

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

«НОВЕ В ХІРУРГІЇ РАКУ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ»

20–21 вересня 2017 р., Київ

Билиарная декомпрессия и сосудистые реконструкции в лечении опухолей панкреатодуоденальной зоны

Н.Н. Велигоцкий, С.Э. Арутюнов

*Харьковская медицинская академия
последипломного образования, Харьков, Украина*

Ведение. Выполнение панкреатодуоденальной резекции (ПДР) на высоте механической желтухи повышает риск развития послеоперационных осложнений до 25–40% и сопровождается высокой летальностью. Возможность выполнения радикальной ПДР (R0) при опухолях панкреатодуоденальной зоны (ПДЗ) нередко лимитирована местным распространением образования с инвазией в магистральные сосуды.

Цель. Разработка алгоритма лечения больных с опухолями ПДЗ с применением методик билиарной декомпрессии и сосудистой реконструкции.

Объект и методы. ПДР выполнена у 265 больных с опухолями ПДЗ. Предварительная билиарная декомпрессия применена у 45 (17,0%) больных с механической желтухой (билирубин >250 мкмоль/л). Сосудистые венозные реконструкции выполнены у 14 (5,3%) пациентов. Применены инструментальные методы исследования: ультразвуковое исследование, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, мультидетекторная компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, использован ангиограф «Integris Allura 12С» фирмы Philips. Для билиарной декомпрессии применены: эндоскопическое стентирование, чрескожное чреспеченочное холангиодренирование, различные варианты холецистостомии, билиодигестивные анастомозы.

Результаты. Среди методов билиарной декомпрессии преимущественно применены миниинвазивные методики. Эндоскопическое стентирование выполнено у 16 (35,6%), чрескожное чреспеченочное холангиодренирование — у 7 (15,6%), холецистостомия (чрескожная чреспеченочная, контактная, видеолaparоскопическая) — у 8 (17,8%) больных. У 14 (33,3%) пациентов производились билиодигестивные анастомозы. Гепатикоюноанастомоз выполнен у 6 (42,9%), холецистоюноанастомоз — у 7 (50,0%), холедоходуоденоанастомоз — у 1 (7,1%)

пациента. Осложнения после миниинвазивных методов декомпрессии развились у 3 (9,7%) больных: у 1 (3,2%) — после эндоскопического стентирования возникла клиническая картина острого холецистита, купированного консервативной терапией. У 1 (3,2%) больного после чрескожного чреспеченочного холангиодренирования развилась надпеченочная биллома, у 1 (3,2%) больного после холецистостомии, выполненной под контролем ультразвукового исследования (УЗИ), выявлена подпеченочная биллома — произведено дренирование билмом под УЗИ-контролем с хорошим результатом.

Выполнены следующие венозные резекции: резекция верхнебрыжеечной вены — у 4 (27,3%), линейная (тангенциальная) резекция воротной вены — у 8 (63,6%), циркулярная резекция воротной вены — у 2 (9,1%) больных. При линейной резекции воротной вены протяженность составляла 2,0–4,0 см, при циркулярной резекции воротной вены выполнен анастомоз «конец в конец». Осложнения наблюдались у 2 больных: у 1 (0,5%) — некроз стенки желчного пузыря с развитием подпеченочной билломы и желчно-кишечного свища, у 1 (0,5%) — тромбоз воротной вены.

Выводы. Эндоскопическое стентирование и чрескожное чреспеченочное холангиодренирование являются оптимальными миниинвазивными методами билиарной декомпрессии при опухолях ПДЗ. Выполнение сосудистой реконструкции при инвазии опухоли в магистральные сосуды позволяет провести ПДР (R0) и улучшить отдаленные результаты лечения.

Диференційований вибір схеми хіміотерапії для внутрішньочеревної інтраперитонеальної гіпертермічної хіміоперфузії у комбінованому лікуванні раку шлунка

В.Є. Максимовський, А.О. Мащук, С.Г. Четверіков, Д.М. Осадчий, С.О. Заволока, В.В. Пирогов

Центр реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка) Одеського національного медичного університету, Україна

Вступ. Рак шлунка (РШ) посідає четверте місце за захворюваністю та друге

за смертністю серед онкологічних захворювань у світі. За даними різних авторів, на етапі обстеження майже у 40% хворих виявляють канцероматоз черевної порожнини, що значно погіршує прогноз.

Достовірно кращих результатів у лікуванні РШ, ускладненого канцероматозом черевної порожнини, досягнуто комбінованими методами, такими як циторедуктивна хірургія у поєднанні з внутрішньочеревною гіпертермічною хіміоперфузією (ВЧГТХП). Проте вибір хіміотерапії для ВЧГТХП базується передусім на результатах емпіричних досліджень.

Відомо, що експресія клітинами пухлини рецептора HER2 асоційована з резистентністю до препаратів платини. У носіїв мутації *BRCA1* гену пухлинні клітини РШ чутливі до таксанів. Виконуючи дослідження, ми припускали, що дані, отримані *in vitro* та *in vivo* для підбору препаратів для системної хіміотерапії, дозволять досягти кращої відповіді при застосуванні ВЧГТХП.

Перед дослідженням поставлено завдання дослідити ефективність селективного підбору хіміопрепаратів для проведення ВЧГТХП.

Об'єкт і методи. Для дослідження відібрано 10 пацієнтів із верифікованим РШ. У групі пацієнтів з резектабельними пухлинами (n=5; 50%) виконували субтотальну або тотальну гастректомію, лімфаденектомію D2 з наступною реконструкцією. Другим етапом втручання була селективна перитонектомія. Завершували втручання проведенням ВЧГТХП протягом 60–0 хв при температурі 41–42 °С.

Пацієнтам із протипоказаннями до циторедукції (n=5; 50%) виконували лише паліативну ВЧГТХП. Схему препаратів для ВЧГТХП обирали за результатами ПЛР-дослідження мутацій гена — супресора пухлинного росту *BRCA1* клітин венозної крові або букального зіскрібка; імуногістохімічного виявлення рецептора епідермального фактора росту HER2 клітин пухлини (біопат пухлини з процедури ЕФГДС, гістологічний матеріал попередніх операцій, центрифугат асцитичної рідини). Застосовані такі схеми хіміотерапії: для позитивної мутації *BRCA1* та/або позитивної експресії HER2 — паклітаксел 175 мг/м² та мітоміцин С 15 мг/м² (n=4; 40%); для негативної мутації *BRCA1* та негативної експресії

HER2 — цисплатин 100 мг/м² та мітоміцин С 15 мг/м² (n=6; 60%).

Результати. За результатами проведеного лікування у групі пацієнтів із циторедукцією та ВЧГТХП один пацієнт помер у ранній післяопераційний період через неспроможність езофагоєюнального анастомозу (n=1; 20%). Прогресія спостерігається у 3 (60%) пацієнтів, у 2 хворих досягнуто часткової регресії та стабілізації. У групі пацієнтів, що пройшли паліативну ВЧГТХП, не було серйозних ускладнень. Віддалене спостереження триває, у всіх пацієнтів відмічається зменшення пухлинного асцити незважаючи на прогресію захворювання.

Висновки. Запропонований метод диференційованого вибору комбінації протипухлинних препаратів для ВЧГТХП з урахуванням індивідуальної хіміочутливості пухлини дозволить персоналізувати комбіноване лікування при РШ, досягти тривалішої регресії та стабілізації пухлинного процесу, зменшити прояви метастатичного асцити.

Лечение метастазов колоректального рака в печени с применением криовоздействия и криоаутовакцинации

Р.К. Тащев

*Национальная медицинская академия
последипломного образования
имени П.Л. Шупика, Киев, Украина*

Ведение. Гематогенные метастазы в печени при колоректальном раке (КРР) выявляют примерно у половины больных. Продолжительность жизни при симптоматическом лечении пациентов с отдаленными метастазами КРР варьирует в пределах 7–12 мес. Применение химиотерапии (ХТ) в качестве единственного метода лечения увеличивает медиану выживаемости до 12–15 мес. Хирургический метод остается основным в лечении при метастатических образованиях печени. К сожалению, резекция печени по поводу метастазов КРР может быть выполнена лишь у 10–12% больных. В ряде случаев неoadьювантная ХТ позволяет перевести неоперабельный метастатический рак печени в операбельный.

В настоящее время комбинированное лечение (хирургическое вмешательство с адьювантной ХТ с применением современных химиопрепаратов) является золотым стандартом в терапии пациентов с метастазами КРР в печени.

С другой стороны, известно преимущество криохирургического метода в онкологии, который, помимо уменьшения кровопотери, обеспечения обширности операции и полного некроза опухолевых клеток, вызывает специфическую иммунную реакцию против разрушенной опухоли. Разработаны также аутовакцины, позволяющие выработать иммунный ответ на развитие опухолевого процесса у конкретного больного.

Цель работы: профилактика возникновения рецидивов и внутрипеченочных метастазов у больных КРР с метастазами в печени путем включения в стандартную схему комбинированного лечения криовоздействия на метастазы и применения криоаутовакцины в послеоперационный период.

Объект и методы. Пролечено 6 больных в возрасте 32–75 лет; мужчин — 3, женщин — 3. Криовоздействие с резекцией органа проведено у 5 пациентов, без резекции — у 1 больного. Криовоздействие на пораженный метастазами участок печени проводили под интубационным наркозом с помощью плоских криоапликаторов (диаметром 3–10 см) дважды со спонтанным оттаиванием. Температура замороженной ткани составляла –165... –185 °С. Криоаутовакцину изготавливали из подвергнутой криовоздействию собственной опухолевой ткани больного в Институте экспериментальной патологии, онкологии и радиобиологии им. Р.Е. Кавецкого НАН Украины (заведующий отделом доктор медицинских наук, профессор В.А. Шляховенко). Готовую вакцину вводили в послеоперационный период всем больным, начиная с 10–14-х суток, с интервалом 7 дней, всего 3 введения. Последующую ревакцинацию проводили через 3; 6 и 9 мес спустя 2 нед после курса адьювантной ХТ. Перед ревакцинацией проводили полное обследование больных. В среднем продолжительность жизни больных, оперированных с криовоздействием и последующей аутовакцинацией, составила 3 года 1 мес.

Результаты. Минимальная продолжительность жизни после проведенного лечения с криодеструкцией метастазов размером 7,5×8,5 см и резекцией S_{VI} и S_{VII} составила 10 мес у больной молодого возраста с недифференцированной аденокарциномой. Больная умерла от Prolongacio Morbi метастазов в печень. Максимальная продолжительность жизни — 8 лет — отмечена у больной в возрасте 51 года после криодеструкции с резекцией метастазов (8×10 см) — S_{IV, V, VI} с переходом на S_{VII} печени с прорастанием в желчный пузырь. Больной выполнена комбинированная резекция правой доли печени. Помимо криоаутовакцинации, проведено 4 курса полихимиотерапии в адьювантном режиме. В настоящее время больная продолжает жить и работать.

Выводы. По нашему мнению, проведение криоаутовакцинации метастазов КРР в печени через определенные сроки после криохирургического лечения дает новые дополнительные толчки к иммуностимуляции целостного организма. Небольшое количество больных не позволило нам провести соответствующую статистическую обработку, однако полученные результаты позволяют считать это направление перспективным

в клинической онкохирургии, особенно при органосохраняющих сегмент-ориентированных резекциях.

Механічний інвагінаційний езофагогастроанастомоз у профілактиці післяопераційних ускладнень у пацієнтів після операції Льюїса

О.Ю. Усенко, А.В. Сидюк, А.С. Клімас

*Національний інститут хірургії
та трансплантології імені О.О. Шалімова,
Київ, Україна*

Вступ. Незважаючи на багатолітній шлях інновацій та вдосконалення медичної техніки з моменту першої успішної езофагоектомії у людини, хірурги продовжують обговорювати переваги окремих методів і змін до них, оскільки рівні смертності і післяопераційних ускладнень після резекції стравоходу залишаються високими. Одним із найбільш актуальних і складних для хірургів є питання вибору виду анастомозу. Накладення механічного шва за допомогою зшивальних степлерів, які постійно вдосконалюються, стає все більш популярним у хірургії стравоходу. Заданими літератури, механічний (степлерний) спосіб формування стравохідно-шлункового анастомозу асоційований зі зменшенням часу операції та зниженням частоти неспроможності анастомозу порівняно з ручним, але він підвищує ризик розвитку післяопераційних стриктур анастомозу.

Мета роботи — оцінити переваги формування інвагінаційного механічного езофагогастроанастомозу (ЕГА) у пацієнтів із захворюваннями стравоходу після операції Льюїса.

Об'єкт і методи. У дослідження включено 40 хворих, оперованих в Національному інституті хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова з приводу злоякісних пухлин стравоходу, яким виконано операцію Льюїса (контрольна група — 20 пацієнтів з формуванням класичного механічного ЕГА; група дослідження — 20 пацієнтів з формуванням розробленого нами інвагінаційного механічного ЕГА).

Результати. Оцінювали післяопераційну смертність та кількість післяопераційних ускладнень з боку анастомозів: кількість випадків неспроможності ЕГА у ранній післяопераційний період та кількість випадків рубцевих стриктур ділянки ЕГА через 3 міс після оперативного втручання.

Випадків неспроможності ЕГА у досліджуваній групі не зареєстровано, в той час як у контрольній групі неспроможність ЕГА констатовано у 1 пацієнта. У цьому випадку неспроможність ЕГА була ліквідована за допомогою постановки «Ендовак» системи. Кількість епізодів формування післяопераційних стриктур стравоходу через 3 міс після оперативного втручання виявилася меншою в групі дослідження та становила 2 випадки, тоді як у контрольній групі

констатовано 6 випадків формування стриктури ЕГА. В обох досліджуваних групах випадків післяопераційної смертності не зафіксовано.

Висновки. 1. Встановлено, що формування інвагінаційного механічного ЕГА в умовах операції Льюїса зменшує кількість випадків неспроможності ЕГА та кількість рубцевих стриктур ЕГА.

2. Інвагінаційний механічний ЕГА порівняно з класичним механічним анастомозом довів свою більшу надійність та вищу ефективність щодо зменшення кількості післяопераційних ускладнень, що дає змогу рекомендувати його для ширшого застосування у клінічній практиці.

Гіпертермічна внутрішньочеревна хіміотерапія в комбінованому лікуванні хворих на місцево-поширений та інтраперитонеально дисемінований рак шлунка

Р.Р. Ярема¹, Т.Г. Фецич¹, М.А. Огорчак², Ю.Ю. Олійник¹, П.І. Гуря², Ю.Я. Ковальчук², В.І. Сафіян², І.О. Карелів²

¹Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, кафедра онкології та медичної радіології, Львів, Україна

²Львівський державний онкологічний регіональний лікувально-діагностичний центр, Львів, Україна

Вступ. Найчастішим шляхом метастазування раку шлунка (РШ) є імплантатийний. Хворі з імплантатийними метастазами характеризуються песимістичним прогнозом, незважаючи на застосування паліативних методів лікування. Метою дослідження було вивчення ефективності комбінованого лікування із використанням гіпертермічної внутрішньочеревної хіміотерапії (hyperthermic intraperitoneal chemotherapy — HIPEC) у хворих на місцево-поширений та інтраперитонеально дисемінований РШ.

Об'єкт і методи. 49 хворих на РШ отримали комбіноване лікування із застосуванням HIPEC: 25 пацієнтів з маніфестованими обмеженими імплантатийними метастазами та 24 хворих на місцево-поширений РШ з високим ризиком інтраперитонеального прогресування. Сформовано 2 відповідних контрольні групи хворих, що отримували стандартне лікування.

Результати. Медіана та 1-річна виживаність у групі хворих із маніфестованими перитонеальними метастазами, у яких проводили циторедуктивні втручання, HIPEC та системну хіміотерапію, становили 12 міс та 54,2%, тоді як в контрольній групі (паліативна хіміотерапія) — 8,4 міс та 20% відповідно ($p=0,002$). У хворих із повною циторедукцією медіана виживаності досягла 14 міс, 1 (4%) хворий живий більше 5 років. Застосування HIPEC в ад'ювантному режимі після радикальних втручань у хворих на місцево-поширений РШ з високим

ризиком інтраперитонеального прогресування дозволило знизити рівень метастазування карциноматозу очеревини з 75% (у групі хірургічного контролю) до 33,3% ($p=0,004$) та підвищити медіану виживаності з 13,3 до 32,5 міс ($p=0,0006$). Незалежними факторами прогнозу у хворих на РШ з імплантатийними метастазами, що отримували комбіноване лікування з використанням HIPEC, визначено показник повноти циторедукції та стадію карциноматозу очеревини.

Висновки. Комбіноване лікування з використанням циторедуктивних втручань та HIPEC забезпечує вірогідне зростання виживаності у хворих на РШ з обмеженим карциноматозом очеревини. HIPEC є ефективним методом ад'ювантної терапії у хворих на місцево-поширений РШ з високим ризиком інтраперитонеального прогресування.

Neoadjuvant chemotherapy for resectable gastric cancer

A. Lukashenko, A. Boiko

National Cancer Institute, Kyiv, Ukraine

Background. Neoadjuvant chemotherapy in patients with gastric cancer (GC) has been extensively performed worldwide. But data of survival benefit are still controversial.

Methods. This study was conducted from June 2013 to July 2017 at National Cancer Institute (Ukraine). All patients with GC were randomized into two groups. Patients in Group I underwent surgery alone, while patients in Group II underwent neoadjuvant therapy (2 cycles of XELOX) followed by surgery.

The primary endpoint of the trial was overall survival. The secondary endpoints were progression-free survival, surgical and pathological assessments of down-staging (tumor diameter, tumor stage, and nodal status) and quality of life.

Results. All patients in both groups underwent surgery, including those who did not complete preoperative chemotherapy. Resection was curative in 33 of 49 patients (67.3%) in the surgery group and in 35 of 49 patients (71.4%) in the neoadjuvant-chemotherapy group. Resection was considered as curative by the surgeon in 32 patients (65.3%, $p=0.03$) in the Group I as compared with 38 patients (77.5%) in the Group II. The median hospital stay 12 days was in both groups. The median maximum diameter of the resected tumor was smaller in the group II than in the group I (54.5% vs 37.9%, $p=0.001$). There was less nodal disease in the Group II than in the Group I (61.3% vs 91.5%, $p=0.01$). 82% of the patients had died or were followed for more than two years. The numbers of surviving patients with less than two years were 6 in the Group I and 12 in the Group II. Before death, local recurrence was confirmed in 10 patients (20.4%) in the Group I and 7 patients (14.2%) in the Group II, with distant metastases confirmed in 17 patients (34.7 percent) and 11 patients (22.4%), respectively. Five-year

survival rates were 37.4% among patients in the Group II and 22.7% among those in the Group I.

Conclusions. Neoadjuvant chemotherapy followed by surgery has advantages in overall survival of patients and higher progression-free survival rate in compare with surgery alone for GC.

Laparoscopic D2 subtotal gastrectomy with intracorporeal hand sewing anastomosis for gastric cancer

A. Lukashenko, O. Kolesnik

National Cancer Institute, Kyiv, Ukraine

Background. Mechanical stapling method is widely established for laparoscopic gastrojejunostomy after Billroth II subtotal gastrectomy. However, not much consideration is given to the costs of this technique and postoperative morbidity.

Methods. This study was conducted from June 2015 to December 2016 at National Cancer Institute (Ukraine). After laparoscopic subtotal gastrectomy with D2 lymphatic dissection, all patients were randomized into two groups. Patients in Group I underwent gastrojejunostomy using a linear stapling technique, while patients in Group II underwent gastrojejunostomy using intracorporeal hand sewing technique.

Patients' baseline characteristics, preoperative characteristics, short-term postoperative outcomes and operation cost were compared between the two groups. The primary endpoint was evaluation of the surgical outcome (operating time, time of digestive tract reconstruction and time of anvil insertion) and the medical cost of each operation. The secondary endpoints were time to solid diet, post-surgical hospitalization time, time to defecation, time to ambulation and intraoperative blood loss. In addition, complications were assessed and compared.

Results: Laparoscopic subtotal gastrectomy with D2 lymphatic dissection and gastrojejunostomy were successfully performed in all 38 patients, without conversion to laparotomy. There were significant differences in the operative time and time for gastrojejunostomy between the two groups (277.8±22.4 min vs 335.8±26.1 min, $p=0.01$, and 47.7±21.6 min vs 159.8±33.8 min, $p=0.001$, respectively). Intra-operative blood loss (66.4±32.7 ml vs 58.2±35.9 ml, $p=0.26$), time to defecation (3.5±0.8 days vs 3.1±1.2 days, $p=0.11$), time to ambulation (6.8±0.7 days vs 6.6±1.1 days, $p=0.11$), time to solid diet (4.6±1.4 days vs 5.0±2.7 days, $p=0.32$) and total hospitalization (8.6±2.2 days vs 8.8±3.2 days, $p=0.71$) were similar between the two groups. There were no serious morbidity in both groups. In addition, operation cost was significantly higher in Group I.

Conclusion. Laparoscopic stapling method was faster and easier compared with hand suturing technique, but was much less cost-effective. There was no significant difference in safety.