

Секционное заседание: «Интервенционная радиология: онкология-1»

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ СЕТЧАТЫМИ НИТИНОВЫМИ СТЕНТАМИ В ЛИКВИДАЦИИ ОБСТРУКЦИОННОГО СИНДРОМА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Б.И. Долгушин, В.А. Черкасов, А.М. Нечипай, Р.П. Литвинов (Москва)

В РОНЦ им Н.Н. Блохина РАМН внедрена в клиническую практику методика имплантации саморасширяющихся металлических стентов (эндопротезов) в различные тубулярные органы для восстановления их проходимости у неоперабельных онкологических больных.

Стентирование желчных протоков выполнено 37 больным при злокачественных опухолевых стриктурах и двум пациентам при рубцовых послеоперационных блоках в области билиодigestивного анастомоза после панкреатодуоденальной резекции.

Восстановление проходимости пищевода сетчатыми металлическими стентами выполнено 50 неоперабельным онкологическим больным с выраженной степенью дисфагии (III-IV степени). После процедуры у 7 больных осталась дисфагия I степени, остальные не испытывали какого-либо дискомфорта при приеме пищи. Осложнение в виде повреждения покрытия стента имело место в одном случае и было купировано телескопической установкой стента в стент.

Имплантация саморасширяющегося металлического стента при колоректальном раке, осложненном толстокишечной непроходимостью выполнена 2 больным, что позволило восстановить естественный пассаж кала, одному в последующем выполнена радикальная одномоментная операция.

Для восстановления проходимости трахеобронхиального дерева с целью ликвидации рубцовой стриктуры после проведенного лечения в 6 случаях выполнена имплантация саморасширяющихся металлических стентов.

Стентирование постлучевой рубцовой стриктуры мочеочника после проведения внутримочеточниковой контактной лучевой терапии по поводу рака проксимального отдела мочеочника единственной почки позволило восстановить естественный пассаж мочи. Период наблюдения составил 44 месяца.

Имплантация саморасширяющихся стальных и нитиноловых стентов является технически доступной, эффективной и относительно безопасной процедурой устранения обструкции различных тубулярных органов, позволяющей социально реабилитировать и значительно улучшить качество жизни онкологических больных. Отечественные нитиноловые стенты не уступают по своей эффективности импортным аналогам и могут быть изготовлены индивидуально с учетом необходимых параметров.

АНГИОГРАФИЯ ПРИ НЕКОТОРЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА

Д.П. Столяров, А.В. Протопопов, Т.А. Кочкина, Е.П. Константинов (Красноярск)

Цель. Изучить ангиографическую характеристику различных патологических процессов основания черепа и придаточных пазух носа.

Материалы и методы. При подозрении на опухолевой процесс основания черепа в красноярской краевой клинической больнице применена ангиография краниофациальных сосудов как компонент комплексного обследования у 42 больных.

Результаты. Наиболее яркой ангиографической картиной обладала юношеская ангиофиброма основания черепа, при которой всегда наблюдалось расширение приносящих артерий с выраженной густой сетью новообразованных сосудов, резким расстройством органичного кровотока и скоплением контрастного вещества в опухоли соответственно зоне патологической васкуляризации. При исследовании в боковой проекции ангиофиброма определялась преимущественно сзади относительно места конечного разветвления внутренней верхнечелюстной артерии, основного источника ее кровоснабжения. Указанная ангиографическая картина наблюдалась у всех пациентов с подтвержденным в последующем цитологическим диагнозом юношеской ангиофибромы основания черепа и отличалась от данных ангиографии при иных патологических состояниях региона.

Так, проведение ангиографии больным со злокачественной лимфосаркомой носоглотки выявляло оттеснение артерий объемным образованием, имеющим очень слабую собственную сосудистую сеть. Киста верхнечелюстной пазухи имела округлую форму и не имела собственной сосудистой сети, однако в месте трансформирования ее периферических отделов в полип отмечались участки выраженной гомогенной гиперваскуляризации и гипертрофия носовых и подглазничной ветвей внутренней верхнечелюстной артерии. Новообразование характеризовалось участком выраженного гомогенного контрастирования с замедлением кровотока и задержкой контрастного вещества.

Выводы. Выполнение ангиографического исследования предоставляет не только важную информацию о сосудистой системе региона и патологического образования, но и может служить дополнительным методом дифференциальной диагностики юношеских ангиофибром от других новообразований основания черепа.

ПЕРВЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ СЕЛЕКТИВНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ ДОЛЕВОЙ АРТЕРИИ ПЕЧЕНИ

В. Кучеров, А. Гайдуков, С. Захаров (Москва).

За период с января 2004 года в отделении произведена селективная эмболизация правой долевой артерии печени двум больным. Цель эмболизации — снизить кровопотерю при открытой операции резекции доли печени.

Эмболизация проведена у больной с гигантской (более 10 см в диаметре) гемангиомой правой доли печени и у больного с метастазами рака желудка в правую долю печени. Эмболизация производилась поливинилалкоголем (TrueFill) диаметром микрокапсулы 250 мкм и 500 мкм. Резекция доли печени проводилась в обоих случаях на третий день после эмболизации. В первом случае в связи с анатомическими проблемами не удалось позиционировать катетер дистальнее отхождения пузырной артерии, что повлекло за собой развитие острого постэмболизационного холецистита. В связи с намеченной плановой резекцией лечение в течение 2 дней до операции — консервативное. Во втором случае послеоперационный период протекал гладко.

Несмотря на небольшое количество наблюдений, можно сделать предварительные выводы о достоверном снижении кровопотери при операции по сравнению с изолированной резекцией.

УСТАНОВКА КАВАФИЛЬТРА — АДЕКВАТНАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Б.И. Долгушин, В.А. Черкасов, Э.Р. Виршке (Москва)

Массивная тромбоземболия легочной артерии (ТЭЛА — поражение ствола и главных легочных артерий) является одной из причин смертности в стационарах различного профиля. Послеоперационный тромбоземболия глубоких вен нижних конечностей и таза как основной источник ТЭЛА при онкологических заболеваниях встречается у 66-67 % пациентов, что более чем в 2 раза превышает аналогичный показатель в общей хирургии. Одним из общепринятых методов профилактики ТЭЛА является имплантация специального фильтра в нижнюю полую вену. С 1999 года в ГУ РОНЦ пациентам имплантировано 96 фильтров в нижнюю полую вену.

Показаниями к установке кава-фильтра служили:

- эмбологенные (флотирующие) тромбозы или окклюзия подвздошно-бедренного, подколенно-бедренного и сафено-бедренного сегментов вен, осложненные и не осложненные ТЭЛА;
- повторные ТЭЛА у больных с невыясненным источником эмболии, массивная ТЭЛА перед началом проведения антикоагулянтной или тромболитической терапии.

Противопоказаниями были:

- септические тромбозы и эмболии, когда единственно возможной профилактической мерой является перевязка вен;
- двусторонние подвздошно-бедренные венозные тромбозы у больных с окклюзией верхней полой вены или с воспалительными процессами в области шеи;
- относительным противопоказанием может являться распространение тромба до уровня почечных вен и выше.

Оптимальным местом имплантации кава-фильтра является инфраренальный отдел нижней полой вены. При этой позиции фильтра блокируются все потенциальные источники ТЭЛА, находящиеся в системе нижней полой вены. В 2 % случаев длительного блока обеих почечных вен и наличии флотирующего тромба в супраренальном отделе нижней полой вены кава-фильтры устанавливались выше впадения почечных вен, но ниже впадения печеночных вен.

У всех больных получен желаемый результат — эмболии легочной артерии в постимплантационном периоде не наблюдалось. Осложнения были в 1-м случае — кава-фильтр установлен косо из-за неточного подбора его размера.

Считаем интервенционную радиологическую операцию по установке кава-фильтра в нижнюю полую вену адекватной процедурой по профилактике тромбозов эмболии легочной артерии у онкологических больных.

ИМПЛАНТАЦИЯ ОРИГИНАЛЬНОГО ОККЛЮДЕРА — МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ БРОНХОПЛЕВРАЛЬНЫХ И ТРАХЕОПЛЕВРАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

Б.И. Долгушин, В.А. Черкасов, А.М. Нечипай, О.А. Панкратенко (Москва)

В ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН ежегодно выполняется более 50 операций по поводу рака легкого. Послеоперационные осложнения отмечены у 11,6 % больных. К хирургическим осложнениям в первую очередь относится недостаточность швов бронха (НШБ), приводящая к развитию бронхоплевральных или трахеоплевральных свищей. Это осложнение наблюдалось у 3,8 % больных, перенесших пневмонэктомию или лобэктомию. После выполнения пневмонэктомии частота НШБ составила 6,5 %, а после лобэктомии — 1,2 %.

Цель. Показать метод эффективного разобщения трахеобронхиального дерева и гнойной плевральной полости с помощью стента окклюдера оригинальной конструкции у больных с послеоперационными бронхоплевральными и трахеоплевральными свищами.

Клинические наблюдения. Стенты-окклюдеры применены двум больным раком правого легкого. В обоих случаях выполнена правосторонняя пневмонэктомию, осложнившаяся недостаточностью культи правого главного бронха с развитием свищей диаметром 3 и 11 мм, соответственно, и эмпиемы остаточной полости. Выполнено дренирование правых плевральных полостей с целью санации эмпиемы плевры. После тщательного комплексного обследования, включая компьютерную 3D-реконструкцию, в условиях гнойного процесса в свищи были имплантированы оригинальные отечественные стент-окклюдеры (патент RU 38102 U1). Достигнута полная герметичность соустьев. Во время вмешательства осложнений не отмечено. В дальнейшем продолжалось проведение санации остаточной полости. Оба пациента были выписаны без признаков рецидива свища. В случае с меньшим диаметром свищевого канала через 10,5 месяцев в связи с полным расправлением культи бронха из-за окончательного прорезывания лигатуры потребовалась установка дополнительного стента-окклюдера. Во время последующих плановых эндоскопических и рентгеновских исследований отмечалось эффективное перекрытие свищей. Оба пациента умерли через 6,5 и 16 месяцев соответственно после установки стентов-окклюдеров. На аутопсии признаков рецидива свищей найдено не было.

Обсуждение. Предложенная методика с использованием отечественного оригинального стента-окклюдера может рассматриваться как эффективный способ экстренного закрытия бронхоплевральных и трахеоплевральных свищей после пульмонэктомии у онкологических больных.

ЧРЕСКОЖНАЯ ПУНКЦИОННАЯ НЕФРОСТОМИЯ В ОНКОЛОГИИ

Б.И. Долгушин, И.А. Трофимов (Москва)

Цель. Выработать показания и противопоказания к экстренной чрескожной пункционной нефростомии (ЧПН) у онкологических больных.

Материал и методы. За последние 12 лет в ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН 464 больным с нарушениями оттока мочи по верхним мочевым путям были наложены чрескожные

пункционные нефростомы. 326 (70 %) из них выполнена односторонняя нефростомия, 138 — двусторонняя. Разработан алгоритм обследования онкологических больных, включающий в себя биохимический анализ крови, ультразвуковое исследование, радиоизотопную ренографию, в некоторых случаях — выделительную урографию. Учитывая анамнез и данные лабораторных и инструментальных методов исследования, принимается решение о выполнении ЧПН в срочном или экстренном порядке.

Заключение. Экстренная нефростомия (производилась в 17 % случаев) показана при двустороннем остром нарушении оттока мочи по верхним мочевым путям с высокой азотемией (особенно с гиперкалиемией), вызванным как опухолевым процессом — инвазией или компрессией мочеточников, так и ятрогенными факторами — операционные повреждения, постлучевой фиброз. После выполнения ЧПН таким пациентам может выполняться экстракорпоральная гемосорбция, которая невозможна при инфраренальном блоке мочеотделения, так как высокая вероятность пионефроза. У пациентов с высокими цифрами азотемии часто происходит послеоперационное инфицирование верхних мочевых путей, поэтому им следует проводить профилактический курс антибиотикотерапии. Экстренная ЧПН выполняется также при внутренних мочеточниковых свищах, анемии вследствие гематурии, при раке мочевого пузыря (с целью осушения мочевого пузыря), пиелонефрите с явлениями пионефроза.

При одностороннем нарушении оттока мочи контралатеральная почка обычно компенсирует функцию блокированной почки, в связи с чем биохимические показатели крови могут быть нормальными или умеренно повышенными. В этих случаях (в 83 %) возможно выполнение чрескожной пункционной нефростомии в срочном порядке.

Противопоказанием к наложению нефростом может являться хроническая почечная недостаточность, приведшая к полному угнетению концентрационной и экскреторной функций почек (по данным ренографии и экскреторной урографии).

РЕГИОНАРНАЯ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНАЯ АДЬЮВАНТНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Ю.И. Патютко, Б.И. Долгушин, И.В. Сагайдак, Э.Р. Виршке (Москва)

В РОНЦ с 1990 года выполнено 277 резекций печени по поводу метастатического поражения. Из них 185 (66,7 %) больным были выполнены различного объема резекции печени по поводу метастазов колоректального рака. Расширенные гемигепатэктомии были выполнены у 25 больных, гемигепатэктомия — у 69 больных. У остальных были выполнены анатомические сегмент- и бисегментэктомии. Послеоперационная летальность составила 3,7 %. Среди оперированных больных рецидив заболевания в виде повторных метастазов в печень был выявлен у 41 больного, при этом у 23 (33,3 %) из них имелось изолированное поражение печени.

Для снижения вероятности возникновения повторных метастазов в печени нами разрабатываются два направления:

1. Увеличение объема оперативного вмешательства.
2. Проведение адювантной химиотерапии.

Всем больным с очаговыми поражениями печени выполнялось ангиографическое исследование с целью определения анатомического сосудистого варианта, а также для уточнения локализации очагов и их взаимосвязи с печеночными сосудами. Это позволяет определить возможность проведения в послеоперационном периоде регионарной химиотерапии. Адювантная химиотерапия с использованием 5-фторурацила и лейковарина, сочетающаяся в себе регионарный внутриартериальный и системный способы введения, была проведена у 75 больных, оперированных по поводу метастазов в печень колоректального рака. У указанной группы больных для проведения регионарной внутриартериальной химиотерапии катетер устанавливался под рентгенотелевизионным контролем в соответствующую артерию (чревный ствол, правая или левая долевые печеночные артерии). Проведение регионарного лечения было невозможно только при анатомическом варианте, требующем одномоментного раздельного введения химиопрепаратов. Неблагоприятный сосудистый вариант не позволил провести адювантную регионарную химиотерапию только у 7 пациентов. Осложнений, связанных с катетеризацией и последующим регионарным введением химиопрепаратов, не было.

Сравнительный анализ отдаленных результатов лечения метастазов колоректального рака в печень показал, что применение регионарной адювантной внутриартериальной химиотерапии достоверно увеличивает 5-летнюю выживаемость с 29,5 до 48,1 % по сравнению с группой больных, получивших

только хирургическое лечение.

Таким образом, регионарная адъювантная химиотерапия позволяет улучшить отдаленные результаты хирургического лечения больных с метастазами колоректального рака и снизить вероятность возникновения местных рецидивов в печени.