

ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ В ПЕЧЕНИ

Троицкий И.Л., Конев В.Г., Шудрак А.А., Гулярь П.С., Цвигун Г.В.

Главный Военный Клинический Госпиталь МО Украины

Лечение больных злокачественными образованиями печени является одной из наиболее сложных проблем современной онкологии. В Киеве около 25 тыс. онкологических больных. Первичное и метастатическое поражение печени наблюдается у 30% обследуемых пациентов. В процессе лечения и дальнейшего двухлетнего наблюдения метастазы выявляются еще у 30-40% пациентов [1, 3, 6].

По данным литературы и собственным наблюдениям развитие очага в печени с удвоением его объема происходит за 3-4 недели. В эти же сроки происходит количественное увеличение очагов [2]. Начинает проявляться синдром умеренной интоксикации – снижается аппетит, нарушается моторика кишечника, нарастает слабость, появляется неустойчивая температура с гектическими подъемами, изредка наблюдаются боли в правом подреберье. Тошнота и рвота редки. Изменения в печени регистрируются только в случае ее объемного увеличения, выступления ее края из под реберной дуги, наличия пальпируемого узла. Изменения в крови при

лабораторных исследованиях незначительные и не имеют четко выраженной клинической направленности. Анализ опухолевых маркеров проводится крайне редко.

Методики лечения очагового поражения печени ограничиваются хирургическим и химиотерапевтическим воздействием. Радикальная операция очагов в печени позволяет продлить жизнь менее чем 1% больных [1,3]. Криовоздействие более успешно в этой ситуации, но оно ограничено в строгих хирургических рамках и не всегда возможно достижение лечебного эффекта ко всем обнаруженным очагам [4]. Наиболее выразительные достижения в этой области достигла внутриаартериальная химиоэмболизация первичных опухолей и метастазов в печень, как по продолжительности стабилизации процесса, продолжительности жизни, так и по качеству жизни леченных больных (по шкале Карнофского) [3, 5, 6].

В ГВКГ этот метод применяется с 1996 г. За этот период проведена химиоэмболизация 37 пациентам, мужчинам, старше 60 лет, которым проведено 54 вмеша-

тельства (6 – двукратная эмболизация, 6 – трехкратная). У 3 больных диагностирован первичный рак печени, у 33 – метастазы в печень рака прямой и толстой кишок, у 1 – метастазы рака желудка. У всех больных с гепатоцеллюлярным раком печени наблюдали узлы более 5 см в диаметре, от 2 до 4 образований в правой доле. Из 34 больных с метастазами в печень солитарные очаги до 4 см в диаметре находили у 2-х, у остальных множественные очаги в обеих долях от 0,5 до 5 см в диаметре. Всем пациентам ранее проводилась радикальная операция удаления первичной опухоли. Все процессы верифицированы.

Методика суперселективной химиоэмболизации заключалась в катетеризации ветвей печеночной артерии чресбедерным доступом с введением в очаг или зону очагового поражения химиопрепаратов, смешанных с рентгеноконтрастными масляными веществами – майодил, йодлипол, этиотраст. Хорошо зарекомендовала себя смесь 2-6 мл 20% камфорного масла с добавлением рентгеноконтрастного препарата.

Количество вводимых препаратов зависит от объема поражения и физических параметров пациента и составляет 0,7-1,2 мг/кг адрибластина (фармарубицина, доксирубицина), 0,7-1,0 мг/кг препаратов платины, 0,12-0,15 мг/кг митомидина С (митолема), 0,6-0,8 мг/кг митоксантрона, 0,02-0,03 г/кг 5ФУ (фторафура).

Введение препаратов осуществлялось 20 мл шприцем, медленно, с перерывами. Смешивание препаратов в одном шприце не рекомендуется. Перед химиоэмболизацией вводили внутриаартериально 1 мл 1% димедрола или 40 мг (2 мл) преднизолона. Состояние паренхимы печени больных, узлов в ней, наблюдали ультразвуковым методом в первую, вторую, четвертую, восьмую и двенадцатую недели. Наиболее заметные изменения в узлах наступали, как правило, на второй неделе после химиоэмболизации, что выражалось в уменьшении объема очагов, более четкой визуализации, уменьшении

или исчезновении гидрофильных ободков вокруг очагов, появлении в паренхиме их плотных включений.

В результате проведенного лечения у всех пациентов достигнута временная стабилизация процесса различной длительности, но не менее двух месяцев, что выражалось в отсутствии появления новых и остановке роста старых очагов, снижении в значительной степени симптома интоксикации, явном улучшении качества жизни.

Замечена явная зависимость количества и объема очагового поражения и качества лечения. При 10% поражении паренхимы опухолевыми образованиями стабилизация процесса достигала 1 года и более при 1-2-кратной эмболизации. Чем больший процент поражения паренхимы – тем короче период стабилизации. Очаги более 6 см в диаметре находятся на грани распада, применение химиоэмболизации может провоцировать этот процесс.

Наиболее хорошие результаты показала полихимиотерапия с применением митоксантрона и митомидина С – препаратами тропными к гепатоцитам. Использование антрациклинов или производных пиримидина без митоксантрона и митомидина С дают значительно худшие результаты и хуже переносятся больными. Применение комплекса препаратов позволяет снизить общую дозу по каждому отдельно взятому препарату на 10-20%, не теряя общего терапевтического качества лечения.

Абсолютным противопоказанием к химиоэмболизации следует считать наличие симптомокомплекса – объем опухоли более 50% паренхимы печени, асцит (выраженный), наличие желтухи.

Метод суперселективной внутриаартериальной полихимиоэмболизации метастазов в печень и первичных опухолей печени является эффективным способом стабилизации опухолевых процессов, улучшает качество жизни больного на период лечения, продлевает жизнь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ширлей С., Янг Т., Таш Шинг Шу / Опухоли в печени. // В журн. Радионуклидная медицина – печень, селезенка. - под ред. Ресфельда В. - Филадельфия. - 1980 г. - С.123-132.
2. Сакураи М., Окамура Д., Курода С. / Эффективность транскатетерной хемоземболизации при заболевании гепатоцеллюлярной карциномой. Гистопатологические стадии. // Cancer, 1984 г. - вып.54. - №3. - С.387-392.
3. Мейза Жерзи / Метастазы рака толстой кишки в печень. Современные возможности лечения // Онкология, -1990. - вып.40. - №1. - С.21-26.
4. Мясоедов Д.В., Тащив Р.К., Никишин Л.Ф. / Способы усиления эффекта криодеструкции опухолей печени. // Междунар. науч. конф. - Наука и производство – здравоохранению. // Киев. - 8-11 Окт. 1990 г. - С.21-22.
5. Йонемура Йютака / Многовариантный анализ результатов лечения больных раком желудка с метастазами в печень. // Японский журнал рака и химиотерапии. - 1990 г. - вып.17. - №10. - С.2063-2069.
6. Вагман Л.Д. / Перспективное рандомизированное изучение результатов лечения больных с метастазами рака толстой и прямой кишок в печень. // Журнал клинической онкологии. - 1990. - вып.8. - №11. - С.1885-1893.

РЕЗЮМЕ

ХІМІОЕМБОЛІЗАЦІЯ ЗЛОЯКІСНИХ УТВОРЕНЬ В ПЕЧІНЦІ

Троїцький І.Л., Конєв В.Г., Шудрак А.А., Гуляр П.С., Цвигун Г.В.

Нами застосовується з 1996 року метод суперселективної внутрішньоартеріальної поліхіміоемболізації первинних пухлин і метастазів у печінку, який виявився найбільш ефективним способом як за тривалістю стабілізації процесу, тривалості життя, так і за якістю життя лікованих хворих (за шкалою Карнофського).

SUMMARY

CHEMIOEMBOLIZATION OF MALIGNANT FORMATIONS A LIVER

I.L. Troitsky, V.G. Koniev, A.A.Shudrak., P.S. Guliar, G.V. Tsvigun

From 1996 we have been applying the method of superselective intraarterial polychemoembolization of metastases in liver and primary tumours of liver. The method is an effective means of stabilization of tumour processes, improvement of the quality of patient's life on the period of treatment and prolongates his life.