

**УДК 616-091**

**Кожанова Т.Г.,**  
**кандидат медицинских наук,**  
**доцент кафедры патологической анатомии**  
**Оренбургский государственный медицинский университет**  
**Россия, г. Оренбург**

**Муханов Ж.Ж.,**  
**студент 5 курса, лечебный факультет,**  
**Оренбургский государственный медицинский университет**  
**Россия, г. Оренбург**

## **К ВОПРОСУ О ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТАХ ПЕРВИЧНОГО РАКА ПЕЧЕНИ**

**Аннотация:** в данной статье нами была рассмотрена проблема первичного рака, в своем гистологическом проявлении имеющая большое многообразие. Мы постарались систематизировать виды рака печени по гистологическим вариантам в макро и микроскопических вариантах.

**Ключевые слова:** рак печени, гистология, первичный рак, формы рака

**Abstract:** in this article we have considered the problem of primary cancer, which has a great variety in its histological manifestation. We have tried to systematize the types of liver cancer by histological variants in macro and microscopic variants.

**Key words:** liver cancer, histology, primary cancer, cancer forms.

Первичный рак печени в России является сравнительно редким заболеванием и составляет 3-5 % в общей структуре злокачественных новообразований. В 2007 г. в стране зарегистрировано 6298 новых случаев рака печени. Мужчины заболевают примерно в 1,5-2 раза чаще женщин. В

2007 г. в России показатель заболеваемости мужчин раком печени и внутрипеченочных желчных протоков составил 5,4, женщин - 3,6. [1]

Макроскопически первичный рак печени подразделяется на массивную, узловую и диффузную форму.

Массивная форма первичного рака печени опухоль может быть представлена одним крупным узлом, т.н. массивная простая форма, либо одним крупным узлом с метастазами по периферии (массивная форма с саттелитами). [3]

Узловая форма рака характеризуется тем, что на поверхности и в паренхиме печени находят несколько одинакового размера опухолевых узлов белесовато-желтого цвета. Эта форма наиболее характерна для опухолей из собственно печеночных клеток.

Диффузная форма рака печени не склонна к образованию узлов, растет обычно инфильтративно: ни с поверхности, ни на разрезе органа опухоли не видно. Диффузная форма первичного рака печени чаще всего возникает на фоне цирротических изменений и встречается реже массивной и узловой форм.[1]

Показано, что 5-летняя выживаемость среди радикально оперированных больных при массивном росте опухоли составила 37,1%, при узловой форме роста — 23,6%.

После химиотерапии годовая выживаемость при массивной форме роста составила 26,8%, при узловой — 9,9%, при диффузной — 0.

Микроскопически различают гепатоцеллюлярные раки, которые развиваются из собственно печеночных клеток, и холангиоцеллюлярные, развивающиеся из клеток желчных ходов.[2]

Гепатоцеллюлярный рак (гепатома, печеночно-клеточный рак, злокачественная гепатома) — составляет 58—76% всех первичных злокачественных опухолей печени. Опухоль представлена клетками, напоминающими гепатоциты. Чаще встречается у мужчин. По классификации

ВОЗ выделяют ацинарный, компактный, скirrosный варианты опухоли, редко встречается фиброламеллярный вариант. Гепатоцеллюлярный рак довольно часто сочетается с циррозом печени. Важной характеристикой гепатоцеллюлярного рака является степень дифференцировки. [1]

Различают 4 степени дифференцировки:

- 1 степень — клетки опухоли высокодифференцированы и напоминают нормальные гепатоциты.

- 2 степень — (умеренно дифференцированный гепатоцеллюлярный рак) — ядра опухолевых клеток более крупные и гиперхромные по сравнению с нормальными гепатоцитами, цитоплазма часто содержит гликоген и желчные пигменты. Клетки опухоли часто формируют трубочки и ацинусы.

- 3 степень дифференцировки подразумевает еще более крупные клетки, с более ярко выраженной гиперхромией, ядерно-цитоплазматическое отношение увеличивается, цитоплазма менее ацидофильная. Трабекулярный рост опухолевых клеток нарушен, клетки часто расположены изолированно.

- 4 степень дифференцировки (недифференцированный гепатоцеллюлярный рак) — опухолевые клетки с большими ядрами, цитоплазма имеет базофильную окраску, опухолевые клетки почти никогда не образуют трабекулы.

У больных с высокодифференцированными опухолевыми клетками прогноз заболевания, как правило, лучше, однако некоторые авторы считают, что степень дифференцировки опухоли не оказывает влияния на продолжительность жизни больных первичным раком печени.

Холангиоцеллюлярный рак (холангиома, рак внутривнутрипеченочных желчных протоков, холангиокарцинома, злокачественная холангиома) составляет 7—35% случаев злокачественных новообразований печени. Опухоль состоит из клеток, напоминающих эпителий желчных протоков. С одинаковой частотой встречается у мужчин и женщин. Наиболее часто заболевают люди в возрасте 50—70 лет. В отличие от гепатоцеллюлярного

рака редко сочетается с циррозом печени. В отличие от гепатоцеллюлярного варианта отсутствуют внутриклеточные скопления желчного пигмента. Редкие злокачественные опухоли печени. [3]

Нейроэндокринный рак, локализующийся в печени, встречается как у детей, так и у взрослых. Нередко имеется дифференциация опухолевых клеток по типу гепатоцеллюлярного или холангиоцеллюлярного рака. Первичная нейроэндокринная опухоль печени встречается достаточно редко.

Макроскопически опухоль может иметь белый или желтый цвет, хорошо отграничена от здоровой ткани, плотная на ощупь. Морфологически нейроэндокринные опухоли характеризуются однородностью клеток, а также хорошо выраженной фиброваскулярной стромой. При ультраструктурном анализе выявляются характерные нейросекреторные гранулы. [1]

Гепатобластома встречается у детей в первые годы жизни (первые 3 года). Гепатобластома составляет 65—70 % от всех опухолей, диагностируемых у детей до 5 лет, соотношение больных мужского и женского пола составляет 2:1. Гепатоцеллюлярный рак печени (ГЦР) у детей до 5 лет встречается крайне редко, но может встречаться у детей грудного возраста. [3]

В 50% случаев к моменту диагностики опухоль занимает до 4 сегментов печени. Как правило, опухоль хорошо отграничена от здоровой ткани печени, плотная, имеет вид солитарного узла. Данный вариант опухоли имеет склонность к прогрессивному росту. Микроскопически опухоль представлена эмбриональными и (или) фетальными эпителиальными или смешанными с мезенхимальными элементами клетками. Характерным является наличие участков экстрамедуллярного гемопоэза внутри опухоли. [2]

Достаточно часто микроскопически отмечается инфильтрация опухолевой тканью сосудистых структур, что требует выполнения резекции печени на достаточном расстоянии от видимой границы опухоли. Мезенхимальные элементы представлены веретенообразными клетками. Внутри опухоли возможно формирование остеоидной и хрящевой ткани.

Радикальная резекция печени позволяет излечивать до 30-50% больных с гепатобластомой.

Комбинированное лечение с использованием химиотерапевтических средств (адриамицин, винкристин, циклофосфамид и 5-фторурацил) и лучевого воздействия позволяет в ряде случаев добиться значительной редукции опухоли и впоследствии выполнить радикальную резекцию.

Первичные и метастатические саркомы печени встречаются редко. Наиболее частым вариантом саркомы печени является ангиосаркома и лейомиосаркома. В 50% случаев они образованы гладкомышечной тканью. Достаточно редко встречаются фибросаркомы и злокачественная фиброзная гистиоцитома. Метастатические саркомы чаще связаны с саркомой матки, желудка или кишечника.[2]

Ангиосаркома является редким заболеванием, встречающимся преимущественно у взрослых, связанным с интоксикацией промышленными продуктами (мышьяк, тория хлорид, винилхлорид). Доказана прямая связь заболевания с применением тория диоксида, который широко применялся в 1930 — 1950 гг. в качестве контрастного вещества. Ангиосаркома, как правило, растет мультицентрично в обеих долях печени. По консистенции напоминает губку. Микроскопически характеризуется наличием плеоморфных эндотелиальных клеток в стадии митоза. Часто встречаются очаги кровоизлияния и некроза. Опухоль часто метастазирует в легкие, кости, лимфатические узлы, селезенку и надпочечники. [1]

Менее злокачественным течением обладает эпителиоидная гемангиоэндотелиома. Макроскопически она представлена мультицентрическими круглыми узлами белого цвета с ободком красноватого цвета вокруг. Узлы имеют размеры до 5 и более, рассеиваются в обеих долях печени. Микроскопически они представлены фиброзным центром, бедным клеточными элементами, и богатой клетками периферией, состоящей из дендритных и эпителиальных клеток (последние распределяются по ходу

сосудистых структур печени). Данный вариант саркомы необходимо дифференцировать с холангиоцеллюлярным раком печени, склерозирующим гепатоцеллюлярным раком, склерозирующей ангиосаркомой и метастазами аденокарциномы. [1,3]

Эмбриональная рабдомиосаркома и эмбриональная саркома встречаются преимущественно в детском возрасте и очень редко — у взрослых. Только радикальная резекция опухоли позволяет продлить жизнь этим больным.

Таким образом, наиболее часто встречающейся первичной опухолью печени является гепатоцеллюлярный рак, значительно реже встречаются холангиоцеллюлярный рак печени (8,6%), первичные карциноиды (10%) и цистаденокарциномы (5,7%). Саркомы печени и опухоли мезенхимального происхождения неуточненного морфогенеза, а также плоскоклеточный рак (1,4%) у взрослого населения развиваются крайне редко. Единственным методом, позволяющим продлить жизнь больным с первичными злокачественными опухолями печени, является хирургический.[2]

#### **Список используемой литературы:**

1. Первичный и метастатический рак печени: Р.К. Ташиев. - Донецк, 2018.- 336с.
2. Хирургическое лечение злокачественных опухолей печени: Патютко Ю.И.. - М.: Медицина, 2015. - 214с.
3. Хирургическое и комбинированное лечение метастазов колоректального рака в печень: Патютко Ю.И., Сагайдак И.В., Котельников А.Г., Бадалян Х.В., Подлужный Д.В. Вестник московского онкологического общества, 2014, 2 (505), 4-5.