

Воздвиженский М.О., Савенков В.Г., Фролов С.А.

МУЛЬТИМОДАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНО НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ: 5 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЙ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», г. Самара

Актуальность. Колоректальный рак (КРР) является 3-й причиной смерти от онкологических заболеваний в мире. У 25% больных КРР выявляется в IV стадии – определяются синхронные печеночные метастазы, при этом у 50% пациентов в течении болезни также развиваются метастазы в печень. Около 85% этих больных имеют первично нерезектабельные метастазы.

Цель исследования – улучшить результаты лечения пациентов с первично нерезектабельными метастазами колоректального рака в печени.

Материал и методы. В ретроспективный анализ были включены данные 134 пациентов с первично нерезектабельными метастазами, которые получили мультимодальное лечение в Самарском областном клиническом диспансере в 2008–2013 гг. План лечения каждого больного разрабатывался рабочей группой в составе онкохирурга-гепатолога, химиотерапевта, интервенционного радиолога, лучевого диагноста и патологоанатома. Решение о выполнении резекции печени (\pm радиочастотная абляция – РЧА) принималось группой в случае ответа опухоли на конверсионную химиотерапию до возможности выполнения операции R0.

Всем пациентам провели 3–4 курса неoadъювантной химиотерапии и внутриартериальной химиоэмболизации (ХЭПА) – у 11 больных (в среднем по 2 курса), после чего выполнили резекцию печени, при этом после ХТ и ХЭПА резекцию удалось выполнить 52 (38,8 %) пациентам. У 73 (54,5 %) пациентов с билобарным поражением резекцию печени сочетали с РЧА. После резекции печени всем пациентам провели по 4 курса адъювантной химиотерапии (FOLFOX, FOLFIRI). В случае первичной недостаточности остаточного объема печеночной паренхимы выполняли эмболизацию одной из ветвей воротной вены с последующей двухэтапной резекцией у 9 (6,7%) пациентов.

Результаты. Среднее количество метастазов на момент диагноза составило 4,9 (1–16), средний максимальный размер – 4,8 (2–19) см. Пациенты получили от 3 до 9 (в среднем 4) курсов неoadъювантной химиотерапии (FOLFOX, FOLFIRI), ХЭЛА выполнена у 11 пациентов. Оперативное вмешательство выполняли сразу же при достижении резектабельности. У большинства (91,4%) пациентов была выполнена сочетанная правосторонняя, у 9,6% – левосторонняя гемигепатэктомия. Операции выполнялись по смешанному варианту: анатомическая гемигепат-эктомия, которая сочеталась с атипичной резекцией или анатомической сегментэктомией в контрлатеральной доле. У 73 (54,5%) больных резекцию печени сочетали с

РЧА метастазов в контрлатеральной доле.

Двухэтапную резекцию печени выполнили у 9 из 134 пациентов. Перед первой резекцией была выполнена эмболизация правой ветви воротной вены. Через 2–3 нед выполняли КТ для оценки степени гипертрофии левой доли печени и принималось решение о возможности операции. В 8 случаях выполнили правостороннюю гемигепатэктомия с расширенной лимфодиссекцией в бассейне чревного ствола, общей печеночной артерии и печеночно-двенадцатиперстной связки. Затем, через 4–6 нед выполняли вторую резекцию, включавшую в себя в разных случаях удаление IV сегмента и/или РЧА метастатических узлов в IVa, IVb, II, III и I сегментах.

В раннем послеоперационном периоде отмечено 38,1% ($n = 51$) осложнений (экссудативный плеврит, тромбоз глубоких вен, длительная лимфоррея, нагноение послеоперационной раны, внутрибрюшной абсцесс и др.). Послеоперационная летальность составила 6,7% ($n = 9$). Причинами ее стали печеночная недостаточность ($n = 6$), острая сердечно-сосудистая недостаточность ($n = 3$).

3- и 5-летняя выживаемость составили 51 и 37,1% соответственно. При этом медиана выживаемости достигла 41 мес.

Заключение. Таким образом, наши исследования показали, что мультимодальный подход в лечении пациентов с первично нерезектабельными печеночными метастазами колоректального рака увеличил 5-летнюю выживаемость до 37,1%, при этом безрецидивная выживаемость составила 26,9%.

^{1,2}*Воробьев Н.А., ¹Андреев Г.И., ¹Калесник А.М., ¹Зубаткина И.С., ¹Любинский А.И., ¹Кубасов А.В.*

РАННИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ

¹ООО «Лечебно-диагностический центр международного института биологических систем», г. Санкт-Петербург; ²ГБОУ ВПО «Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Лучевая терапия является неотъемлемой составляющей лечения злокачественных опухолей и активно применяется в комбинации с хирургическими методами или химиотерапией, однако редко используется в качестве самостоятельного вида терапии. В последние годы благодаря разработке нового оборудования появилась возможность максимально точно подводить высокие дозы излучения, одновременно снизив лучевую нагрузку на здоровые ткани. Этот метод получил название «стереотаксическая лучевая терапия» (СтЛТ). Эффективность облучения также удалось повысить благодаря использованию новых режимов фракционирования.

Цель исследования – оценка ранних показателей эффективности и токсичности СтЛТ в режиме

гипофракционирования на аппарате Кибернож у пациентов с метастатическим поражением печени.

Материал и методы. В исследование включены 19 пациентов, проходивших лечение в период с мая 2012 г. по май 2014 г. Наибольшее количество составляли пациенты, страдающие колоректальным раком (11 пациентов). Также в исследование вошли пациенты с метастазами рака легкого ($n = 2$), молочной железы ($n = 2$), поджелудочной железы ($n = 1$), желудка ($n = 1$), яичников ($n = 1$), надпочечника ($n = 1$). Всего облучению подверглись 26 метастатических очагов. Лечение осуществлялось с применением роботизированной системы Кибернож в режиме гипофракционирования (3 фракции по 15 Гр). Предписанная доза излучения составила 45 Гр. На этапе предлучевой подготовки изготавливался индивидуальный фиксирующий матрас, выполнялись КТ- и МРТ-исследования. С целью слежения за смещениями мишени при дыхании использовались рентгенконтрастные маркеры, имплантируемые в ткань печени за 14 дней до начала лечения. Оценка эффекта проводилась с применением критериев RECIST. Контрольные исследования (КТ, МРТ) выполнялись через 1 мес после лечения и затем 1 раз в 3 мес.

Результаты. Медиана наблюдения составила 18 мес (от 2 до 29). Средний объем облучаемого очага составил 82 см^3 (от 4 до 390 см^3). В первые 6 мес после облучения локальный контроль (стабилизация или уменьшение размеров опухоли, по данным КТ/МРТ) был отмечен у всех пациентов. Показатели локального контроля через 1 и через 2 года после облучения составили 95 и 89% соответственно.

Наиболее частыми ранними осложнениями были тошнота I–II степени (73%), повышение уровня печеночных ферментов (68%), болевой синдром (26%). Нежелательных явлений III–IV степени на протяжении всего периода наблюдения отмечено не было.

Полученные результаты свидетельствуют об эффективности метода с точки зрения локального контроля над облучаемым очагом при хорошей переносимости и низкой частоте побочных эффектов.

Гранов Д.А., Боровик В.В., Жеребцов Ф.К., Поликарпов А.А., Майстренко Д.Н., Руткин И.О.

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПРИ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Цель исследования – представить результаты трансплантации в лечении больных с новообразованиями печени различной этиологии.

Материал и методы. С 1998 по 2014 г. в РНЦРХТ выполнены 139 ортотопических трансплантаций печени (ОТП), из них по поводу новообразований 13 (9%). У 11 пациентов ОТП выполнялась в связи со злокачественными опухолями: холангиокарцинома – 1, гемангиоэндотелиома – 1, гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) на фоне цирроза вирусной этиологии – 8, фиброламеллярная форма рака – 1. В двух наблюдениях показаниями к пересадке послужили

гамартома и множественные аденомы с тотальным замещением паренхимы органа.

С целью локального контроля опухолевого роста у 10 пациентов в листе ожидания выполнялась суперселективная или подолевая масляная химиоэмболизация печеночной артерии (МХЭПА) суспензией доксорубина (20–60 мг) и липиодола (5–10 мл) с окклюзией питающих артерий гемостатической губкой. Число процедур МХЭПА варьировало от 1 до 5.

У 3 больных в последующем выполнили радиочастотную абляцию (РЧА) очага в печени.

Сроки нахождения в листе ожидания составили от 2 до 13 мес.

Результаты. В настоящее время живы 9 пациентов в сроки от 1 до 180 мес. Среди реципиентов со злокачественными новообразованиями печени после трансплантации в двух наблюдениях отмечено прогрессирование гепатоцеллюлярной карциномы – метастазы в легкие и внутрибрюшной рецидив, что потребовало проведения системной химиотерапии и повторных операций по удалению опухоли соответственно.

Реципиент с холангиокарциномой умер через 2 мес после ОТП от сепсиса. Пациент с ГЦК, перенесший до ОТП 3 курса МХЭПА со значимым уменьшением трех опухолевых узлов до размеров 3 см, умер через 4 мес после пересадки от рецидива в трансплантате. Неадекватный кровоток по печеночной артерии с развитием некротического холангита привел к смерти 1 больного через 8 мес после ОТП, признаков возврата заболевания не было. Пациентка с фиброламеллярной многоузловой формой рака печени, перенесшая 5 МХЭПА в течение 8 мес до ОТП, умерла через 19 мес вследствие генерализации опухолевого процесса. Гистологическое исследование удаленной печени после МХЭПА показало уменьшение размеров опухоли в 8 наблюдениях, а при дополнении РЧА имелся суб- и тотальный некроз узлов.

Заключение. ОТП является адекватным методом лечения больных со злокачественными новообразованиями печени на фоне цирроза (в пределах Миланских критериев). МХЭПА замедляет прогрессирование ГЦК у пациентов, находящихся в листе ожидания. При невозможности проведения оперативного лечения при доброкачественных новообразованиях печени ОТП позволяет достичь наилучших отдаленных результатов

¹Дарвин В.В., ¹Онищенко С.В., ¹Лысак М.М., ²Краснов Е.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ: ОЦЕНКА БЛИЖАЙШИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет Ханты-Мансийского автономного округа – Югры»; ²БУ ХМАО – Югры «Сургутская окружная клиническая больница», г. Сургут