

РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНЫХ И МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

Тациев Р.К., Югринов О.Г., Розумей Д.А.

Киевская медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика; Украинский НИИ онкологии и радиологии МЗ Украины, г. Киев

Диагностика и лечение первичных и метастатических опухолей печени является одной из наиболее сложных и актуальных проблем современной онкологии. Частота первичного рака печени в странах СНГ составляет 3-5% среди всех онкологических заболеваний [1, 2]. У 33% онкологических больных прогрессирование основного заболевания ведет к развитию метастатического поражения печени. Тяжесть течения этой патологии, неблагоприятный прогноз (средняя продолжительность жизни пациентов составляет 2-6 месяцев) требуют разработки эффективных схем лечения [2]. В настоящее время одним из ведущих методов лечения является селективная внутриартериальная терапия [3, 4, 5, 6].

Наиболее прогрессивной из существующих технологий селективной внутриартериальной химиотерапии является химиоэмболизация – одномоментное введение эмболизата в виде эмульсии, состоящей из липофильного контраста (йодолипол) и химиопрепарата. Практическим обоснованием применения химиоэмболизации является возможность создания долговременной ишемии и депонирование цитостатика в опухоли, нарушение ее питания и увеличение времени продолжительности его воздействия на злокачественные клетки. Ряд исследователей отмечают уменьшение размеров опухоли после химиоэмболизации, которое коррелируется с увеличением продолжительности жизни больных. При гистологическом исследовании установлено, что после химиоэмболизации на периферии вокруг опухоли наблюдались воспалительные и фиброзно-пролиферативные изменения, в опухоли – некроз, определялись единичные жизнеспособные опухолевые клетки, в паренхиме печени были единичные очаги некроза и инфаркты [7].

Опухолевое поражение печени было выявлено у 1300 пациентов. При ультразвуковом обследовании определяли число, величину, структуру опухолевых очагов, их топографию с учетом сегментарного строения органа, объем поражения печени. В дальнейшем выполняли направленную пункционную биопсию для морфологической верификации диагноза. Для уточнения степени распространенности опухоли предпринимали компьютерную томографию с внутривенным усилением, диагностическую ангиографию. Из общего числа больных рентгенохирургическое лечение проведено 27 больным первичным раком и 145 больным метастазами рака в печени: у 98 пациентов были опухоли прямой и ободочной кишки, у 30- рак молочной железы, у 17-рак желудка. У 51% больных объем печеночной ткани, замещенной опухолью, составлял от 25 до 50%, у 37% больных – от 50 до 75%, у 12%- до 25% поражения. Противопоказаниями к рентгенохирургическому лечению опухолевого поражения печени являлось нарушение проходимости нижней полой, воротной вен, наличие асцита, желтуха, выявленные метастазы в других органах, объем поражения печени выше 75%.

В процессе накопления опыта применяли различные методики рентгенохирургического лечения опухолей печени: длительная инфузия химиопрепаратов, эмболизация с введением полимерных композиций, металлических спиралей, микросфер. Данные методики оказались малозффективными, наряду с техническими трудностями наступало быстрое развитие коллатерального кровообращения (1-3 мес) и прогрессирование заболевания. Наиболее эффективной, на наш взгляд, является одномоментная селективная и суперселективная химиоэмболизация (ХЭ), выполненная у 88% больных. В зависимости от уровня установки катетера в сосудах были выполнены следующие виды ХЭ: однодолевая (12,8% случаев), двухдолевая (78,2%), сегментарная (9,0%). Для лечения применялись смесь адриабластина (40-50 мг/м²), платидиамы (50-60 мг/м²), 5-фторурацила (1-1,5 г/м²) с йодолиполом (5-10 мл), т.е. в качестве эмболизата использовали масляную суспензию цитостатиков. Состав эмболизата подбирали в зависимости от локализации первичной опухоли [8].

В постэмболизационном периоде у 73% больных наблюдалось повышение температуры до 38°, слабость, тошнота. Токсичность проведенной химиотерапии составила 0-2 балла по шкале ВОЗ. При анализе лабораторных данных через 1-2 суток после химиоэмболизации определялась тенденция к увеличению уровня лейкоцитов, а к 7-8 суткам - снижение лейкоцитов и количества лимфоцитов. Указанные изменения нормализовались через 20-26 дней. Наиболее выраженные токсические реакции наблюдались при включении в схему лечения препаратов платины. Для снижения уровня интоксикации части больным проводили инфузионную терапию с применением декстранов, кристаллоидов; они получали контрикал, сорбенты. Всем больным в постэмболизационном периоде назначали гепатопротекторы- эссенциале, карсил.

Данные ультразвукового исследования, компьютерной томографии, изученные в раннем послеоперационном периоде свидетельствовали о накоплении эмболизата в опухолевых очагах, появлении или расширении гипозоногенного «гало» вокруг опухоли (за счет деструкции периферической зоны). Через 10-15 дней определялось уменьшение ободка вокруг опухоли, повышение эхогенности исследуемых очагов. Через 1-3 месяца при контрольном ультразвуковом исследовании изучалась динамика процесса – регрессия, стабилизация или прогрессирование процесса. Наличие признаков прогрессирования болезни, повышение уровня опухолевых ассоциированных маркеров (АФП, РЭА), увеличение количества и размеров опухолевых узлов являлось показанием к повторной эмболизации. 31% больных проведены 2-4 кратные курсы терапии с интервалом 2-6 месяцев.

Средняя продолжительность жизни больных первичным раком печени составляет 8,4±1,3 мес, при этом объективный эффект получен у 39% пациентов. Средняя продолжительность жизни больных с метастазами

колоректального рака в печені составила $15,8 \pm 2,1$ мес. При этом в 9,8% случаев получена полная, в 23,2% - частичная регрессия опухоли, в 36,6% - стабилизация процесса, в 30,4% - прогрессирование болезни. Средняя продолжительность жизни больных с метастазами рака молочной железы в печени составила $8,9 \pm 1,6$ мес, при этом объективный эффект получен у 35% больных. Средняя продолжительность жизни больных с метастазами рака желудка в печени составила $9,2 \pm 1,8$ мес. Проведенное лечение значительно улучшает качество жизни больных: 62% после химиотерапии вели активный образ жизни, не нуждались в госпитализации, 28% - в состоянии себя обслуживать, чувствуют себя удовлетворительно, только 10% требуют ухода и лечения. Ос-

новной причиной смерти у 68% больных было развитие местного рецидива опухоли или генерализация опухолевого процесса. У 32% умерших были выраженные нарушения функции печени, которые сопровождались развитием механической желтухи, асцита.

Применение одномоментной избирательной химиоэмболизации при лечении злокачественных опухолей печени позволяет достичь высокой концентрации цитостатиков в опухоли, способствуют развитию некроза жизнеспособной паренхимы опухоли, расширяет возможности комбинированного лечения и достоверно увеличивает продолжительность жизни этой тяжелой категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Опухоли печени: Справочник по онкологии / Сост. Комов Д.В. Под ред. акад. РАМН Н.Н.Трапезниковой и проф. И.В.Поддубной.- М.: КАППА, 1996.- 297с.
2. Никишин Л.Ф., Яценко Л.Д., Альтман И.В. и др. Рентгеноэндovasкулярная хирургия злокачественных опухолей печени. В сб.«Нові технології ендovasкулярної хірургії. Інтервенційна радіологія в онкології, гепатології та гематології». Пленум Ради Асоціації ендovasкулярної хірургії та інтервенційної радіології, Київ, 1999, С.140-143.
3. Шалимов С.А., Яценко Л.Д., Литвиненко А.А., Кейсевич Л.В. Организация лечебной помощи неоперабельным больным злокачественными опухолями органов брюшной полости. В сб.«Рак в Україні: епідеміологічні та організаційні аспекти проблеми». Науково-практична конференція, Київ, 1-3 жовтня 1997р., С.81-83.
4. Гранов А.М., Таразов П.Г., Гранов Д.А. Лечение первичного и метастатического рака печени //Анналы хирургической гепатологии.- Москва: Наука.- 1996.- т.1.- С.30-37.
5. Arai Y., Endo T., Miyake Y., Kido C. Requirements for the randomized trial of intraarterial and intravenous administration to reveal the impact of hepatic arterial infusion on survival in the treatment of liver metastases// Gan To Kajaku Ryoho.- 1990.- vol.17.- №8.- P.1674-1677.
6. Ташчиев Р.К., Мясоедов Д.В., Никишин Л.Ф., Югринов О.Г. Эндovasкулярная хирургия в лечении новообразований печени // Труды Всесоюзной научной конф. «Рентгеноэндovasкулярная хирургия в онкологии».- Ленинград.- 1991.- С.21-23.
7. Chemoembolization/ Wailace Sidney // 4 Int. Conf. Adv. Reg. Cancer Therapy:ICRCT'89, Berchtesgaden, June 5-7,1989: Abstr.-Trostberg.-1989.-P.117-118.
8. Медикаментозное лечение онкологических больных/ Соляник Г.И., Кулик Г.И., Розумей Д.А., Югринов О.Г.- Киев.- 1999.-347с.

РЕЗЮМЕ

РЕНТГЕНОХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННИХ ТА МЕТАСТАТИЧНИХ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ПЕЧІНКИ

Ташчєв Р.Л., Югрїнов О.Т., Розумєй Д.А.

Проведено обстеження 1300 пацієнтів з пухлинним враженням печінки. Для рентгенохірургічного лікування відібрано 27 хворих первинним раком печінки і 145 хворих метастазами рака в печінку. Найбільш ефективним для лікування цієї категорії пацієнтів є одномоментна селективна хіміоемболізація із застосуванням адриабластину, платідіаму,

5-фторурацилу. Середня тривалість життя хворих первинним раком печінки після хіміоемболізації складає 8,4 місяців; хворих з метастазами колоректального рака в печінку – 15,8 місяців; с метастазами пухлин інших локалізацій – 8,9-9,2 місяців.

SUMMARY

ROENTGENOSURGICAL TREATMENT OF PRIMARY AND METASTATIC MALIGNANT LIVER TUMOURS

R.K. Tashchiev, O.T.Yugrinov, D.A. Rozumei

The investigation of 1300 patients with neoplastic liver affect was carried out. 27 patients with primary liver tumor and 145 patients with cancer metastases to the liver was chosen for the roentgenosurgical treatment. The most effective for therapy of this category of patients is simultaneous selective chemoembolization with application by adriablastin, platidiam,

5-fluorouracil. The average life duration of the patients with primary liver cancer after chemoembolization is 8,4 month; of the patients with colorectal cancer metastases to the liver – 15,8 month, with metastases of tumors of other localizations – 8,9-9,2 months.