

Материал и методы. В СПб «Городской клинический онкологический 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

аппликаторы. При расположении опухоли в глубине печени криовоздействие осуществляли с помощью стержневого аппликатора, подводя его к опухолевому очагу под контролем интраоперационного УЗИ. После удаления части печени, пораженной опухолью, осуществлялся контроль раневой поверхности оставшейся части на предмет диагностики оставленных опухолевых клеток. С этой целью производился либо забор печеночной ткани, либо забор мазков-отпечатков с раневой поверхности печени. При обнаружении опухолевых клеток в материале (R1) криодеструкция раневой поверхности осуществлялась трехкратно по принципу «быстрое охлаждение, самостоятельное медленное оттаивание». Такой же принцип криовоздействия выполнялся и при R2-резекциях.

Результаты. Как показали исследования, после завершения криовоздействия и оттаивания раневой поверхности печени с гемохолестатической целью следует накладывать швы, которые дополнительно укрываются пластинами «Тахокомба». Кроме того, для профилактики раннего желчеистечения из раневой поверхности целесообразно дренировать общий желчный проток T-образным дренажем по Керу. Как показал анализ лечения больных, в ближайшем послеоперационном периоде число осложнений с применением криовоздействия оставалось таким же, как и при стандартных вмешательствах. Что касается отдаленных результатов, то медиана выживаемости у больных, которым было применено криовоздействие, во всех наблюдениях была выше, чем у тех, которым проводились стандартные оперативные вмешательства.

Заключение. Таким образом, первый опыт радикальных операций на печени с использованием криовоздействия, показал его высокую эффективность, что отразилось в первую очередь в достоверном уменьшении числа рецидивов заболевания и увеличении продолжительности жизни пациентов.

Ханевич М.Д., Манихас Г.М., Диникин М.С., Фадеев Р.В.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КРИОХИРУРГИИ

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

Паллиативный локальный метод лечения, такой как криохирургия, активно используются при лечении пациентов с нерезектабельными метастазами колоректального рака в печени.

Активное развитие интервенционной радиологии расширило возможности лечения метастазов колоректального рака в печени. Внутриартериальная химиоэмболизация метастатических узлов печени не только увеличивает число пациентов, которым может быть выполнена радикальная операция,

но и расширяет возможности применения локальных методик.

Метастазы колоректального рака имеют смешанную вакуляризацию – гиповаскулярный центр и гиперваскулярный венчик по периферии. При этом выделяют гипер- и гиповаскулярные варианты кровоснабжения метастазов. Знание кровоснабжения узла может определять выбор метода лечения.

Материал и методы. Нами пролечено 50 пациентов с метастазами колоректального рака в печени, у которых использовали комбинацию методов внутриартериальной химиоэмболизации и криодеструкции опухолевых узлов в печени. Химиоэмболизация выполнялась с использованием микросфер (Nerasphere®), насыщенных доксорубицином.

Суперселективную катетеризацию и химиоэмболизацию питающей опухоль сосуда выполняли в случае выявления гиперваскулярного типа опухолевого узла. При гиповаскулярных метастазах выполняли химиоэмболизацию правой или левой ветвей печеночной артерии. Циклы повторяли с интервалом 2–4 нед. Среднее количество циклов на одного пациента составило 4.

При достижении объективного ответа опухоли на лечение выполняли хирургическое вмешательство, во время которого применяли криодеструкцию опухолевых узлов печени по отработанной методике.

Результаты. Проведение криодеструкции опухолевых узлов после выполнения внутриартериальной химиоэмболизации позволяет достичь лучшего результата за счет имеющейся ишемии узла и более глубокой заморозки.

При гиперваскулярном типе метастазов использование трансартериальной химиоэмболизации наиболее оправданно и дает лучшие результаты.

У 8 пациентов после лечения удалось выполнить радикальную операцию. У 10 имело место прогрессирование заболевания. У 32 была достигнута стабилизация заболевания.

Заключение. В нашей практике сочетанное использование предоперационной трансартериальной химиоэмболизации и интраоперационной криодеструкции опухолевых узлов показало свою эффективность.

Чайченко Д.В., Надвикова Е.А., Важенин А.В., Привалов А.В.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ALPPS-ПРОЦЕДУРЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОБШИРНЫМ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ

ГБУЗ «Челябинский областной клинический онкологический диспансер», г. Челябинск

Введение. В последнее десятилетие показания к резекциям печени у пациентов с метастазами колоректального рака в печени (МКРР) значительно