

Хирургическое лечение больных гепатоцеллюлярным раком BCLC B

Цитирование: Патютко Ю. И., Кудашкин Н. Е. Хирургическое лечение больных гепатоцеллюлярным раком BCLC B // Злокачественные опухоли. – 2016. – № 4, спецвыпуск 1. С. – 46–47.

DOI: 10.18027/2224–5057–2016–4s1-46–47

Резюме

BCLC классификация используется в настоящее время в качестве основного руководства по методическим подходам терапии больных гепатоцеллюлярным раком. Исходя из этого алгоритма, хирургический метод, единственный позволяющий добиться радикального излечения пациента, рекомендуется лишь только на ранних стадиях. Анализ данных литературы свидетельствует о необходимости пересмотра его роли и места в BCLC, особенно у больных, отнесенных к промежуточной стадии заболевания, а так же позволяет сделать вывод, что хирургическое лечение в виде резекции печени различного объема у больных гепатоцеллюлярным раком BCLC B в большинстве случаев должно рассматриваться, в качестве приоритетной основы при обсуждении и планировании этапности лечебных воздействий. В случае невозможности его выполнения показана трансартериальная химиоэмболизация (ТАХЭ).

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

гепатоцеллюлярный рак, хирургическое лечение, BCLC B

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Патютко Юрий Иванович – д.м.н., заведующий отделением опухолей печени и поджелудочной железы ФГНБУ «РОНЦ им. Н. Н. Блохина», г. Москва

Кудашкин Николай Евгеньевич – к.м.н., научный сотрудник отделения опухолей печени и поджелудочной железы ФГНБУ «РОНЦ им. Н. Н. Блохина», г. Москва, e-mail: dr.kudashkin@mail.ru

BCLC классификация была утверждена европейской (EASL) и американской (AASLD) ассоциациями по изучению болезней печени в качестве основного руководства по методическим подходам терапии больных гепатоцеллюлярным раком (ГЦР), в связи с ее универсальностью [1]. Исходя из этого алгоритма, хирургический метод, единственный позволяющий добиться радикального излечения пациента, рекомендуется лишь только на ранних стадиях заболевания, то есть у больных с небольшими единичными образованиями в случае отсутствия портальной гипертензии и гипербилирубинемии, все остальные могут рассчитывать лишь только на консервативное лечение [2]. Данные исследований последних лет свидетельствуют о необходимости пересмотра роли и места хирургического лечения в BCLC, особенно у больных, отнесенных к промежуточной стадии заболевания. Предлагаемое паллиативное лечение этой категории пациентов в виде трансартериальной химиоэмболизации (ТАХЭ) не всегда является адекватной альтернативой потенциально радикальному хирургическому [3,4].

Среди методов хирургического лечения можно отметить 2 основных – это резекция и трансплантация печени. Трансплантация печени является методом выбора в случаях небольших размеров опухолевого образования на фоне значительного нарушения печеночно-клеточной функции в исходе цирротической трансформации органа [5]. Использование данного метода в иных условиях крайне спорно. Это обусловлено ограниченным количеством донорских органов и потребностью в пожизненной иммуносупрессивной тера-

пии в послеоперационном периоде. В связи с этими обстоятельствами показания к трансплантации печени в BCLC определены достаточно четко и точно.

Исторически резекция печени у больных гепатоцеллюлярным раком выполнялась крайне редко, что было обусловлено высоким уровнем осложнений и послеоперационной летальности. Развитие хирургических технологий позволило значительно расширить показания к ее выполнению, послужило толчком к широкому внедрению в клиническую практику и одним из важнейших аргументов в решении вопроса о необходимости пересмотра ранее утвержденных алгоритмов BCLC относительно, именно, резекционных вмешательств [6]. Одним из наиболее важных параметров является размер опухолевого узла, который коррелирует с наличием узлов-сателлитов, частотой выявления отдаленных проявлений болезни и уровнем встречаемости сосудистой инвазии, тем самым определяя прогноз. Кроме того, при наличии большого образования для достижения радикализма в подавляющем большинстве случаев требуются более обширные вмешательства, что следует особенно учитывать при планировании операции у больных с циррозом печени [7]. Согласно BCLC резекция может быть показана при размерах образования менее 5см. В литературе встречается большое количество сообщений о приемлемых непосредственных и отдаленных результатах резекции больших образований при ГЦР (более 8–10см.) [8,9], значительно превосходящих результаты ТАХЭ. Zhong J. H. с соавторами [9] при сравнении резекции печени с ТАХЭ у пациентов с большими узлами гепатоцеллюлярного

рака (средний размер 8,8 см.) показали, что удаление опухоли ведет к улучшению 5-летней общей выживаемости (41% и 18%, соответственно).

Важный практический интерес представляет тактические подходы ведения больных с множественными образованиями ГЦР, наличие которых является независимым фактором неблагоприятного прогноза и раннего рецидива при их удалении, на основании чего они отнесены в классификации BCLC к промежуточной стадии болезни. Zhong J.H. с соавторами [10], анализируя результаты лечения подгруппы пациентов с 3-мя и более узлами в печени сравнил методы лечения (резекция или ТАХЭ), показав значительный выигрыш в 1-о (90% против 59%), 3-х (52% против 11%) и 5-ти летней (33% против 6%) общей выживаемости в случаях выполнения резекции.

Наличие портальной гипертензии несет под собой риск послеоперационных кровотечений, влияет на скорость регенерации

печени и увеличивает частоту острой печеночной недостаточности в раннем послеоперационном периоде. В работах Santambrogio R. с соавторами [11] и He W. с соавторами [12] показано, что частота осложнений, летальность и уровень общей отдаленной выживаемости при выполнении резекции у больных с/без портальной гипертензии сопоставимы. Наличие портальной гипертензии, таким образом, не должно рассматриваться как противопоказание к резекции печени.

Хирургическое лечение в виде резекции печени различного объема у больных гепатоцеллюлярным раком BCLC B в большинстве случаев должно рассматриваться в качестве приоритетной основы при обсуждении и планировании этапности лечебных воздействий, в случае невозможности его выполнения показана ТАХЭ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bruix J., Sherman M. Management of hepatocellular carcinoma: an update. *Hepatology*. 2011; 53(3): 1020–1022.
2. Guy J., Kelley R. K., Roberts J. et al. Multidisciplinary management of hepatocellular carcinoma. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* 2012; 10: 354–362.
3. Guglielmi A., Ruzzenente A., Conci S., Valdegamberi A., Vitali M., Bertuzzo F., De Angelis M., Mantovani G., Iacono C. Hepatocellular carcinoma: surgical perspectives beyond the barcelona clinic liver cancer recommendations. *World J. Gastroenterol.* 2014; 20: 7525–7533.
4. Forner A., Gilibert M., Bruix J., Raoul J. L. Treatment of intermediate-stage hepatocellular carcinoma. *Nat Rev Clin. Oncol.* 2014; 11: 525–535.
5. Clavien P. A., Lesurtel M., Bossuyt P. M. et al. OLT for HCC Consensus Group. Recommendations for liver transplantation for hepatocellular carcinoma: an international consensus conference report. *Lancet Oncol.* 2012; 13(1):11–22.
6. Патютко Ю. И., Котельников А. Г., Сагайдак И. В., Кудашкин Н. Е., Гахраманов А. Д., Мороз Е. А., Чай И. Хирургическое лечение гепатоцеллюлярного на фоне цирроза печени. *Российский онкологический журнал*. 2014. Т. 19. № 4. С. 39–40.
7. Poon R. T., Fan S. T., Lo C. M., Liu C. L., Lam C. M., Yuen W. K., Yeung C., Wong J. Extended hepatic resection for hepatocellular carcinoma in patients with cirrhosis: is it justified? *Ann. Surg.* 2002; 236: 602–611.
8. Lin C. T., Hsu K. F., Chen T. W., Yu J. C., Chan D. C., Yu C. Y., Hsieh T. Y., Fan H. L., Kuo S. M., Chung K. P., Hsieh C. B. Comparing hepatic resection and transarterial chemoembolization for Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) stage B hepatocellular carcinoma: change for treatment of choice? *World J. Surg.* 2010 Sep; 34(9): 2155–2161.
9. Zhong J. H., Xiang B. D., Gong W. F., Ke Y., Mo Q. G., Ma L., Liu X., Li L. Q. Comparison of long-term survival of patients with BCLC stage B hepatocellular carcinoma after liver resection or transarterial chemoembolization. *PLoS One* 2013; 8: 681–693.
10. Zhong J. H., Ke Y., Gong W. F., Xiang B. D., Ma L., Ye X. P., Peng T., Xie G. S., Li L. Q. Hepatic resection associated with good survival for selected patients with intermediate and advanced-stage hepatocellular carcinoma. *Ann. Surg.* 2014; 260: 329–340.
11. Santambrogio R., Kluger M. D., Costa M., Belli A., Barabino M., Laurent A., Opocher E., Azoulay D., Cherqui D. Hepatic resection for hepatocellular carcinoma in patients with Child-Pugh's A cirrhosis: is clinical evidence of portal hypertension a contraindication? *HPB (Oxford)* 2013; 15: 78–84.
12. He W., Zeng Q., Zheng Y., Chen M., Shen J., Qiu J., Chen M., Zou R., Liao Y., Li Q., Wu X., Li B., Yuan Y. The role of clinically significant portal hypertension in hepatic resection for hepatocellular carcinoma patients: a propensity score matching analysis. *BMC Cancer* 2015; 15: 263.