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 16 февраля 2010 года

Председатель: член-корреспондент РАМН Л.С. Коков

РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОСЛОЖНЕННОГО МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

А.М. Тибилов, М.С. Байматов

Отделение рентгенохирургии
РКБ МЗ РСО-Алания
Владикавказ, Россия

Актуальность. Рак поджелудочной железы (РПЖ) занимает 4–5-е место среди причин смерти от онкологических заболеваний, причем на него приходится около 10% всех опухолей пищеварительного тракта. В структуре злокачественных новообразований в России РПЖ стоит на 8–9-м месте, частота его постоянно растет и достигла показателя 9 больных на 100 тысяч населения. До 95% пациентов погибают в течение года после установки диагноза.

Радикальная резекция (R0) возможна только при стадии опухолевого процесса – T1–2N0M0. Но при обращении к врачу до 90% больных с РПЖ оказываются с более поздними стадиями. Общая выживаемость после хирургического лечения: год – 10–40%, 5 лет – 0–5%.

Тяжесть состояния пациентов с механической желтухой (МЖ) в основном обусловлена длительностью билиарной гипертензии и глубиной функциональных нарушений в печени. Частота осложнений после хирургических вмешательств при МЖ составляет 8–30%. Послеоперационная летальность при МЖ колеблется от 5,5% до 68%. Билиарная декомпрессия позволяет стабилизировать состояние больного и создает условия для проведения специального лечения.

Причины неудовлетворительных отдаленных результатов хирургического вмешательства – опухолевая инвазия за пределы поджелудочной железы (ПЖ), которая встречается уже при Т1 стадии первичной опухоли, способность к распространению с самых ранних стадий заболевания, каскадное метастазирование.

Системная химиотерапия (ХТ) малоэффективна – ответ на лечение наблюдается менее чем у 20% пациентов, после него год проживают 14–30% больных. Устойчивость аденокарциномы панкреас к химиотерапии обусловливается наличием в клетках опухоли высокой концентрации белка множественной лекарственной резистентности.

Выживаемость после комбинированного лечения ХТ + панкреатодуоденальная резекция (ПДР) (Т2–4N01M0): год – 50–65%, 2 года – 24–34%, 3 года – 16–17%, 5 лет – 6–13%. В течение 6–8 месяцев после ПДР рецидив заболевания возникает у 72% пациентов в области резекции и в регионарных лимфатических узлах, у 62% выявляются метастазы в печень. Медиана выживаемости – 8–18 месяцев.

Учитывая неудовлетворительные результаты лечения РПЖ, основной критерий успешного лечения – однолетняя выживаемость.

Один из путей повышения эффективности лечения РПЖ в клинике – внутриартериальная регионарная ХТ (РХТ). Повышение концентрации химиопрепарата и времени его воздействия на опухоль создает условия для преодоления лекарственной устойчивости раковых клеток.

Цель. Изучение эффективности чрескожных эндобилиарных вмешательств в лечении МЖ опухолевого генеза и оценка эффективности регионарной внутриартериальной химиотерапии в лечении РПЖ.

Анализируемый период – 2001–2008 гг. За это время в отделении были пролечены 98 пациентов с неоперабельным РПЖ – Т2–4N1M0–1(HEP), у 87 больных заболевание осложнилось развитием МЖ.

Эндобилиарные вмешательства у пациентов с синдромом МЖ условно разделены на три этапа.

На 1-м у 100% больных выполнено чрескожное чреспеченочное наружное дренирование желчных протоков. На 2-м при снижении уровня билирубина ниже 100 мкмоль/л, но не ранее чем через 5–7 дней 100% пациентов проведено наружно-внутреннее билиодуоденальное дренирование желчных протоков (НВБДД).

При этом у 20% больных наблюдались признаки рефлюксхолангита, у 5–7% пациентов он носил трудноконтролируемый характер. Больным с таким заболеванием выполняли НВБДД, позволявшее купировать его практически у всех пациентов.

На 3-м этапе только больным с НВБДД выполняли стентирование холедоха сетчатым саморасширяющимся стентом. Из них 38 пациентам после купирования МЖ проведено 120 сеансов РХТ. Локализация опухоли в головке была у 85 больных, в теле и хвосте – у 13 пациентов.

У всех больных выявлена аденокарцинома ПЖ различной степени дифференцировки.

РХТ проводили пациентам при наличии местнораспространенного РПЖ без отдаленных метастазов (МТС) или с МТС только в печень, то есть при 2В4 стадии рака – Т2–4 N0–1M0–1(HEP).

РХТ не выполняли больным с МЖ, лабораторными и клиническими признаками острого панкреатита, холангита, язвой желудка или двенадцатиперстной кишки (ДПК), асцитическим синдромом. ХТ этой категории пациентов назначали после ликвидации МЖ, купирования панкреатита, холангита и заживления язв.

На диагностическом этапе выявляли артерии, непосредственно кровоснабжавшие новообразование, и оценивали возможность их селективной катетеризации с целью введения химиопрепаратов.

РХТ выполняли комбинацией препаратов: гемзар – 1 г, цисплатин – 100 мг, 5-ФУ – 4 г. Если основным источником кровоснабжения образования была гастродуоденальная артерия, проводили катетеризацию общей печеночной артерии или чревного ствола и затем назначали химиоинфузию по 15–16 часов в день на протяжении 2 суток. Если источником определяли нижнюю панкреатодуоденальную артерию (НПДА), выполняли ее селективную катетеризацию с болюсным введением химио-

препаратов. Затем катетер удаляли и назначали постельный режим на 18 часов. Процедуру повторяли ежемесячно до появления признаков опухолевой прогрессии.
Эффективность проводимого лечения оценивали через 4 недели после курса РХТ.
Результаты. В процессе РХТ интенсивность болевого синдрома значительно уменьшилась и возобновлялась только при прогрессировании заболевания.
Во время проведения курсов РХТ тяжелых проявлений системной токсичности не наблюдалось. Такие симптомы, как тошнота и рвота, выявлены у большинства пациентов во время введения цитостатиков и в течение 1–2 дней после лечения. У 3 больных после ХТ появились эрозивный гастрит и дуоденит, успешно вылеченные за 3–5 суток. У 4 пациентов – лейкопения, которую купировали в течение 10–12 суток. Этим больным была назначена симптоматическая терапия.
В 1-ю группу вошли 60 пациентов с адекватным симптоматическим лечением, включая консервативную терапию, а при показаниях – неинвазивные вмешательства в желчном пузыре, гастроэнтероанастомоз или стентирование опухолевого стеноза ДПК. Из них умерли 58 больных в период от 2 до 7 месяцев от начала лечения (в среднем – 3,3 месяца), 2 пациентов были живы на протяжении от 4 до 6 месяцев.
Во 2-й группе были 24 больных, которым проведено не более 1–2 курсов РХТ. Из них умерли 23 пациента (в среднем – 6,9 месяца), жив один больной на протяжении 13 месяцев.
3-ю группу составили 14 пациентов с программным выполнением 3 и более курсов РХТ.
Из них умерли 11 больных (в среднем – 19,5 месяца), 3 пациентов живы на протяжении 14, 15 и 65 месяцев от начала лечения. Год пережили 13 больных, 2 года – 3 пациентов, 3 года – 2 больных, 5 лет – один пациент. Общая выживаемость – 22 месяца.
Выводы. Полный комплекс симптоматического лечения позволяет улучшить качество жизни пациентов, средняя продолжительность жизни (СПЖ) при этом остается в пределах 4 месяцев.
Чрескожные эндобилиарные вмешательства – относительно безопасные и высокоэффективные методы лечения МЖ опухолевой этиологии.
Программное выполнение большого количества курсов РХТ позволяет увеличить показатели СПЖ до 19,5 месяца, общей выживаемости – около 22 месяцев с сохранением относительно удовлетворительного общего состояния больных.
Целесообразно продолжить поиск наиболее эффективной тактики лечения больных с 2В3 стадией рака ПЖ.

Вопрос: Какие стадии РПЖ служат показанием к РХТ?
Ответ: Учитывая низкую годовую и общую выживаемость пациентов с РПЖ при Т3 и N1 стадиях, можно предположить, что при дальнейшем изучении показанием к проведению РХТ будет 2В4 или Т1–3N1M0 – Т1–4N1M1(НЕР) стадии заболевания.
Вопрос: С чем связано снижение болевого синдрома после проведенной РХТ?
Ответ: Оно наступает уже после ее первого курса. Видимо, это связано с двумя основными причинами – полное подавление экзокринной функции в ПЖ и уменьшение перифокального воспаления.
Вопрос: Почему декомпрессия желчных протоков начинается до этапа наружного дренирования?
Ответ: В этот момент практически невозможно выполнить полноценную антеградную холангиографию с четкой визуализацией проксимального контура опухолевой стриктуры, что вынуждает проводить быструю (за минуты) эвакуацию желчи из билиарного тракта либо выполнять грубые, неприцельные манипуляции в зоне обструкции. Отсутствие тонуса в желчных протоках сразу после их дренирования создает условия для развития тяжелых рефлюксхолангитов с возможным в дальнейшем развитием билиарных панкреатитов.
Высокая вероятность этих технических проблем и патологических процессов у больных с МЖ служит основанием к использованию выбранной тактики как более безопасного и контролируемого метода ведения таких пациентов.
Вопрос: Как часто при выполнении наружно-внутреннего дренирования желчных протоков развивался панкреатит?
Ответ: В последнее время он встречается крайне редко. Скорее всего это связано с тем, что наружно-внутреннее дренирование выполняют относительно стабилизированным больным. Да и перед данной процедурой проводят внутривенную инфузию – 250 мг 5-фторурацила.
Вопрос: Какая тактика наиболее целесооб-

разна при лечении пациентов с ранней стадией РПЖ?
Ответ: По данным литературы после панкреатодуоденальной резекции (ПДР) выживаемость больных более 2 лет в основном наблюдается при стадии T1–2N0M0. В настоящее время это достаточное основание для рекомендаций проведения таким пациентам хирургического лечения.
Вопрос: Как подтверждается наличие метастазов в увеличенных регионарных лимфатических узлах?
Ответ: Их можно считать метастатическими при наличии верифицированной первичной опухоли в ПЖ. При технических возможностях проводится биопсия лимфатических узлов. По данным литературы предполагаемая предоперационная стадия T1–3N0 после ПДР в 40–70% случаев оказывается T1–3N1.
Вопрос: Каковы показания к стентированию желчных протоков?
Ответ: К ним относятся адекватное функционирование чрескожного чреспеченочного НВБДД, положительный ответ на проводимое лечение и настоятельное требование больного избавиться от чрескожного дренажа.
Вопрос: Какие стенты используются для стентирования желчных протоков?
Ответ: Применяются металлические саморасширяющиеся сетчатые билиарные стенты.
Вопрос: Из чего делаются наружно-внутренние билиоэнтеральные дренажи?
Ответ: Из детских назогастральных зондов.
Вопрос: Как часто бывают дислокации желчных дренажей и как они фиксируются?
Ответ: Внутрибрюшные дислокации сведены к абсолютному минимуму, то есть единицы за годы, что связано со строгим соблюдением больными рекомендуемого режима. В этом им помогает средний и младший медперсонал отделения. Дренажи к коже фиксируются лейкопластырем.
Вопрос: Где находятся эти пациенты и кто и как их ведет?
Ответ: В отделение рентгенохирургии РКБ Владикавказа МЗ РСО-Алания в 2004 г. переданы 20 коек общехирургического профиля с соответствующим штатом среднего и младшего медперсонала. Лечащий врач больного – рентгенохирург.
Средний медперсонал проходит дополнительную специально разработанную в отделении подготовку по ведению пациентов, нуждающихся в интервенционных эндобилиарных и эндоваскулярных вмешательствах.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИСТЕМЫ AngioJet И СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОМ ТРОМБОЗЕ

В.Н. Шиповский, М.Ш. Цициашвили, Ч. Хуан, Е.А. Пилипосян

Кафедра хирургических болезней педиатрического факультета Российского государственного медицинского университета, городская клиническая больница № 57
Москва

Представлен первый успешный опыт комбинированного эндоваскулярного лечения мезентериального тромбоза – реолитическая тромбэктомия с использованием системы AngioJet (Possis medical, Plymouth, MN, USA) и одномоментное последующее стентирование верхней брыжеечной артерии (ВБА).
Больная Н., 80 лет, в марте 2009 г. поступала в хирургическое отделение ГКБ № 57 через 2 часа от начала заболевания с жалобами на интенсивную боль в животе диффузного характера, рвоту желудочным содержимым, однократный жидкий стул, сухость во рту. Из анамнеза: состояние после ампутации обеих нижних конечностей в верхней трети бедра по поводу гангрены в 2006 г., тяжелая форма сахарного диабета 2 типа, ИБС, артериальная гипертония, стенокардия напряжения 2 ФК, мерцательная аритмия (постоянная форма), гипертоническая болезнь, анемия, эмфизема легких.
При поступлении состояние тяжелое, кожные покровы бледные. Язык обложен белым налетом, живот вздут, мягкий, болезненный