



АО « МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ АСТАНА»
КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

**ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ. КЛИНИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ. СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ
МАРКЕРЫ.**

Подготовила: Сансызбаева Ж.Б.
688гр.

Проверила: Горлова Т.Н.

Астана 2016г.

ПЛАН

- Определение
 - Доброкачественные опухоли печени
 - Основные формы
 - Клиника
 - Злокачественные опухоли печени
 - Классификация
- Этиология
- Патогенез
- Диагностика. Лабораторные исследования
- Маркеры опухоли печени



ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ

- это опухоли (новообразования), имеющие способность к дифференцировке (то есть тип клеток опухоли такой же, как тип клеток органа, из которого она образовалась), располагающиеся в печени.
- Доброкачественные опухоли печени встречаются нечасто, медленно растут и не могут метастазировать (опухолевые клетки не перемещаются в другие органы).
- Доброкачественные опухоли никогда не прорастают в окружающие ткани и не распространяются на отдаленные органы. Однако в некоторых случаях они могут быть достаточно большими, что вызывает определенные осложнения.

ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ:

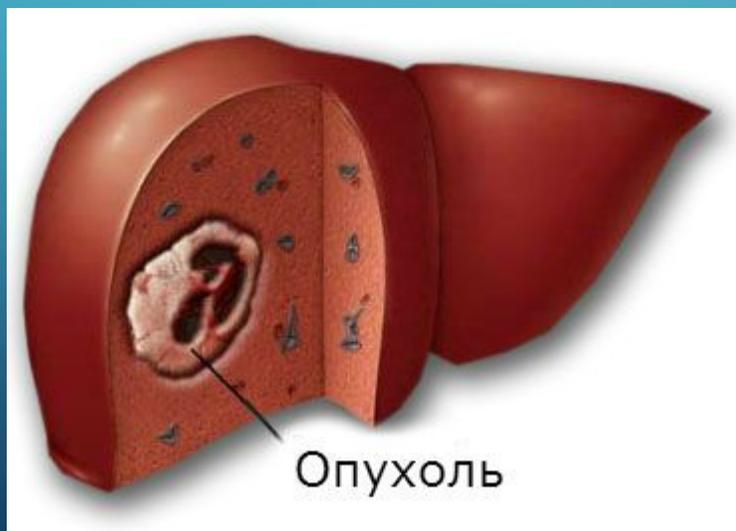
- Гемангиома (доброкачественная опухоль, происходящая из кровеносных сосудов).
- Гепатоцеллюлярная аденома (доброкачественная опухоль, происходящая из печеночных клеток).
- Фибронодулярная гиперплазия (единичный очаг гиперплазии (увеличения) печеночных клеток).
- Аденома внутripеченочных желчных протоков (доброкачественное новообразование, происходящее из железистых клеток внутripеченочных желчных протоков).
- Холангиоаденома (доброкачественное образование, происходящее из железистых клеток желчных протоков).
- Холангиофиброма (доброкачественное образование, происходящее из соединительной ткани желчных протоков).
- Холангиоцистома (доброкачественное образование, представляющее собой полости, происходящие из клеток желчных протоков).
- Гемангиоэндотелиома (доброкачественная опухоль, происходящая из эпителиальной (покрывающей стенки) ткани кровеносных сосудов).

КЛИНИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

- Доброкачественные опухоли печени клинически проявляются тогда, когда достигают больших размеров. Бессимптомные опухоли обнаруживаются случайно во время лапаротомии по поводу других заболеваний или во время ургентной операции по поводу внутрибрюшного кровотечения, как следствия разрыва гемангиомы печени, а также во время ультразвукового исследования, компьютерной томографии. К основным симптомам, связанным с давлением опухоли на прилегающие органы, относят тошноту, ощущение тяжести и переполнения. Лабораторные тесты, включая пробы функции печени, обычно в пределах нормы. На рентгенограммах наблюдают сдвиг органов брюшной полости вниз и влево, выпячивание купола диафрагмы. Самой частой жалобой больных с гемангиомами печени является увеличение и асимметрия живота, в таком случае можно пальпировать опухолевидное образование, твердое или мягкое. Диаметр образования колеблется от 4 до 40 см. Располагается опухоль чаще в надбрюшном участке или в левом подреберье. Чаще поражается левая часть печени. Над опухолью может выслушиваться сосудистый шум. Подобные симптомы могут постепенно накапливаться на протяжении многих месяцев и даже лет. С ростом опухоли появляются боль и нарушение пищеварения. Давление на прилегающие органы может вызывать явления непроходимости пищеварительного тракта, а также желчных протоков вплоть до развития стойкой механической желтухи или образования водянки желчного пузыря. Сдавливание опухолью портальной вены приводит к развитию портальной гипертензии и асцита. Гемангиома характеризуется медленным ростом, состояние больных долго остается удовлетворительным, однако в случае тотального разрушения печеночной паренхимы развивается печеночная недостаточность и портальная гипертензия. Реже гемангиома осложняется злокачественным перерождением, перекрутом ножки, тромбозом сосудов.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ

- это опухоли (новообразования), частично или полностью утратившие способность к дифференцировке (то есть тип клеток опухоли отличается от типа клеток органа, из которого она образовалась), располагающиеся в печени и представляющие серьезную опасность для жизни человека. Также рак печени может развиваться вторично (при метастазировании (перемещении раковых клеток в печень из другого органа, который уже имеет злокачественную опухоль)).
- Чаще заболевают мужчины в возрасте от 45 до 65 лет.



КЛАССИФИКАЦИЯ

- Гепатоцеллюлярный рак (гепатоцеллюлярная карцинома) составляет 85 % всех злокачественных опухолей печени. Злокачественная опухоль (тип клеток отличается от типа клеток органа, из которого она произошла), происходящая из клеток печени.
- Холангиокарцинома. Злокачественная опухоль, происходящая из клеток желчных протоков.
- Гепатобластома. Злокачественная опухоль, происходящая из структур, из которых в дальнейшем развивается эмбрион (зародыш). Встречается преимущественно у маленьких детей, в основном до 3-х лет.
- Цистаденокарцинома желчных протоков. Злокачественная опухоль, имеющая кистозное строение (образование полостей) и происходящая из железистых клеток желчных протоков.
- Смешанный гепатохолангиоцеллюлярный рак. Злокачественная опухоль, происходящая из печеночных клеток и клеток желчных протоков.

ЭТИОЛОГИЯ

- хронические гепатиты (воспалительные заболевания печени) В и С. Гораздо чаще рак развивается при сочетании нескольких форм гепатита (например, В и С или В и Д);
- алкогольный гепатит (воспалительное заболевание печени, возникающее из-за длительного употребления алкоголя);
- цирроз печени (тяжелое заболевание печени, при котором происходит замещение ее нормальной ткани фиброзной (соединительной), для печени несвойственной).

К основным предрасполагающим факторам относятся:

вредные привычки (алкоголизм, курение, наркомания);

- переливание крови от донора (увеличивает риск заболевания вирусным гепатитом – воспалительным заболеванием печени, развивающимся из-за ее поражения вирусом);
- мужской пол (мужчины заболевают чаще, чем женщины);
- наследственность (риск развития злокачественных (тип клеток отличается от типа клеток органа, из которого они произошли) опухолей выше, если в анамнезе у близких родственников были злокачественные новообразования)

ПАТОГЕНЕЗ

- Обращает на себя внимание частое (70% случаев) сочетание цирроза и рака печени. Особое значение имеет постнекротический цирроз с деструкцией паренхимы, резко выраженными явлениями регенерации печеночной ткани с образованием многоядерных клеток, чередованием участков коллабированной ретикулярной стромы, соединительнотканых перегородок с участками новообразованной печеночной ткани. Имеются случаи перехода узлов-регенераторов в злокачественное новообразование.
- Следовательно, повреждение клеток печени или процесс активной клеточной регенерации приводит к утрате ими существенных биологических, биохимических черт, их малигнизации.



СТАДИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

- I стадия — небольшая, четко отграниченная (отделена от других тканей) опухоль размером до 2 см, расположенная в печени. Регионарных (располагающихся рядом с опухолью) метастазов (новых очагов злокачественных клеток, переместившихся из органа, где опухоль возникла первоначально, в другие органы) нет.
- II стадия — опухоль печени размером более 2 см. В ближайших регионарных лимфатических узлах метастазов нет.
- III стадия — опухоль любого размера с одиночными метастазами в регионарные лимфатические узлы.
- IV стадия — опухоль любых размеров при наличии отдаленных метастазов.



КЛИНИКА

- К ранним симптомам можно отнести:
- диспепсические жалобы – тошнота, рвота, расстройство аппетита, повышение температуры тела;
- желтуха (пожелтение кожных покровов, зуд);
- асцит (скопление свободной жидкости в брюшной полости, проявляющееся увеличением размеров живота) со всеми его осложнениями (возникновением кровотечения из расширенных вен пищевода и т.д.).
- Для поздних стадий характерна опухолевая интоксикация (отравление). Для нее характерны следующие симптомы:
- общая слабость, быстрая утомляемость и потеря интереса к привычной работе, депрессия, психическая заторможенность (замедленность реакций), головные боли и головокружения, нарушение сна (сонливость днем, бессонница ночью);
- снижение аппетита вплоть до анорексии (сильного похудения), кахексии (крайней степени истощения);
- цианоз (посинение) и бледность кожных покровов, возможно их пожелтение;
- сухость слизистых оболочек рта, носа, глаз;
- повышение температуры тела (от субфебрильной (37°C) до гектической (39°C и выше));
- повышенная потливость (гипергидроз), особенно по ночам;
- различные типы анемии (малокровия);

ДИАГНОСТИКА

- Анализ анамнеза заболевания и жалоб (когда (как давно) появились тошнота, рвота, увеличение объемов живота, пожелтение кожных покровов, зуд, с чем больной связывает возникновение этих симптомов).
- Анализ анамнеза жизни больного (наличие у пациента вирусных заболеваний (например, хронического гепатита (воспалительного заболевания печени) В, С, Д) и заболеваний желудочно-кишечного тракта (например, желчнокаменной болезни (образования камней в желчном пузыре), цирроза печени (тяжелого заболевания печени, при котором происходит замещение нормальной ткани печени фиброзной (соединительной), для печени несвойственной)), другие перенесенные заболевания, вредные привычки (алкоголь, курение, наркомания), характер питания).
- Анализ семейного анамнеза (наличие у родственников онкологических заболеваний).
- Данные объективного осмотра. Врач обращает внимание, есть ли у пациента:
 - кахексия (крайняя степень истощения);
 - бледность кожных покровов, пожелтение кожных покровов, кожный зуд;
 - асцит (скопление свободной жидкости в брюшной полости);
 - увеличение размеров печени (врач определяет это благодаря пальпации (прощупыванию) опухоли печени через переднюю брюшную стенку).

ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ

- Общий анализ крови. Может быть обнаружена анемия (малокровие, снижение в крови гемоглобина (переносчика кислорода в крови), тромбоцитоз (увеличение тромбоцитов (клеток, влияющих на свертываемость крови)).
- Общий анализ мочи: значительных изменений не наблюдается
- Биохимический анализ крови (повышение печеночных ферментов (белков, ускоряющих химические реакции в организме) и щелочной фосфатазы (фермента, участвующего в транспорте фосфора в организме)).

СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

- Альфа-1 фетопропротеин (АФП) — скрининговое (обязательное) исследование. У теста имеется чувствительность (доля выявленных действительно болеющих людей в обследованной группе) — 39-65%, специфичность (доля тех, у кого правильно определено отсутствие заболевания в обследованной группе) — 76-94%.
- Дез-гамма карбоксипротромбин (DCP) — скрининговое исследование. Определяется чувствительность теста — 48-86%, его специфичность — 81-98%.
- Альфа-1 фукозидаза (AFU) — специфический белок, повышающийся при злокачественных опухолях печени, а также при других злокачественных новообразованиях: чувствительность теста — 81%, его специфичность — 70%.
- Глипикан-3 (GPC3) — белок, отторгающий опухоль (в норме отсутствует).
- Фактор роста гепатоцита (HGF) — белок, влияющий на развитие печеночных клеток.
- Ростовой фактор beta 1 (TGF-b1) — белок, контролирующий деятельность клеток.
- Сосудистый эндотелиальный фактор роста (VEGF) — белок, влияющий на развитие новых кровеносных сосудов.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

- Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости (определяется опухоль в печени, а также возможно обнаружение регионарных метастазов (распространения злокачественных клеток в другие органы)).
- Рентгенография органов брюшной полости. Выявляется увеличение размеров печени.
- Сцинтиграфия печени выявляет локализацию (расположение) опухоли, ее размеры. В организм вводят радиоактивные элементы, способные создавать излучение. Оно используется для получения изображения, показывающего, в каких органах эти элементы задерживаются.
- Компьютерная томография (КТ) для выявления опухоли печени, ее размеров и состояния регионарных лимфатических узлов с контрастированием (введение специального вещества (контраста), которое видно на рентгене).
- Магнитно-резонансная томография (МРТ) для выявления опухоли печени, ее размеров и состояния регионарных лимфатических узлов.
- Пункционная биопсия опухоли. Взятие кусочка ткани опухоли на гистологическое (тканевое) исследование.
- Ангиография (рентгенологическое исследование кровеносных сосудов).
- Эластография (сканирование ткани печени с установлением степени ее плотности (эластичности)).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

• На прогноз при опухолях печени влияют такие факторы как:

- число и размеры опухолевых узлов,
- наличие внутриорганных метастазов (в самой печени),
- объем операции,
- характеристики самой опухоли (наличие капсулы, рост в сосуды печени),
- наличия в анамнезе вирусного гепатита,
- степени сопутствующего цирроза печени или его отсутствие.

• В зависимости от количества опухолевых узлов в печени результаты могут быть различны: при одиночном опухолевом узле выживает около 40- 52%, при двух узлах - 31- 38%, более трех- 12-18% выживших в течение 5-ти лет пациентов.

• Но даже при благоприятном исходе операции выживаемость при раке печени составляет не более 40%.