

вичными и метастатическими опухолями печени. Среди оперированных пациентов мужчин было 54 (48,2%), женщин – 58 (51,8%). Возраст больных варьировал от 23 до 78 лет, средний возраст составил $57,5 \pm 11,2$ года. Анатомические резекции печени по поводу первичных и метастатических опухолей были выполнены 61 пациенту, атипичные резекции – 51 больному. При выполнении анатомических резекций печени нами использовались два принципиально разных подхода. У 1-й группы больных (18 пациентов) применялся традиционный воротный доступ. Во 2-ю группу включены 43 пациента, у которых при выполнении анатомических резекций печени использован модифицированный воротный доступ с интрапаренхиматозным выделением глиссоновых пучков.

Результаты. В ходе анализа результатов были оценены: продолжительность операции, объем интраоперационной кровопотери, необходимость применения маневра Прингла, частота развития послеоперационных осложнений, госпитальная летальность. Дополнительно оценивалась удельная доля анатомических сегментарных резекций печени (сегментэктомии, бисегментэктомии) до и после начала применения описанной методики.

Сравнительный анализ непосредственных результатов анатомических резекций в зависимости от использования стандартной методики либо описанной выше модифицированной методики (с применением водоструйного диссектора и выделением глиссоновых пучков) показал отсутствие достоверных различий в продолжительности операции. Так, среднее время операции в контрольной группе составило $386,6 \pm 133,4$ мин, в основной – $375,6 \pm 107,0$ мин ($p > 0,05$).

При анализе влияния техники выполнения анатомических резекций печени на объем интраоперационной кровопотери зафиксировано статистически значимое снижение среднего объема и медианы объема кровопотери в группе больных, оперированных по модифицированной методике. В данной группе пациентов медиана объема кровопотери составила 700 мл по сравнению с 2250 мл в группе резекций, выполненных по стандартной методике. Кроме того, в группе больных, оперированных с применением модифицированного воротного доступа, удалось существенно уменьшить частоту использования маневра Прингла по сравнению с контрольной группой пациентов (16,2 и 55,5% соответственно).

При сравнении частоты и структуры послеоперационных осложнений статистически значимых различий в исследуемых группах выявлено не было. В большинстве своем осложнения были связаны с формированием отграниченных жидкостных скоплений в зоне резекции печени (биломы, организовавшиеся гематомы). Во всех случаях адекватное дренирование жидкостных скоплений под контролем УЗИ позволило благополучно выписать пациентов. Умерли в послеоперационном периоде 3 пациента из 1-й группы и 1 больной из 2-й. Таким образом, послеоперационная летальность в исследуемых группах составила 16,7 и 2,3% соответственно.

Заключение. Наш опыт применения водоструйного диссектора в ходе выполнения анатомических резекций печени позволяет говорить о безопасности и эффективности данной методики.

Скупченко А.В., Лысенко А.В., Королев Д.Г., Скобельцов Д.А., Рассудишкин А.С.

РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ В КОМБИНАЦИИ С ХИМИЭМБОЛИЗАЦИЕЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», отделение рентгенхирургических методов диагностики и лечения, г. Самара

Актуальность. В тех ситуациях, когда хирургическое лечение по поводу новообразований печени невозможно (по распространенности процесса или по соматическому состоянию и сопутствующей патологии), применяются методы локорегионарного воздействия: радиочастотная абляция (РЧА), различные виды эмболизации печеночной артерии (ЭПА).

Цель исследования – улучшить результаты РЧА печени, расширить показания к применению данной методики.

Материал и методы. В отделении РЧА печени проводится аппаратом Cool-type RF (Тусо) игольчатými электродами с длиной рабочей части 3 см. Позиционирование электрода в опухоль осуществляется под УЗИ- или КТ-навигацией. Абляция опухоли проходит в автоматическом режиме. Время абляции зависит от размера образования и его локализации (в среднем 12 мин на одну позицию электрода в опухоли). Результат оценивается выполнением КТ печени сразу после операции, через 1 и 3 мес. Ограничивающим для РЧА фактором является теплоотводящее действие крови. Предварительно выполненная ЭПА редуцирует кровоток в опухоли, увеличивая зону некроза при одинаковом времени воздействия.

Результаты. С 2010 по 2013 г. выполнено 33 комбинированных операции на печени (РЧА с предварительной ЭПА). Размер образований составлял от 2 до 9 см, в среднем 4,5 см. Количество точек приложения электрода в опухоль за одну операцию варьировало от 1 до 6 (в среднем 3). Общее время абляции от 20 до 90 мин, в среднем 50 мин. Максимальное количество образований, подвергшихся абляции за одну операцию – 2. По данным КТ-исследования с контрастным усилением, выполненного непосредственно после операции, во всех случаях удалось добиться зоны абляции, перекрывающей границы первичной опухоли на 1 см. При анализе данных КТ в динамике через 1

мес после операции данных, указывающих на местную прогрессию, не получено ни у одного больного. Через 3 мес отмечен продолженный рост в зоне РЧА у тех пациентов, у которых размер образования на момент операции был более 5 см.

Заключение. Предварительно выполненная ЭПА перед РЧА редуцирует кровоток в печени, позволяя подвергать абляции новообразования большего размера при одинаковом времени экспозиции электрода в опухоли.

Соловьев И.А., Васильченко М.В., Лычев А.Б., Колунов А.В., Навматуля А.В., Савченков Д.К.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

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

Цель исследования – оптимизация хирургического лечения больных местнораспространенным раком прямой кишки.

Материал и методы. За период 2010–2014 г. на лечении в клинике находились 63 больных местнораспространенным раком прямой кишки. У 6 (9,5%) больных в предоперационном периоде были выявлены единичные метастазы в печени. У этих пациентов стадия онкологического процесса соответствовала T3-4N1-2M1. По клиническим и лабораторно-инструментальным данным, признаков печеночной недостаточности не было. Объем поражения печени составил от 5,0 до 20,0%. Средний возраст составил $58,2 \pm 6,3$ года (от 54 до 68 лет). 1 больному выполнена расширенная брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, 1 – тотальная эвисцерация органов малого таза, 2 – задняя надлеваторная эвисцерация органов малого таза, 2 – комбинированная операция: передняя резекция прямой кишки с резекцией задней стенки мочевого пузыря и формированием микроцистиса. По результатам гистологического заключения высокодифференцированная аденокарцинома была выявлена у 1 пациента, умеренно дифференцированная – у 2 и низкодифференцированная аденокарцинома – у 3 больных.

Результаты. При наличии единичных метастазов в одной или обеих долях печени выполняли паренхимосохраняющую резекцию печени, отступая от края опухоли на 1,0 см (3 больных), в остальных случаях интраоперационно выполняли взятие биопсии (3 пациента). Во всех случаях объем поражения печени не превышал 20,0%. Средняя продолжительность операции составила $5,2 \pm 1,1$ ч. Средний объем кровопотери – 400 мл (от 200 до 750 мл). Послеоперационные осложнения были выявлены в 4 (66,7%) наблюдениях. В структуре ранних после-

операционных осложнений преобладали гнойно-воспалительные процессы, они были отмечены у 3 больных. У одного пациента на 8-е сутки после операции диагностирована несостоятельность сигмо-ректоанастомоза. Послеоперационная летальность у данной категории больных составила 0%. Отмечено, что у больных местнораспространенным раком прямой кишки с метастазами в печени течение послеоперационного периода и частота послеоперационных осложнений не отличалась от таковых у больных без метастазов.

Заключение. Наличие единичных метастазов в печени при отсутствии клинических и лабораторно-инструментальных данных печеночной недостаточности у больных местнораспространенным раком прямой кишки не является противопоказанием для проведения операций в полном объеме.

Соловьев И.А., Дымников Д.А., Савченков Д.К., Васильченко М.В.

ВОЗМОЖНОСТИ ЧРЕСКОЖНОГО ЧРЕСПЕЧЕНОЧНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ОПУХОЛЯХ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ С ВТОРИЧНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

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

Актуальность. В настоящее время, к сожалению, наибольшая часть больных старшей возрастной группы (старше 60 лет) с опухолями гепато-панкреато-дуоденальной зоны (ГПДЗ) по разным причинам не может рассчитывать на радикальное лечение. По данным Российского центра информационных технологий и эпидемиологических исследований в области онкологии, в 2012 г. в Российской Федерации показатели несвоевременной диагностики (выявления злокачественной опухоли при наличии отдаленных метастазов) максимальны для новообразований поджелудочной железы: среднероссийский показатель – 60,3%. Более чем в 95% случаев первым проявлением опухолей ГПДЗ является развитие синдрома механической желтухи, в результате чего больные поступают по экстренным показаниям, нередко – в тяжелом состоянии вследствие выраженной интоксикации.

Из-за наличия сопутствующих заболеваний хирургическое лечение пациентов старшей возрастной группы представляет особые трудности, однако по мере совершенствования методов анестезиологического пособия и интенсивной терапии предельный возраст оперируемых больных постоянно