

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЯ СЕКЦИИ ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ РАДИОЛОГИИ МОСКОВСКОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАДИОЛОГОВ

Председатель секции: профессор Ю.Д. Волынский
Зам. председателя: член-корр. РАМН Б.И. Долгушин,
член-корр. РАМН Л.С. Коков
Секретарь: К.В. Петрушин

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ от 28 апреля 2009 года

Председатель: профессор Ю.Д. Волынский

СЕЛЕКТИВНАЯ МАСЛЯНАЯ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ ПРЯМОКИШЕЧНЫХ АРТЕРИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

**Т.С. Одарюк, М.С. Ольшанский, Н.Н. Коротких,
И.С. Тимошин, В.В. Евтеев**

*Отделение РХМДиЛ,
отделение колопроктологии Воронежской областной клинической больницы № 1,
Россия*

Операционное вмешательство – основной метод лечения рака прямой кишки (РПК). Однако совершенствование хирургической техники не привело к существенному снижению пятилетней безрецидивной выживаемости. Разрабатываются такие методы лечения, как лучевая и химиотерапия. Целесообразность комбинированной методики очевидна, но отдаленные результаты оставляют желать лучшего. При поиске путей повышения эффективности комплексного лечения РПК пришла мысль об использовании метода одномоментной селективной масляной химиоэмболизации верхней, средней и нижней прямокишечных артерий у больных местнораспространенными формами рака, у которых есть противопоказания к проведению лучевой терапии. Такое решение было основано на уже имеющихся достижениях клинической медицины.

Концентрация химиопрепарата в органах малого таза при внутриаортальном введении возрастает в 3 раза по сравнению с внутривенным. Правда, при введении его не в аорту, а в подвздошные артерии особенности кровоснабжения прямой кишки оказывают существенное влияние на его понижение. Это обусловлено тем, что нижняя брыжеечная и внутренние подвздошные артерии могут играть существенную роль. В качестве агента, вызывающего временное замедление кровотока и определенную локальную ишемию, мы использовали эмульсию йодированного масла опийного мака (липиодола), что уже давно применяется для химиоэмболизации печеночных артерий.

Клинические наблюдения

В них участвовали 8 пациентов от 43 до 67 лет с гистологически подтвержденным диагнозом

«аденокарцинома прямой кишки с прорастанием всех слоев кишечной стенки». По расположению опухоли отмечено 2 случая верхнего, 2 наблюдения – среднего и 4 случая – нижеампулярного поражения. В 3 наблюдениях имели место региональные метастазы в мезоректум. У всех больных была частичная толстокишечная непроходимость, что послужило относительным противопоказанием к проведению предоперационной лучевой терапии.

До и после эндоваскулярного вмешательства все пациенты были обследованы при помощи трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ), магнитно-резонансной томографии органов малого таза (МРТ).

Селективную ангиографию нижней брыжеечной артерии, верхней прямокишечной, правой и левой внутренних подвздошных артерий, левой средней прямокишечной артерии и нижних ректальных проводили из правого феморального доступа с использованием цифрового рентгенохирургического комплекса, стандартных ангиографических катетеров и неионного водорастворимого контрастного вещества.

На первом этапе вмешательства после суперселективной катетеризации и хорошей визуализации верхней ректальной артерии осуществляли ее масляную химиоэмболизацию с использованием эмульсии липиодола и 5-фторурацила. Эмульсию вводили в целевой сосуд из шприца от руки, добиваясь стойкого замедления кровотока, но избегая ретроградного заброса смеси и резкого стаза.

После этого на сосудах бассейна нижней брыжеечной артерии, из того же феморального доступа осуществляли селективную катетеризацию общих, а затем внутренних подвздошных артерий.

Селективная артериография правой внутренней подвздошной артерии, выполненная у 3 больных, показала, что артериальные ветки, отходящие справа к прямой кишке, слабо развиты или отсутствуют. Мы сочли возможным в 5 случаях ограничиться вмешательством только на довольно крупной ветви в системе левой внутренней подвздошной артерии – левой средней прямокишечной артерии. Трудности ее катетеризации могут быть связаны с разнообразием анатомических вариантов ее отхождения.

Во всех случаях мы выполняли суперселективную катетеризацию целевого сосуда, проводя катетер ниже артериальных ветвей, которые

нежелательно эмболизировать. Затем проводили химиоэмболизацию, добиваясь резкого замедления кровотока или эффекта стояния контраста в целевом сосуде. В среднем продолжительность процедуры – 60–90 минут.

Селективную масляную химиоэмболизацию нижних прямокишечных артерий осуществили подобным же образом у 3 больных. При этом в 2 случаях использовали микрокатетеры.

Все пациенты хорошо перенесли эндоваскулярное вмешательство. Ни у одного из них не было серьезных жалоб как во время процедуры, так и в течение нескольких дней перед операцией. У всех больных разрешилась толстокишечная непроходимость уже на следующие сутки после химиоэмболизации ректальных артерий.

По данным МРТ у 3 пациентов отмечено уменьшение размеров и количества регионарных лимфоузлов на 50% по сравнению с дооперационными значениями.

7 больным после эндоваскулярного лечения проведено радикальное хирургическое вмешательство. Из них 5 пациентов прооперированы через 24–72 часа после эндоваскуляризации, а 2 больных – в более поздние сроки.

В 4 случаях была выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением ободочной кишки в анальный канал с избытком и формированием колоанального анастомоза.

2 пациентам была сделана брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки в стандартном варианте. Одной больной выполнили расширенную проктэктомия прямой кишки с сохранением подкожной порции наружного сфинктера, формированием концевой гладкомышечной манжетки и двупетлевого С-образного толстокишечного резервуара и низведением в малый таз с резекцией задней стенки влагалища.

Контроль за результатами комбинированного лечения проводили в 3, 6, 12 месяцев после операции и далее раз в год с использованием УЗИ органов брюшной полости, ТРУЗИ, колоноскопии, МРТ органов малого таза. При обследовании одного пациента через 10 месяцев и 6 больных спустя 2,5 года рецидивов заболевания выявлено не было.

Полученные данные свидетельствуют о позитивном влиянии и относительной безопасности предложенного эндоваскулярного метода лечения местнораспространенных форм РПК, позволяя более уверенно провести последующие исследования.

Вопрос: Наблюдались ли после эмболизации ректальных артерий ишемия и некрозы кишечника?

Ответ: Это мы посчитали весьма существенным перед началом исследования. Но ни некроза, ни выраженных клинических проявлений ишемии кишечника после «мягкой» масляной химиоэмболизации ректальных артерий не отмечено.

А вот в гистологическом материале, полученном во время операции, действительно находили ишемические изменения, которые наблюдались в основном в самой опухоли (вплоть до некрозов).

Вопрос: Почему не использовались в качестве эмболов поливинилалкоголь и другие твердые эмболы?

Ответ: Опасаясь в перспективе возможной ишемии кишечника, мы их не использовали, стараясь выполнить «мягкую» масляную химиоэмболизацию, поскольку не ставили перед собой задачи полностью выключить из кровотока целевой сосуд.

Вопрос: В какие сроки после эндоваскулярного вмешательства целесообразно выполнять операцию?

Ответ: Ее нужно делать не позднее 5 дней после эндоваскуляризации. Оптимальный срок – через сутки после химиоэмболизации.

Вопрос: Кто использовал ранее методику

масляной химиоэмболизации прямокишечных артерий?

Ответ: На Невском радиологическом форуме в 2007 году была представлена работа С.А. Алентьева, посвященная масляной химиоэмболизации верхней прямокишечной артерии. Большую активность в вопросе рентгеноэндоваскулярной эмболизации дистальных ветвей верхней ректальной артерии проявляют специалисты из Красноярска.

Вопрос: В чем отличие вашей методики?

Ответ: В ней предусматривается одновременное вмешательство сразу на всех основных сосудистых бассейнах (системе нижней брыжеечной и внутренних подвздошных артериях), кровоснабжающих прямую кишку.

Вопрос: В какие сроки после эндоваскулярного вмешательства отмечено уменьшение размеров регионарных лимфоузлов?

Ответ: От 48 до 72 часов после эндоваскуляризации.

Вопрос: Почему в ваших наблюдениях участвовали только 8 пациентов?

Ответ: В связи с тем, что наша больница – не специализированное онкологическое учреждение, а также потому, что эндоваскулярные вмешательства мы выполняли у пациентов с относительными противопоказаниями к лучевой терапии, которая в настоящее время входит в стандарт лечения данного контингента больных.

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ (клиническая презентация)

**Н.В. Боломатов, В.В. Германович, А.Г. Виллер, В.Ф. Харпунов,
А.В. Матусов, Б.А. Теплых, С.С. Кучеренко, О.И. Виноградов, А.Н. Кузнецов**

Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

В настоящее время одна из наиболее важных проблем медицины – лечение нарушений мозгового кровообращения. Смертность от этой патологии по различным данным достигает до 37%, а инвалидизация – от 40% до 60%. Среди всех причин ишемических нарушений мозгового кровообращения 40% занимают экстракраниальные стенозы сонных артерий. Цереб-

ральные аневризмы обуславливают до 85% всех нетравматических внутримозговых геморрагий.

Развитие технологий привело к новым возможностям в диагностике и лечении патологий брахиоцефальных артерий при различных типах поражений. Цель данной презентации – продемонстрировать лечебные возможности