

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

¹ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет Ханты-Мансийского автономного округа – Югры»; ²БУ ХМАО – Югры «Сургутская окружная клиническая больница», г. Сургут