

**Исаметов Давран Рашитович,**  
Онколог-химиотерапевт высшей квалификационной категории,  
интервенционный хирург, магистр организации здравоохранения,  
заведующий отделением химиотерапии и эндоваскулярной онкологии  
ГОЦ УЗ г. Шымкент, ассистент кафедры онкологии и травматологии  
Южно-Казахстанской Медицинской Академии, Республика Казахстан

**Мауленов Жаксылык Оразбаевич,**  
Врач онколог, хирург высшей квалификационной категории,  
Директор Городского Онкологического центра УЗ г. Шымкент,  
Республика Казахстан

**Арыбжанов Дауранбек Турсункулович,**  
к.м.н., заместитель директора по лечебной работе ГКП на ПХВ  
«Областная многопрофильная клиника» УЗ г. Талдыкорган,  
почетный профессор Национального научного онкологического центра  
Минздрава Республики Казахстан

## **ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ КАК ОПЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕОПЕРАБЕЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОГО ТРАКТА INTRAARTERIAL CHEMOTHERAPY AS AN OPTION FOR TREATING INOPERATIVE TUMORS OF THE HEPATOBILIARY TRACT**

**Аннотация:** Большая часть злокачественных опухолей гепатобилиарного тракта приходится на рак поджелудочной железы, печени, желчного пузыря.

Рак поджелудочной железы и опухоли исходящие из желчных протоков (холангиокарцинома) на сегодняшний день остается одной из актуальных аспектов клинической онкологии. Прежде всего это обусловлено тем что подавляющая часть пациентов на момент первичной диагностики имеют так называемую продвинутой стадии заболевания с метастазами в паренхиматозные органы, либо выраженный болевой синдром обусловленный опухолевой компрессией чревного ствола. Кроме того, актуальности добавляет значимое увеличение количества новых выявляемых случаев в структуре онкозаболеваемости во всем мире. Так, в Российской Федерации среднегодовой темп прироста злокачественными новообразованиями поджелудочной железы и желчевыводящих протоков равен 2,65% и 0,75% соответственно [1,4]. Общая выживаемость данной категории больных не превышает 4-6 месячную выживаемость по мировым данным. По данным отдельных авторов средняя продолжительность жизни не превышает 10,8 месяцев [2,3]. Данные по Республике Казахстан примерно идентичны и не отличаются существенной вариацией [3,5,6].

**Ключевые слова:** рак поджелудочной железы, холангиокарцинома, транстартериальная химиотерапия.

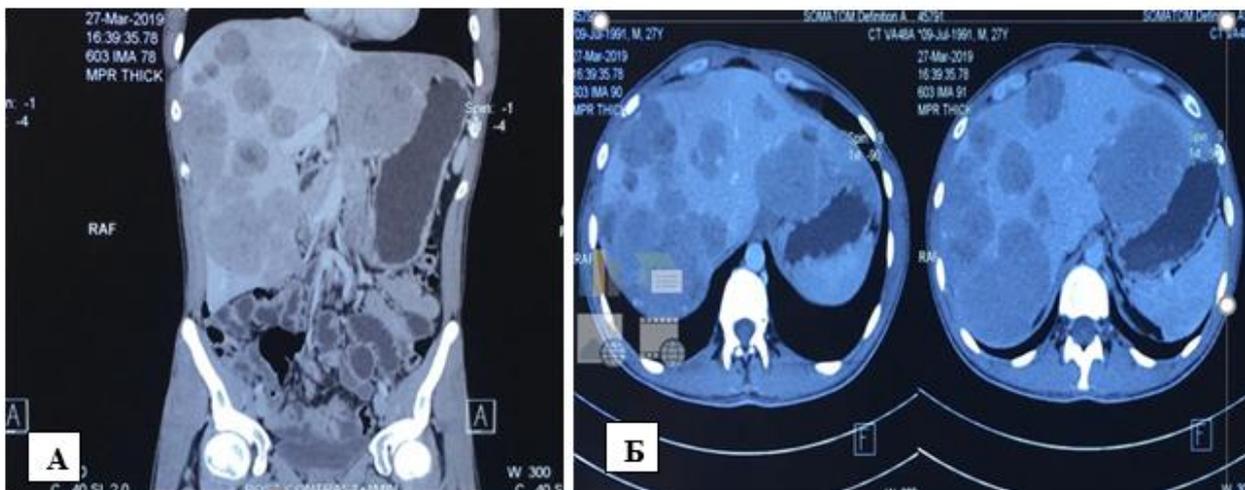
**Целью исследования** явилось оценить возможности внутриартериальных методов лечения как опции применения в лечении неоперабельных злокачественных опухолей гепатобилиарной зоны.

**Материалы и методы.** Лечению подверглись 30 пациентов в возрасте от 36 до 58 лет. 12 пациентов с верифицированным диагнозом холангиокарцинома печени, 28 пациентов с первичным диагнозом рак поджелудочной железы различной степени выраженности болевым синдромом. У всех больных была установлена IV стадия процесса (T4N1M1) с метастатическим поражением печени, либо с внутриорганным мтс поражением. Всем пациентам согласно рекомендации МДГ рекомендовано проведение курсов паллиативной



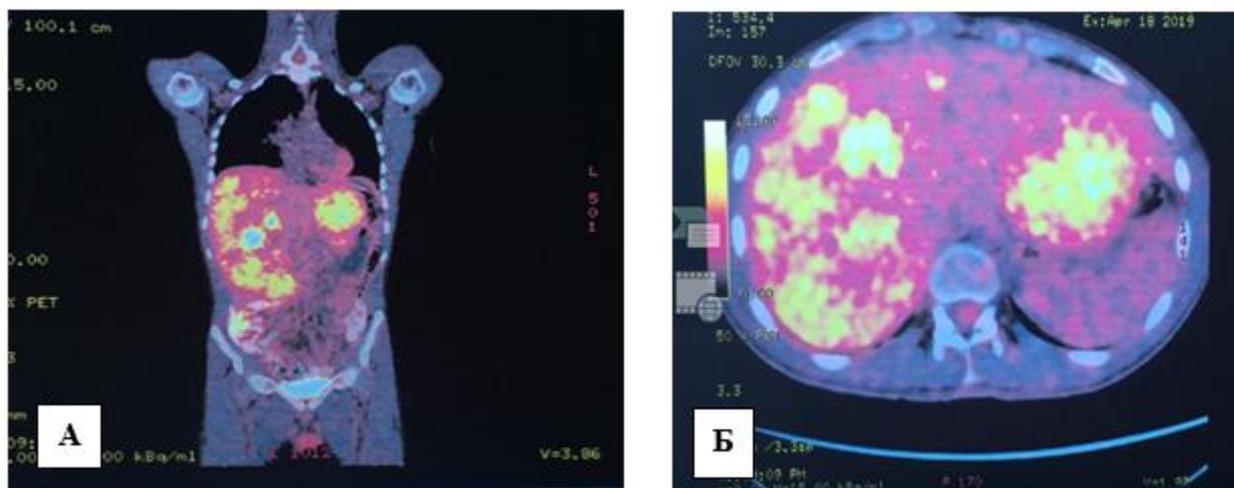
полихимиотерапии с элементами внутриартериальной химиотерапии по схеме «GEMOX» в стандартной терапевтической дозе, с внутриартериальным введением Гемцитабина и Оксалиплатина в 1-й день, а также введением 8-го дня системно. Кратность процедуры равнялась 2-3 неделям в зависимости от восстановления картины крови. Подавляющее большинство пациентов, практически 80% отмечали эметогенные реакции 2-3 степени имевшие склонность к разрешению на 7-е сутки. Во всех случаях отмечалось транзиторное повышение уровня трансаминаз, которая управляемо контролировалась назначением сопроводительной и посимптомной терапии.

Нами описаны несколько случаев частичной регрессии опухоли на лечение. Ниже приведены случаи с радиологическим подтверждением статуса процесса.



**Рис. 1** - Сканограмма.КТ органов брюшной полости с контрастным усилением. А) коронарный срез, Б) аксиальный срез.

КТ признаки множественных опухолевых образований паренхимы печени.

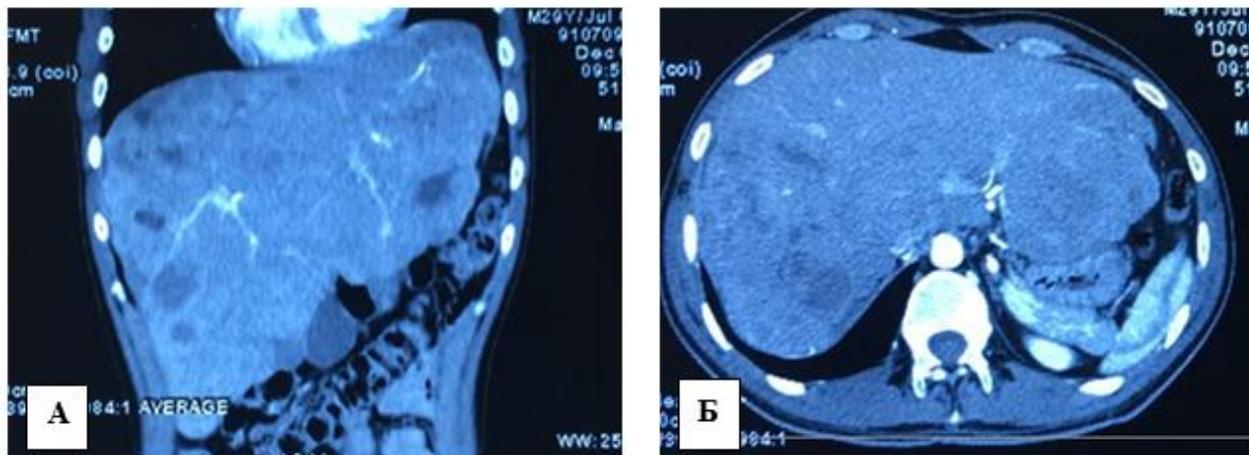


**Рис.2 (А,Б)** - Сканограмма. ПЭТ /КТ сканирование всего тела высокая метаболическая активность с накоплением радиофармпрепарата по всей паренхиме печени. Уровень онкомаркеров АФП 62 МЕ/мл, РЭА 2,86 нг/мл, СА 19-9 более 1000 МЕ/мл.

Описываемый нами пациент 27 лет, дебют заболевания которого пришелся на середину 2019г, с верифицированной аденокарциномой (холангиокарциномой) печени, прошел несколько курсов системной химиотерапии первой и второй линии и таргетной терапии в различных онкологических центрах дальнего и ближнего зарубежья. [4,5,6]. В



2020 году в связи с дальнейшим прогрессированием процесса нами предпринята попытка проведения ВАПХТ (внутриартериальная химиотерапия). На фоне 8 курсов ВАПХТ по схеме «GEMOX», у пациента отмечается частичная регрессия процесса, с выраженными изменениями в соматическом статусе (уменьшение болевого синдрома, отсутствие диспептических явлений с нормализацией пассажа желудочного содержимого), а также снижение уровня онкомаркеров до верхней границы нормы.



**Рис. 3 (А,Б) -** Сканограмма. КТ признаки множественных опухолевых образований паренхимы печени в динамике частичный регресс. Пациент продолжал лечение до августа 2022г.

Аналогичный пациент 28 лет с верифицированным диагнозом аденокарцинома сарит рапсгеатис с множественными объемными мтс очанами в обеих долях печени с дебютом заболевания в марте месяце 2021г. Произведена трепанобиопсия мтс образования печени. Гистологическое заключение- мтс аденокарциномы.



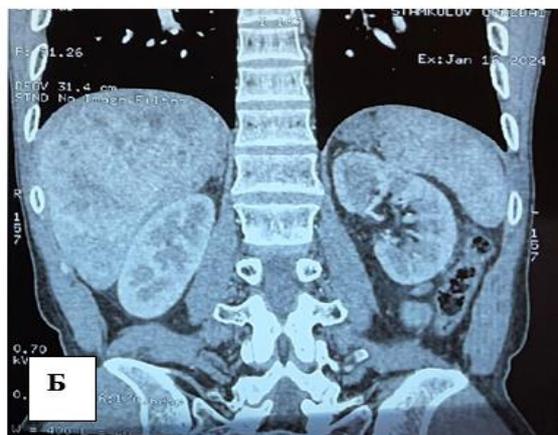
**Рис.4 –** Сканограмма (А,Б). КТ органов брюшной полости с контрастным усилением. Множественные объемные образования обеих долей печени с признаками гиперваскуляризации и накопления контрастного вещества в артериальной и венозные фазы.





**Рис. 5-** Сканограмма (А,Б). КТ органов брюшной полости с контрастным усилением.

Множественные объемные образования обеих долей печени с признаками гиперваскуляризации и накопления контрастного вещества в артериальной и венозные фазы. Состояние после III курсов ВАПХТ в бассейн tr.caeliacus на уровне бифуркации a.hepatica propria et a.gastroduodenalis. Отмечается частичная регрессия опухоли.



**Рис. 6 (А,Б,В,Г)-** Сканограмма. КТ органов брюшной полости с контрастным усилением.

Множественные объемные образования обеих долей печени с признаками гиперваскуляризации и накопления контрастного вещества в артериальной и венозные фазы.

Состояние после VIII курсов ВАПХТ в бассейн tr.caeliacus на уровне бифуркации a.hepatica propria et a.gastroduodenalis. Сохраняется стабилизация процесса с положительной динамикой. Пациент продолжает лечение и по сей день.



Таким образом, в наших клинических наблюдениях отмечались вышеуказанная течение заболевания у двух молодых пациентов с медианой наблюдения 22 и 36 месяцев соответственно.

**Результаты и их обсуждение.** По данным контрольного обследования стабилизация процесса с положительной динамикой отмечена у 16 ( 50,3% ) пациентов с раком поджелудочной железы, у 5 (16,6%) пациента частичная регрессия, у 2 ( 6,6%) пациента отмечено прогрессирование процесса на фоне 3-х курсов трансартериальной химиотерапии. Снижение болевого синдрома отмечалось во 100% случаев после проведения 1 курса. 11 ( 91,6%) пациентов завершили полный курс 6-8 циклов со стабилизацией процесса с медианой выживаемости 10-12 месяцев. Аналогично пациентов с холангиокарциномой печени кратность процедуры по аналогичной схеме «GEMOX» проводилась 1 раз в 21 день в зависимости от восстановления картины периферической крови. Уровень онкомаркеров СА 19-9 и уровень АФП снижался практически в 2 раза после проведения 1 курса трансартериальной химиотерапии. По нашим наблюдениям медиана общей выживаемости у данной когорты больных достигла 2 года и 3 месяца у 2 пациентов которые продолжают наблюдение и по сей день.

**Выводы.** Применение локо-региональных методов лечения с применением трансартериальной химиотерапии достоверно и клинически значимо увеличивают частоту общего ответа, медиану выживаемости и демонстрируют улучшение качества жизни пациентов.

#### **Список литературы:**

1. Внутрартериальная химиотерапия у больных нерезектабельным раком поджелудочной железы. Журнал «Анналы хирургической гепатологии» Козлов А.В., Гранов Д.А.,Тарасов П.Г,Павловский А.В.,Корытова Л.И.,Поликарпов А.А., Попов С.А.,Розенгауз Е.В. 2019;24 (3):73-86.
2. Злокачественные новообразования в России в 2021г. (заболеваемость и смертность). Под редакцией А.Д.Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзодовой. Москва 2022г. Стр.14.
3. Онкологическая помощь в Республике Казахстан за 2023г. «Казахстанский фармацевтический вестник». Кайдарова Д.Р. 2024г. Стр1.
4. De Oliveira M.L., Cunningham S.C., Cameron J.L., Kamangar F., Winter J.M., Lillemo K.D. et al. Cholangiocarcinoma: thirty-one-year experience with 564 patients at a single institution. Ann. Surg. 2007; 245: 755–62. 13. Nakeeb A., Pitt
5. Chen L.D., Xu H.X., Xie X.Y., Lu M.D., Liu G.J., Liang J.Y. et al. Enhancement patterns of intrahepatic cholangiocarcinoma: comparison between contrast-enhanced ultrasound and contrast-enhanced CT. Brit. J. Radiol. 2008; 81: 881–9. 17. Choi B.I., Park J.H., Kim Y.
6. Kang Y., Lee J.M., Kim S.H., Han J.K., Choi B.I. Intrahepatic mass-forming cholangiocarcinoma: enhancement patterns on gadoteric acid-enhanced MR images. Radiology. 2012; 264 (3): 751–60. 30. Manfredi R.

