

При контрольном УЗИ на 10 сутки образования уменьшались на 6-10%. У 6 (19,4%) больных основной группы с исходными размерами метастазов менее 30мм, после РЧТА с внутритканевой химиотерапией на аутоплазме при повторных УЗИ на 3 и 10 сутки зоны деструкции не визуализировались, а СКТ выявляла однородные образования в зоне деструкции метастазов, не накапливающие контрастный препарат. Степень достижения полной деструкции по данным СКТ зависит от размеров метастазов. Так среди 42 метастазов размером менее 30мм полная деструкция достигнута у всех, среди 16 метастазов размером от 30мм до 50мм у 14 (87,5%) и из 8 метастазов свыше 50мм – у 4 (50%). Всего радиочастотной термодеструкции подвергнуто 66 метастатических узлов из которых в 60 (90,9%) выявлен полный некроз. Полученные данные свидетельствуют о том, что наилучший эффект достигается при деструкции небольших метастазов, диаметром до 30мм. При проведении РЧТА метастаза диаметром более 50мм вероятность полной деструкции опухоли значительно снижается. Через три месяца на месте ранее выполненной РЧТА формируется зона фиброзной ткани. За весь период наблюдения (18 месяцев) в основной группе выявлено прогрессирование заболевания только у 3 (9,7%) больных, в контрольной группе за тот же период – у 16 (48,5%) больных. Период до прогрессирования в основной и контрольной группах составил 4,1 и 1 месяц соответственно.

Выводы.

1. Применение комплексного лечения, включающего РЧТА с внутритканевой химиотерапией на аутоплазме при изолированном нерезектабельном метастатическом поражении печени рака толстой кишки позволяет увеличить безрецидивный период в основной группе до 4,1 месяцев по сравнению с 1 месяцем в контрольной группе и уменьшить частоту прогрессирования заболевания с 48,5% в контрольной группе до 9,7% в основной ($p < 0,05$).

2. Наибольшая эффективность РЧТА отмечена при размерах метастазов в печени до 3 см. При проведении РЧТА метастазов диаметром более 3см возрастает риск неполной деструкции.

3. Для оценки результатов лечения наиболее информативно использование СКТ.

РАДИОЧАСТОТНАЯ ТЕРМОАБЛЯЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ

О.И. Кит, Ю.А. Геворкян,
Ф.Н. Гречкин, В.Е. Колесников

РНИОИ, г. Ростов-на-Дону

Неуклонный рост показателей заболеваемости и увеличение числа распространенных форм колоректального рака приводят к увеличению числа больных колоректальным раком с метастазами в печень. Это тяжелая категория больных, нуждающаяся в неоднократных оперативных вмешательствах, проведении стационарной многокурсовой химиотерапии, что значительно ухудшает качество жизни больных, вынуждает их проводить большую часть времени в стационаре. Это определяет актуальность к разработке альтернативных методов лечения колоректального рака с метастазами в печень, что позволит значительно сократить время пребывания больного в стационаре, улучшить качество жизни больных.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных колоректальным раком с изолированными метастазами в печень путем применения радиочастотной термоабляции метастазов в печени.

Материалы и методы.

Проанализированы результаты лечения 35 больных колоректальным раком с метастазами в печень $T_{2-3}N_{0-1}M_1$ (16 мужчин и 19 женщин). 15 больных было в возрасте от 43 до 50 лет, 20 больных – в возрасте 51 год и старше. Гистологически у всех больных была установлена аденокарцинома различной степени дифференцировки. У всех больных, включенных в исследование, было не более 3 метастазов в печени. Больные были распределены на 2 группы, сопоставимых по основным признакам. 1 группа (основная) – 20 больных, которым выполнена резекция толстой кишки ($n=12$) или брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки ($n=8$) с интраоперационным воздействием на метастазы в печени путем радиочастотной термоабляции при нерезектабельных метастазах в печень, 2 группа (контрольная) – 15 больных, которым выполнена резекция толстой кишки ($n=10$) или брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки ($n=5$) с резекцией печени. Всем больным до операции осуществлялось комплексное обследование, включающее фиброколоноскопию, УЗИ брюшной полости и малого таза (по показаниям – КТ и МРТ). Оценку локального эффекта при РЧТА и наблюдение за больными проводили при помощи УЗИ и СРКТ. Качество жизни оценивалось с помощью стандартного опросника. Группы больных отличались оперативным подходом к лечению метастазов в печени. У больных 1 группы выполнялась радиочастотная термоабляция в условиях нерезектабельности метастатических узлов. Кроме того, у больных 1 группы был применен разработанный способ интраоперационной внутритканевой химиотерапии, заключающийся в инфильтрации ложа метастаза в печени, подвергнувшегося радиочастотной термоабляции, 5-фторурацилом в дозе 500 мг инкубированных на аутоплазме на каждый метастаз, у больных 2 группы производилось

оперативное вмешательство с резекцией печени в том или ином объеме в зависимости от расположения и размеров метастазов. Затем больные обеих групп получали многокурсовую химиотерапию по схеме Fol-Fox. Больные находятся под наблюдением от 4 до 8 месяцев, проводится регулярное обследование, включающее УЗИ, СРКТ органов брюшной полости, фиброколоноскопия.

Результаты и обсуждения.

Особенности течения послеоперационного периода у больных обеих групп определялись послеоперационными осложнениями и характером оперативного метода воздействия на метастазы в печени. У больных 1 группы спектр послеоперационных осложнений был следующий: гнойно-воспалительные осложнения – 1 больной, несостоятельность межкишечного анастомоза – 1 больной, субфебрильная гипертермия у 3 больных. У больных 2 группы послеоперационные осложнения были представлены гнойно-воспалительными осложнениями – 3 больных, несостоятельностью межкишечного анастомоза – 1 больной, кровотечением из острой язвы желудка – 1 больной. Повторно оперирован 1 больной (произведено ушивание язвы желудка). Все случаи несостоятельности межкишечного анастомоза в обеих группах больных были купированы консервативными мероприятиями. Всего послеоперационные осложнения развились у 5 больных (25%) 2 группы и у 2 больных (13,3%) 1 группы ($p > 0,1$). Эти данные свидетельствуют о том, что применение радиочастотной термоабляции с внутритканевой химиотерапией на аутоплазме не увеличивает частоту послеоперационных осложнений. Кроме того, использование интраоперационной радиочастотной термоабляции с внутритканевой химиотерапией на аутоплазме позволило в увеличить безрецидивный период в основной группе. Так за весь период наблюдения (8 месяцев) в основной группе выявлено прогрессирование заболевания у 1 (6,7%) больного, в контрольной группе за тот же период - у 8 (40%) больных. Период до прогрессирования в основной и контрольной группах составил 3 и 1 месяц соответственно. Множественность метастатического поражения печени не позволила выполнить повторные оперативные вмешательства.

Таким образом, выполнение РЧТА с внутритканевой химиотерапией на аутоплазме при колоректальном раке с метастазами в печень не ухудшает результаты лечения. Напротив, применение метода депонирования химиопрепаратов в ложе подвергшегося радиочастотной термоабляции метастаза печени, позволяет снизить частоту прогрессирования метастатического поражения печени с 40% в контрольной группе до 6,7% в основной ($p < 0,05$). Таким образом, использование термодеструкции с депонированием химиопрепарата в ложе метастазов способствует снижению травматичности оперативного вмешательства, что

делает возможным раннюю активацию больных, снижает интенсивность и значительно улучшает качество жизни больных в послеоперационном периоде.

Заключение. Результаты исследования показали, что использование малоинвазивных технологий в комплексном лечении колоректального рака с метастазами в печень не увеличило частоту послеоперационных осложнений ($p > 0,1$) и значительно улучшило качество жизни больных в послеоперационном периоде по сравнению с группой больных, которым оперативное вмешательство при колоректальном раке с метастазами в печень проводилось через резекцию печени. Вместе с тем, выполнение РЧТА с внутритканевой химиотерапией при колоректальном раке с метастазами в печень не ухудшило результаты лечения. Напротив, применение внутритканевой химиотерапии в ложе подвергшегося радиочастотной термоабляции метастаза печени, позволило снизить частоту прогрессирования метастатического поражения печени на 33,3%.

Таким образом, применение РЧТА в комплексном лечении колоректального рака с метастазами в печень продемонстрировало достаточно высокие результаты лечения при значительно лучших показателях качества жизни больных. Эти данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения и расширения показаний к применению малоинвазивных технологий в комплексном лечении больных колоректальным раком с метастазами в печень.

Выводы.

1. Применение РЧТА с внутритканевой химиотерапией на аутоплазме в комплексном лечении колоректального рака с метастазами в печень не увеличило частоту послеоперационных осложнений (13,3%) по сравнению с резекциями печени (25%) ($p > 0,1$).

2. Применение РЧТА с внутритканевой химиотерапией в ложе подвергшихся радиочастотной термоабляции метастазов печени, позволило снизить частоту прогрессирования метастатического поражения печени на 33,3% ($p < 0,05$).

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ НА АУТОСРЕДАХ ОРГАНИЗМА В КОМПЛЕКСНОМ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ T₁₋₂N₀₋₁M₀

О.И. Кит, Ю.А. Геворкян,
Н.В. Солдаткина, А.В. Дашков

РНИОИ, г. Ростов-на-Дону

В связи с неуклонным ростом заболеваемости раком молочной железы и смертности от этой патологии проблема лечения рака молочной же-