

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНЫХ И ВТОРИЧНЫХ
НОВООБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ В УСЛОВИЯХ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО
АБДОМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЯ «ГОМЕЛЬСКИЙ
ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»**

*Нестерович Т. Н.¹, Кудряшов В. А.², Бондаренко В. М.¹, Михайлов И. В.¹, Подгорный Н. Н.²,
Шимановский Г. М.², Новак С. В.¹, Атаманенко А. В.², Кравченко О. В.¹, Довидович С. В.²*

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельский областной клинический онкологический диспансер»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Первичный рак встречается в 30–40 раз реже, чем метастатическое поражение печени [1]. Наиболее часто в печени диагностируются метастазы колоректального рака, рака молочной железы, желудка (у 50–75 % пациентов) [1, 2]. Клиническая картина метастатического поражения печени определяется клиникой основного заболевания. Единственным радикальным методом лечения по-прежнему остается хирургическое лечение. Частота послеоперационных осложнений варьирует от 4,1 до 47,7 % [3]. Однако в настоящее время все активнее применяются методы радиочастотной абляции, инъекции этанола, микроволновая абляция, криодеструкция в качестве альтернативы оперативному вмешательству [2]. Пятилетняя выживаемость после резекции печени при первичном раке составляет от 30 до 50 %, а у пациентов с метастазами колоректального рака, в зависимости от количества метастатических узлов и ряда других прогностических факторов, колеблется от 20 до 58 % [4].

Цель

Изучить результаты хирургического лечения первичных и вторичных новообразований печени.

Материал и методы исследования

Изучены результаты 424 хирургических вмешательств на печени, выполненных за период с 2008 по 2017 гг. в онкологическом абдоминальном отделении учреждения «Гомельский областной клинический онкологический диспансер».

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст пациентов колебался от 27 до 81 года, составляя в среднем $60,2 \pm 10,8$ лет. Чаще всего, в 309 (72,8 %) случаях, оперативные вмешательства выполнялись по поводу метастатического поражения печени. По поводу врастания в печень первичной опухоли другой локализации был прооперирован 51 (12 %) пациент, по поводу доброкачественной патологии печени (гемангиомы, гамартумы, эхинококковые кисты и др.) — 47 (11,1 %) пациентов. Первичный рак печени наблюдался только в 17 (4 %) случаях. Структура поражения печени приведена в таблице 1.

При этом у 217 (70,2 %) больных имели место солитарные метастазы, единичные — у 76 (24,6 %), множественное поражение печени отмечено в 16 (5,2 %) случаях.

В 19 (4,5 %) случаях были выполнены обширные резекции печени. В остальных случаях выполнялись экономные резекции. В 212 (56,1 %) случаях был резецирован 1 сегмент печени, в 119 (31,5 %) — 2 сегмента, в 35 (9,6 %) — 3 сегмента, в 12 (3,2 %) — резекция более 3 участков печени. В 27 (6,4 %) — выполнялась радиочастотная абляция метастатического очага. В таблице 2 приведена структура выполненных оперативных вмешательств. Из 309 пациентов с метастатическим поражением печени чаще (187 (60,5 %) случаев), резекции выполнялись одномоментно с удалением первичной опухоли (при синхронных метастазах). У 122 (39,5%) пациентов проведено удаление метастазов, появившихся в различные сроки после удаления первичной опухоли.

Таблица 1 — Структура поражения печени

Характер поражения печени	n	%
<i>Первичный рак печени</i>	17	4,0
Гепатоцеллюлярный рак	14	82,4
Холангиоцеллюлярный рак	3	17,6
<i>Метастатический рак печени</i>	309	72,8
Колоректальный рак	263	85,1
Рак желудка	25	8,1
Рак молочной железы	6	1,9
Гастроинтестинальная стромальная опухоль	6	1,9
Лейомиосаркома тонкой кишки	2	0,6
Меланома тонкой кишки	1	0,3
Карциноид тонкой кишки	1	0,3
Рак почки	1	0,3
Рак легкого	1	0,3
Рак поджелудочной железы	1	0,3
Злокачественная мезенхимомы	1	0,3
Лимфома желудка	1	0,3
<i>Врастание в печень</i>	51	12,0
Рак желудка	34	66,7
Колоректальный рак	10	19,6
Рак желчного пузыря	3	5,9
Лимфома тонкой кишки	2	3,9
Гастроинтестинальная стромальная опухоль	2	3,9
<i>Доброкачественная патология печени</i>	47	11,1

Таблица 2 — Структура оперативных вмешательств

Оперативное вмешательство	n	%
Обширные резекции печени	19	4,5
<i>Правосторонняя гемигепатэктомия</i>	9	2,1
<i>Левосторонняя гемигепатэктомия</i>	6	1,4
<i>Расширенная правосторонняя гемигепатэктомия</i>	3	0,7
<i>Расширенная левосторонняя гемигепатэктомия</i>	1	0,2
Экономные резекции печени	378	89,1
Радиочастотная абляция	27	6,4

Послеоперационные осложнения развились у 45 (10,6 %) пациентов. Структура послеоперационных осложнений приведена в таблице 3.

Таблица 3 — Структура послеоперационных осложнений

Послеоперационные осложнения	n	%
Несостоятельность колоректального анастомоза	9	20
Несостоятельность пищевода-кишечного анастомоза	3	6,7
Острая кишечная непроходимость	3	6,7
Тромбоз легочной артерии	3	6,7
Желчеистечение из зоны резекции печени	2	4,5
Некроз культи желудка	2	4,5
Острое нарушение мозгового кровообращения	2	4,5
Деструктивный панкреатит	2	4,5
Подпеченочный абсцесс	2	4,5
Плеврит	2	4,5
Внутрибрюшная гематома	1	2,2
Серома ложа левой доли печени	1	2,2
Желудочное кровотечение	1	2,2
Внутрибрюшное кровотечение	1	2,2
Несостоятельность панкреатоеюноанастомоза	1	2,2
Несостоятельность культи ободочной кишки	1	2,2
Некроз левой доли печени	1	2,2
Мезентериальный тромбоз	1	2,2
Острая задержка мочи	1	2,2
Пресакральный абсцесс	1	2,2
Перфорация тонкой кишки «потерянным дренажом»	1	2,2
Токсический мегаколон	1	2,2
Тромбоз левой печеночной вены	1	2,2
Наружный тонкокишечный свищ	1	2,2
Перфорация тощей кишки	1	2,2
Всего	45	100

Всего умерло 10 пациентов, из них 2 (10,5 %) после обширных резекций печени. Один пациент, перенесший переднюю резекцию прямой кишки с расширенной правосторонней гемигепатэктомией, причина смерти — мезентериальный тромбоз. Второй пациентке была выполнена расширенная правосторонняя гемигепатэктомия по поводу первичного рака печени, причина смерти — печеночная недостаточность.

После экономных резекций печени умерло 8 (2,1 %) пациентов. Причинами летальных исходов явились в 2 случаях тромбоэмболия легочной артерии, в 2 случаях несостоятельность пищеводно-кишечного соустья, по 1 случаю — некроз культи желудка, несостоятельность культи ободочной кишки, несостоятельность колоректального анастомоза и острое нарушение мозгового кровообращения.

Общая послеоперационная летальность составила 2,4 %.

Отдаленные результаты прослежены у 200 пациентов, оперированных по поводу злокачественных новообразований. Наблюдаемая актуальная пятилетняя выживаемость во всей группе составила $32,4 \pm 4$ %. Среди пациентов, оперированных по поводу колоректального рака (как метастазов, так и встраивания в печень) данный показатель составил $29,4 \pm 4,5$ %, по поводу рака желудка — $43,4 \pm 10,6$ % ($P > 0,05$).

Выводы

1. Чаще всего оперативные вмешательства выполнялись по поводу метастатического поражения печени (72,8 %), наиболее часто — метастазов колоректального рака.

2. Частота послеоперационных осложнений составила 10,6 %, послеоперационная летальность — 2,4 %, после обширных резекций печени — 10,5 %. Причиной летальности наиболее часто являлись осложнения, связанные с одномоментно выполненной операцией по поводу первичного очага (несостоятельность анастомозов) и тромбоэмболические осложнения.

3. Отдаленные результаты резекций печени можно считать удовлетворительными, пятилетняя выживаемость пациентов всей исследуемой группы составила $32,4 \pm 4$ %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Современный подход к диагностике и дифференциации первичного и метастатического рака печени / А. Ш. Абдышев [и др.] // Тихоокеанский мед. жур. — 2011. — № 3. — С. 82–84.
2. Наумов, Е. В. Радиочастотная абляция метастатических опухолей печени / Е. В. Наумов, А. В. Ларюков, Р. С. Куртасанов // Поволжский онкол. вестник. — 2017. — Т. 1, № 28. — С. 49–53.
3. Management of post-hepatectomy complications / Sh. Jin [et al.] // World J Gastroenterol. — 2013. — Vol. 19, № 44. — P. 7983–7991.
4. Прогнозирование и профилактика острой печеночной недостаточности после обширных резекций печени по поводу первичных и метастатических опухолей / А. Д. Каприн [и др.] // Исслед. и практ. в мед. — 2016. — Т. 3, № 2. — С. 13–21.

УДК 614.2-057.875«2016/18»

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА СТУДЕНТОВ С 2016–2017 ПО 2017–2018 УЧЕБНЫЙ ГОД

Новик Г. В., Азимок О. П., Семененко К. С.

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Диспансерный учет студентов Гомельского государственного медицинского университета позволяет распределить их в учебные группы для занятий по дисциплине «Физическая культура». Наличие медицинской справки, которая выдается при постановке на диспансерный учет, помогает более правильно нормировать нагрузку на занятиях по физической культуре и более рационально использовать средства и методы данной дисциплины.

Цель

Анализ состояния здоровья студентов 1–4 курсов учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет».