

ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ

С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК

КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.
Д.АСФЕНДИЯРОВА

Кафедра: Онкология и радиология

Тема: Рак печени

Выполнила: интерн Усербаева Д.Б

Курс: 704-02 гр

Проверила:

Доброкачественные опухоли печени

Этиология

- (а) приём пероральных гормональных контрацептивов, содержащих эстрогены
- (б) беременность, роды
- (в) опухоли яичников
- (г) гормональная перестройка у детей

Патанатомия.

(а) Гамартомы

(б) Гемангиомы

Клиника - крайне скудная на начальных этапах заболевания.

Клинические проявления развиваются при экстраорганным давлении опухоли на окружающие органы и структуры.

Диагностика

- ультрасонография + аспирационная биопсия. При гемангиоме биопсия категорически противопоказана из-за высокого риска профузного внутрибрюшного кровотечения.
- Ангиография
- КТ, ЯМРТ.
- гепатосцинтиграфия (статическая, динамическая)

Классификация

Классификация

(1) Эпителиальные:

- доброкачественная гепатома,
- доброкачественная холангиома (цистаденома),
- доброкачественная холангиогепатома (гамартома)

(2) Мезенхимальные:

- гемангиома,
- гемангиоэндотелиома.

Лечение

(1) Хирургическое:

(а) атипическая резекция,

(б) гемигепатэктомия,

(в) перевязка печёночной артерии при множественном поражении печени.

(2) Лучевая терапия - применяется крайне редко.

Прогноз:

Достаточно благоприятный при своевременном хирургическом лечении.

Злокачественные опухоли печени

Эпидемиология

Встречаются чаще у мужчин после 45 лет. Первичный рак печени составляет в Европе 1,2%, а в странах Африки - 50,9% всех локализаций рака, а первичная карцинома печени - 19%

ЭТИОЛОГИЯ

- (а) вирусный гепатит В и С,
- (б) алкоголь,
- (в) глистные инвазии (описторхоз),
- (г) ЖКБ,
- (д) циррозы печени,
- (е) употребление в пищу злаковых культур, заражённых афлотоксином.
- (ж) приём иммунодепрессантов после трансплантации почки.
- (з) промышленные канцерогены.
- (и) производные боевых отравляющих веществ



Фото с микропрепарата. Описторх во внутрипеченочном желчном протоке. Стенка разрушена брюшной присоской гельминта

Метастазирование

(1) Лимфогенное метастазирование - по ходу гепатодуоденальной связки, паракаваальные лимфоузлы, брюшину, большой сальник

(2) Гематогенное метастазирование - в лёгкие, мягкие ткани головы, почки, поджелудочную железу

Гистологическое строение

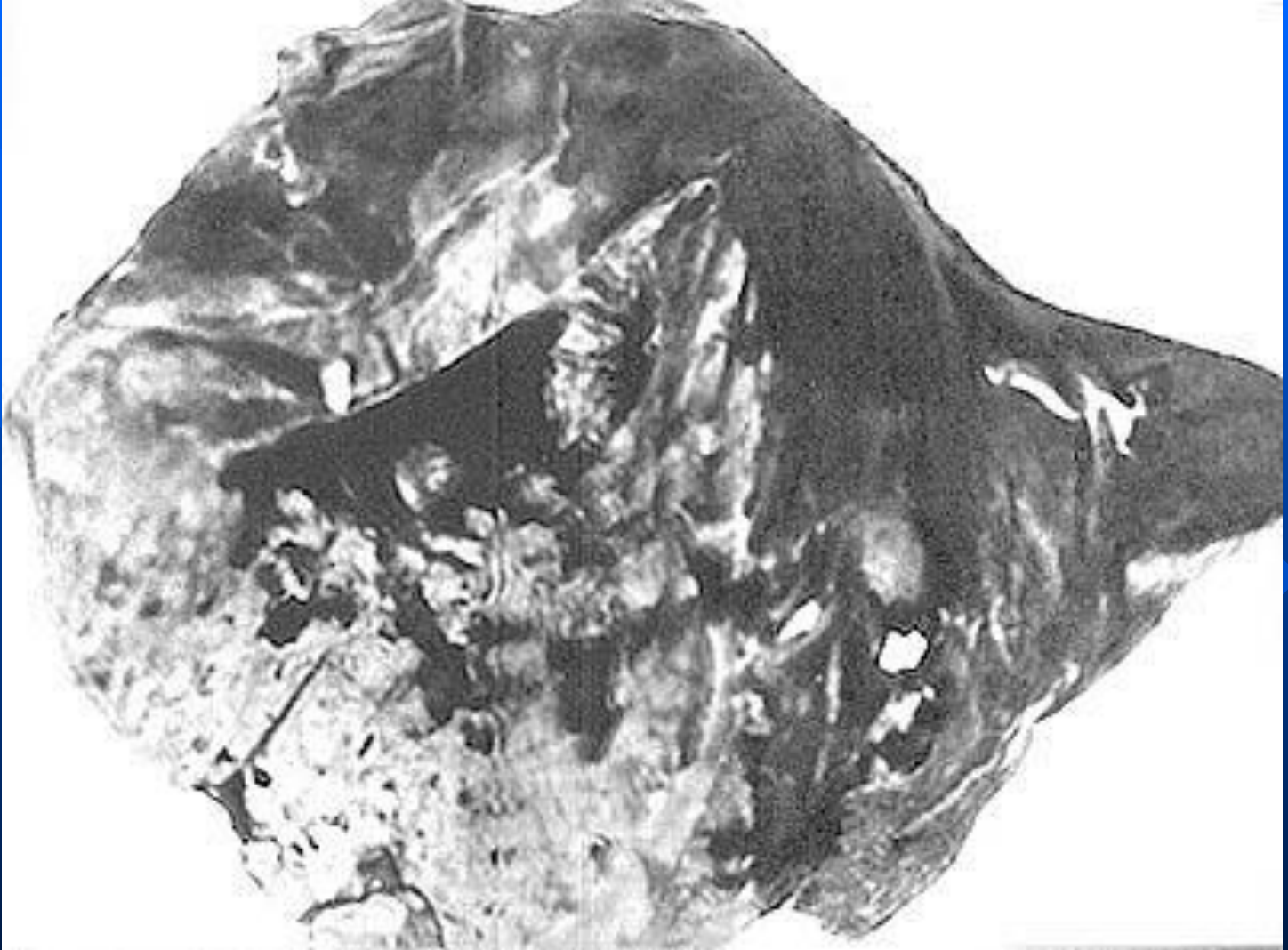
- (а) гепатоцеллюлярный рак (первичная карцинома),
- (б) холангиоцеллюлярный рак (холангиокарцинома),
- (в) цистаденокарцинома,
- (г) метастатический рак (вторичная карцинома),
- (д) смешанные карциномы.



Макропрепарат печени. Левая доля печени полностью замещена опухолью. Массивная форма рака печени.



Макропрепарат печени на разрезе. В правой половине большой опухолевый узел и множество мелких узлов. Первичный рак печени. Массивная форма с сателлитами



Макропрепарат печени. Вся правая половина печени замещена огромной распадающейся опухолью. Полостная форма рака печени



Макропрепарат печени на разрезе. Множество узлов средних и малых размеров. Узловая форма рака печени.



Макропрепарат печени. Множество сливающихся узлов опухоли различных размеров. Диффузный рак печени.



Макропрепарат печени. Множество мелких белесоватых узелков с островками сохранившейся печеночной ткани. Рак-цирроз печени.



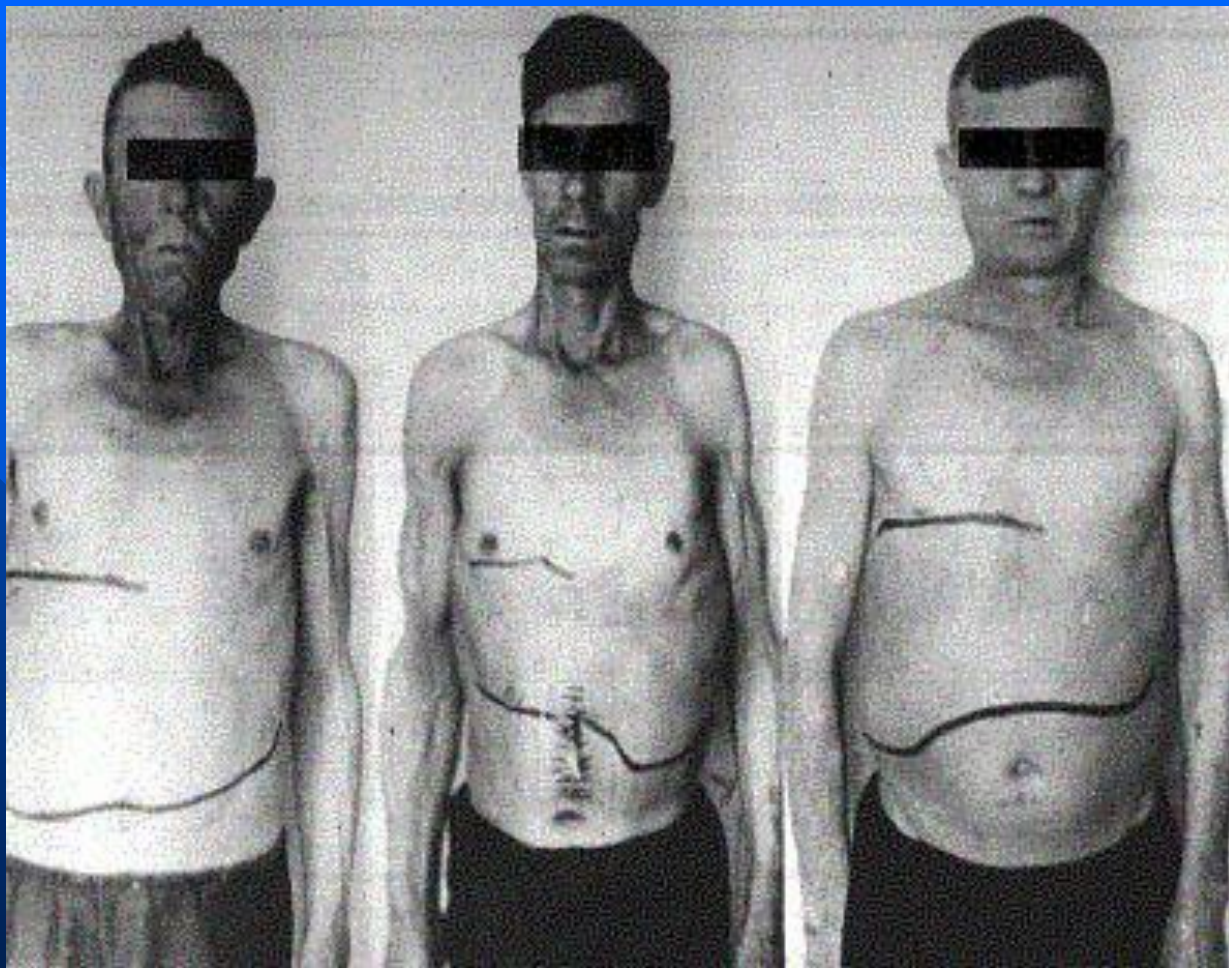
Макропрепарат печени. Опухоль белого цвета циркулярно охватывает общий желчный проток, придавая ему щелевидную форму. Распространяется по крупным протокам. Внутрипротоковый рак.

Классификация

- 1 стадия - опухоль ограничена одной анатомической долей печени**
- 2 стадия - опухоль переходит границу доли, но не распространяется за пределы срединной борозды, возможны интраорганные метастазы**
- 3 стадия - опухоль распространяется через серповидную связку печени, имеется одиночный метастаз в воротах печени**
- 4 стадия - отдалённые метастазы**

Клинические проявления

- (а) боль в правом подреберьи у 86,9%
- (б) повышение температуры тела у 76%
- (в) потеря массы тела у 60,8%
- (г) гепатомегалия у 50,2%
- пальпируемое образование у 39,8%
- (е) анемизация у 45%
- (ж) астенизация у 39%
- (з) анорексия у 56%
- (и) желтуха у 51%
- (к) Асцит - у 41% больных
- (л) варрикозное расширение вен пищевода
- (м) паранеопластические симптомы
- (и) симптом Бадда-Киари



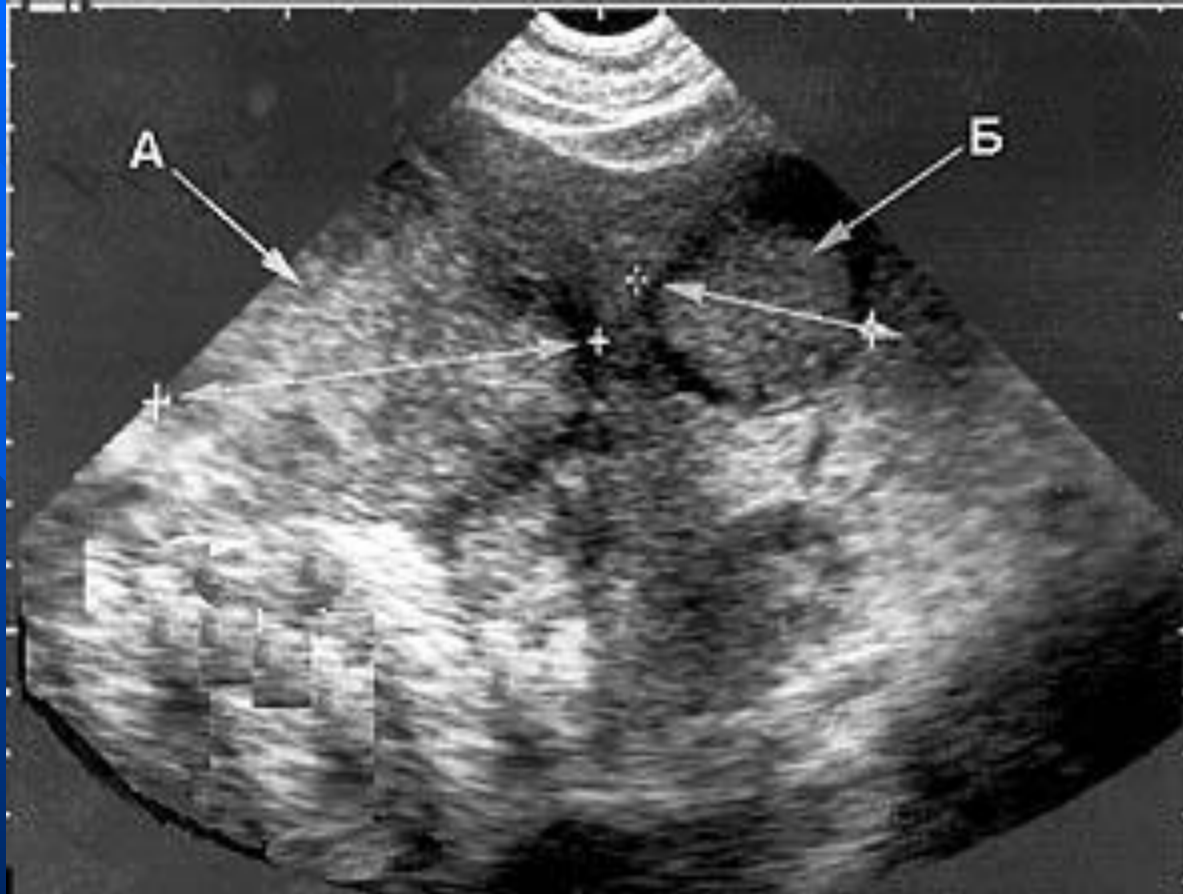
**Больные раком печени.
Показаны границы органа**

Диагностика

- (а) Снижение количества альбумина, общего белка, коэффициент А/Г<1.
- (б) Увеличение количества фибриногена В, трансаминаз.
- (в) альфа-фетопротейн в концентрации более 2000 нг/мл
- (г) повышение концентрации раково-эмбрионального антигена у 72,5% больных первичным раком печени,
- (в) гепатосцинтиграфия результативна в 85%
- (д) 2-х фазная спленопортография, включающая сосудистую фазу и гепатограмму
- (е) ЭРПХГ позволяет определить опухоль при распространении на долевые печёночные протоки,
- (ж) лапараскопия позволит исключить диссеминацию по брюшине, осуществить забор биоптата при поверхностном расположении опухоли печени.

Обязательные методы исследования

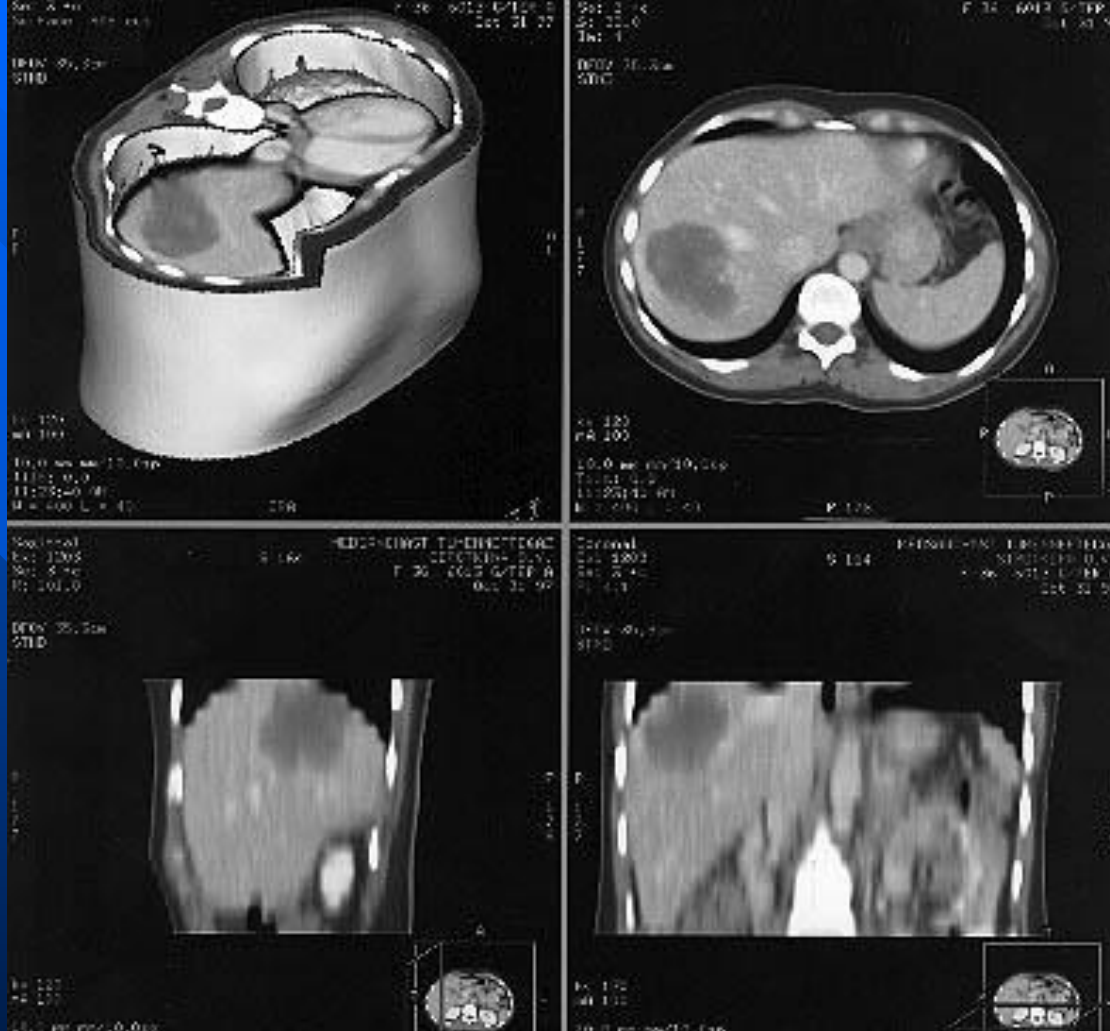
- (а) Ультрасонография + прицельная аспирационная тонкоигольная биопсия.**
- (б) Ангиографию печени выполняют после введения контрастного вещества в чревной ствол**
- (в) Компьютерная томография**
- (г) Ядерно-магнитный резонанс**



Современная ультразвуковая аппаратура позволяет обнаруживать опухоли диаметром менее 1 см. Эхограмма печени. Массивная форма рака с сателлитами. Виден крупный неоднородной эхоструктуры очаг с неровными контурами (А), рядом узел небольших размеров(Б), окруженный гипоэхогенным ободком



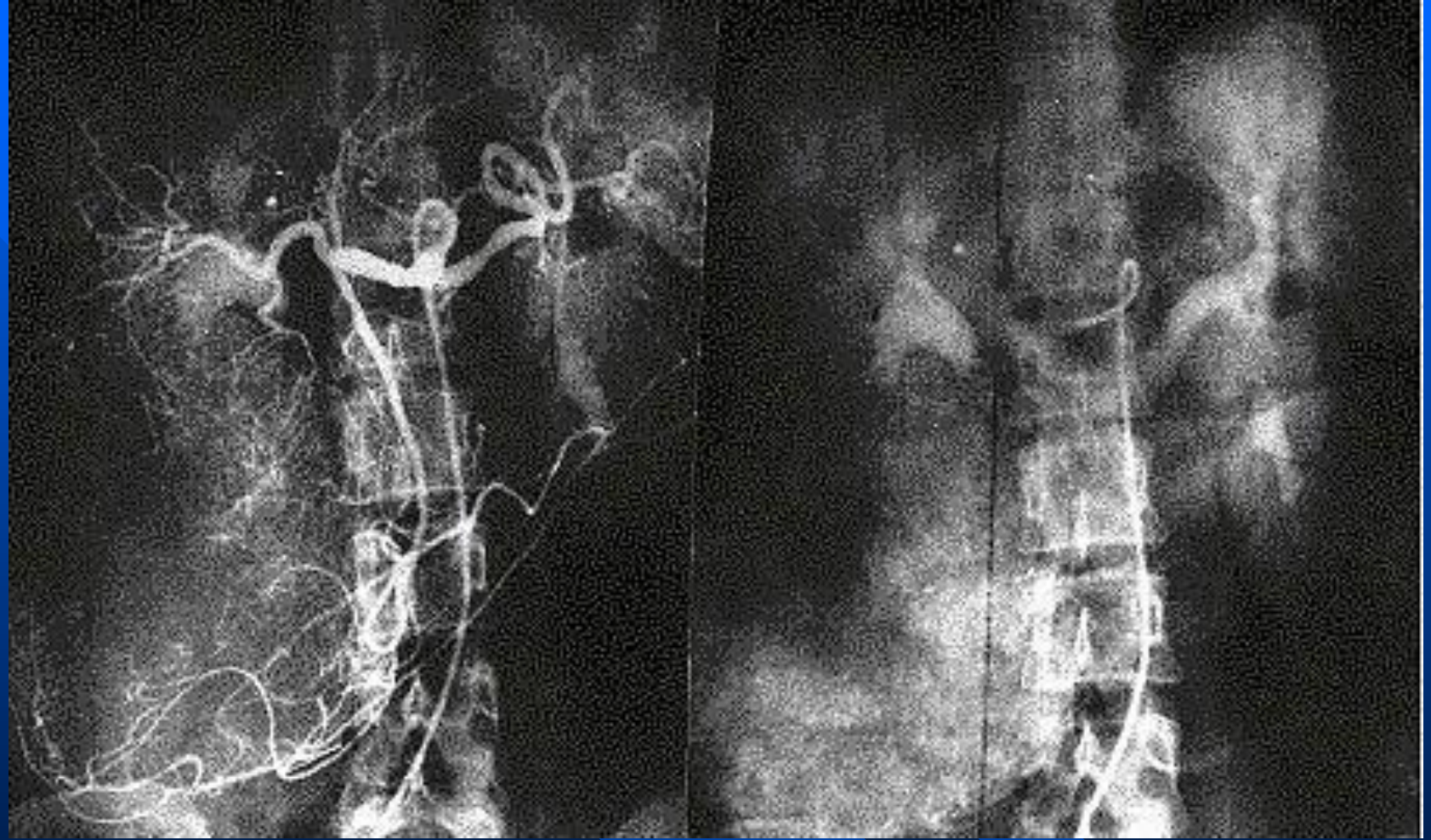
Эхограмма печени. Узловая форма рака. Видны множественные гипозоногенные узлы небольших размеров.



Компьютерные томограммы, выполненные на спиральном томографе. Печень показана под разными углами и в разных направлениях. Отчетливо виден крупный очаг пониженной плотности с неровными контурами в 7 сегменте.



Рентгеновская компьютерная томография
Ангио-КТ печени. В паренхиме обеих долей печени при контрастном усилении определяются множественные очаговые образования округлой формы пониженной плотности с характерным накоплением контрастного вещества по контуру очага в виде тонкого гиперденсного ободка.



Ангиограммы печени в фазе вазограммы (слева) и гепатограммы (справа). Первичный рак печени. Большое бессосудистое объемное образование правой половины печени. Сосуды сдавлены, деформированы, смещены к центру. В опухоль контраст не поступает

Хирургическое лечение

- (а) анатомическая резекция печени с удалением опухоли при первичной карциноме
- (б) атипичная резекция печени с удалением опухоли при вторичной карциноме
- (в) деартериализация печени
- (г) установление катетера для интраваскулярной инфузии цитостатиков и последующей эмболизации печёночной артерии, реканализация и катетеризация пупочной вены для интрапортальной химиотерапии
- (д) паллиативные вмешательства
криодеструкция.
- (ж) Алкоголизация опухоли.
- (з) Циторедуктивное (санитарное) удаление опухоли - при распаде.

Анатомическая резекция печени в себя включает:

- (а) левосторонняя лобэктомия (удаление II и III сегментов)**
- (б) левосторонняя гемигепатэктомия (удаление I - IV сегментов)**
- (в) правосторонняя гемигепатэктомия (удаление V – VII сегментов).**
- (г) расширенная правосторонняя гемигепатэктомия (удаление IV - VIII сегмента).**

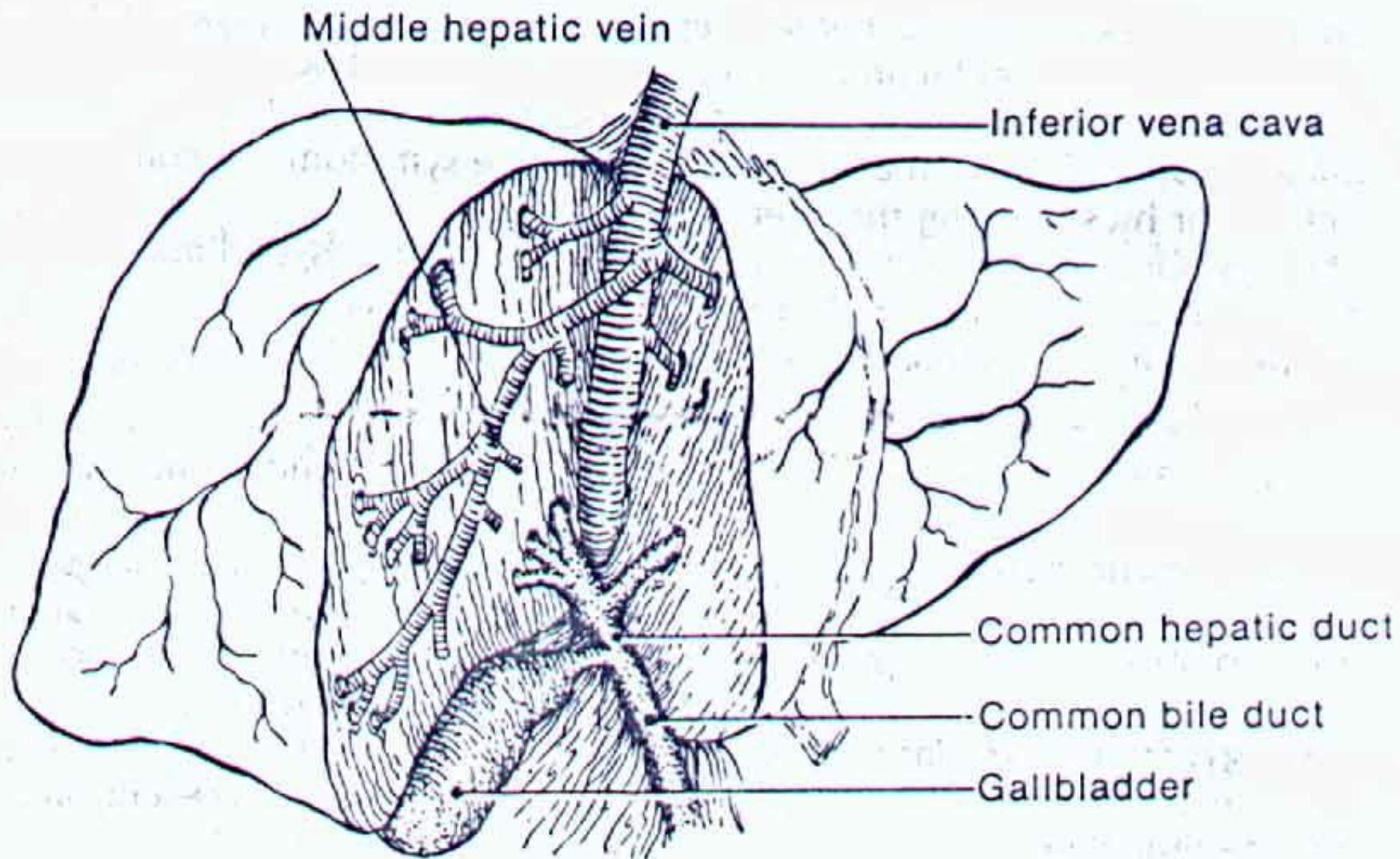


Figure 14-3. Plane of resection for right and left hepatic lobectomy.

Показания к хирургическому лечению

- (а) единичные крупные опухоли**
- (б) осложнения опухоли -
кровотечение, перитонит, желтуха**
- (в) гормонально-активные
метастазы в печени**

Противопоказания к хирургическому лечению

- (а) мультицентрическое и мультифокальное поражение печени
- (б) гепаторенальная недостаточность
- (в) отдалённые метастазы
- (г) снижение уровня альбумина до 35 г/л, асцит, олигурия, симптом Бадда-Киари, гипербилирубинемия, азотемия
- (д) конкурирующий цирроз печени.
(гемигепатэктомия на фоне цирроза печени сопровождается летальностью до 39%)
- (е) прогрессирующая кахексия

Осложнения резекции печени

- (а) гепаторенальная недостаточность.
- (б) геморрагический синдром.
- (в) тромбоз воротной вены и её ветвей.
- (г) поддиафрагмальный и околопечёночный абсцессы.
- (д) жёлчный свищ.
- (е) послеоперационный перитонит.

Химиотерапия

(а) пероральная

(б) внутриартериальная суперселективная

(в) интрапортальная

(г) внутривенная

Используются комбинации из цитостатиков -
адриамицин, фторурацил, блеомицитин,
карминомицин, митомицин, цисплатин,
фторафур, ксилода

Наилучший результат отмечен при сочетании
ПХТ+ лучевая терапия.

Прогноз

Продолжительность жизни больных первичным раком печени, без лечения по причине отказа, у которых диагноз подтверждён морфологически, составила в среднем 3,5 месяца. Продолжительность жизни после паллиативного лечения составляет 7,5-10 месяцев; после радикального лечения - 17,5 месяцев. Пятилетняя выживаемость после резекции печени по поводу рака составляет 6-10%

A tropical sunset scene with palm trees and the text "Благодарим за внимание!" overlaid. The background features a bright orange and yellow sky with scattered clouds, a sun low on the horizon, and the silhouettes of several palm trees against the sea.

Благодарим за
внимание!