

паллиативных резекций с адекватным вмешательством на лимфатическом аппарате толстой кишки – 11 (78,6%), симптоматических операций – 3 (21,4%).

Из 9 пациентов, у которых метастатическое поражение печени было ранее выявлено на специализированном этапе, в экстренном порядке оперированы 5 человек. Одному больному с очевидно резектабельными метастазами в печени выполнена паллиативная резекция с регионарной лимфодиссекцией, 4 пациентам, учитывая обширное метастатическое поражение печени по данным спиральной компьютерной томографии, выполнены симптоматические вмешательства.

**Заключение.** Таким образом, учитывая современные возможности эффективного адьювантного лечения, больным осложненным колоректальным раком с изолированными и потенциально резектабельными метастазами в печени показаны паллиативные резекции первичной опухоли с адекватным вмешательством на регионарном лимфатическом аппарате.

<sup>1,2</sup>Тиболов А.М., <sup>1</sup>Байматов М.С., <sup>2</sup>Кульчиев А.А., <sup>2</sup>Морозов А.А., <sup>2</sup>Тигиев С.В., <sup>1</sup>Тавитова А.Г.

## ЧРЕСКОЖНЫЕ ЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

<sup>1</sup>«Республиканская клиническая больница» МЗ Республики Северная Осетия-Алания, отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения; <sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России, факультет последипломного образования, кафедра хирургии № 3, г. Владикавказ

**Цель исследования** – оценить эффективность чрескожных чреспеченочных эндобилиарных вмешательств (ЧЧЭВ) в лечении механической желтухи (МЖ) опухолевого генеза.

**Материал и методы.** Проведен анализ состояния 500 больных с МЖ опухолевой этиологии, которым выполнено 1200 ЧЧЭВ; длительность МЖ составляла от 3 до 120 дней; уровень сывороточного билирубина от 30 до 650 мкмоль/л.

По уровню блока больные были разделены на две группы: дистальный – 340 больных, проксимальный – 160 больных. У 350 больных уровень билирубина был более 200 мкмоль/л. Всем больным на первом этапе выполнялось наружное дренирование желчных протоков, на втором этапе выполнялось наружно-внутреннее дренирование (НВДЖП). У 100% с дистальным блоком желчных протоков (ЖП) и у 80% пациентов с проксимальным блоком ЖП на втором этапе выполнено НВДЖП. Больным с адекватной функцией билиобилиарного и билио-дуоденального НВДЖП производили стентирование желчных протоков.

**Результаты.** ЧЧЭВ выполнено всем 500 больным. Состояние полностью стабилизировалось у 395 больных. Осложнения различной степени тяжести отмечены у 32 больных, из них тяжелых 4, умерли 2 пациента.

**Заключение.** ЧЧЭВ являются относительно безопасными и высокоэффективными методами лечения МЖ опухолевого генеза.

Выполнение НВДЖП при дистальном уровне блока возможно практически во всех случаях, при проксимальном блоке – более чем в половине случаев.

<sup>1</sup>Фридман М.Х., <sup>1</sup>Зорина Е.Ю., <sup>2</sup>Хрыков Г.Н., <sup>1</sup>Климов Е.В.

## ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ДИССЕМИНИРОВАННЫМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ

<sup>1</sup>СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», <sup>2</sup>ФГК ВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России, г. Санкт-Петербург

Колоректальный рак (КРР) занимает 4-е место в мире и 3-е место в России по заболеваемости среди всех злокачественных опухолей. Наибольший удельный вес КРР отмечен у лиц старше 60 лет, число которых в популяции постоянно увеличивается. В Российской Федерации ежегодно регистрируется более 60 тыс. новых случаев, из них около 40% на момент постановки диагноза имеют метастатическое поражение, преимущественно печени (Чиссов В.И. и соавт., 2003, 2009, 2010). В современной литературе мнения по тактике лечения метастатического КРР, необходимости выполнения циторедуктивных операций, эффективности применения системной и регионарной химиотерапии до или после хирургического этапа различны и зачастую противоречивы. При этом единых подходов к лечению больных КРР с метастазами в печень не существует.

**Материал и методы.** Нами выполнен ретроспективный анализ историй болезни 3120 больных КРР, находившихся на лечении в 4-м ХО ГКОД в период с 2007 по 2013 г., из которых у 446 (14,3%) пациентов при поступлении в стационар диагностировано метастатическое поражение печени. Средний возраст составил 64±2,3 года. Всем пациентам выполнялся стандартный объем лабораторных и инструментальных исследований. Следует отметить, что во всех случаях при диагностированных метастазах в печень выполнялась компьютерная томография органов брюшной полости, а у больных раком прямой кишки магнитно-резонансная томография органов малого таза.

Все больные на догоспитальном этапе обсуждались на мультидисциплинарной комиссии в составе онколога-проктолога, химиотерапевта, специалиста по лучевой диагностике, анестезиолога, терапевта. Составлялся план лечебных мероприятий. По результатам полученных данных пациенты с опухолевым поражением печени разделены на 2 массива: 1) больные ( $n = 353$ ; 79,1%), тактика лечения которых строилась на основании общепринятых в настоящий момент современных рекомендаций; 2) пациенты ( $n = 93$ ; 20,9%), при планировании лечения которых учитывались не только общепринятые критерии оценки опухолевого процесса (локализация первичной опухоли, гистологическое строение, степень местного распространения опухоли, возраст больных, наличие осложнений заболевания, соматический статус), но и биологические особенности опухолевого процесса.

В 1-м массиве больных ( $n = 353$ ) проведено разделение на 3 группы: А – пациенты ( $n = 224$ ), которым выполнялась паллиативная (циторедуктивная) операция на толстой кишке с последующим проведением химиотерапии; Б – больные ( $n = 56$ ), которым наряду с операцией на толстой кишке проводилась периоперационная химиотерапия; В – группа ( $n = 73$ ), где хирургическое вмешательство носило симптоматический характер и выполнялось для снижения риска фатальных осложнений (химиотерапия не проводилась).

**Результаты.** Установлено, что в группе А выживаемость составила более 1 года. В группе Б значительная часть пациентов пережила 2-летний рубеж, что позволило применить для лечения метастазов в печени различные методики лечения (РЧА, криодеструкция, хирургическое удаление в объеме R0). В группе В срок выживаемости был ожидаемо наихудшим: все больные вне зависимости от схемы проводимой химиотерапии погибли в течение 1 года.

2-й массив разделен на группы в зависимости от тактики лечения после оценки агрессивности опухолевого процесса и соответственно прогноза его течения. Для определения плана терапии, а также выполнения индивидуализированного подбора химиотерапии определялись молекулярно-генетические характеристики опухоли с оценкой пролиферативного потенциала, чувствительности опухолевой ткани к цитостатической терапии. После сопоставления полученных данных выделено 3 группы больных по вариантам течения опухолевого процесса: благоприятным, промежуточным и неблагоприятным. Всем пациентам удалялась опухоль толстой кишки. Наряду с этим в группе с благоприятным прогнозом больным выполнялось комбинированное хирургическое лечение метастазов в печени в объеме R0 с последующей химиотерапией. У больных с промежуточным прогнозом, наряду с хирургическим лечением метастазов в печень проводилась периоперационная химиотерапия. У пациентов с неблагоприятным прогнозом выполнялось хирургическое лечение метастазов и комплексная химиотерапия.

Установлено, что в группе больных с благопри-

ятным профилем достоверных различий в связи с очередностью проведения противоопухолевого лечения выявлено не было. У 50% больных достигнута ремиссия. В группе промежуточного прогноза проведение периоперационной химиотерапии достоверно увеличивало срок выживаемости больных. В группе неблагоприятного прогноза проведение предоперационной химиотерапии и хирургическое лечение метастазов значимо не влияло на время до прогрессирования, которое у всех пациентов случилось в сроки до 6 мес.

**Заключение.** Таким образом, комплексное лечение больных диссеминированным КРР с метастатическим поражением печени необходимо осуществлять с учетом оценки агрессивности течения опухолевого процесса с учетом данных молекулярно-генетического профиля опухоли, позволяющего определить прогноз течения заболевания, установить рациональные показания к хирургическому лечению метастазов и адекватно выбрать объем оперативного вмешательства на толстой кишке и метод воздействия на опухолевые очаги в печени. Данная тактика улучшает результаты лечения пациентов вне зависимости от возраста без существенного увеличения операционного риска, увеличивает сроки безрецидивной и общей выживаемости, улучшает качество жизни этой сложной для лечения категории больных.

*Ханевич М.Д., Куканов М.А., Чалаев А.Г., Диникин М.С., Фадеев Р.В., Зорина Е.Ю.*

## **ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ ЛЕКАРСТВЕННО-НАСЫЩАЕМЫМИ ЭМБОСФЕРАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМИ И МЕТАСТАТИЧЕСКИМИ ОПУХОЛЯМИ ПЕЧЕНИ**

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

На фоне развития интервенционной радиологии в онкологии все активнее внедряются методы регионарной химиотерапии, позволяющей адресно доставить химиопрепарат к опухоли. Сегодня в арсенале специалистов рентгеноэндovasкулярной диагностики и лечения широкий спектр вмешательств – от регионарной химиоинфузии до различных методик химиоэмболизации артерий. Активно ведется внедрение в повседневную практику методик химиоэмболизации печеночной артерии с использованием различных видов лекарственно-насыщаемых эмбофер (микросфер, гепасфер).

**Цель** – показать эффективность химиоэмболизации печеночной артерии лекарственно-насыщаемыми эмбоферами (ХЭПА-ЛНЭ) как одного из методов регионарной химиотерапии у пациентов с первичными и вторичными опухолями печени.