

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЛЕГКИХ

Королева О.Л., Сухина Е.М., Скупченко А.В., Королев Д.Г.

Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара

Актуальность. Одним из способов локальной деструкции (абляции) опухоли легкого, у больных, которым хирургическое лечение по разным причинам не показано, является радиочастотная термоабляция (РЧА). Эта малоинвазивная методика позволяет проводить лечение без торакотомии и общей анестезии и в ряде случаев расширяет показания к специализированному лечению.

Радиочастотная абляция опухолей быстро завоевывает позиции в лечении новообразований печени, почек, легких, костей и ряда других органов. РЧА привлекает простотой выполнения, легкой управляемостью и кратковременностью процедуры,

малым количеством осложнений и низкой летальностью, финансовой доступностью, большим объемом коагулируемой ткани.

Для планирования РЧА и её динамического контроля обычно используется рентгеновская компьютерная томография (РКТ). Динамический контроль за эффективностью лечения, как правило, осуществляется с помощью РКТ, позитронной эмиссионной томографии (ПЭТ). Эти методы в ряде случаев дают возможность выявлять остаточную опухоль и рецидив уже в течение первых 6-ти месяцев после РЧА, что позволяет выполнить повторное радиочастотное воздействие либо принять решение о применении другого метода лечения. Тем не менее, до сих пор, несмотря на почти 10-летний период применения РЧА, нет однозначных РКТ признаков полного эффекта от РЧА опухолей легких и не выработан четкий алгоритм оценки эффективности воздействия. Крайне важными являются вопросы интерпретации изменений в опухолевом очаге по данным

РКТ, так как от правильной трактовки этих изменений напрямую зависят результаты лечения больных.

Задача исследования – определить характерные РКТ признаки изменений, произошедших в опухолевой ткани в результате проведения радиочастотной абляции.

Материал и методы. В период с 2008 по 2009 гг в Самарском областном клиническом онкологическом диспансере радиочастотная термоабляция опухолей легких была выполнена 22 больным по поводу первичных и метастатических новообразований легких, которым выполняли РКТ до и после РЧА. Всем больным операция РЧА выполнялась чрескожно. Из 22 больных, 6 женщин и 16 мужчин. Возраст больных колебался от 41 до 82 лет. Средний возраст 64 года. Всем больным РЧА выполняли после верификации диагноза при трансторакальной биопсии, аппаратом Cool-Tip (Тусо) и RITA (AngioDynamics)). Предварительная оценка до выполнения РЧА, контроль положения электрода и контрольные исследования осуществляли при помощи РКТ (на аппарате General Electric LS 16, США).

Результаты. Нами было выполнено РЧА 31 опухоли легких у 22 пациентов с первичным и метастатическим злокачественным поражением легких. Средняя продолжительность наблюдения составила 9,2 месяца. Размеры образований варьировали от 8 до 62 мм (средний размер 32 мм). При предшествующей трансторакальной биопсии, с выполнением цитологического и иммуноцитохимического исследования первичный рак легкого был выявлен у 12 больных, метастатическое поражение у 10 больных. Компьютерная томограмма после РЧА выполнялась через 1, 3, 6 и 12 мес.

После полной абляции оценка эффективности РЧА при РКТ-исследовании проводилась через 1 сутки,

1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев. Критериями оценки были: размер зоны абляции; изменения денситометрических показателей в зоне абляции и степени накопления контрастного вещества. Критериями полной абляции мы считали: нативная фаза – гиподенсная зона с четкими ровными контурами, размер зоны абляции больше, чем исходный опухолевый очаг; артериальная фаза – гиподенсная зона с четкими ровными контурами и отсутствием накопления контрастного вещества в центре зоны абляции, возможно умеренное накопление контрастного вещества по периферии за счет воспалительного инфильтрата; венозная фаза – гиподенсная зона с четкими ровными контурами с отсутствием накопления контрастного вещества. Признаком полной абляции так же считали прогрессивное уменьшение размеров зоны абляции в сроки до 6-ти месяцев, при сохранении четких ровных контуров и отсутствия накопления контрастного препарата.

Критериями неполной абляции мы считали в нативную фазу – гипо- или изоденсная зона с нечеткими неровными контурами по периферии, увеличение размеров зоны абляции наличие зоны накопления контрастного вещества ближе к центру образования или в венозную фазу, а так же по периферии образования в сроки 1 месяц и более после выполнения абляции.

Полная абляция была достигнута у 19 (86,4%) больных. У 3 (13,6%) больных при контрольных КТ были выявлены описанные выше признаки продолженного роста опухоли, и получено подтверждение прогрессии при помощи трансторакальной биопсии.

Выводы. РКТ является достоверным методом выявления неполной абляции или продолженного роста опухоли после чрескожной РЧА у больных с первичными и метастатическими злокачественными поражениями легких.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Скупченко А.В., Королева О.Л., Сухинина Е.М., Королев Д.Г.

Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара

Актуальность. Одним из способов локальной деструкции (абляции) опухоли печени, у больных, которым хирургическое лечение по разным причинам не показано, является радиочастотная термоабляция (РЧА). Эта малоинвазивная методика позволяет проводить лечение без лапаротомии и общей анестезии и в ряде случаев расширяет показания к специализированному лечению.

Радиочастотная абляция опухолей быстро завоевывает позиции в лечении новообразований печени, почек, легких, костей и ряда других органов. РЧА привлекает простотой выполнения, легкой

управляемостью и кратковременностью процедуры, малым количеством осложнений и низкой летальностью, финансовой доступностью, большим объемом коагулируемой ткани.

Для планирования РЧА и её динамического контроля обычно используется рентгеновская компьютерная томография (РКТ). Динамический контроль за эффективностью лечения, как правило, осуществляется с помощью РКТ, позитронной эмиссионной томографии (ПЭТ). Эти методы в ряде случаев дают возможность выявлять остаточную опухоль и рецидив уже в течение первых 6-ти месяцев после РЧА, что позволяет выполнить повторное радиочастотное воздействие либо принять решение о применении другого метода лечения. Тем не менее, до сих пор, несмотря на почти 10-летний период применения РЧА, нет однозначных РКТ признаков полного эффекта от РЧА опухолей печени и не выработан четкий алгоритм оценки эффективности