

Никитин С. В.¹, Берзин С. А.², Киселев Е. А.¹,
Касаткина К. А.², Лозовский О.А.²

УДК 616.34
DOI 10.25694/URMJ.2020.02.14

Непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения опухолевого поражения печени

¹ ГАУЗ СО "Свердловский областной онкологический диспансер", г. Екатеринбург, ² ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Екатеринбург

Nikitin S. V., Berzin S. A., Kiselev E. A., Kasatkina K. A., Lozovskiy O.A.

Immediate and long-term results of surgical treatment for tumors of the liver

Резюме

Проанализированы непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения опухолевых поражений печени. В исследовании включено 188 пациентов. Послеоперационные осложнения составили 19,7%, послеоперационная летальность 4,8%. 5-летняя выживаемость при гепатоцеллюлярном раке печени составила 47%. 5-летняя выживаемость при метастазах колоректального рака в печень составила 25.

Ключевые слова: гепатоцеллюлярный рак, метастазы колоректального рака в печень, резекции печени, выживаемость

Summary

Immediate and long-term results of surgical treatment for tumors of the liver are analysed. In total 188 patients were included. Postoperative complications – 19,7 %. Postoperative mortality – 4,8 %. 5 years survival rate for patients with hepatocellular carcinoma – 47 %, for patients with colorectal liver metastases – 25 %.

Key words: hepatocellular carcinoma, colorectal liver metastases, liver resection, survival rate

Введение

По данным ряда авторов за 2018 г. в России впервые выявлено 8810 случаев злокачественных новообразований печени и внутрипечёночных желчных протоков, что составляет 1,4 % от всех впервые выявленных злокачественных новообразований. В России за 2018 год смертность от злокачественных новообразований находится на втором месте и составляет 16 %, из них 3,5 % приходится на злокачественные новообразования печени. [1]

В структуре злокачественных новообразований печени преобладает вторичный рак печени, его частота превышает первичный рак печени в 30 раз. [2] Среди первичного рака печени преобладает гепатоцеллюлярный рак (90 %), а частота встречаемости холангиоцеллюлярного рака составляет лишь 10 %. [3] Чаще всего ГЦР развивается на фоне цирроза печени, что препятствует своевременной диагностике рака и в значительной степени снижает шансы на радикальную операцию. [4,5] Среди вторичного рака печени преобладают метастазы колоректального рака, при этом 80-90% метастазов являются нерезектабельными на момент первичной диагностики. [6]

Цель исследования — анализ непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения пациентов с опухолевым поражением печени на базе отделения абдоминальной онкологии ГАУЗ «СООД».

Материалы и методы

Проведена статистическая обработка данных первичной медицинской документации 188 пациентов с первичным или вторичным опухолевым поражением печени, пролеченных с 2000 г. по 2019 г. в отделении абдоминальной онкологии ГАУЗ «СООД». Из них 82 – мужчины, 106 – женщины, средний возраст мужчин – 52,8 лет, средний возраст женщин – 51,7 лет. Морфологическая характеристика очаговых образований печени по результатам гистологического исследования операционного материала представлена в таблице № 1.

Таким образом, основной контингент прооперированных больных (44,68 %) составляют пациенты с метастатическим колоректальным раком, на втором месте первичный гепатоцеллюлярный рак печени – 18,62 %.

В анализируемую группу включены все прооперированные пациенты (188 человек). На дооперационном

Таблица 1. Гистологические варианты очагового поражения печени.

Гистологический вариант	Количество	В %
1. Гепатоцеллюлярный рак	35	18,62
2. Холангиоцеллюлярный рак	7	3,72
3. Недифференцированная опухоль	11	5,85
4. Метастазы колоректального рака	84	44,68
5. Метастазы рака молочной железы	2	1,06
6. Гепатоцеллюлярная аденома	4	2,13
7. Гемангиома	11	5,85
8. Метастазы рака яичников	2	1,06
9. Метастазы нейроэндокринной опухоли	9	4,79
10. Нодулярная гиперплазия	5	2,66
11. Метастазы рака поджелудочной железы	3	1,60
12. Метастазы меланомы	3	1,60
13. Липома	5	2,66
14. Метастазы из не выявленного очага	4	2,13
15. Метастазы гастроинтестинальной стромальной опухоли	1	0,53
16. Метастаз шиллиндромы твердого неба	1	0,53
17. Солитарно-фиброзная опухоль	1	0,53
Всего	188	100

Таблица 2. Объёмы оперативных вмешательств

Объем операции	Количество	В %
1. Правосторонняя гемигепатэктомия	49	26,1
2. Правосторонняя расширенная гемигепатэктомия	23	12,2
3. Левосторонняя гемигепатэктомия	19	10,1
4. Кавальная лобэктомия слева	12	6,4
5. Сегментэктомия	57	30,3
6. Атипичная резекция	27	14,4
7. Центральная резекция	1	0,5
Всего	188	100

Таблица 3. Характер послеоперационных осложнений после резекций печени.

Осложнение	Количество	В %
1. Послеоперационное кровотечение	4	10,8
2. Желудочное кровотечение	1	2,7
3. Перфорация язвы	2	5,4
4. Абсцесс брюшной полости	4	10,8
5. Желчный свищ	7	18,9
6. Гематома	2	5,4
7. Панкреонекроз	3	8,1
8. Острая печеночная недостаточность	6	16,2
9. Полноорганный недостаток	2	5,4
10. Панкреатит	1	2,7
11. Эвентрация	1	2,7
12. Желчный затек в ложе печени	2	5,4
13. Некроз сегмента печени	1	2,7
14. Кишечная непроходимость	1	2,7
Всего	37	100

этапе всем больным был выполнен стандартный диагностический комплекс мероприятий, включающий УЗИ органов брюшной полости, спиральную компьютерную томографию с внутривенным болюсным контрастированием, пункционную биопсию опухоли под УЗИ-наведением, анализ сыворотки крови на альфа-фетопротеин.

Детально объёмы операций на печени представлены в таблице № 2.

В большинстве случаев была выполнена сегментэктомия, которая составила 30,3 % от числа всех операций.

На втором месте по количеству операций правосторонняя гемигепатэктомия (26,1 %).

Статистическая обработка данных производилась с использованием программы для статистических расчетов Microsoft Excel, и Statistica 6.0. Построение кривых выживаемости проводилось по методу Каплана-Майера.

Результаты и обсуждение

Непосредственные результаты операций.

В исследуемой группе послеоперационные ослож-

Таблица 4. Причины послеоперационной летальности после операций на печени.

Случай	Количество	В %
1. Кровотечение	1	11,1
2. Перфорация язвы	1	11,1
3. Панкреонекроз	2	22,2
4. Острая печеночная недостаточность	3	33,3
5. Полиорганная недостаточность	2	22,2
Всего	9	100

Таблица 5. Отдаленная выживаемость пациентов с опухолевым поражением печени в зависимости от гистологического варианта.

Гистологические варианты	Отдаленная выживаемость в %		
	1 год	3 года	5 лет
ГЦР	86	59	47
ХЦР	86	86	65
Недифференцированная аденокарцинома	90	62	46
MTS крр.	85	46	25
MTS нейроэндокринной опухоли	86	86	86

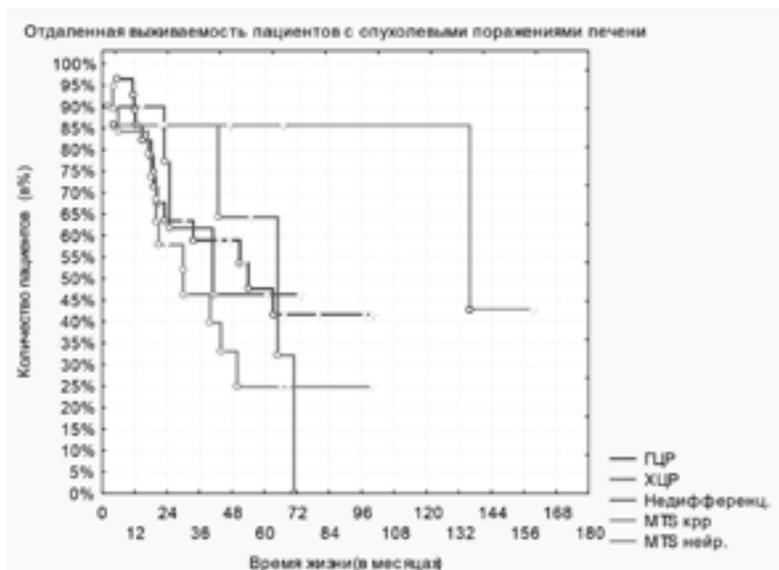


Рисунок 1. Отдаленная выживаемость пациентов с опухолевыми поражениями печени.

нения составили 37 случаев (19,7%). Характер послеоперационных осложнений представлен в таблице № 3.

Как видно в таблице № 3, наиболее часто встречающимися осложнениями в послеоперационном периоде являются желчный свищ (18,9 %) и острая печеночная недостаточность (16,2 %). На третьем и четвертом месте среди осложнений абсцесс и послеоперационное кровотечение – 10,8%. Остальные осложнения встречаются реже.

Послеоперационная летальность составила 9 случаев (4,8 %). Большинство случаев летального исхода у пациентов после обширных резекций печени: в 4 случаях – после правосторонней расширенной гемигепатэктомии и в 4 случаях – после правосторонней гемигепатэктомии, а также в 1 случае после сегметэктомии.

Причиной летального исхода в большинстве случаев послужила острая печеночная недостаточность (33,3

%), на втором и третьем месте панкреонекроз и полиорганная недостаточность (22,2 %).

Отдаленные результаты лечения опухолевых заболеваний печени.

Как видно из графика на рисунке 1 и таблицы №5 однолетняя выживаемость прооперированных пациентов всех групп практически одинаковая. 5 летняя выживаемость выше у пациентов с ГЦР 47 мес., ХЦР 65 мес.

Выводы

1. Оперативные вмешательства при опухолевом поражении печени при отработанной технике оперирования сопровождаются невысокими цифрами летальности и приемлемыми цифрами послеоперационных осложнений.

2. Отдаленные результаты лечения сопоставимы с данными ведущих онкологических клиник. ■

Никитин Сергей Викторович - врач-онколог высшей категории, ГАУЗ СО "Свердловский областной онкологический диспансер". **Берзин Сергей Александрович** – д. м. н., профессор кафедры онкологии и лучевой диагностики ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России. **Киселев Евгений Александрович** – к. м. н., врач-онколог высшей категории, ГАУЗ СО "Свердловский областной онкологический диспансер" 620036, г. Екатеринбург, Россия. **Касаткина Ксения Андреевна, Лозовский Олег Алексеевич.**

Литература:

1. Каприн А. Д., ред., Петрова Г.В., ред., Старинский В.В., ред. *Злокачественные новообразования в России в 2018 году (заболеваемость и смертность)*. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; 2019.
2. Гусейнов А. З., Гусейнов Т. А. *Современная диагностика опухолей печени (обзор литературы)*. Вестник новых медицинских технологий, электронный журнал. 2016; 4: 359-377.
3. Алентьев А.В., Азимов Ф.Х., Майстренко Н.А., Шейко С.Б. *Холангиоцеллюлярный рак (особенности диагностики и лечения)*. Практическая медицина. 2008; 9(4): 229-236.
4. Акберов Р.Ф., Зогот С.Р., Зыятдинов К.Ш. *Гепатоцеллюлярный рак: эпидемиология, лучевая диагностика, современные методы лечения (обзор литературы)*. Вестник Чувашского университета. 2013; 3: 330-335.
5. Карпенко В.Н. *Интервенционные вмешательства под контролем ультразвукового исследования в диагностике и лечении очаговых образований печени*. Вестник Российского научного центра рентгенодиагностики. 2009; 1(9): 23-27.
6. Батырбеков К.У., Маишкин А.М., Мидленко А.А., Шаназаров Н.А. *Эпидемиологические аспекты колоректального рака на современном этапе. Современные проблемы науки и образования*. 2014; 3: 499.
7. *СОВРЕМЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ*. Фрейнд Г.Г., Живаева Е.В. *Уральский медицинский журнал*. 2016. № 3 (136). С. 84-90
8. *МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕПАТОБИЛИАРНЫХ ГАМАРТОВ КАФЕДРА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ С СЕКЦИОННЫМ КУРСОМ*. Фрейнд Г.Г., Живаева Е.В. *Уральский медицинский журнал*. 2018. № 2 (157). С. 31-35.