

шить показатели безрецидивной и общей выживаемости в сравнении с группой больных, которым проводилась только химиотерапия.

Котиев Б.Н., Дзидзава И.И., Слободяник А.В., Смородский А.В., Кашкин Д.П., Солдатов С.А.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ

ФГК ВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России, г. Санкт-Петербург

В исследование включено 106 больных с опухолевыми образованиями печени, которым выполнялись резекции. Средний возраст больных составил $54,2 \pm 13,7$ года. Мужчин было 45 (42,5%), женщин 61 (57,5%). Показанием к оперативному лечению служили: гепатоцеллюлярный рак 18 (17%), холангиоцеллюлярный рак 8 (7,5%), опухоль проксимальных желчных протоков 16 (15,1%), рак желчного пузыря 3 (2,8%), метастатический рак печени 47 (44,3%), гемангиомы печени 14 (13,2%) больных. В 20,7% ($n = 22$) случаев опухолевое поражение развивалось на фоне хронического гепатита или цирроза печени. В зависимости от вида и объема резекции печени больные разделены на 2 группы. 1-ю группу составили пациенты, которым выполнялась обширная резекция печени – 50 (47,2%). Во 2-ю группу включены больные с малыми или экономными резекциями – 56 (52,8%). Обширные резекции печени включали: правостороннюю гемигепатэктомию – 23 (46%), расширенную правостороннюю гемигепатэктомию – 11 (22%), левостороннюю гемигепатэктомию – 9 (18%), расширенную левостороннюю гемигепатэктомию – 5 (10%), полисегментарную атипичную резекцию – 2 (4%). У всех пациентов на этапе предоперационной подготовки проводили комплексную оценку функционального состояния печени, которая включала традиционные лабораторно-инструментальные обследования, определение баллов по критериям Child-Pugh, шкале MELD, клиренс-тест с индоцианином зеленым и компьютерно-томографическую волюметрию печени. Для компенсаторной гипертрофии непораженной части печени и уменьшения объема опухолевого поражения в ряде наблюдений за 1,5–3 мес до операции выполняли химиоэмболизацию ветвей воротной вены и/или артериальную химиоэмболизацию опухоли.

Интраоперационная кровопотеря в среднем составила 780 ± 126 мл. Различные послеоперационные осложнения развились в 39 (36,8%) случаях (из них только у 3 (5,3%) больных в группе с малыми резекциями). Наиболее часто наблюдалась пострезекционная печеночная недостаточность – 26 (24,5%) больных. С расширением объема вмешательства частота гепатодисфункции различной степени выраженности возрастала и достигала 38%. Послеоперационная летальность составила 11,3%.

Традиционные методы оценки функционального состояния печени, включая интегральные

оценочные шкалы Child-Pugh и MELD, достоверно устанавливали наличие гепатодисфункции, но являлись малоинформативными в прогнозировании послеоперационной печеночной недостаточности. Методика компьютерно-томографической волюметрии с высокой точностью позволяла рассчитать пострезекционный объем печени. Остаточный объем паренхимы печени менее 359 см^3 на 1 м^2 поверхности тела являлся прогностическим критерием развития тяжелой послеоперационной печеночной недостаточности. Выявлено, что скорость плазменной элиминации индоцианина является чувствительным (92,3%) и специфичным (71,4%) методом количественной оценки функциональных резервов печени и характеризуется высоким прогностическим потенциалом в определении пострезекционной печеночной недостаточности. Установлено, что определение скорости плазменной элиминации индоцианина зеленого (ИЦЗ) является методом выбора оценки гепатоцеллюлярного потенциала у больных с хроническими диффузными заболеваниями печени, с диагностированной гепатодепрессией класса В и С по критериям Child-Pugh, а также при остаточном объеме печени менее 550 см^3 на 1 м^2 поверхности тела. Критическим значением для выполнения обширной резекции печени являлась скорость плазменной элиминации индоцианина зеленого менее 10% в минуту.

В результате анализа комплекса показателей разработан алгоритм предоперационной оценки функциональных резервов печени для определения возможности выполнения обширной резекции. Наиболее прогностически значимыми факторами риска развития послеоперационной гепатоцеллюлярной дисфункции являлись объем остающейся после резекции паренхимы печени менее 550 см^3 на 1 м^2 и наличие сопутствующего хронического диффузного заболевания печени. Класс С по критериям Child-Pugh считаем абсолютным противопоказанием к выполнению обширной резекции. В случаях класса А и В необходима более детальная оценка функции печени. Выполнение обширной резекции возможно при скорости плазменной элиминации индоцианинового зеленого (СПЭицз) более 15% в минуту. В случаях, когда СПЭицз находится в пределах от 11 до 14% в минуту возможно выполнение экономных резекций. При поглощении диагностического красителя гепатоцитами со скоростью менее 10% в минуту выполнение резекционных методик не рекомендуется. Применение данного клинико-диагностического алгоритма способствовало уменьшению частоты послеоперационной печеночной недостаточности до 15,4% случаев.

Таким образом, использование методик определения функционального резерва печени на этапе планирования ее резекций позволяет осуществить индивидуальный дифференцированный подход к выбору метода лечения с учетом факторов риска и улучшить результаты резекционных вмешательств у больных опухолевыми образованиями печени.