

Введение. Оценить роль эмболизации бронхиальной артерии в сочетании с регионарной болюсной химиотерапией у больных раком легкого, осложненным кровохарканием склонным к кровотечению.

Материал и методы. Эмболизация бронхиальной артерии в сочетании с регионарной болюсной химиотерапией выполнена у двух больных (56 и 70 лет) с опухолью легкого. В одном наблюдении диагностирован крупноклеточный рак (нейроэндокринный) нижнедолевого бронха с переходом на левый главный и левый верхнедолевой бронхи $T_4N_3M_x$, а во втором умеренно-дифференцированный плоскоклеточный рак правого верхнедолевого бронха с переходом на главный и промежуточный бронхи и нижнюю долю правого легкого $T_4N_3M_1$. В обоих случаях осложнением основного заболевания было выраженное кровохарканье, склонное к кровотечению и резистентное к лекарственной терапии, что препятствовало проведению лучевой терапии.

Диагностическую ангиографию проводили по стандартной методике. На ангиограммах в обоих случаях выявили расширение бронхиальной артерии на стороне поражения без явных признаков кровотечения. После катетеризации бронхиальной артерии в нее болюсно вводили 250 мг карбоплатина, а затем мелко нарезанную гемостатическую губку до окклюзии кровотока.

Результаты. Осложнений не было. В обоих наблюдениях кровохарканье прекратилось в течение первых суток после эндоваскулярного вмешательства. Через 7 и 10 дней пациентам начата сочетанная лучевая терапия по радикальной программе. Лечение проведено в полном объеме, без перерывов, больные перенесли его удовлетворительно. Кровохарканье не повторялось.

Заключение. Приведенные наблюдения свидетельствуют о том, что эмболизация бронхиальной артерии в сочетании с регионарной болюсной химиотерапией у больных раком легкого, способствует остановке кровотечения, позволяя в дальнейшем провести запланированную лучевую терапию.

ЗНАЧЕНИЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОЧКИ С ВЫРАЖЕННОЙ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Суворова Ю.В., Таразов П.Г., Школьник М.И.,
ФГУ Российский научный центр радиологии и
хирургических технологий,
Санкт-Петербург, Россия

Цель. Определить роль предоперационной эмболизации при раке почки у больных с выраженной сопутствующей патологией.

Материал и методы. С 1995 по 2003 г. эмболизация почечной артерии выполнена 54 больным раком почки в возрасте от 59 до 82 (средний возраст 65) лет. У всех пациентов диагностирована выраженная сопутствующая сердечно-сосудистая и/или дыхательная патология, препятствующая на момент установления диагноза почечно-клеточного рака проведению радикальной нефрэктомии. Для эмболизации почечной артерии использовали химиопрепарат (доксорубицин, винбластин, диоксамет), смешанный с липидолом, и частицы поливинилалкоголя, гемостатическую губку и металлические спирали в различных сочетаниях.

В контрольную группу включены 49 пациентов, подвергнутых радикальной нефрэктомии без предварительной эмболизации и находившихся на лечении в отделении урологии ФГУ РНЦРХТ в этот же период времени, сопоставимых по возрасту и стадии опухолевого процесса.

Результаты. Постэмболизационный период характеризовался тошнотой, рвотой, умеренным болевым синдромом и подъемом температуры тела до 39°C у 43 больных (79,6%) и продолжался от 3 сут. до 3 нед. (в среднем $8,7 \pm 3,4$ сут.). Осложнения наблюдали у 4 пациентов (7,4%). В основной группе частота рецидивов составила 18,5%, а в контрольной — 24,5%, но эта разница была статистически недостоверной ($P > 0,05$). Длительность безрецидивного периода в основной группе составила $34,8 \pm 16,8$ мес., а в контрольной $24,5 \pm 16,2$ мес. ($P > 0,05$). Статистически достоверных различий прямой пятилетней выживаемости в основной и контрольной группах выявлено не было (табл. 1).

Заключение. Выполнение предоперационной эмболизации почки позволяет отодвинуть сроки радикальной нефрэктомии у пациентов с выраженной сопутствующей патологией, не влияя при этом частоту рецидивов, длительность безрецидивного периода и показатели выживаемости больных.

НАБЛЮДЕНИЕ УСПЕШНОГО ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОАНЕВРИЗМЫ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ

Суворова Ю.В., Таразов П.Г., Польшалов В.Н.,
Сергеев В.И.
ФГУ Российский научный центр радиологии и
хирургических технологий, Санкт-Петербург, Россия.

Таблица 1. Распределение выживаемости больных в основной и контрольной группах ($P > 0,05$)

стадия	Выживаемость, лет																всего	
	1		2		3		4		5		6		7		8			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%		
Основная	53	98,1	48	88,9	41	75,9	38	70,4	34	62,9	33	61,1	32	59,3	28	51,8	54	100
Контроль	45	91,8	41	83,7	40	81,6	38	77,5	33	67,3	32	65,3	30	61,2	29	59,2	49	100

Цель. Продемонстрировать наблюдение успешного лечения посттравматической псевдоаневризмы печеночной артерии.

Описание наблюдения. Пациентка К., 70 лет, в октябре 2006 г. обратилась в стационар с жалобами на слабость, опоясывающие боли в эпигастриальной области, тошноту и рвоту. После проведенного обследования был установлен диагноз: острый панкреатит, желчекаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит. В результате консервативной терапии боли уменьшились, однако сохранялись слабость, частые приступы тошноты и рвоты.

Через год возобновились сильные опоясывающие боли, в рвотных массах появились сгустки крови (до 3 см) с желчью, отмечена иктеричность кожных покровов и склер. При повторной госпитализации по данным рентгенологического обследования и дуоденоскопии выявлено расширение внутрипеченочных желчных протоков и два образования в печени. С предположительным диагнозом опухоли печени пациентка в ноябре 2007 г. была госпитализирована на отделение хирургии ФГУ РНЦРХТ. При многофазной многослойной спиральной компьютерной томографии (КТ) и ультразвуковым исследованием (УЗИ) с цветным доплеровским картированием и энергетической доплерографией выявлены две псевдоаневризмы печеночной артерии с выраженным артериальным кровотоком. Причиной их возникновения могла послужить травма, полученная при дорожно-транспортном происшествии 41 год назад.

Прямое ангиографическое исследование подтвердило данные КТ и УЗИ. Выполнена эмболизация полостей псевдоаневризм микроспиральями. После проведенного лечения приступы болей, тошноты и рвоты исчезли и не повторялись в течение всего срока наблюдения (1,5 года). Контрольное ангиографическое обследование через 6 мес. подтвердило полное выключение псевдоаневризм из кровотока.

Заключение. Представленное наблюдение демонстрирует необходимость проведения тщательного рентгенологического обследования у пациентов с объемными образованиями печени. Эмболизация полости псевдоаневризмы является эффективным, безопасным и надежным методом лечения этой патологии.

РЕГИОНАРНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Таразов П.Г., Поликарпов А.А., Павловский А.В.,
Козлов А.В., Шачинов Е.Г.
ФГУ Российский научный центр радиологии и
хирургических технологий,
Санкт-Петербург, Россия.

Цель. Изучить результаты внутриартериальной терапии у больных раком поджелудочной железы.

Материал и методы. За период 1998-2010 г. лечебные рентгеноэндоваскулярные вмешательства выполнены у 85 больных с гистологически подтвержденным диагнозом аденокарциномы поджелудочной железы. По классификации TNM у пациентов имели место стадии опухоли T3-4N0-1M0 (без отдаленных метастазов), признанные нерезектабельными (n=77) или неоперабельными из-за сопутствующей патологии (n=8). Механическая желтуха, имевшаяся у 75 больных, была устранена с помощью хирургического билиодигестивного анастомоза, чрескожного дренирования или стентирования. В 90% наблюдений опухоль локализовалась в головке поджелудочной железы.

Артериальную химиоинфузию (ХИ, 38 больных) осуществляли в чревный ствол; вводили 1000 мг/м² гемцитабина (гемзара) за 40-60 мин; циклы повторяли каждые 4 нед. Химиоэмболизацию (ХЭ, 47 больных) артерий, питающих опухоль (в большинстве случаев гастродуоденальной артерии) выполняли масляной суспензией, состоящей из 500-1000 мг/м² гемзара и 3-5 мл липиодола; для профилактики панкреатита вводили в/в сандостатин в течение 3 сут и проводили инфузионную терапию. Процедуру повторяли также каждые 4 нед.

Результаты. Все процедуры были технически успешны.

Всего у 38 больных проведено 120 ХИ (от 1 до 5, в среднем 3,2); летальности и серьезных осложнений не было.

После 188 ХЭ (от 1 до 12, в среднем 4,0) у большинства из 47 пациентов наблюдались умеренные боли в животе, повышения температуры тела до 38,0°C и повышение уровней АСТ/АЛТ; эти симптомы купировались в течение 2-4 сут. У одного больного развился острый панкреатит, потребовавший хирургического вмешательства.

По данным компьютерной томографии, после первого цикла ХИ частичный ответ отмечен у 11 (29%), стабилизация у 10 (26%), прогрессирование опухоли у 17 больных (45%). После ХЭ полный ответ возник у двух (4%), частичный у 19 (40%), стабилизация у 12 (26%), прогрессирование у 14 пациентов (30%).

Ко времени анализа данных умерли 77 из 85 больных. Средняя продолжительность жизни в группах ХИ и ХЭ составила 6,5±1,7 и 14,9±3,2 мес соответственно (P<0,05). В группе ХИ показатели 1- и 3-летней выживаемости составили 9,1% и 3,0% (максимальная выживаемость 41 мес). После ХЭ показатели 1- и 3-летней выживаемости составили 27,3% и 11,4%; более 5 лет прожили два пациента (4,5%), максимальная выживаемость 7 лет 10 мес.

Заключение. ХЭ является методом паллиативного лечения, позволяющим продлить жизнь значительной части больных местнораспространенным раком поджелудочной железы.