

*Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Слободяник А.В., Смо-
родский А.В., Кашкин Д.П., Солдатов С.А.*

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СИНХРОННЫХ МЕТАСТАЗОВ В ПЕЧЕНИ РАКА ЖЕЛУДКА И ТОЛСТОЙ КИШКИ

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

Синхронные метастазы в печень диагностируют у 25–50% больных злокачественными опухолями различной локализации. В настоящее время результаты лечения метастатического поражения печени хорошо изучены. Благодаря применению современных методов диагностики и оперативного лечения удается достичь 5-летней выживаемости в 30–40%. Однако вопрос о выполнении комбинированной операции включающей удаление первичной опухоли и резекцию печени остается дискуссионным.

На обследовании и лечении в клинике госпитальной хирургии Военно-медицинской академии в период с 2006 по 2014 г. находились 246 больных злокачественными новообразованиями с синхронным метастатическим поражением печени. Синхронные метастазы были диагностированы до или в первые 3 мес после удаления первичной опухоли: колоректального рака (КРР) – 65,9%, рака желудка – 9,8%, рака панкреатобилиарной зоны – 1,7%, других первичных локализаций – в общей доле 7,7%.

Выполнение комбинированных вмешательств считали возможным в случае нерасширенного, стандартного объема операции в области первичной опухоли и солитарных или единичных синхронных метастазов печени с поражением не более 50% ее объема. Абсолютные противопоказаниями являлись наличие внепеченочных отдаленных метастазов и низкие функциональные резервы печени. Всего выполнено 38 симультантных вмешательств. Из них в 7 случаях имел место рак желудка, у 31 диагностирован КРР. В большинстве случаев осуществлялись экономные резекции печени (61%). Гастрэктомию и субтотальную резекцию желудка дополнены в 3 случаях левосторонней кавальной лобэктомией, в 1 – левосторонней гемигепатэктомией, в 3 наблюдениях – правосторонней гемигепатэктомией. Различные по объему вмешательства на толстой кишке сочетались у 8 больных с левосторонней кавальной лобэктомией, у 2 – с левосторонней гемигепатэктомией, у 6 – с правосторонней гемигепатэктомией, у 14 пациентов с бисегментэктомиями и полисегментарными резекциями печени. Объем кровопотери, частота послеоперационных осложнений и летальности при симультантных резекциях печени значимо не отличались от вмешательств, выполненных последовательно при синхронных метастазах или резекциях по поводу метастатических очагов.

Отдаленный период прослежен у всех больных. Период наблюдения составил от 6 до 60 мес. Все больные в послеоперационном периоде получали химиотерапию. В 15 случаях проводилась системная химиотерапия. В остальных наблюдениях применяли регионарное введение цитостатиков в режиме 4–6

курсов селективной артериальной химиоинфузии или масляной химиоэмболизации. Рецидив заболевания развился у 21 больного через 16 ± 4 мес. Данной группе пациентов возобновлена химиотерапия. Продолжительность жизни больных раком желудка составила в 1 наблюдении 60 мес, еще в 1 – 44 мес, в 2 – более 18 мес и в 1 – 7 мес. 3-летняя выживаемость больных колоректальным раком составила $47,2 \pm 12,2\%$, 5-летняя – $33,7 \pm 11,9\%$.

Таким образом, у больных злокачественными новообразованиями в случаях стандартного объема операции в области первичной опухоли и унилобарном синхронном метастатическом поражении печени при отсутствии признаков гепатодисфункции возможно выполнение симультантной резекции печени, что в сочетании с послеоперационной регионарной химиотерапией как этапа комбинированного лечения способствует улучшению результатов лечения больных данной категории.

Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Чуприна А.П., Кашкин Д.П.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ (первый опыт)

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

В силу объективных причин развитие лапароскопической хирургии печени продвигается более медленными темпами, чем хирургии других органов брюшной полости. Большие размеры, особенности локализации и синтопии не позволяют обеспечить полноценный лапароскопический осмотр всей поверхности печени, затрудняют свободный инструментальный доступ, особенно к задним сегментам. Богатое кровоснабжение и сложная внутрипеченочная сосудистая анатомия определяют повышенную кровоточивость и подчас значительные трудности гемостаза, вследствие чего любое лапароскопическое вмешательство на печени считается потенциально опасным в отношении массивной кровопотери. Однако совокупность опыта оперативных вмешательств и достижений инструментально-технического прогресса в настоящее время позволили значительно расширить возможности лапароскопической хирургии в лечении очаговых образований печени. Число подобных вмешательств неуклонно растет за счет как увеличения числа клиник, осваивающих методику, так и накопления опыта в передовых учреждениях.

В клинике госпитальной хирургии в период с 2011 по 2014 г. выполнено 10 эндовидеохирургических резекционных вмешательств на печени. В 3 случаях показанием к операции являлись гемангиомы диаметром более 5 см, в 3 наблюдениях – солитарные метастазы колоректального рака, в 2 – фокальная нодулярная гиперплазия печени с признаками прогрессирующего роста и в 2 случаях – гигантские истинные кисты печени. По объему вмешательств выполнено 4 левосторонних кавальных лобэктомии, 6 атипич-