

4. Галингер Ю. И., Хрусталева М. В. Эндоскопическая ретроградная механическая литотрипсия при холедохолитиазе: Методическое пособие для врачей. М., 2001. 24 с.

5. Орлов С. Ю., Федоров Е. Д., Будзинский С. А. Эндоскопическое лечение сложного холедохолитиаза: Пособие для врачей. М.: МГИУ, 2006. 28 с.

6. Gottlieb K., Sherman S., Lehman G. A. Therapeutic biliary endoscopy // Endoscopy. 1996. № 28. P. 113–130.

**A. M. TOPOL'SKY,
A. K. JANE, YU. V. KARUNA**

ENDOSCOPIC TRANSPILLAR METHODS OF TREATMENT AT THE PANCREATOBILIAR ZONE PATHOLOGY

New endoscopic transpapillary treatment methods of the most frequent hepatobiliary zone pathology are reviewed in the article.

164 endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) were fulfilled in our hospital from 2001 till 2007. EPF was done in 68 patients, according to clinical needs. In choledocholithiasis cases (34 patients) lithoextraction was used, but in 4 cases mechanical lithotripsy was used.

There were done 6 endoscopic drainage operations to patients with tumor mechanical jaundice.

In our hospital where are all conditions for practical realization of endoscopic transpapillary treatment methods extensive opportunities.

A. В. ЯНКИН, А. К. ЖАНЕ, Х. Р. НАПСО, А. Г. ПИЧУГИН

ЦИТОРЕДУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ

Современный медицинский центр им. Х. М. Совмена — Клиника XXI века

Генерализованные формы злокачественных новообразований с метастатическим поражением печени являются актуальной проблемой современной онкологии. В зависимости от локализации первичной опухоли метастазы в печень выявляются при первичном обращении больного в 20–50% случаев [4] (табл. 1) [2].

Зачастую данные больные относятся к инкурабельным и получают лишь симптоматическую терапию. В последнее время в отношении распространенных форм колоректального рака радикально изменились взгляды. Во-первых, при метастатическом поражении печени и отсутствии других признаков генерализации резекция печени является стандартом. Более того, большинство авторов признает целесообразность выполнения резекции в сочетании с деструкцией очага при билобарном поражении. Во-вторых, при синхронном поражении печени предпочтительной считается

одномоментная операция на первичном очаге и метастазах [1]. Таким образом, выполнение циторедуктивной операции в сочетании с современной ПХТ дает возможность добиться в 20–30% 5-летней выживаемости [3]. Совершенно по-другому обстоят дела при метастатическом поражении печени из опухолей других локализаций. Говорить о стандартах и единстве мнений здесь не приходится, т. к. исследования выполняются отдельными энтузиастами и носят пилотный характер.

В клинике резекция печени при солитарных поражениях является стандартной циторедуктивной операцией и ведущим этапом в программе комплексного лечения. С 1999 по 2005 г. выполнено 53 резекции печени при вторичном ее поражении. Возраст больных колебался от 25 до 72 лет, средний возраст больных составил 57 лет. Сегментарных резекций выполнено 17, правосторонних гемигепатэктомий — 15,

Таблица 1

**Частота метастатического поражения печени
в зависимости от локализации первичного очага**

Локализация первичной опухоли	Частота поражения печени
Колоректальный рак	20–30%
Рак желудка	30–35%
Рак яичника	10%
Рак пищевода	5–15%
НЭО	15%
Молочная железа	3%

Характер выполненных операций

Локализация первичной опухоли	Кол-во резекций печени	Кол-во одномоментных операций	Кол-во геми-гепатэктомий	Кол-во сегментарных резекций
Меланома	2	-	2	-
Рак желудка	9	8	4	5
Рак пищевода	1	1	-	1
Рак яичника	5	5	2	3
Рак почки	7	4	5	2
Колоректальный рак	20	11	15	5
Рак легкого	1	-	1	-
Рак мол. железы	2	-	2	-
Рак надпочечника	2	1	2	-
НЭО	3	2	2	1
GIST	2	1	2	-
Всего	53	33–62,3%	36	17

Таблица 3

Одномоментные операции при поражении печени

Характер операции	Кол-во операций
ПГКЭ +рез. печени	4
ЛГКЭ +рез. печени	3
Рез. сигмы +рез м. п. + рез. печени	2
ЧБР +рез. печени	2
Гастрэктомия +рез. печени	4
Гастрэктомия +рез. pancreas+рез. толстой к-ки	1
Гастрэктомия +рез. pancreas	3
Адреналэктомия+рез. печени+рез. н. полую вены	1
Рез. пищевода +рез. печени	1
Гистерэктомия+перитонеумэктомия +рез. печени	1
Нефрэктомия +рез. печени	
Рез. тонкой кишки +рез. печени	3
Всего	33

левосторонних гемигепатэктомий – 7, расширенных правосторонних гемигепатэктомий – 4, расширенных левосторонних гемигепатэктомий – 3, кавальных левосторонних гемигепатэктомий – 8 (табл. 2). Гемигепатэктомии выполняли комбинированным способом: в воротах печени предварительно лигировали сосуды, питающие долю печени, после этого перевязывали соответствующую печеночную вену у

места впадения в полую вену. Резекцию паренхимы печени проводили путем поэтапного прецизионного выделения и перевязки всех трубчатых структур. С гемостатической целью и для профилактики желче- и лимфоистечения резецированную поверхность укрывали 3–4 пластинами Тахокомб.

У 33 больных помимо резекции печени выполнена операция на первичной опухоли. У 12 больных – 22,6% –

Таблица 4

Операции, выполненные по жизненным показаниям

Диагноз	Кол-во	Распад	Кровотечение	Стеноз
Меланома	2	-	2	-
Рак пищевода	1	-	-	1
Рак мол. железы	2	2	-	-
Рак легкого	1	1	-	-
Рак толстой к-ки	4	1	-	3
Рак почки	2	1	1	-
Всего	12 (22,6%)	5	3	4

Таблица 5

Послеоперационные осложнения после циторедуктивных резекций печени

Характер осложнения	Кол-во	Летальность
Поддиафрагмальный абсцесс	3	-
Желчные свищи	2	-
Кровотечение	2	1
Кишечная непроходимость	1	-
Язвенное кровотечение	2	1
Печеночная недостаточность	1	1
Всего	11–20,8%	3–5,7%

Таблица 6

Выживаемость после циторедуктивных операций

Первичная опухоль	Выживаемость			
	До 1 г.	1–3 года	>3 лет	Медиана
Меланома	2	-	-	7 мес.
Рак желудка	4	2	1	21 мес.
Рак пищевода	1	-	-	11 мес.
Рак яичника	2	2	1	23 мес.
Рак почки	2	3	1	22 мес.
Рак толстой к-ки	7	9	4	36 мес.
Рак легкого	1	-	-	6 мес.
Рак мол. железы	1	1	-	16 мес.
Рак надпочечника	-	1	-	31 мес.
НЭО	-	1	1	37 мес.
GIST	-	1	-	29 мес.
Всего	20 41,6%	20 41,6%	8 16,6%	18 мес.

Качество жизни больных до и после операции

Локализация первичной опухоли	Качество жизни	
	До операции	Через 1–2 мес.
Меланома	40%	80%
Рак желудка	50%	90%
Рак пищевода	40%	80%
Рак яичника	50%	90%
Рак почки	50%	90%
Колоректальный рак	60%	80%
Рак легкого	50%	90%
Рак мол. железы	50%	100%
Рак надпочечника	50%	90%
НЭО	60%	100%
GIST	60%	100%
Всего	50%	90%

операция выполнялась по жизненным показаниям: распад метастаза, кровотечение, стеноз пищевода (табл. 4). В послеоперационном периоде умерло 3 больных – 5,7%. Осложнения отмечались у 11 больных – 24%. Характер их был следующий: желчные свищи – 2, кровотечения – 2, поддиафрагмальный абсцесс – 2, спаечная тонкокишечная непроходимость – 1, нагноение послеоперационной раны с эвентрацией – 1, кровотечение из острой язвы ДПК – 2, печеночная недостаточность – 1 (табл. 5).

В настоящее время из 53 умерло 6 больных от прогрессирования процесса (2 с раком легкого, 2 с меланомой, 1 с раком пищевода, 1 с раком почки, 1 с раком яичника). Медиана выживаемости составляет 16 мес. Более 3 лет прожило 8 больных – 16,6% (табл. 6).

Одним из критериев оценки эффективности и целесообразности операций при генерализованных формах рака является динамика качества жизни до и после проведенной операции. Качество жизни у всех больных оценивалось по шкале Карновского. В среднем до операции качество жизни больных составляло 50%, после операции качество жизни заметно улучшилось и составило 90% (табл. 7).

Заключение

- Циторедуктивные операции с резекцией метастатических очагов печени являются вполне переносимыми хирургическими вмешательствами.
- Улучшение качества жизни, а в ряде случаев значительное увеличение выживаемости (до 25% – 3-годичная) определяют их целесообразность
- Учитывая отсутствие эффективной альтернативы лечения метастатических форм злокачественных опухолей различных локализаций, хирургический метод является методом выбора.

Поступила 25.07.07 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. De Matteo R. P., Fong Y., Jarnagin W. R., Blumgart L. H. Recent advances in hepatic resection // *Semin Surg Oncol*. 2000, № 19. 200 p.
2. Jemal A., Murray T., Samuels A. et al. Cancer statistics. *CA Cancer J Clin*. 2003, № 53. 5 p.
3. Mineo T. C., Ambroggi V., Tonini G. et al. Long-term results after resection of simultaneous and sequential lung and liver metastases from colorectal carcinoma // *J Am Coll Surg*. 2003, № 197. 386 p.
4. Richard Alexander H., Jr. Nancy, E. Kemeny, Theodore S. *Lawrence Treatment of Metastatic Cancer: Section 3: Metastatic Cancer to the Liver: Principles and Practice of Oncology*, 7th Edition Published by Lippincott Williams & Wilkins, Copyright, 2005.

**A. V. YANKIN, A. K. JANE,
A. G. NAPSO, A. G. PICHUGIN**

CYTOREPRODUCTIBLE OPERATIONS AT METASTASIC LIVER DAMAGES

Synchronous hepatic metastases are identified in 20% to 50% of patients with advanced cancers and are the sole or life-limiting component of disease in up to 60% of patients. The overall 5-year survival after cytoreduction with hepatic resection and chemotherapy in this group of patients ranges from 20% to almost 50% in recent series. From 1995 to 2005, 53 liver resection was performed in group of patients with synchronous and metachronous hepatic metastases. In 33 cases liver resection was made simultaneously with resection of primary tumors. In 12 (22,6%) cases operations was made urgently (bleeding, rupture of metastatic tumor, stenosis of esophagus). The postoperative mortality was – 5,7% (3 cases), morbidity 24% (11 cases). The 3-year survival rate approached in 8 cases – 16,6%, median survival was 16 months.

Therethrough cytoreductive hepatic resection even with resection of primary tumor is quite bearable operation, which increases quality of life and survival in group of patients with hepatic metastases.