

Клиническое наблюдение / Case report

ISSN 1995-5464 (Print); ISSN 2408-9524 (Online)

<https://doi.org/10.16931/1995-5464.2023-4-88-92>**Узловой вариант гепатоцеллюлярного рака***Антипина Л.С. *, Дамбаев Г.Ц., Васильченко Д.В., Соловьев М.М., Писарев А.П.**ФГБОУ ВО “Сибирский государственный медицинский университет” Минздрава России;
634050, г. Томск, ул. Московский тракт, д. 2, Российская Федерация*

Работа посвящена описанию клинического наблюдения бессимптомного течения и поздней диагностики гепатоцеллюлярного рака с нетипичным расположением солитарной гигантской опухоли — “на ножке” в сегменте печени. Пациентка самостоятельно выявила новообразование в брюшной полости. Показаны этапы амбулаторной лабораторно-инструментальной диагностики. Характер роста опухоли — 13 см в одном сегменте печени — был расценен как необычный и удобный для операции — атипичной резекции печени. Такое расположение опухоли до операции вызывало сомнение в органной принадлежности. Пациентке успешно проведено хирургическое лечение, назначено специфическое лечение и наблюдение в профильном медицинском учреждении.

Ключевые слова: *печень, гепатоцеллюлярный рак, опухоль печени, новообразование, метастазы, клинический случай*

Ссылка для цитирования: Антипина Л.С., Дамбаев Г.Ц., Васильченко Д.В., Соловьев М.М., Писарев А.П. Узловой вариант гепатоцеллюлярного рака. *Анналы хирургической гепатологии*. 2023; 28 (4): 88–92. <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2023-4-88-92>.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Информированное согласие. Информированное согласие пациентки на публикацию своих данных получено.

Nodular hepatocellular carcinoma*Antipina L.S. *, Dambaev G.Ts., Vasilchenko D.V., Solovlev M.M., Pisarev A.P.**Siberian State Medical University; 2, Moskovskiy trakt, Tomsk, 634050, Russian Federation*

The paper describes a clinical observation of asymptomatic course and late diagnosis of hepatocellular carcinoma with solitary giant tumor atypically located “on a pedicle” in a liver segment. The patient independently detected a neoplasm in the abdominal cavity. The paper presents stages of outpatient laboratory and instrumental diagnostics. Pattern of 13 cm tumor growth in one segment of the liver was considered uncommon but appropriate for the surgery — atypical liver resection. Such location of the tumor raised doubts about the organ reference prior to surgery. The patient underwent successful surgical treatment, specific treatment and follow-up in a certain medical institution.

Keywords: *liver, hepatocellular carcinoma, liver tumor, neoplasm, metastases, clinical case*

For citation: Antipina L.S., Dambaev G.Ts., Vasilchenko D.V., Solovlev M.M., Pisarev A.P. Nodular hepatocellular carcinoma. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii = Annals of HPB surgery*. 2023; 28 (4): 88–92. <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2023-4-88-92> (In Russian)

The authors declare no conflict of interest.

Statement of informed consent. Written informed consent was obtained from the patient for publication of this case report and accompanying materials.

Заболеваемость гепатоцеллюлярным раком (ГЦР) до настоящего времени остается высокой. Заболевание занимает 5-е место в мире по распространенности и 2-е — по смертности среди онкологических заболеваний [1, 2]. Пятилетняя выживаемость при ГЦР составляет менее 20% [3]. Причиной тому является поздняя диагностика в связи со стертой клинической картиной и ввиду этого — невозможность назначения эффективного лечения в раннем периоде болезни, что приводит к неблагоприятному исходу.

Наиболее часто заболеванию подвержены лица в возрасте 40–50 лет [4]. В большинстве наблюдений ГЦР является следствием цирроза печени (80%) и хронического воспаления этого органа, самыми частыми причинами которых служат вирусные гепатиты В и С, алкогольный и неалкогольный стеатогепатит. Все эти этиологические факторы обуславливают рост заболеваемости. Для стран Азии и Африки основным этиологическим фактором является вирусный гепатит В, для стран Западной Европы

и Северной Америки — вирусный гепатит С [5]. Фактором, лидирующим в странах с высоким уровнем доходов населения, является неалкогольный стеатогепатит [6]. Вместе с тем в 10% наблюдений ГЦР развивается из здоровой ткани печени. В России наибольшая заболеваемость ГЦР зарегистрирована в республиках Саха (Якутия), Тыва, Бурятия, Калмыкия, на Алтае [7]. Прирост заболеваемости с 2010 по 2020 г. составил 50%, что превалирует над всеми другими видами рака.

Ведение пациентов требует междисциплинарного подхода. Резекция печени является радикальным методом лечения при локализованном ГЦР у пациентов без цирроза или при наличии цирроза с нарушением печеночно-клеточной функции, соответствующим классу А по Child–Pugh. Выполнение оперативного вмешательства

возможно при стадиях BCLC 0/A либо BCLC B и BCLC C с ограниченным поражением органа [8].

Приводим клиническое наблюдение.

Пациентка 46 лет обратилась в поликлинику по поводу новообразования в брюшной полости, самостоятельно обнаруженного 4 нед назад. На амбулаторном этапе был проведен комплекс лабораторно-инструментальных исследований. Лабораторные показатели — в пределах допустимых значений. Результаты исследований на маркеры вирусных гепатитов, ВИЧ, сифилис отрицательные. При рентгенографии грудной клетки, ЭГДС, колоноскопии существенных патологических изменений не выявлено. Выполнена МРТ с контрастным усилением (рисунков). Обнаружена деформация печени, увеличение ее краниокаудального размера до 278 мм (до малого таза), преимущественно за счет правой доли, в кото-

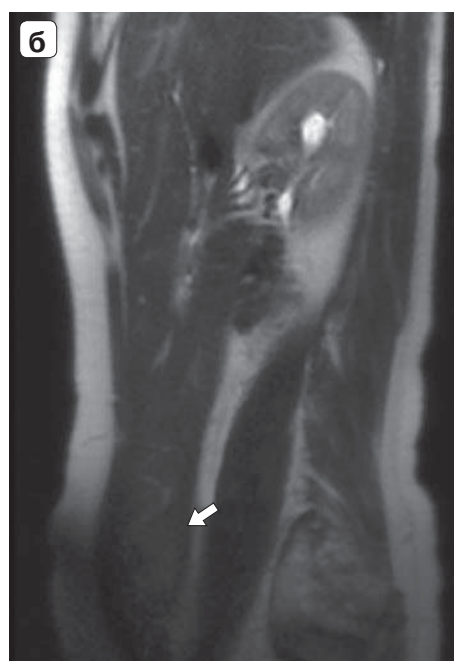
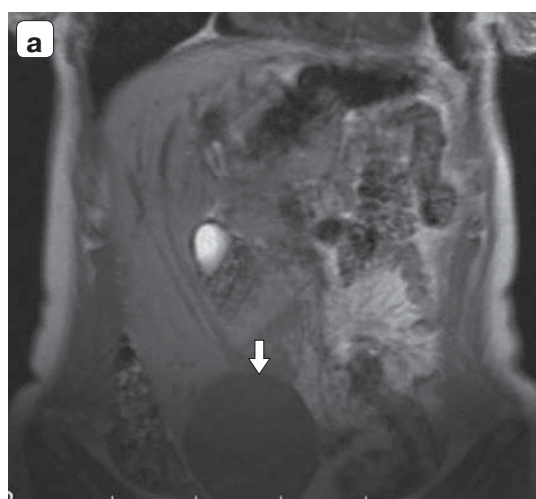


Рисунок. Новообразование VI сегмента печени: **а** — магнитно-резонансная томограмма, фронтальная проекция; **б** — магнитно-резонансная томограмма, сагиттальная проекция; **в** — интраоперационное фото; **г** — макрофото.

Figure. Neoplasm of segment VI of the liver: **a** — MR-image, frontal view; **б** — MR-image, sagittal view; **в** — intraoperative image; **г** — macrophotograph.

рой на границе V и VI сегментов выявлено солидное новообразование $90 \times 73 \times 105$ мм неоднородной структуры с неровными четкими контурами. Отмечено гетерогенное накопление контрастного препарата новообразованием. Амбулаторно выполнена пункция, цитологическое заключение — злокачественное новообразование. Проведен онкологический консилиум, принято решение выполнить гемигепатэктомию. При госпитализации состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожный покров и слизистые обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД 120 и 80 мм рт.ст., пульс 70 в минуту. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Желчный пузырь не пальпируется. На границе правой боковой и правой подвздошной областей — образование 9×8 см, плотноэластической консистенции, легко смещаемое, несколько болезненное. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика сохранена. Отеков нет. Результаты обследования позволили предположить узловое образование на ножке, которая была представлена здоровой тканью печени. Пациентка оперирована. При ревизии в правой доле печени в проекции VI сегмента обнаружено новообразование до 11 см на ножке, бугристое, белесо-желтого цвета (см. рисунок). Иных образований в печени, метастатического поражения лимфатических узлов и органов брюшной полости не обнаружено. Ввиду “удачной” локализации опухоли, отсутствия признаков генерализации онкологического процесса и цирроза печени по данным дооперационного обследования и интраоперационной картины, принято решение выполнить атипичную резекцию печени. Выполнена атипичная резекция — удалена опухоль с иссечением здоровой ткани печени в пределах VI сегмента, отступ от края ножки 3 см. Печень перевязана сетчатым жгутом из никелида титана. Гемостатические швы на край печени, круглая связка печени фиксирована. Макропрепарат — опухоль $13 \times 8 \times 11$ см, бугристая (см. рисунок), плотной консистенции, на разрезе ткань желто-серого цвета. Выполнено гистологическое исследование. Опухолевая ткань смешанного строения, от солидных участков до наличия полей по типу альвеолярного и трабекулярного паттернов. Опухолевые клетки от небольших до крайне крупных, с обильной эозинофильной цитоплазмой. Ядра клеток местами умеренно полиморфные с глыбчатым (?) хроматином и неотчетливо определяющимися ядрышками. Местами выявляются опухолевые многоядерные и двоядерные клетки с резко полиморфными и крупными ядрами. Определяются также участки типа светлоклеточного строения. Митотическая активность опухоли высокая. Заключение: низкодифференцированная карцинома печени. Для уточнения типа опухоли необходимо проведение иммуногистохимического (ИГХ) исследова-

ния в профильном онкологическом учреждении. Повторное гистологическое исследование операционного материала с ИГХ-исследованием. В материале — фрагменты ткани печени с крупным очагом инвазивной опухоли, формирующей альвеолярные, трабекулярные структуры и солидные поля. Опухолевые клетки умеренно полиморфные с обильной эозинофильной, местами мелкозернистой цитоплазмой и умеренно полиморфными, преимущественно гиперхромными ядрами. В части клеток определяются ядрышки. Митотическая активность опухоли высокая. ИГХ-исследование: в опухолевых клетках определяется яркая диффузная экспрессия Glypican-3 (клон 1G12, Cell Marque) и Hepatocyte (клон OCH1E5, Dako). Заключение: морфологическая картина и иммунофенотип опухоли соответствуют гепатоцеллюлярной карциноме, G3 (по Edmondson–Steiner). В раннем послеоперационном периоде отмечено повышение температуры тела до $38,5^{\circ}\text{C}$. При обследовании под печенью выявлена гематома. Выполнено дренирование гематомы под контролем УЗИ. Клинический диагноз основного заболевания: гепатоцеллюлярная карцинома VI сегмента печени T3N0M0, стадия 3A, G3. После проведения онкологического консилиума пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии для амбулаторного лечения.

Гепатоцеллюлярный рак является онкологическим заболеванием с плохим прогнозом по причине бессимптомного течения на ранних стадиях и быстрого прогрессирования в отсутствие лечения. Помимо прогрессирования ГЦР на поздних стадиях проблемы в лечении создает декомпенсация цирроза печени при наличии этиологических факторов — вирусных гепатитов В и С, алкогольного и неалкогольного стеатогепатита. Поэтому при этих заболеваниях должна быть высокая онкологическая настороженность, обследование с применением рентгенологических методов и УЗИ, а также регулярная просветительская работа.

При раннем выявлении ГЦР резекция печени обеспечивает пятилетнюю выживаемость порядка 70%.

Представленное клиническое наблюдение демонстрирует позднюю диагностику ГЦР, развитие заболевания у молодой женщины при отсутствии фонового заболевания. По результатам обследования и интраоперационной ревизии расположение гигантской (13 см) опухоли в одном сегменте печени — “свисая на ножке” — было оценено как необычное и удобное для атипичной резекции печени. Такое расположение опухолевого узла до операции вызывало сомнение в этой органной принадлежности. Пациентке успешно проведено хирургическое лечение и в дальнейшем назначено специфическое лечение и наблюдение в профильном медицинском учреждении.

Уникальность клинического наблюдения состоит в нетипичном расположении новообразования — в сегменте печени, на ножке. Такое расположение гигантского новообразования стало благоприятным вариантом для оперативного лечения за счет минимального повреждения здоровых тканей печени и, как следствие, короткого периода пребывания в стационаре и восстановления.

Участие авторов

Антипина Л.С. — концепция и дизайн, сбор и обработка материала, написание текста.

Дамбаев Г.Ц. — концепция, написание текста.

Васильченко Д.В. — оценка результатов гистологического исследования.

Соловьев М.М. — написание текста, обработка материала.

Писарев А.П. — сбор и обработка материала.

Authors contributions

Antipina L.S. — concept and design of the study, collection and processing of material, writing text.

Dambaev G.Ts. — concept, writing text.

Vasilchenko D.V. — evaluation of the histological examination results.

Soloviov M.M. — writing text, processing of material.

Pisarev A.P. — collection and processing of material.

Список литературы [References]

1. Шкарабуров А.С., Руденко Д.Н., Вайман Е.Ф., Соболева О.М., Захарова Ю.В. Бессимптомный гепатоцеллюлярный рак (клинический случай). Креативная хирургия и онкология. 2022; 13 (3): 256–260. <https://doi.org/10.24060/2076-3093-2022-12-3-256-260>
Shkaraburov A.S., Rudenko D.N., Vaiman E.F., Soboleva O.M., Zakharova Yu.V. Asymptomatic hepatocellular carcinoma (clinical case). *Creative surgery and oncology*. 2022; 13 (3): 256–260. <https://doi.org/10.24060/2076-3093-2022-12-3-256-260> (In Russian)
2. Harris P.S., Hansen R.M., Gray M.E., Massound O.I., McGuire B.M., Shoreibah M.G. Hepatocellular surveillance: an evidence-based approach. *World J. Gastroenterol*. 2019; 25 (13): 1550. <https://doi.org/10.3748/wjg.v25.i13.1550>.
3. Singal A.G., Lok A.S., Feng Z., Kanwal F., Parikh N.D. Conceptual model for the hepatocellular carcinoma screening continuum: current status and research agenda. *Clin. Gastroenterol. Hepatol*. 2022; 20 (1): 9–18. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2020.09.036>.
4. Михайлова Д.А., Нуштаева С.А., Стяжкина С.Н. Гепатоцеллюлярный рак. Клинический случай. *Modern science*. 2020; 4: 228–230.
Mikhailova D.A., Nushtaeva S.A., Styazhkina S.N. Hepatocellular carcinoma. Clinical case. *Modern Science*. 2020; 4: 228–230. (In Russian)
5. Слепцова С.С., Малов С.И., Савилов Е.Д., Семенов С.И., Семенова В.К., Степаненко Л.А., Огарков О.Б., Малов И.В. Клинико-эпидемиологическая характеристика гепатоцеллюлярной карциномы в Республике Саха (Якутия). Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2020; 19 (3): 33–40. <https://doi.org/10.31631/2073-3046-2020-19-3-33-40>
Sleptsova S.S., Malov S.I., Savilov E.D., Semenov S.I., Semenova V.K., Stepanenko L.A., Ogarkov O.B., Malov I.V. Clinical and epidemiological characteristics of hepatocellular carcinoma in the Republic of Saha (Yakutia). *Epidemiology and Vaccinal Prevention*. 2020; 19 (3): 33–40. <https://doi.org/10.31631/2073-3046-2020-19-3-33-40> (In Russian)
6. Roskilly A., Rowe I.A. Surveillance for hepatocellular cancer. *Clin. Med. (Lond.)*. 2018; 18 (Suppl. 2): s66–69. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.18-2-s66>.
7. Мерабишвили В.М., Мерабишвили Э.Н., Чепик О.Ф. Эпидемиология рака печени. Заболеваемость, смертность, динамика гистологической структуры. Сибирский онкологический журнал. 2015; 3: 5–14.
Merabishvili V.M., Merabishvili E.N., Chepik O.F. Epidemiology of liver cancer. Morbidity, mortality, dynamics of the histological structure. *Siberian journal of oncology*. 2015; 3: 5–14. (In Russian)
8. Рак печени (гепатоцеллюлярный). Клинические рекомендации. М., 2020. 57 с.
Rak pecheni (gepatocellyulyarnyj) [Liver cancer (hepatocellular). Clinical recommendations]. Clinical guidelines. Moscow, 2020. 57 p. (In Russian)

Сведения об авторах [Authors info]

Антипина Людмила Сергеевна — ассистент кафедры госпитальной хирургии с курсом сердечно-сосудистой хирургии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России. <https://orcid.org/0000-0001-5344-4471>. E-mail: ant_sv@mail.ru

Дамбаев Георгий Цыренович — доктор мед. наук, профессор, член-корреспондент РАН, заслуженный деятель науки РФ, заведующий кафедрой госпитальной хирургии с курсом сердечно-сосудистой хирургии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России. <https://orcid.org/0000-0002-7741-4987>. E-mail: dambaev@vtomske.ru

Васильченко Дмитрий Владимирович — канд. мед. наук, ассистент кафедры патологической анатомии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России. <https://orcid.org/0000-0002-9780-0770>. E-mail: ahho14@mail.ru

Соловьев Михаил Михайлович — доктор мед. наук, профессор кафедры госпитальной хирургии с курсом сердечно-сосудистой хирургии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России. <https://orcid.org/0000-0002-9497-1013>. E-mail: sol.tomsk@gmail.com

Писарев Архип Павлович — ординатор кафедры анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России. <https://orcid.org/0009-0001-1962-5719>. E-mail: arhip-13.98@mail.ru

Для корреспонденции*: Антипина Людмила Сергеевна — 634029, г. Томск, ул. Сибирская, 9а-84, Российская Федерация. Тел.: +7-923-417-50-76. E-mail: ant_sv@mail.ru

Ludmila S. Antipina – Assistant, Hospital Surgery Department with a Course of Cardiovascular Surgery, Siberian State Medical University. <https://orcid.org/0000-0001-5344-4471>. E-mail: ant_sv@mail.ru

Georgiy Ts. Dambaev – Doct. of Sci. (Med.), Professor, Honored Scientist of the Russian Federation, Head of the Hospital Surgery Department with a Course of Cardiovascular Surgery, Siberian State Medical University. <https://orcid.org/0000-0002-7741-4987>. E-mail: dambaev@vtomske.ru

Dmitry V. Vasilchenko – Cand. of Sci. (Med.), Assistant, Pathological Anatomy Department, Siberian State Medical University. <https://orcid.org/0000-0002-9780-0770>. E-mail: ahhoo14@mail.ru

Michael M. Solovov – Doct. of Sci. (Med.), Professor, Hospital Surgery Department with a Course of Cardiovascular Surgery, Siberian State Medical University. <https://orcid.org/0000-0002-9497-1013>. E-mail: sol.tomsk@gmail.com

Archip P. Pisarev – Resident Physician, Department of Anesthesiology, Resuscitation and Intensive Care, Siberian State Medical University. <https://orcid.org/0009-0001-1962-5719>. E-mail: arhip-13.98@mail.ru.

For correspondence *: Ludmila S. Antipina – 9a-84, Sibirskaya str., Tomsk, 634029, Russian Federation. Phone: +7-923-417-50-76. E-mail: ant_sv@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 13.06.2023.
Received 13 June 2023.

Принята к публикации 31.10.2023.
Accepted for publication 31 October 2023.