

У 16 больных ранее было выполнено формирование билиодигестивных анастомозов, 6 пациентам была произведена панкреатодуоденальная резекция с формированием гепатикоеюноанастомоза, и у 15 пациентов ввиду неоперабельности были установлены эндобилиарные стенты.

Всем больным проводили комбинированную антибактериальную терапию в стандартных дозах: цефтриаксон (по 1 г 4 раза в день внутримышечно) + метронидазол (по 0,5 г 3 раза в день внутривенно).

У данной группы пациентов применялась новая технология, которая предусматривала подведение лазерного световода в желчные протоки через ранее установленный под контролем ультразвука транспеченочный дренаж в правом подреберье и применение лазерного излучения непосредственно на эндотелий протоков. Воздействие осуществляли лазерным излучением длиной волны 750 нм, при котором в клетках запускается каскад процессов, направленных на активизацию антиоксидантной системы, и бактерицидное воздействие на саму инфицированную желчь. Процедуру повторяли через день в количестве до 5 раз на курс лечения. После проведенного лечения дренаж извлекали, рану ушивали. Продолжительность одной процедуры составляла до 5 мин и выполнялась через день. Общее количество процедур у пациента в среднем до 5 раз, сроки пребывания в стационаре сокращались на 5–7 дней по сравнению с таковыми у группы пациентов, которым лечение холангитов проводилось только антибиотиками.

Показаниями для прекращения лазеротерапии являлись нормализация температуры тела и биохимических показателей холестаза, уменьшение отделения желчи по дренажу холедоха до 50 мл в сутки.

Метод эндохоледохального облучения лазером является малоинвазивным и легко переносится пациентами.

Применение метода позволило улучшить результаты лечения больных с холангитами с получением более стойкого эффекта регрессии воспалительного процесса в желчных протоках с нормализацией их функции, сведение до минимума нежелательных осложнений, сопровождающих традиционные методы лечения данной категории больных.

Предлагаемый способ является высокоэффективным и позволяет получить в короткие сроки с минимальной травматизацией тканей выраженный клинический эффект, состоящий в более быстром стихании воспалительного процесса в желчных протоках за 3–5 дней и как следствие уменьшении интоксикации всего организма.

Полученный эффект является более стойким, чем после проведения антибактериальной терапии. Не развиваются осложнения, возможные при других методах лечения.

Особенно актуальным является использование данного метода, позволяющего избежать выполнения традиционных вмешательств на желчных протоках, у больных пожилого и старческого возраста, а также у больных с наличием выраженной сопутствующей соматической патологии.

¹Мерабишвили В.М., ²Мерабишвили Э.Н., ¹Ченик О.Ф.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА ПЕЧЕНИ

¹ФГБУ «Научно-исследовательский институт онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России; ²ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Первичный рак печени – одна из наиболее тяжелых форм злокачественных опухолей. По разработкам материалов Популяционного ракового регистра Санкт-Петербурга, на протяжении последних 15 лет медиана кумулятивной наблюдаемой выживаемости больных раком печени по всем гистологическим формам (без учета посмертно выявленных больных) и для мужчин, и для женщин не превышала 3,3 мес жизни с момента постановки диагноза.

В патогенезе развития рака печени особая роль принадлежит хроническим нарушениям функции печени, вызванным вирусной инфекцией. Наиболее частой причиной развития гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК) является вирус гепатита В и С.

По экспертной оценке ВОЗ ежегодно в мире от ГЦК погибает более 1,3 млн человек. Данные IX тома издания Международного агентства по изучению рака «Рак на пяти континентах» (2008), свидетельствуют, что наиболее высокие стандартизованные показатели (мировой стандарт) заболеваемости мужчин раком печени выявлены в Корее – 44,9^{0/0000}, в отдельных провинциях уровень заболеваемости превышал 50,0^{0/0000} (50,2^{0/0000}). Свыше 30^{0/0000} этот показатель регистрируется в Таиланде, Японии, Китае. Минимальные уровни (1,0–2,9^{0/0000}) установлены в Алжире, Индии, Бельгии, Нидерландах.

Частота злокачественных опухолей печени для женского населения в тех же странах находится на более низких показателях. Кроме того, в Северной Европе и Северной Америке риск развития первичной ГЦК в 4 раза выше среди больных алкоголизмом, особенно, среди пожилых. Алкоголь сам по себе не является печеночным канцерогеном, а может быть коканцерогеном вируса гепатита В (HBV). В России наиболее высокий уровень стандартизованных показателей заболеваемости среди мужского населения от рака печени зарегистрирован в республиках Саха (Якутия) – 18,61^{0/0000}, Чечня – 14,17^{0/0000}, Калмыкия – 13,33^{0/0000}, при среднероссийском показателе 3,93^{0/0000}. Среди женского населения наивысший показатель заболеваемости зарегистрирован также в республике Саха (Якутия) – 9,93^{0/0000}, кроме того, в Томской области его величина равна 5,0^{0/0000}, в Чечне – 4,86^{0/0000}. Среднероссийский показатель – 1,77^{0/0000}.

По большинству административных территорий России смертность от рака печени превышает уровень заболеваемости, что свидетельствует о существенном недоучете первичных больных. Даже уровень смертности («грубый» показатель) по России в целом для мужчин превысил в 2012 г. уровень заболеваемости. Заболеваемость у них равна 5,31^{0/0000}, смертность – 7,22^{0/0000}, для женщин эти показатели составили соответственно 3,60 и 5,02^{0/0000}. Индекс достоверности учета для мужчин составляет 1,36, для женщин – 1,4, т. е. число умерших практически превышает число заболевших на 40%. Индекс достоверности учета больше 1 и в целом по России. Только на 14 административных территориях его величина меньше 1. Сред-

ди мужского населения смертность от рака печени превышает заболеваемость на 68 территориях, среди женского населения на 69. Число умерших в целом по России превысило число заболевших первичным раком печени на 2358 случаев. Если судить по данным официальной государственной отчетности, то в 2012 году число больных, учтенных с I и II стадией заболевания, составило 8,3%, или 445 случаев заболевания, а по ряду административных территорий существенно выше, вплоть до 53,3%, например в Новгородской области. Наше исследование показало, что за весь период наблюдения (с 1994 по 2005 г.) в Санкт-Петербурге не наблюдалось ни одного случая 5-летней выживаемости больных раком печени I, II и III стадии заболевания. Следовательно, данные с мест, формирующие общий показатель удельного веса ранних стадий, не соответствует реальному положению.

Санкт-Петербург (Ленинград) – единственная территория России, где динамика показателей заболеваемости населения раком печени может быть проанализирована с 1980 г.

Мы впервые в России представляем динамику структуры заболеваемости населения Санкт-Петербурга раком печени с учетом 4 знака МКБ. Основная часть приходится на печеночноклеточный рак: холангиокарцинома составляла от 4 до 8,6%, гепатобластома около 1%. К сожалению, 70–80% всех новообразований печени отнесены к группе не уточненных злокачественных новообразований – С22.9.

В структуре онкологической заболеваемости мужчин рак печени в Санкт-Петербурге встречается достаточно редко. Среди мужского населения он составляет 1,8% и занимает 15 место. В структуре онкологической заболеваемости женщин, рак печени составляет 1,1% и занимает 17-е место. За последние 30 лет стандартизованный показатель заболеваемости населения города первичным раком печени практически не изменился.

Таким образом, рак печени относится не только к новообразованиям с самой высокой летальностью и самой низкой выживаемостью, но и имеющей существенный недоучет первичных случаев.

С момента введения в государственную отчетность данных об умерших от рака печени в 1999 г. стандартизованный показатель смертности в Санкт-Петербурге снизился на 17,2% среди мужчин и на 16,0% среди женщин.

¹Мерабишвили В.М., ¹Чепик О.Ф., ²Мерабишвили Э.Н.

ДИНАМИКА НАБЛЮДАЕМОЙ И ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПЕЧЕНИ НА ПОПУЛЯЦИОННОМ УРОВНЕ С УЧЕТОМ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ

¹ФГБУ «Научно-исследовательский институт онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России; ²ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Рак печени относится к тяжелейшей онкопатологии. Изучению факторов риска развития рака печени

Динамика гистологической структуры больных раком печени в Санкт-Петербурге (База данных популяционного ракового регистра)

Код	Название	Абсолютное число			Удельный вес		
		1995–2000	2001–2006	2007–2008	1995–2000	2001–2006	2007–2008
Мужчины							
8000/3	Новообразование злокачественное	265	109	10	71,62	38,11	8,20
8010/3							
8170/3							
8171/3	Печеночно-клеточная карцинома БДХ	68	126	73	18,38	44,06	59,84
8180/3							
8140/3							
8160/3	Холангиокарцинома	34	47	33	9,19	16,43	27,05
8211/3							
8970/3							
8970/3	Гепатобластома	2	4	5	0,54	1,40	4,10
9120/3	Гемангиосаркома	–	–	1	–	–	0,82
8800/3	Саркома БДХ	1	–	–	0,27	–	–
Всего ...		370	286	122	100,0	100,0	100,0
Женщины							
8000/3	Новообразование злокачественное	178	96	6	66,67	48,48	6,38
8010/3							
8170/3							
8171/3	Печеночно-клеточная карцинома БДХ	38	55	46	14,23	27,78	48,94
8180/3							
8140/3							
8160/3	Холангиокарцинома	45	40	37	16,85	20,20	39,36
8211/3							
8970/3							
8970/3	Гепатобластома	3	3	4	1,12	1,52	4,26
9120/3	Гемангиосаркома	2	2	1	0,75	1,01	1,06
8800/3	Саркома БДХ	1	2	–	0,37	1,01	–
Всего ...		267	198	94	100,0	100,0	100,0

посвящено немало публикаций, в том числе и экспериментальных исследований. Из 16 стран (программа Eucosage-4) только в пяти 5-летняя относительная выживаемость превысила 10%. Среднеевропейский показатель 5-летней относительной выживаемости (на оба пола) составил 8,7%. Для мужчин он равнялся 8,9%, для женщин – 8,4%.

Важно обратить внимание на то, что 5-летняя наблюдаемая и относительная выживаемость больных раком печени в Европе (программы Eucosage-3 и Eucosage-4) составляет 6–8% и ненамного лучше, чем за этот же период в Санкт-Петербурге – 5–7%.

Большие сложности сохраняются в учете первичных случаев. На многих территориях России число