

Все больные на догоспитальном этапе обсуждались на мультидисциплинарной комиссии в составе онколога-проктолога, химиотерапевта, специалиста по лучевой диагностике, анестезиолога, терапевта. Составлялся план лечебных мероприятий. По результатам полученных данных пациенты с опухолевым поражением печени разделены на 2 массива: 1) больные ($n = 353$; 79,1%), тактика лечения которых строилась на основании общепринятых в настоящий момент современных рекомендаций; 2) пациенты ($n = 93$; 20,9%), при планировании лечения которых учитывались не только общепринятые критерии оценки опухолевого процесса (локализация первичной опухоли, гистологическое строение, степень местного распространения опухоли, возраст больных, наличие осложнений заболевания, соматический статус), но и биологические особенности опухолевого процесса.

В 1-м массиве больных ($n = 353$) проведено разделение на 3 группы: А – пациенты ($n = 224$), которым выполнялась паллиативная (циторедуктивная) операция на толстой кишке с последующим проведением химиотерапии; Б – больные ($n = 56$), которым наряду с операцией на толстой кишке проводилась периоперационная химиотерапия; В – группа ($n = 73$), где хирургическое вмешательство носило симптоматический характер и выполнялось для снижения риска фатальных осложнений (химиотерапия не проводилась).

Результаты. Установлено, что в группе А выживаемость составила более 1 года. В группе Б значительная часть пациентов пережила 2-летний рубеж, что позволило применить для лечения метастазов в печени различные методики лечения (РЧА, криодеструкция, хирургическое удаление в объеме R0). В группе В срок выживаемости был ожидаемо наихудшим: все больные вне зависимости от схемы проводимой химиотерапии погибли в течение 1 года.

2-й массив разделен на группы в зависимости от тактики лечения после оценки агрессивности опухолевого процесса и соответственно прогноза его течения. Для определения плана терапии, а также выполнения индивидуализированного подбора химиотерапии определялись молекулярно-генетические характеристики опухоли с оценкой пролиферативного потенциала, чувствительности опухолевой ткани к цитостатической терапии. После сопоставления полученных данных выделено 3 группы больных по вариантам течения опухолевого процесса: благоприятным, промежуточным и неблагоприятным. Всем пациентам удалялась опухоль толстой кишки. Наряду с этим в группе с благоприятным прогнозом больным выполнялось комбинированное хирургическое лечение метастазов в печени в объеме R0 с последующей химиотерапией. У больных с промежуточным прогнозом, наряду с хирургическим лечением метастазов в печень проводилась периоперационная химиотерапия. У пациентов с неблагоприятным прогнозом выполнялось хирургическое лечение метастазов и комплексная химиотерапия.

Установлено, что в группе больных с благопри-

ятным профилем достоверных различий в связи с очередностью проведения противоопухолевого лечения выявлено не было. У 50% больных достигнута ремиссия. В группе промежуточного прогноза проведение периоперационной химиотерапии достоверно увеличивало срок выживаемости больных. В группе неблагоприятного прогноза проведение предоперационной химиотерапии и хирургическое лечение метастазов значимо не влияло на время до прогрессирования, которое у всех пациентов случилось в сроки до 6 мес.

Заключение. Таким образом, комплексное лечение больных диссеминированным КРР с метастатическим поражением печени необходимо осуществлять с учетом оценки агрессивности течения опухолевого процесса с учетом данных молекулярно-генетического профиля опухоли, позволяющего определить прогноз течения заболевания, установить рациональные показания к хирургическому лечению метастазов и адекватно выбрать объем оперативного вмешательства на толстой кишке и метод воздействия на опухолевые очаги в печени. Данная тактика улучшает результаты лечения пациентов вне зависимости от возраста без существенного увеличения операционного риска, увеличивает сроки безрецидивной и общей выживаемости, улучшает качество жизни этой сложной для лечения категории больных.

Ханевич М.Д., Куканов М.А., Чалаев А.Г., Диникин М.С., Фадеев Р.В., Зорина Е.Ю.

ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ ЛЕКАРСТВЕННО-НАСЫЩАЕМЫМИ ЭМБОСФЕРАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМИ И МЕТАСТАТИЧЕСКИМИ ОПУХОЛЯМИ ПЕЧЕНИ

СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», г. Санкт-Петербург

На фоне развития интервенционной радиологии в онкологии все активнее внедряются методы регионарной химиотерапии, позволяющей адресно доставить химиопрепарат к опухоли. Сегодня в арсенале специалистов рентгеноэндovasкулярной диагностики и лечения широкий спектр вмешательств – от регионарной химиоинфузии до различных методик химиоэмболизации артерий. Активно ведется внедрение в повседневную практику методик химиоэмболизации печеночной артерии с использованием различных видов лекарственно-насыщаемых эмбофер (микросфер, гепасфер).

Цель – показать эффективность химиоэмболизации печеночной артерии лекарственно-насыщаемыми эмбоферами (ХЭПА-ЛНЭ) как одного из методов регионарной химиотерапии у пациентов с первичными и вторичными опухолями печени.

Материал и методы. В СПб «Городской клинической онкологической диспансер» за период 2010–2013 г. 136 пациентам выполнено 547 циклов ХЭПА-ЛНЭ, в среднем около 4 циклов на одного пациента (от 1 до 6) по поводу верифицированных гистологическим и иммуногистохимическим методами первичных и метастатических поражений печени. Из них 20 (14,7%) пациентов с гепатоцеллюлярным раком, 2 (1,5%) пациента с холангиоцеллюлярным раком, 8 (5,8%) пациентов с метастазами нейроэндокринных опухолей, 3 (2,2%) пациента с метастазами в печень опухоли поджелудочной железы и 103 (75,8%) пациента с метастазами в печень колоректального рака (КРР). При 392 ХЭПА (71,6%) использовали 25 мг лекарственно-насыщаемые эмбосферы НераSpher диаметром 350–500 мкм (Франция), насыщенные 50 мг доксорубина или 100 мг иринотекана, или 100 мг оксалиплатина (в зависимости от чувствительности опухоли, по данным иммуногистохимического исследования). В 155 (28,4%) ХЭПА применялись 25 мг лекарственно-насыщаемые микросферы DC Bead диаметром 300–500 мкм (Великобритания), насыщенные 50–75 мг доксорубина. Эмболизация проводилась селективно и суперселективно. При билобарном поражении печени введение осуществлялось с интервалом между эмболизациями правой и левой печеночных артерий не менее 2 нед. Оценку результатов проводили по данным плоскодетекторной компьютерной томографии-артериогапатографии и МРТ с внутривенным контрастированием.

Результаты. После проведения ХЭПА-ЛНЭ у всех пациентов отмечался постэмболизационный синдром с различной степенью выраженности, чаще в виде болевого синдрома от 1 до 5 дней и повышения температуры тела до 38,5°C сроком до 7 дней. Выраженных явлений системной токсичности, печеночной и почечной недостаточности, потребовавших дополнительной медикаментозной терапии после проведения ХЭПА-ЛНЭ отмечено не было. При оценке через 3 мес после начала лечения по критериям RECIST частичный ответ был отмечен у 35 (25,8%) пациентов, стабилизация у 87 (63,9%) больных и прогрессирование у 14 (10,3%) пациентов. По критериям EASL результаты составили: частичный ответ у 48 (35,3%) пациентов, стабилизация у 74 (54,4%) больных и прогрессирование у 14 (10,3%) больных. В последствии 19 (13,9%) пациентов были направлены на хирургическое лечение (различные объемы резекции печени, РЧА образований). Прогрессирование в динамике выявлено у 42 (30,9%) пациентов, из них 29 больных скончались в сроки от 3 до 6 мес после окончания ХЭПА. Ответ на проведенное лечение сохранялся у 69,1% больных в сроки наблюдения от 6 до 24 мес после проведенной ХЭПА-ЛНЭ.

Заключение. Проведение ХЭПА-ЛНЭ как варианта регионарной химиотерапии является эффективным методом лечения и контроля при первичных и метастатических поражениях печени и характеризуется малой инвазивностью, высокой селективностью воздействия и низкой печеночной и системной токсичностью.

Ханевич М.Д., Манухас Г.М., Ваикуров С.М., Анисимова А.В., Диникин М.С., Хазов А.В., Мусатов К.Ю., Фадеев Р.В., Печкуров А.М.

КРИОВОЗДЕЙСТВИЕ ПРИ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ПЕЧЕНИ

СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», г. Санкт-Петербург

В последние годы хирургические вмешательства по поводу опухолевых поражений печени с их радикальным удалением широко вошли в клиническую практику и с успехом применяются во многих крупных лечебных учреждениях, оснащенных соответствующей техникой. Наряду со стандартными сегменториентированными резекциями и гемигепатэктомиями большой удельный вес начинают занимать расширенные операции, объем оставленной печени при которых не превышает 40%. В таких случаях сохраняется высокий риск развития печеночной недостаточности. В то же время, если край резекции проходит менее чем в 10 мм (R1) от края опухоли, сохраняется высокий риск возникновения ее рецидива.

Одним из действенных методов, способных улучшить результаты лечения после выполнения условно-радикальных операций, является криовоздействие, которое может быть использовано до начала мобилизации и резекции, а также после резекции на раневую поверхность оставшейся части печени.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 33 больных, которым с целью улучшения абластичности вмешательства во время хирургического вмешательства выполнялось криовоздействие. Из них в 18 случаях производилась право- или левосторонняя гемигепатэктомия, в 5 случаях – расширенная право- или левосторонняя гемигепатэктомия, в 10 случаях – сегменториентированные резекции, в 4 случаях – атипичные резекции. Показанием к уменьшению объема вмешательства в виде сегменториентированных и атипичных резекций были либо незначительные по размеру (до 10 мм) опухолевые очаги, либо невозможность выполнить один из видов гемигепатэктомий из-за функционального состояния пациента.

Нами были разработаны показания и методика криовоздействия на печень. К показаниям мы относим: 1) близкорасположенная (R1) опухоль от предполагаемого места резекции; 2) необходимость уменьшения объема хирургического вмешательства до сегменториентированной или даже атипичной резекции; 3) вынужденное оставление клеток и тканей опухоли на раневой поверхности оставшейся части печени.

Криовоздействие проводилось на опухолевую ткань в печени после выполнения лапаротомии и ревизии органов брюшной полости на предмет операбельности. Если опухоль предлежала непосредственно в лапаротомную рану, то криовоздействие начинали до мобилизации печени. Если зона крио-деструкции не могла захватить всю опухолевую ткань, то криовоздействие осуществлялось по периметру опухоли. Для достижения глубины заморозки в 25–30 мм использовались конусовидные