

*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±12,2%, 5-летняя – 33,7±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-

ных сегментарных резекций печени. Использовали стандартное эндовидеохирургическое оборудование. Доступ осуществляли через 4-5 лапаропортов. Держалки петель для выполнения Pringl-маневра выводили через отдельные проколы в правом подреберье. Диссекция паренхимы печени выполнялась при помощи ультразвуковых ножниц и моно- и биполярной электрокоагуляции. Крупные трубчатые структуры клипировали. При атипичных резекциях, а также при пересечении тонких краевых участков паренхимы для достижения гемо- и желчестазы применяли эндоскопические линейные сшивающие аппараты. Обширную резекционную раневую поверхность печени дополнительно обрабатывали аргонусиленной коагуляцией. В одном случае для укрытия раневой поверхности применена гемостатическая губка «Тахокомб». Препарат удаляли в контейнере через расширенный троакарный доступ в левом подреберье. В подавляющем большинстве случаев осложнений в раннем и отдаленном послеоперационных периодах не было. При этом срок послеоперационного стационарного лечения составил 4–5 сут. В одном наблюдении имело место длительное желчеистечение по страховочному дренажу из субсегментарного протока. Желчный свищ закрылся самостоятельно через 21 день.

Таким образом, повышение эффективности хирургического лечения больных с очаговыми образованиями печени благодаря использованию эндовидеохирургических методов диктует необходимость дальнейшего научно-клинического разрешения вопросов, касающихся условий, при которых возможна лапароскопическая резекция печени, показаний и противопоказаний к ней, а также ряда технических аспектов, касающихся эффективности и безопасности методов разделения печеночной паренхимы.

Куканов М.А., Чалаев А.Г., Гончарук М.К.

РОЛЬ МЕТОДОВ ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ РАДИОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМИ И МЕТАСТАТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ

СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», г. Санкт-Петербург

Методы интервенционной радиологии применяются на всех этапах обследования и лечения пациентов с первичными и вторичными поражениями печени. Одни являются этапами комплексного специализированного лечения, другие вмешательства выполняются в плане паллиативной или симптоматической медицинской помощи.

Цель – показать востребованность методик интервенционной радиологии у пациентов с первич-

ными и вторичными опухолями печени на примере работы отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения СПб ГБУЗ «ГКОД».

Материал и методы. Проведена выборка и статистическая обработка данных операционных журналов отделения за 2010–2013 г. по всем эндоваскулярным и внесосудистым вмешательствам у пациентов с первичными и вторичными изменениями в печени.

Результаты. За период с 2010 по 2013 г. в условиях отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения СПб «ГКОД» выполнено 1719 вмешательств пациентам с первичными и вторичными поражениями печени, из них эндоваскулярных вмешательств 1462 (85%), а внесосудистых – 257 (15%) операций. В перечне эндоваскулярных вмешательств наиболее часто выполнялась диагностическая ангиография печени 785 (53,7 % от числа эндоваскулярных вмешательств), из них в 713 (90,8% от числа ДАГ печени) операциях применялась методика субтракционной и ротационной рентгенографии с артериальным контрастированием (методика 3D-или ПДКТ-артериогапатографии). При 68 ДАГ печени была выполнена трепан-биопсия образований с целью гистологической верификации опухоли. За указанный период было выполнено 677 (46,3% от числа эндоваскулярных вмешательств) лечебных эндоваскулярных вмешательств, из них 547 (80,8%) химиоэмболизаций печеночных артерий с лекарственно-насыщаемыми эмбосферами (микросферы, гепасферы), 80 (11,8%) масляных химиоэмболизаций печени с липиодолом, 33 (4,9%) химиоинфузии в артерии печени и 17 (2,5%) эмболизаций и химиоэмболизаций правой ветви воротной вены в предоперационном режиме. Из внесосудистых вмешательств наиболее часто выполнялось наружное холангиодренирование печеночных протоков при механической желтухе – 164 (63,8% от числа внесосудистых операций), наружно-внутреннее холангиодренирование выполнялось в 26 (10,1%) случаях, холецистостомия – в 13 (5,1%), стентирование желчных протоков – в 38 (14,9%) и дренирование патологических полостей печени – в 16 (6,1%). Клинически значимые осложнения были у 16 пациентов, из них 5 (0,29% от числа всех интервенционных вмешательств) пациентов с летальным исходом в послеоперационном периоде (1 – острый инфаркт миокарда; 1 – ТЭЛА; 3 – желчный перитонит на фоне смещения или самоудаления холангиодренажа).

Заключение. Методы интервенционной радиологии востребованы и надежно зарекомендовали себя в повседневной онкологической практике. Они обладают рядом преимуществ: малой травматичностью, селективностью воздействия, меньшим количеством осложнений, возможностью проведения повторных малоинвазивных операций или нескольких вмешательств одновременно, а также возможностью комбинирования с другими видами лечения (системной химиотерапией, лучевой терапией и т. д.). Все это позволяет повысить эффективность противоопухолевой терапии и сократить сроки восстановления и госпитализации онкологических больных.