

## ОПУХОЛИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Поэтому мы объединили эти категории в одну (Т 1–2) и отнесли к ней опухоли, ограниченные стенкой кишки. К категории Т 3 – опухоли, прорастающие всю толщу стенки кишки и распространяющиеся в окружающую клетку, к категории Т 4 – прорастающие висцеральную брюшину и/или в соседние органы и структуры. На основании полученных данных были определены КТ-симптомокомплексы для различных категорий Т.

Для категории Т 1–2 характерны: однородная структура опухоли ( $p < 0,001$ ), четкий наружный контур ( $p < 0,05$ ) и неизменная параколическая клетчатка в зоне поражения (денситометрическая плотность  $< -97,4$  ед.Н), наличие изображения жировой клетчатки между опухолью и соседними органами. Для категории Т 3: неоднородная структура опухоли ( $p < 0,001$ ) с нечетким наружным контуром кишки ( $p < 0,05$ ), уплотнение окружающей клетчатки (денситометрическая плотность  $> -59,4$  ед.Н). Для категории Т 4: все признаки, характерные для категории Т 3, а также отсутствие изображения жировой прослойки между опухолью и прилежащими органами, инвазивный рост опухоли в соседние органы/структуры.

Сопоставив данные КТ и данные морфологического исследования удаленного препарата кишки при оценке внеорганных роста опухоли (категории Т 3–Т 4), мы получили следующие показатели диагностической информативности КТ: чувствительность 93,6%, специфичность 81,5%, точность 90,9%, прогностичность положительного ответа 94,6%, отрицательного 78,6%.

КТ-оценку категории N мы проводили с учетом анатомических особенностей лимфооттока от ободочной кишки, который происходит по 4 лимфоколлекторам (эпиколические, параколические, промежуточные и основные лимфоузлы). С этой целью мы описали КТ-анатомию путей лимфооттока при различных локализациях рака в ободочной кишке, которая позволила детально изучить каждый лимфоколлектор.

Далее мы определили КТ-критерии для диагностики метастатически пораженных лимфатических узлов у больных раком ободочной кишки: наличие в одном из лимфоколлекторов более трех узлов размерами от 5 до 10 мм по короткой оси; единичный узел более 10 мм по короткой оси; наличие конгломерата лимфоузлов.

В результате у 35 из 121 больного (28,9%) по КТ было диагностировано метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов. При сопоставлении КТ-данных с данными морфологического исследования чувствительность КТ в определении категорий N1–N2 составила 77,8%, специфичность 91,8%, точность 87,6%, прогностичность положительного результата 80,0%, отрицательного 90,7%.

**Заключение.** У больных раком ободочной кишки целесообразность проведения оперативного лечения, определение адекватного объема вмешательства и хирургического метода (лапароскопия, лапаротомия), необходимость назначения неоадьювантного лечения и возможность применения адьювантной химиотерапии зависят от выявления или исключения на дооперационном этапе внекишечного роста опухоли, метастатически пораженных регионарных лимфатических узлов, отдаленных метастазов.

Для решения этих чрезвычайно важных клинических задач целесообразно использовать широко распространенную и доступную компьютерную томографию как метод, обладающий достаточно высокими показателями диагностической эффективности.

## Предоперационная оценка риска развития прогрессии заболевания после РЧА синхронных метастазов колоректального рака в печени

*Козлов А.М., Каганов О.И., Козлов С.В.*

**Место работы:** ГБУЗ Самарский областной клинический онкологический диспансер, г. Самара  
**e-mail:** amihalu4@gmail.com

**Цель работы.** Изучить отдаленные результаты и рассчитать риск развития прогрессии заболевания при проведении радиочастотной термоабляции (РЧА) в лечении больных с синхронными множественными биллобарными метастазами колоректального рака (КРР) в печени.

**Материалы и метод.** В программу исследования вошли 78 пациентов с синхронными множественными биллобарными метастазами КРР в печени, которым выполнялись циторедуктивные операции с РЧА метастазов в печени. Всем пациентам в последующем проводилась химиотерапия по схеме FOLFOX. Для оценки отдаленных результатов лечения проводилось исследование общей и безрецидивной выживаемости. Для предоперационной оценки риска развития прогрессии заболевания проводился ретроспективный многофакторный анализ результатов безрецидивной выживаемости в группе исследования.

**Результаты исследования.** Показатели трехлетней безрецидивной выживаемости в группе исследования достигли 22,7%. Пятилетние показатели общей выживаемости в группе исследования достигли 5%, тогда ( $p=0,000$ )

При ретроспективной оценке результатов безрецидивной выживаемости в группе был проведен многофакторный анализ, который лег в основу математической модели, в задачи которой входило прогнозирование риска возникновения прогрессии заболевания после РЧА на дооперационном этапе. Первоначально брались в расчет 11 предикторов, после чего они ранжировались и пошагово исключались в соответствии с их вкладом в модель. В результате были получены 3 наиболее значимых, влияющих на прогноз течения заболевания после РЧА, к которым относятся: индекс метастатического поражения печени (произведения суммы диаметров метастатических очагов в печени на их количество), наличие или отсутствие мутаций в гене KRAS, дооперационные значения РЭА. На основании полученной математической модели была создана и внедрена в клиническую практику компьютерная программа, позволяющая на дооперационном этапе предсказать риск развития прогрессии заболевания в виде возникновения рецидивов в зоне РЧА и/или появления новых метастазов, позволяющая определить оптимальный объем операции на печени с применением РЧА у больных колоректальным раком VI стадии с синхронными множественными биллобарными метастазами в печень.

**Вывод.** Таким образом индекс метастатического поражения печени (произведения суммы диаметров метастатических очагов в печени на их количество), наличие или отсутствие мутаций в гене KRAS, дооперационные значения СЕА являются прогностически значимыми факторами, которые вошли в математическую модель, предсказывающую на дооперационном этапе риск развития прогрессии заболевания после термоабляции.

## Комбинированное лечение больных резектабельными метастазами колоректального рака в печени

*Мамонтов К.Г., Котельников А.Г., Хайс С.Л., Варнавский Е.В., Мамонтов А.К., Лазарев А.Ф.*

**Место работы:** Алтайский филиал ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» г. Барнаул  
**e-mail:** mamontovkg@mail.ru

## ОПУХОЛИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

**Цель.** Улучшение результатов лечения больных резектабельными метастазами колоректального рака в печени с неблагоприятным прогнозом.

**Материалы и методы.** 373 пациентов: адьювантная системная химиотерапией – 178, периоперационная системная химиотерапия – 68, периоперационная регионарная химиотерапия – 127. Резекции печени носили исключительно обширный характер.

**Результаты.** Выполнено 179 (48%) стандартных, правосторонних или левосторонних гемигепатэктомий. С резекцией контрлатеральной доли – 82 (22%). Расширенная правосторонняя или левосторонняя гемигепатэктомия, включая перенесших резекцию оставшейся части печени – 112 пациентов (30%). Объективный эффект достигнут у 13 (19%) пациентов в группе дооперационной системной химиотерапии, в группе регионарной химиотерапии без бевацизумаба – у 56 (44%), различия статистически достоверны ( $p=0,02$ ). Добавление к лечению бевацизумаба в подгруппе регионарной химиотерапии увеличивает частоту эффекта до 64%, что статистически достоверно выше частоты эффекта в группе, как дооперационной системной ( $p=0,001$ ), так и в группе регионарной химиотерапии. Наибольшая частота объективного эффекта отмечена при размерах метастазов менее 5 см в группе химиотерапии с бевацизумабом – 73%. Летальность – 3%. Уровень осложнений – 46%. Послеоперационная летальность и осложнения в сравниваемых группах статистически не различались. Объем интраоперационной кровопотери статистически достоверно не различался. Общая 5-летняя выживаемость после лечения с адьювантной химиотерапией –  $29 \pm 3\%$ , медиана – 33 мес, что достоверно превосходит показатели лечения с периоперационной системной химиотерапией ( $15 \pm 5\%$ ), медиана – 15 мес, статистически недостоверно превосходит 5-летнюю выживаемость после лечения с периоперационной регионарной химиотерапией ( $20 \pm 5\%$ ), медиана – 33 мес. Многофакторный анализ: множественные ( $p=0,004$ ), билобарные ( $p=0,04$ ), размер более 5 см ( $p=0,001$ ), внепеченочные ( $p=0,03$ ).

5-летняя выживаемость в группе с адьювантной химиотерапией с множественными метастазами: медиана – 29 месяцев, не отличается от выживаемости группы периоперационной системной ( $p = 0,47$ ), регионарной химиотерапии ( $p = 0,2$ ).

5-летняя выживаемость с билобарным поражением адьювантной химиотерапией достоверно выше группы системной химиотерапии ( $p = 0,00008$ ).

5 – летняя выживаемость с размером более 5 см: медиана – 29 месяцев, достоверно выше группы с периоперационной системной химиотерапией ( $p = 0,00023$ ), группы регионарной химиотерапии ( $p = 0,21$ ).

5 – летняя выживаемость с внепеченочными метастазами адьювантной химиотерапией: медиана – 29 месяцев, не отличается от групп с периоперационной системной ( $p=0,1$ ), регионарной химиотерапией ( $p=0,36$ ).

**Заключение.** При резектабельных метастазах колоректального рака в печени с неблагоприятным прогнозом показано комбинированное лечение с адьювантной системной химиотерапией.

### Варианты хирургического лечения рака проксимальных отделов прямой кишки

*Башеев В.Х.<sup>1,2</sup>, Семикоз Н.Г.<sup>1,2</sup>, Бондаренко Н.В.<sup>2</sup>, Золотухин С.Э.<sup>1,2</sup>, Балабан В.В.<sup>1,2</sup>, Мутык М.Г.<sup>2</sup>, Совпель И.В.<sup>1,2</sup>, Донец В.Л.<sup>2</sup>*

**Место работы:** <sup>1</sup>Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького; <sup>2</sup>Республиканский онкологический центр имени профессора Г.В. Бондаря, г. Донецк  
e-mail: balaban-med2@mail.ru

**Цель.** Повысить эффективность лечения больных раком ректосигмоидного и верхнеампулярного отделов прямой кишки путем выполнения первично-восстановительных и реконструктивно-восстановительных операций.

**Материалы и методы.** Материалом для исследования послужили данные о 1690 больных раком проксимальных отделов прямой кишки, оперированных в Донецком областном противоопухолевом центре за 20 летний период времени. Из них 815 (48,2%) мужчин и 875 (51,8%) женщин. Возраст больных колебался от 22 до 88 лет. Средний возраст составил 61,5 года. Доля больных старше 60 лет составила 61,9%. В большинстве случаев опухоль поражала верхнеампулярный отдел у 916 (54,2%) больных, реже – ректосигмоидный, у 733 (43,4%) пациентов. Одновременное поражение опухолевым процессом ректосигмоидного и верхнеампулярного отделов наблюдалось наиболее редко – в 41 (2,4%) случае.

Наиболее часто опухоль имела строение аденокарциномы – у 1556 (92,1%) больных. Среди 1425 пациентов, подвергнутых хирургическим вмешательствам в радикальном объеме, местная распространенность опухолевого процесса соответствовала Т 4 у 634 (44,5%) больных, Т 3 – у 693 (48,6%) пациентов. На долю пациентов, у которых опухоль классифицировалась как Т 1–2, приходилось 6,9% (98 больных). У 521 (36,6%) больного были обнаружены метастазы в регионарные лимфатические узлы, у 186 (13,1%) пациентов – отдаленные метастазы. Из 1690 больных раком проксимальных отделов прямой кишки у 479 (28,3%) пациентов имелись 559 различных осложнений опухолевого процесса.

**Результаты.** Из 1690 больных раком проксимальных отделов толстой кишки в 1425 (84,3%) случаях были выполнены хирургические вмешательства в радикальном объеме. У 265 (15,7%)

пациентов выполнены симптоматические операции или пробная лапаротомия. Резектабельность составила 84,3%. Следует отметить, что резектабельность была выше среди больных с неосложненным опухолевым процессом, чем среди пациентов, у которых имели место различные осложнения основного заболевания – 88,6% и 73,5%, соответственно ( $p<0,001$ ). Первично-восстановительные операции выполнены у 1366 (95,9%) больных. Удельный вес первично-восстановительных операций при

неосложненном опухолевом процессе был достоверно выше, чем при осложненном – 98,7% и 87,2%, соответственно ( $p<0,001$ ). Среди хирургических вмешательств, выполненных в радикальном объеме, наиболее часто выполнялись внутрибрюшная резекция – 504 (35,4%) случая, и брюшно-анальная резекция прямой кишки –

456 (32,0%) наблюдений. У 166 (11,6%) больных раком проксимальных отделов прямой кишки были выполнены комбинированные оперативные вмешательства с резекцией 214 органов и/или анатомических структур. Из 1690 больных, оперированных по поводу рака проксимальных отделов прямой кишки, интраоперационные осложнения отмечены у 129

(7,6%) пациентов, послеоперационные осложнения отмечены у 259 (15,3%) больных у которых было 388 осложнений. Послеоперационная летальность составила 4,2%

**Заключение.** Применение разработанных способов хирургических вмешательств, у больных раком проксимальных отделов прямой кишки, позволило выполнить хирургические вмешательства в радикальном объеме у 84,3% больных, в том числе 73,5% при осложненном опухолевом процессе, позволило выполнить первично-восстановительные операции у 95,9% больных, в том числе у 87,2% пациентов с осложненным опухолевым процессом и в 98,7% у больных без таковых.