



УДК 616.36 - 006 - 089 : 819 - 073.432.19

В.П. Харченко, П.М. Котляров, В.Н. Карпенко

ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ В ЛЕЧЕНИИ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Российский научный центр рентгенорадиологии МЗ РФ; Камчатский областной онкологический диспансер

Очаговое поражение является одним из самых тяжелых среди распространенных заболеваний печени. Как показал ряд исследований, включение малоинвазивных технологий в виде лечебных пункций под ультразвуковым контролем обладает различной эффективностью в лечении этой разноплановой патологии (В.Н. Авакян, 1997; П.М. Котляров, М.Е. Семендяева, 1990; Р. Камалов, В.В. Митьков, 1994; W.B. Schwerk et al., 1986; M. Cjtene et al., 1983; W. Mayoral, J.H. Lewis, M.S. Barakate et al., 1999, 2001; G. Montalto et al., 2001; S. Spiezia et al., 2002; M. Picardi Muretto P. et al., 2002; C.S. Pocorny, M. Waterland, 2002; T.J. Gunneson et al., 2002; D. Joy, V.R. Nhava, 2003; R. Hernandez et al., 2002; B. Riemann et al., L.N. Nazarian et al., 2000; A. Giorgio, Tarantino L., de Stefano G., 2003). Остается недостаточно изучена последовательность и эффективность интервенционных вмешательств под ультразвуковым контролем при очаговой патологии различного генеза в регионах северо-востока РФ.

Цель работы — исследование эффективности малоинвазивных лечебных вмешательств под ультразвуковым контролем при различной очаговой патологии печени.

Задачи исследования — изучение особенностей лечебных пункций при различной очаговой патологии печени в условиях регионального онкологического диспансера.

Материалы и методы исследования

Работа основана на анализе результатов комплексного ультразвукового исследования печени 156 больных с очаговой патологией печени различного генеза.

Ультразвуковое исследование печени проводилось по стандартным методикам. Для обследования пациентов использовались диагностические эхокамеры фирм «Aloka» моделей 650 и 500, «Toshiba 270» с пункционными зондами различных модификаций. Лечебно-диа-

Резюме

Проанализированы результаты комплексного ультразвукового исследования печени и эффективности малоинвазивных лечебных вмешательств под ультразвуковым контролем 243 больных с очаговой патологией печени. Изучены особенности лечебных пункций при различной очаговой патологии печени в условиях регионального онкологического диспансера. Метод эффективен при непаразитарных кистах размером 5-10 см, incurable формах альвеококкоза, метастатическом раке печени.

V.P. Kharchenko, P.M. Kotlyarov, V.N. Karpenko

INTERVENTION UNDER THE ULTRASONIC CONTROL IN LIVER FOCAL DISEASE TREATMENT

Russian research center of radiology and nuclear medicine of Ministry of Health of Russian Federation, Kamchatka regional oncology center

Summary

We have analyzed the results of integrated ultrasonic study of liver and the efficiency of low invasive medical intervention under the ultrasonic control of 243 patients with focal liver pathology. We have studied the distinctive features of therapeutic puncture for different focal liver pathology in regional oncology center.

The method is effective in non parasitic hepatic cyst 5-10 mm in size, incurable forms of alveococcosis, metastatic liver cancer.

гностические пункции представляли одномоментные диагностические пункции иглами диаметром 12-22 G Chiba или Cook с последующей аспирацией субстрата и

Таблица 1

Лечебные пункции у больных с очаговым поражением печени

Нозологическая форма заболевания	Кол-во больных	Кол-во пункций
Солитарные метастазы опухолей	14	27
Киста печени	16	43
Абсцесс печени	15	49
Гематома печени	4	9
Альвеококкоз печени, осложненная форма	9	34
Всего	53	156

Таблица 2

Результаты малоинвазивного лечения

Вариант кистозного поражения печени	Кол-во больных	Полная ретенция кисты	Неполная ретенция кисты
Солитарные кисты	14	4	9
Поликистоз печени	2	-	-

введением лекарственных препаратов. Лечебные пункции производились при уже установленном диагнозе, в ряде случаев сопровождалась последующей установкой дренирующих катетеров в полости кистозных и гнойных полостей, в просвете желчных путей при механической желтухе. Распределение больных по нозологиям представлено в табл. 1.

Для склерозирования стенок кист печени применялся этанол 96%, сочетание этанола и спиртовой настойки йода, который вводился в остаточную полость (от 2 до 10 мл). Для промывания гнойных полостей использовались растворы фурацилина, метрагила, хлоргексидина, диоксида. При наличии густого гноя содержимое абсцесса многократно отмывалось антисептическими растворами до получения прозрачных промывных вод, по окончании процедуры в остаточную полость вводились растворы антибиотиков и ферментов. Лечебные пункции абсцессов печени проводились до 3 раз в неделю, если не устанавливался дренаж.

При лечебных пункциях солитарных метастатических очагов в ткань опухоли иглой G 22 вводился этанол 96% объемом от 2,5 до 4 мл с интервалом 1-2 раза в нед. Из химиопрепаратов использовался проспидин в однократной дозе 100 мг и 5-фторурацил в дозе 150 мг, цисплатин в однократной дозе 100 мг. Суммарные дозы различались в зависимости от состояния пациента. В ряде случаев проводилась комплексная химиолучевая терапия.

При лечении кист печени предполагалось уменьшение объема кисты или полная ее ретенция. Показаниями для лечебной пункции послужили крупные размеры кист, болевой синдром и кровоизлияния в полость кист. Обязательным условием до пункции мы считаем исключение эхинококкоза, для чего всем пациентам проводилось исследование РНГА с эхинококковым антигеном.

При абсцессах печени целью лечебных пункций являлось достижение полного излечения больного, при

Таблица 3

Лечение абсцессов печени

Варианты абсцессов печени	Кол-во больных	Кол-во пункций	Кол-во дренажей
Единичные	11	37	6
Множественные	4	12	3

паразитарном поражении — паллиативное лечение с аспирацией содержимого полостей распада и введение антисептиков, при опухолевой патологии — попытки воздействия в виде склерозирования или локального воздействия химиопрепаратов для замедления роста опухоли.

Результаты исследования

Результаты малоинвазивного лечения больных с кистами печени представлены в табл. 2. При динамическом наблюдении отмечалось уменьшение размеров кист уже после первой пункции, стойкий эффект отмечался через 6 мес., 18 мес., но полная ретенция кист отмечалась только в 38% случаев. При динамическом осмотре через 3-6 лет в зоне локализации бывшей крупной кисты выявлены рубцовые изменения неправильной формы, если размеры этих кист первоначально не превышали 3,5-4,8 см.

В двух случаях с умеренно выраженным болевым синдромом в эпигастральной области при наличии небольших кист размером 2,5 и 3 см аспирация содержимого позволила полностью купировать боль. При динамическом наблюдении этих пациентов рецидива кист не выявлено, болевой синдром более не возобновлялся.

Таким образом, у 16 пациентов с кистами печени размерами от 5 до 16 см повторные лечебные пункции с последующим склерозированием остаточной полости позволили во всех случаях добиться стойкого эффекта со значительным уменьшением размеров полости кисты менее 3 см.

Группа с гнойно-воспалительными очагами печени состояла из 15 чел., описанных в табл. 3. В 14 случаях достигнут полный эффект излечения абсцесса, минимальное количество пункций 3, наибольшее 8. При получении гноя ПИС полости абсцесса следовало обсуждение лечебной тактики с лечащим врачом по поводу установления дренажа или лечения повторными пункциями, вида антибактериального агента для введения в остаточную полость.

При осмотре этих пациентов в динамике через 1-6 мес. в 11 случаях в зоне расположения абсцесса отмечены невыраженные фиброзные изменения. В одном случае отмечено развитие гнойного холангита после пункции абсцесса в фазе инфильтрации паренхимы печени на фоне выраженной ареактивности организма. В группе с метастатическим поражением печени исследование проводилось параллельно с динамическим наблюдением за 23 больными с метастатическим раком различной локализации, которым проводилась системная химиотерапия и лучевая терапия на зону метастазирования в печень.

При химиотерапевтическом лечении опухолевого метастатического поражения печени у 13 больных раком

желудочно-кишечного тракта отмечена низкая эффективность монохимиотерапии 5-фторурацилом. Вместе с тем, у 4 больных раком молочной железы отмечен непосредственный достоверный эффект лечения небольших метастатических очагов в печень при адъювантной химиотерапии по схеме CMF, длительное отсутствие роста метастазов рака в почки, печень при повторных курсах иммунотерапии интерферонами.

При наблюдении за эффектом лучевой терапии метастазов в печень у 6 больных с метастатическими опухолями различной первичной локализации отмечены различные варианты постлучевого патоморфоза, но эффект стандартного фракционирования признан неудовлетворительным ввиду отсутствия достоверной регрессии очагов.

Вместе с тем, в группе из 4 больных, которым проводились лечебные пункции, хороший непосредственный эффект отмечался при введении препаратов платины и «Тио-Тэф» в полость опухолевого узла при кистозных формах метастазов рака яичника и эмбрионального рака яичка. Отмечалось значительное уменьшение объема кистозного компонента опухоли на период от 3 до 6 нед. даже после однократного введения 1 г препарата цисплатина или «Тио-Тэф» в дозе 20-40 мг. Следует отметить улучшение самочувствия больных после описанной манипуляции на срок от 15 до 28 дн. Последующее локальное введение химиопрепаратов ограничивалось развивающейся лейкопенией, поэтому лечение проводилось с введением в полость опухоли 96% этанола. Непосредственный эффект уменьшения размеров опухоли у этих больных удавалось поддерживать на период до 2-4 нед. Генерализация процесса останавливала использование этого метода лечения.

Группа с солитарными метастазами в паренхиме печени включала 6 больных раком желудка, 3 больных раком поджелудочной железы и одного больного раком восходящего отдела толстой кишки. Метастатические очаги имели размеры от 2,5 до 5,3 см.

При лечебных пункциях солидных очагов одновременно вводилось от 1 до 2,2 мл 96% этанола. Повторные инъекции производились через 3 дн., общее количество — от 3 до 8 инъекций.

При введении этанола в паренхиму опухолевого узла 6 больным эффект замедления роста метастазов выявлен у 4 чел., причем у одного пациента более 12 мес. Вместе с тем, во всех случаях отмечалась дальнейшая диссеминация опухоли, в половине случаев выявлено поражение печени в паренхиме ранее неизмененных сегментов органа.

Паллиативное лечение осложненных форм альвеококкоза печени проводилось в виде аспирационных пункций и промывания некротических полостей антисептическим раствором у 9 пациентов. Отмечены хороший субъективный эффект после отмытия детрита из полостей распада, который длился до 30-40 дн., уменьшение интоксикации.

Выводы

1. При выявлении непаразитарных кист размером более 10 см имеются показания к оперативному лечению размерами 5-10 см — к лечебным пункциям, до 3-4 см — к динамическому наблюдению. Исключением является

наличие осложненных кист различных размеров и кист, являющихся причиной болевого синдрома. В данном случае серия лечебных пункций с симптоматическим лечением является, на наш взгляд, оптимальным вариантом для этой патологии.

2. Метод малоинвазивных вмешательств является оптимальным вариантом паллиативного лечения инкурабельных форм альвеококкоза печени, позволяющим улучшить качество жизни у этих больных.

3. При выявлении абсцессов печени использованная последовательность малоинвазивных вмешательств оказалась эффективной в большинстве случаев. Можно рекомендовать следующую тактику лечения:

— диагностическая пункция абсцесса под ультразвуковым контролем с возможно более полной аспирацией содержимого, с забором материала для оценки чувствительности к антибиотикам;

— обсуждение с лечащим врачом тактики ведения больного, в частности, установление дренажа или проведение последующих пункций, варианта местного использования антибиотика;

— повторные отмывания содержимого полости до полного отсутствия гнойного содержимого.

4. Использование метода малоинвазивного лечения метастатического рака печени с введением этанола и химиопрепаратов целесообразно как вариант паллиативной терапии при метастатических опухолях печени. Отмечен достоверный непосредственный эффект преимущественно при метастазах рака яичника (папиллярная форма) и эмбрионального рака яичка. Подобный вариант лечения можно рекомендовать в сочетании с системной химиотерапией, иммунотерапией. Данная категория больных требует дальнейшего исследования с использованием новых методов абляции опухоли.

Таким образом, описанные методики лечебных пункций являются эффективной, экономичной и наименее инвазивной процедурой при указанных формах очаговой патологии печени для лечебно-профилактических учреждений регионального и муниципального уровней.

Изученные результаты предлагаемой методики позволяют рекомендовать ее для широкого применения.

Л и т е р а т у р а

1. Авакян В.Н. Малоинвазивные методики в диагностике и лечении непаразитарных кист печени: Дис. ... канд. мед. наук. М., 1997. С. 122.
2. Курзанцева О.М. // Визуализация в клинике. 1999. №4. С. 24-27.
3. Олешук Н.В., Польшалов В.Н., Прозоровский К.В. и др. // Новые технологии в хирургической гепатологии: Мат-лы III конф. хирургов-гепатологов. Тула, 1995. С. 261-262.
4. Рудаков В.А. Очаговые поражения печени, диагностика и лечение: Дис. ... д-ра мед. наук. Омск, 1995. С. 188.
5. Таразов П.Г. Интервенционные радиологические вмешательства в диагностике и лечении очаговых, диффузных и сосудистых заболеваний печени: Дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 1996. С. 221.
6. Брискин Б.С., Минасян А.М., Барсуков М.Г. и др. // Новые технологии в хирургической гепатологии:

Мат-лы III конф. хирургов-гепатологов. Тула, 1995. С. 124-128.

7. Alvarez-Perez J.A., Gonzalez J.J., Baldonado et al. // Am-J-Surg. 2001. Vol. 181, №2. P. 177-186.

8. Wang J.H., Lu S.N., Changchien C.S. et al. // J. Ultrasound-Med. 2001. Vol. 20, №5. P. 539-544.

9. Hansen P., Ludemann R., Swanstrom L.L. // Hepatogastroenterology. 2001. Vol. 9, №48. P. 37-40.

10. VanSonnenberg E., Wittich G.R., Goodacre B.W. et al. // World-J-Surg. 2001. Vol. 25, №3. P. 362-369.

11. Barakate M.S., Stephen M.S., Waugh R.C. et al. // Aust N Z J Surg. 1999. Vol. 69. P. 205-209.



УДК 616.65 - 006.6 - 07

А.Г. Антонов, В.В. Гордеев

ПРОСТАТИЧЕСКАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ КАК ТКАНЕВОЙ МАРКЕР ВЫЯВЛЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

Рак предстательной железы (РПЖ) является наиболее частым злокачественным новообразованием у мужчин старшей возрастной группы. Резкий прирост заболеваемости с конца 80-х гг. большинство ученых объясняют широким распространением новых эффективных методов диагностики, таких как исследование уровня простатического специфического антигена (ПСА) сыворотки крови, трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ), и усовершенствованием методик и оборудования для пункционной биопсии предстательной железы (ПЖ). Ежегодно в мире регистрируется 543 тыс. новых случаев РПЖ. Распространенность РПЖ в России в 2005 г. составила 42,8 на 100 тыс. мужского населения (в 1995 г. — 16,0) [6]. В этой связи существует настоятельная необходимость в разработке методов обследования и программ, которые могли бы обеспечить раннее выявление заболевания и значительно повысить эффективность лечения.

С позиции ранней диагностики РПЖ важное значение имеет выделение особой формы гистоморфологической патологии железистого эпителия ПЖ, носящей характер дисплазии. В настоящее время, как предраковое поражение, большинством урологов и патоморфологов признана дисплазия эпителия желез ПЖ, именуемая простатической интраэпителиальной неоплазией (ПИН). Эти изменения впервые были описаны в 1960 г. J.E. McNeal, морфологически охарактеризованы в 1986 г. J.E. McNeal и D.G. Bostwick и названы внутрипротоковой и дольковой дисплазией [21]. В 1987 г. D.G. Bostwick и M.K. Brawer предложили модель канцерогенеза в ПЖ, на которой показан переход от нормального эпителия через 3 ст. ПИН к карциноме [10]. Термин «ПИН» был предложен взамен термина «внутрипротоковая дисплазия», использовавшегося при первичном описании, по аналогии с уже принятым у морфологов термином «ЦИН» (CIN)

Резюме

Простатическая интраэпителиальная неоплазия высокой степени (ПИН в/с) является наиболее вероятным предшественником инвазивного рака предстательной железы. Естественное биологическое развитие ПИН в/с еще мало изучено. Выявление ПИН в/с при игольной биопсии — сильный фактор риска рака предстательной железы. Идентификация ПИН в/с при игольной биопсии диктует необходимость повторной биопсии. Не существует общепринятой тактики клинического ведения пациентов с ПИН в/с.

A.G. Antonov, V.V. Gordeev

HIGH-GRADE PROSTATIC INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA AS A TISSUE MARKER IN DIAGNOSTIC OF PROSTATIC ADENOCARCINOMA

Far eastern state medical university, Khabarovsk

Summary

High grade prostatic intraepithelial neoplasia (HPIN) is the most likely precursor of invasive prostate cancer. The natural biological behaviour of HPIN is yet poorly understood. The presence of high grade prostatic intraepithelial neoplasia on needle biopsy is strongly predictive of carcinoma. The identification of prostatic intraepithelial neoplasia in needle.

— «цервикальная интраэпителиальная неоплазия» и был утвержден на многочисленных согласительных конференциях, в том числе на конференции, организованной Американским раковым обществом (ACS) и ВОЗ в 1995 г. [22]. В последующем было предложено подразделение