

программа. В первую группу (n=24) вошли пациенты, которым, помимо удаления первичной опухоли, выполнялись резекции печени, во вторую (n=33) – пациенты, которым выполнена локальная термодеструкция метастазов (РЧТА). Возраст пациентов составил от 41 до 78 лет. Размеры метастатических узлов в первой группе составили от 35 мм до 62 мм в максимальном диаметре (Me=44 мм; Q1=37,2, Q2=44, Q3=57,8). Во II группе больных нами выполнена РЧТА опухолевых очагов. Размеры метастатических узлов в этой группе составили от 14 мм до 40 мм в максимальном диаметре (Me=24 мм; Q1=17,1, Q2=24, Q3=37,3). Общее количество узлов, подвергнутых аппликациям РЧ-электродом, составило 56.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Осложнения после операций выявлены у 2 больных I группы (8,3%) и у 4 (12,1%) – во второй. Объем резекции в I группе пациентов был от атипичной до сегментэктомии и гемигепатэктомии. Средняя интраоперационная кровопотеря на печеночном этапе составила 1545,9±174,5 мл. Безрецидивный период у больных I группы составил 14,4±3,2 мес. 3-летняя выживаемость составила 37,5%, при медиане жизни в 32,5 месяцев. У пациентов II группы 3-летняя выживаемости составила 27,2%. В нашем исследовании достоверной выживаемости в группах не отмечено (p>0,05). Объясняем это малой выборкой пациентов в группах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Процент 3-летней выживаемости в I группе выше, однако, не получено достоверной разницы по этому показателю. Объясняем это малой выборкой больных. У больных с пораженными лимфоузлами гепатодуоденальной связки во всех случаях диагностирован рецидив метастазов в печени спустя 6-12 месяцев после резекции либо РЧТА.

ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНЫХ РЕЦИДИВОВ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Шелыгин Ю.А., Ачкасов С.И., Назаров И.В.
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих», Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. На сегодняшний день нет четких критериев прогноза хирургического лечения пациентов с местными рецидивами рака ободочной кишки, отсутствует их классификация.

ЦЕЛЬ. Оценить возможности лечения пациентов с МР рака ободочной кишки.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В ретроспективное исследование вошли 62 пациента с МР рака ободочной кишки без карциноматоза и отдаленных метастазов (Mts), находившихся на лечении в ГНЦК с 2005 по 2016 гг.

Удаление рецидивной опухоли было осуществлено у 52 (83,9%) больных, остальным выполнены explorative или симптоматические операции. В 46 (88%) из 52 случаев, потребовались мультиорганные резекции. Хирургическое лечение дополнено интраоперационной внутрибрюшинной химиотерапией (ВБХТ) в 19 (30,6%) случаях.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У 37 (71,2%) больных, удалось достичь негативных границ резекции. В 13 (25,0%) случаях МР удалён в объёме R1, а у 2 (3,8%) больных – в объёме R2. Летальных исходов не было. У 11 (6,4%) больных развились осложнения III-IV степени (Clavien-Dindo). Из-под наблюдения выбыли 2 (3,8%) пациента. Медиана наблюдения составила 31,9 (2-108) месяца. Возврат заболевания диагностирован у 23 (46,0%) из 50 больных. У 4 (8,0%) человек возникли только отдалённые Mts. Повторный МР развился у 19 (38%) пациентов, а у 13 (68,4%) он сочетался с отдалён-

ными Mts. При R0 резекциях местный рецидив возник достоверно реже, чем при R1-операциях – в 8 (20,5%) и 11 (100%) наблюдениях, соответственно, (p<0,0001). Общая 5-ти летняя выживаемость больных, оперированных в R0 объёме, составила 43,2%, а при R1-резекции – 9,8% (p=0,002).

У пациентов с интраоперационной ВБХТ и без неё достоверных различий в показателях общей 5-летней выживаемости, в частоте возникновения повторных рецидивов не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Достижение отрицательных границ резекции при удалении местных рецидивов рака ободочной кишки является ключевым фактором, улучшающим выживаемость больных, снижающим частоту возникновения повторных рецидивов. Интраоперационная внутрибрюшинная химиотерапия не оказывает влияния на результаты лечения местных рецидивов.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО КАРЦИНОМАТОЗА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Шелыгин Ю.А., Ачкасов С.И., Сушков О.И.
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава РФ, Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Внедрение в клиническую практику лечения перитонеального карциноматоза (ПК) у больных раком толстой кишки (РТК) комбинированного подхода, включающего агрессивную циторедуктивную операцию и интраоперационную внутрибрюшинную химиотерапию (ВБХТ), позволили в ряде случаев добиться пятилетней выживаемости у этой, казалось бы, безнадежной категории больных.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценка непосредственных результатов лечения и выживаемости пациентов, оперированных по поводу РТК с ПК.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В проспективное наблюдательное исследование включен 91 больной, оперированный по поводу РТК с ПК. У 15 (16,5%) больных оперативные вмешательства носили симптоматический характер. В анализ включено 76 больных, перенесших циторедуктивные операции (ЦО) и внутрибрюшинную химиотерапию (ВБХТ) по поводу ПК. Потенциально резектабельные метастазы в печень и легкие имелись у 15 (20%) пациентов. У 57 (75%) больных ПК был синхронным. Медиана перитонеального карциноматозного индекса (ПКИ) составила 3 (2;6).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Летальность и частота развития послеоперационных осложнений составили 0% и 25%, соответственно. Медиана безрецидивной выживаемости (БВ) составила 20, а общей выживаемости (ОВ) – 36 месяцев. 1-, 3- и 5-летняя БВ и ОВ оказались – 64%, 31%, н/д и 86%, 48%, 24%, соответственно. При многофакторном анализе выявлено, что уровень ПКИ (p=0,0007) и наличие внебрюшинных метастазов (p=0,0097) являются независимыми неблагоприятными прогностическими факторами БВ.

У 34 (45%) из 76 пациентов, перенесших циторедуктивные операции, возник рецидив ПК. 19 (56%) из 34 были оперированы по поводу возникшего первого рецидива ПК. Медиана ПКИ составила 4 (2-9). У 18 удалось добиться полной циторедукции. Частота развития послеоперационных осложнений – 21%. Летальность – 0.

8 из 18 пациентов с полным объёмом циторедукции были оперированы по поводу второго рецидива ПК. Медиана ПКИ – 4 (2;11) (2-20). Полная циторедукция достигнута у 6 из 8 больных. 3 послеоперационных осложнения развились у 2-х оперированных больных.