

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С МЕТАСТАТИЧЕСКИМИ НЕОПЕРАБЕЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПЕЧЕНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ В СОЧЕТАНИИ С РЕГИОНАРНОЙ ХИМИОТЕРАПИЕЙ И ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЕЙ

Юлия Андреевна Шаврина*

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж, Россия;
Тамбовская центральная районная больница, с. Покрово-Пригородное, Россия

Поступила 06.10.2016; принята в печать 06.12.2016.

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2017-446

Статья посвящена клиническому наблюдению за лечением пациента с метастатическими неоперабельными опухолями печени. Вне зависимости от первичной локализации опухоли практически у каждого третьего онкологического больного выявляют метастазы в печень. Единственным радикальным методом лечения первичного и метастатического рака печени, позволяющим добиться длительной выживаемости, остаётся резекция органа, однако наиболее часто диагностируют множественное метастатическое поражение печени. При такой распространённости процесса показано проведение расширенных резекций печени, которые сопровождаются высокой частотой осложнений и летальности. Всё это заставляет хирургов использовать новые виды малоинвазивного, органосохраняющего лечения больных с первичными и вторичными образованиями в печени. Данное наблюдение служит примером эффективного использования радиочастотной абляции в различной её последовательности с регионарной химиотерапией и химиоэмболизацией печёночной артерии в лечении пациента с аденокарциномой кишечника и метастазами в ткань печени. Пациенту проведено 6 курсов полихимиотерапии, 3 курса радиочастотной абляции и 5 курсов химиоинфузии в печёночную артерию и химиоэмболизации опухолевых сосудов в печени. Общая продолжительность жизни больного с момента выявления метастазов колоректального рака в печень составила 25 мес.

Ключевые слова: метастатическое поражение печени, аденокарцинома, радиочастотная термоабляция, химиоэмболизация.

A CLINICAL CASE OF THE TREATMENT OF A PATIENT WITH METASTATIC INOPERABLE LIVER CANCERS WITH THE USE OF RADIOFREQUENCY ABLATION COMBINED WITH REGIONAL CHEMOTHERAPY AND CHEMOEMBOLIZATION

Yu. A. Shavrina

Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko, Voronezh, Russia;

Tambov Central Regional Hospital, Pokrovo Prigorodnoe Rural Settlement, Russia

The article is devoted to the clinical case of the treatment of a patient with metastatic inoperable liver cancers. Regardless of primary tumor localization virtually every third cancer patient has hepatic metastases. The only radical method of the treatment of primary and metastatic liver cancer allowing to achieve long term survival is an organ resection but most frequently multiple liver metastases are diagnosed. In such spread of the process expanded liver resection is indicated accompanied by high rate of complications and mortality. All of this makes the surgeons use novel methods of minimally invasive organ-saving treatment for patients with primary and secondary liver neoplasms. Such case is an example of effective use of radiofrequency ablation in its different sequence with regional chemotherapy and chemoembolization of hepatic artery for the treatment of a patient with colon adenocarcinoma and hepatic metastases. The patient underwent 6 courses of polychemotherapy, 3 courses of radiofrequency ablation and 5 courses of hepatic artery chemoinfusions and chemoembolization of tumor vessels in the liver. Total patient's lifetime from the moment of detection of hepatic metastases from colorectal cancer was 25 months.

Keywords: hepatic metastases, adenocarcinoma, radiofrequency thermoablation, chemoembolization.

Заболеваемость и смертность от опухолевых заболеваний печени неуклонно растёт. Около 30% злокачественных новообразований метастазирует в печень, поэтому метастатическое поражение паренхимы печени встречается гораздо чаще, чем первичное. Продолжительность жизни больных при метастатическом поражении печени без специфического лечения колеблется от 6 до 18 мес [1, 2], медиана выживаемости составляет от 4,8 до 12 мес [2–5].

«Золотым стандартом» лечения больных злокачественными опухолями печени по сей день служит обширная резекция печени. Однако радикальное хирургическое вмешательство

удаётся выполнить лишь у 5–25% пациентов [6].

Это диктует необходимость постоянного поиска различных альтернативных методов терапии. В зависимости от особенностей первичной опухоли общая химиотерапия может уменьшить опухоль и продлить жизнь, но не приводит к выздоровлению. Лучевая терапия печени иногда снижает выраженность болевого синдрома при распространённых метастазах, но не увеличивает продолжительность жизни.

На сегодняшний момент к наиболее перспективным и эффективным методам терапии злокачественных опухолей относятся химиоэмболизация печёночных артерий и радиочастотная абляция. Адекватное их использование в ближайшем будущем составит достойную

конкуренцию оперативному вмешательству. Внедрение этих методов отвечает современным требованиям медицины: малотравматичность и эффективность.

В основу методики радиочастотной абляции положено нагревание опухоли до температуры 80–110 °С переменным током мощностью 50–90 Вт, что приводит к её коагуляционному некрозу. Радиочастотную абляцию проводят неоперабельным больным при условии, что максимальный диаметр узлов не превышает 4 см, в печени локализовано не более 5 очагов, у больного отсутствуют внепечёночные проявления опухолевого процесса, узлы расположены не ближе 2 см от воротной и/или печёночных вен.

При нерезектабельном раке печени также применяют химиоэмболизацию печёночной артерии, которая вызывает ишемическое повреждение опухоли.

Далее приведён клинический случай лечения метастатического поражения печени с использованием химиоэмболизации печёночных артерий и радиочастотной абляции.

Пациент Б., 1952 г.р., обратился за медицинской помощью в сентябре 2011 г.

Из анамнеза: считает себя больным с мая 2011 г., когда впервые появились и стали нарастать боли в левых отделах живота.

Обратился в поликлинику по месту жительства, обследован. По данным колоноскопии от 20.09.2011: заболевание сигмовидной кишки. 05.10.2011 произведены лапаротомия и резекция сигмовидной кишки с формированием сигмоидального анастомоза «конец в конец». Гистологическое заключение: умеренно дифференцированная аденокарцинома с прорастанием стенки до жировой клетчатки. На базе Дорожной клинической больницы г. Воронежа проведено 6 курсов адьювантной паллиативной химиотерапии по Мейо.

10.04.2013 поступил в Дорожную клиническую больницу с жалобами на боли и вздутие во всех отделах живота схваткообразного характера. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости выявлено метастатическое поражение печени. Проведена пункционная биопсия печени под ультразвуковым контролем. Гистологическое заключение: метастаз аденокарциномы в печень.

Компьютерная томография органов брюшной полости от 16.04.2013: очаговые образования печени в сегментах S3, S4 и S8 без чётких контуров размерами 25, 31 и 50 мм.

08.05.2013 и 22.08.2013 выполнено 2 сеанса радиочастотной абляции очагов печени.

Магнитно-резонансная томография печени от 25.09.2013: очаговые образования печени сохраняются с незначительной положительной динамикой, в S8 — 45 мм, в S4 — 25 мм, в S3 — 25 мм.

Позитронно-эмиссионная томография от 01.10.2013 (радиофармпрепарат, активность 480 мБк, ¹⁸F-фтордезоксиглюкоза): наличие специфической метаболической активности в

3 очагах сегментов печени; в S3 — 25 мм, в S4 — 25 мм, в S8 — 47 мм.

Для дальнейшего обследования и лечения направлен в Воронежский областной клинический онкологический диспансер, где 22.10.2013 проведены аортография, мезентерикография, возвратная портография, селективная ангиография и химиоинфузия в печёночную артерию (дисплатин 150 мг, 5-фторурацил 200 мг), химиоэмболизация правой печёночной артерии с липиодолом ультра-флюид. После контрольной компьютерной томографии отмечена чёткая локализация очагов в печени. Решено выполнить двухэтапное лечение: первый этап — радиочастотная термоабляция опухоли печени, второй этап — рентгенэндоваскулярное вмешательство.

Рентгеновская компьютерная томография органов брюшной полости от 31.10.2013: в паренхиме печени определяются объёмные образования размерами 48, 10 и 20 мм, без заметного накопления контраста.

15.11.2013 — радиочастотная термоабляция метастазов в сегменте S8 печени.

19.11.2013 — химиоэмболизация с использованием лекарственно-насыщенных микросфер (доксорубин 120 мг) в S8 и S4.

05.12.2013 — спиральная компьютерная томография печени, признаки метастазирования в печень после радиочастотной термоабляции и химиоэмболизации без заметного накопления контраста, положительная динамика.

Повторная химиоинфузия в печёночную артерию оксалиплатина (150 мг) и 5-фторурацила (1000 мг) + химиоэмболизация с использованием лекарственно-насыщенных микросфер проведены 13.02.2014 и 14.04.2014.

При рентгеновской компьютерной томографии с контрастированием от 03.06.2014 отмечена неоднородность паренхимы печени с участками пониженной плотности.

18.06.2015 пациент погиб в автокатастрофе.

Общая продолжительность жизни больного с момента выявления метастазов колоректального рака в печень составила 25 мес.

Настоящее наблюдение демонстрирует современные возможности комплексного лечения больных с метастатическими поражениями печени, особенно с использованием эндоваскулярных и радиочастотных вмешательств, которые сравнительно безопасны и эффективны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гранов Д.А., Таразов П.Г. *Рентгеноэндоваскулярные вмешательства в лечении злокачественных опухолей печени*. СПб.: Фолиант. 2002; 287 с. [Granov D.A., Tarazov P.G. *Rentgenoendovaskulyarnye vmeshatel'stva v lechenii zlokachestvennykh opukholey pecheni*. (Roentgenoendovascular interventions in the treatment of malignant liver tumors.) Saint Petersburg: Foliant. 2002; 287 p. (In Russ.)]

2. Патютко Ю.И. *Хирургическое лечение злокачественных опухолей печени*. М.: Практическая медицина. 2005; 312 с. [Patyutko Yu.I. *Khirurgicheskoe lechenie zlokachestvennykh opukholey pecheni*. М.: Практическая медицина. 2005; 312 с.]

lechenie zlokachestvennykh opukholey pecheni. (Surgical treatment of malignant liver tumors.) Moscow: Prakticheskaya meditsina. 2005; 312 p. (In Russ.)

3. Ismaili N. Treatment of colorectal liver metastases. *World J. Surg. Oncol.* 2011; 9: 154–158. DOI: 10.1186/1477-7819-9-154.

4. Luna-Perez P., Rodriguez-Coria D.F., Arroyo B., Gonzalez Macouzet J. The natural history of liver metastases from colorectal cancer. *Arch. Med. Res.* 1998; 29: 319–324. PMID: 9887550.

5. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злока-

чественных новообразований в России и странах СНГ в 2008 г. *Вестн. Рос. онкол. науч. центра им. Н.Н. Блохина РАМН.* 2009; (3): 11–13. [Davydov M.I., Aksel' E.M. Statistics of malignancies in Russia and the CIS countries in 2008. *Vestnik Rossiyskogo onkologicheskogo nauchnogo tsentra im. N.N. Blokhina RAMN.* 2009; (3): 11–13. (In Russ.)]

6. Jaeck D., Bachellier P., Guiguet M. et al. Longterm survival following resection of colorectal hepatic metastases: Association Francaise de Chirurgie. *Br. J. Surg.* 1997; 84: 977–980. DOI: 10.1002/bjs.1800840719.

УДК 616.936.1: 616-076.1: 616.91: 615.283.926

© 2017 Дьячковская П.С., Слепцова С.С.

ЗАВОЗНОЙ СЛУЧАЙ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

*Парасковья Семёновна Дьячковская, Снежана Спиридоновна Слепцова**

Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова, Медицинский институт, г. Якутск, Россия

Поступила 09.09.2016; принята в печать 20.12.2016.

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2017-448

Клиническое течение малярии зависит от вида возбудителя и иммунного статуса инфицированного. В диагностике значимую роль играет эпидемиологический анамнез. Тропическая малярия характеризуется тяжёлым течением с высокой летальностью, в связи с чем своевременное её распознавание имеет первостепенное значение для благополучного исхода болезни. Отсутствие настороженности медицинских работников в отношении малярии ввиду достаточного редких случаев заболевания в регионе может способствовать позднему выявлению и развитию тяжёлых, угрожающих жизни форм болезни. В России преимущественно регистрируют завезённые из эндемичных регионов случаи малярии. В Республике Саха (Якутия) малярия возникает спорадически. В настоящей публикации приведено описание случая тяжёлой формы завозной тропической малярии (из Доминиканской Республики).

Ключевые слова: тропическая малярия, лихорадка, диагностика, лечение.

AN IMPORTED CASE OF TROPICAL MALARIA IN THE REPUBLIC OF SAKHA (YAKUTIA)

P.S. D'yachkovskaja, S.S. Slepцова

North Eastern Federal University named after M.K. Ammosov, Medical Institute, Yakutsk, Russia

Clinical course of malaria depends on the type of a pathogen and immune status of the infected person. In the diagnosis the significant role is played by epidemiological anamnesis. Tropical malaria is characterized by severe course with high mortality, therefore its timely detection is of primary importance for favorable outcome. Absence of clinical suspicion of malaria due to fairly rare occurrence of the disease in the region may contribute to late detection and development of severe life threatening forms of the disease. In Russia predominantly malaria cases imported from endemic areas are registered. In the republic of Sakha (Yakutia) malaria occurs sporadically. In this publication description of a severe form of imported (from Dominican Republic) tropical malaria case is given.

Keywords: tropical malaria, fever, diagnosis, treatment.

Малярия — одна из ведущих причин заболеваемости и смертности во всём мире: ежегодно регистрируют более 200 млн случаев заболевания и около полумиллиона смертей [1–3]. Высокое глобальное бремя данной инфекции обусловлено уникальным жизненным циклом и эволюционным потенциалом возбудителя тропической малярии [1].

По данным Всемирной организации здравоохранения, в настоящее время малярия остаётся наиболее распространённой тропической болезнью в мире и серьёзной проблемой для здравоохранения стран Африки, Азии, Южной Америки. Из 6,58 млрд жителей Земного шара приблизительно половина (3,3 млрд) подвергаются риску заражения малярией, в том числе 1,23 млрд — высокому риску в развивающихся странах Африки, Юго-Восточной Азии и Латин-

ской Америки [4]. В Европу каждый год завозят около 9000 случаев малярии, причём показатель летальности от тропической малярии достигает 1,1%.

Тропическая малярия — одна из наиболее тяжёлых форм, характеризуется злокачественным течением, 98% летальных исходов малярии связано именно с этой формой болезни [5]. Особенности такого течения связаны с высокой инвазивностью *P. falciparum*, асинхронностью развития и скрытой шизогонией.

Возбудитель тропической малярии размножается очень быстро вследствие отсутствия избирательности при поражении эритроцитов. Повреждаются зрелые эритроциты и ретикулоциты, в то время как при других формах малярии — преимущественно ретикулоциты.

Асинхронность развития *P. falciparum* в эритроцитах обусловлена наличием нескольких генераций с разным временным окончанием

Адрес для переписки: sssleptsova@yandex.ru