

Клименко Г.А., Брусочкин А.С.

**Диагностика продолженного опухолевого роста после проведения радиочастотной термоабляции (РЧА) метастазов печени***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра факультетской хирургии и онкологии***Резюме**

Данная статья посвящена вопросу лечения метастатического поражения печени при помощи радиочастотной термоабляции (РЧА). Метод РЧА считается миниинвазивным и имеет мало противопоказаний, что дает ему преимущества перед анатомической резекцией печени. Важное значение имеет дифференциальная диагностика продолженного опухолевого роста в очаге постабляционного некроза в послеоперационном периоде. На данный момент существует множество мнений по выбору наиболее информативного метода диагностики.

**Ключевые слова:** колоректальный рак, метастатическое поражение печени, радиочастотная термоабляция, КТ**Актуальность**

По данным Всемирной Организации Здравоохранения в мире ежегодно регистрируется более 500 тыс. случаев колоректального рака. Наибольшая заболеваемость отмечается в США, Канаде, странах Западной Европы и России. В России среди заболевших злокачественными новообразованиями мужчин колоректальный рак составляет 8,7%, прочно занимая 3-е место после рака легкого (26,5%) и желудка (14,2%). Среди заболевших женщин соответственно 11,1% вслед за раком молочной железы (18,3%) и кожи (13,7%) [5]. Одной из нерешенных проблем колоректального рака является его позднее выявление, а соответственно в более чем половине случаев наличие процесса метастазирования в печень. Среди методов хирургического лечения метастатического колоректального рака «золотым стандартом» большинство авторов считает анатомическую резекцию печени [5]. Пациенты с метастазами колоректального рака чаще всего пожилого возраста. Профилактика тромбоэмболических осложнений у хирургических пациентов пожилого возраста является нерешенной до настоящего времени [1]. Наряду с общехирургическими осложнениями после резекции печени могут развиваться труднопрогнозируемые и часто фатальные осложнения, одним из которых является пострезекционная печеночная недостаточность. Все это приводит к тому, что от 75 до 95 % пациентов признаются не подлежащими резекционным вмешательствам. Наряду с анатомической резекцией печени, с целью удаления метастазов могут быть применены новые технологии мини инвазивного противоопухолевого воздействия. Наиболее перспективным методом деструкции первичных и метастатических опухолей печени является метод радиочастотной термоабляции — РЧА (от лат. “ablation” — разрушение). Метод РЧА является относительно «молодым» методом лечения, и поэтому многие вопросы показаний, техники выполнения, тактики, остаются открытыми. Вопрос классификации осложнений и неблагоприятных ситуаций после различных оперативных вмешательств всегда оставался предметом дискуссии хирургов [2]. Методика РЧА не является исключением. Одной из таких проблем является продолженный рост опухоли после РЧА.

**Цель работы:** поиск наиболее информативного метода диагностики для выявления продолженного опухолевого роста колоректальных метастазов печени после проведения сеанса РЧА.

**Материал и методы**

В период с 2013 по 2015 в Клинике факультетской хирургии и онкологии было выполнено 20 сеансов РЧА 13 больным с одиночными и множественными колоректальными метастазами. Вмешательство производилось при помощи аппарата Cool-tip RF фирмы Covidien. Средний возраст пациентов составил 64,7 года. Среди которых было 9 мужчин и 4 женщины. Средний размер метастазов, подвергнутых РЧА составил 2,0 см.

Благоприятным исходом РЧА является образование постабляционного некроза. В случае если у больного диагностируется продолжение опухолевого роста необходимо проведение повторного сеанса РЧА [6], [8].

**Результаты и обсуждение**

1 пациенту из 13 потребовалось проведение 2 повторных сеансов термоабляции. Это было связано с продолженным ростом опухоли в очаге, ранее подвергнутом РЧА. Продолженный опухолевый рост был выявлен при помощи контрольного КТ, проводимого через месяц после вмешательства.

В настоящее время нет единого мнения по методике выявления продолженного роста метастазов и дифференцировке его от постабляционного некроза [3], [8].

Всем больным мы назначали контрольное УЗИ на 1, 3, 7 сутки и через месяц после проведения термоабляции. КТ исследование с внутривенным контрастированием назначалось через месяц после вмешательства. Контрольные УЗИ и КТ с контрастированием были рекомендованы через каждые 3 месяца [3], [8].

Как известно, КТ исследование с контрастированием имеет ряд преимуществ перед УЗИ, в частности, при помощи УЗИ возможно выявить лишь изменение нормальной структуры органа, которая в любом случае изменена в результате проведения РЧА. Таким образом УЗИ позволяет лишь заподозрить продолженный опухолевый рост, а КТ исследование с контрастным усилением дает достоверную информацию о вновь возобновившемся росте метастаза [3], [8].

В нашем случае УЗИ оказалось информативным лишь для диагностики ранних послеоперационных осложнений, КТ исследование с контрастным усилением показало свою эффективность при диагностике продолженного роста опухолевого очага.

#### Выводы

1. РЧТА является новой технологией лечения метастазов колоректального рака и требует дальнейшего изучения.
2. Продолженный опухолевый рост на фоне постабляционного некроза после РЧТА является серьезной диагностической проблемой.
3. КТ с болюсным контрастированием является более информативным методом диагностики по сравнению с УЗИ и позволяет выявить продолженный опухолевый рост после проведения РЧТА.

#### Литература

1. Блувштейн Г.А., Свистунов А.А., Якубенко В.В., Вертянкин С.В. Противотромботическая профилактика после лапароскопической холецистэктомии у пациентов пожилого возраста с избыточной массой тела. Казанский медицинский журнал. 2005; Т. 86 (6): 473-476.
2. Блувштейн Г.А., Вертянкин С.В., Якубенко В.В. К вопросу о классификации неблагоприятных ситуаций, сопровождающих лапароскопическую холецистэктомию. Эндоскопическая хирургия 1999; (2): 10.
3. Данзанова Т.Ю., Лепэдату П.И., Синюкова Г.Т. Особенности современной диагностики метастазов колоректального рака в печень. Онкологическая колопроктология 2013.
4. Давыдов М.И., Долгушин Б.И., Косырев В.Ю. Радиочастотная термоабляция опухолей. М.: Москва. Практическая медицина, 2015г; 192 с.
5. Каприн А.Д., Старинский В.В. Злокачественные новообразования в России в 2014 году. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России 2016; 250 с.
6. Гармаева С.В., Петренко К.Н., Полищук Л.О. и др. Радиочастотная абляция злокачественных новообразований. Современное состояние вопроса. ГУ Российский научный центр хирургии им. Б.В. Петровского РАМН 2007.
7. Полищук Л.О., Скипенко О.Г. Хирургическое лечение метастазов колоректального рака в печени. Журнал им. Н.И. Пирогова 2009; 5: 15.
8. Alejandro Serrablo, Luis Tejedor, Vicente Borrego et al. Colorectal Liver Metastasis: Current Management Miguel Servet University Hospital. In: Liver Tumors ed. by prof. A. Julianov 2012; p. 145-167.