

**Цель исследования** – проанализировать ближайшие и отдаленные результаты лечения больных с колоректальными метастазами печени при применении различных хирургических технологий.

**Материал и методы.** Проанализированы ближайшие и отдаленные результаты лечения 126 больных в возрасте от 38 до 72 лет с изолированными колоректальными метастазами печени. Объем поражения паренхимы печени составил от 7 до 55%. Солитарные и единичные метастазы в печени выявлены у 65 (54,2%), множественные – у 61 (45,8%) больного. Монолобарное поражение – у 73 (57,9%) больных, биллобарное – у 53 (42,1%). Диагностическая программа начиналась с оценки физикальных, лабораторных методов и исследования онкомаркеров с включением на последующих этапах всего арсенала методик ультразвукового исследования, КТ, МРТ и ангиографии. Онкомаркеры РЭА, СА 19-9, СА 242 исследовали у пациентов после комбинированного лечения метастазов печени с целью выявления рецидива, внутривенного или внепеченочного метастазирования. Резекции печени в различных объемах выполнены у 52 больных – 41,3%; резекции в сочетании с дополнительными методами деструкции очагов применены у 27 пациентов – 21,4%. Изолированные методики локальной деструкции (радиочастотная абляция – РЧА, криодеструкция) были использованы у 47 – 37,3%.

**Результаты.** Для оценки влияния на ближайшие и отдаленные результаты различных хирургических технологий в составе программы комбинированного лечения больные были разделены на 5 групп.

1-ю группу составили пациенты, которым выполнены экономные анатомические (27) и атипичные (15) резекции печени – 42. Для сечения паренхимы печени использовали гармонический ультразвуковой скальпель, сочетание ультразвукового фрагментатора Cusa Excel и Liga Sure, а также радиотермоабляцию по линии сечения паренхимы. Прием Прингла в данной группе не применялся. Осложнения отмечены у 14,2% больных. Летальных исходов не было. Средняя величина интраоперационной кровопотери составила 380 мл. Одногодичная общая выживаемость составила 80%, 3-летняя – 60%, 5-летняя – 40%.

2-ю группу составили пациенты после гемигепатэктомии – 10. Гемигепатэктомию выполняли, используя воротный и фиссуральный способы. Практически всегда сочетали их, выполняя выделение, перевязку долевой артерии (артерий) и долевого протока в воротах печени, а выделение и перевязку долевой воротной вены транспаренхиматозно после рассечения паренхимы. Частота послеоперационных осложнений 30%. Послеоперационная летальность составила 20% – умерли 2 больных от печеночной недостаточности. Расширенные резекции сопровождались кровопотерей в объеме 480–1430 мл. Гемотрансфузия проводилась у 2 больных. Одногодичная общая выживаемость составила 92,9%, 3-летняя – 50%, 5-летняя – 38,1%.

3-ю группу составили пациенты с резекцией различных объемов в сочетании с РЧА – 27. Послеоперационные осложнения отмечены у 14,8%, но по структуре осложнений они практически не различались. Послеоперационная летальность составила 11,1% (3) больных. Анализ отдаленных результатов: одно-трех-

пятилетняя выживаемость составила соответственно 81,48, 44,4, 25,9%. Безрецидивная одно-, трех- и пятилетняя выживаемость – 62,9, 37,0, 18,5%.

4-ю группу составили пациенты только с РЧА – 40. Для проведения РЧА использовали генератор с одиночными или кластерными электродами Cool Tip с рабочей частью 25–30 мм. Лапароскопическая РЧА выполнена у 4 больных, чрескожным доступом под УЗ-навигацией – у 6. Всего проведено РЧА 87 метастазов. Осложнения имели место у 5%, у обоих больных выявлена субкапсулярная гематома малого объема. Летальных исходов не было. Одногодичная общая выживаемость составила 77,5%, 3-летняя – 32,5%, 5-летняя – 15%.

5-ю группу составили пациенты, перенесшие криодеструкцию, – 7. Осложнения имели место у 4 (57,1%) больных. Интраоперационные трещины паренхимы в области ледяной глыбки имели место у 2 пациентов; тромбоцитопения – у 1, реактивный плеврит – у 1. Одногодичная общая выживаемость составила 71,4%, 3-летняя – 14,3%, 5 лет не прожил никто.

**Выводы.** 1. Частота ранних послеоперационных осложнений при хирургическом лечении метастазов колоректального рака в печени определяется технологией и объемом хирургического вмешательства: максимальное количество осложнений отмечено при криодеструкции и гемигепатэктомиях.

2. Анатомические экономные резекции печени не увеличивают частоту ранних послеоперационных осложнений по сравнению с периопухолевыми, обладая большей патогенетической обоснованностью, позволяющей достоверно увеличить безрецидивную и общую выживаемость.

3. РЧА является эффективным методом локального воздействия на метастатический очаг, обладающим малой травматичностью, но как самостоятельный метод в лечении колоректальных метастазов в печени не является альтернативой резекции.

*Земляной В.П., Филенко Б.П., Сизуа Б.В., Першина А.С.*

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Более 90% всех злокачественных новообразований печени составляют вторичные (метастатические) опухоли. По локализации метастазов (МТС) рака печень занимает 1-е место среди всех органов (Ганцев Ш.Х., 2004). Метастатические изменения злокачественной природы являются основной причиной хирургических вмешательств на печени. Число больных с МТС в печень составляет треть всех больных со злокачественными опухолями и представляет сложную проблему с точки зрения как своевременной диагностики заболевания, так и поиска наиболее эффективных методов лечения (РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Давыдов М.И., 2004). Отношение к больным метастатическим раком, сегодня претерпело радикальные изменения. Использование

всего спектра комбинированного лечения, включая резекции печени, позволяет 5-летнюю выживаемость приблизить к 50% (Hardy K. и соавт., 1998; Minagawa M. и соавт., 2000; Ruers T. и соавт., 2002).

За период с 2000 по 2014 г. в клиниках кафедры факультетской хирургии им. И.И. Грекова, СЗГМУ им. И.И. Мечникова по поводу очаговых заболеваний печени различной природы хирургическое лечение предпринято у 71 пациента. Наибольшее число хирургических вмешательств – 39 (55%) по поводу метастатических поражений печени. Из 13 оперированных по поводу первичных опухолей у 5 они оказались доброкачественными, у 8 – злокачественными.

Изолированные поражения правой доли печени были обнаружены у 30(41,4%) больных. В 28(39,6%) случаях патологические очаги располагались как в правой, так и в левой доле. Таким образом, в большинстве случаев имело место преимущественное поражение правой доли печени. У больных с поражением обеих долей печени хирургическое лечение удалось выполнить только в 7 случаях. У 16 больных оно носило диагностический характер, в связи с распространенностью процесса, у 5 ограничилось химиоэмболизацией, перевязкой печеночной артерии.

Пациентам выполнялись хирургические вмешательства различного объема. Необходимость правосторонней гемигепатэктомии возникла в двух случаях. Это были пациенты с одним крупным метастатическим узлом в правой доле, причиной которого явилась опухоль толстой кишки. Левая доля печени была резецирована у 4 больных. В двух случаях причиной ее поражения явились злокачественные опухоли (первичная, у пациентки 22 лет, и метастатическая, после операции по поводу колоректального рака).

Удаление одного или нескольких сегментов печени произведено 16 больным. Среди причин, определявших избранный объем хирургического лечения, были как степень распространенности опухоли, так и состояние пациента.

Десяти пациентам с распространенными вторичными опухолями выполнена химиоэмболизация и перевязка печеночной артерии.

У 23 пациентов, несмотря на использование современных методов обследования, признаки распространенного процесса были определены только во время операции, что заставило отказаться от радикального хирургического вмешательства. Это в первую очередь вовлечение в опухолевый конгломерат сосудов ворот печени, нижней полой вены, что является абсолютным противопоказанием к резекции. От резекции воздерживались у лиц с выраженным циррозом печени, страдающих тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Результаты наших исследований подтверждают данные литературы (Bartolozzi S., 1995; Fujiyama S., 1995; Ruers T. и соавт., 2002) и указывают на необходимость продолжения поиска наиболее достоверных диагностических приемов, позволяющих до операции установить точный диагноз, степень распространенности поражения, чтобы определить адекватный способ оказания медицинской помощи и избежать хирургической травмы.

В сомнительных случаях для установления степени распространенности процесса в диагностический алгоритм целесообразно включать лапароскопию

или использовать этот эндоскопический метод перед запланированной операцией на печени, что позволит в ряде случаев исключить хирургическую травму в группе инкурабельных больных.

Опасность возникновения послеоперационных осложнений, таких как кровотечение из культи печени, желчные перитониты, желчные свищи, поддиафрагмальные абсцессы, секвестрации участков печени, является сдерживающим фактором для проведения расширенных хирургических вмешательств на печени. В непосредственной связи с тяжестью послеоперационных осложнений стоит летальность после резекции печени. Диапазон ее, согласно данным литературы, колеблется от 3,5 до 21,8%, а при больших и предельно больших резекциях печени достигает 30–50% [Beasley R., Hwang L.Y., 1991; Oka H. и соавт., 1990]. Среди наших пациентов в раннем послеоперационном периоде после расширенной правосторонней гемигепатэктомии зафиксирован один летальный исход, причиной которого явилась массивная кровопотеря из культи печени с присоединением в послеоперационном периоде ДВС-синдрома.

Таким образом, предпринимая хирургическое вмешательство по поводу МТС печени, хирург обязан не только знать уровень их злокачественности, резервы больного, но и оценить степень их распространенности неинвазивными или малоинвазивными методами.

<sup>1</sup>Зорина Е.Ю., <sup>2</sup>Орлова Р.В., <sup>1</sup>Фридман М.Х., <sup>3</sup>Хрыков Г.Н.

## ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ

<sup>1</sup>СПб ГУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»; <sup>2</sup>Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова; <sup>3</sup>ФГК ВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России, г. Санкт-Петербург

**Актуальность.** На сегодняшний день в практической деятельности онкологов нет единого мнения о тактике лечения резектабельных метастазов печени колоректального рака. Подходы к лечению этой категории пациентов активно обсуждаются в литературе отечественных и зарубежных авторов. Условно их можно разделить на две категории: «хирургическая тактика», которую активно лоббируют онкохирурги, призывая первым этапом к выполнению хирургического лечения и последующим консолидирующим курсам химиотерапии (ХТ), и «химиотерапевтическая тактика», за которую выступают химиотерапевты, настаивая на обязательной предоперационной ХТ. Крайне редко в обсуждениях вопроса о верной стратегии ведения этой группы больных встречается упоминание об агрессивности опухолевого процесса как об одном из факторов, влияющих на выбор тактики лечения пациентов с резектабельными метастазами колоректального рака в печени.

Опираясь на наш клинический опыт, мы считаем, что оценка агрессивности течения опухолевого