

Для цитирования: Мерзликин Н.В., Петров Л.Ю., Цхай В.Ф., Пшеничникова Е.А., Саруева А.П. Случай успешного криохирургического лечения злокачественной опухоли печени больших размеров. Сибирский онкологический журнал. 2019; 18(4): 112–115. – doi: 10.21294/1814-4861-2019-18-4-112-115.

For citation: Merzlikin N.V., Petrov L.U., Tskhai V.F., Pshenichnikova E.A., Sarueva A.P. Cryosurgery in the treatment of liver cancer: a case report. Siberian Journal of Oncology. 2019; 18(4): 112–115. – doi: 10.21294/1814-4861-2019-18-4-112-115.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО КРИОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

Н.В. Мерзликин¹, Л.Ю. Петров¹, В.Ф. Цхай¹,
Е.А. Пшеничникова², А.П. Саруева¹

ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Томск, Россия¹

Россия, г. Томск, 634050, Московский тракт, 2. E-mail: nikolai_merzlikin@mail.ru¹

ОГБУЗ «Патологоанатомическое бюро», г. Томск, Россия²

Россия, г. Томск, 634045, ул. Нахимова 3/3²

Аннотация

Актуальность. Рак печени является наиболее часто встречающейся опухолевой патологией печени с агрессивным течением и неблагоприятным прогнозом. В мире он занимает одно из ведущих мест среди причин онкологической смертности. Пятилетняя выживаемость составляет не более 15 %. Несмотря на широкие диагностические возможности, хирургическое и комбинированное лечение рака печени проводится только на ранних стадиях заболевания. Стандартов лечения раков печени не разработано.

Описание. Представлено клиническое наблюдение оперативного лечения пациентки 56 лет с диагнозом гепатоцеллюлярный рак печени, III (T3N0M0) стадия. Пациентке выполнена правосторонняя гемигепатэктомия с применением криохирургической техники, удалена опухоль диаметром до 20 см, весом 2400 г. При ежегодных контрольных осмотрах в течение 12 лет данных за рецидив не получено.

Заключение. Криодеструкция культи печени по линии резекции повышает радикализм оперативного лечения гепатоцеллюлярного рака печени даже в случаях обширного поражения органа при отсутствии метастазирования и врастания в окружающие органы.

Ключевые слова: рак печени, криохирургия, хирургическое лечение.

CRYOSURGERY IN THE TREATMENT OF LIVER CANCER: A CASE REPORT

N.V. Merzlikin¹, L.U. Petrov¹, V.F. Tskhai¹, E.A. Pshenichnikova², A.P. Sarueva¹

Siberian State Medical University, Tomsk, Russia¹

2, Moscovsky Trakt, 634050-Tomsk, Russia. E-mail: nikolai_merzlikin@mail.ru¹

Pathology Department, City Hospital № 3, Tomsk, Russia²

3, Nakhimova Street, 634045-Tomsk, Russia²

Abstract

Background. Hepatocellular carcinoma is the most common liver cancer and is a leading cause of cancer-related death worldwide. Its aggressiveness and extensive dissemination lead to a poor patient prognosis. The 5-year survival rate does not exceed 15 %. Despite advances in imaging techniques, its curable rate remains low, because signs and symptoms of liver cancer do not usually appear until the late stages. There is no standard curative treatment for advanced liver cancer.

Description. We present the case of a 56-year-old female patient with stage T3N0M0 hepatocellular carcinoma. The patient had a tumor of 20 cm in diameter and 2400 g in weight. The patient underwent right hemihepatectomy and cryodestruction of the liver stump along the resection margin. No evidence of tumor recurrence was found with a follow-up of 12

years. **Conclusion.** Cryodestruction of the liver stump along the resection margin increases the potential for a higher cure rate in patients with hepatocellular carcinoma, even in cases of extensive organ damage in the absence of metastasis and tumor ingrowth into surrounding organs.

Key words: liver cancer, cryosurgery, surgical treatment.

Актуальность

Рак печени, как правило, диагностируется в запущенных стадиях заболевания, в случае появления диспептических расстройств, кахексии, когда опухоль достигает больших размеров и прорастает магистральные сосуды и желчные протоки, а иногда и выходит за границы органа, конфликтуя с нервными сплетениями, вызывая выраженный болевой синдром. Обладая инфильтрационным ростом, первичные раки печени быстро достигают больших размеров, метастазируют, что затрудняет радикальное оперативное вмешательство. Операбельность злокачественных опухолей печени составляет 8–10 %. Современные технологии в виде предварительной химио-, радиоэмболизации, криовоздействия позволяют улучшить результаты хирургического лечения. Тем не менее пятилетняя выживаемость после операций составляет 3–5 %, а при комбинированном химиолучевом лечении возрастает до 10–20 % [1, 2].

В Томском гепатологическом центре при операциях на печени, в том числе при злокачественных опухолях, применяется криовоздействие для обработки культи печени. Приводим клинический случай успешной резекции печени при гепатоцеллюлярном раке больших размеров [3, 4].

Больная В., 56 лет, поступила в клинику 16.03.07 с жалобами на боли в правом подреберье, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, слабость, отсутствие аппетита, снижение веса на 10 кг за 3 мес. Впервые отметила появление дискомфорта в правом подреберье около полугода назад. Перечисленные жалобы отмечает около месяца. В домашних условиях самостоятельно принимала спазмолитики и желчегонные препараты, которые не приносили улучшения состояния. В связи с нарастанием интенсивности болевого синдрома обратилась в поликлиническое отделение, где по данным УЗИ выявлено новообразование печени больших размеров. Больная направлена на оперативное лечение.

При поступлении в стационар состояние средней степени тяжести, температура тела 37,4 °С, АД 110/70 мм рт ст., пульс 90 уд. в 1 мин. Кожные покровы и склеры бледно-розовые с желтушным оттенком. Живот деформирован за счет выбухания в области правого подреберья, пальпация здесь болезненна, размеры печени 21×13×10 см, край печени выступает из-под реберной дуги на 9 см, плотный, бугристый.

Общий анализ крови: Нв – 134 г/л, эритроциты – $4,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $9,9 \times 10^9$ /л, СОЭ – 52 мм/час. Анализ мочи без отклонений от

нормы. Биохимический анализ крови: глюкоза – 5,9 ммоль/л, общий белок – 67,9 г/л, билирубин – 9,7 ммоль/л, прямой – 0 ммоль/л, АЛТ – 86,4 Ед/л, АСТ – 67,5 Ед/л, мочевины – 3,5 ммоль/л, креатинин – 0,071 мкмоль/л.

По данным УЗИ печень значительно увеличена за счет правой доли, выступает из-под реберной дуги на 8 см. Левая доля обычных размеров. Почти всю правую долю (6–7–8-й сегменты) занимает крупное многоузловое объемное образование, размером 200×150 мм, с внутриузловым кровотоком. Правая печеночная вена проходит через образование, правая ветвь воротной вены сдавлена, огибает опухоль по передней поверхности. Зоны кавальных и портальных ворот, нижняя полая вена не заинтересованы. Желчные протоки не расширены. Желчный пузырь 71×28 мм, стенки уплотнены. Конкрементов нет. Поджелудочная железа, селезенка не изменены. В 4-м сегменте печени субкапсулярно к верхней диафрагмальной поверхности имеется участок повышенной плотности до 12 мм. Заключение: опухоль правой доли печени.

23.03.07 выполнена правосторонняя гемигепатэктомия, криодеструкция печени. Разрезом типа «Мерседес» вскрыта брюшная полость. Печень больших размеров, всю правую половину занимает опухоль до 20 см в диаметре. Холецистэктомия от шейки. Изолированная перевязка правой печеночной вены. Выделение и перевязка правой ножки в области портальных ворот. Правосторонняя гемигепатэктомия с криовоздействием по линии резекции криоаппликаторами из пористого никелида титана двумя криоциклами по 3 мин. Макропрепарат: резецированная правая доля печени до 20 см диаметром, на разрезе опухолевая ткань серо-коричневого цвета с распадом, состоящая из нескольких узлов. Вес препарата – 2,4 кг.

Гистологическое исследование операционного материала (№ 10853–73/07): в паренхиме печени имеются множественные диффузно рассеянные очаги разрастания опухолевой ткани с выраженным полиморфизмом клеточных структур, с участками пролиферации атипичных веретенообразных уродливых клеток опухоли, с участками трабекулярной и синусоидной структур строения. Встречаются поля солидного строения, где вытянутые веретенообразно атипичные клетки плотно прилегают друг другу, с участками фиброза. На всем протяжении в опухолевой ткани выраженный некроз. Отмечаются множественные патологические митозы, пролиферация сосудов в паренхиме опухоли. На светооптическом уровне

данная гистологическая картина соответствует саркоматоидному гепатоцеллюлярному раку печени низкой степени дифференцировки с большим злокачественным потенциалом.

Таким образом, окончательный послеоперационный диагноз: гепатоцеллюлярный рак печени, центральная локализация, III (T3N0M0) стадия.

Послеоперационный период осложнился правосторонним экссудативным плевритом, который купирован пункциями. Кроме того, проводилась профилактика печеночной недостаточности, гемотрансфузии с целью коррекции анемии. Пациентка выписана из стационара на 29-й день после операции в удовлетворительном состоянии. УЗИ-контроль перед выпиской: правая доля печени резецирована. Левая доля гипертрофирована, структура однородна. Внутривенные желчные протоки не расширены. В брюшной полости, в зоне резекции скопления жидкости не определяются. В плевральной полости слева жидкости нет, справа – следы жидкости.

В дальнейшем пациентка находилась под наблюдением участкового терапевта и онколога. Дополнительное противоопухолевое лечение

не проводилось. При ежегодном динамическом наблюдении, включая МРТ органов брюшной полости, признаков прогрессирования или рецидива заболевания не выявлено.

Обсуждение

Данное наблюдение свидетельствует о возможности успешного радикального криохирургического лечения гепатоцеллюлярного рака печени больших размеров при отсутствии метастазирования и врастания в окружающие органы [5, 6]. По данным литературы, использование метода криодеструкции опухолей печени оправдано в случае одиночных метастазов или опухолей диаметром до 5 см.

Применение криовоздействия при раках печени (резекция с помощью криоскальпеля, криодеструкция культи в плоскости разреза) считаем целесообразным по следующим причинам: 1) за счет уменьшения паренхиматозного кровотока кровопотеря снижается на 25 %; 2) лучше визуализируются сосуды и протоки в плоскости разреза; 3) повышается абластичность операций в результате гибели раковых клеток [7].

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Афанасьев С.Г., Тузиков С.А. Нерезектабельные опухоли печени (обзор литературы). Сибирский онкологический журнал. 2006; 1: 49–54. [Afanasyev S.G., Tuzikov S.A. Inoperable liver tumors (literature review). Siberian Journal of Oncology. 2006; 1: 49–54. (in Russian)].
2. Долгушин Б.И., Косырев В.Ю., Рампрабанант С. Радиочастотная абляция в онкологии. Практическая онкология. 2007; 8(4): 219–226. [Dolgushin B.I., Kosyrev V.Yu., Ramprabanant S. Radiofrequency ablation in oncology. Practical Oncology. 2007; 8(4): 219–226. (in Russian)].
3. Альперович Б.И., Парамонова Л.М., Мерзлик�ин Н.В. Современные возможности криохирургии печени и поджелудочной железы. Хирургия. Журнал им. Пирогова. 1992; 68(1): 104–107. [Alperovich B.I., Paramonova L.M., Merzlikin N.V. Modern possibilities of cryosurgery of the liver and pancreas. Pirogov Russian Journal of Surgery. 1992; 68(1): 104–107. (in Russian)].
4. Мерзлик�ин Н.В., Цхай В.Ф., Бражниковна Н.А., Комкова Т.Б., Сало В.Н., Максимов М.А., Навасардян В.Г., Нороева Т.А. Криохирургия опухолей печени. Сибирский онкологический журнал. 2018; 17(2): 41–48. [Merzlikin N.V., Tskhai V.F., Brazhnikova N.A., Komkova T.B., Salo V.N., Maximov M.A., Navasardyan V.G., Noroeva T.A. Cryosurgery of liver tumors. Siberian Journal of Oncology. 2018; 17(2): 41–48. (in Russian)].

Salo V.N., Maximov M.A., Navasardyan V.G., Noroeva T.A. Cryosurgery of liver tumors. Siberian Journal of Oncology. 2018; 17(2): 41–48. (in Russian). doi: 10.21294/1814-4861-2018-17-2-41-48.

5. Даценко Б.М., Сандомирский Б.П., Тамм Т.И., Даценко А.Б., Мурадов Т.Р. Локальная криодеструкция печени. Анналы хирургической гепатологии. 1998; 3(3): 269. [Datsenko B.M., Sandomirsky B.P., Tamm T.I., Datsenko A.B., Muradov T.R. Local cryodestruction of the liver. Annals of surgical hepatology. 1998; 3(3): 269. (in Russian)].

6. Егоренков В.В. Лечение злокачественных опухолей печени с применением методов локальной криодеструкции. Практическая онкология. 2008; 9(4): 202–208. [Egorenkov V.V. Treatment of malignant tumors of the liver using local cryodestruction methods. Practical Oncology. 2008; 9(4): 202–208. (in Russian)].

7. Альперович Б.И., Мерзлик�ин Н.В., Комкова Т.Б. Криохирургические операции при заболеваниях печени и поджелудочной железы: руководство для врачей. М., 2015. 240. [Alperovich B.I., Merzlikin N.V., Komkova T.B. Cryosurgical operations for diseases of the liver and pancreas: a guidelines for doctors. Moscow, 2015. 240. (in Russian)].

Поступила/Received 25.05.19

Принята в печать/Accepted 11.06.19

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Мерзлик�ин Николай Васильевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней с курсом травматологии и ортопедии, ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (г. Томск, Россия). ORCID: 0000-0001-5978-3685.

Петров Лев Юрьевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней с курсом травматологии и ортопедии, ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (г. Томск, Россия).

Цхай Валентина Федоровна, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры хирургических болезней с курсом травматологии и ортопедии, ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (г. Томск, Россия).

Пшеничников Евгений Андреевна, врач-патологоанатом, ОГБУЗ «Патологоанатомическое бюро» (г. Томск, Россия).

Саруева Анастасия Павловна, клинический ординатор кафедры хирургических болезней с курсом травматологии и ортопедии, ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (г. Томск, Россия).

Финансирование

Это исследование не потребовало дополнительного финансирования.

Конфликт интересов

Авторы объявляют, что у них нет конфликта интересов.

ABOUT THE AUTHORS

Nikolay V. Merzlikin, MD, Professor, Head of the Department of Surgery with the Course of Traumatology and Orthopedics, Siberian State Medical University (Tomsk, Russia).

Lev Yu. Petrov, MD, PhD, Assistant Professor of the Department of Surgery with the Course of Traumatology and Orthopedics, Siberian State Medical University (Tomsk, Russia).

Valentina F. Tskhai, MD, Professor, Department of Surgery with the Course of Traumatology and Orthopedics, Siberian State Medical University (Tomsk, Russia).

Evgenia A. Pshenichnikova, MD, Pathology Department, City Hospital № 3 (Tomsk, Russia).

Anastasia P. Sarueva, MD, Department of Surgery with the Course of Traumatology and Orthopedics, Siberian State Medical University (Tomsk, Russia).

Funding

This study required no funding.

Conflict of interest

The authors declare that they have no conflict of interest.