

ших сегментарные резекции печени, выявил достоверно негативное влияние на выживаемость четырех прогностических факторов: 1) стадии опухоли согласно классификации Gennari (III–IV), 2) опухолевой компрессии магистральных сосудов, 3) сывороточному уровню карциноэмбрионального антигена (>200 нг/мл) и 4) ширины отступа (<1 см) плоскости резекции от края опухоли. Многофакторный регрессионный анализ подтвердил влияние на выживаемость последних двух факторов. Не выявлено достоверных отличий между группами анатомических и сегменториентированных резекций по всем факторам, за исключением ширины отступа от края опухоли, которую достоверно чаще обеспечивали АСР по сравнению с СОР. Пятилетняя выживаемость после АСР составила 34%, после СОР – 28% ($p>0.05$). Пятилетняя выживаемость при широком

отступе (≥ 1 см) составила 37%, при узком (<1 см) – 24% ($p<0.05$). Пятилетняя выживаемость у больных с крупными (>50 мм) метастазами колоректального рака в печень после АСР составила 30%, после СОР – 0% ($p>0.05$).

Заключение. АСР и широкий (≥ 1 см) отступ плоскости резекции от края опухоли обеспечивают лучшую выживаемость больных МКРР печени по сравнению с узким отступом (<1 см) и СОР. Крупные размеры метастазов колоректального рака в печень (>50 мм) и их глубокое расположение являются показанием к выполнению АСР или большой резекции печени. При возможности достижения широкого отступа от края опухоли поверхностно расположенные метастазы небольших размеров могут быть удалены посредством СОР.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАДИКАЛЬНОСТИ СЕГМЕНТАРНЫХ И ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ

*Вишневский В.А., Ефанов М.Г., Икрамов Р.З., Егоров В.И.,
Назаренко Н.А., Шевченко Т.В., Ионкин Д.А.,
Козырин И.А., Казаков И.В.*

*ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий».
Директор – академик РАМН профессор В.Д. Федоров*

Актуальность. Современные тенденции развития хирургической гепатологии подчинены стратегии освоения органосберегающей хирургии печени. Сегментарные резекции печени, являясь менее опасными в отношении риска развития острой печеночной недостаточности, нуждаются в оценке степени их радикальности по сравнению с обширными резекциями у больных злокачественными опухолями печени.

Цель: дать сравнительную оценку степени радикальности сегментарных (СР) и обширных резекций (ОР) при МКРР печени.

Материал и методы. Изучены отдаленные результаты 102 (92%) из 108 больных с МКРР печени, перенесших резекции различного объема с 1995 по 2007 гг. Результаты СР печени были анализированы у 54 (100%), ОР – у 48 (89%) пациентов. Проведено сравнение актуаральной выживаемости пациентов в зависимости от объема резекции и заболевания с использованием метода Каплана-Майера. Для оценки однородности сравниваемых групп по наличию и значениям факторов, достоверно влиявших на выживаемость помимо объема резекции печени,

были определены прогностически значимые факторы. Посредством регрессионного одно- и многофакторного анализа изучено влияние на выживаемость 31 фактора.

Результаты. При МКРР трехлетняя выживаемость больных составила 35%, пятилетняя – 23%, десятилетняя – 15%, медиана – 22 мес. Пятилетняя выживаемость после СР составила 27%, после ОР – 19% ($p<0.05$). Однофакторный регрессионный анализ в общей группе больных МКРР печени, перенесших СР и ОР, выявил достоверное влияние на выживаемость семи прогностических факторов, из которых при многофакторном регрессионном анализе подтверждено достоверно негативное влияние на выживаемость только четырех: 1) стадии поражения печени по Gennari (III, IV), 2) уровня карциноэмбрионального в плазме (>200 нг/мл), 3) отступа от края опухоли (<1 см) и 4) отсутствия терапии современными цитостатиками (ириноктан, оксалиплатин). Применение современных цитостатиков у больных МКРР привело к увеличению пятилетней выживаемости до 42%. Не выявлено достоверных отличий между группами ОР и СР по всем прогностически значимым факторам, за исключением III, IV стадий поражения печени по Gennari. Тем не менее, объем резекции печени не влиял на выживаемость больных с одинаковой стадией по Gennari при МКРР.

Заключение. При метастатическом колоректальном раке печени сегментарные резекции не уступают в радикальности обширным резекциям и могут являться их реальной альтернативой, тем более при снижении функционального резерва печени, исключающем выполнение обширных резекций.