

СРАВНЕНИЕ ОПЫТА ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЙ С БАЛЛОН-АССИСТЕНЦИЕЙ И БЕЗ

Черняк М.Н., Егоров Г.Ю.

ФГБУ «НМИЦ онкологии» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность: трансартериальная химиоэмболизация (ТАХЭ) считается безопасной процедурой, но в практике встречаются осложнения, вне зависимости от размеров и распространенности процесса.

Цель: улучшить протокол ТАХЭ печени, с целью уменьшения рисков развития осложнений и снижение выраженности постэмболизационного синдрома.

Материалы и методы: в ФГБУ «НМИЦ онкологии» МЗ РФ в 2017-2020 годах проведен ретроспективный анализ с участием 120 больных с верифицированным первичным раком печени и метастатическим поражением печени, которые были распределены на группы: 1 - селективная ТАХЭ через микрокатетер, 2 - селективная ТАХЭ через микрокатетер с баллон-ассистенцией. Средний диаметр опухоли составлял 8,4 см (диапазон 2-19 см). Основными противопоказаниями для включения были: поражение более 70% паренхимы печени, тяжелая некомпенсированная сопутствующая патология, наличие более одного опухолевого очага. Время наблюдения за больными после выполнения ТАХЭ - 1 год.

ТАХЭ выполнялась радиальным доступом, общая печеночная артерия катетеризировались катетером 4-5F, селективная катетеризация опухолевых сосудов - микрокатетером 2,6F в 1 группе и микрокатетером с баллоном соответственно во 2 группе. У всех больных «сегментарная» эмболизация выполнялась эмульсией липиодола с химиопрепаратом (ХП), суперселективно питающие очаги артерии эмболизировались насыщаемыми микросферами с ХП. Использовались стандартные дозировки ХП. В 1 группе выполнение эмболизации производилось до момента развития рефлюкса агента, во 2 группе осуществлялось введение всей дозы эмболизата.

Результаты: в 1 группе постэмболизационный синдром наблюдался в 95% случаев (57 случаев), купировался на фоне консервативной терапии в течение 2-7 суток. Побочные эффекты были контролируемы, тошнота и рвота I- II степени тяжести отмечены у 90% больных (54 случая), болевой синдром I-II степени тяжести отмечался в течение 2-3 суток после выполнения процедуры у 90% больных (54 случая). Повышение уровня трансаминаз в 3 раза и более, лейкоцитарный сдвиг влево наблюдался в 100% случаев на 3 сутки после ТАХЭ. Наблюдался 1 случай острого холецистита на 17 сутки после ТАХЭ. Развитие биломы печени, выявлена через 1,5 месяца после ТАХЭ при контрольном МРТ. 2 случая развития механической желтухи.

Во 2 группе постэмболизационный синдром наблюдался в 30% (18 случаев), купировался на фоне консервативной терапии в течение 2-4 суток. Побочные эффекты были контролируемы, тошнота и рвота I- II степени тяжести отмечены у 9% (15 случаев), болевой синдром I- II степени тяжести отмечался в течение 2-3 суток после выполнения процедуры у 10% (6 случаев). Повышение уровня трансаминаз в 3 раза и более, лейкоцитарный сдвиг влево наблюдался в 45% (27 случаев) на 3 сутки после ТАХЭ. Иные осложнения не развивались.

Выводы: селективная ТАХЭ через микрокатетер с баллон-ассистенцией значительно снижает риск развития нецелевой эмболизации, а также уменьшается риск развития осложнений в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: ТАХЭ, рак печени, ГЦК, ХЦК, метастаз, эмболизация.
