

**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

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 февраля 2008 по март 2010 года в Самарском областном клиническом онкологическом диспансере радиочастотная термоабляция опухолей печени была выполнена 28 больным по поводу первичных и метастатических новообразований печени, которым выполняли РКТ до и после РЧА. Всем больным операция РЧА выполнялась чрескожно. Из 28 больных, 18 женщин и 10 мужчин. Возраст больных колебался от 36 до 79 лет. Средний возраст 66 лет. Всем больным РЧА выполняли после верификации диагноза при трепанбиопсии биопсии, аппаратом Cool-Tip (Тусо) и RITA (AngioDynamics). Предварительная оценка до выполнения РЧА, и контрольные исследования осуществляли при помощи РКТ (на аппарате General Electric LS 16, США).

**Результаты.** Нами было выполнено РЧА 46 опухоли легких у 28 пациентов с первичным и метастатическим злокачественным поражением печени. Средняя продолжительность наблюдения составила 24,2 месяца. Размеры образований варьировали от 12 до 41 мм (средний размер 31 мм). Компьютерная томограмма после РЧА выполнялась через 1, 3, 6 и 12 мес.

После полной абляции оценка эффективности РЧА при РКТ-исследовании проводилась через 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 (67,9%) больных. У (32,1%) 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 печени.

#### ТРАНСАРТЕРИАЛЬНАЯ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ПЕЧЕНИ ПО МАТЕРИАЛАМ ФГУ «ПОМЦ ФМБА России»

*А.А. Серегин, А.И. Зайцев, В.Е. Загайнов*

*ФГУ «Приволжский окружной медицинский центр  
Федерального медико-биологического агентства России»,  
Нижний Новгород, Россия*

**Цель** – определить эффективность трансартериальной химиоэмболизации (Transarterial chemoembolization (TACE)) печеночной артерии с целью улучшения результатов комплексного лечения больных с неоперабельными и метастатическими злокачественными новообразованиями печени.

**Материалы и методы.** С апреля 2009 г. по март 2010 г. в ФГУ «ПОМЦ ФМБА России» 56 курсов TACE выполнена 30 пациентам. Женщин было

11 (36,7%), мужчин – 19 (63,3%). Средний возраст составил  $57,2 \pm 10,3$  года (от 42 до 79 лет). Всем больным до и после вмешательства проводилось полное клиничко-инструментальное исследование, включавшее ультразвуковое исследование, компьютерную и/или магнитно-резонансную томографию.

Первичный рак печени диагностирован у 7 (23,3%) пациентов, в том числе гепатоцеллюлярный рак (ГЦК) – у 3; гепатоцеллюлярный рак на фоне цирроза печени – у 3; холангиоцеллюлярный рак (ХЦК) – у 1. Метастатическое поражение имели 23 (76,7%) больных: метастазы (mts) колоректального рака – у 19; mts рака молочной железы – у 3; mts рака Фатерова сосочка – у 1.

До эндоваскулярного вмешательства первичная опухоль удалена у 25 (83,3%) пациентов, из них опухоль поперечной ободочной кишки – у 6, ободочной сигмовидной кишки – у 6, прямой кишки – у 5, молочной железы – у 3, слепой кишки – у 1, подвздошной кишки – у 1, Фатерова сосочка – у 1, ХЦК – у 1,