

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 27.01.2009 г.

Председатель: профессор Ю.Д. Волынский

РЕГИОНАРНАЯ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ И ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

**Б.И. Долгушин, Э.Р. Виршке, И.А. Трофимова,
В.А. Черкасов, О.Н. Сергеева**

ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Россия, Москва

В структуре онкологических заболеваний первичные опухоли печени составляют не более 3%. Однако большинство пациентов с гепатоцеллюлярным раком (ГЦР) на момент выявления злокачественного процесса признаются неоперабельными. Вместе с тем системная химиотерапия при ГЦР позволяет получить объективный ответ не более чем в 15–20%, что и обуславливает применение регионарных эндоваскулярных методов лечения. Метастатическое поражение печени встречается значительно чаще – примерно у каждого третьего онкологического больного.

Из вышеизложенного следует, что примерно 80% больных со злокачественными опухолями печени неоперабельны и требуют применения паллиативной противоопухолевой терапии.

У 676 больных со злокачественными опухолями печени были применены такие эндоваскулярные методики: регионарная артериальная инфузия (162 пациента), адьювантная артериальная химиотерапия в комбинированном лечении метастазов в печени колоректального рака (КРР) (293 больных), артериальная химиоэмболизация с липиодолом (205 пациентов) и артериальная химиоэмболизация микросферами DC Bead (16 больных).

Назначение регионарной артериальной химиотерапии 53 больным с метастазами в печени рака молочной железы позволило получить объективный ответ в 50,9% случаев. Длительная регионарная инфузия у 50 больных с метастазами в печени КРР, которым проведено 122 курса химиотерапии, была

эффективна в 24% случаев. При этом медиана выживаемости составила 13 месяцев.

В послеоперационном периоде им всем была назначена комбинированная химиотерапия, включавшая внутриартериальное и системное введение цитостатиков, что позволило увеличить 5-летнюю выживаемость с 25% до 42%, а ее медиану – с 26 до 54 месяцев.

Также в лечении неоперабельных злокачественных опухолей печени применялось несколько методик чрескатетерной артериальной химиоэмболизации: масляная и с применением комплекса «доксорубин – эстрон + АФП (альфафетопротеин)», а также микросферами DC Bead. Химиоэмболизация с липиодолом была назначена 205 больным, микросферами DC Bead – 16 пациентам.

В зависимости от объема поражения печени, анатомического сосудистого варианта и применяемой методики химиоэмболизации использовалась катетеризация собственно печеночной артерии, а раздельная – долевых и сегментарных артерий или суперселективная с микрокатетером.

Результаты лечения оценивали по субъективным (улучшение общего состояния больного) и объективным критериям (по динамике специфических маркеров – АФП при ГЦР, при метастатическом поражении печени раково-эмбрионального антигена и других маркеров), а также по данным контрольных лучевых методов исследования.

При ГЦР объективно определяемый ответ был получен у 35% больных. Медиана выживаемости у них составила 12 месяцев. Эффективность методики с использованием комплекса доксорубин – эстрон + АФП при ГЦР – 39%, а медиана выживаемости – 14 месяцев.

Назначение артериальной химиоэмболизации позволило получить объективный ответ у 36% больных с метастазами в печени рака молочной железы и у 33% с метастазами рака толстой кишки.

Методика с применением микросфер DC Bead у 11 больных с неоперабельным ГЦР показала достаточно высокую эффективность. Так, тотальные некрозы опухолевых узлов отмечены у 45% больных и значительное снижение АФП – у 78% пациентов.

Однако небольшое количество наблюдений не позволяет дать объективную оценку представленной методике эндоваскулярного лечения неоперабельного ГЦР. Необходимо дальнейшее изучение метода артериальной химиоэмболизации печени как в

плане оценки ее эффективности, так и в определении возможных побочных реакций и осложнений.

В заключение следует отметить, что перспективы улучшения результатов лечения злокачественных опухолей печени связаны с разработкой и применением новых эффективных противоопухолевых препаратов, усовершенствованием способов их введения и сочетанным применением методик интервенционной радиологии.

Вопрос: Как оптимизировать лечение неоперабельных метастазов КРР в печени?

Ответ: При метастазах, резистентных к системной химиотерапии, целесообразно применять регионарное эндоваскулярное лечение как в самостоятельном варианте, так и в комбинации с другими интервенционными методиками радиочастотной абляции – РЧА. Считаем, что в терапии метастазов КРР наиболее оптимально комбинированное лечение.

Вопрос: Есть ли у вас опыт сочетанного применения РЧА и химиоэмболизации?

Ответ: Да, но пока небольшой.

Вопрос: В каких случаях применялась раздельная поддолевая химиоэмболизация печени?

Ответ: При большом объеме поражения (более 50%) – поэтапная поддолевая химиоэмболизация. На первом этапе химиоэмболизат вводили в одну из долевых артерий печени, затем через 3–4 недели выполняли химиоэмболизацию другой доли.

Вопрос: Были ли осложнения в виде печеночной недостаточности у больных с билобарным поражением, когда химиоэмболизат вводили в печеночную артерию?

Ответ: Эту процедуру выполняли только в тех случаях, когда объем поражения паренхимы печени был небольшим. У этих пациентов печеночной недостаточности отмечено не было.

Вопрос: Применялась ли неoadьювантная артериальная химиоэмболизация с целью «перевода» опухолей в операбельное состояние?

Ответ: Нет. Химиоэмболизацию назначали больным с обширным поражением печени. В таких случаях «перевод» опухоли в операбельное состояние был невозможен.

Вопрос: Есть ли наблюдения эффективности регионарной химиотерапии при первичных злокачественных опухолях печени?

Ответ: При этой патологии регионарную

инфузию в печеночную артерию не проводили.

Вопрос: Что эффективнее – механическая или химиоэмболизация опухолей печени?

Ответ: Более эффективна химиоэмболизация, поскольку она обеспечивает цитотоксическое и ишемическое воздействие на опухолевую ткань.

Вопрос: Что понимается под «объективно определяемым ответом» регионарной химиотерапии?

Ответ: Уменьшение размеров опухолевых узлов (по данным ультразвуковой (УЗКТ) и/или резонансной компьютерной (РКТ) томографии и снижение уровня специфических маркеров.

Вопрос: Есть ли собственный опыт химиоэмболизации воротной вены при опухолях печени?

Ответ: Нет. Мы применяем только артериальную химиоэмболизацию, в том числе и при метастазах.

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ

от 24.02.2009 г.

Председатель – профессор Ю.Д. Волинский

ЧРЕСПЕЧЕНОЧНОЕ ЭНДОБИЛИАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ

ДОКЛАД

С.А.Капранов, А.А.Хачатуров

*Кафедра факультетской хирургии лечебного факультета
ПНИЛ внутрисердечных и контрастных методов
рентгеновских исследований ГОУ ВПО РГМУ Росздрава
Россия, Москва*

За период с 01.01.2003 по 08.10.2008 год чреспеченочные эндобилиарные вмешательства были проведены 147 больным от 32 до 91 года (средний возраст – 59,3 года) с механической желтухой (МЖ) опухолевой этиологии. Длительность заболевания колебалась от 4 до 43 дней (в среднем – 22,5 дня) с уровнем билирубинемии от 32,9 до 734,3 (в среднем – 293,1) мкмоль/л. Причины МЖ у 48 (32,7%) больных – рак головки поджелудочной железы, у 99 (67,3%) пациентов – опухоли ворот печени. Ранее 56 (38,1%) больных перенесли различные операции на органах брюшной полости, причем 30 из них – на органах гепатопанкреатодуоденальной зоны.

В 93 (63,3%) случаях завершающим вмешательством было паллиативное стентирование желчных протоков, в 54 (36,7%) наблюдениях – наружно-внутреннее дренирование, из которых 35 больным оно избрано в качестве окончательного этапа лечения, а 19 пациентам – как мера предоперационной подготовки.

Для чреспеченочного эндобилиарного стентирования использовали различные модели металлических саморасширяющихся или бал-

лонорасширяемых стентов, имеющих диаметр открытия от 8 до 10 мм, длину – от 60 до 120 мм и смонтированных на доставляющем устройстве диаметром 5–7 Fr (1,65–2,31 мм). У 26 (27,96%) больных, перенесших стентирование желчных протоков, было применено одноэтапное эндобилиарное вмешательство. Из них у 18 пациентов оно было завершено контрольным дренированием желчных протоков, а у остальных – пломбировкой пункционного канала непосредственно после вмешательства.

У 67 (72,04%) больных протокол эндобилиарного стентирования был двухступенчатым. В качестве первого этапа применялось наружно-внутреннее желчеотведение, а спустя 3–14 дней (в среднем – 8,3 дня) – эндопротезирование гепатикохоледоха.

В 84 (90,3%) наблюдениях стентированию желчных протоков предшествовала баллонная дилатация, у 9 пациентов имплантация стента осуществлялась без предварительного бужирования. В 71 (76,3%) случае произведена постдилатация имплантированного стента.