

© Коллектив авторов, 2015
УДК 616.36-006.6-036.65-059

А. М. Гранов, П. Г. Таразов, Д. А. Гранов, А. А. Поликарпов, Н. В. Олещук

УСПЕШНОЕ КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМой

ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий»
(дир. — академик РАН проф. А. М. Гранов), Санкт-Петербург

Ключевые слова: гепатоцеллюлярный рак, резекция печени, рецидив, криодеструкция, ангиография, химиоэмболизация печеночной артерии

Резекция печени — основной метод лечения гепатоцеллюлярного рака (ГЦР), позволяющий добиться многолетней выживаемости, но случаев очень длительного срока (более 20 лет) в современной литературе немного [1, 6]. Несмотря на тщательное наблюдение и необходимое дополнительное лечение, большинство больных погибают от рецидива опухоли в течение первых 5 лет [2, 5]. Другая часть умирают от сопутствующего цирроза печени, иных заболеваний, а также в связи с преклонным возрастом [4, 6]. Мы приводим сообщение о пациенте с рецидивирующим ГЦР, который наблюдается в течение 23 лет. В его лечении использованы как хирургический, так и локорегионарные методы воздействия.

Больной Ш., 40 лет, поступил в ноябре 1991 г. с жалобами на периодические боли и тяжесть в правом подреберье. При УЗИ и КТ в правой доле печени выявлено округлое образование размером 7×8 см, с частично обызвествленной капсулой. Предположительный диагноз: первичная опухоль или альвеококк печени. Учитывая возможность удаления образования и согласие больного на операцию, биопсию не выполняли.

20.11.1991 г. произведены резекция VI–VII–VIII сегментов печени, катетеризация пупочной вены (рис. 1). Гистологическое заключение: высококодифференцированный ГЦР без сопутствующего цирроза печени. Послеоперационный период протекал без осложнений, и на 20-е сутки через пупочный катетер в воротную вену введена суспензия 250 мг 5-фторурацила с 9 мл масляного контрастного вещества «Этиотраст» (аналог липиодола). Ежедневное внутрипортальное введение 500 мг 5-фторурацила продолжено в

течение еще 4 сут. При нескольких контрольных обследованиях данных за рецидив опухоли не получено.

В течение 7,5 лет пациент находился под динамическим наблюдением. В мае 1999 г. при КТ обнаружено и при ангиографии подтверждено наличие гиперваскулярного узла в левой доле печени (рис. 2). В питающие артерии введено 60 мг доксорубина с 6 мл этиотраста, отмечено селективное накопление химиоэмболизата в образовании. Через 2 нед произведена паратуморальная резекция левой доли печени. Гистологическое заключение: ГЦР.

Через 1,5 года при КТ обнаружены рецидив ГЦР в левой доле, имплантационные метастазы в большой сальник и подпеченочное пространство. 21.11.2000 г. — лапаротомия, удаление метастазов, криодеструкция узла ГЦР (35×30 мм). Послеоперационное течение гладкое. При контрольном обследовании через 2 мес данных за рецидив нет, в левой доле печени в зоне криодеструкции участок некроза 28×20 мм. Выполнены ангиография, адьювантная химиоэмболизация печеночной артерии (40 мг доксорубина с 10 мл липиодола). В течение последующих 3 сут в чревный ствол с помощью инфузомата осуществляли инфузию 5-фторурацила (2 г/сут, суммарно 6 г). Два аналогичных курса адьювантной внутриартериальной терапии проведены в июле и октябре 2001 г., после чего продолжено динамическое наблюдение.

При очередном обследовании в мае 2007 г. обнаружен и гистологически подтвержден рецидив ГЦР в центральных отделах печени; решено проводить рентгеноэндоваскулярное лечение. В период с мая 2007 г. по сентябрь 2014 г. выполнены 16 артериальных химиоэмболизаций дочерних узлов, возникших в разных отделах резецированной печени (рис. 3). Использовали доксорубин и липиодол (при необходимости добавляли гемостатическую губку), после достижения максимальной суммарной дозы 600 мг доксорубина заменили на митомин С (10 мг на процедуру). Продолжаем проводить циклы суперселективной химиоэмболизации 1–3 раза в год, основываясь на признаках рецидива опухоли при КТ (уровень альфа-фетопroteина у больного в норме) и локализации новых очагов. В настоящее время (декабрь 2014 г.) через 23 года после первой операции пациент находится в состоя-

Сведения об авторах:

Гранов Анатолий Михайлович (e-mail: crirr@peterlink.ru), Таразов Павел Гадельгараевич (e-mail: tarasov@mail.ru),
Гранов Дмитрий Анатольевич (e-mail: dmitriigranov@gmail.com), Поликарпов Алексей Александрович (e-mail: pol11110@mail.ru),
Олещук Никита Витальевич, ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий»,
197758, Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, 70



Рис. 1. Макропрепарат резецированной правой доли печени больного Ш. с гепатоцеллюлярным раком печени.
Определяется опухоль размером 7х8 см



Рис. 2. Целиакограмма того же больного.
Через 7,5 лет рецидив ГЦР в виде дочернего узла в левой доле печени (стрелка)

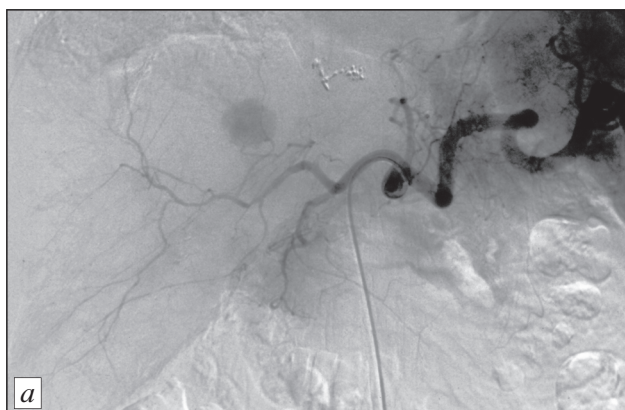


Рис. 3. Ангиограммы того же больного через 20 лет после первой операции: новый дочерний узел ГЦР в центральных отделах резецированной печени (а); выполнена селективная химиэмболизация с помощью микрокатетера (б)

нии ремиссии. Продолжается динамическое наблюдение. Все это время пациент отказывается от группы инвалидности, работает по специальности мастером на промышленном производстве, ограничений в повседневной жизненной активности не придерживается.

Резекция печени — основной метод лечения ГЦР без сопутствующего цирроза, позволяющий добиться хороших отдаленных результатов [1, 7]. Однако наблюдений такого длительного срока выживаемости при рецидивирующем ГЦР в современной литературе немного [2, 3, 6]. У нашего пациента достигнут очень хороший результат: он жив в течение 23 лет после первичной резекции печени и находится в состоянии ремиссии после очередной химиэмболизации.

В представленном наблюдении у больного имелись как благоприятные, так и неблагоприятные факторы развития болезни. К последним следует отнести рецидивирующий характер новообразования, потребовавший дополнительных оперативных и множества эндоваскулярных вмешательств [5, 7]. В какой-то мере отрицательным

фактором являлся возраст пациента (40 лет): известно, что у молодых прогрессирующее ГЦР возникает и развивается быстрее, чем у пожилых [4].

Без сомнения, благоприятным фактором была высокая гистологическая дифференцировка ГЦР и наличие у него капсулы [2, 5]. Несмотря на большие размеры опухоли, это обусловило отсутствие распространения в виде дочерних узлов и сосудистой инвазии к моменту диагностики. Вероятно, именно благоприятной гистологической формой можно объяснить и высокую эффективность повторных вмешательств: ререзекции печени, удаления внепеченочных метастазов в лимфатические узлы, криодеструкции, циклов химиэмболизации.

По нашему мнению, имелся еще один весьма немаловажный фактор, повлиявший на результат лечения: тщательное динамическое наблюдение

при высокой дисциплинированности пациента, вовремя являвшегося на все назначенные процедуры.

Таким образом, адекватно выполненная хирургическая операция, тщательное последующее наблюдение, своевременное лечение прогрессирующего с помощью современных малоинвазивных методов могут обеспечить отличный результат выживаемости даже при рецидивирующем течении ГЦР.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Патютко Ю. И., Пылев А. Л., Сагайдак И. В. и др. Десятилетняя выживаемость больных злокачественными опухолями печени после хирургического лечения // *Анн. хир. гепатол.* 2010. № 3. С. 39–47.
2. Cauchy F., Fuks D., Belghiti J. HCC: Current surgical treatment concepts // *Langenbeck's Arch. Surg.* 2012. Vol. 397, № 5. P. 681–695.
3. Gluer A.M., Cocco N., Laurence J.M. et al. Systematic review of actual 10-year survival following resection for hepatocellular carcinoma // *HPB.* 2012. Vol. 14, № 5. P. 285–290.
4. Kitisin K., Packiam V., Steel J. et al. Presentation and outcomes of hepatocellular carcinoma patients at a Western centre // *HPB.* 2011. Vol. 13, № 10. P. 712–722.
5. Ng K.M., Yan T.D., Black D. et al. Prognostic determinants for survival after resection/ablation of a large hepatocellular carcinoma // *HPB.* 2009. Vol. 11, № 4. P. 311–320.
6. Tabrizian P., Roayaie S., Schwartz M.E. Current management of hepatocellular carcinoma // *World J. Gastroenterol.* 2014. Vol. 20, № 30. P. 10223–10237.
7. Xu L., Huang L., Li B.-K. et al. Clinicopathologic features and long-term outcomes of Chinese patients with hepatocellular carcinoma in non-cirrhotic liver // *Dig. Surg.* 2008. Vol. 25, № 5. P. 376–382.

Поступила в редакцию 18.12.2014 г.