

Первым этапом лечения у 8 пациентов являлась селективная эмболизация меньшей по размерам опухоли, вторым - хирургическое вмешательство на контралатеральной почке. У одного больного сначала выполнили эмболизацию большей опухоли, а затем вторым этапом – селективную эмболизацию новообразования меньшего размера. В качестве эмболизатов использовали поливинилалкоголь, гемостатическую губку, этанол в смеси с липидодолом.

**Результаты.** Все процедуры были технически успешны, осложнений не было. Через 1 – 4 мес после эмболизации у 8 пациентов успешно выполнено оперативное вмешательство на контралатеральной почке: резекция (n=4) или нефрэктомия (n=4). Через 6 мес после эмболизации у трёх больных выполнены повторные ангиографические исследования, и у двух из них - успешная доэмболизация опухоли. У 4 пациентов уменьшение размеров опухоли позволило выполнить резекцию почки, а у одного - чрескожную радиочастотную абляцию.

На настоящий момент в течение 5 лет и более живы 5 больных. Умерли 4 пациента в сроки от 34 до 49 (в среднем  $42,0 \pm 6,2$ ) мес.

**Заключение.** Селективная эмболизация представляется эффективным и безопасным методом, позволяющим расширить возможности лечения пациентов с двусторонним раком почки. Процедуру можно использовать как самостоятельно, так и в комбинации с хирургическими и абляционными методами.

## **РОЛЬ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ**

*Шуракова А.Б., Ионкин Д.А.*

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздравсоцразвития России  
г. Москва

**Цель исследования.** Определить эффективность магнитно-резонансной томографии (МРТ) в оценке результатов радиочастотной термоабляции (РЧА) у больных со злокачественными образованиями в печени.

**Материалы и методы.** За период с 2002 г. по 2012 г. нами было обследовано 180 больных, перенесших 244 сеанса радиочастотной термоабляции. Исследование

проводилось на МР-томографе Inter (Philips) напряженностью магнитного поля 1 Т. с использованием поверхностной катушки Synergy body и респираторной компенсацией. Исследование выполнялось на 1-ые, 3-4-е сутки после вмешательства, через 1 неделю, 3 недели, 1 месяц и далее каждые 3 месяца. Использовались импульсные последовательности (ИП) на основе спинового эха - T2/TSE, T1/TSE, инверсионного восстановления – SPIR и STIR, а также быстрые градиентные режимы – TFE и FFE.

**Результаты.** С учетом полученных данных, мы определили следующие тенденции: в первые сутки у всех пациентов зона РЧА определялась в виде структуры с недостаточно четкими контурами, неоднородно гипointенсивного МР-сигнала в режимах T2/TSE, SPIR, STIR и FFE. В ИП T1/TSE данные изменения выглядели неоднородно гиперинтенсивными, а в режиме TFE - практически изоинтенсивными паренхиме печени. Максимальный тканевой контраст определялся в режиме STIR, что обусловлено использованием коротких значений времени инверсии (TE – 20 ms, TI – 155 ms). В последующие 3 недели из-за выраженных послеоперационных изменений со стороны паренхимы печени, полноценный анализ контуров зоны деструкции был значительно затруднен, и лишь к концу 1-го месяца становилось возможным произвести полноценную оценку области абляции.

**Заключение.** МРТ должна быть включена в алгоритм обследования пациентов с очаговыми образованиями печени. Для полноценного контроля зоны РЧА необходимо предоперационное МР-исследование, а также последующее динамическое наблюдение в оптимальные сроки: 1-е сутки и 4 недели после вмешательства. Каждое последующее исследование должно быть проведено в условиях, аналогичных ранее выполненным. МРТ наиболее точно определяет признаки неполной деструкции и/или продолженного роста. Высокий тканевой контраст патологических очагов и зон РЧА к неизмененной паренхиме в совокупности с отсутствием лучевой нагрузки делает это метод предпочтительным при контроле за и областью деструкции, и за функциональным каналом.