

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ СЕКЦИИ ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ РАДИОЛОГИИ МОСКОВСКОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАДИОЛОГОВ

Председатель секции: проф. Ю.Д. Волынский
Зам. председателя: проф. Б.И. Долгушин, проф. Л.С. Коков
Секретарь: М.А. Зеленов

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ОТ 21 НОЯБРЯ 2006

Председатель: профессор Ю.Д. Волынский

ДОКЛАД

ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ ПРИ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

З.Г. Нацалишвили, А.К. Морозов, Г.И. Хохриков, Д.Н. Самочатов

*Отделение лучевой диагностики Центрального Института
травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова*

Доля опухолей опорно-двигательного аппарата в структуре онкологической заболеваемости составляет около 1%. Опухоли костей характерны в основном для молодого возраста. Причины их возникновения до сих пор плохо изучены. Основная доля опухолей опорно-двигательного аппарата приходится на остеосаркому (50–60%), саркому Юинга, хондросаркому и фибросаркому. В целом же известно более 30 разновидностей костных опухолей. Оперативные вмешательства на тазовых костях, лопатке, суставных концах длинных костей, сопровождаются массивной кровопотерей, которая составляет >2 литров.

Внедрение кровосберегающих технологий до конца не решает проблему борьбы с кровопотерей у онкологических больных. Поэтому внедрение в онкологическую практику эндоваскулярной эмболизации является весьма актуальной задачей. Рентгеноэндоваскулярная окклюзия сосудов пораженной области направ-

лена на уменьшение кровопотери при паллиативных и радикальных оперативных вмешательствах.

Цели исследования: изучение особенностей ангиоархитектоники опухолей опорно-двигательного аппарата и разработка показаний и технических условий для проведения рентгеноэндоваскулярной эмболизации в предоперационном периоде.

Задачи исследования: 1) диагностика и дифференциальная диагностика доброкачественных, злокачественных и опухолеподобных заболеваний; 2) топическая диагностика; 3) предоперационная подготовка больных с высоковакуляризованными новообразованиями опорно-двигательного аппарата. 4) оценка роли артериальной эмболизации.

Ангиографическое исследование позволяет оценить сосудистую картину исследуемой области и топоико-анатомическое соотношение сосудов с прилежащими костями и тканями.

В кабинете ангиографии ЦИТО, с 1999 г. выполнено 476 ангиографических исследований у пациентов с новообразованиями опорно-двигательного аппарата.

Высоковаскуляризированные новообразования определялись у 89% пациентов. У 82 пациентов выполнялись ангиографические исследования верхних и нижних конечностей с последующей эмболизацией высоковакуляризированных новообразований с целью уменьшения интраоперационной кровопотери.

Было выделено несколько групп опухолей: первично-злокачественные опухоли – 23; первично-доброкачественные – 8; вторично-злокачественные опухоли – 15; опухолеподобные заболевания – 11; прочие – 25.

Среди пациентов 43,9% (36) составили женщины и 56,1%(46) мужчины.

Локализация опухолей и опухолеподобных заболеваний костей: 43% - бедренная кость; 35% - тазовые кости; 18% - плечевая кость; 3% - кости голени; 1% - позвоночник.

Сравнительная оценка степени кровопотери при органосберегающих операциях.

Выделены группы сравнения: 1) пациенты, которым после эмболизации патологического кровотока опухоли было выполнено хирургическое лечение;

2) пациенты, которым проводилось хирургическое лечение без предварительной эмболизации патологического кровотока опухоли.

Все исследование проводится на ангиографической установке Toshiba CAS-8000V.

Для эмболизации артерий использовались инструменты компании TERUMO, частицы PVA COOK диаметром от 100 до 700 мкм и окклюзирующие спирали Gianturco с волокнами дакрона WCE и IMWCE различных размеров. В 52,5 % случаев использовали как частицы, так и спирали.

В 27,5 % случаев только спирали и в 20 % только частицы PVA.

Через 3-4 суток после выполнения эндоваскулярного вмешательства у пациентов полностью или частично исчезал болевой синдром.

Во время операции кровопотеря у пациентов с предварительной эмболизацией сосудов опухоли составила в 1,3-3 раза меньше по сравнению с таковой при операциях без предварительной эмболизации патологических сосудов. Осложнений, связанных с техникой эндоваскулярного вмешательства, отмечено не было.

У всех пациентов на 1-2 сутки наблюдалось незначительное повышение температуры тела (в пределах субфебрильных значений). При массивных эмболизациях в этот же период вре-

мени отмечались ноющие боли в области редукции кровотока, однако проявлений ишемии тканей, требующих хирургического вмешательства, отмечено не было.

Кровопотеря у пациентов в группе с эмболизацией составила от 600 до 1100 мл, а в группе без эмболизации кровопотеря была от 800 до 3200 мл.

Анализ результатов рентгеноэндоваскулярной окклюзии патологических сосудов, кровоснабжающих новообразования, показал ее высокую эффективность. Редукция патологического кровотока сопровождалась уменьшением интраоперационной кровопотери среди оперированных больных. Эмболизация регионарных артерий должна применяться в лечении высоковакуляризированных новообразований опорно-двигательного аппарата, как метод предоперационной подготовки.

Вопрос: приходилось ли эмболизировать опухоли повторно?

Ответ: после выполнения эмболизации у некоторых пациентов происходило перераспределение кровотока и появлялись сосуды, которые не визуализировались до эмболизации. В связи с этим приходилось выполнять повторные эмболизации.

Вопрос: какие другие эмболизующие материалы использовались?

Ответ: мы использовали только эмболизующие материалы компании COOK, так как они удовлетворяли всем нашим требованиям.

Вопрос: использовалась ли химиоэмболизация?

Ответ: химиоэмболизация не использовалась.

Вопрос: когда применялись только частицы или только спирали?

Ответ: при наличии артериовенозного сброса использовались только спирали.

Заключительное слово председателя:

Работа имеет принципиальное значение, поскольку преследует важнейшие цели в лечении новообразований опорно-двигательного аппарата: уменьшение кровенаполнения опухоли перед операцией и снижение интраоперационной кровопотери. Воздействие на сосудистый компонент опухоли.

В этом плане подавление избыточной васкуляризации опухоли имеет позитивное значение, но важно учитывать сроки эмболизации перед операцией.

Учитывая, положительное значение работы, нужно отметить, что она должна выполняться с участием онкологов с тем, чтобы отработать методику предварительной или последующей химиотерапии.