

СРКТ В КОНТРОЛЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЧРЕСКОЖНОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛАЦИИ С ВНУТРИТКАНЕВОЙ ХИМИОТЕРАПИЕЙ НА АУТОПЛАЗМЕ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ МЕТАСТАЗОВ В ПЕЧЕНЬ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

О.И. КИТ, Ю.А. ГЕВОРКЯН, В.Е. КОЛЕСНИКОВ, Ф.Н. ГРЕЧКИН

*ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт»
Минздравсоцразвития России, г. Ростов-на-Дону*

Актуальность. Хирургический метод является основным в лечении метастазов в печень рака толстой кишки, однако резекция печени возможна у 10–12 % больных. Альтернативой хирургическому лечению становятся методы деструкции, в частности радиочастотная термоабляция (РЧТА). Улучшение результатов лечения возможно при использовании РЧТА в сочетании с подведением депонированных цитостатиков в область деструкции по методике, разработанной в РНИОИ. Одной из основных проблем применения РЧТА с внутритканевой химиотерапией остается правильная интерпретация изменений в зоне деструкции.

Цель исследования: улучшить результаты контроля эффективности чрескожной радиочастотной термоабляции с внутритканевой химиотерапией на аутоплазме в комплексном лечении нерезектабельных метастазов в печень рака толстой кишки путем применения СРКТ.

Материал и методы. Проанализированы данные о 35 больных раком толстой кишки $T_{1-4}N_{0-3}M_0$, леченных комплексным методом, у которых в дальнейшем выявлены нерезектабельные метастазы в печень. Всем больным проводили чрескожную РЧТА с внутритканевой химиотерапией на аутоплазме (5-фторурацил-500м), затем 6 курсов химиотерапии по схеме FOLFOX. Больным проводили СРКТ- и УЗИ-контроль в сроки 3, 10 сут и 3 мес.

Результаты. Ультразвуковое изображение в патологическом очаге зависит от ряда причин, в том числе от его размеров и степени термического патоморфоза. При контрольном УЗИ и СРКТ через 3 сут после РЧТА с внутритканевой химиотерапией у больных определялись зоны деструкции различной эхогенности на 15 % большего диаметром, чем исходный размер метастатического узла, что соответствовало размерам зоны деструкции и перифокального отека, на 10 сут образования уменьшались на 6–10 %. У 6 больных после РЧТА при контрольных УЗИ на 3 и 10 сут зоны деструкции не визуализировались из-за образования перифокального отека вокруг зоны некроза, а СРКТ выявляла однородные образования в области деструкции метастазов, не накапливающие контрастный препарат. Лучший эффект получен при деструкции небольших метастазов, диаметром до 30 мм – 100 %. Всего РЧТА подвергнуто 36 метастатических узлов, из которых в 34 (94,4 %) достигнут полный некроз.

Выводы. Для оценки результатов РЧТА наиболее информативно использование СРКТ, применение УЗИ в ранние сроки после данного вмешательства менее информативно. Наибольшая эффективность РЧТА отмечена при размерах метастазов в печени до 3 см, если диаметр метастазов более 3 см – возрастает риск неполной деструкции метастаза.