

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© БАРАХНОВСКАЯ Т.В., АНДРИЕВСКАЯ Т.Г. – 2006

СЛУЧАЙ ХОЛАНГИОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА ПЕЧЕНИ

Т.В. Барахновская, Т.Г. Андриевская

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра факультетской терапии, зав. — д.м.н. Ф.И. Белялов)

Резюме. В статье продемонстрированы трудности и возможности диагностики холангиоцеллюлярного рака.
Ключевые слова. Печень, холангиоцеллюлярный рак, диагностика.

Первичный рак печени (ПРП) по распространенности в мире занимает 8 место среди всех злокачественных опухолей [4], являясь одним из редких видов новообразований в большинстве развитых стран Европы и США. В экономически малоразвитых странах эта патология встречается чаще и занимает одно из первых мест среди опухолей различных локализаций. По данным М. Кew [8], удельный вес гепатоцеллюлярного рака среди онкологических заболеваний в странах Азии и Африки достигает 50%, причем мужчины заболевают чаще женщин. По некоторым данным первичная заболеваемость раком печени в мире за год достигает 1 млн. человек [2]. В России заболеваемость первичным раком печени не превышает 3-5% среди всех злокачественных опухолей.

Этиология и патогенез первичного рака печени до настоящего времени не достаточно изучены. В Южном Китае и Африке большое значение в развитии ПРП придается специфическому гепатотропному канцерогену афлотоксину, поражающему злаковые культуры. В 60-90% случаев больные ПРП являются вирусоносителями гепатита В. Увеличение заболеваемости гепатоцеллюлярным раком в Японии за последние 20 лет связывают с распространением вируса гепатита С, причем, чаще возникновение рака отмечается у больных при отсутствии эффекта стойкой нормализации уровня трансаминаз сыворотки крови на фоне лечения интерфероном [10]. Нередко в развитии ПРП имеют значение другие факторы риска: экзогенные стероиды, гормональные противозачаточные средства, злоупотребление алкоголем [7,9]. В Тюменской области отмечено частое сочетание одного из вариантов ПРП — холангиоцеллюлярного рака (ХЦР) с описторхозной инвазией [1,6].

Чаще в структуре злокачественных опухолей печени встречается гепатоцеллюлярный рак — 58-76%, реже холангиоцеллюлярный — 7-25% [2], причем с одинаковой частотой у мужчин и женщин в возрасте 50-70 лет [2]. Макроскопически первичный рак печени подразделяется на массивную, узловую и диффузную формы. При этом диффузная форма трудно различима с фиброзом печени. Клиническая диагностика ПРП на ранних стадиях затруднена из-за отсутствия специфических симптомов болезни. Вторичный (метастатический) рак печени часто обусловлен раком ободочной кишки, желудка, поджелудочной железы, молочной железы, легких, реже опухолями почек, пищевода. Одиночные метастазы встречаются около 2%, чаще метастазы обнаруживаются в обеих долях. Диагноз ХЦР выставляется только после исключения первичных злокачественных опухолей другой локализации [3,5].

В качестве иллюстрации представлено наблюдение ПРП в виде холангиокарциномы диффузной формы, редко диагностируемого в повседневной клинической практике.

Больная У., 75 лет, поступила в клинику 06.02.2001 с жалобами на выраженную одышку в покое смешенного характера, усиливающуюся в горизонтальном положении и при малейшей физической нагрузке, головные боли, шум в голове, головокружение, тяжесть в правом подреберье, отеки на ногах. Ухудшение состояния в виде нарастания одышки отмечает в течение последней недели. Анамнеза заболеваний сердца, печени нет. При осмотре: состояние тяжелое, положение в постели «вынужденное», кожные покровы бледно-желтушного цвета. Границы сердца расширены влево и вверх. Аускультативно тахикардия с частотой 100/мин, единичные экстрасистолы, I тон на вершине хлопающий, непродолжительный диастолический шум, II тон над аортой ослаблен, здесь же выслушивается систолический шум, в точке трикуспидального клапана — систолический шум, АД 100/80 мм рт.ст. В легких дыхание справа резко ослабленное, влажные мелкопузырчатые хрипы, частота дыхания 25 в мин. Живот резко увеличен в объеме, кожные покровы на животе отечные, печень выступает из-под края реберной дуги на 6 см, при пальпации болезненная, плотная, отеки на ногах.

На данном этапе складывалось впечатление о наличии у больной порока сердца с развитием выраженной хронической сердечной недостаточности, нарастающей левожелудочковой сердечной недостаточности.

Данные лабораторных исследований свидетельствовали о наличии гипохромной анемии — эр. $2,85 \times 10^{12}$ /л, Hb 71 г/л, цп. 0,7, л. $4,2 \times 10^9$ /л, анизоцитоз, пойкилоцитоз, СОЭ 28 мм/ч. Анализы мочи в пределах нормы. В биохимических анализах крови выявлено некоторое снижение общего белка — 54,8 г/л, сывороточного железа 8,7 мкмоль/л, остальные показатели: сахар, протромбиновое время, холестерин, фибриноген, билирубин, трансаминазы, щелочная фосфатаза без явных отклонений от нормы.

На ЭКГ выраженная синусовая тахикардия, вольтаж низкий, блокада Бахмана I степени, единичные полиморфные суправентрикулярные экстрасистолы, нарушение реполяризации передне-септальной зоны левого желудочка.

ЭхоКГ-исследование подтвердило наличие выраженного кальциноза митрального кольца, с дилатацией левого предсердия. Также выявлен аортальный стеноз 2 степени. По данным рентгенографии установлено, что сердце увеличено в поперечнике, тонус его снижен, в малом круге кровообращения явления застоя на фоне эмфиземы и пневмосклероза.

УЗИ органов брюшной полости подтвердило увеличение печени, повышение ее эхогенности и неоднородность ее структуры с заключением — фиброз печени. Нижняя полая вена 2 см, на вдохе не спадается, портальная вена 1,3 см. Площадь селезенки 55 см². Со стороны желчного пузыря признаки хронического калькулезного холецистита: стенки утолщены до 0,7 см, в полости структура повышенной эхогенности с акустической тенью, большое количество эхогенной взвеси. В поджелудочной железе и почках очаговой патологии не обнаружено. В брюшной полости большое количество свободной жидкости, в плевральных полостях с обеих сторон свободная жидкость.

Эндоскопическое исследование выявило варикозное

расширение вен пищевода в виде одиночных узлов, острые эрозии антрального отдела желудка, признаки анемизации слизистой желудочно-кишечного тракта.

На основании выявленного поражения аортального и митрального клапанов, с наличием подтвержденных при инструментальном обследовании признаков сердечной недостаточности, гепатомегалия с синдромом портальной гипертензии была расценена как кардиальный фиброз печени, что представлялось наиболее вероятным.

Однако проводился дифференциальный диагноз с циррозом печени другой этиологии, а также с опухолями печени первичного или метастатического происхождения, но клиническое и лабораторно-инструментальное обследование больной не выявило этих патологий.

Симптоматическая терапия: диуретики, гепатопротекторы, белковые инфузии, антиангинальные препараты оказались не эффективными и на седьмой день пребывания в стационаре больная скончалась при явлениях нарастающей сердечно-сосудистой недостаточности.

Направлена на вскрытие с диагнозом цирроз печени декомпенсированный неуточненной этиологии. Гистологическое исследование, проведенное *post mortem*, выявило наличие опухоли печени строения холангиокарциномы: железистые трубочки выстланы светлым крупным кубическим эпителием с крупными ядрами, рост в хорошо выраженной строме внутри и междолек, рост опухолевого эпителия по стенкам желчных протоков в портальных трактах (рис. 1). Опухоль занимает 2/3 паренхимы печени.

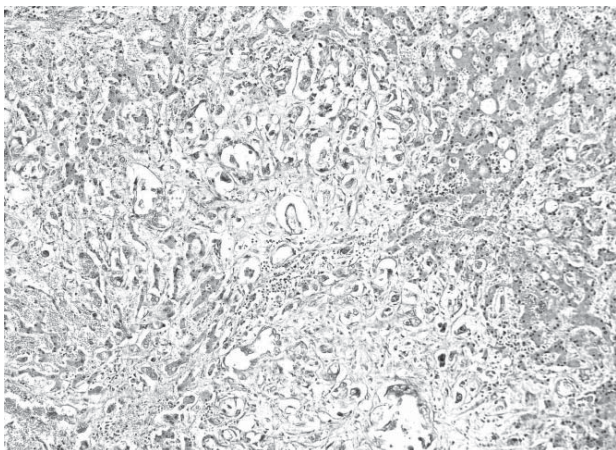


Рис. 1.

Представленным наблюдением мы хотели обратить внимание клиницистов, во-первых, на трудности распознавания первичного рака печени из-за отсутствия специфических симптомов заболевания, отсутствия клинических признаков болезни в течение ряда лет; во-вторых, на морфологические особенности опухоли — редко встречающуюся диффузную форму холангиоцел-

люлярного рака печени, что затруднило ультразвуковую диагностику.

Скрининг первичного рака печени основан на определении в крови обследуемых лиц в группах риска один раз в 6 месяцев альфа-фетопротеина, положительная реакция которого в высоких титрах свыше 15 мкг/л отмечается у 70-90% больных карциномой печени и выполнении ультразвукового исследования печени. Группа риска ПРП в регионах с низким и средним уровнем заболеваемости данной патологией состоит из больных хроническими заболеваниями печени. В регионах эндемичных по вирусному гепатиту В группа риска включает лиц мужского пола старших возрастных групп — носителей поверхностного антигена вируса гепатита В (HBs-Ag). Диагностический алгоритм ПРП можно представить следующим образом: после клинического осмотра больного, лабораторных анализов, рентгенографии легких выполняется диагностический комплекс: УЗИ печени или рентгеновская компьютерная томография (РКТ) + иммунохимические тесты на маркеры опухоли в крови (α-фетопротеина) + тонкоигольная пункционная цитобиопсия опухоли в печени. Вместо РКТ может быть выполнена магнито-резонансная томография. При невозможности дифференцировать хорошо васкуляризированные опухоли — печеночно-клеточный рак, гепатобластому, ангиосаркому печени, гемангиому печени, возможно выполнение эмиссионной компьютерной томографии с мечеными эритроцитами. Этот метод достоверно позволит сказать является образование печени по своей природе сосудистым или нет. Диагностический комплекс «УЗИ+ маркеры в крови + пункция опухоли печени» позволяет достоверно судить о морфологической структуре опухоли печени, ее размерах, долевого и сегментарной локализации, наличии асцита, распространенности опухоли на ворота печени, поражение лимфоузлов брюшной полости или наличие отдаленных метастазов. Ангиография печени выполняется при выявлении у больного на предшествующем этапе ПРП или метастатического рака. Если имеется унилобарное поражение печени метастазами, тогда не исключено хирургическое лечение больного.

В данном представленном случае имело место позднее обращение и кратковременность пребывания больной в стационаре, тяжелое состояние больной, не позволившее провести ряд необходимых исследований.

A CASE OF CHOLANGEIOCELLULAR CANCER

T.V. Barakhovskaya, T.G. Andrievskaya
(Irkutsk State Medical University)

The difficulties and opportunities of diagnosis of cholangiocellular cancer are shown.

ЛИТЕРАТУРА

1. Базин И.С., Гарин А.М. Лечение холангиоцеллюлярного рака желчных протоков, рака желчного пузыря и рака Фатерова сосочка // РМЖ. — 2002. — Т. 24, №. — С.1103-1106.
2. Комов Д.В., Рошин Е.В., Гуртовая И.Б. Лекарственное лечение первичного и метастатического рака печени. — М.: Триада-Х, 2002. — С.7-23.
3. Патюшко Ю.И., Сагайдак И.В., Котельников А.Г. и др. Диагностика и хирургическое лечение злокачественных опухолей печени. <http://www.gosoncweb.ru>.
4. Черенков В.Г. Клиническая онкология. — М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1999. — 142 с.
5. Чжао А.В., Чугунов А.О., Андрейцева О.И. Состояние и перспективы хирургии очаговых и диффузных поражений печени. — М.: Московский городской центр трансплантации печени, 2002.
6. Шайн А.А. Первичный рак печени в Тюменской области: Автореф. диссерт. докт. мед. н. — М., 1978. — С.3.
7. Chiesa R., et al. Etiology of hepatocellular carcinoma in Italian patients with and without cirrosis // Cancer Epidemiol. Biomarkers. Prev. — 2000. — Vol. 9, № 2. — P.213-216.
8. Kew M. Clinical, pathologic and etiologic heterogeneity in hepatocellular carcinoma: evidence from southern Africa // Hepatology. — 1981. — № 1. — P.367.
9. Kuper H., et al. Tobacco smoking, alcohol consumption and their interaction in causation of hepatocellular carcinoma // Int. J. Cancer. — 2000. — Vol. 85, № 4. — P.498-502.
10. Lino S. Relationship between infection with hepatocellular carcinoma in Japan // Antivir. Ther. — 1998. — Vol. 3 (Suppl. 3). — P.143-146.