

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

умерших превышает число заболевших. Крайне низок уровень медианы выживаемости на всем протяжении ее расчета по базе данных Популяционного ракового регистра Санкт-Петербурга

Всего для наблюдения в Санкт-Петербурге было отобрано 680 мужчин и 586 женщин. Не выявлен ни один пациент с I и II стадией заболевания. Характер кривых выживаемости свидетельствует, что практически у всех больных был распространенный процесс опухолевого заболевания. Еще раз приходится обращать внимание на то, что накопленные за 5 лет и более контингенты больных раком печени (ф. № 35) к показателю выживаемости никакого отношения не имеют. В целом по России контингенты больных раком печени, состоящие под наблюдением 5 лет и более, составляют 26,6%, а по некоторым административным территориям больше 45–50% (в Костромской, Липецкой, Архангельской, Новгородской областях, в республиках Коми, Адыгея, Мордовия и Татарстан).

Динамика гистологической структуры и расчет однолетней выживаемости больных раком печени проводился отдельно для мужчин и женщин за 3 периода наблюдения (1995–2000, 2001–2006 и 2007–2010). Общее число наблюдений составило 1337 человек, в том числе мужчин 778, женщин – 559. За 3 периода наблюдения произошло существенное улучшение кодирования гистологической структуры рака печени по международным стандартам. Если в первом периоде наблюдения подавляющая часть новообразований кодировалась кодами 8000/3 и 8010/3 – «Злокачественные новообразования без указания специфики гистотипа (такие коды среди мужчин составляли 71,60%, среди женщин – 48,48%), то в третьем периоде наблюдения они снизились соответственно у мужчин и женщин до 8,20 и 6,38% (см. таблицу).

Заключение. Наметилось определенное улучшение в лечении больных с гистологической характеристикой печеночно-клеточной карциномы у мужчин и холангиокарциномы как у мужчин, так и у женщин. Эффективность противораковых мероприятий напрямую связана с качеством диагностики. Во всех случаях, когда у больного нет точных характеристик стадий заболевания и гистологического заключения, результаты лечения всегда значительно хуже.

Мерзликин Н.В., Альперович Б.И., Сало В.Н., Клиновицкий И.Ю., Саенко Д.С.

НИЗКИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России», г. Томск

Как известно, лечение злокачественных опухолей печени как первичных, так и метастатических, представляет собой сложную, комплексную проблему. Быстрый рост опухоли, бессимптомность ее ранних стадий, раннее метастазирование представляют серьезные трудности для хирурга. Исходы лечения до сих пор остаются неудовлетворительными. Развитие криотехнологий позволило значительно расширить возможности хирургии в этой области. Метод крио-

деструкции характеризуется рядом положительных свойств: разрушением патологических тканей в области воздействия без заметного повреждения окружающих здоровых тканей, незначительной перифокальной реакцией, безболезненностью, отсутствием кровотечения и заметной общей реакции на криовоздействие, четкой демаркационной линией очага деструкции, стимулирующим действием на окружающие здоровые ткани. В клинике разработаны и осуществляются следующие криохирургические вмешательства при опухолевом и метастатическом поражении печени:

1. Криорезекции печени с помощью криоультразвукового скальпеля, криовиброскальпеля.

2. Криодеструкция культи печени при помощи криодеструктора после резекции печени.

3. Криодеструкция опухолей как самостоятельная операция.

Применение криохирургических методик при лечении рака печени кажется нам целесообразным по следующим причинам:

1) снижение кровопотери во время операции за счет уменьшения паренхиматозного кровотечения;

2) лучшая визуализация крупных сосудов и протоков в плоскости разреза печени во время осуществления резекции;

3) значительное повышение абластичности операции не только за счет наложения предварительных блоковидных швов, но и за счет прямого воздействия сверхнизких температур на раковые клетки как при осуществлении криорезекции печени, так и после обычной резекции для обработки культи печени с целью вызвать гибель опухолевых клеток, попавших на поверхность культи печени во время вмешательства.

Мероприятия, направленные на предотвращение диссеминации опухолевых клеток во время операции:

1) удаление опухоли в пределах здоровых тканей;

2) минимальная травматизация очага при ревизии и удалении опухоли;

3) перевязка питающих опухоль сосудов на начальных этапах операции;

4) криорезекция печени с целью предотвращения диссеминации опухолевых клеток;

5) криодеструкция культи печени на завершающих этапах операции при обычных резекциях печени.

Криодеструкция культи печени производилась криодеструкторами оригинальной конструкции с использованием криоагента жидкого азота с температурой криовоздействия $-195,8^{\circ}\text{C}$, диаметр рабочей части от 20–30 мм с экспозицией от 5 до 10 мин из разных точек.

Всего в 1972–2013 гг. выполнено 73 операции при злокачественных опухолях печени с использованием криотехнологий: 67 операций при первичном раке печени и рецидивах его, 6 операций при метастазах колоректального рака). Из них 60 резекций печени, 13 – криодеструкция опухоли печени при невозможности радикальной операции. Приоритет отдавался обширным (гемигепатэктомия, расширенная гемигепатэктомия) резекциям, которые составили 3/4 радикальных операций. «Экономные» резекции печени осуществлялись в тех случаях, когда вмешательства большего объема несли в себе запредельный риск развития печеночной недостаточности в послеоперационном периоде (операции у пациентов на фоне декомпенсированного