

Лечение механической желтухи при метастатическом поражении печени с применением внутриартериальной химиотерапии

На базе Донецкого областного противоопухолевого центра (руководитель – академик Национальной академии медицинских наук Украины, доктор медицинских наук, профессор Григорий Васильевич Бондарь) разработаны эффективные методы лечения больных с применением внутриартериальной химиотерапии при запущенных стадиях онкологических заболеваний. Представляем вниманию читателей клинический случай успешного применения внутриартериальной химиотерапии при метастатическом поражении печени.

26.05.2009 г. пациент И., 67 лет, обратился в Донецкий областной противоопухолевый центр с жалобами на приступообразную боль в правом подреберье, желтизну кожи, кожный зуд. Кроме того, больной отметил выраженную потерю массы тела, за последние 6 мес составившую 9 кг; вес при поступлении – 71 кг при росте 176 см.

Объективный осмотр: общее состояние средней тяжести, АД 130/80 мм рт. ст., ЧСС 94 уд/мин. Периферические лимфатические узлы не пальпировались. Живот болезненный в правом подреберье, печень увеличена (нижний край пальпировали на 6 см ниже края реберной дуги). Почки и селезенка не пальпировались. Моча темная.

Данные лабораторных и инструментальных исследований. Общий анализ крови: гемоглобин – 112 г/л, эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – 8×10^9 /л, цветовой показатель – 91, тромбоциты – 215×10^9 /л, СОЭ – 31 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок – 71 г/л, мочевины – 6,9 ммоль/л, креатинин – 76 мкмоль/л. Билирубин общий – 215 мкмоль/л, билирубин прямой – 184 мкмоль/л. При проведении электрокардиографии и рентгенологического исследования органов грудной клетки патологических признаков не обнаружено.

При ультразвуковом исследовании (УЗИ) органов брюшной полости выявлены признаки обтурации желчных протоков (на уровне слияния правого и левого долевых). При компьютерной томографии (КТ) органов брюшной полости выявлены очаги метастатического поражения в области ворот печени, расширение внутрипеченочных желчных протоков (рис. 1).

По результатам обследования был установлен **диагноз:** метастазы колоректального рака в печени с механической желтухой.

Лечение. 28.05.2009 г. состоялся консилиум в составе академика НАМН Украины Г.В. Бондаря, члена-корреспондента НАМН Украины, доктора медицинских наук, профессора Ю.В. Думанского, доктора медицинских наук, профессора В.Х. Башеева и доктора медицинских наук, профессора И.Е. Седакова, на котором было принято решение о проведении двухэтапного комбинированного лечения. На первом этапе больному проведены чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков под контролем УЗИ, а также интенсивная инфузионная дезинтоксикационная терапия до нормализации биохимических показателей. Результаты биохимического анализа крови после проведенного лечения:

билирубин общий – 29 мкмоль/л, билирубин прямой – 16 мкмоль/л.

18.06.2009 г. на втором этапе комбинированного лечения пациенту выполнено хирургическое вмешательство: катетеризация собственной печеночной артерии через правую желудочно-сальниковую артерию по оригинальной методике, разработанной на базе Донецкого областного противоопухолевого центра. Ближайший послеоперационный период протекал без осложнений.

Далее больному проведено три курса внутриартериальной полихимиотерапии (фторурацил + оксалиплатин). Введение осуществлялось по схеме: один препарат – один день, при этом дозировка фторурацила достигала 500 мг в сутки, оксалиплатина – до 25 мг в сутки.

По завершении первого курса полихимиотерапии пациенту проведено комплексное обследование. По данным УЗИ, КТ и контрольной холангиографии выявлена реканализация холедоха (рис. 2). Далее больному проведено еще три курса внутриартериальной полихимиотерапии с выраженным положительным эффектом. 11.12.2009 г. был удален дренаж из холедоха. В настоящее время пациент находится под динамическим наблюдением.

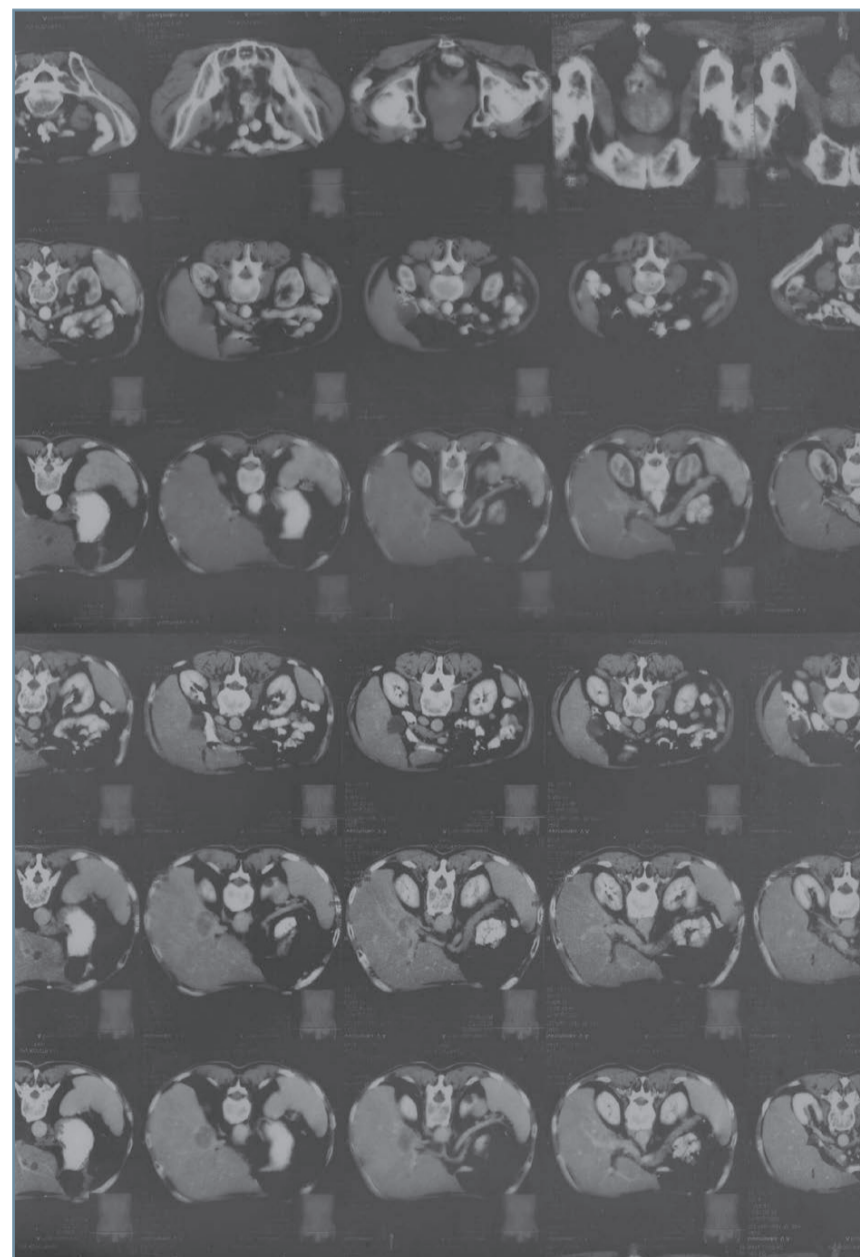


Рис. 1. КТ органов брюшной полости. Метастатическое поражение ворот печени

Для справки

Метастатические злокачественные опухоли печени гораздо более распространены, чем первичные новообразования печени; они часто являются первым проявлением первичного рака желудочно-кишечного тракта, грудной железы, легкого и поджелудочной железы. В европейских странах при некоторых локализациях онкологического процесса (поджелудочная железа, меланома и др.) до 90% всех опухолей печени являются метастатическими. Первые симптомы метастатического поражения печени обычно неспецифичны (например, потеря веса, анорексия), однако в некоторых случаях аналогичны таковым при первичном раке. Сопутствующее опухолевое обсеменение брюшины может приводить к развитию асцита, но желтуха при этом, как правило, отсутствует или слабо выражена, если новообразование не вызвало обструкции желчевыводящих путей. При определенных локализациях метастазов происходит нарушение оттока желчи, что, в свою очередь, провоцирует развитие прогрессирующей желтухи и печеночной энцефалопатии.

В зависимости от характеристик первичной опухоли проведение системной полихимиотерапии в небольшом проценте случаев может уменьшить размеры опухоли и увеличить продолжительность жизни пациента, однако данное лечение является паллиативным. В случае применения внутриартериальной химиотерапии можно достичь аналогичных результатов при меньшем количестве и меньшей выраженности побочных эффектов.



Рис. 2. Контрастная холецистохолангиография. Контраст проходит в двенадцатиперстную кишку

Таким образом, специфика проведенного лечения состояла в использовании оригинальной методики, разработанной на базе Донецкого областного противоопухолевого центра. В частности, у больного с механической желтухой было осуществлено внутриартериальное введение химиопрепаратов, которое обеспечило редукцию метастазов в печени непосредственно после лечения, имело хорошую переносимость. Проведенная терапия отличалась высокой эффективностью и малой травматичностью, что позволило пациенту сохранить высокое качество жизни.

Подготовила Катерина Котенко