

Рак печени

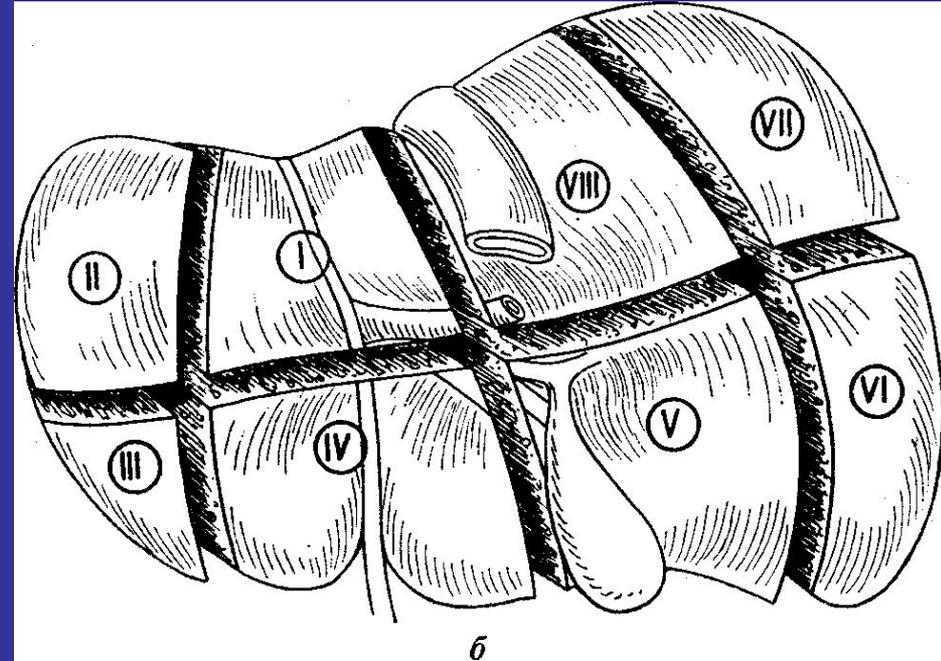
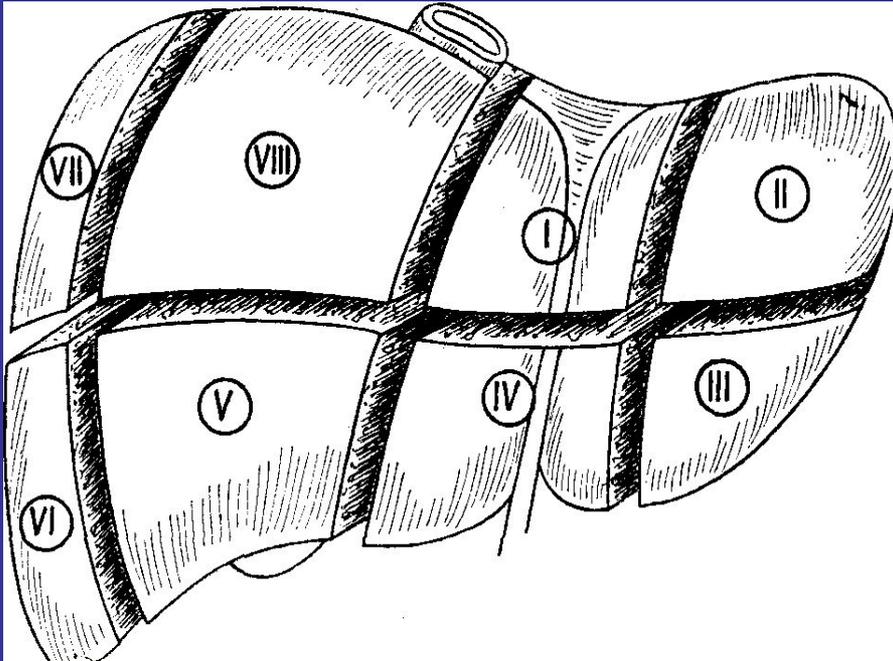
проф. П.М. Иванов

Хирургическая анатомия печени

Сегменты печени:

А - Вид сверху

Б - вид снизу



- **Левая доля** : I – парамедио-краниальный = хвостатая доля; II Латеро-краниальный; III – латеро-каудальный; IV – парамедио-каудальный = квадратная доля;
- **Правая доля**: V. Парамедио-каудальный; VI Латеро-каудальный; VII Латеро-краниальный; VIII Парамедио-краниальный.

Историческая справка

Первое описание резекции печени у человека принадлежит Корнелию Цельсу (трактат «О медицине», 1 в. н. э.).

- Первую резекцию печеночной доли у собаки осуществил Джузеппе Цомбеккари в 1680 г.
- В 1716 г. Джовани Берта повторил операцию Цельса у больного с ранением живота.
- В 1882 г. Оленаусен и в 1886 году Линз удалили опухоль печени.
- В 1894 г. И.Р. Пенский и М.М. Кузнецов, разработали особый шов при резекции печени.

Историческая справка

- В 1894 г. И.Р. Пенский и М.М. Кузнецов, разработали особый шов при резекции печени.
- В 1912 г. Вендел ввел в практику типичную гепатэктомию.
- В 1955 г. вопросы о резекции печени обсуждались на XVI Конгрессе Международного общества хирургов в Копенгагене.
- 5 мая 1963 г. Старзл (США) 29-летней женщине впервые осуществил полное ее удаление и замещение печенью донора. Больная погибла от омертвения желчного протока. Некоторые больные живут более 2 лет.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ. СТАТИСТИКА

Заболееваемость населения различных стран мира раком печени

Страна	Годы	Показатели	
		Мужчины	Женщины
а) Страны с наиболее высокими показателями			
Мали (Бамако)	1997	51,1(1)	17,5(1)
Япония (Префектура Осако)	1997	46,7(2)	11,5(2)
Гонконг	1997	36,2	9,5
Китай (Шанхай)	1997	28,2	9,8
б) Страны с наиболее низкими показателями			
Нидерланды	1997	1,6	0,6
Норвегия	1997	1,8	1,1
Уругвай	1997	1,6	0,8

Заболеваемость первичным раком печени в России в 2005 г.

Пол	Показатели		Средний возраст
	ГП	СП	
Мужчины в РФ	5,5	4,4	64,1
в РС	15,6	22,1 (1)	62,4
Женщины в РФ	3,8	2,0	67,7
в РС	11,3	10,2 (2)	64,6

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, СТАТИСТИКА

Заболеваемость первичным раком печени в РС(Я и РФ в 2005 г.

Год наблюдения	Показатели (стандарт мировой на 100000 населения)					
	Городское	Сельское	Пришломое	Коренное	РС (Я)	РФ
1990	10,7	23,8	8,9	24,2	15,8	-
1995	12,6	25,1	10,7	26,6	16,9	3,5
2000	12,6	21,7	9,2	25,3	16,2	3,3
2005	13,8	17,6	8,3	23,6	14,9	2,9

Структура заболеваемости ЗН у мужского населения РФ (2005)



Печень-7,3%

Панкреас- 4,0%

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, СТАТИСТИКА

Структура заболеваемости ЗН у женского населения РФ (2005)



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, СТАТИСТИКА

Структура заболеваемости ЗН населения РС (Я) в 2005 г.

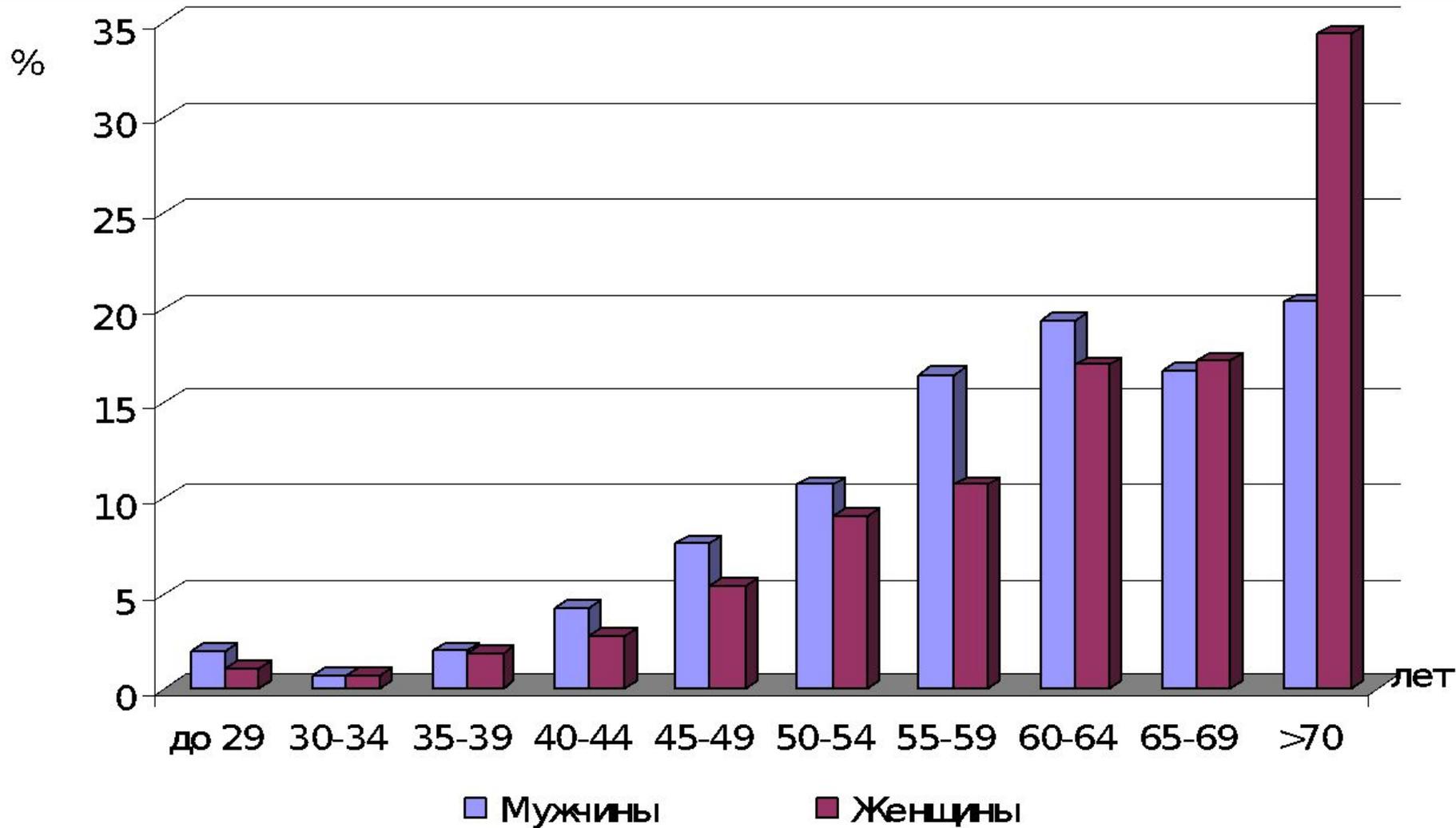
М

Локализация	В %
Легкое(С33, 34)	22,70
Желудок(С16)	13,32
Печень (С22)	7,27
Гемобластозы (С81-96)	6,05
Почки (С64)	5,15
НО кожи (С44, 46.0)	4,94
Пищевод (С15)	6,26
Ободочная кишка(С18)	4,44
Прямая кишка(С19-21)	4,74
Поджелудочная железа (С25)	4,04

Ж

Локализация	В %
Молочной железы (С50)	19,15
Легкое(С33, 34)	8,84
Шейка матки (С53)	8,64
Ободочная кишка(С18)	6,35
Печень (С22)	5,72
Гемобластозы (С81-96)	5,62
Прямая кишка(С19-21)	4,89
Яичник (С56)	4,68
Тело матки (С54)	4,37
НО кожи (С44, 46.0)	3,64

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, СТАТИСТИКА



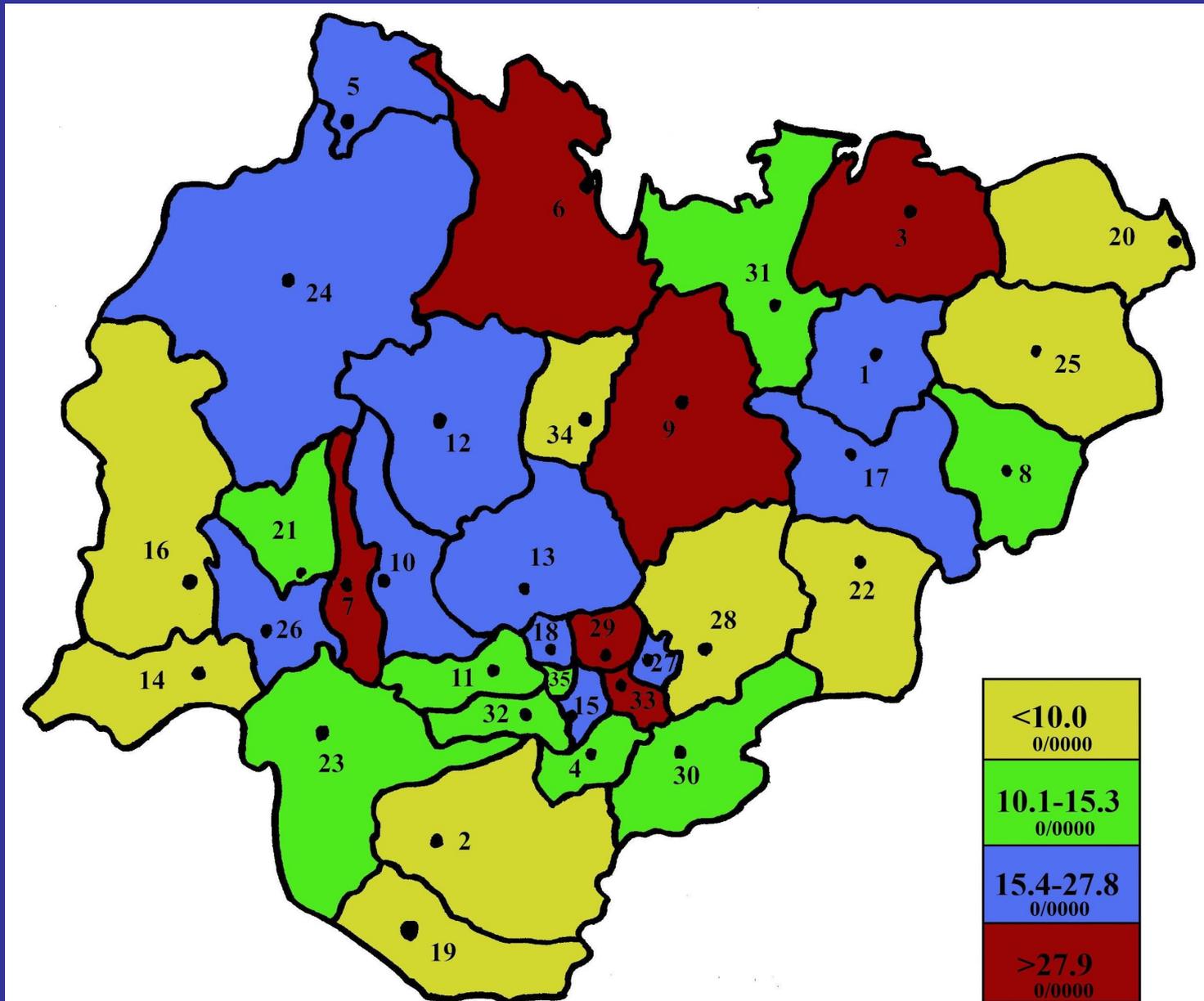
**Частота повозрастных показателей заболеваемости населения
ПРП в РС (Я) за 1990-2005 гг**

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, СТАТИСТИКА

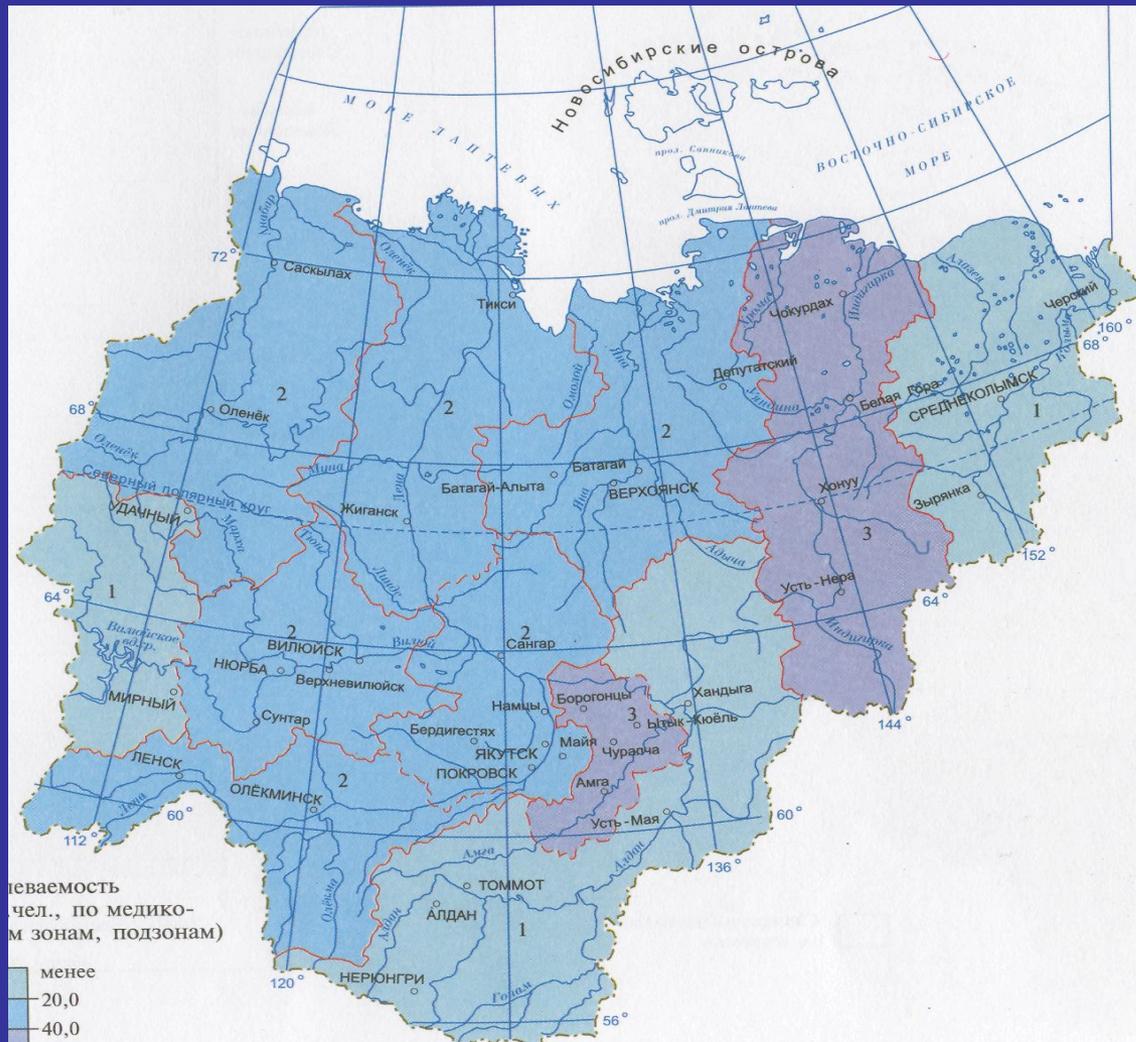
Динамика повозрастных показателей заболеваемости населения РС (Я) ПРП за 1990-2005 гг.

Год	ГП на 100 тыс. нас. соответствующего возраста					
	До 29 л.	30-39	40-49	50-59	60-69	70 и <
Мужское население						
1995	0,7	4,8	18,0	50,4	182,4	150,2
2000	0,8	2,6	13,9	29,3	134,3	177,1
2005	0,0	4,4	7,8	39,3	135,0	177,9
Женское население						
1995	0,7	3,1	5,2	24,9	69,6	62,2
2000	0,0	1,4	6,9	20,6	39,8	161,7
2005	0,0	0,0	8,5	25,3	41,8	106,5

Заболеваемость ПРП населения улусов РС (Я)

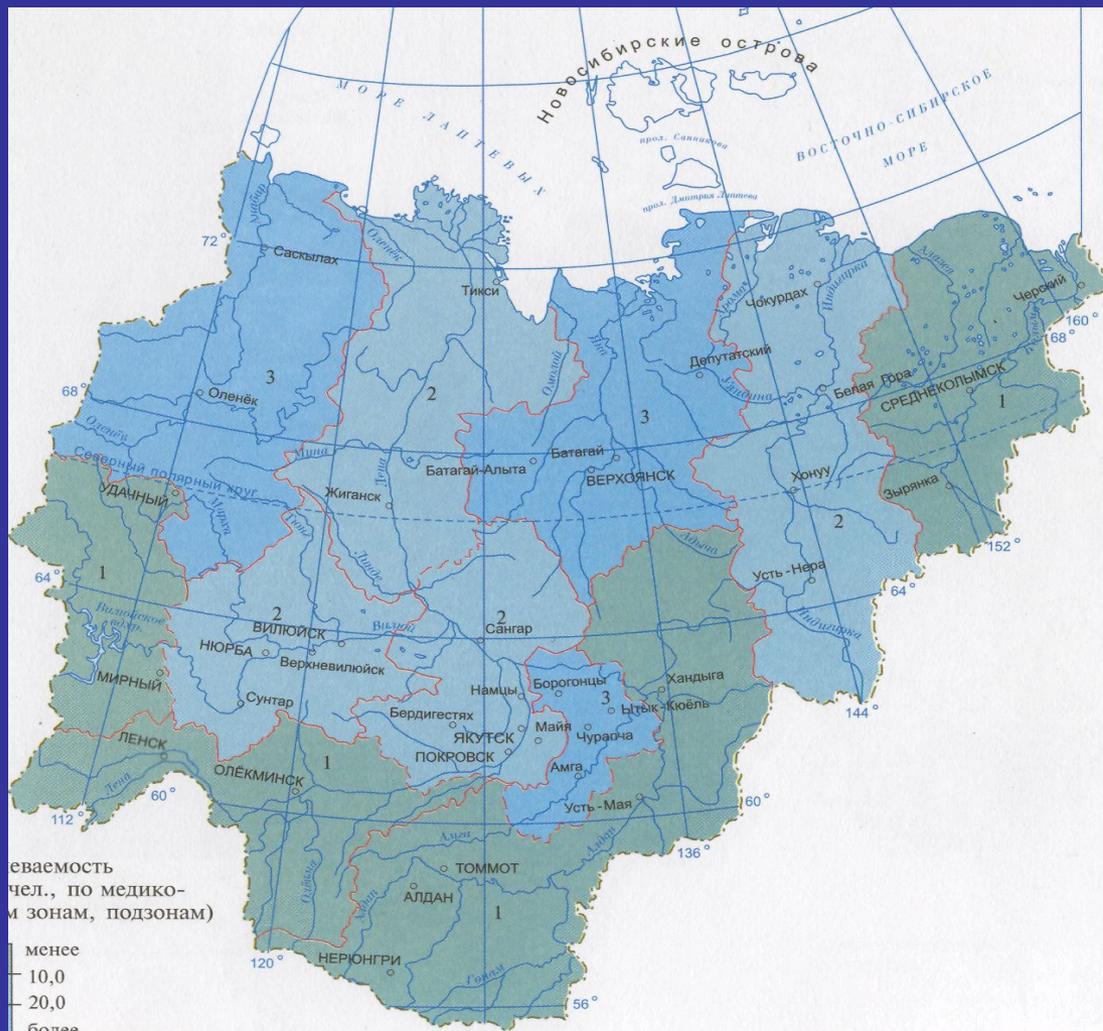


ЭПИДЕМИОЛОГИЯ



Заболееваемость первичным раком печени мужского населения РС (Я)

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ



Заболееваемость первичным раком печени женского населения РС (Я)

Этиопатогенез

- (1). Причину видят в особенностях **питания**, связанных с низким содержанием белков, витаминов, применении в Африке народного средства «сенесон». «Квашиоркор» – заболевания детей раннего возраста в результате белкового голодания.
- (2). **Хронические воспалительные и дегенеративные процессы** в паренхиме печени (гепатиты, ЖКБ и т. д.). С исходом в цирроз.
- (3). В последние годы доминирует мнение о том, что остро протекающий гепатоцеллюлярный цирроз-рак печени является непосредственным исходом вирусного гепатита. **Хронический вирусный гепатит В** выявляется у 80-% пациентов с гепатомой. Риск возникновения гепатоцеллюлярного рака у носителей вируса возрастает в 200 раз. У мужчин-носителей он выше на 50%.
- (4). При циррозе рак возникает у 3,5- 24,8 %, заболевших, а среди умерших от рака печени цирротические изменения находят у 50–85%. Цирроз печени (особенно крупноузловая форма) находят примерно у 60-90% больных с гепатомой. На фоне цирроза печени рак развивается в 74–100% случаев.

Факторы риска

(5) **Гемохроматоз** (избыточное содержание в организме железа).

(6) **Паразитарные заболевания:** шистосомоз, описторхоз и др..

(6) **Канцерогены:**

(а) Промышленные продукты – полихлорированные дифенилы, хлорированные углеводородные растворители (*например*, тетрахлористый углерод, нитрозамины), органические хлорсодержащие пестициды.

(б) Органические соединения (афлатоксины, содержащиеся в пищевых продуктах, *например*, арахисе). Афлатоксины – токсический продукт жизнедеятельности плесневых грибов (в муке или рисе). В эксперименте доказано, что кормление животных заплесневевшим зерном приводит к развитию опухолей печени

Патологическая анатомия

◆ По макроскопической картине различают:

- (1) **Узловая форму** (60-85%), когда в печени расположено много опухолевых узлов различной величины, при наличии цирроза в сохранившейся печёночной ткани;
- (2) **Массивную форму** (25%), когда опухоль в виде единичного крупного узла располагается в глубине органа, при этом печень увеличена, но сохраняет нормальные свои контуры;
- (3) **Диффузную форму** (12%), когда вся печень нафарширована множеством мелких, почти одинаковых размеров узелков опухоли. Большая часть паренхимы печени замещена сливающимися друг с другом опухолевыми узлами различных размеров. Разновидностью диффузной формы является относительно редко встречающийся рак-цирроз. После прорастания глиссоновой капсулы наступает быстрое обсеменение брюшины. Метастазирование чаще идет в легкие, селезенку, кости. Наряду с наличием массивного узла в печени нередко выявляются множественные небольшие оп. (сателлиты).

Патологическая анатомия

◆ По микроскопическим признакам:

- **Гепатоцеллюлярный рак.** Возникает чаще в виде мультицентрических очагов в различных участках органа. Микроскопически определяется строма из мелкой сети капилляров, среди которых группируются полиморфные опухолевые клетки в виде тяжей, или железистых ходов. Эти раки нередко дают внутripеченочные метастазы по системе воротной или печеночной вен, печеночной артерии и через малый круг.
- **Холангиоцеллюлярный рак** является уницентричным. Микроскопически он представляет железистые раки со значительным выделением слизи. Строму здесь составляют соединительнотканые тяжи, среди которых расположены неравномерные разрастания полиморфных раковых клеток, группирующихся подобно цилиндрическому эпителию желчных ходов.
- **Саркома печени.** Возникает из соединительно-тканых элементов печени – из эндотелия и перигелия ее сосудов. Микроскопически различают веретеночлеточные и круглоклеточные. Различают массивную большую, медуллярную опухоль или же узловатую мультицентрическую. Рост и распространение саркомы в пределах печени и за ее пределами происходит таким путем, как и при раке печени.

Патологическая анатомия

Происхождение		Опухоль	
		доброкачественная	злокачественная
Эпителиальные	Печеночные клетки	гепатома (аденома)	Гепатоцеллюлярный
	желчные ходы	холангиома	Холангиоцеллюлярный рак
Соединительная ткань		Фиброма	Саркома
Кровеносные сосуды		Гемангиома	Злокачественная гемангиоэндотелиома

TNM - классификация МАИР:

T - Первичная опухоль.

T1 - солитарная до 2 см. в наибольшем измерении без инвазии сосудов.

T2 - солитарная опухоль до 2 см в наибольшем измерении с инвазией или более 2 см без инвазии сосудов, множественные опухоли, ограниченные одной долей, до 2 см в наибольшем измерении без инвазии сосудов.

T3 - солитарная опухоль более 2 см в наибольшем измерении с инвазией сосудов или множественные опухоли, ограниченные одной долей, более 2 см в с инвазией сосудов, или множественные опухоли ограниченные одной долей.

T4 - множественные опухоли в обеих долях или опухоль (и), поражающая основную ветвь портальной или печеночной вены.

TNM - классификация МАИР:

N – Регионарные лимфатические узлы.

Nx - недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов.

N0 - - нет признаков метастатического поражения регионарных л/у.

N1 - в регионарных лимфатических узлах имеются метастазы.

M - Отдаленные метастазы.

Mx - недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.

M0 - нет признаков отдаленных метастазов.

M1 - имеются отдаленные метастазы.

Клинические проявления

- * В начальный период болезни больные жалуются на отсутствие аппетита, поташнивание, редко на рвоту, общую слабость, чувство тяжести в правом подреберье, отвращение к мясной пище, поносы, запоры, метеоризм, лейкоцитоз, ускоренное СОЭ.

Частота отдельных симптомов по Шунг-Сюэ-Ли и Чен-Чао-Шу составляет: ■ потеря веса – 60%, увеличение печени – 100%; ■ расширение поверхностных вен брюшной стенки – 21,5%; ■ асцит – 38%; ■ желтуха – 27,3%; ■ отеки – 20,5%; ■ сосудистые «паучки» – 6,5%; ■ увеличение подключичных л/у слева – 2,8%; ■ выпот в правой плевральной полости – 9%.

Повышение температуры до 38% и выше.

Клинические проявления

- Печень большая бугристая, деревянистой плотности, с утолщенным закругленным краем, безболезненная, опускающаяся иногда до пупка
- Кожа бурая, грязносерой окраски. Нередко малиновая окраска ладоней, «сосудистые звездочки» на коже предплечья и шеи.
- В поздних стадиях - выраженные боли. В финальном периоде развивается печеночная кома.
- Асцит обнаруживается, примерно у 30%.
- спленомегалия у 5% больных. У 10-15% пациентов возникает внутрибрюшное кровотечение и развивается шок.
- Возможны эндокринологические нарушения (например, синдром Кушинга)

Клинические формы (Lin Chao-chi)

1. Гепатомегалическая,
2. Абсцедирующая,
3. Цирротическая,
4. Форма с механической желтухой, в
5. Геморрагическая форма (внутрибрюшинная);
6. Гипогликемическая;
7. Литиазная симулирующая камнеобразования;
8. Форма хронического гепатита;
9. Интраабдоминальная кистозная форма;
10. Диффузная канцероматозная;
11. Лейкемоидная;
12. Параплегическая (при MTS в позвонке).

Диагностика

- (1). **Лабораторные методы.** Помимо вышеуказанных методов в настоящее время применяются и дополнительные лабораторные методы обследования. В 1963 г. Г. И. Абелев в эксперименте обнаружил альфафетопротеин при экспериментальной карциноме печеночных клеток. Ю. С. Татаринов этот метод применил в клинике. Содержание АФП в крови повышено в 70-90% случаев.
- (2). При помощи **УЗИ, КТ, МРТ, диагностической лапароскопии** с биопсией диагноз можно установить в 90% случаев. Минимальный диагностируемый размер опухоли – 1 см.
- (3). **Пункционная биопсия.** В ряде случаев дает ценные показатели, но является весьма опасной из-за возможного кровотечения и билиарного перитонита.

Диагностика

- (4). Лапароскопия с одновременной пункцией печени дает ценные результаты.
- (5). Скенирование печени с помощью I131 – бенгальская роза позволяет определить состояние печеночной паренхимы и Au198 – ретикулоэндотелия.
- (6). Простая рентгенография печени в условиях пневмоперитонеума показывает характер контуров печени, ее деформацию, уточняет взаимоотношения печени с диафрагмой. Спленопортография, артериография печени транспортальным путем и флебография печени из поллой вены не нашли широкого применения.

Лечение

1). Оперативное лечение обязательно включает биопсию опухоли. Установить операбельность опухоли возможно только после выполнения лапаротомии.

Частота операционной летальности составляет более 20%, а у пациентов с сопутствующим циррозом печени может достигать 60%.

(2). Химиотерапевтические препараты, вводимые в/в, практически не оказывают эффекта. Введение препаратов в печёночную артерию даёт лучшие результаты.

Прогноз

- При операбельных опухолях средняя продолжительность жизни пациентов после операции составляет 3 года. Пятилетняя выживаемость больных около 20%.
- При неоперабельных опухолях средняя продолжительность жизни пациентов после установления диагноза составляет 4 мес.

Благодарю за внимание!

