

УДК 616.36-006.6-089

**Б.Б. БАЙМАХАНОВ¹, Ж.Н. КЫЖЫРОВ², М.М. САХИПОВ¹, Г.Т. БЕРИСТЕЛОВ¹,
Н.Т. КЕМЕЛХАНОВ¹, Н.Б. МАУЛЕНОВ², Е. СЕРИКУЛЫ¹**¹Отделение плановой хирургии с центром гепатопанкреатобилиарной хирургии и трансплантации печени Городской клинической больницы №7, г. Алматы²Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы**ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНЫЙ РАК ПЕЧЕНИ – СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ**

Баймаханов Б.Б.

Данный случай демонстрирует, что хирургическое удаление гепатоцеллюлярного рака обеих долей печени 3 стадии позволило добиться у пациента стабилизации состояния с тенденцией к дальнейшему улучшению.

Гепатоцеллюлярный рак в настоящее время является смертельным заболеванием. Излечение возможно при раннем раке после радикального хирургического лечения.

Ключевые слова: гепатоцеллюлярный рак печени, хирургическое лечение, цирроз печени, печеночная энцефалопатия, гистологическое заключение.

Существенная роль в развитии гепатоцеллюлярного рака (ГЦК) отводится хроническим заболеваниям печени, связанным с вирусами гепатита В, С, D и алкоголизмом. К редким причинам развития карциномы относятся оральные контрацептивы, рентгеноконтрастные вещества, канцерогенные микотоксины, в частности присутствие в пищевых продуктах афлатоксина. Наличие цирроза повышает риск развития опухоли в сотни раз. Более чем в 80% случаев злокачественная трансформация наблюдается в цирротически измененной печени. По частоте развития ГЦК занимает 8-е место в мире. Среди злокачественных новообразований печени на ее долю приходится 80-90% всех первичных злокачественных опухолей данной локализации. Отмечается прогрессивный сдвиг частоты развития ГЦК в сторону молодого возраста. Заболеваемость ГЦК у мужчин находится на 5 месте после рака легкого, желудка, предстательной железы и колоректального рака.

Пациент С.Н., 1959 года рождения (ИБ. №10295). Клинический диагноз: Гепатоцеллюлярный рак обеих долей печени (Sg V-VIII+IVa,b). pT3a pN0 pM0 St IIIA. Острая печеночная недостаточность. Гепаторенальный синдром. Печеночная энцефалопатия. Артериальная гипертензия 3 степени ФРЗ, кризовое течение. Синусовая тахикардия. Анемия средней степени тяжести.

Поступил в стационар 14.06.2013 года с жалобами на периодические боли и чувство тяжести в правом подреберье, потерю в весе в течение последних 3-4 месяцев на 7-8 кг. Из анамнеза заболевания: со слов пациента в течение 6 месяцев отмечает появление болей в правом подреберье, связать ни с чем не может. Обследовался по месту жительства, на УЗИ брюшной полости обнаружено образование

правой доли печени. Обратился в поликлинику по месту жительства, направлен на плановое оперативное лечение в общее хирургическое отделение ГКБ №7 г. Алматы. Из анамнеза жизни: Болезнь Боткина, кожно-венерические заболевания, травмы в анамнезе отрицает. Оперирован в 1987 году по поводу туберкулеза легких – резекция верхней доли правого легкого. На «Д»-учёте не состоит. В анамнезе химический ожог конъюнктивы глаз (спиртом). Пациент отмечает периодический подъем АД до 180/100 мм рт. ст., принимает нерегулярно гипотензивные препараты (точно не знает какие). Аллергии на лекарственные средства отрицает, переливания крови, ее компонентов и препаратов не было.

Объективные данные: общее состояние пациента при поступлении средней степени тяжести. Сознание ясное, адекватное. Сниженного питания, нормостенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые землистые, чистые, склеры слегка иктеричные. Периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания. Живот при пальпации мягкий, незначительно болезненный в правом подреберье. Перитонеальных симптомов нет. Печень увеличена +8-10 см от края реберной дуги, края печени закруглены, безболезненна. Селезенка увеличена, пальпируется край селезенки. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. А/Д 160/90 мм рт. ст. Пульс 80 уд. в мин. Стул, диурез в норме.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК (14.06.13): Нв – 196 г/л, эритроциты – $7,41 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $7,1 \times 10^9/л$, тромбоциты – $297 \times 10^9/л$. ОАМ

Контакты: Кыжыров Жанбай Налтайханович, д-р мед. наук, профессор кафедры интернатуры и резидентуры по хирургии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы. Тел + 7 701 780 20 98, e-mail: zanbai.k@mail.ru

Contacts: Zhanbai Naltaikhanovich Kyzhyrov, Doctor of medical sciences, Professor of chair of internship and residency on surgery of KazNMU n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c. Ph. + 7 701 780 20 98, e-mail: zanbai.k@mail.ru

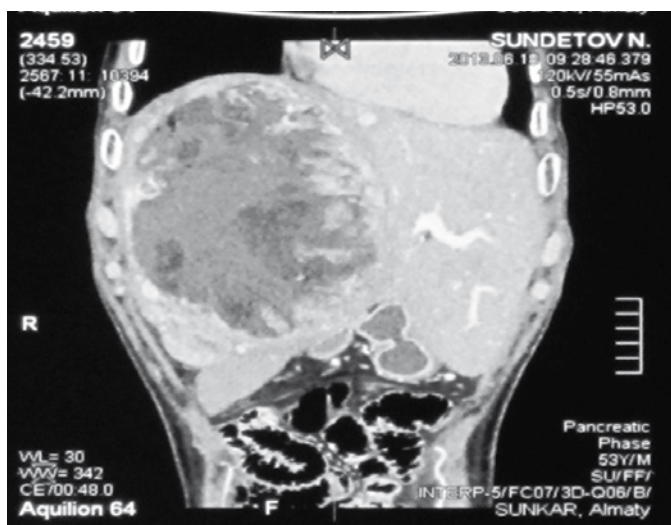


Рисунок 1 – Образование правой доли печени.
ГЦР правой доли печени?

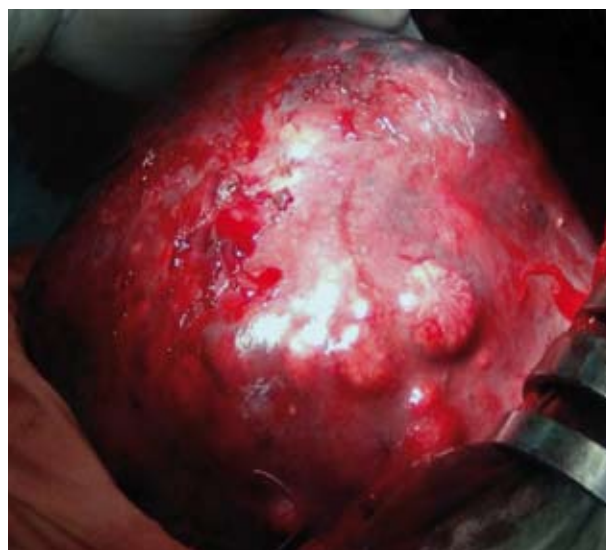


Рисунок 2 – ГЦР правой доли печени

(14.06.13): уд. вес – м/м, цвет – с/ж, реакция кислая, пр-пр, белок – 0,066г/л, Л-8-10 -12 впз, эп. пл – един впз, слизь+++. Электролиты (14.06.13): кальций иониз – 1,02/л, калий – 4,4 ммол/л, натрий – 140 ммол/л. Коагулограмма от 14.06.13 – ПТИ – 83,3%, АПТВ – 59,5, ПВ – 17,1, фибриноген – 3,2 г/л, ТВ – 23,6. БАК (14.06.13) – общ белок – 81,3 г/л, мочевины – 8,9 ммол/л, креатинин – 78 ммол/л, глюкоза – 4,92 ммол/л, АЛТ – 47,9 И/л, АСТ – 113,4 И/л, общ. билир. – 29,2 мкмол/л, прям. билир. – 7,72 мкмол/л, амилаза – 41 И/л (норма до 100). Онкомаркеры (17.06.13) – АФП-1000 iU/мл (норма меньше 5,8).

ФГДС от 14.06.13 – Катаральный гастрит. Пептический эзофагит. Дуодено-гастральный рефлюкс. УЗИ ОБП от 14.06.13 – Объемное образование правой доли печени. Mts в IV сегмент. Не исключается прорастание в круглую связку. МРТ – Образование правой доли печени. ГЦР правой доли печени? (рис. 1).

Колоноскопия от 18.06.13 – патологии нет. Рентген ОГК от 21.06.13: застойные явления в легких, хронический бронхит.

Пациент в предоперационном периоде в ОХО с 15.06.13 по 19.06.2013 получал: режим II, диета 5, викасол 5,0 в/в №4, глюкоза 5% – 500,0+КС1 4% – 20,0 в/в №4, трисоль 1200,0 в/в №2, физ. р-р 0,9% -1000,0 в/в №1, MgSO₄ 10,0 в/в №1, рибоксин 10,0 в/в №2, милдронат 10,0 в/в №1, клексан 0,4 x 1 р п/к №2, промедол 2% -1,0 в/м, цеф III 2,0 в/в №1.

Операция 19.06.13 года: лапаротомия по Томасу Старлзу. Расширенная правосторонняя гемигепатэктомия с резекцией SgI. Дренажирование поддиафрагмального пространства справа и малого таза (оператор: проф. Баймаханов Б.Б.) (рис. 2).

В послеоперационном периоде находился на лечении в ОРИТ с 19.06.13 по 09.07.13 гг. в тяжелом состоянии с клиникой острой печеночной недостаточности, гепаторенального синдрома, печеночной энцефалопатии и получал интенсивную терапию: амикацин 500 мг x 2 раза в/в №7, гепадиф 400 мг + глюкоза 5% -10,0 x 2 раза

в/в №19, гептрал 800 мг + физ р-р 100,0 x 2 раза в/в №18, гепамерц 20,0 + физ р-р 100,0 x 2 раза в/в №16, церулин 2,0 x 4 раза в/в №16, прозерин 1,0 x 4 раза в/в №16, дюфалак 30 мл x 3 раза per os №15, amitriptilin 1/2 табл. x1 раз №7, квамател 20 мг x 2 раза в/в №14, липофундин 500,0 в/в №20, дифоафацин 1 г x 1 раз в/в №3, поляризирующая смесь 500,0 в/в №18, аминоклазмоль 500,0 в/в №15, фуросемид 20 мг x 2 раза в/в №7, альбумин 20% – 200,0 в/в №10, викасол 3,0 x 3 раза в/в №7, аминоклазмоль гепа 500,0 в/в №6, цеф 3 1,0 x 4 раза в/в №16, бисопролол 2,5 мг x1 раз №5, фозикард 10 мг x1 раз №10, этамзилат 4,0 x 4 раза в/в №1, омез 40 мг x 2 раза в/в №8, перевязки. Произведены гемоплазмотрансфузия и переливание 20% альбумина. Получал сеансы плазмафереза и ГБО.

Лабораторно-инструментальные исследования после операции:

ОАК (15.07.13): Нв – 83 г/л, эритроциты -2,82x10¹²/л, лейкоциты – 4,9x10⁹/л, тромбоциты – 5x10⁹/л, СОЭ – 41 мм/ч. ОАМ (15.07.13): уд. вес – 1010, реакция – кислая, белок – 0,066, лейкоциты – 3-4, эритроциты -1-2, бактерия+++ . БАК (15.07.13): общий белок – 67,9 г/л, мочевины – 4,1 ммол/л, креатинин – 60 ммол/л, сахар – 5,65 ммол/л, АЛТ – 22,7 И/л, АСТ – 34,2 И/л, билирубин -11,6 мкмол/л, амилаза -105 И/л, общий кальций -1,23 ммоль/л, калий – 2,9 ммоль/л, натрий -132. Коагулограмма (10.07.13) – ПТИ – 91,2%, АПТВ – 34,7, ПВ – 15,3, МНО -0,90, фибриноген -1,96 г/л, ТВ – 28,0.

Гистологическое заключение – гепатоцеллюлярный рак умеренной степени дифференцировки, светлоклеточный вариант. pT3a pN0 pM0 St IIIA. Код МКБ-10: C22.0. Лимфоузел из ворот печени: фолликулярная гиперплазия лимфатического узла с редукцией ростковых зон.

Пациент 17.07.2013 года в удовлетворительном состоянии выписывается на амбулаторное лечение по месту жительства. Рекомендовано наблюдение и лечение у онколога по месту жительства. В мае 2015 года осмотрен, жалоб нет, поправился на 15 кг, наблюдается у онколога.

Данный случай демонстрирует, что хирургическое

удаление гепатоцеллюлярного рака обеих долей печени 3 стадии позволило добиться у пациента стабилизации состояния с тенденцией к дальнейшему улучшению.

В заключение можно сказать, что гепатоцеллюлярный рак в настоящее время является смертельным заболеванием. Излечение возможно при раннем раке после радикального хирургического лечения.

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

**Б.Б. БАЙМАХАНОВ¹, Ж.Н. ҚЫЖЫРОВ², М.М. САХИПОВ¹,
Ғ.Т. БЕРИСТЕМОВ¹, Н.Т. КЕМЕЛХАНОВ¹,
Н.Б. МАУЛЕНОВ², Е. СЕРІҚҰЛЫ¹**

¹№7 қалалық клиникалық аурухана,
Гепатопанкреатобилиарлы хирургия және бауырды
трансплантациялау орталығы бар жоспарлы
хирургия бөлімшесі, Алматы қ.

²С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қ.

БАУЫРДЫҢ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРЛЫ ОБЫРЫ – ПРАКТИКАДАН АЛЫНҒАН ЖАҒДАЙ

Осы тәжірибелік жағдай бауыр обырының 3 сатысында ісікті хирургиялық жолмен алып тастау науқастың жағдайын тұрақтандырып оның беталысын одан ары қарай жақсартуға

болатынын көрсетеді. Қорыта айтқанда, бауыр обыры қазіргі кезде өлімге әкелетін ауру. Жазылып кету ерте анықталған обыр кезінде түпкілікті хирургиялық емнен кейін болуы мүмкін.

Негізгі сөздер: бауыр обыры, хирургиялық ем, бауыр циррозы, бауыр жетіспеушілігі, гистологиялық қорытынды.

S U M M A R Y

**B.B. BAIMAKHANOV¹, Zh.N. KYZHYROV², M.M. SAHIPOV¹,
G.T. BERISTEMOV¹, N.T. KEMELKHANOV¹,
N.B. MAULENOV², E. SERIKULY¹**

¹Department of Planned Surgery with Center
of Hepatopancreatobiliary Surgery and Liver Transplantation,
City Clinical Hospital №7, Almaty c.

²Kazakh National Medical University n. a. S.D. Asfendiyarov,
Almaty c.

HEPATOCELLULAR LIVER CANCER – CASE REPORT

This case demonstrates that surgical removal of the 3 HCC without cirrhosis stage allowed to achieve stabilization with a tendency for further improvement. In conclusion we can say that hepatocellular carcinoma is currently a fatal disease. The cure is possible with early cancer after radical surgery.

Key words: hepatocellular carcinoma of liver surgery, liver cirrhosis, hepatic encephalopathy, histological conclusion.

Для ссылки: Баймаханов Б.Б., Кыжыров Ж.Н., Сахипов М.М., Беристемов Г.Т., Кемелханов Н.Т., Мауленов Н.Б., Серікулы Е. Гепатоцеллюлярный рак печени – случай из практики // J. Medicine (Almaty). – 2015. – No 8 (158). – P. 22-24

Статья поступила в редакцию 23.07.2015 г.

Статья принята в печать 12.08.2015 г.