

СРАВНЕНИЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ АНАТОМИЧЕСКИХ СЕГМЕНТАРНЫХ И СЕГМЕНТОРИЕНТИРОВАННЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

**Вишневский В.А., Ефанов М.Г., Икрамов Р.З.,
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. Несмотря на распространенное мнение о достаточности атипичных резекций в лечении метастатического колоректального рака (МКРР) печени существуют крупные исследования, доказывающие преимущества анатомических сегментарных резекций (АСР). Современный уровень развития хирургической гепатологии и квалификации хирургов позволяют утверждать, что на сегодняшний день сегментарные резекции большего объема, чем краевая резекция, как правило, выполняются с учетом ориентировочных границ сегментов печени

и, по сути, в большинстве являются сегменториентированными резекциями (СОР), а не атипичными. В связи с этим результаты АСР, выполненных в точном соответствии с истинными границами сегментов, сравнивались с результатами СОР.

Цель исследования: оценить роль и место АСР и СОР в хирургии МКРР.

Материал и методы. Прослежены отдаленные результаты у 61 (92%) из 66 больных, перенесших сегментарные резекции печени по поводу МКРР. В анатомическом варианте сегментарные резекции выполнены у 28 больных, в сегменториентированном – у 33 из прослеженных в отдаленные сроки больных. Изучено влияние на выживаемость 31 прогностического фактора, в том числе варианта выполнения резекции и ширины отступа плоскости резекции от края опухоли. Достоверность влияния прогностических факторов на выживаемость оценивалась в одно- и многофакторном регрессионном анализе.

Результаты. Однофакторный регрессионный анализ в группе больных МКРР печени, перенес-

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.