

М.А. Сетоян, И.В. Верзакова
**ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПОЧЕЧНОГО КРОВОТОКА
У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ГИДРОНЕФРОЗОМ**
*ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздравсоцразвития РФ, г.Уфа
Башкирский Республиканский перинатальный центр, г. Уфа*

Проведено исследование почечного кровотока у беременных женщин с гидронефрозом путем дуплексного сканирования. Представлены количественные показатели гемодинамики почек у здоровых женщин по триместрам беременности и у беременных с гидронефрозом. Проанализированы изменения показателей гемодинамики у беременных с гидронефрозом, проведено сравнение полученных результатов с данными внутривисцерального кровотока у здоровых беременных женщин.

Ключевые слова: почки, почечный кровоток, беременные, дуплексное сканирование, гидронефроз.

М.А. Setoyan, I.V. Verzakova
**THE RENAL BLOOD FLOW CONDITION IN PREGNANCY COMPLICATED
BY HYDRONEPHROSIS**

We have studied the blood flow in pregnant women with hydronephrosis using duplex screening. Quantitative indicators of renal hemodynamics in healthy women according to pregnancy trimesters and in pregnant women with hydronephrosis are presented. Changes in hemodynamic levels in pregnancy complicated by hydronephrosis have been analyzed. The results obtained have been compared with intrarenal blood flow indicators in healthy pregnant women.

Key words: kidneys, renal blood flow, pregnant women, duplex screening, hydronephrosis.

Гидронефроз – расширение чашечно-лоханочной системы, постепенно приводящее к атрофии паренхимы и ухудшению функции почек в связи с нарушением оттока мочи из почки и нарушением гемоциркуляции в ней. Заболевание развивается при наличии препятствия для оттока мочи на любом уровне или в результате причин функционального характера, вызывающих стаз мочи в лоханке и расстройство координации сокращения лоханки и верхнего отдела мочеточника. В структуре заболеваний почек гидронефроз занимает шестое место [10].

Гидронефроз может быть первичным (врожденным), возникающим вследствие аномалии развития верхних мочевых путей и вторичным (приобретенным), развившимся ввиду какого-либо заболевания. Так же выделяют постоянный и интермиттирующий гидронефроз. Основным методом диагностики гидронефроза является ультразвуковое исследование, по результатам которого выделяют три стадии:

1. Расширена только лоханка. Форма чашечек, толщина паренхимы существенно не изменены.

2. Лоханка и чашечки расширены. Происходит постепенное округление и расширение чашечек, некоторое истончение паренхимы, визуализируется проксимальный отдел мочеточника.

3. Резкая атрофия и истончение паренхимы почки, превращение её в жидкостное образование.

Гидронефроз на начально развивается бессимптомно или симулируя другое заболевание органов мочевыделительной системы.

Отсутствует единый взгляд на причину возникновения гидронефроза у беременных. Во время беременности гидронефроз может быть вызван как механическими факторами (давление беременной матки на мочеточник), так и функциональными. Как известно, высокий уровень гормонов в период беременности приводит к гипотонусу верхних мочевых путей, вызывая их дилатацию. По данным Rassmussen F., Nielsen F.R., Europ.J. (1988)[12], в 75% случаев гидронефроз у беременных возникает в результате функциональных изменений в мочевой системе. По данным A.Desroches, H.Wahl(1985)[13], в развитии дилатации верхних мочевых путей преобладают механические факторы, когда беременная матка сдавливает мочеточник. По мнению Лопаткина Н.А.(1986) [1], имеет место сочетание гормональных и механических факторов, способствующих развитию гидронефроза. Частота данного заболевания у беременных женщин составляет от 3,5 до 16,7%.

Инфекция верхних мочевых путей встречается почти у всех больных гидронефрозом, независимо от того, существовал он до беременности или возник во время неё. В случае недостаточной прочности компенсаторных механизмов у женщин во втором и третьем триместрах беременности может возникнуть острый пиелонефрит или иметь место прогрессирование хронического пиелонефрита

при латентном его течении. В данной ситуации для врача - клинициста важно определить, имеет ли место развитие острых воспалительных осложнений на фоне гидронефроза. По данным Лопаткина Н.А. [3], существенную роль играет расстройство почечного кровообращения. Низкий кровоток способствует задержке и внедрению бактерий. Наиболее благоприятные условия для возникновения пиелонефрита возникают в интерстициальной ткани мозгового вещества почек в связи с относительно замедленным кровотоком, высокой осмолярностью и большим содержанием аммония. Возникновение острого пиелонефрита и его исход связывают с длительностью нарушений кровообращения в почках.

Традиционные методы исследования сосудистой системы и кровотока в ней, такие как ангиография, радиоизотопные методики, у беременных женщин неприемлемы.

Появление новых высокоразрешающих ультразвуковых технологий с использованием доплерографических методик открывает дополнительные диагностические возможности для изучения ренальной гемодинамики, что повышает диагностическую ценность ультразвуковых исследований у пациенток данного профиля.

Стандартная методика дуплексного исследования почечного кровотока общеизвестна, в литературе приведены нормативы количественных показателей скоростей кровотока в артериях различного уровня [1, 8].

Однако исследование почечного кровотока у беременных представлено лишь в единичных статьях как зарубежных так и отечественных авторов, в которых сравнивается почечный кровоток у здоровых беременных и небеременных женщин. В доступной литературе мы не нашли сведений об изменении кровотока в почках при гидронефрозе.

Целью нашего исследования явилось определение параметров почечного кровотока методом доплерографии у здоровых беременных женщин и у беременных при развитии гидронефроза, что в последующем может дать вероятную прогностическую ценность в дифференциации осложненных и неосложненных форм гидронефроза. В данной статье мы приводим результаты дуплексного сканирования почек у здоровых беременных женщин и у беременных с неосложненной формой гидронефроза.

Материалы и методы

Все исследования проводились в отделении лучевой диагностики Республиканского перинатального центра г.Уфы на ультразву-

ковом аппарате АЛОКА 3500 с использованием конвексного мультисекторного датчика 4-8-МГц. Нами обследовано 78 здоровых беременных женщин (контрольная группа) и 80 женщин с неосложненной формой гидронефроза (клиническая группа), в возрасте от 17 до 43 лет в первом, втором и третьем триместрах беременности. В контрольной группе распределение пациентов по триместрам было следующим: в первом триместре 22 человека, во втором триместре 29 человек и 27 человек в третьем триместре беременности. Женщины не имели в анамнезе заболеваний почек, не предъявляли на момент осмотра жалоб со стороны мочевыделительной системы, имели нормальные показатели в результатах лабораторных исследований (общий анализ крови, мочи, анализ мочи по Нечипоренко и Зимницкому). Все женщины поступили в Республиканский перинатальный центр в удовлетворительном состоянии. В клинической группе пациенты распределялись следующим образом: в первом триместре 3 женщины, во втором 26 и 51 женщина в третьем триместре беременности. Оценивались жалобы, анамнез и данные лабораторных анализов (общий анализ крови, мочи, анализ мочи по Нечипоренко, Зимницкому). В группу включены женщины, у которых лабораторные показатели были в пределах допустимых норм.

Эхография включала исследование почек в В-режиме, а также дуплексное сканирование почечных сосудов с использованием импульсно-волнового и цветового и/или энергетического доплера.

Ультразвуковое исследование почек проводилось соответственно общепринятым стандартам, описанным в литературе [1]. Описание ультразвуковой картины в В-режиме включало определение положения, размеров почек, их формы, контуров, подвижности, эхогенности и эхоструктуры, оценку состояния почечного синуса и проксимального отдела мочеточника. Допплерографические параметры определялись на уровне дистального отдела почечной артерии, в сегментарных, междольковых и дуговых артериях. Исследование выполнялось без специальной подготовки пациентов по стандартно существующей методике. Обработка результатов исследования проводилась методами математической статистики [6, 7].

Осмотр проводился при положении пациентки на спине, на левом и правом боку и стоя. Исследование осуществлялось при спокойном, неглубоком дыхании, при необходимости с задержкой его на высоте вдоха. При

этом выполнялось поперечное, продольное, косое сканирование.

При проведении цветового доплеровского картирования уточнялось положение сосуда, а также его ход и характер ветвления. В стволе почечной артерии определялся характер цветового паттерна. В импульсном доплеровском режиме проводили качественную и количественную оценку кровотока. Качественная включала определение характера спектра. В работе были использованы следующие количественные показатели: пиковая систолическая скорость кровотока (V_{max}), максимальная конечная диастолическая скорость кровотока (V_{min}), средняя скорость кровотока ($V_{ср}$), индексы периферического сопротивления: индекс резистентности (RI), индекс пульсации (PI). В процессе статистической обработки результатов определяли среднее значение параметра (CA), сигмальное отклонение (Sd), сигмальную ошибку (mM), коэффициент разнообразия (Cv). Достоверность различий в измерении средних величин признавалась при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования

Ультразвуковая картина почек в В-режиме у беременных женщин по основным параметрам: положение, форма, размеры, структура не отличалась от нормы. Почечный синус был представлен однородной структурой без ультразвуковых признаков дилатации чашечно-лоханочной системы. При доплеровском исследовании в импульсно-волновом режиме спектр почечных сосудов во всех отделах независимо от срока беременности характеризовался формой для артерий с низким периферическим сопротивлением. При этом отмечался высокий уровень систолической и диа-

столической составляющей. Соотношение систолической и диастолической скорости кровотока во всех отделах колебалось в среднем от 2,50 до 2,85. Имела место тенденция к снижению скорости кровотока от дистального отдела почечной артерии к дуговым артериям.

В связи с тем, что по литературным данным нет определенной ясности в оценке почечного кровотока у беременных женщин, мы сочли необходимым рассчитать количественные показатели почечного кровотока для каждого триместра беременности. Так, по литературным данным, у здоровых беременных почечный кровоток увеличивается в первом триместре на 300,0 мл по сравнению с небеременными женщинами, затем постепенно снижается, приближаясь во втором триместре к уровню небеременных; в конце третьего триместра, в последние три недели перед родами, он может быть на 300,0 мл ниже этого уровня [9]. В других источниках описано, что в первом и втором триместрах беременности почечный кровоток возрастает на 50-80%, а затем несколько снижается [11]. По данным [13] почечный кровоток у небеременных составляет 1100 мл/мин, в первом триместре беременности 1460 мл/мин, во втором - 1150 мл/мин, в третьем - 1050 мл/мин. Результаты количественной оценки почечного кровотока у здоровых беременных в зависимости от триместра беременности представлены в табл. 1, 2, 3.

В клинической группе в В-режиме: размер лоханки колебался от 2,5 до 6,7 см, размер чашечек от 0,5 до 1,8 см. При исследовании почечного кровотока получены следующие данные (табл. 4, 5, 6).

Таблица 1

Количественные параметры доплеровского исследования ($M \pm m$) почечного кровотока у здоровых беременных женщин в первом триместре ($n=22$).

Сосуд	RI	PI	S/D	V_{max} , см/с	V_{min} , см/с	$V_{ср}$, см/с
Почечная артерия: дистальный сегмент	0,65±0,03	1,05±0,05	2,85±0,5	65,3±10,7	24,2±5,1	40,1±9,6
Сегментарные артерии	0,64±0,04	1,03±0,06	2,68±0,2	44,9±5,8	16,7±4,5	27,4±3,0
Междольевые артерии	0,62±0,04	1,00±0,05	2,62±0,2	33,8±4,5	13,0±3,0	20,7±4,0
Дуговые артерии	0,60±0,03	0,97±0,04	2,50±0,2	24,5±4,0	9,7±3,0	14,9±3,0

Таблица 2

Количественные параметры доплеровского исследования ($M \pm m$) почечного кровотока у здоровых беременных женщин во втором триместре ($n=29$).

Сосуд	RI	PI	S/D	V_{max} , см/с	V_{min} , см/с	$V_{ср}$, см/с
Почечная артерия: дистальный сегмент	0,64±0,03	1,03±0,06	2,78±0,6	63,8±8,0	23,6±3,2	38,0±9,0
Сегментарные артерии	0,62±0,04	1,00±0,06	2,70±0,3	43,2±4,6	15,9±4,0	26,5±3,0
Междольевые артерии	0,61±0,04	0,99±0,06	2,50±0,3	33,0±4,0	12,4±3,0	19,0±3,0
Дуговые артерии	0,58±0,03	0,96±0,04	2,50±0,2	23,0±4,0	10,0±3,0	15,0±3,0

Таблица 3

Количественные параметры доплеровского исследования ($M \pm m$) почечного кровотока у здоровых беременных женщин в третьем триместре ($n=27$).

Сосуд	RI	PI	S/D	V_{max} , см/с	V_{min} , см/с	$V_{ср}$, см/с
Почечная артерия: дистальный сегмент	0,63±0,02	1,01±0,06	2,76±0,6	64,5±10,0	23,0±3,5	40,0±9,0
Сегментарные артерии	0,61±0,04	0,99±0,06	2,72±0,3	43,7±5,0	15,5±4,5	26,0±4,0
Междольевые артерии	0,60±0,04	0,98±0,06	2,60±0,3	34,1±4,0	12,7±3,0	18,4±3,0
Дуговые артерии	0,56±0,02	0,96±0,06	2,52±0,2	23,2±4,0	9,9±3,0	14,9±3,0

Таблица 4

Количественные параметры доплеровского исследования (M±m) почечного кровотока у беременных женщин с гидронефрозом в первом триместре (n=3)

Сосуд	RI	PI	S/D	Vmax., см/с	V min., см/с	V ср., см/с
Почечная артерия: дистальный сегмент	0,71±0,01	1,07±0,03	2,77±0,2	62,0±2,0	23,0±1,5	41,0±2,0
Сегментарные артерии	0,71±0,01	1,05±0,03	2,72±0,2	44,7±2,0	16,0±1,5	26,0±2,0
Междольевые артерии	0,60±0,01	0,98±0,02	2,60±0,2	34,4±2,0	12,4±1,3	19,0±2,0
Дуговые артерии	0,56±0,01	0,98±0,01	2,52±0,2	23,2±2,0	9,9±1,8	15,0±1,5

Таблица 5

Количественные параметры доплеровского исследования (M±m) почечного кровотока у беременных женщин с гидронефрозом во втором триместре (n=26)

Сосуд	RI	PI	S/D	Vmax., см/с	V min., см/с	V ср., см/с
Почечная артерия: дистальный сегмент	0,72±0,01	1,07±0,06	2,85±0,6	64,3±8,8	21,9±2,9	41,7±6,9
Сегментарные артерии	0,72±0,01	1,05±0,03	2,88±0,6	45,0±4,5	14,9±4,0	26,9±2,0
Междольевые артерии	0,65±0,03	1,03±0,04	2,85±0,3	33,9±4,9	13,5±3,0	20,0±4,0
Дуговые артерии	0,62±0,04	1,00±0,05	2,62±0,3	25,0±4,5	10,0±3,0	15,1±3,0

Таблица 6

Количественные параметры доплеровского исследования (M±m) почечного кровотока у беременных женщин с гидронефрозом в третьем триместре (n=51)

Сосуд	RI	PI	S/D	Vmax., см/с	V min., см/с	V ср., см/с
Почечная артерия: дистальный сегмент	0,72±0,02	1,10±0,05	2,86±0,6	65,5±8,0	21,0±3,0	42,0±7,0
Сегментарные артерии	0,72±0,02	1,06±0,06	2,83±0,6	46,0±3,0	14,1±4,0	27,9±2,2
Междольевые артерии	0,62±0,04	1,03±0,06	2,80±0,3	34,0±3,6	14,0±3,0	20,9±4,0
Дуговые артерии	0,61±0,04	1,00±0,05	2,70±0,3	25,1±4,5	10,0±3,0	15,5±3,0

В почечных артериях всех уровней спектр сосудов независимо от срока беременности характеризовался формой для сосудов с низким периферическим сопротивлением. Имело место снижение скорости кровотока от дистального отдела почечной артерии к дуговым артериям. В сравнении с беременными женщинами без гидронефроза в почечной артерии и сегментарных артериях отмечено: повышение индекса резистентности выше 0,7 ($p < 0,05$), снижение диастолической составляющей и некоторое повышение систоло-диастолического соотношения, которое колебалось в среднем от 2,77 до 2,86. Показатели скоростей кровотока также различались по срокам беременности. В сравнении с контрольной группой у беременных женщин с гидронефрозом количественные показатели кровотока в первом триместре соответствовали таковым в контрольной группе. Во втором триместре при гидронефрозе имелось статистически достоверное повышение скорости кровотока ($p < 0,05$) в дуговых артериях с $23,0 \pm 4,0$ до $25,0 \pm 4,5$ см/с. В третьем триместре беременности у беременных с гидронефрозом в сравнении со здоровыми беременными в этом же сроке имеет место повышение Vmax. и Vcp. уже во всех группах почечных артерий ($p < 0,05$).

Обсуждение результатов

Нами впервые определены количественные показатели почечного кровотока у здоровых женщин в различные сроки беременности. Результаты изучения почечной гемодинамики у беременных были представлены [5], который указывал на увеличение почечного кровотока у здоровых беременных в первом три-

местре по сравнению небеременными женщинами, отсутствие различий во втором триместре и снижение кровотока в третьем триместре. Однако данные получены с помощью инвазивного, трудоемкого, хотя и достаточно точного, метода по определению клиренса парааминогиппуровой кислоты и кардиотраста. Изучая почечный кровоток путем дуплексного сканирования с цветовым доплеровским картированием, врачи ультразвуковой диагностики, в виду отсутствия разработанных количественных показателей гемодинамики почек у беременных, в практической деятельности вынуждены в качестве нормы использовать критерии, разработанные для здоровых небеременных женщин. В опубликованных работах имеются единичные сообщения о изучении внутривисцеральной гемодинамики у здоровых беременных методом дуплексного сканирования. Так, Н.М. Мазурская с соавт. (2004)[4] приводит доплерографические показатели внутривисцерального кровотока у здоровых беременных. Однако авторами не рассматривается зависимость количественных доплерометрических параметров кровотока от срока беременности. А как известно, гормональный фон в течение беременности от первого к третьему триместру претерпевает изменения [12], что неизбежно приводит к воздействию фона на внутривисцеральный кровоток. Дополнительное влияние оказывает и механический фактор [13], способствующий развитию гидронефроза. В связи с выше изложенным, разработанные нами количественные показатели внутривисцеральной гемодинамики методом дуплексного сканирования с цветовым доплеровским картированием у здоро-

вых беременных женщин наиболее точно отражают состояние почечного кровотока в зависимости от срока беременности.

Как указывалось выше, у 3,5-16,7% женщин беременность сопровождалась развитием гидронефроза, при котором происходит дилатация чашечно-лоханочной системы в результате влияния механических и гормональных факторов и недостаточной прочности компенсаторных механизмов, и как следствие нарушение гемодикуляции в почке. Полученные нами результаты по изучению внутривисочной гемодинамики методом дуплексного сканирования с цветовым доплеровским картированием свидетельствуют, что у беременных женщин с гидронефрозом во всех триместрах имеются статистически достоверное повышение индекса резистентности, пульсационного индекса и систоло-диастолического соотношения ($p < 0,05$) в сравнении со здоровыми беременными женщинами без гидронефроза. Таким образом, по нашему мнению, повышение тонуса стенок сосудов почек и сопротивления току крови в них, что отражает индекс резистентности, пульсационный индекс и систоло-диастолическое соотношение, является критерием, указывающим на механическое воздействие дилатированных элементов чашечно-лоханочной системы на сосудистую систему почки. Наряду с изменениями индексов общего периферического сопротивления (RI, PI), у беременных женщин с гидронефрозом изменяются линейные скоростные показатели кровотока. На более ранних сроках гидронефроза (во втором триместре беременности) повышается скорость (V_{max}) только в дуговых артериях, в то время как в третьем триместре – во всех артериальных сосудах. Таким образом, повышение скорости кровотока только в дуговых артериях может рассматриваться как ранний критерий изменения гемодинамики почки при гидронефрозе у беременных женщин. Полученные нами результа-

ты у беременных женщин, в доступной литературе не отражены, что обуславливает новизну исследования. Однако наши данные согласуются с тенденциями изменений доплерографических показателей при гидронефрозе у небеременных, приведенными Ю.Г.Аляевым с соавт. (2007)[2], которые указывают на повышение индексов периферического сопротивления и скоростей кровотока у больных с гидронефрозом.

Выводы

1. Определены среднестатистические показатели почечного кровотока у здоровых женщин в первом, втором и третьем триместрах беременности, получаемые методом дуплексного сканирования.

2. Получены различия в основных параметрах кровотока почки (систолическая скорость кровотока, максимальная конечная диастолическая скорость кровотока, средняя скорость кровотока, индекс периферического сопротивления, индекс пульсации) в зависимости от срока беременности.

3. У беременных женщин с гидронефрозом независимо от срока беременности имеет место повышение индексов общего периферического сопротивления (RI, PI) и систоло-диастолического соотношения.

4. У беременных женщин с гидронефрозом во втором триместре беременности повышение скорости кровотока (V_{max}) в дуговых артериях является ранним критерием изменения внутривисочной гемодинамики.

5. У беременных женщин с гидронефрозом в третьем триместре по сравнению с женщинами без гидронефроза изменения внутривисочной гемодинамики характеризуются повышением линейной скорости кровотока (V_{max} , $V_{ср}$) во всех группах почечных сосудов, что указывает на механическое воздействие дилатированной чашечно-лоханочной системы на внутривисочный кровоток.

ЛИТЕРАТУРА

1. Митьков В.В., Хитрова А.Н., Насникова И.Ю. и др. // Ультразвуковая диагностика. - 1998. - №1. С. 63 -74
2. Аляев Ю.Г., Чалый М.Е., Сеницын В.Е., Григорян В.А. // Эходопплерография в урологии. - М., 2007.
3. Лопаткин Н.А., Даренков А.Ф., Горюнов В. Г. // Урология. - М., 1995.
4. Шехтман М.М. // Акушерская нефрология. М: Триада-Х 2000.
5. Мазурская Н.М., Никольская И.Г., Тареева Т.Г. Особенности внутривисочного кровотока у беременных с хроническим пиелонефритом // Российский вестник акушера-гинеколога. -2004 - № 5
6. Сидоренко Е. В. Математическая статистика. - М., 1996.
7. Герасимов А.Н. // Медицинская статистика. - М., 2007.
8. Лелюк С.Э., Лелюк В.Г. // Ультразвуковая ангиология. - М., 2003.

9. Шехтман М. М. // Заболевание почек и беременность. - М., 1980.
10. Лопаткин Н.А., Шевцова И. П. // Оперативная урология. - М., 1986. - С.46-54).
11. Davison J. M., Dunlop W. Renal hemodynamics and tubular function in normal human pregnancy. *Kidney Int.* 18: 152, 1980.
12. Rasmussen F., Nielsen F. R., Europ. J. Obstet. Gynec. reprod. Biol.- 1988.- N 3
13. Desroches A., Wahl P. Renal ultrasonography in pregnant women. *Ultrasound in urology*. Ed. S. Khoury. -Maury, 1985.

УДК 616.34-006.6:616.36-032.2-089

© Ш.Х. Ганцев, В.Н. Ручкин, А.С. Воробьев, Р.Д. Атнабаев, О.Л. Лагно, А.М. Ханов, Р.Ш. Ишмуратова, 2008

Ш.Х. Ганцев, В.Н. Ручкин, А.С. Воробьев,
Р.Д. Атнабаев, О.Л. Лагно, А.М. Ханов, Р.Ш. Ишмуратова
**НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ**
Башкирский республиканский клинический онкологический диспансер, г. Уфа

В статье анализируются результаты лечения 316 пациентов раком органов желудочно-кишечного тракта с отдаленными метастазами в печень. Изучены результаты одногодичной выживаемости. Лучшие результаты получены у пациентов (42 пациента), которым проведены циторедуктивная операция на первичной опухоли, радиочастотная термоабляция метастазов в печень и химиотерапия. Все пациенты этой группы прожили больше года.

Ключевые слова: метастазы в печень, радиочастотная термоабляция, хирургическое лечение, выживаемость.

Sh.H. Gantsev, V.N. Ruchkin, A.S. Vorobjov,
R.D. Atnabaev, O.L. Lagno, A.M. Khanov, R.Sh. Ishmuratova
**DIRECT AND IMMEDIATE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT IN PATIENTS
WITH TUMORS IN GASTROINTESTINAL TRACT WITH LIVER METASTASES**

In this article the results of treatment in 316 patients with tumors in gastrointestinal tract with distant liver metastases are reviewed. One-year survival status is also analyzed. The best results were achieved in 42 patients who undergone cytoreductive surgical procedure on primary tumor, radiofrequency and thermo ablation of liver metastases and chemotherapy. All patients of this group were alive for more than a year.

Key words: liver metastases, radiofrequency and thermo ablation, surgical treatment, survival.

Одной из актуальных проблем в онкологии являются метастатические поражения печени [2,4,5,7]. По локализации метастатического рака печень занимает первое место среди всех органов [1,6]. Метастазы рака поджелудочной железы в печень встречаются в 50% случаев, колоректального рака — от 20 до 50%, рака желудка — в 35%, рака молочной железы — в 30%, рака пищевода — в 25% случаев. По данным М.И.Давыдова и соавт., комбинированное лечение больных с солитарными метастазами рака толстой кишки в печень позволяет добиться 5-летней выживаемости 20—30% больных [3]. Известно, что резекция печени является единственным методом лечения при ее метастатическом поражении, однако радикально могут быть оперированы лишь порядка 20% больных. Традиционно используемая системная химиотерапия далеко не всегда способствует выживаемости пациентов.

Цель исследования

Оценить непосредственные и ближайшие (до 1 года) результаты лечения больных с новообразованиями желудка и толстой кишки с метастазами в печень.

Материал и методы

Исследование выполнено в Башкирском клиническом онкологическом диспансере на базе лаборатории высоких технологий.

Показатели годичной выживаемости изучены у 316 пациентов, оперированных по поводу рака желудочно-кишечного тракта. В зависимости от локализации рака больные разделены на три группы. Первая группа — больные раком желудка, вторая — больные раком ободочной кишки и третья — раком прямой кишки. Исходя из методов лечения, были сформированы подгруппы. У всех пациентов, включенных в исследование, были метастазы в печень (преимущественно в II, III, IV, V, VII сегменты). Больные с отдаленными