки хирургическое вмешательство в объеме левосторонней гемиколэктомии или сегментарной резекции сигмовидной кишки с формированием первичного толстокишечного анастомоза показано при компенсированной и субкомпенсированной формах обтурационной кишечной непроходимости, при перифокальном и вну-

триопухоловом воспалительном процессе, при перфорации опухоли толстой кишки.

Расширение показаний к формированию первичного анастомоза при декомпенсированной форме кишечной непроходимости возможно (при отсутствии некорригируемых метаболических нарушений) за счет расширения объема хирургического вмешательства до тотальной или субтотальной гемиколэктомии с формированием илео- или цекосигмоанастомоза. Подобные оперативные вмешательства отвечают требованиям онкологического радикализма и при определенном опыте ненамного удлиняют время выполнения оперативного вмешательства.

Оптимальный срок восстановления кишечной непрерывности составляет 3–4 нед после обструктивной резекции толстой кишки. Этот срок достаточен для нормализации всех функций организма, регресса нарушений, связанных с ранее существовавшей опухолью, а также коррекции сопутствующей патологии. Такая целенаправленная ранняя хирургическая реабилитация позволяет в ближайшие сроки начать химиотерапевтическое лечение – адьювантное либо паллиативное.

Наличие ургентной службы в специализированном онкологическом учреждении обеспечивает возможность оказания высокотехнологичной медицинской помощи больным с осложненным течением злокачественного процесса, что улучшает непосредственные и отдаленные результаты лечения, а, следовательно, и качество жизни онкологических больных. Мы считаем, что это положение верно не только для исследованного контингента онкобольных.

## ХРОМОСОМНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ТКАНЯХ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДКА

**О.А. МАТВЕЕНКО<sup>1</sup>, Л.Н. УРАЗОВА<sup>1</sup>, М.В. ВУСИК<sup>1</sup>, С.Г. АФАНАСЬЕВ<sup>1</sup>,  
Т.В. КОМАРОВА,<sup>1</sup> И.Н. ЛЕБЕДЕВ<sup>2</sup>**

*НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск<sup>1</sup>  
НИИ медицинской генетики СО РАМН, г. Томск<sup>2</sup>*

Среди опухолевой патологии человека важное место занимает рак желудка. Как причина смертности данный тип неоплазии занимает четвертое место после рака легкого, опухолей молочной железы и рака кожи. Опухоли желудка

отличаются сложностью в диагностировании по причине отсутствия клинических проявлений на ранних стадиях, высокой гетерогенностью по гистологическим подтипам и большим спектром генетических изменений. Одной из характе-