

По поводу полных и неполных панкреатических свищей госпитализировано 20 человек. Это были мужчины в возрасте от 22 до 53 лет. Причиной образования свищей у 8 больных явился деструктивный панкреатит, у 5 - травма железы с ее поперечным разрывом или пересечением. В трех наблюдениях панкреатический свищ сформировался после вскрытия и дренирования кист железы в связи с их нагноением. Локализация кист была следующей: головка железы – 11, тело - 15, граница головки и тела - 11, хвост - 12, граница тела и хвоста – 11. Кисты первой степени зрелости были выявлены у 16 (28 %) пациента, кисты второй степени зрелости — у 28 (50 %), а кисты третьей степени — у 12 (24 %) пациентов. Наружное дренирование кист произведено у 12 человек, в основном, в экстренном порядке. При сформированных кистах головки железы, сообщающихся с панкреатическим протоком, массивных сращениях прибегали к внутреннему дренированию. Чаще это была цистоэнтеростомия (12 операций) либо цистостомия с выключенной по Ру тощей кишкой, либо с длинной петлей тощей кишки и брауновским соустьем. При кистах тела и хвоста железы и при цистаденомах осуществляли резекцию части железы с кистой (6 операций). Таким образом с увеличением размера кисты и сроков ее существования возрастает риск развития осложнений. При выборе способа хирургического лечения ложных кист необходимо учитывать степень их зрелости. Больным с кистами первой степени зрелости показано наружное дренирование под контролем УЗИ, при кистах второй степени возможно формирование цистодигестивных анастомозов, при кистах третьей степени необходимо выполнить удаление кисты.

476. Хирургическое лечение метастазов колоректального рака в печень.

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Солошенко А.В., Наумов А.В., Сторожилов Д.А.

Белгород

ОГБУЗ БОКБ "Святителя Иоасафа", межрегиональный колопроктологический центр. Кафедра госпитальной хирургии НИУ "БелГУ".

Аннотация. В статье показаны 2 основных метода хирургического лечения больных с метастазами колоректального рака в печень: резекция печени и радиочастотная абляция (РЧА). На материале обследования и лечения 104 больных с метастазами колоректального рака в печень определены критерии резектабельности метастазов, которая не превысила 20%. Оценена частота послеоперационных осложнений, которая составила 3,8%. Показана кумулятивная 1-, 3- и 5-летняя выживаемость после радиочастотной абляции, которая составила 88,6%, 35,3% и 19,5%. Ключевые слова. Резекция печени, радиочастотная абляция, метастаз колоректального рака. Введение. Заболеваемость колоректальным раком в России за 1999-2009 годы увеличилась более чем на 30% и составила 57363 новых случаев в 2009 году. Печень является основной мишенью метастазирования рака прямой и ободочной кишки. У 15-25% больных метастазы в печени имеются к моменту установления диагноза, у 50-75% метастазы выявляются в различные сроки после удаления первичной опухоли. При отсутствии лечения 1-годичная выживаемость подобных пациентов не превышает 7%, при интенсивном лечении (полихимиотерапия) выживаемость больных не превышает 24 месяца. Единственным на сегодняшний день методом, дающим шанс на выздоровление, является полное хирургическое удаление всех вторичных опухолей. Резекция печени увеличивает продолжительность жизни 35—60% пациентов на 5 лет и 28% на 10 лет. Однако резектабельными являются не более 15% больных. В настоящее время, из-за относительной доступности оборудования, низкой стоимости лечения и незначительного количества осложнений (не более 10%) радиочастотная абляция принята как основной метод локальной деструкции метастазов печени. Частота местных рецидивов или продолженный рост после РЧА, как показали некоторые исследования составила менее 10%, в то время как другие исследования сообщили о местном рецидиве в 47% случаев. При этом РЧА демонстрирует медиану выживаемости 30-35 месяцев и 3-летнюю выживаемость 20-36%. Однако главная задача лечения в онкологии – продление жизни больного. Методика. Радиочастотная абляция выполнялась с помощью аппарата RADIONICS Cool-tip RF и перистальтического насоса для внутреннего охлаждения электродов. Использовали электроды Cool-tip диаметром 1,8 мм и рабочей частью от 1 до 3-х

см. с внутренним контуром охлаждения. В зависимости от объема опухоли в течение одной процедуры применяли от 1 до 3 биполярных аппликаторов в режиме контроля сопротивлением и экспозицией от 12 до 15 минут за одну аппликацию. Операцию производили как "открытым" способом, так и под УЗИ навигацией и контролем лапароскопа. РЧА считалась технически успешной, если транзиторная по данным интраоперационного УЗИ гиперэхогенная зона полностью охватывает опухолевый очаг. Резекцию печени выполняли с помощью ультразвукового деструктора-аспиратора CUSA. Основная часть. В основу исследования положен анализ результатов хирургического лечения 104 больных (56 мужчин и 48 женщин в возрасте от 25 до 77 лет) с метастазами колоректального рака в печени, которые находились на лечении в Межрегиональном колопроктологическом центре БОКБ Святителя Иоасафа в период с 2004 по 2013 годы. У всех пациентов диагноз первичной опухоли и метастатического поражения печени был подтвержден морфологически. Первичная опухоль локализовалась в прямой кишке у 40 больных (38,5%), в сигмовидной кишке у 27 больных (26%), в нисходящей ободочной кишке у 7 больных (6,7%), в селезеночном изгибе ободочной кишки у 6 больных (5,8%), в поперечной ободочной кишке у 5 больных (4,8%), в печеночном изгибе ободочной кишки у 5 больных (4,8%), в восходящей ободочной кишке у 8 больных (7,7%) и в слепой кишке у 6 больных (5,8%). У подавляющего числа больных (74%) были умереннодифференцированные формы рака, у 18% больных высокодифференцированная аденокарцинома и у 8% больных выявлен низкодифференцированный рак. Операции на печени выполнялись одновременно с резекцией пораженной кишки у 51 больного. Остальным больным резекция печени или радиочастотная абляция выполнялась в разные сроки после удаления первичной опухоли при отсутствии местного рецидива заболевания. Одиночный метастаз в печени был диагностирован у 63 больных, множественные у 41 больного. Диаметр очагов в печени колебался от 1 до 20 см. По классификации L.Gennari, у 62 пациентов метастатическое поражение печени соответствовало I стадии, у 40 – II стадии и у 2 больных – III стадии. В исследование были включены пациенты со степенью функциональной печеночной недостаточности не ниже класса А по классификации Child-Phue, соматический статус оперированных больных соответствовал 80 – 100% по шкале Karnofsky и менее 2 – по классификации Американской Ассоциации Анестезиологов (ASA). Резекция печени была выполнена 21 пациенту (мужчин 6 и женщин 12) в возрасте от 25 до 73 лет. Показанием для резекции печени были одиночные или множественные унилобарные метастазы. Солитарные метастазы были в 18 случаях, множественные у 3-х больных. Операцию выполняли с помощью ультразвукового деструктора-аспиратора CUSA. Объем оперативного вмешательства распределился следующим образом: левосторонняя гемигепатэктомия — 4, расширенная левосторонняя гемигепатэктомия — 2, правосторонняя гемигепатэктомия — 8, расширенная правосторонняя гемигепатэктомия — 6, резекция II, III и VI сегментов печени — 1. У 6-ти больных с множественными метастазами печени резекция была дополнена радиочастотной абляцией. РЧА выполняли с использованием аппарата RADIONICS Cool-tip RF и перистальтического насоса для внутреннего охлаждения электродов. Использовали электроды Cool-tip диаметром 1,8 мм и рабочей частью от 1 до 3-х см. с внутренним контуром охлаждения. В зависимости от объема опухоли в течение одной процедуры применяли от 1 до 3 аппликаций в режиме контроля сопротивлением и экспозицией от 12 до 15 минут за одну аппликацию. Показанием для РЧА были единичные или множественные, но не более 5 метастазов, диаметром не более 5 см каждый. Всего было пролечено 83 пациента и выполнена абляция 166 узлов в печени. Позиционирование электродов осуществляли тремя способами: с помощью чрескожной транспариетальной пункции метастазов печени под контролем сонографии с поочередным выполнением абляции каждого метастаза (16 больных); во время лапаротомии (у 62 больных, в том числе у 50 больных абляция выполнялась одновременно с удалением первичной опухоли) и под контролем лапароскопа (у 5 больных). После радиочастотной абляции контроль рецидива и опухолевой прогрессии осуществляли с помощью УЗИ, спиральной компьютерной томографии и морфологического подтверждения рецидива при пункции. При оценке эффективности методов учитывали как отдаленные, так и непосредственные результаты лечения. Изучали общую продолжительность жизни. Заключение. Все пациенты выписаны в сроки от 2-х до 16-ти суток после операции в зависимости от объема оперативного вмешательства и используемого доступа. Летальных исходов не было. В раннем послеоперационном периоде осложнения отмечены у 4-х больных (3,8%). В 1 случае после радиочастотной абляции образовался абсцесс печени, который дренирован под контролем УЗИ. У 2-х больных после правосторонней гемигепатэктомии дренированы биломы поддиафрагмального пространства справа и у 1 больного наблюдался межпечельный абсцесс, который также дренирован под контролем УЗИ. В первый год после РЧА отмечены 4 (4,5%) рецидива метастаза в печени, что в 2-х случаях потребовало резекции печени и у 2-х больных повторной процедуры РЧА. Отдаленные результаты лечения были изучены у 88 больных. Общую продолжительность жизни вычисляли как время от момента включения больного в исследование до смерти по любой причине. Кумулятивная 1-, 3- и 5-летняя выживаемость достигла 88,6%, 35,3% и 19,5%. Проанализировав смертность пациентов в группе до 1 года, выяснилось, что большинство имели II-III стадию по Gennari. Выводы. Резекция печени является оптимальным методом хирургического лечения

больных с метастазами колоректального рака в печень, однако ее возможно выполнить лишь 15-20% больным. Радиочастотная абляция является эффективным способом локальной деструкции метастазов ввиду небольшого количества рецидивов, незначительного числа послеоперационных осложнений, доступности оборудования, низкой стоимости лечения и короткого периода медицинской реабилитации. Она может использоваться как дополнение к резекции печени при множественных метастазах и позволяет достигать отдаленных результатов, сопоставимых с хирургическим лечением.

477.КАНЦЕРОМАТОЗ БРЮШИНЫ И ИНДУЦИРОВАННАЯ ГИПЕРТЕРМИЯ.

Китаев А.В.(2), Петров В.П.(1), Зубрицкий В.Ф.(4), Шишло В.К.(3)

Москва

1)Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневого, Красногорск. 2)ГКА им. Маймонида, 3) Российская медицинская академия последипломного обучения РАМН4)ФГБОУ ВПО МГУИИ, Москва

Основной причиной неэффективности хирургического лечения злокачественных опухолей грудной, брюшной полостей и таза является диссеминация и имплантация раковых клеток по висцеральной и париетальной плевре. брюшине и тканях полости таза в раннем послеоперационном периоде. Цель исследования: оценить структурные изменения при локальном гипертермическом воздействии ($t_0 > 420\text{C}$) в опухолевых и мезотелиальных клетках брюшины с использованием гистохимического и электронно-микроскопического методов. Материалы и методы. В исследование включены 35 человек, находившиеся на лечении в Центральном военном клиническом госпитале им. А.А.Вишневого МО, которым проводили циторедуктивные операции (ЦО) с внутриполостной гипертермической химиотерапией (ВГХТ). Анализ гистологической структуры опухолей показал, что доля аденокарцином составила более 90%, причем низкодифференцированные, умеренно- и высокодифференцированные аденокарциномы встречались соответственно в 17,1%, 28,8% и 9,5%. Доля муцинозной карциномы и недифференцированного рака составила 33,8% и 5,4% соответственно. Для лечения больных с запущенными формами колоректального рака использовали комплексную методику, включающую в себя циторедуктивные операции и ВГХТ. На основании наших исследований мы установили, что глубина проникновения опухолевых клеток в здоровые ткани зависит от распространенности опухолевого процесса по «этажам» брюшной полости. Сонографические данные показали, что наибольшая глубина пенетрации канцероматозных узлов наблюдается в гипогастральном отделе (≥ 10 мм) и меньшая (≤ 5 мм) – в эпигастральной области. Поэтому, по-нашему мнению, перитонэктомию при наличии канцероматозных очагов в нижнем «этаже» брюшной полости надо проводить обязательно. При исследовании биопсийного материала отмечено, что при использовании метода ВГХТ площадь паренхимы опухолевых клеток уменьшается, а площадь стромы и некроза увеличивается. Следовательно, после проведения ВГХТ уменьшалась наиболее активная часть канцероматозного узла, и она замещалась соединительной и некротической тканью. Кроме того, ВГХТ практически в 2 раза снижает митотическую активность опухолевой ткани. Таким образом, внутрибрюшная гипертермическая химиотерапия приводит к значительным деструктивным изменениям в опухолевой ткани: уменьшается площадь паренхимы и увеличивается площадь стромы и некроза; снижается митотическая активность; появляются признаки апоптотической дегенерации в ядрах и митохондриях раковых клеток. Митотическая активность клеток опухоли полностью отсутствует на глубине до 3 мм. В более глубоких слоях клеток в 2 раза снижена пролиферативная активность. Индуцированная гипертермия не оказывает деструктивного влияния на клеточные структуры здоровых тканей.
