

УДК 616.36-006.6-089.87

**ОПЫТ ЧРЕЗКОЖНОЙ ПУНКЦИОННОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ****А.А. Вишинский, Н.А. Ермаков**, к. м. н., ФГУ «Лечебно-реабилитационный центр Росздрава», г. Москва

Применение радиочастотной абляции при лечении неоперабельных злокачественных опухолей печени или при наличии противопоказаний к операции является эффективным методом, позволяющим в некоторых случаях добиться радикальных результатов. Современная аппаратура позволяет преодолевать ограничения, связанные с большими размерами очагов.

Using of radio frequency ablation while cure of inoperable cancerous growths of liver or while presence of contradictions to operation is the effective method allowing to archive radical results in some cases. The modern technique permits to overcome limitations connected with big foci's size.

В последние годы всё более широкое распространение в клинической практике получают малоинвазивные методы лечения, и в частности радиочастотная абляция (РЧА) злокачественных опухолей печени как первичного, так и метастатического характера. Однако, метод РЧА в настоящее время имеет ряд ограничений. Одной из основных причин, по которой врач вынужден отказывать пациенту в этом виде лечения, является превышение предельно допустимых размеров опухоли, а именно, когда её диаметр превышает 4,5–5,0 см. Техническое совершенствование оборудования для РЧА в последние несколько лет привело к созданию электрохирургического инструментария, с помощью которого возможно проведение адекватной абляции до 7,0 см в диаметре, что открывает новые возможности применения этой методики.

Больной Ч., 73 года поступил во 2-е хирургическое отделение ЛРЦ Росздрава с гистологически верифицированным диагнозом: гепатоцеллюлярный рак печени (материал для гистологического исследования получен с помощью чрезкожной пункционной трепанобиопсии печени под УЗ-контролем). По данным выполненного в центре ультразвукового исследования опухоль имела однородную солидную структуру без кистозных полостей и размеры около 7,5х6,0х5,0 см, располагалась в 6-ом, 7-ом и частично 8-ом сегментах печени. При детализированном ультразвуковом исследовании и КТ печени установлено, что вплотную к поверхности опухолевого узла крупные венозные и артериальные сосуды не прилежат, опухоль имеет невысокую васкуляризацию. Других очаговых изменений в ткани печени не выявлено, метастазов в органы грудной клетки, забрюшинные лимфатические узлы, а также в ворота печени и селезёнку не выявлено.

Первоначальный план лечения предполагал выполнение правосторонней гемигепатэктомии или расширенной атипичной резекции печени. Однако, выявленная в процессе обследования у пациента тяжёлая терапевтическая патология, в частности ИБС, постинфарктный кардиосклероз, стенокардия, нарушения сердечного ритма, в силу крайне высокого операционного риска заставила отказаться от проведения традиционного хирургического лечения в пользу проведения чрезкожной радиочастотной абляции (РЧА) опухоли печени, что и было в дальнейшем выполнено.

РЧА выполнялась чрезкожным пункционным доступом под ультразвуковым наведением с помощью ультразвукового сканера «Hawk 2102» (производство Дания), аппарата для РЧА «РИТА 1500Х» (производство США) и электрохирургического зонда «StarBurst XLi» под перидуральной анестезией и в/в седацией.

Техническими особенностями используемого РЧА-электрода являются зонтичная система электродов, позволяющая контролировать температуру абляции в 5 точках в реальном масштабе времени, возможность выполнения абляции в зоне диаметром до 7,0 см, абляция пункционного канала после окончания операции, что позволяет осуществлять гемостаз после проведения РЧА, а также жидкостная система охлаждения электродов, реализуемая с помощью водяной помпы, которой опционально комплектуется аппарат «Рита 1500Х», что позволяет увеличивать подаваемую мощность.

Большие размеры опухоли и необходимость захвата в зону воздействия ткани печени толщиной до 1,0 см вокруг опухоли заставили проводить абляцию шестью перекрывающимися сферическими зонами диаметром по 7,0 см каждая. РЧА выполнена 24.05.2007 г. по стандартному протоколу абляции, эхографических признаков внутрибрюшного кровотечения непосредственно после проведения операции и спустя 3 часа после её окончания не отмечалось, пациент через 3 часа после окончания процедуры переведён в палату хирургического отделения.

К концу 1-ых суток после проведения РЧА у больного отмечено появление гипертермии до 38,3 градуса, на 3-и сутки диагностированы явления печёночной недостаточности, в связи с чем он переведён для дальнейшего лечения в отделение реанимации. В условиях отделения реанимации в течение 3 суток пациенту проводилась интенсивная терапия, включающая в себя гемосорбцию, и явления печёночной недостаточности были купированы. Пациент переведён обратно в хирургическое отделение и выписан в удовлетворительном состоянии на 12-е сутки после проведения РЧА.

Стационарное обследование через месяц после выполнения РЧА кроме прочего включало в себя ультразвуковое исследование и КТ органов брюшной полости, а также КТ органов грудной клетки. По результатам обследования данных о прогрессировании



опухолевого процесса и отдалённого метастазирования не выявлено. При ультразвуковом исследовании отмечались эхографические признаки дегенеративных изменений опухоли в виде появления многочисленных мелких кистозных полостей неправильной формы, чёткое отграничение зоны абляции от эхографически интактной печёночной ткани и повышение эхогенности печёночной ткани в зоне абляции. Имелся умеренно выраженный правосторонний эксудативный плеврит, в связи с чем выполнена плевральная пункция (атипических клеток в эвакуированной жидкости не обнаружено).

С целью гистологической верификации предполагаемых дегенеративных изменений опухоли под УЗ-контролем 22.06.2007 г. выполнена чрезкожная пункционная трепанобиопсия печени в 4 противоположных полюсах опухоли. Во всех подвергнутых биопсии зонах гистологическая картина соответствовала выраженным некробиотическим или дегенеративным изменениям опухолевой ткани и прилежащих к опухоли участков ткани печени.

Больному проведено 2 курса химиотерапии спустя 1 и 2 месяца после проведения РЧА (дальнейшее химиотерапевтическое лечение по месту жительства пациенту не проводилось по не зависящим от ЛРЦ обстоятельствам).

В течение последующих 8 месяцев пациент регулярно госпитализировался для контроля за течением заболевания и по результатам обследования пациента спустя 10 месяцев после РЧА данных о прогрессировании основного заболевания и отдалённом метастазировании не получено.

Представленное наблюдение даёт основания полагать, что в некоторых случаях при наличии даже относительно крупной злокачественной опухоли печени и невозможности выполнения по тем или иным причинам традиционного хирургического лечения в качестве альтернативного метода лечения может быть применена радиочастотная абляция с использованием электрохирургического инструмента повышенной мощности.

В заключение следует отметить, что наш опыт лечения пациента Ч. и других больных с метастатическим поражением печени позволяет считать проблему контроля за адекватностью проведённой радиочастотной абляции не до конца решённой, подвергать сомнению результаты неинвазивных методов диагностики эффективности абляции (УЗИ, КТ и МРТ) и заставляет применять чрезкожную пункционную трепанобиопсию как единственный достоверный метод оценки эффективности проведения РЧА.

