

## **ДИАГНОСТИКА ПЕРВИЧНЫХ И МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ**

**Тациев Р.К., Мясоедов Д.В., Черный В.А., Югринов О.Г., Розумей Д.А.**

*Киевская медицинская академия последипломного образования им. П.Л.Шупика; Украинский НИИ онкологии и радиологии МЗ Украины, г. Киев*

Несмотря на внедрение в клиническую практику современных методов исследования (УЗИ, КТ, сцинтиграфии, УЗ доплер, ЯМР, селективной ангиографии, лапароскопии, а также определения опухолевых маркеров), диагностика заболеваний печени остается актуальной проблемой клинической онкологии. Сложность этой проблемы объясняется повсеместным возрастанием частоты первичных (ПРП) и метастатических (МРП) опухолей этой локализации. Среди современных методов диагностики новообразований печени наиболее информативными являются: радионуклидное сканирование, УЗИ, КТ, ЯМР, ангиография и лапароскопия. Последние наряду с клинико-лабораторными, биохимическими, радиоиммунологическими методами исследования и патоморфологической верификацией диагноза открывают возможности достаточно точной диагностики злокачественных новообразований печени различного генеза [2, 6, 9, 12, 14].

Основным показателем, отражающим своевременность и точность диагностики опухолей печени, является резектабельность. Однако последняя все еще остается низкой и составляет 2-20% [1, 3, 4, 5, 7, 8, 13]. Между

тем, единственный радикальный метод лечения рака печени- резекция органа.

Большие компенсаторные возможности печени и скудность клинических проявлений опухолей этой локализации на начальном этапе заболевания значительно затрудняют их дифференциальную диагностику как при ПРП, так и при поражении органа метастазами. В основе диагностических ошибок специалистов общелечебной сети лежит отсутствие должной онкологической настороженности, пренебрежение оценкой этиологических факторов, приводящих к развитию рака печени (хронические заболевания, вирусный гепатит В, алкоголизм, цирроз), а также длительное обследование больных групп риска. Все это приводит к тому, что 68% больных опухолями печени не получают специального лечения и продолжительность их жизни не превышает 1,5-6 месяцев.

Ранняя диагностика рака печени основывается на выявлении характерных симптомов заболевания и является решающим фактором в эффективности лечения этого контингента больных. При первой встрече с пациентом, предъявляющим жалобы, характерные для ново-

образований печени, рекомендується уточнити или отвергнуть наличие опухоли (первичного или метастатического рака), используя физикальные методы исследования. При подозрении на наличие рака необходимо выполнение специальных обязательных для данной локализации опухоли перечня диагностических исследований, исключая вторичное поражение органа. К примеру, метастатическое поражение печени при раке желудка отмечается в 65-70% случаев.

В настоящем исследовании проанализированы результаты обследования и лечения в клинике Украинского НИИ онкологии и радиологии 1300 больных с новообразованиями печени. Из них у 312 (24%) больных установлен ПРП, МРП - у 840 (64,6%) больных и доброкачественные опухоли печени (ДОП) - у 148 (11,4%) больных. Основную группу больных составили лица в возрасте от 30 до 70 лет, что подтверждает некоторое омоложение рака в последние годы вообще и при новообразованиях в печени в частности. Среди всех обследованных мужчин было 754 (58%), женщин - 546 (42%).

В процессе накопления опыта работы и появления новых специальных методов исследования в диагностике новообразований печени использовали ангиографию по Сельдингеру, сцинтиграфию, УЗИ, а также КТ.

Сцинтиграфические исследования проводили на гамма-камере «ФО - гамма НР» фирмы «Нуклеар Чикаго», снабженной клиническим компьютером «Клинок» (15, 16). По результатам сцинтиграфических исследований достоверные данные при ПРП составили 87,4%, при МРП - 76,4%, при ДОП и других заболеваниях печени - 57,5%. Достоверность результатов ангиографических исследований при ПРП составила 76,4%, при МРП - 71,9%, при ДОП - 55,6%.

Сцинтиграфия, как и ангиография, выявляла опухолевые очаги с минимальным размером 1-2 см. Точность диагностики очаговых поражений печени с помощью сцинтиграфии и ангиографии примерно одинакова. Однако при сцинтиграфии реже, чем при ангиографии, возможны ложноотрицательные результаты.

На догоспитальном этапе одним из лучших скрининговых методов выявления очаговых образований в печени, а также расширенных желчных протоков и конкрементов желчного пузыря остается УЗИ. Применение цветного доплеровского сканирования значительно расширяет диагностические возможности метода в результате исследования состояния кровотока в сосудах печени.

Высокая разрешающая способность УЗИ и КТ позволяет применять эти методы для получения первичной информации не только в клиниках, но и в условиях поликлинического обследования больных. Информация, полученная на основе данных УЗИ и КТ с прицельной биопсией опухоли, позволила повысить диагностическую точность до 94-96% (10, 12).

В дополнение к специальным методам исследования проводили клинико-лабораторные, биохимические и радиоиммунологические исследования по общепринятой методике.

Среди выявленных больных первичным раком печени опухолевое поражение правой доли обнаружено у 61 пациента (19,4%), левой доли - у 42 (13,5%), поражение обеих долей - у 159 больных (51,1%), тотальное поражение - у 28 (9%) больных и поражение ворот печени - у 22 (7%). Клинически увеличенная печень с на-

личием пальпируемой опухоли выявлена в 72% случаев. У 12,6% больных обнаружен рак печени на фоне цирроза с наличием механической желтухи. Асцит выявлен у 9,6% больных.

Наиболее частыми клиническими симптомами рака печени были: боли в эпигастрии, потеря массы тела, увеличение размеров печени, общая слабость, субфебрильная температура, анемия. Длительность проявления клинических симптомов в 725 наблюдениях составила от 2-х до 6 месяцев. У 19% пациентов на фоне хронических заболеваний печени клиническая симптоматика ПРП наблюдалась в течение года. Поражение 25-75% печени опухолью отмечено у 49% больных, более 75% - у 39,1%, менее 25% - у 11,9%. Размеры опухолевых узлов от 5 до 20 см в диаметре наблюдались более, чем у 60% больных. Среди морфологических структур ПРП преобладал гепатоцеллюлярный рак (у 60% больных), причем процесс в органе был распространенным.

При метастатическом поражении печени размеры опухолевых узлов до 5 см в диаметре обнаружены у 53% больных, более 5 см - у 33,4%, от 10 до 20 см - у 16,6% больных. Объем поражения печени опухолью у 58% больных составлял до 25% общей массы печени, от 25% и более - у 42% больных. Наиболее частым клиническим симптомом при МРП была боль в правом подреберье или эпигастрии - у 77% больных. Потеря в весе, общая слабость, анемия, увеличение печени, повышение температуры, желтуха встречались у 14% пациентов. Редко при ПРП и МРП наблюдались отеки нижних конечностей, чувство тяжести и распирания в правом подреберье, тошнота, желудочное кровотечение, икота, гепатолиенальный синдром, потливость. Вышеуказанные симптомы и клинические проявления заболевания отмечены у больных, находившихся в стационаре и на этапе обследования в поликлинике. Пальпаторно увеличение печени в размере отмечено у 70% пациентов. Основным источником развития метастазов в печени оказались: рак желудка (46%), рак поджелудочной железы (19%), рак прямой кишки (11%), рак сигмовидной кишки (5,1%), рак желчного пузыря (7,2%) и внепеченочных желчных протоков (4,2%).

Основным источником метастазов являлись низкодифференцированные опухоли, имеющие инфильтративный и смешанный тип роста, которые исходили, в основном, из органов желудочно-кишечного тракта. По морфологическому строению опухолей лидировали аденокарциномы разной степени зрелости.

**Выводы.** Клинические данные, специальные методы исследования (УЗИ, КТ, селективная ангиография), патоморфологическая верификация опухоли позволяли установить истинный диагноз заболевания и определить объем поражения печени. Эти показатели явились ведущими при определении объема оперативного вмешательства по поводу новообразований печени.

Гистологическая верификация новообразований печени при выполнении операционных и транскутанных биопсий составила 99%, а цитологические исследования позволили верифицировать диагноз у 90,7% больных новообразованиями печени.

В диагностическом плане наиболее сложными оказались опухоли размером до 5 см, так как последние протекали без клинических проявлений. При внутрипеченочном расположении небольших первичных и метастатических опухолей их определение как макроскопи-

чески, так и пальпаторно затруднено даже при интраоперационной ревизии органа. Как правило, опухоли этих размеров обнаруживали при динамическом исследовании больных по данным УЗИ, КТ или на аутопсии.

По сравнению с ПРП более длительный анамнез отмечен у пациентов с метастазами в печень. Метастазы, в основном, появлялись в течение года после удаления первичного очага.

Из общего числа (1300) обследованных больных диагностические ошибки отмечены в 168 (12,9%) случаев.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Блохин Н.Н., Комов Д.В., Клименков А.А. Непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения первичных опухолей печени// Хирургия.- 1981.- №11.- С.3-6.
2. Болезни печени и билиарной системы Под ред. акад. РАМН Ф.И.Комарова, член-корр.РАМН А.Л.Гребенева и докт.мед наук,проф.А.И.Хазанова.-М.:Медицина, 1995.-317с.
3. Вишневский В.А., Чжао А.В., Назаренко Н.А. и др. Современные принципы техники оперативных вмешательств на печени//Анналы хирургической гепатологии.- МАИК:Наука, 1996.- т.1.- С. 15-23.
4. Гальперин Э.И., Дедерер Ю.М.Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях.-М.: Медицина, 1987.- С. 242-248.
5. Гранов А.М., Таразов П.Г., Гранов Д.А. Лечение первичного и метастатического рака печени// Анналы хирургической гепатологии.- МАИК:Наука,1996.- т.1. –С. 30.
6. Дедков И.П., Тащев Р.К., Сильченко С.А., Трацевский В.В. О диагностике опухолей печени// Врачебное дело.- 1979.- №10.- С.7-11.
7. Журавлев В.А.Большие и предельно большие резекции печени. Изд-во Саратовского Университета, 1986.-С. 26-56.
8. Клименков А.А., Комов Д.В., Рошин Е.М. Лечение первичных опухолей печени// Вопр. Онкологии.- 1984.- №1.- С. 59-65.
9. Подымова С.Д. Болезни печени.-М.: Медицина, 1993.- С.449-473.
10. Подымова С.Д. Болезни печени. –М.:Медицина, 1998.- С.589-601.
11. Тащев Р.К., Сычева Т.В., Ключко П.И., Азаб Хусейн Ахмед Диагностика опухолей печени, внутрпеченочных и внепеченочных желчных протоков// Укр. медичний часопис.- 1998.- 1(3).- С.108-112.
12. Хазанов А.И. Функциональная диагностика болезней печени.-М.: Медицина, 1998.-С.301.
13. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей.-К.:Здоров'я, 1993.- С.17-193.
14. Шишкина В.В., Трацевский В.В., Югринов О.Г., Тащев Р.К., Михайленко В.Е. Выявление метастазов в печень с помощью скинтиграфии и ангиографии//Врачебное дело.- 1981.- №2.- С.94-96.
15. Hoogewoud H.M. Hepatocellular Carcinoma and Liver Metastases: Diagnosis and Treatment. - Berlin: Springer.- 1993.- 111p.
16. Stadja Cl.e.a. Carcinome hepatocellular sur cirrhose. Le point de vue du chirurgien// Ann. Gastroenterol. et hepatol. – 1989.- vol.25.- 129p.

## РЕЗЮМЕ

### ДІАГНОСТИКА ПЕРВИННИХ І МЕТАСТАТИЧНИХ ПУХЛИН ПЕЧІНКИ

*Тащев Р.К., Мясосдов Д.Р., Чорний В.А., Югрінов О.Г., Розумей Д.А.*

У роботі узагальнені результати діагностики та лікування 1300 хворих на новоутворення печінки (ПРП, МРП, ДПТ). Дана оцінка фізикальних і спеціальних методів дослідження. Підкреслюється значення патоморфологічної верифікації діагнозу на основі біопсії пухлини. Звертається увага на необхідність онконастороженості лікарів загальної лікувальної мережі. В роботі показано, що тільки своєчасна діагностика пухлин печінки дозволяє збільшити число операцій, що є єдиним радикальним методом лікування цієї категорії хворих. Методи діагностики новоутворень печінки дозволяють виконати радикальні операції у 28% хворих, післяопераційна летальність складає 5,6%.

## SUMMARY

### DIAGNOSTICS OF PRIMARY AND METASTATIC LIVER TUMOURS

*R.K. Tashchiyev, D.R. Miasoyedov, V.A. Chernyi, O.G. Yuginov, D.A. Rozumei*

The paper shows the results of diagnostics and treatment of 1300 patients having tumors of liver. Estimation of physical and special methods of investigation is given, the importance of pathologomorphological verification of the diagnosis made on the base of biopsy of the tumor is stressed. Attention is given to the problem of increasing general cancer-conseiousness of common doctors and physicians. It is shown in the paper that only the diagnosis of the tumor of the liver determined in due time gives a possibility of increasing a number of radical operations which are the only radical method of curing this category of patients.

The methods of diagnostics of liver tumors allows to carry out 28 per cent of radical operations while post-operational is 5,6 per cent.