

(в первый 10-летний период — 72,0, второй — 87,0, в 1,2 раза больше). Выявляемость РОК на ранней (I-II) стадии 41,4%, III — 29,2% и IV — 29,4%. В первый десятилетний период показатель I-II стадии 18,1%, второй — 38,5% вырос в 2,1 раза. III стадии — 40,0% и 37,1%, IV стадии — 41,7% и 29,8% снижение в 1,3 и 1,4 раза соответственно.

Распространенность РОК в среднем 56,2 на 100 000 населения (в первый 10-летний период — 38,5, второй — 73,8, в 1,9 раза больше). Индекс накопления контингентов 4,4. Летальность на 1-м году с момента установления диагноза в среднем 32,3 (в первый 10-и летний период — 36,2, второй — 28,4, в 1,3 раза меньше). Доля больных, закончивших специальное лечение в течение года, в среднем 53,0%. Хирургическое — 56,0%, комбинированное — 44,0%. Выживаемость 5 лет и более в среднем — 45,5% (в первый 10-летний период — 41,7, второй — 47,7, в 1,4 раза больше). Некоторые данные официальных отчетов РОД сомнительные. Анализ 263 историй болезни умерших от РОК с 2007—2011 гг. показал продолжительность жизни до года 45,7%, 1—3 лет — 26,4%, 3—5 лет — 5,9%, 5 лет и более — 22,0%.

Заключение. Заболеваемость и смертность РОК в республике растут. Показатель активной выявляемости больных крайне низкий. Запущенность высокая. Выживаемость 5 лет и более — низкая.

Рекомендации. Необходим эндоскопический скрининг населения группы риска на РОК, повышать онкологическую настороженность и активизация противораковой пропаганды.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЫ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

*ШАБУНИН А.В., ТАВОБИЛОВ М.М., ГРЕКОВ Д.Н., ДРОЗДОВ П.А., ЧЕЧЕНИН Г.М., ЦУРКАН В.А., ЛАНЦЫНОВА А.В.*  
ГКБ им. С.П. Боткина, Москва  
dc.drozdov@gmail.com

Введение. Внутрипеченочная холангиокарцинома является второй, наиболее распространенной формой первичного рака печени у людей после гепатоцеллюлярной карциномы, с постоянно растущими показателями заболеваемости и смертности.

Материалы и методы: С 2008 по январь 2018 гг. на лечении в отделении хирургии печени и поджелудочной железы находился 71 больной с внутрипеченочной холангиокарциномой. У всех больных диагноз был верифицирован, для чего выполнялась пункционно-аспирационная биопсия печени. Решение о тактике лечения принималось на мультидисциплинарном консилиуме. Резекционные вмешательства проводились по общепризнанным показаниям и проведены 11 больным (15,5%). Атипичные резекции выполнены 3 больным (27,3%), сегментэктомия — 1 (9,1%), правосторонняя гемигепатэктомия — 3 (27,3%), левосторонняя гемигепатэктомия — 2 (18,2%), левосторонняя кавальная резекция — 1 (9,1%), расширенная правосторонняя гемигепатэктомия — 1 (9,1%). Больным с размерами образований

до 3 см, которые не могли перенести резекционные вмешательства ввиду тяжелой сопутствующей патологии, проводилась радиочастотная абляция (РЧА) — 14 больных (19,7%). При размере образований от 3 до 5 см выполнялась химиоэмболизация печеночной артерии (ХЭПА) (гемцитабин 1000 мг на 1 м<sup>2</sup> поверхности тела + липиодол 10 мл) в сочетании с РЧА — 8 больных (11,3%). При множественном поражении печени (более 3 очагов в одной доле печени) и размере образований более 5 см проводилась ХЭПА (от 1 до 6 процедур, в среднем 3,45±0,85). Пролечено 19 пациентов. Пациенты после РЧА, ХЭПА+РЧА, ХЭПА в дальнейшем получали системную химиотерапию. При невозможности проведения ХЭПА либо при поражении печени более 50% больные направлялись на системную химиотерапию.

Результаты: Специфические осложнения после резекций печени зафиксированы у 2 больных (18,2%): пострезекционная печеночная недостаточность, класс В — 1 больной (9,1%), неполный наружный желчных свищ — 1 больной (9,1%). Летальности не было. У больных, перенесших РЧА, ХЭПА+РЧА и ХЭПА, осложнений и летальности не было. Общая 5-летняя выживаемость больных, перенесших резекции печени, составила 30,4%. Медиана выживаемости больных после РЧА, ХЭПА+РЧА и ХЭПА составила 31,4 месяца, 26,8 месяца, 17,1 месяца соответственно. Медиана выживаемости после системной химиотерапии составила 9,5 месяца.

Выводы: Применение современных технологий в условиях одного многопрофильного стационара при лечении больных с внутривнутрипеченочной холангиокарциномой позволяет улучшить результаты лечения данной категории больных.

## ИЗОЛИРОВАННАЯ ПЕРФУЗИЯ ТАЗА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

*ЯСТРЕБОВ И.П., СУРОВ Д.А., ДЕМКО А.Е., СЕНЧИК К.Ю., БЕЗМОЗГИН Б.Г., СВЯТНЕНКО А.В.*  
НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург  
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова Минобороны РФ,  
Санкт-Петербург НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург  
ipyastreb@gmail.com

Изолированная перфузия таза (ИПТ) — это вид локо-регионарного лечения злокачественных новообразований малого таза, при котором химиотерапевтический препарат доставляется непосредственно в артерии, питающие опухоль, что позволяет создать его высокую концентрацию и потенциально повысить эффективность проводимой терапии. Процедура ИПТ состоит из двух последовательных этапов: сосудистой изоляции области малого таза и локо-регионарной высокодозной химиотерапии в условиях искусственного кровообращения.

Материалы и методы. В исследование включено 12 пациентов (9 женщин, 3 мужчин) в возрасте от 38 до 75 лет с подтвержденными гистологическими исследованиями местнораспространенными опухолями малого таза.