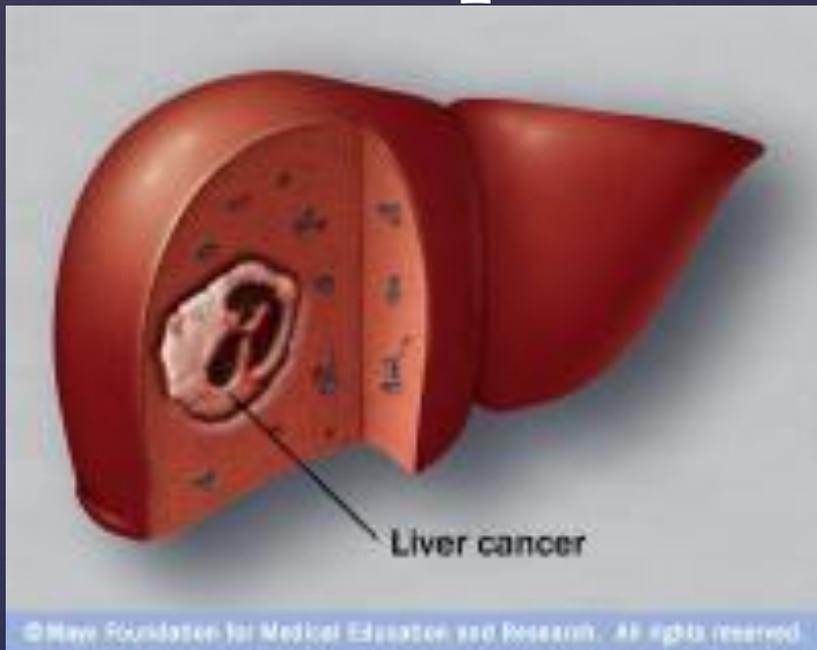


Злокачественные новообразования печени



Выполнила:
студентка 511гр.
Курбанова О.Р.

- Для первичного рака печени характерна огромная разница в показателях заболеваемости в различных географических зонах. В то же время ни в нашей стране, ни в большинстве стран мира опухоли печени не выделяются как самостоятельная причина смерти, а рассматриваются в одной группе с опухолевыми заболеваниями панкреатодуоденальной зоны. В связи с этим имеются трудности при статистических расчетах заболеваемости и смертности от первичных опухолей печени. ВОЗ также не располагает точной информацией о показателях смертности от злокачественных опухолей печени.

Эпидемиология

- Международное агентство по изучению рака на основании статистических данных, касающихся заболеваемости раком печени у мужчин, разбило страны мира на 4 группы. К первой группе (заболеваемость более 10 на 100 000 населения) относятся Замбия, США (китайское население), Сингапур, Швейцария. Ко второй группе (от 5 до 10 на 100 000) относятся Польша, Румыния, Испания, Венгрия, ФРГ, Гавайские острова (выходцы с Филиппин и Японии), Бразилия. В третью группу (заболеваемость от 2 до 5 на 100 000) входят Швеция, Норвегия, ГДР, Дания, Финляндия, Исландия, Куба, Ямайка. К четвертой группе (заболеваемость менее 2 на 100 000) принадлежат Великобритания, Югославия, Канада, Колумбия.
- Наиболее высокая заболеваемость первичным раком печени наблюдается в странах Африки и Азии, в частности, в Банту, Камеруне.
- В Европе заболеваемость первичным раком печени составляет для мужчин 0,4 — 2,5, а для женщин — 0,2 — 1,5 на 100 000 населения.
- В СНГ первичный рак печени встречается в 0,1—0,3% от числа всех аутопсии и не превышает 3—5% среди всех злокачественных опухолей.
- На территории России наиболее часто первичный рак печени отмечается в г. Тобольске и Ханты-Мансийском национальном округе (18,7% по отношению ко всем опухолевым заболеваниям).

- Ханты-Мансийский национальный округ по заболеваемости холангиоцеллюлярным раком печени занимает первое место в мире. Важнейшим этиологическим фактором, влияющим на высокую заболеваемость первичным раком печени в Тюменской области, является значительная пораженность населения этой зоны описторхозом. Фактом, подтверждающим роль описторхоза в высокой заболеваемости первичным раком печени, является преобладание в Тюменской области холангиоцеллюлярных форм над гепатоцеллюлярным раком. В северных районах Тюменской области ежегодно в среднем у 1 из 690 больных описторхозом возникает первичный рак печени. Таким образом, описторхоз с полным основанием можно отнести к факультативному предраку печени.

ЭТИОЛОГИЯ

- У больных первичным раком печени частота нахождения в крови австралийского антигена составляет от 23 до 70%. Учитывая эти данные, носители вируса гепатита «В» могут быть отнесены к контингентам риска повышенной заболеваемости раком печени.
- Механизм поражения клеток печени вирусом гепатита «В» остается неясным. Австралийский антиген с высокой частотой обнаруживается при хронических гепатитах и циррозе печени. Возможно, что вирус ответственной лишь за промежуточную фазу процесса — развитие макронодулярного цирроза (А.М. Гарин, 1980). В настоящее время большинство исследователей считает, что существует прямая связь между распространенностью макронодулярного цирроза и частотой гепатоцеллюлярного рака.
- Одним из этиопатогенетических факторов для первичного рака печени, на основании многочисленных исследований, следует отнести афлатоксин.
- На основании эпидемиологических исследований было убедительно доказано, что в зонах, где выше процент образцов пищи, пораженных афлатоксином, наблюдается более высокая заболеваемость первичным раком печени.

Патанатомия

- Несомненно, что к предопухолевым заболеваниям следует отнести цирроз печени, в частности, развившийся на фоне алкоголизма или вследствие перенесенного вирусного гепатита. Надо отметить, что этиология цирроза печени практически не играет роли в развитии первичного рака печени, важен сам факт наличия цирроза печени. В конечном итоге любой из факторов, повреждающих ткань печени и приводящих в результате этого к физиологической регенерации печеночной паренхимы, пролиферации межуточной и соединительной ткани, может привести к развитию очагов регенеративной гиперплазии. С течением времени последние могут послужить благоприятным фоном для возникновения первичного рака печени.
- Суммируя данные различных исследователей, посвященные этиопатогенезу первичных опухолей печени, необходимо отметить следующие факторы, способствующие их возникновению: циррозы печени различного генеза, алиментарный фактор, глистные инвазии, нарушения эмбриогенеза, инфекционные болезни.

- В подавляющем большинстве случаев первичные злокачественные опухоли печени представлены новообразованиями эпителиальной природы. Первое по частоте место среди них занимает гепатоцеллюлярный рак, второе — холангиоцеллюлярный. Другие морфологические формы опухолей встречаются значительно реже — ангиосаркома, хорионэпителиома, тератобластома и др.
- В зависимости от формы роста опухоли выделяют узловую форму, массивную и диффузную. Диффузная форма чаще встречается при гепатоцеллюлярном раке.
- У больных со злокачественными опухолями печени преобладает тотальное поражение органа, далее по частоте следует поражение правой и левой доли. Уже в момент первичного обследования 62,3% больных были неоперабельными вследствие значительного распространения опухолевого процесса в пределах органа.
- Для первичных злокачественных опухолей печени характерна высокая частота метастазирования. У 60,0% больных обнаруживаются метастазы в различных органах, тканях и лимфатических узлах.
- Первые два по частоте места занимают метастазы в перипортальные лимфатические узлы и внутрипеченочные метастазы.
- Одним из наиболее часто поражаемых метастазами органов при первичных опухолях печени являются легкие. Значительно реже наблюдаются метастазы в кости, головной мозг и другие органы.
- Знание клиницистами типичных локализаций метастазов при первичных злокачественных опухолях печени поможет им в целенаправленном обследовании подобных больных с целью оценки распространенности опухолевого процесса.

Клиническая картина.

- Одной из причин поздней диагностики первичного рака печени является отсутствие патогномичных признаков заболевания, особенно в начальном периоде болезни, и выраженных функциональных изменений вследствие огромных резервных возможностей печени. Клинические проявления заболевания достаточно часто маскируются симптоматикой фонового заболевания печени.
- Клиническая картина при первичном раке печени весьма разнообразна. Болезнь чаще всего начинается исподволь и быстро приводит больного к летальному исходу.
- В течении первичного рака печени выделяют 3 периода:
 - скрытый (продромальный),
 - период выраженных симптомов
 - терминальный — с сочетанием или преобладанием одного из синдромов: болевого, диспептического, астенического и кахектического.
- Продромальный период, как правило, короткий и выражается симптомами умеренно выраженного желудочно-кишечного дискомфорта, слабости и ноющих болей в верхней половине живота. У некоторых больных этот период может практически отсутствовать. Скрытое течение начального периода является одной из причин поздней диагностики первичного рака печени.
- Проявления первичного рака печени в стадии выраженных симптомов весьма разнообразны, но чаще встречаются гепатомегалия, кожный зуд, желтуха, отек нижних конечностей, повышение температуры. С прогрессированием заболевания присоединяются симптомы портальной гипертензии. В этой фазе заболевания диагностика первичного рака печени затрудняется, если последний возник на фоне цирроза печени.

- В клинической картине первичного рака печени можно выделить 3 основные группы симптомов:
- Первичные симптомы, связанные непосредственно с поражением печеночной паренхимы.
- Общие симптомы заболевания, связанные с опухолевой интоксикацией и характерные не только для опухолей печени, а также для новообразований других органов пищеварительного тракта.
- Вторичные симптомы, обусловленные осложненным течением опухолей печени, проявляющиеся разрывом опухолевого узла, желудочно-кишечным кровотечением, гипогликемией и «спонтанными переломами» костей.

- Первичный рак может протекать в виде типичного (гепатомегалическая форма), рака-цирроза, осложненного рака, маскированного, или метастатического, и бессимптомного (скрыто протекающего). Естественно, что в «чистом» виде данные клинические формы первичного рака печени встречаются редко. Чаще всего наблюдается сочетание клинических проявлений различных форм первичного рака печени с преобладанием симптоматики одной из разновидностей его.

- При физикальном обследовании больных наиболее часто встречающимся признаком заболевания является увеличение печени, которая у большинства пациентов бывает бугристой и болезненной при пальпации. Реже встречаются другие признаки — бледность кожи или ее желтушность, проявления синдрома портальной гипертензии.

Классификация

- Гистологически различают:
- · Гепатоцеллюлярный рак (злокачественная гепатома) - возникает из печеночных клеток. Среди опухолей печени случается чаще всего. Развивается в виде одного, реже нескольких, опухолеподобных образований. Характерен местный инвазивный рост, в особенности, часто опухоль прорастает в диафрагму. Отдаленные метастазы чаще всего проявляют в легких (до 45% случаев).
- · Холангиоцеллюлярный рак - возникает из клеток эпителия желчных протоков, составляет от 5 до 30% всех первичных злокачественных опухолей печени. Плотная опухоль сероватого цвета. Чаще всего развивается в веку от 60 до 70 лет. Метастазы в регионарные лимфатические узлы или в другие отделы печени.
- · Ангиосаркома (злокачественная гемангиоэндотелиома) возникает из веретенообразных клеток, которые выстилают просвет внутрипеченочных сосудов. Редчайшая сосудистая опухоль (составляет 2% злокачественных новообразований печени), одна из самых злокачественных опухолей печени. Чаще всего ангиосаркома возникает у мужчин (в 85% случаев). Для ангиосаркомы характерно распространение в селезенку (в 80% случаев) и отдаленные метастазы в легкие (в 60% случаев).

- TNM Клиническая классификация
- T - Первичная опухоль
- Tx - недостаточно данных для оценки первичной опухоли
- T0 - первичная опухоль не определяется
- T1 - солитарная опухоль до 2 см в наибольшем измерении без инвазии у сосуда
- T2 - солитарная опухоль до 2 см в наибольшем измерении с инвазией у сосуда, или многочисленные опухоли, ограниченные одной частицей до 2 см в наибольшем измерении без инвазии у сосуда, или солитарная опухоль свыше 2 см в наибольшем измерении без инвазии у сосуда
- T3 - солитарная опухоль свыше 2 см в наибольшем измерении с инвазией у сосуда, или многочисленные опухоли, ограниченные одной частицей до 2 см в наибольшем измерении с инвазией у сосуда, или многочисленные опухоли, ограниченные одной частицей, любая из них размером свыше 2 см в наибольшем измерении с/или без инвазии у сосуда
- T4 - многочисленные опухоли большее, чем в одной частице печени, или опухоль(и), которая поражает основную ветвь обратной или печеночной вены, или опухоль(и), которая непосредственно распространяется на сопредельные органы, кроме желчного пузыря, или опухоль(и) с перфорацией висцеральной брюшины

- N - регионарные лимфатические узлы.
- Nx - недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов
- N0 - нет признаков поражения регионарных лимфатических узлов
- N1 - имеются метастазы в регионарных лимфатических узлах
- M - Отдаленные метастазы
- Mx - недостаточно данных для определения отдаленных метастазов
- M0 - отдаленные метастазы не определяются
- M1 - имеются отдаленные метастазы

Диагностика

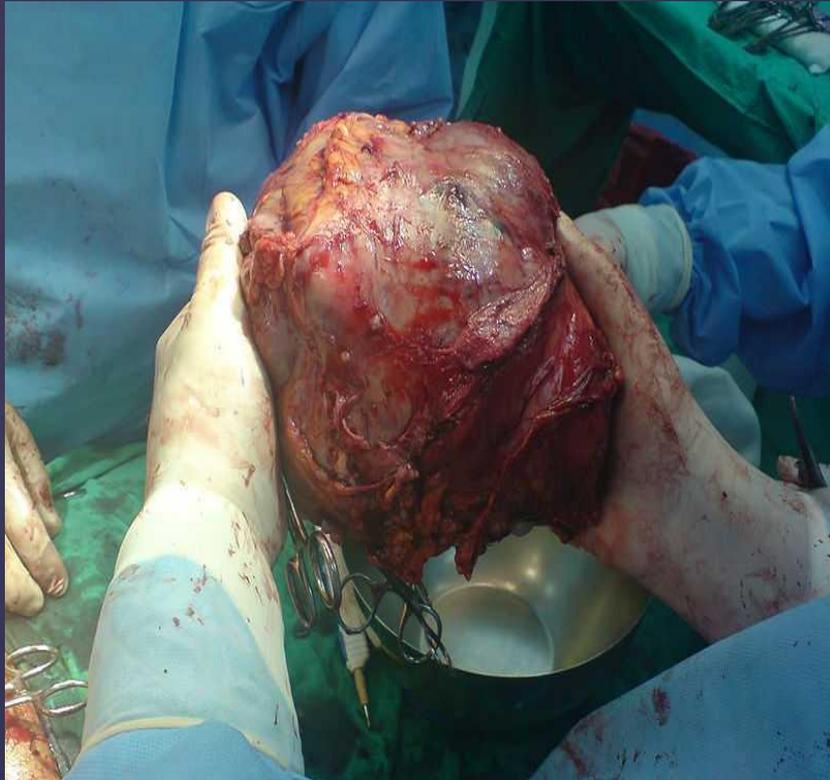
- Биохимическое исследование крови. Изменения могут не отличаться от таковых при циррозе печени.
- Серологические маркеры. Альфа-фетопротеин белок, содержащийся в норме в сыворотке крови плода. Повышение его уровня в сыворотке крови свидетельствует о наличии у больного рака печени. Уровень альфа-фетопротеина обычно имеет прямую зависимость от размера опухоли.
- Ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерная томография (КТ) позволяют высказаться о природе очагового образования в печени, распространенности опухолевого процесса, дать четкую локализацию опухоли в печени и определить наличие опухолевых отсеков.
- Магнитно-резонансная томография дополняет данные УЗИ и КТ. Этот метод особенно ценен при наличии сопутствующей жировой дистрофии печени.
- Ангиография (исследование сосудов) печени позволяет точно высказаться о природе поражения печени, выяснить степень кровоснабжения опухоли и определить отношение опухоли к магистральным сосудам.
- Пункционная биопсия печени. При обнаружении очагового поражения печени требуется подтвердить диагноз гистологически. Биопсия очага производится под контролем УЗИ или КТ.

Дифференциальная диагностика

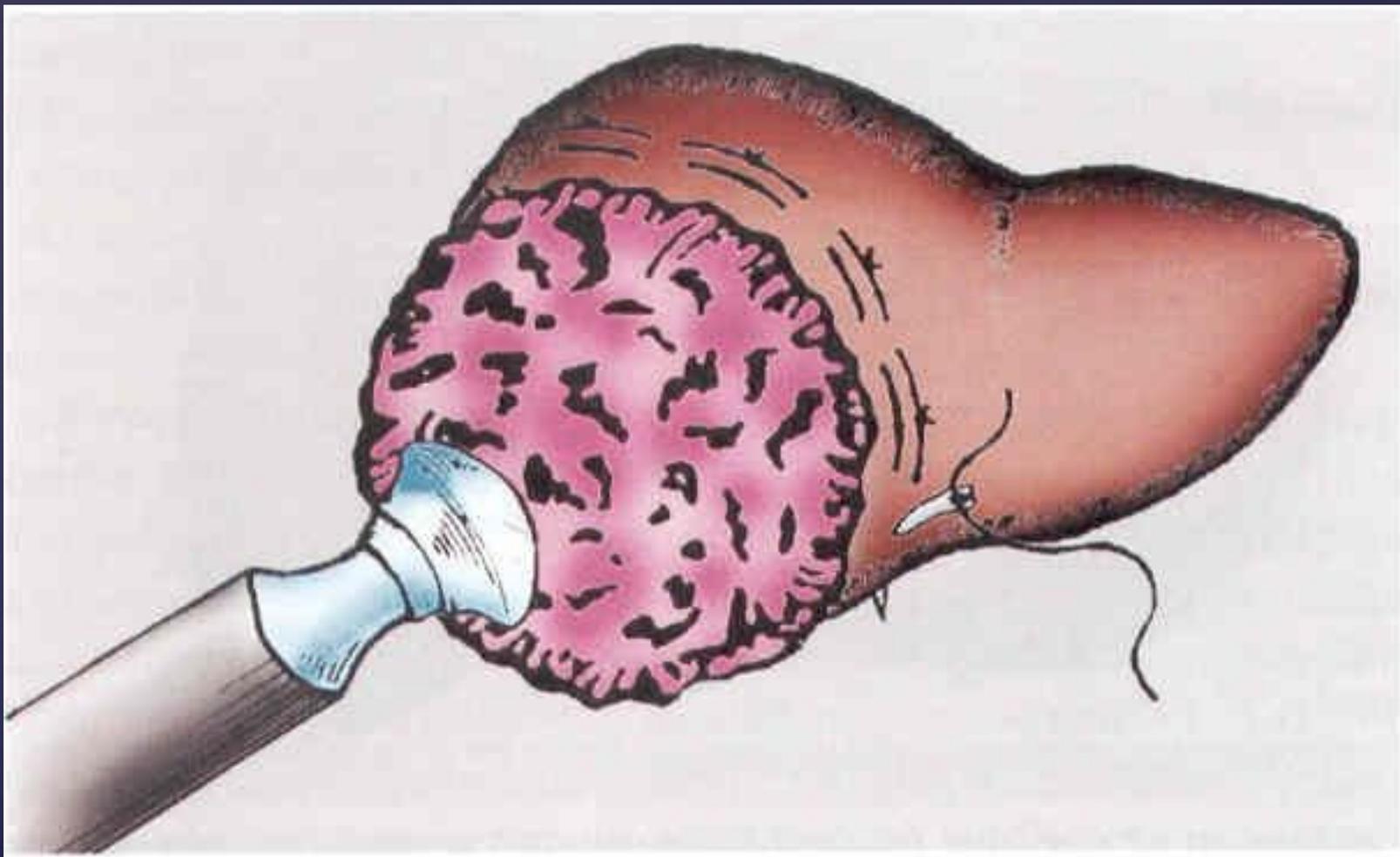
- Дифференциальная диагностика первичного рака печени проводится с вторичными (метастатическими) опухолями этого органа, циррозом, а также неопухолевыми заболеваниями печени. Диагностика вторичной опухоли печени становится очевидной, если выявлен первичный очаг.
- При дифференциальной диагностике первичного рака печени с циррозом помогает реакция на альфафетопротеин, которая при циррозе отрицательная, а сканирование печени отчетливо выявляет очаговое или диффузное ее поражение.
- Кисты печени непаразитарной природы имеют округлую форму, эластичную консистенцию, четкую рентгенологическую картину и характерные проявления при радиоизотопном сканировании печени. В дифференциальной диагностике эхинококкоза печени имеют значение анамнестические данные, эозинофилия, положительные серологические реакции, обнаружение «немой» зоны при гепатоангиографии. При подозрении на нефробластому или нейробластому, которые локализуются в верхних отделах живота, применяется выделительная урография, ангиография.

Лечение

- Единственным радикальным методом лечения первичных опухолей печени является оперативное вмешательство. К сожалению, показатели операбельности и резектабельности остаются на низком уровне.
- Выбор объема оперативного вмешательства определяется как онкологической ситуацией (объем поражения, локализация опухоли, наличие внутриорганных и отдаленных метастазов), так и общим состоянием больного. Учитывая особенности роста и внутриорганный распространения рака печени, наиболее радикальной операцией следует считать гемигепатэктомию, после которой средняя продолжительность жизни больных составляет 46 месяцев.
- Первичные злокачественные опухоли печени устойчивы к лекарственному лечению. Для химиотерапии первичного рака печени используются противоопухолевые антибиотики, 5-фторурацил, препараты платины и другие. Используется как системное введение противоопухолевых препаратов, так и инфузионная внутриартериальная химиотерапия. Средняя продолжительность жизни пациентов после эффективной химиотерапии составляет 10 месяцев.



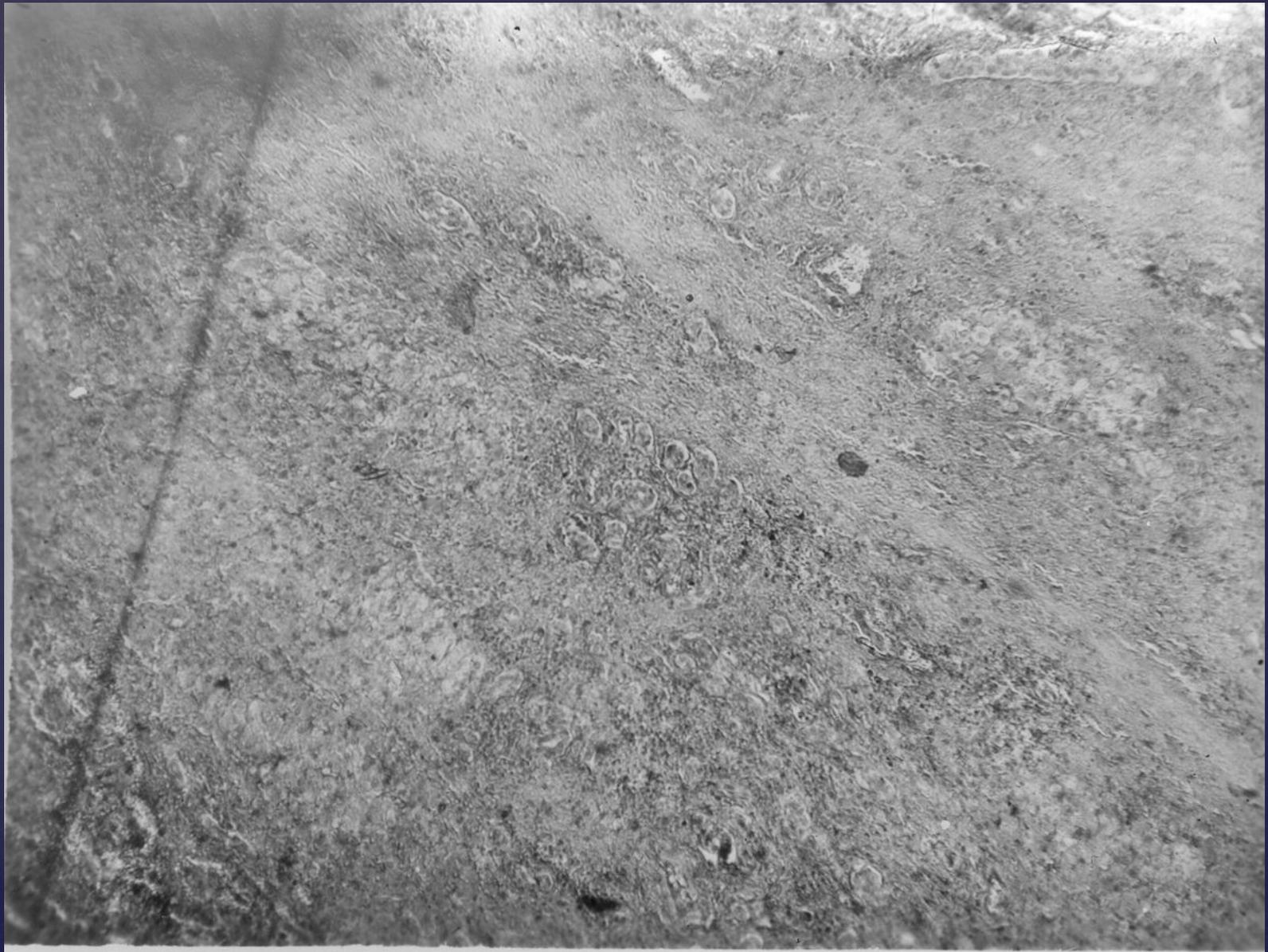
Паллиативная резекция



- После хирургического лечения по поводу рака печени пять и более лет живет около 40% больных. В специализированных клиниках от послеоперационных осложнений умирает не более 3% больных.
- ❖ При метастазах в печень также может быть произведено оперативное лечение, заключающееся в удалении части органа вместе с опухолевым узлом. Наиболее перспективными, в плане увеличения продолжительности жизни, являются больные с метастазами рака толстой кишки в печень. Резекцию пораженного участка печени удается выполнить у 5-10% больных с метастазами рака толстой кишки. Это позволяет значительно продлить жизнь этим больным.

- У больных не подлежащих хирургическому лечению возможно проведение лекарственной терапии.
- Приведенные данные позволяют высказать следующие рекомендации:
- Больные циррозом печени и хроническим вирусным гепатитом требуют обследования каждые 6 месяцев (УЗИ, определение уровня альфа-фетопротеина).
- При обнаружении в печени очаговой патологии больной подлежит тщательному обследованию.</p>
- При выборе лечебной тактики при раке печени отдается предпочтение хирургическому методу.</p>
- При выявлении метастазов в печень рака толстой кишки, почки, надпочечника больной подлежат консультации хирурга для определения возможности оперативного лечения.

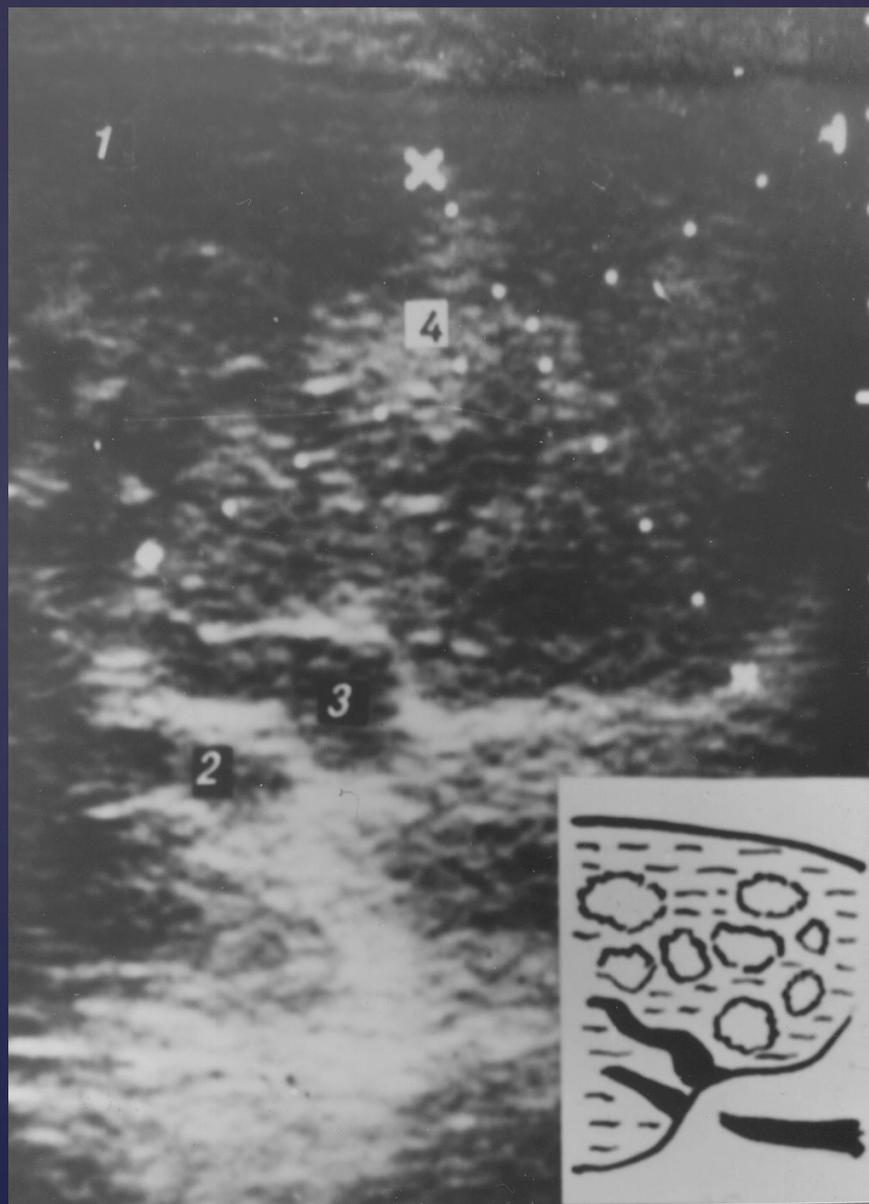
Гепатоцеллюлярный рак



Холангиоцеллюлярный рак



Ультразвуковое исследование

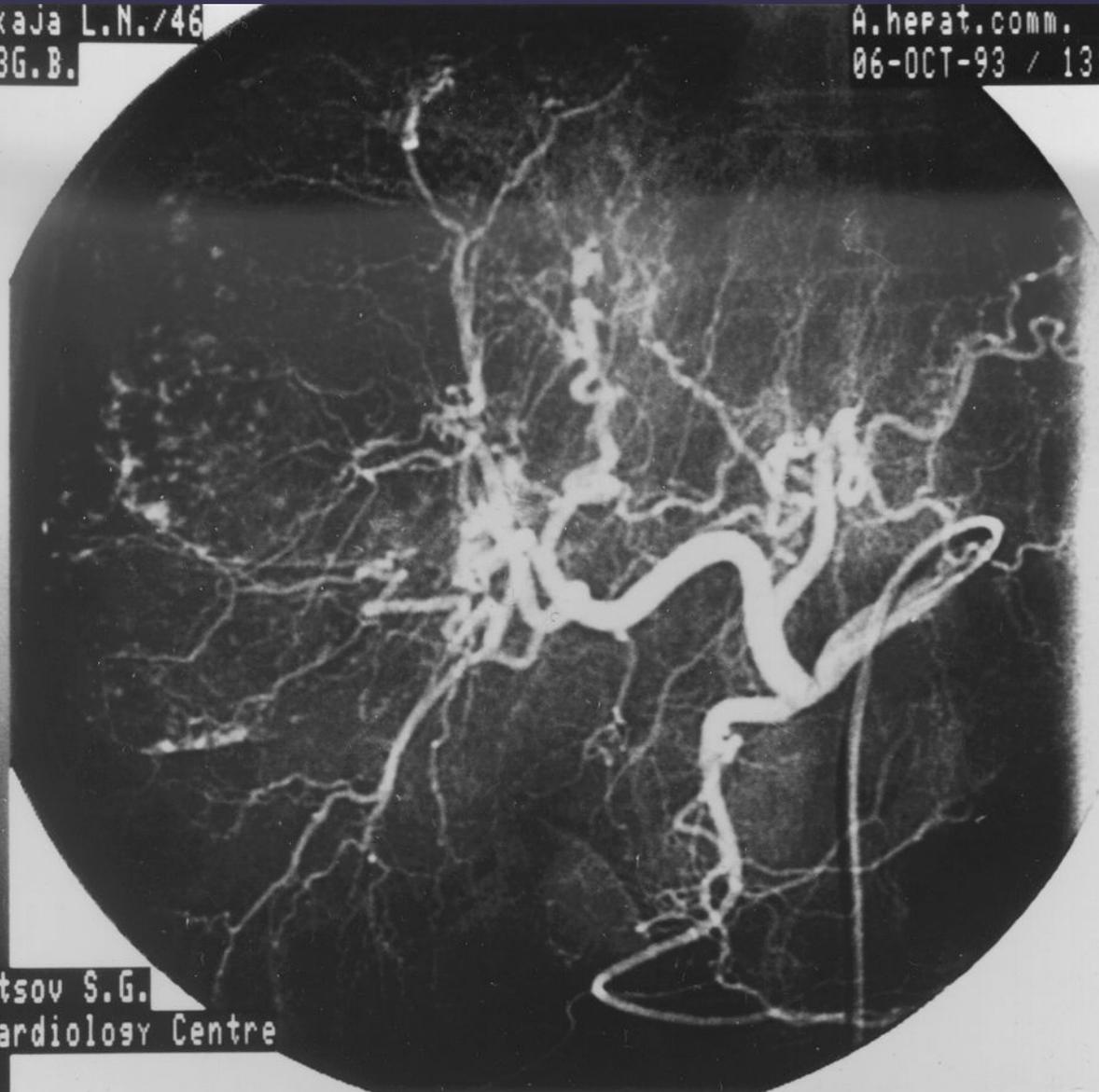


Ангиография

Zabrovskaja L.N./46
522/93/3G.B.

A.hepat.comm.
06-OCT-93 / 13:48:44

823

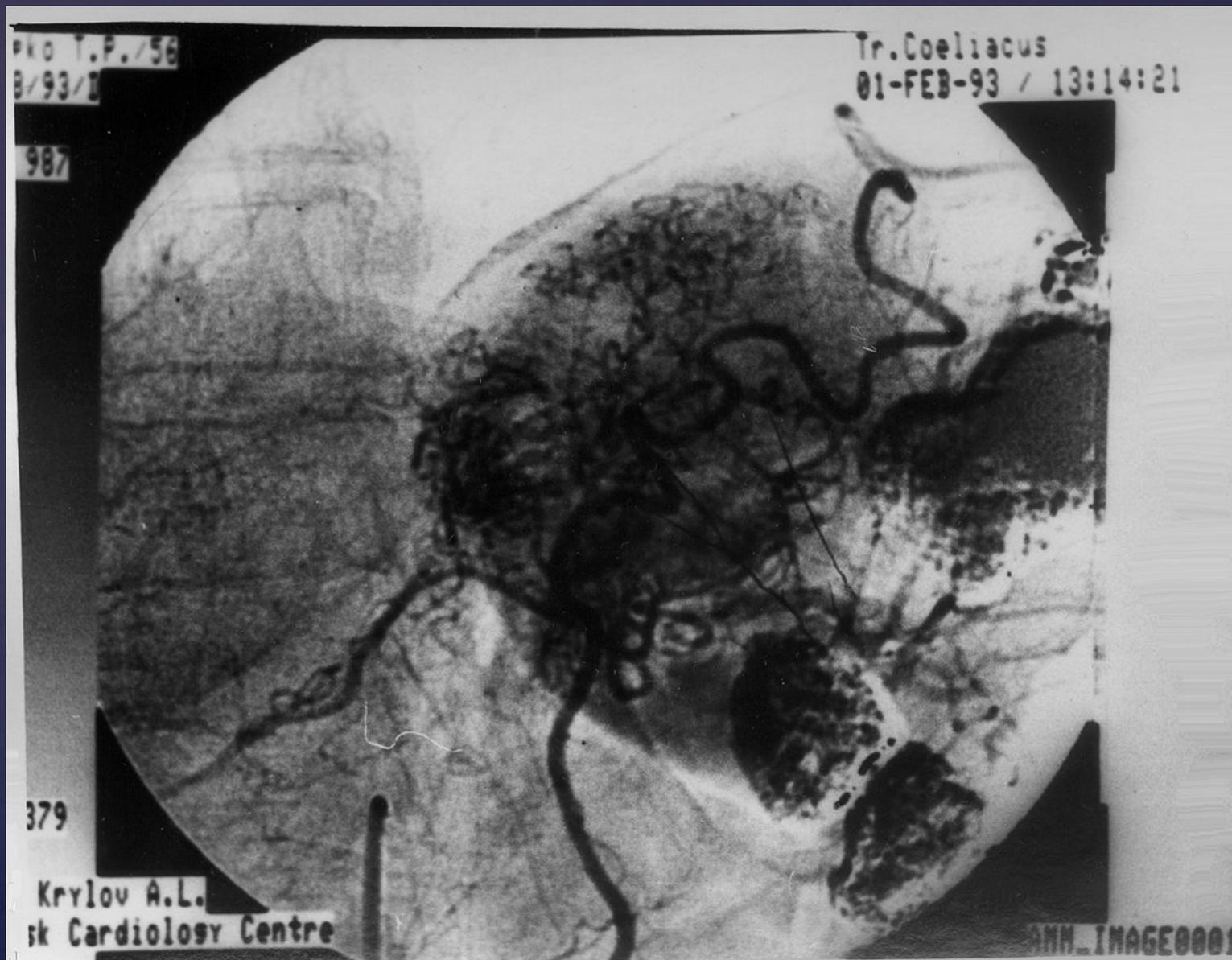


331

D-r Goltsov S.G.
Tomsk Cardiology Centre

art000

Ангиография



Компьютерная томограмма



Препарат

