



# Гепатоцеллюлярный рак и цирроз печени как итог хронического вирусного гепатита С

Г.В. Глушкова<sup>1</sup>, И.А. Евсютина<sup>2</sup>✉, Л.Ф. Некрасова<sup>1</sup>, Е.И. Жильцова<sup>3</sup>

<sup>1</sup> БУ ХМАО-Югры «Окружная клиническая больница», Ханты-Мансийск, Россия;

<sup>2</sup> БУ ВО «Ханты-Мансийская государственная академия», Ханты-Мансийск, Россия;

<sup>3</sup> БУ ХМАО-Югры «Югорская городская больница», Югорск, Россия

✉ [ira1012ira@gmail.com](mailto:ira1012ira@gmail.com)

## Аннотация

**Введение.** В настоящее время проблема заболеваемости и развитие дальнейших осложнений гепатита С является весьма серьезной для здравоохранения Российской Федерации. Согласно докладу Роспотребнадзора за 2023 г. зарегистрированы 46 406 случаев выявления хронического гепатита С, что составляет 78,7% среди всех гепатитов. Кроме того, заболеваемость хроническим гепатитом С за прошедший год в 3,7 раза превышает заболеваемость хроническим гепатитом В. В статье представлен клинический случай цирроза печени класса С по классификации Чайлд–Пью в исходе хронического гепатита С с развитием рака печени. Показано, что при отсутствии наблюдения и поддерживающей терапии произошла декомпенсация клинической картины цирроза печени, тем самым спровоцировав рост опухоли.

**Цель.** Целью представления данного клинического случая является демонстрация возможности бессимптомного протекания первичного рака, а также диагностической роли лучевых методов исследования.

**Материалы и методы.** В основу исследования положен анализ клинического случая заболевания гепатоцеллюлярного рака и цирроза на фоне хронического вирусного гепатита С с проведением комбинированного лечения, проанализированы трудности диагностики и лечения. В исследование включены источники литературы на русском и английском языках.

**Результаты.** Проведено 2 курса трансартериальной химиоэмболизации с промежутком в 3 мес. При контрольной компьютерной томографии органов брюшной полости (КТ ОБП) с болюсным контрастированием в сравнении с исследованием после первого курса выявлено формирование абсцесса правой доли печени. Ввиду выявленной патологии пациент был госпитализирован с целью дренирования образования. На третий месяц после проведения дренирования абсцесса печени и 1 курса полихимиотерапии проведена госпитализация в хирургическое отделение с гнойно-геморрагическим отделяемым из дренажа и лихорадкой. Выполнен контроль КТ ОБП с болюсным контрастированием, которое в сравнении показало увеличение полости с распадом правой доли печени.

**Ключевые слова:** гепатоцеллюлярный рак, цирроз печени, хронический вирусный гепатит С, компьютерная томография, эластография печени.

**Для цитирования:** Глушкова Г.В., Евсютина И.А., Некрасова Л.Ф., Жильцова Е.И. Гепатоцеллюлярный рак и цирроз печени как итог хронического вирусного гепатита С. *Клинический разбор в общей медицине.* 2025; 6 (12): 12–16. DOI: 10.47407/kr2025.6.12.00725

## Hepatocellular cancer and cirrhosis of the liver as a result of chronic viral hepatitis C

Galina V. Glushkova<sup>1</sup>, Irina A. Evsiutina<sup>2</sup>✉, Leyla F. Nekrasova<sup>1</sup>, Eevgeniya I. Zhiltsova<sup>3</sup>

<sup>1</sup> SFO HMAO-Ugra «District Clinical Hospital», Khanty-Mansiysk, Russia;

<sup>2</sup> Khanty-Mansiysk State Medical Academy, Khanty-Mansiysk, Russia;

<sup>3</sup> Yugorsk City Hospital, Yugorsk, Russia

✉ [ira1012ira@gmail.com](mailto:ira1012ira@gmail.com)

## Abstract

**Annotation.** Currently, the issue of morbidity and the development of complications related to hepatitis C is a significant concern for the health care system in the Russian Federation. According to a report by Rosпотребнадзор for 2023, there were 46,406 registered cases of chronic hepatitis C, which accounts for 78.7% of all hepatitis cases. Additionally, the incidence of HCV has increased by 3.7 times over the past year compared to previous years. The article presents a case study of a patient with cirrhosis of the liver, classified as Child-Pugh C, as a result of chronic hepatitis C and the subsequent development of liver cancer. The study shows that without observation and supportive treatment, the patient's clinical condition worsened, leading to decompensation of liver cirrhosis and the growth of the tumor.

**Aim.** The purpose of presenting this clinical case is to demonstrate the possibility of asymptomatic primary cancer, as well as the diagnostic role of radiation research methods.

**Materials and methods.** The study is based on the analysis of a clinical case of hepatocellular cancer and cirrhosis against the background of chronic viral hepatitis C with combined treatment, the difficulties of diagnosis and treatment are analyzed. The study includes literature sources in Russian and English.

**Results.** Two courses of transarterial chemoembolization were performed with an interval of three months. In a control CT scan with contrast bolus, compared to the scan after the first course, a formation of an abscess in the right lobe of the liver was revealed. Due to this pathology, the patient was admitted to the hospital for drainage of the abscess. In the third month after drainage of the liver abscess and completion of the first course of chemotherapy, hospitalization was required in the surgical ward due to purulent hemorrhagic drainage and fever. A CT scan of the abdominal organs with contrast bolus was performed, which showed an increase in the size of the cavity and collapse of the right hepatic lobe in comparison to the previous scan.

**Keywords:** hepatocellular carcinoma, cirrhosis of the liver, chronic viral hepatitis C, computed tomography, liver elastography.

**For citation:** Glushkova G.V., Evsiutina I.A., Nekrasova L.F., Zhiltsova E.I. Hepatocellular cancer and cirrhosis of the liver as a result of chronic viral hepatitis C. *Clinical review for general practice.* 2025; 6 (12): 12–16 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2025.6.12.00725

## Введение

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), при условии рассмотрения населения всего мира хроническим вирусным гепатитом С страдают около 72 млн человек. Важность проблемы хронического гепатита обусловлена не только самим заболеванием, но и повышением риска развития таких отдаленных осложнений, как цирроз печени и злокачественные новообразования печени, поскольку при диагностике гепатоцеллюлярной карциномы сопутствующий цирроз печени наблюдается у 80% пациентов [1–4].

Ежегодно во всем мире в результате прогрессирования цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы в исходе хронического вирусного гепатита С (ХВГС) умирают около 400 тыс. человек. Смертность в результате терминальной стадии фиброза печени занимает 9-е место в мире и 6-е – среди лиц трудоспособного возраста, составляя от 15 до 31 случая на 100 тыс. населения [5–9].

Гепатоцеллюлярный рак является наиболее распространенным первичным злокачественным новообразованием печени, составляя примерно 90% случаев [10]. Это четвертая по распространенности причина смерти от рака в мире [11, 12].

Однако риск развития гепатоцеллюлярной карциномы на фоне вирусного гепатита С снижается при устойчивом вирусном ответе на противовирусные препараты, причем у пациентов на стадии цирроза риск дальнейших осложнений оставался на том же уровне [13, 14]. В связи с чем важно понимать серьезность ранней диагностики гепатита и цирроза, чтобы предотвратить дальнейшее осложнение в виде развития печеночно-клеточного рака.

ВОЗ поставила цель охватить скринингом до 90% больных ХВГС, а лечением – до 81% к 2030 г. В настоящее время ХВГС излечим полностью. Поэтому в рамках реализации стратегии ВОЗ, согласно указу Правительства РФ от 02.11.2022 №3306-р 2, принято решение об организации медицинской помощи в рамках фонда обязательного медицинского страхования по выявлению, профилактике и социальной адаптации пациентов, страдающих вирусным гепатитом С. Раннее выявление и своевременное начало противовирусной терапии являются профилактикой цирроза и первичного рака печени [15–17]. В статье представлен случай цирроза печени в исходе ХВГС, осложнившегося развитием гепатоцеллюлярной карциномы.

## Клинический случай

**Информация о пациенте.** Пациент П., 54 года, европеоидной расы. В марте 2018 г. при прохождении профосмотра на ультразвуковом исследовании (УЗИ) органов брюшной полости (ОБП) выявлено гипоехогенное образование правой доли печени. Пациент не сообщил о наличии болей и каких-либо жалоб.

Из анамнеза жизни: пациент не работает. Питание удовлетворительное. ВИЧ, гепатит, туберкулез отрицает.

Перенесенные заболевания: в детстве – частые ангины, фурункулез. В 1996 г. пациент получил ножевое ранение, после чего было выполнено переливание крови с хирургическим лечением. Не исключает момент заражения вирусным гепатитом С.

Аллергоанамнез не отягощен. Вредные привычки: злоупотреблял алкоголем, периодичность указать не может. Курение с 35 лет.

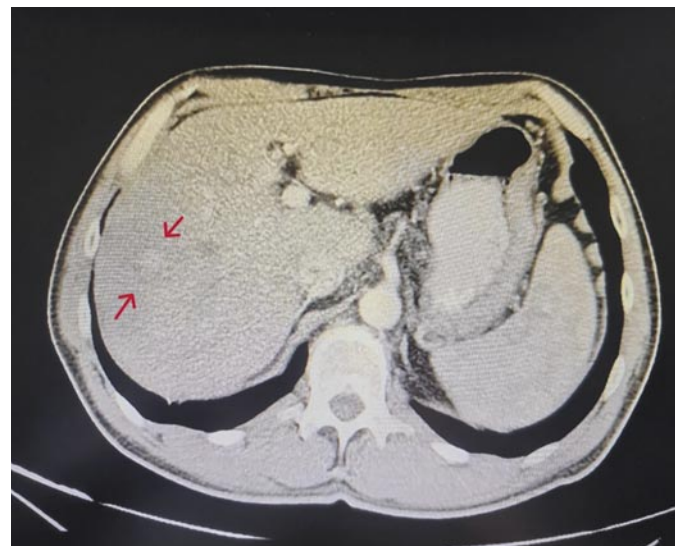
**Результаты физикального осмотра.** На время проведения профосмотра в марте 2018 г. у пациента: рост – 176 см, масса тела – 62 кг. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски – бледно-розовые, чистые, нормальной влажности и эластичности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Частота дыхательных движений – 14 в минуту. При аускультации дыхание везикулярное над всей поверхностью легких. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Доступ к глубокой пальпации. Не вздут. Печень по краю реберной дуги. Стул и диурез не нарушены.

**Диагностическая оценка и клинический диагноз.** При дальнейшем обследовании 02.04.2018: КТ-картина ОБП (рис. 1) образования S6-сегмента правой доли печени. При повторном обращении 30 июля 2019 г. проведена компьютерная томография (КТ) ОБП с внутривенным болюсным контрастированием (рис. 2). По итогу сравнительная КТ-картина показала отрицательную динамику, а именно увеличение размеров образования в правой доле печени.

20 августа 2018 г. проведена диагностическая лапароскопия и эндоскопическое УЗИ с забором материала для гистологического исследования. Заключение: морфологическая картина узловой гиперплазии печени.

7 октября 2020 г. выявлен ХВГС, консультирован инфекционистом. Был выставлен диагноз: хронический вирусный гепатит С, фаза репликации (ПЦР-тест на РНК вируса гепатита С положительный, 3-й генотип, вирусная нагрузка  $4,2 \times 10^6$  МЕ/мл от 01.03.2023)

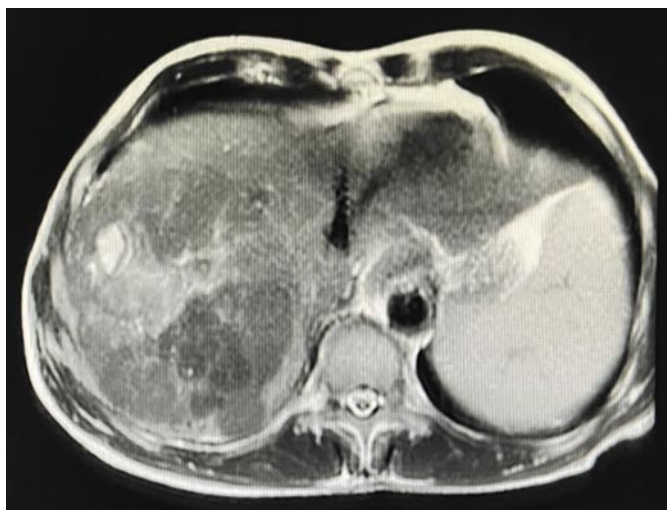
Рис. 1. КТ. Аксиллярная проекция. Артериальная фаза.  
Fig. 1. CT. Axillary projection. Arterial phase.



**Рис. 2. КТ. Аксиллярная проекция. Артериальная фаза.**  
 Fig. 2. CT. Axillary projection. Arterial phase.



**Рис. 3. МРТ. Аксиллярная плоскость. Последовательность T1 с внутривенным контрастированием.**  
 Fig. 3. MRI. The axillary plane. T1 sequence with intravenous contrast.



минимальной биохимической активности с вероятной трансформацией в цирроз печени, класс А по Чайлд–Пью (V18.2).

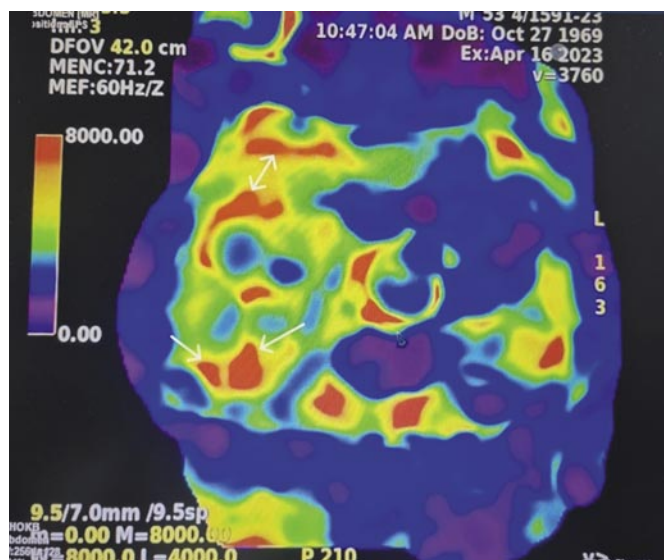
Пациент в период с июля 2019 г. по февраль 2023 г. за медицинской помощью не обращался, не обследовался, лечение не получал.

16 января 2023 г. при обращении за медицинской помощью пациент отмечает отеки ног, увеличение живота, общую слабость и снижение работоспособности.

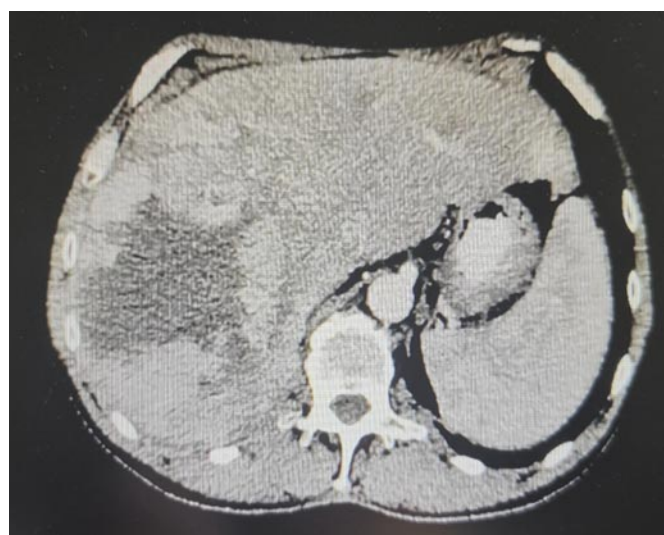
Лабораторно в общем анализе крови отмечается повышение СОЭ до 50,0 мм/ч и тромбоцитов  $425 \times 10^9/\text{л}$ , снижение гематокрита до 30,9%, альбумина – 27 г/л и общего белка – 65 г/л, анизоцитоз эритроцитов – 17,3, AFP (альфа-фетопротейн) – 1,92 МЕ/мл. Увеличение показателей аспартатаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы.

Уже при обследовании в Окружном центре вирусных гепатитов 16.04.2023 на магнитно-резонансной томографии (МРТ) ОБП с внутривенным контрастированием отмечаются множественные образования печени.

**Рис. 4. Эластография печени.**  
 Fig. 4. Liver elastography.



**Рис. 5. КТ. Аксиллярная проекция. Артериальная фаза.**  
 Fig. 5. CT. Axillary projection. Arterial phase.



Перевес данных, подтверждающих гепатоцеллюлярный рак (рис. 3).

МР-эластография печени дает картину Metavir F2 (рис. 4).

15 мая 2023 г. проведено иммуногистохимическое исследование с вырезкой препарата от 24.04.2023. В проводку взято 4 кусочка. Заключение: морфологическая картина высокодифференцированной гепатоцеллюлярной опухоли, более вероятно гепатоцеллюлярная карцинома, на фоне цирроза печени. Однозначно высказаться на объеме биопсийного материала невозможно.

На основании вышеизложенной картины консилиумом 15.06.2023 принято решение о проведении химиоэмболизации, далее решение вопроса о полихимиотерапии. Проведение противовирусной терапии показано после химиоэмболизации, и при отсутствии дан-

**Рис. 6. КТ: а – корональная проекция, артериальная фаза (поджато правое легкое); б – аксиллярная проекция, артериальная фаза (увеличение площади распада).**  
 Fig. 6. CT: a – coronal projection, arterial phase (right lung is compressed); b – axillary projection. Arterial phase (increase in the decay area).



ных, подтверждающих прогрессирование процесса. Пациент записан на 29.06.2023 на госпитализацию для проведения химиоэмболизации ветвей правой печеночной артерии.

3 июля 2023 г. проведена химиоэмболизация ветвей правой печеночной артерии микросферами DC Bead (Доксорубицин).

30.08.2023 после первого ТАХЭ-курса на КТ ОБП с внутривенным контрастированием (рис. 5) – состояние после химиоэмболизации ветвей правой печеночной

артерии, в динамике увлечение размеров образования, увеличение размеров центрального рубца, появление более мелких образований.

Пациент записан на 2-й ТАХЭ-курс на 03.10.2023.

После прохождения второго ТАХЭ-курса 04.10.2023 на КТ ОБП от 25.11.2023 с внутривенным контрастированием – состояние после эмболизации ветвей правой печеночной артерии; формирование абсцесса правой доли печени; на КТ грудной полости – поджатие правого легкого за счет образования печени (рис. 6, а). В сравнении с КТ от 30.08.2023 отрицательная динамика (рис. 6, б).

На консультации у хирурга по поводу возникшего абсцесса печени в ноябре 2023 г. от хирургического лечения пациент отказался. По экстренным показаниям 4 декабря 2023 г. госпитализируется в хирургическое отделение для дренирования абсцесса. Пациент консультирован химиотерапевтом 6 февраля 2024 г. с последующим назначением препарата Сорафениб 400 мг 2 раза в сутки на прием ежедневно до прогрессирования заболевания или развития непереносимой токсичности с оценкой эффективности терапии каждые 2–3 мес. По экстренным показаниям 19 марта 2024 г. пациент обращается в приемный покой по поводу жалоб на гнойно-некротическое отделяемое по дренажу. От предложенной госпитализации отказался. Определена тактика ведения данной патологии амбулаторно в виду успешной антибактериальной терапии и отсутствия интоксикационного синдрома.

На КТ ОБП от 1 апреля 2024 г., выполненной с внутривенным болюсным контрастированием, отмечается выраженное увеличение печени с образованием опухолевых узлов и значительный рост полости распада правой доли печени.

Консультирован онкологом 26 апреля 2024 г. Рекомендовано снижение дозы Сорафениба до 400 мг/сут для профилактики геморрагического синдрома.

15 октября 2024 г. на КТ отмечается уменьшение полости распада правой доли печени.

**Обсуждение.** Представленный клинический случай цирроза печени, ассоциированного с активной HVC-инфекцией класса А по классификации Чайлд–Пью в исходе хронического гепатита С с образованием рака печени, указывает на длительную персистенцию вируса гепатита С в организме больного. Заражение вирусным гепатитом С, вероятнее всего, произошло давно – при переливании крови после проникающего ножевого ранения в 1990-х гг., т.е. по прошествии 30 лет с момента внедрения вируса в организм до проявления признаков хронического процесса в 2018 г. Кроме того, ухудшение состояния пациента произошло на фоне эпизодов злоупотребления алкоголем, что также содействовало утяжелению заболевания. Необходимо отметить, что пациент при обращении полностью обследован и своевременно диагностирована гепатоцеллюлярная карцинома.

Пациент продолжает наблюдаться у инфекционистов и онкологов.

## Заключение

Представленный клинический случай свидетельствует о том, что позднее выявление цирроза печени в исходе ХВГС, а также нарушение в систематике наблюдения и обследований, отказа от ряда видов вмешательств привело к необратимому прогрессированию гепатоцеллюлярной карциномы.

По имеющимся статистическим данным, улучшение функции печени при завершении курса противовирусной терапии наблюдается у 60% больных с декомпенсированным циррозом печени. Около 25–30% таких пациентов могут наблюдать стойкое улучшение (компенсацию) цирроза [18, 19].

**Информированное согласие.** От пациента получено письменное добровольное информированное согласие на использование его медицинских данных (результатов обследования, лечения и наблюдения) в научных целях.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The authors declare that there is not conflict of interests.

**Вклад авторов.** Концепция статьи – Глушкова Г.В. Концепция и дизайн исследования – Глушкова Г.В., Евсютина И.А. Написание текста – Глушкова Г.В., Некрасова Л.Ф. Сбор и обработка материала – Глушкова Г.В., Евсютина И.А. Обзор литературы – Жильцова Е.И. Перевод на английский язык – Глушкова Г.В., Евсютина И.А. Анализ материала – Глушкова Г.В., Евсютина И.А., Жильцова Е.И., Некрасова Л.Ф. Статистическая обработка – Жильцова Е.И., Некрасова Л.Ф. Редактирование – Глушкова Г.В., Жильцова Е.И. Утверждение окончательного варианта статьи – Глушкова Г.В., Евсютина И.А., Жильцова Е.И., Некрасова Л.Ф.

**Contribution of authors.** Concept of the article – Glushkova G.V. Study concept and design – Glushkova G.V., Evsiutina I.A. Text development – Glushkova G.V., Nekrasova L.F. Collection and processing of material – Glushkova G.V., Evsiutina I.A. Literature review – Zhiltsova E.I. Translation into English – Glushkova G.V., Evsiutina I.A. Material analysis – Glushkova G.V., Evsiutina I.A., Zhiltsova E.I., Nekrasova L.F. Statistical processing – Zhiltsova E.I., Nekrasova L.F. Editing – Glushkova G.V., Zhiltsova E.I. Approval of the final version of the article – Glushkova G.V., Evsiutina I.A., Nekrasova L.F., Zhiltsova E.I.

Список литературы доступен на сайте журнала <https://klin-razbor.ru/>

The list of references is available on the journal's website <https://klin-razbor.ru/>

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

**Глушкова Галина Владимировна** – врач-рентгенолог, Центр лучевой диагностики, БУ ХМАО-Югры «Окружная клиническая больница». E-mail: [glushkova28@mail.ru](mailto:glushkova28@mail.ru); ORCID: 0009-0000-5641-6556

**Евсютина Ирина Андреевна** – студентка, БУ ВО «Ханты-Мансийская государственная академия». E-mail: [ira1012ira@gmail.com](mailto:ira1012ira@gmail.com); ORCID: 0009-0005-4765-8293

**Некрасова Лейла Фазильевна** – зав. рентгенологическим отделением, Центр лучевой диагностики, БУ ХМАО-Югры «Окружная клиническая больница». ORCID: 0009-0001-0174-9799

**Жильцова Евгения Ивановна** – фельдшер, Югорская городская больница. ORCID: 0009-0003-2515-1606

Поступила в редакцию: 06.10.2025

Поступила после рецензирования: 09.10.2025

Принята к публикации: 16.10.2025

## INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

**Galina V. Glushkova** – Radiologist, Center for Radiation Diagnostics, SFO HMAO-Ugra «District clinical hospital». E-mail: [glushkova28@mail.ru](mailto:glushkova28@mail.ru); ORCID: 0009-0000-5641-6556

**Irina A. Evsiutina** – Student, Khanty-Mansiysk State Medical Academy. E-mail: [ira1012ira@gmail.com](mailto:ira1012ira@gmail.com); ORCID: 0009-0005-4765-8293

**Leyla F. Nekrasova** – Head of the Radiological Department, Center for Radiation Diagnostics, SFO HMAO-Ugra «District clinical hospital». ORCID: 0009-0001-0174-9799

**Evgeniya I. Zhiltsova** – Paramedic, Yugorsk City Hospital. ORCID: 0009-0003-2515-1606

Received: 06.10.2025

Revised: 09.10.2025

Accepted: 16.10.2025