

УДК: 616.35–006.6–003

РАСШИРЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ

Ш.Х. Ганцев, Р.Ш. Ишмуратова, Р.Д. Атнабаев

*Лаборатория высоких технологий Башкирского
республиканского клинического онкологического диспансера, г. Уфа*

Представлена разработанная авторами классификация метастатического поражения печени. Анализируются характеристики метастазов в печень у 316 пациентов, страдавших раком органов желудочно-кишечного тракта. Изучены результаты одногодичной выживаемости у 42 пациентов, которым проведены циторедуктивная операция на первичной опухоли, радиочастотная термоабляция метастазов в печень и химиотерапия. Все пациенты этой группы прожили больше года.

Ключевые слова: метастазы в печень, радиочастотная термоабляция.

CLASSIFICATION OF METASTATIC LIVER INVOLVEMENT

Sh.Kh. Gantsev, R.Sh. Ishmuratova, R.D. Atnabayev

High-Technology Laboratory of Bashkir Republic Oncology Hospital, Ufa

The authors present their own classification of metastatic involvement of the liver. Characteristics of liver metastases were analyzed for 316 patients with gastrointestinal cancer. Results of 1-year survival for 42 patients who underwent cytoreductive operation on primary tumor, radiofrequency thermoablation of liver metastases and chemotherapy were studied. All patients had survived for more than 1 year.

Key words: liver metastases, radiofrequency thermoablation.

Заболеваемость первичным раком печени в России составляет 3–5 человек на 100 тыс. населения, а метастатическим – в 20–30 раз выше [1, 3, 5]. Метастазы злокачественных опухолей обнаруживаются у каждого третьего онкологического больного, и особенно часто они возникают при новообразованиях желудка, толстой кишки, молочной железы, легких [3, 4]

Существуют различные классификации опухолей печени [3, 4]. Учитывая многообразие проявлений и распространенности онкологических заболеваний для адекватного формирования групп пациентов с целью выработки показаний к определенному методу лечения и для корректного сравнения результатов лечения в этих группах была разработана классификация TNM, утвержденная Международным Противораковым Союзом (UICC). Существует несколько изданий классификаций, которые меняются каждые 5 лет в связи с появлением новых данных об опухолях. Последнее, шестое издание (2002) одобрено

всеми национальными комитетами по клиническому стадированию.

Вопрос классификации метастатического поражения печени до сих пор остается открытым [1, 2]. Впервые клиническая классификация метастазов в печени предложена Gennari et al. (1982): к I стадии метастатического поражения печени относят единичный метастаз объемом не более 30 % объема печени, ко II стадии – множественные и билобарные метастазы объемом не более 30 %, а также единичный метастаз объемом от 30 до 50 % объема печени, к III – стадии множественные и билобарные метастазы объемом от 30 до 50 %, а также метастазы более 50 % объема печени. Несмотря на то что было предложено несколько вариантов подобных классификаций, ни одна из них не позволяет корректно стадировать болезнь, так как не учитывает в полном объеме всех факторов, влияющих на прогноз заболевания [3].

С учетом высокой частоты метастазирования злокачественных опухолей в печень, рас-

ширяющихся возможностей воздействия на метастатические очаги и возникновения потребности в систематизации подхода к их лечению на основании вышеизложенных результатов исследования характера метастазирования абдоминальных опухолей в печень и опыта выполнения их абляции нами предлагается следующая расширенная классификация очаговых образований печени:

1. По локализации поражения печени метастазами:

- субсегментарное,
- сегментарное (1/8 сегментов),
- долевое (1/4 доли),
- субтотальное (3/4 долей),
- тотальное (4/4 доли).

Вышеизложенные критерии позволяют определить объем операции (абляция, резекция, гемигепатэктомия).

2. По количеству метастазов:

- одиночные (единичные);
- множественные:
- разрозненные,
- сливающиеся.

Вышеизложенные критерии позволяют выбрать адекватный метод воздействия на метастазы (операция, химиотерапия).

3. По размеру метастазов:

- до 2 см,
- от 2 до 5 см,
- более 5 см.

Данный критерий позволяет выбрать объем резекции или абляции пораженной печеночной ткани.

4. По расположению в печеночной ткани:

- поверхностные – до 2 см от капсулы печени,
- глубокие – более 2 см от капсулы,
- центральные – до 5–7 см от капсулы печени.

Данный критерий позволяет оценить возможность резекции печени или выбрать глубину абляции.

5. По отношению к внутривенным сосудистым структурам:

- прилежащие (ближе 1,5 см от долевых или сегментарных сосудов):
- со сдавлением венных трактов и портальной гипертензией,

- без сдавления;

- удаленные (более 1,5 см от долевых или сегментарных сосудов).

Данный критерий позволяет оценить возможность хирургического лечения метастаза без риска повреждения сосудистых структур.

6. По отношению к желчевыводящим путям:

- с явлениями холестаза:
- компенсированный холестаз,
- субкомпенсированный холестаз,
- декомпенсированный холестаз;
- без явлений холестаза.

Данный критерий позволяет снизить угрозу холемического кровотечения при операции на печени.

7. По состоянию функции печени:

- без нарушения функции печени,
- с незначительными нарушениями функции печени,
- с глубокими нарушениями функции печени.

Данный критерий позволяет оценить переносимость расширенной операции для пациента.

8. Гисто-цитологическая характеристика метастаза в печень:

- дифференцированная,
- недифференцированная.

Данный критерий позволяет прогнозировать возможность химиотерапии и выбрать рациональную ее схему.

9. Сочетание метастаза в печень с другими проявлениями рака и иными заболеваниями печени:

- метастазы в легкие,
- метастазы в головной мозг,
- метастазы в кости и др.,
- цирроз,
- паразитарные и непаразитарные кисты печени,
- камни желчного пузыря и протоков и др.

Данный критерий позволяет оценить переносимость специального лечения для пациента.

Разработанная классификация применяется в Башкирском республиканском клиническом онкологическом диспансере для планирования лечения пациентов с метастазами опухолей органов желудочно-кишечного тракта в печень. С 2000 по 2005 г. на учет было взято 14205 па-

Таблица

**Частота метастазирования
абдоминальных опухолей в печень
по материалам архива РКОД
за 2000–2005 гг.**

Локализация опухоли	Взято на учет	Из них IV стадии	С метастазами в печень
Рак желудка	6707	2823	787
Рак ободочной кишки	3708	1258	328
Рак прямой кишки	3790	1036	335

циентов с абдоминальным раком, из них – 5117 (36,0 %) при IV стадии заболевания (таблица). Метастазы в печень выявлены в 1450 случаях (10,2 % пациентов, впервые взятых на учет), что составило 28,3 % пациентов с IV стадией: при раке желудка – 787 (27,9 %), при раке ободочной кишки – 328 (26,1 %), при раке прямой кишки – 335 (32,3 %). Паллиативное лечение получили 1336 человек (9,4 % пациентов, впервые взятых на учет, или 26,1% пациентов с IV стадией процесса). Оперировано 274 пациента – 18,9 % от всех пациентов с выявленными метастазами в печень. Из них мужчин было 57,2 %, женщин – 42,8 %. Средний возраст пациентов – $61,3 \pm 4,5$ года.

Циторедуктивные операции с радиочастотной термоабляцией метастазов в печень выполнены 42 пациентам, в период с апреля 2005 г. по апрель 2006 г., в послеоперационном периоде им проведено от 2 до 8 курсов системной и локорегионарной химиотерапии. Из них мужчин было 17, женщин – 25. Средний возраст составил $60,5 \pm 3,8$ года. Рак толстой кишки был у 37 больных, у остальных – рак желудка (4), поджелудочной железы (1). Радиочастотная термоабляция (РЧА) осуществлялась системой RITA SYSTEM® 1500X.

У пациентов, получивших хирургическое лечение, метастазы преимущественно локализовались в правой доле – 73 % случаев, что обусловлено ее размерами и особенностями кровоснабжения. Наиболее часто поражались VI (20 %), VII (24 %) и VIII (26 %) сегменты (рис. 1). При этом метастатические очаги примерно в половине случаев носили единичный характер (до 3 образований) – 53,6 % случаев. У пациен-

тов, которым была выполнена РЧА, метастазы также чаще локализовались в правой доле – 91 % (рис. 2), с преимущественным поражением VI (18 %), VII (17 %) и VIII (18 %) сегментов. В этой группе единичный метастаз выявлен в 13 случаях, до 3 узлов – в 25, множественные – в 4 случаях. Преобладание единичных метастазов у пациентов, перенесших РЧА (87%), объясняется критериями отбора пациентов на процедуру. По-

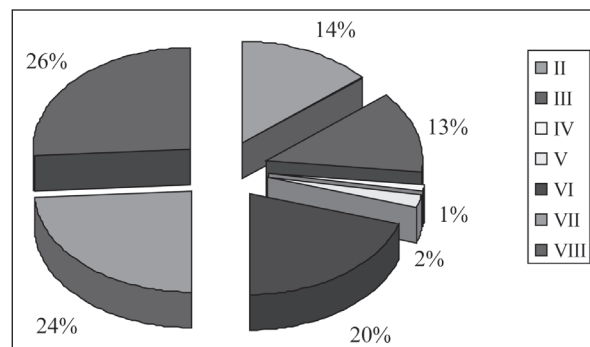


Рис. 1. Частота поражения сегментов печени метастазами абдоминального рака у оперированных пациентов

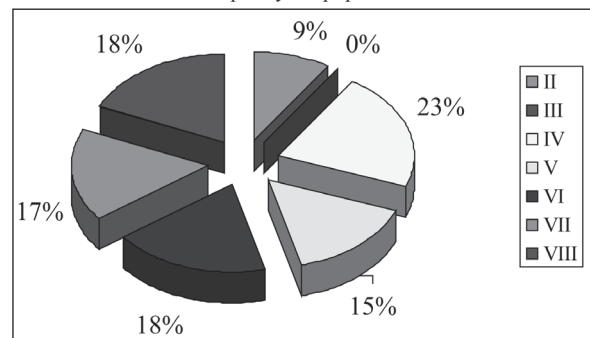


Рис. 2. Частота поражения сегментов печени метастазами абдоминального рака у пациентов, которым выполнена РЧА и химиотерапия

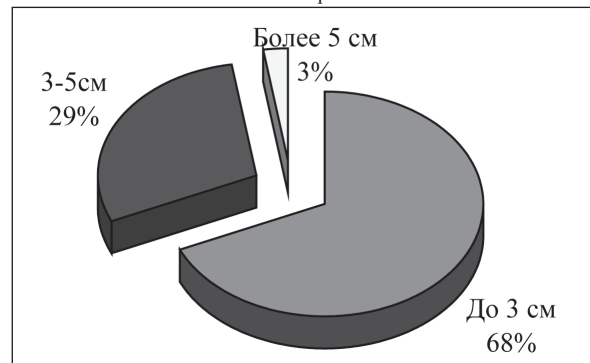


Рис. 3. Размер метастазов абдоминального рака в печень у оперированных пациентов, не получавших РЧА

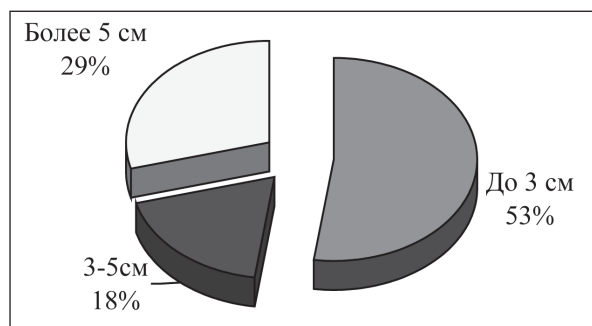


Рис. 4. Размеры метастазов в печень у пациентов, подвергнутых РЧА

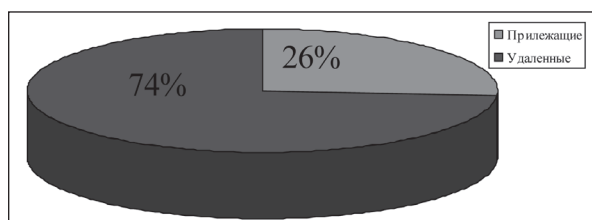


Рис. 5. Соотношение метастазов в печень и сосудистых структур у оперированных пациентов

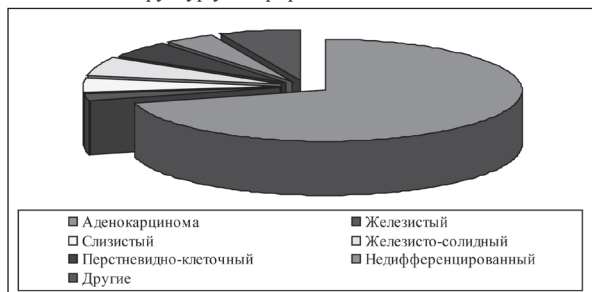


Рис. 6. Гистотип метастазов абдоминальных опухолей в печень

мимо этого, множественные метастазы в печень нередко сопровождаются поражением других органов, что ухудшает прогноз и ограничивает возможности хирургического лечения.

По размеру метастатические очаги в печени у пациентов в сравниваемых группах распределились следующим образом. При хирургическом лечении преимущественно выявлялись мелкие (до 3 см) метастазы, очаги более 5 см выявлялись только в 3 % случаев (рис. 3). Радиочастотная абляция почти в половине (47%) случаев выполнялась при крупных (3–7 см) метастазах, что доказывает эффективность и безопасность этой процедуры (рис. 4). У большинства пациентов в обеих группах метастатическое поражение печени носило поверхностный характер – 69 %

и 77 %, центральное расположение очагов выявлялось в 2 и 5 % случаев соответственно. При хирургическом лечении преобладало удаленное расположение метастазов от крупных сосудистых структур, выраженных явлений портальной гипертензии не отмечалось (рис. 5), РЧА подвергались только удаленные от сосудистых структур метастазы в печень. Явлений холестаза, выраженных нарушений функции печени и тяжелой сопутствующей патологии у оперированных пациентов не отмечалось, поскольку это являлось противопоказанием к хирургическому лечению. Гистологически метастазы в печень соответствовали первичному процессу (рис. 6), в основном они были представлены аденокарциномой (71 %), что характерно для опухолей ЖКТ.

В результате проведенного лечения (циторедуктивная операция, РЧА метастазов в печень и последующая системная химиотерапия) при наблюдении в течение года смертельных исходов не отмечалось. Хирургических осложнений, связанных с методикой абляции, не наблюдалось. Сроки пребывания больных в стационаре в связи с использованием РЧА не увеличивались. Повторные абляции этой группе пациентов не проводились. Прогрессия необработанных метастазов в печени отмечена у 3 пациентов.

Таким образом, разработанная классификация позволяет полноценно описать характер и объем метастатического поражения печени и выбрать наиболее адекватный способ лечения этой патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вашакмадзе Л.А., Трахтенберг А.Х., Сидоров Д.В. и др. Результаты циторедуктивных операций у больных колоректальным раком с отдаленными метастазами // Актуальные вопросы колопроктологии: Материалы II съезда колопроктологов России. Уфа, 2007. С. 233–234.
2. Воробьев Г.И., Жученко А.П., Филон А.Ф. и др. Радиочастотная абляция метастазов колоректального рака в печень // Актуальные вопросы колопроктологии: Материалы II съезда колопроктологов России. Уфа, 2007. С. 238–240.
3. Долгушин Б.И., Патютко Ю.И., Шолохов В.Н., Косырев В.Ю. Радиочастотная термоабляция опухолей печени / Под ред. М.И. Давыдова. М.: Практическая медицина, 2007.
4. Косырев В.Ю., Долгушин Б.И., Патютко Ю.И. и др. Радиочастотная термоабляция при раке печени. Опыт РОНЦ им. Н.Н. Блохина // Вестник Московского онкологического общества. 2005. № 11. С. 5.
5. Rossi S., Buscarini E., Garbagnati F. et al. Percutaneous Treatment of Small Hepatic Tumors by and Expandable RF Needle Electrode // Am. J. Roentgenology. 1998. Vol. 170. P. 1015–1022.

Поступила 10.09.07