

пособия). В общих осложнениях выделяем ранние (в процессе операции или в течение 1 сут после нее) и поздние (позднее 1 сут после операции). К общим ранним осложнениям относим: кровотечение – 8 (1,3%), перфорацию стентированного органа – 1 (0,17%), анафилактические реакции – 10 (1,7%), неправильную установку стента – 26 (4,3%). К общим поздним осложнениям относим: дислокацию стента – 4 (0,7%), закупорку стента – 50 (8,25%).

Специфические осложнения развиваются при осуществлении конкретной операции, поэтому считаем необходимым разбирать их отдельно. Осложнения при антеградном билиарном стентировании: острый послеоперационный реактивный панкреатит – 78 (12,87%), острый холецистит 8 (1,32%), холангит – 60 (9,9%), пролежень и перфорация холедоха – 1 (0,17%), обструкция сегментарного печеночного протока – 3 (0,5%), подтекание желчи в свободную брюшную полость – 8 (1,32%). В каждом конкретном случае нами проработан алгоритм как профилактики, так и лечения описанных осложнений.

Так, основными элементами профилактики и лечения острого послеоперационного панкреатита являются:

1. Правильный подбор стента по диаметру, наличие и отсутствие покрытия. При расширенном на фоне опухолевого процесса вирусного протоке (более 2–3 мм) показана установка покрытого стента, при меньших диаметрах – непокрытого.

2. Непосредственно перед операцией проводим инъекцию препарата цитостатика (октериотид 0,1 или сандостатин 0,1) с продолжением курса инъекций подкожно каждые 6 ч в течение суток с контролем уровня амилазы крови.

3. При остром панкреатите, обусловленном установкой покрытого нитинолового стента показано его удаление с последующей установкой непокрытого стента диаметром 6–8 мм.

Закупорка (обтурация) стента может быть обусловлена:

- 1) прорастанием непокрытого стента опухолевой или грануляционной тканью (чаще через 6–8 мес) – показано рестентирование стента в стент;

- 2) конкрементами – показано эндоскопическое удаление покрытого стента с литоэкстракцией, и повторное ретроградное рестентирование;

- 3) обтурацией непокрытого стента и невозможности его удаления – показана эндоскопическая литоэкстракция конкрементов;

- 4) прорастанием опухоли выше ранее установленного стента – показано рестентирование стента в стент с раскрытием стента проксимальнее опухолевого процесса;

- 5) сгустком крови в раннем послеоперационном периоде – показана санация стента с отмыванием сгустка через холангиостому при ее наличии или ретроградно – эндоскопически с одновременным проведением гемостатической терапии.

Холангит – показано проведение адекватной антибактериальной терапии, при наличии холангиостомы ежедневная санация желчных протоков растворами антисептиков. При обтурации сегментарного протока показано его антеградное дренирование с одномоментным стентированием. Острый холецистит чаще обусловлен перекрытием, покрытым стентом пузырь-

ного протока, – показана попытка эндоскопической коррекции стента, при неэффективности – чрескожное чреспеченочное дренирование желчного пузыря с последующим оперативным лечением в «холодном» периоде.

Заключение. Внедрение стентирующих операций в хирургическую клинику сопровождается рядом существенных преимуществ, расширяет возможности оказания хирургической помощи. Изучение этих осложнений позволяет нам выработать алгоритмы их профилактики, своевременной диагностики и лечения. Совсем избежать их невозможно, но сведение их к минимуму необходимо.

Патютко Ю.И., Котельников А.Г., Сагайдак И.В., Кудашкин Н.Е., Гахраманов А.Д., Мороз Е.А., Чай И.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА НА ФОНЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» РАМН, г. Москва

Цель исследования – оценить современные возможности радикального хирургического лечения больших гепатоцеллюлярным раком с сопутствующим циррозом печени.

Материал и методы. Работа основана на проспективном и ретроспективном анализе клинического материала 180 больных, радикально оперированных по поводу гепатоцеллюлярного рака в отделении опухолей печени и поджелудочной железы РОНЦ им. Н.Н. Блохина за период с 1990 по 2013 г. Оценка состояния паренхимы печени и степень распространенности болезни осуществлялась с помощью инструментальных (УЗИ, включая эластометрию, рентгеновскую компьютерную томографию, МР-томографию брюшной полости с внутривенным контрастированием) и лабораторных методов обследования: биохимических показателей крови (АЛТ, АСТ, ЩФ, креатинин, мочевины, общий билирубин и его фракции), коагулограммы (фибриноген, протромбин). Тяжесть цирроза печени определялась на основании классификации Child-Pugh. Изучен уровень, причины осложнений и летальных исходов у оперированных больных, а также прослежена отдаленная выживаемость в группах с сопутствующим циррозом печени (Child-Pugh A и B) и без него.

Сравнительный анализ по тем или иным качественным признакам проведен с использованием критерия χ^2 с поправкой Йейтса для таблиц формата 2 x 2 или без поправки Йейтса для других случаев. Сравнительный анализ продолжительности жизни проводился с использованием Логрангового критерия. Различия между признаками считались статистически достоверными при значениях $p < 0,05$.

Результаты. По поводу гепатоцеллюлярного рака выполнено 180 резекций печени, из них у 120 (71,7%) больных не выявлено клинико-лабораторных данных, подтверждающих наличие цир-

ротических изменений в печени. 60 (28,3%) пациентов оперированы на фоне цирроза. В зависимости от распределения по шкале Child-Pugh 43 больных имели комплекс нарушений, соответствующих классу А, а у 17 пациентов он определен как класс В. Послеоперационные осложнения отмечены: в общей группе у 79 (43,9%) больных, в группе пациентов без цирроза у 47 (39,2%), а с циррозом у 32 больных (53,3%), достоверной разницы не выявлено ($p = 0,1$). В группе больных с циррозом печени по частоте возникновения послеоперационных осложнений на 1-м месте была печеночная недостаточность – у 14 (33,3%) больных, а при отсутствии цирроза она отмечена у 20 (11,7%) ($p = 0,001$). На 2-м месте почечная недостаточность – 20% и асцит – 20% случаев, в группе без цирроза – 3,3 и 3,3% соответственно ($p = 0,0006$). Следующими по частоте встречаемости осложнениями явились пневмония – при наличии цирроза выявлена у 15% больных, при отсутствии – у 6,7% ($p = 0,1$) и ДВС-синдром с циррозом – диагностирован у 15% пациентов, в группе без цирроза – у 0,8% ($p = 0,0004$). Послеоперационные кровотечения при циррозе встречались у 10% пациентов, при его отсутствии у 1,7% ($p = 0,02$). При анализе группы пациентов без цирроза среди наиболее часто встречаемых осложнений следует отметить: желчные свищи – 10,8% больных (при циррозе у 6,7%); внутрибрюшные абсцессы – 8,3% больных (при циррозе у 6,7%); нагноение послеоперационной раны – 2,5% (при циррозе 8,3%), при сравнении групп статистически достоверной разницы не получено. Таким образом, у пациентов с сопутствующим циррозом печени достоверно преобладали осложнения, связанные с исходным нарушением печеночно-клеточной функции. При сравнительной оценке уровня послеоперационных осложнений у больных, оперированных на фоне цирроза в зависимости от тяжести нарушений по Child-Pugh выявлено достоверное увеличение этого показателя у пациентов с циррозом Child-Pugh В при сравнении с Child-Pugh А 14 (82,4%) и 18 (40,8%) пациентов соответственно ($p = 0,002$). По данным нашего анализа, в послеоперационном периоде в группе больных с циррозом погибло 9 (15%) пациентов, в группе без цирроза – 3 (2,5%) пациента ($p = 0,002$). Анализ летальности у больных с циррозом в зависимости от степени нарушения функций печени выявил: при циррозе Child-Pugh А в послеоперационном периоде погибло 4 (9,3%) больных (при сравнении с группой пациентов без цирроза разница статистически недостоверна, $p = 0,14$), при циррозе Child-Pugh В – 5 (29,4%) больных (при сравнении с группой пациентов без цирроза разница статистически достоверна, $p = 0,01$). Оценка выживаемости больных после радикальных операций в зависимости от наличия цирроза печени выявила: в группе больных при отсутствии цирроза медиана выживаемости составила 62 мес, в группе с циррозом – 37 мес ($p = 0,02$) (при циррозе Child-Pugh А медиана выживаемости 50 мес, при циррозе Child-Pugh В – 22 мес).

Заключение. Хирургическое лечение у больных гепатоцеллюлярным раком при сопутствующем циррозе Child-Pugh А обладает приемлемым уровнем осложнений и послеоперационной летальности. При

выявлении у больного цирроза, соответствующего классу В по Child-Pugh оперативное вмешательство нецелесообразно. Наличие цирроза печени у больных гепатоцеллюлярным раком достоверно ухудшает отдаленные результаты лечения.

Поликарпов А.А., Таразов П.Г., Гранов Д.А., Польшаков В.Н.

РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ

ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Цель – ретроспективный анализ результатов малоинвазивных методик, применяемых в ФГБУ РНЦРХТ МЗ РФ в лечении пациентов с нерезектабельными метастазами колоректального рака в печени.

Материал и методы. Основу сообщения представляет опыт наблюдения 800 пациентов с Мтс Крр, обследованных и леченных в институте с 1990 по 2012 г. Основные используемые методики: химиоинфузия в печеночную артерию (ХИПА); масляная химиоэмболизация печеночной артерии (МХЭПА); МХЭПА + химиоэмболизация воротной вены (ХЭВВ); радиочастотная абляция (РЧА) в комбинации с ХИПА и МХЭПА. Для ХИПА до 2005 г. использовали схемы химиотерапии: доксорубин, карбоплатин и 5 FU, с 2005 г. – FOLFOX или FOLFIRI в дозировках 2/3 от системной. При МХЭПА в собственную или долевыми печеночными артериями вводили суспензию доксорубина 40–80 мг, митомидина С 10–20 мг, иринотекана 100–200 мг, элоксатина 50–150 мг в 10–15 мл сверхжидкого липиодола, после чего выполняли окклюзию артерии кусочками мелко нарезанной гемостатической губки. ХЭВВ осуществляли через 1–3 нед после МХЭПА теми же дозами цитостатиков и липиодола без добавления гемостатической губки. Для проведения РЧА применяли генератор фирмы Radionics и одиночные или кластерные игольчатые электроды Cool-tip длиной 20–25 см с рабочей частью 2,5–3,0 см. Ультразвуковую навигацию осуществляли во всех случаях.

Результаты. До 2005 г.: ХИПА: средняя продолжительность жизни (СПЖ) составила 9,0±2,1 мес, показатели одно-, двух- и трехлетней выживаемости – 38,8 и 2% соответственно. МХЭПА: СПЖ 20,2±3,1, показатели одно-, двух- и трехлетней выживаемости 83, 36 и 17% соответственно, МХЭПА в комбинации с ХЭВВ: СПЖ 30,1±5,1, показатели одно-, двух- и трехлетней выживаемости 97, 42 и 21% соответственно. С 2005 г. длительная ХИПА в режимах FOLFOX и FOLFIRI позволила достичь СПЖ 23,0±1,9 мес, а показатели одно-, двух- и трехлетней выживаемости составили 87, 43, 20% соответственно. Комбинация рентгеноэндоваскулярных процедур