Рак печени (гепатоцеллюлярный)

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: C22.0, D37.6 · Ассоциация онкологов России, Общероссийская общественная организация «Российское общество клинической онкологии», Междисциплинарное общество специалистов по опухолям печени

Гепатоцеллюлярный рак — самая частая злокачественная опухоль печени из гепатоцитов, обычно возникающая на фоне цирроза или хронического воспаления печени. Главное в рекомендации — при цирротически измененной печени обосновать диагноз по типичной контрастной КТ/МРТ или выполнить морфологическую верификацию в показанных случаях, оценить стадию TNM/AJCC/BCLC и функцию печени, а лечение выбирать мультидисциплинарно.

Главное

- Около 80% случаев ГЦР развиваются на фоне цирроза; ведущие факторы риска — хронические гепатиты B и C, алкогольный и неалкогольный стеатогепатит. Гепатит B связан примерно с 50% случаев, гепатит C — с 15%; менее 10% ГЦР возникает в здоровой печени.
- Тактика лечения привязана к BCLC: 0 — солитарная опухоль <2 см при сохранной функции печени; A — солитарная опухоль любого размера или не более 3 узлов до 3 см, без распространения на магистральные сосуды/соседние структуры, без опухолеспецифических жалоб, ECOG 0 и сохранная функция печени; B — изолированное бессимптомное множественное поражение печени без макрососудистой инвазии, ECOG 0 и сохранная функция печени; C — ECOG 0–2, опухоль любого размера с инвазией магистральных печеночных сосудов или без нее и/или внепеченочным распространением, при сохранной функции печени; D — неудовлетворительное состояние и декомпенсированная функция печени CTP B/C ≥8.
- При подозрении на ГЦР у пациента высокого риска или положительном АФП нужна мультифазная КТ печени/брюшной полости с контрастом и/или контрастная МРТ независимо от УЗИ. Для выявления раннего ГЦР до 2 см у пациентов с циррозом и/или хроническим гепатитом B и для стадирования перед лечением рекомендована МРТ с гадоксетовой кислотой. УУР A, УДД 1.
- В цирротически измененной печени диагноз может быть обоснован без морфологической верификации, если по мультифазной КТ или МРТ выявлены типичные признаки: диффузное, не кольцевидное контрастное усиление опухоли >1 см в поздней артериальной фазе и «вымывание» в венозной фазе; для узлов >2 см — псевдокапсула в отсроченной фазе; рост опухоли менее чем за 6 мес. на 50% или увеличение размера не менее чем на 5 мм за 6 мес.
- Функцию печени у пациентов с установленным ГЦР, получающих противоопухолевое лечение или наблюдаемых после лечения, надо оценивать по Child–Pugh для определения переносимости планируемого лечения, токсичности проводимого лечения и прогноза течения цирроза. Цирроз может ограничить или исключить противоопухолевое лечение. УУР A, УДД 1.
- Системная терапия показана при объективных признаках опухоли, ECOG 0–1, Child–Pugh A или B 5–8 баллов, невозможности локальных методов, внутрипеченочном локализованном ГЦР как терапии ожидания трансплантации/в сочетании с ТАХЭ/после химиоэмболизации, а также при внепеченочных метастазах или прогрессировании после локального лечения. УУР A, УДД 1.

Диагностика

1. Соберите факторы риска хронической болезни печени: алкоголь, наркотики, анаболические стероиды, перенесенные вирусные гепатиты, ожирение, сахарный диабет, артериальную гипертензию. УУР C, УДД 5.
2. Осмотрите пациента с оценкой нутритивного статуса и признаков хронической болезни печени: асцит, желтуха, энцефалопатия, кровотечения, спленомегалия. УУР C, УДД 5.
3. Назначьте вирусологическое обследование: HBsAg и anti-HCV IgM/IgG; при HBsAg+ — HBeAg, ДНК HBV количественно и РНК-ВГД качественно; при anti-HCV+ — РНК HCV количественно и генотип HCV. УУР C, УДД 5.
4. Для оценки состояния перед лечением и наблюдением выполните ОАК с тромбоцитами, биохимию крови с альбумином, общим/прямым билирубином, мочевиной, креатинином, АЛТ, АСТ, ГГТ, ЩФ, протромбиновое время/МНО, общий анализ мочи и АФП. Положительный АФП: >100 нг/мл или прирост на 7 нг/мл в месяц по 3 последовательным измерениям. УУР C, УДД 5.

5. Выполните мультифазную КТ и/или динамическую МРТ печени с контрастом; дополнительно — УЗИ брюшной полости с оценкой бассейна воротной вены, ЭГДС для варикозных вен, КТ грудной клетки/брюшной полости/малого таза для внепеченочных проявлений. Для раннего ГЦР до 2 см у пациентов с циррозом и/или хроническим гепатитом B и для стадирования перед лечением рекомендована МРТ с гадоксетовой кислотой. УУР А, УДД 1 для мультифазной КТ/МРТ и МРТ с гадоксетовой кислотой.
6. Биопсия печени под УЗИ/КТ-контролем нужна, если очаг найден в нецирротической печени или в цирротической печени нет типичных рентгенологических признаков ГЦР; cor-биопсия предпочтительнее тонкоигольной аспирации. УУР С, УДД 5.
7. Установите стадию по TNM 8-й редакции, AJCC и BCLC; при боли выполните остеосцинтиграфию, при подозрении на метастазы в мозг — МРТ или КТ головного мозга с контрастом, у кандидатов на операцию при подозрении на отдаленные метастазы по КТ/МРТ, когда подтверждение приведет к отказу от операции, — ПЭТ/КТ с 18F-ФДГ. УУР А, УДД 2 для стадирования.

Лечение

- План лечения должен определять мультидисциплинарный консилиум в специализированном центре. Радикальные варианты при раннем локализованном ГЦР — резекция, ортотопическая трансплантация печени и локальная аблация; паллиативные — эмболизация, лучевая терапия и системная химиотерапия.
- Резекция печени — метод выбора при локализованном ГЦР без лабораторных и инструментальных признаков цирроза; при циррозе резекция целесообразна у Child–Pugh A. Минимальный остаток паренхимы: ≥25% без цирроза и ≥40% при циррозе. УУР В, УДД 3.
- Трансплантация печени показана при раннем ГЦР BCLC 0–A, если резекция не подходит и соблюдены критерии; чаще используют «миланские»: одиночный узел ≤5 см или ≤3 очага, крупнейший ≤3 см, без сосудистой инвазии. УУР А, УДД 2. Bridge-терапия и down-staging могут включать аблацию, ТАХЭ, резекцию, лекарственную терапию или их сочетания.
- Локальная энергетическая аблация — стандарт при BCLC 0 с солитарным узлом до 2 см и BCLC A с тремя узлами до 3 см, если невозможны резекция или трансплантация. УУР А, УДД 1. Деструкции подлежат не более 5 узлов ≤3 см; при опухолях >3 см риск локального рецидива выше.
- ТАХЭ — основной вариант для BCLC B2 при четких узлах, селективном доступе и сохранном портальном кровотоке; также применяется для down-staging BCLC B1 и bridging BCLC 0/A. Не проводят при тромбозе/инвазии крупных сосудов, гепатофугальном кровотоке, Child–Pugh B8 и выше, ECOG ≥2 и противопоказаниях к артериографии. УУР А, УДД 2.
- Эффект ТАХЭ оценивают контрастной КТ/МРТ по mRECIST через 4–8 недель. При полном некрозе повторная ТАХЭ не нужна; при PR/SD повторно выполняют ТАХЭ с контролем через 4–6 недель; при отсутствии эффекта от 2 последовательных сеансов тактику меняют. УУР А, УДД 1 для оценки эффекта.
- Предпочтительная 1-я линия системной терапии: атезолизумаб 1200 мг + бевацизумаб 15 мг/кг в/в 1 раз в 21 день. Другой предпочтительный вариант — STRIDE: тремелимумаб 300 мг однократно + дурвалумаб 1500 мг в 1-й день 1-го цикла, далее дурвалумаб 1 раз в 4 недели; возможна монотерапия дурвалумабом 1500 мг в/в 1 раз в 4 недели. УУР А, УДД 2.
- Альтернативы 1-й линии — сорафениб или ленватиниб; ленватиниб: 12 мг/сут при массе ≥60 кг и 8 мг/сут при массе <60 кг. Регорафениб рекомендован во 2-й линии после прогрессирования на ингибиторах протеинкиназ; стандартно 160 мг/сут в 1–21-й дни 4-недельного цикла, при факторах риска токсичности старт 120 мг/сут. Кабозантиниб 60 мг/сут рекомендован во 2–3-й линии после сорафениба. Рамуцирумаб 8 мг/кг в/в каждые 2 недели рекомендован во 2-й линии при ECOG 0/1, Child–Pugh A и АФП ≥400 нг/мл после сорафениба. Также во 2–3-й линиях возможны ниволумаб/пембролизумаб или ниволумаб 1 мг/кг + ипилимумаб 3 мг/кг 1 раз в 3 недели 4 курса с поддержкой ниволумабом 240 мг раз в 2 недели или 480 мг раз в 4 недели.

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении или выявлении онкологического заболевания пациента направляют в центр амбулаторной онкологической помощи, первичный онкологический кабинет или отделение; консультация должна пройти не позднее 5 рабочих дней от выдачи направления.

- Если на уровне первичного онкологического звена невозможно взять биопсийный/операционный материал или выполнить нужные исследования, пациента направляют в онкологический диспансер или организацию, оказывающую помощь онкологическим пациентам.
- Патологоанатомическое исследование для гистологической верификации должно быть выполнено не позднее 15 рабочих дней с даты поступления материала.
- Специализированная помощь должна начаться не позднее 14 календарных дней после гистологической верификации или, если патоморфология амбулаторно не показана, после установления предварительного диагноза злокачественного новообразования.
- Экстренная или неотложная госпитализация показана при осложнениях ГЦР или осложнениях лечения, требующих специализированной помощи; плановая — при сложных интервенционных диагностических вмешательствах или противоопухолевом лечении, требующих круглосуточного или дневного стационара.

Частые вопросы

Когда при подозрении на ГЦР можно не делать биопсию?

В цирротически измененной печени диагноз может быть обоснован без морфологии, если мультифазная КТ или контрастная МРТ показывает типичную картину ГЦР: диффузное, не кольцевидное усиление опухоли >1 см в поздней артериальной фазе и «вымывание» в венозной фазе; для узлов >2 см — псевдокапсулу в отсроченной фазе; также учитывают рост на 50% менее чем за 6 мес. или увеличение не менее чем на 5 мм за 6 мес. Биопсия также не нужна, если не планируется лечение из-за декомпенсированного цирроза/тяжелой патологии или планируется резекция.

Какой уровень АФП считается положительным при ГЦР?

Положительным считается АФП >100 нг/мл или прирост на 7 нг/мл в месяц по данным 3 последовательных измерений. При этом АФП может повышаться и при хронических заболеваниях печени, других опухолях и беременности.

Какие критерии Child–Pugh используются для оценки функции печени?

Оценивают энцефалопатию, асцит, альбумин, протромбиновое время/МНО и билирубин. Child–Pugh A — 5–6 баллов, B — 7–9, C — 10–15.

Что выбрать в первой линии системного лечения распространенного ГЦР?

Предпочтительно атезолизумаб 1200 мг + бевацизумаб 15 мг/кг в/в каждые 21 день. Также предпочтителен режим STRIDE: тремелимумаб 300 мг однократно + дурвалумаб 1500 мг, далее дурвалумаб каждые 4 недели; возможны дурвалумаб в монотерапии, сорафениб или ленватиниб.

Когда прекращать повторные ТАХЭ?

После полного некроза в зоне воздействия повторная ТАХЭ не показана. Если нет эффекта от 2 последовательных сеансов — рост опухоли, нет некроза, появляются новые узлы, внепеченочные очаги или сосудистая инвазия — нужно отказаться от дальнейшей ТАХЭ и сменить лечение.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/1-rak-pecheni-gepatocellyulyarnyj. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/1_4