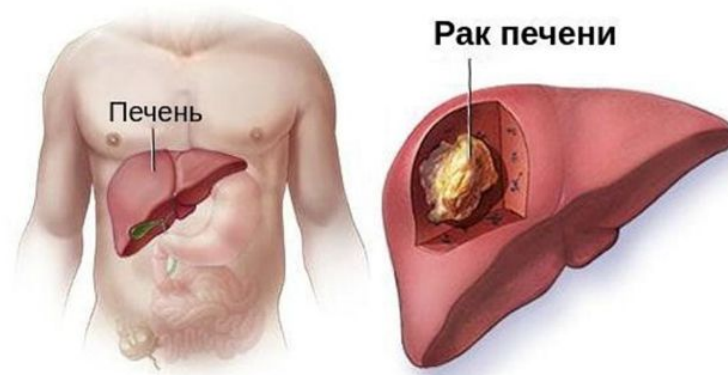


Бауырдың қатерлі ісігі



Орындаған: Байболат Ақбөпе

21-1 топ, 7-курс

Қабылдаған: Ермашов Б.Ш.

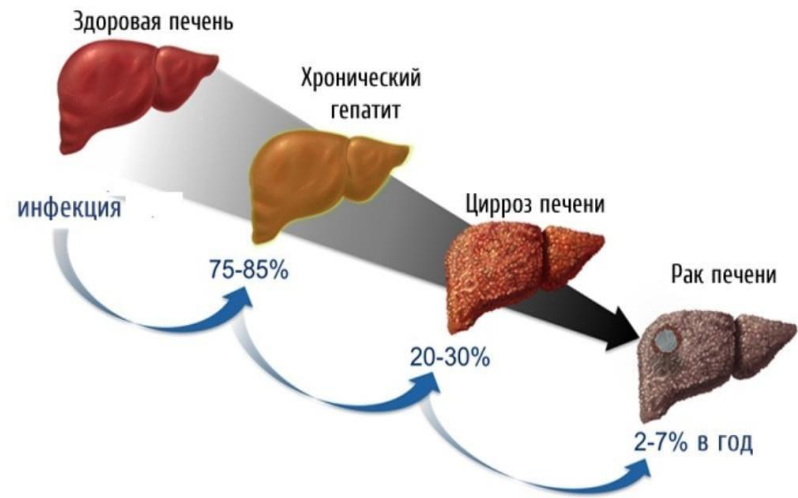
Бауыр қатерлі ісігі

- Әлемде онкопатологиялардың ішінде таралуы бойынша 6 орында
- Сарғыштанумен, оң қабырға асты ауруымен, ас қорыту бұзылуымен көрінеді
- Әлем бойынша ер адамдарда таралуы 5 орында, әйелдерде 9 орында
- Жыл сайын 800 мың жаңа жағдай диагностиаланады
- Онкологиялық өлім көрсеткіші 8-3 процент

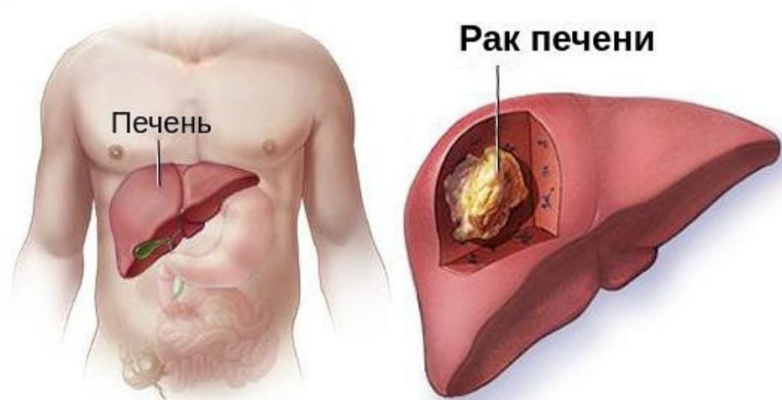


Бауыр ісіктерінің гистологиялық жіктелуі (ДДҰ, 1982)

- Бауырдың қатерлі ісіктеріне мыналар жатады:
- **1. Бастапқы қатерлі ісіктер.**
- **2. Метастатикалық ісіктер.**
- Бауырдың бастапқы ісіктері гистологиялық тұрғыдан бөлінеді:
- 1. *Гепатоцеллюлярлы карцинома* (гепатома, бауыр паренхимасының жасушаларынан пайда болатын бауыр жасушаларының қатерлі ісігі).
- 2. *Холангиокарцинома* (бауырдың барлық бастапқы қатерлі ісіктерінің 5-30% құрайтын өт жолдарының эпителий жасушаларынан алынған ісік).
- 3. *Бауыр Ангиосаркома* (бауырдың қатерлі гемангиоэндотелиома-бауырдың ең қатерлі ісіктерінің бірі, произрастающая бірі-қан тамырлары эндотелийінің).
- 4. *Гепатобластома* (бала бауырының қатерлі ісігі).



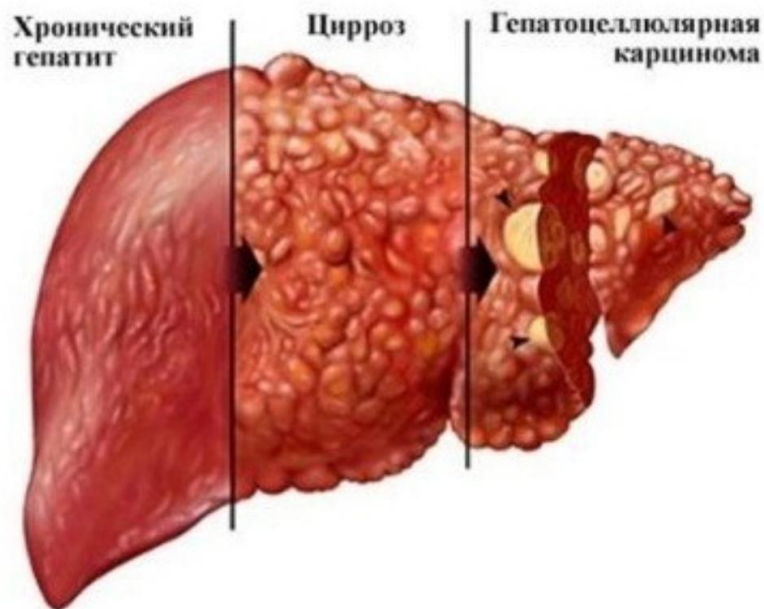
Бауыр қатерлі ісігінің қауіп факторлары:



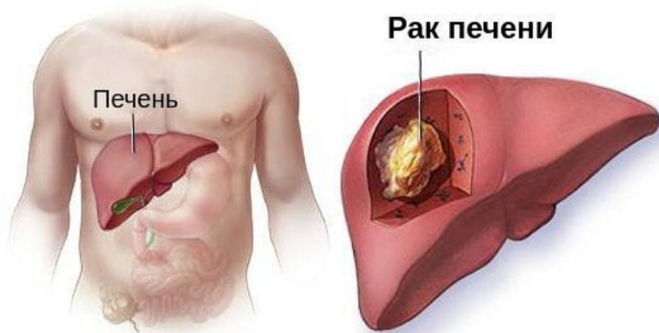
- созылмалы В және С вирустық гепатиттері (В және С гепатиттерінің вирустары бауыр қатерлі ісігімен ауыратын науқастардың 80% - ында анықталады);
- бауыр циррозы;
- алкоголь және дәрілік гепатит; канцерогендерді (афлатоксиндер) тағамға үнемі пайдалану;
- бауырдың кейбір паразиттік аурулары (шистосомоз, описторхоз, амебиаз және т. б.);
- анаболикалық стероидтерді қабылдау; өт тас ауруы.
- Бауыр қатерлі ісігінің клиникалық көрінісі

Гепатоцеллюлярлық карцинома

- Гепатоцеллюлярлық карцинома (ГЦК) – гепатоциттерден бастапқы қатерлі ісік.
- ГЦК бауырдың ең жиі кездесетін қатерлі ісігі болып табылады және әлемдегі онкологиялық аурулардан болатын өлім-жітімге айтарлықтай үлес қосады (бесінші орын).
- ГЦК В, С, D гепатиттері вирустарымен, алкогольсіз май ауруымен, аутоиммунды және холестатикалық аурулармен, гемохроматозбен, Вильсон-Коновалов ауруымен, альфа 1-антитрипсин жетіспеушілігімен байланысты гепатит және бауыр циррозы бар пациенттерде дамиды.

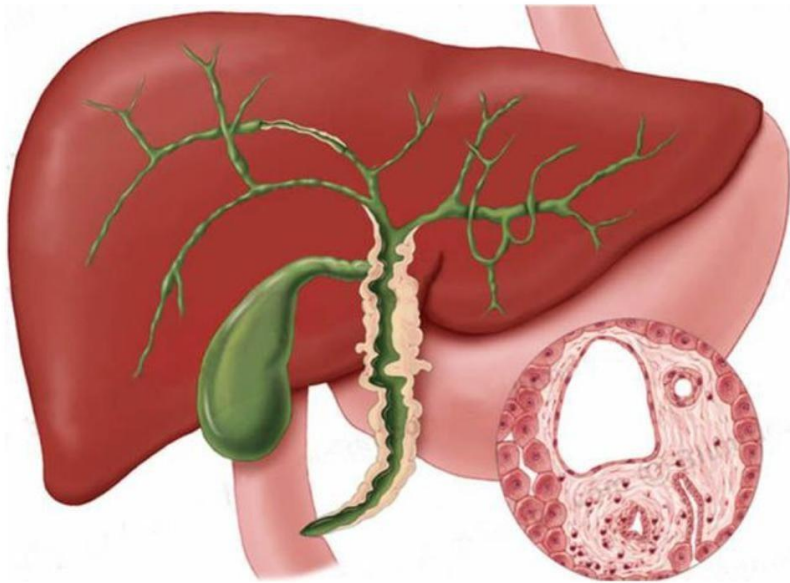


TNM клиникалық жіктелуі



- *Гепатоцеллюлярлы карцинома* (ICD-O C. 22)
 - T - бастапқы ісік.
 - TX-бастапқы ісікті бағалау мүмкін емес.
 - T0-бастапқы ісік туралы мәліметтердің болмауы.
 - T1-тамырлы инвазиясыз Солитарлы ісік.
 - T2-тамырлы инвазиясы бар Солитарлық ісік немесе ең үлкен өлшемде 5 см-ден аспайтын ісіктің көптеген бастапқы ошақтары.
 - T3-бұл бірнеше бастапқы ісік ошақтары, олардың біреуі 5 см-ден асады немесе портал немесе бауыр венасының (тамырлардың) негізгі тармағын өсіретін ісік.
 - T3a-ісіктің бірнеше бастапқы ошақтары, олардың біреуі 5 см-ден асады.
 - T3б-бұл портал немесе бауыр венасының (тамырлардың) негізгі тармағына енетін ісік.
 - T4-көрші органдарға (өт қабынан басқа) немесе висцеральды перитонеумге тікелей шабуыл жасайтын ісік (ісіктер).
-
- N-аймақтық лимфа түйіндері.
 - NX-аймақтық лимфа түйіндерін бағалау мүмкін емес.
 - N0-аймақтық лимфа түйіндерінде метастаздар жоқ.
 - N1-аймақтық лимфа түйіндерінде метастаздар бар.
-
- M-алыс метастаздар.
 - M0-алыс метастаздар жоқ.
 - M1-алыс метастаздар бар.

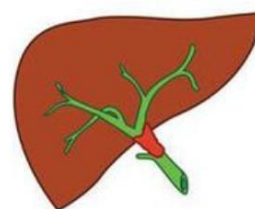
Холангиокарцинома



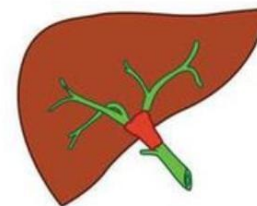
- Холангиокарцинома немесе холангиоцеллюлярлы қатерлі ісік — бұл өт жолдарының мутацияланған жасушаларынан тұратын қатерлі ісік.
- Көбінесе ол 50-70 жастағы ер адамдарда дамиды.
- Әдетте бауырдың паразиттік аурулары жиі кездесетін елдерде кездеседі: эхинококкоз, альвеококкоз және т. б.
- ауру жылына 100 000 адамға 1-2 жағдайды құрайды

TNM клиникалық жіктелуі

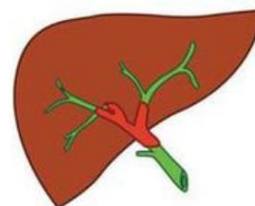
- **Бауыр ішілік өт жолдарының қатерлі ісігі** (ICD-O C.22.1)
 - T - бастапқы ісік.
 - TX-бастапқы ісікті бағалау мүмкін емес.
 - T0-бастапқы ісік туралы мәліметтердің болмауы.
 - Tis - карцинома in situ (бауыршілік ісік).
 - T1-тамырлы инвазиясыз Солитарлы ісік.
 - T 2 а-тамырлы инвазиясы бар Солитарлы ісік.
 - T2b-тамырлы инвазиясы бар немесе онсыз ісіктің бірнеше бастапқы ошақтары.
 - T3-ісік висцеральды перитонеумға немесе тікелей көршілес экстрапакальды құрылымдарға енеді.
 - T4-перипроток инвазиясы бар ісік (перипроток өсуі).
-
- N-аймақтық лимфа түйіндері.
 - NX-аймақтық лимфа түйіндерін бағалау мүмкін емес.
 - N0-аймақтық лимфа түйіндерінде метастаздар жоқ.
 - N1-аймақтық лимфа түйіндерінде метастаздар бар.
-
- M-алыс метастаздар.
 - M0-алыс метастаздар жоқ.
 - M1-алыс метастаздар бар.



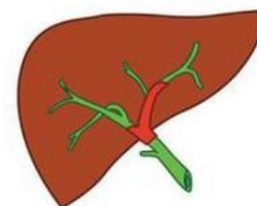
Type I



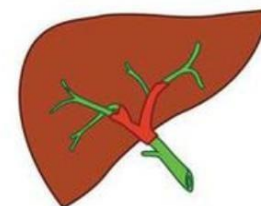
Type II



Type IIIa



Type IIIb



Type IV

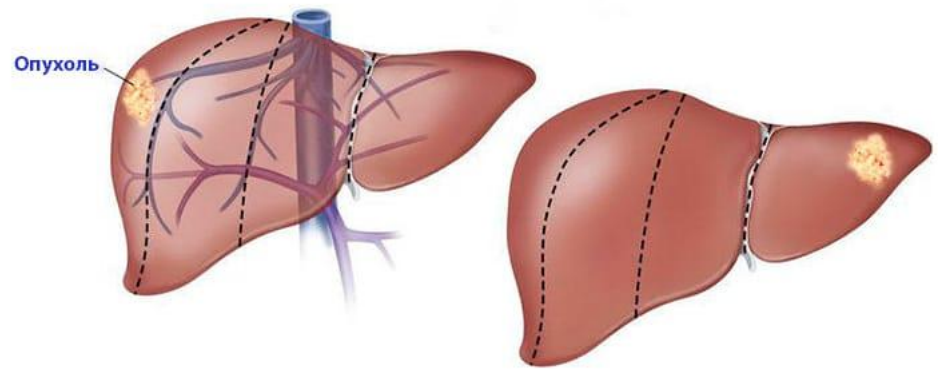
Бауыр ангиосаркомасы



- бұл эндотелий мен тамырлы перителийден пайда болатын ісік, өте қатерлі және жиі метастаз.
- Гистогенезі бойынша ісіктердің бұл тобына Капоши саркомасы жатады.
- Ангиосаркома-өте сирек кездесетін ауру, ерлер мен әйелдерде бірдей жиілікте, негізінен 40-50 жаста кездеседі.

Гепатобластома

- эмбриональды плурипотентті закладкадан дамитын бауырдың қатерлі ісігі.
- Бұл нәрестелерде жиі кездеседі.
- Ісік, әдетте, бауыр тіндерін өсіретін ақшыл-сары түсті түйінмен көрінеді.
- Гепатобластома 3 жасқа дейінгі балаларда кездеседі.
- Ол емшек жасындағы ең көп анықталған ісіктердің бірі.
- 5 жылдан кейін бауыр ісіктерінің бұл түрі өте сирек кездеседі.
- Гепатоцеллюлярлық обырды анықтаудың орташа жасы-12 жас.



Стадия 0	Tis	N0	M0
Стадия I	T1	N0	M0
Стадия II	T2	N0	M0
Стадия IIIA	T3	N0	M0
Стадия IIIB	T4	N0	M0
Стадия IIIC	Любая T	N1	M0
Стадия IV	Любая T	Любая N	M1

Шағымдар мен анамнез



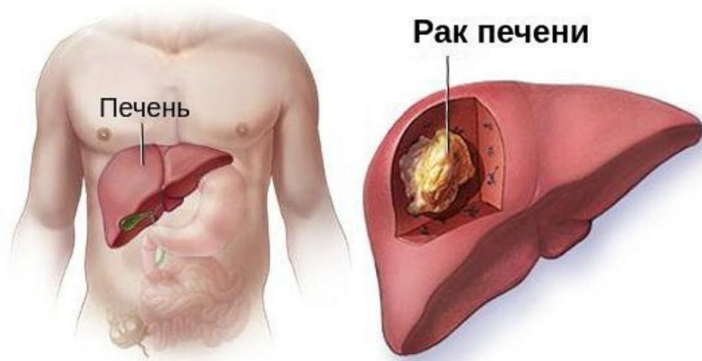
- Бауыр қатерлі ісігінің патогенді белгілері анықталған жоқ. Науқастың шағымдары бауырдың әртүрлі ауруларының көріністеріне сәйкес келуі мүмкін (созылмалы гепатит, цирроз және т.б.).
- Салмақ жоғалту және әлсіздік, анемия, жүрек айну, қатерлі ісіктің басқа локализациясы сияқты, интоксикацияның жиі кездесетін белгілері болып табылады.
- Аурудың типтік көрінісінде жетекші белгілер прогрессивті әлсіздік, адинамия, тәбеттің жоғалуы, кахексия, жиі жүрек айнуы және құсу болып табылады. Оң жақ гипохондрида немесе эпигастрияда ауырлық сезімі және тұрақты ауырсыну пайда болады, анемия дамиды.

Шағымдар мен анамнез

- Цирроз аясында бауыр қатерлі ісігінің дамуымен аурудың клиникалық көрінісінде қатерлі ісік белгілері жиі кездеседі. Науқастың жағдайының нашарлауы тез дамиды, бауыр аймағындағы ауырсыну күшейеді, асцит, сарғаю, безгегі пайда болады және жоғарылайды, жиі мұрын пайда болады, терінің телеангиэктазиясы жиі кездеседі.
- Бауырдың бастапқы қатерлі ісігінің төмен асимптоматикалық түрі созылмалы гепатит түрінде жиі кездеседі, қатерлі ісіктің тұрақты және типтік клиникалық белгілері жоқ. Кейбір жағдайларда бауырдың бастапқы қатерлі ісігінің клиникалық көрінісінде асқыну белгілері немесе ісік метастазының белгілері жетекші болуы мүмкін.
- Аурудың алғашқы кезеңдерінде- консервативті, инфузиялық, антиспазмолитикалық және жалпы күшейтетін терапия, бұл белгілерді жеңілдетуге көмектеседі.



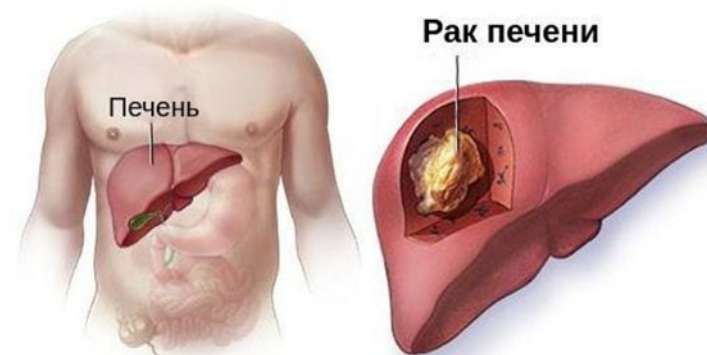
Физикалық тексеру



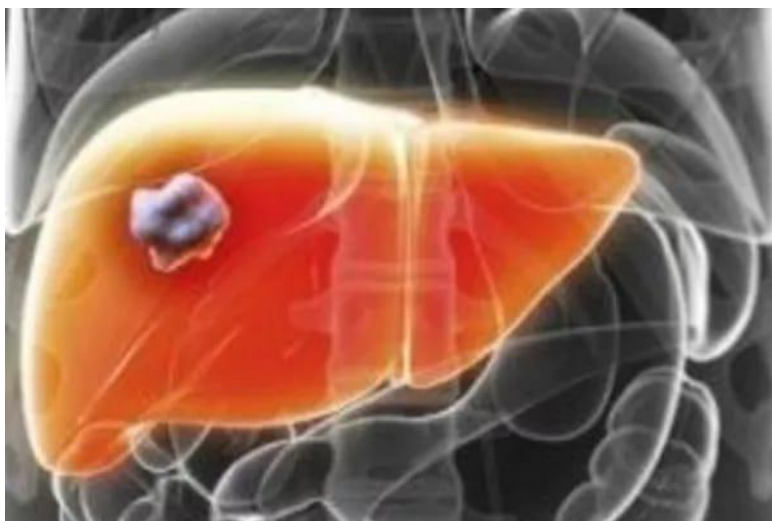
- Бауыр мөлшері тез ұлғаяды, ал оның төменгі шеті көбінесе кіндік деңгейінде және одан төмен анықталады, пальпация кезінде ол орташа ауырады, тығыз, түйнек тәрізді, кейде оқшауланған ісік түйіні анықталады. Бауырдың бастапқы қатерлі ісігінің кейбір жағдайларында терапияға жатпайтын жоғары қызба байқалады; бұл жағдайларда бауырдың зақымдану белгілері кейінірек пайда болады.
- *Асқынулардың клиникалық симптоматикасында:* обтурациялық сарғаю (негізгі өт жолдарының ісікпен немесе оның метастаздарымен қысылуы), спленомегалия, асцит, алдыңғы іш қабырғасының тері астындағы тамырларының кеңеюі, асқазан-ішектен қан кету (портальды Венаның қысылуы), ісіктің өздігінен немесе кіші жарақаттың әсерінен ішілік қан кетумен және одан кейінгі перитонитпен жарылу белгілері тән.

Физикалық тексеру

- Бауыр обырының метастаздары көбінесе бауырдың өзінде (ағзаішілік метастаз), бауыр қақпасының лимфа түйіндерінде, кіші сальникте, құрсақта, параорталықта, сондай-ақ басқа мүшелерде (өкпе, плевра, перитонеум, бүйрек, ұйқы безі, сүйектер) анықталады.
- Бауыр қатерлі ісігін, әсіресе бастапқы кезеңде тану өте қиын, өйткені аурудың нақты белгілері жоқ. Сондықтан бауыр қатерлі ісігі көбінесе алыс сатыларда диагноз қойылады. Анамнез (қызба, іштің оң жартысындағы ауырсыну, бауырдың ұлғаюы), клиникалық тексеру (іштің ұлғаюы немесе деформациясы, іштің жоғарғы жартысындағы тері астындағы тамыр жүйесі, бауырдың пішіні мен мөлшерінің өзгеруі) маңызды.



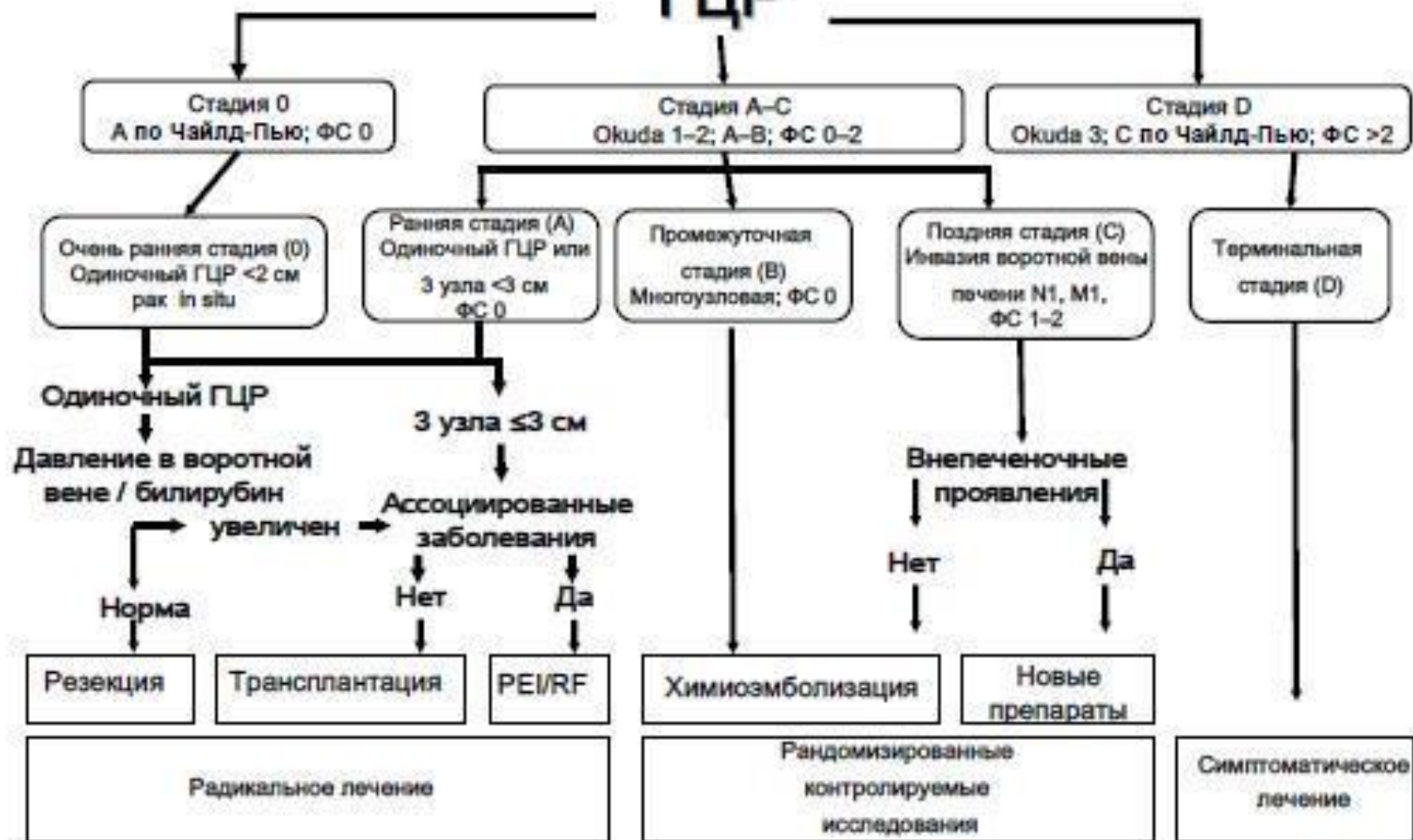
Аспаптық зерттеулер



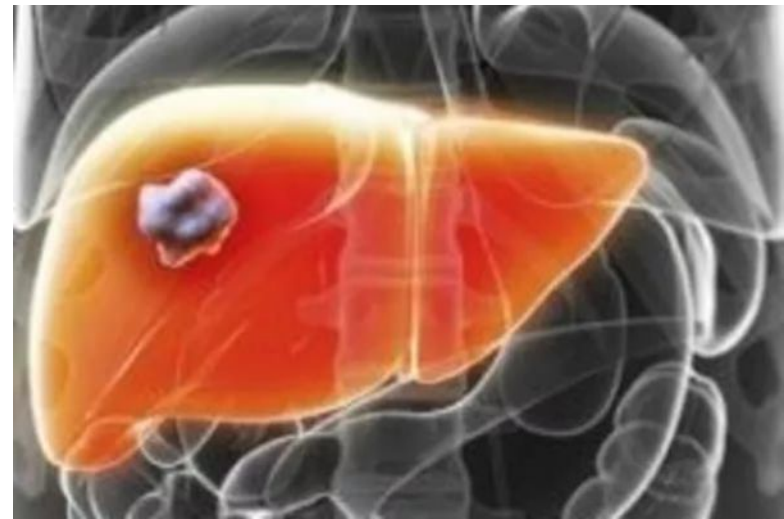
- **Ультрадыбыстық зерттеу** ісік пен кейбір жағдайларда оның түрін анықтауға мүмкіндік береді.
- **Компьютерлік томография (КТ)** бауыр ісіктерін диагностикалауда өте тиімді. Кейбір жағдайларда бауырдың бейнесін жақсарту үшін контрастын зат көктамыр ішіне енгізіледі.
- **Магнитті-резонанстық бейнелеу (МРТ)** бауырдағы ісікті анықтауға ғана емес, кейде қатерлі ісікті қатерсіз ісіктен ажыратуға мүмкіндік береді.
- **Ангиография.** Контрастын зат артерияға енгізіледі, бұл бауыр ісігін қанмен қамтамасыз ететін тамырларды анықтауға және операцияның көлемі туралы мәселені шешуге мүмкіндік береді.
- Бауыр ісігіне күдік болған жағдайда, анамнезді жинау, тексеру, ісікті визуализациялау (УДЗ, МРТ, КТ), сондай-ақ ісік маркерлерін анықтауды қоса алғанда, тексеру кезінде түзілудің табиғаты мен сипатын қатаң анықтау керек.

Стратегия системы Барселонской Клиники по определению стадий и лечения рака печени

ГЦР



- Диагнозды тексеруге жіңішке инені тесу немесе биопсия арқылы қол жеткізіледі. Бауыр циррозы және ошақтық гипervasкулярлық түзілімдер (>2 см) болған кезде кемінде бір визуализация әдісін пайдаланған кезде АФП-ның 400 нг/мл-ден жоғары жоғарылауы цитологиялық верификация қажеттілігін жояды. 400 нг/мл жоғары потенциалды резектабельді ісік және АФП бар науқастарға операция алдын ала пункциясыз немесе биопсиясыз орындалуы тиіс.
- Бауыр циррозы белгіленген науқастарда бауыр функциясының кез келген нашарлауы, кез келген этиологиясы гепатоцеллюлярлық обырға қатысты күдік туғызуы тиіс.
- Мамандардың кеңестері: ГТР бар әрбір науқасты емдеу әрдайым көп салалы консилиумда талқылануы керек-хирург, химиотерапевт, радиолог. Емдеу жоспары аурудың таралуы, ісіктің өсу дәрежесі, бауырдың функционалды резервтері және науқастың жалпы жағдайы туралы нақты мәліметтерге негізделуі керек.
- Қосымша:- арнайы өткізу мүмкіндігі бойынша кардиологтың консультациясы. емдеу;- гинекологтың кеңесі.
- Аралас операцияны жүргізу мүмкіндігіне кең таралған процесс кезінде тамырлы хирургқа кеңес беру.

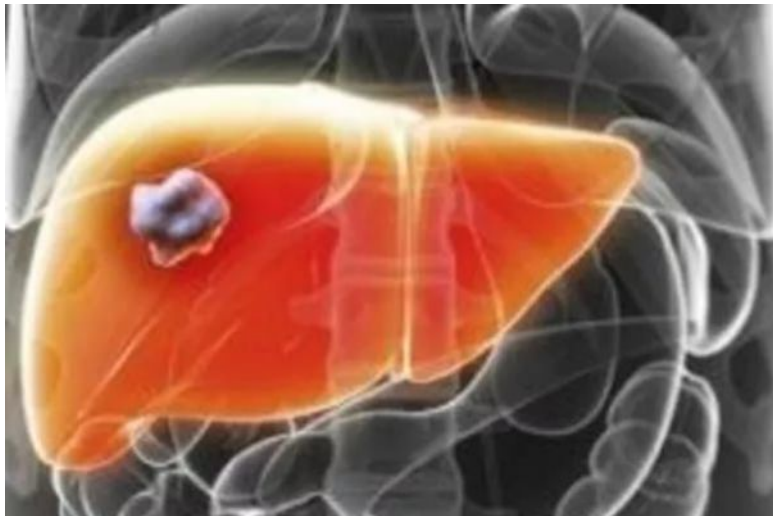


Зертханалық зерттеулер:

- 1. Қанның жалпы талдауы.
- 2. Биохимиялық қан анализі:
жалпы ақуыз, мочевиана,
креатинин, билирубин, амилаза,
трансаминазалар, электролиттер,
глюкоза.
- 3. Онкомаркерге қан АФП, РЭА,
СА 19-9. Зертханалық зерттеулер
гипохромды анемияны,
лейкоцитозды, ESR үдеуін,
трансаминазалар мен сілтілі
фосфатаза белсенділігінің
жоғарылауын, онкомаркерлер
деңгейінің жоғарылауын
анықтайды.



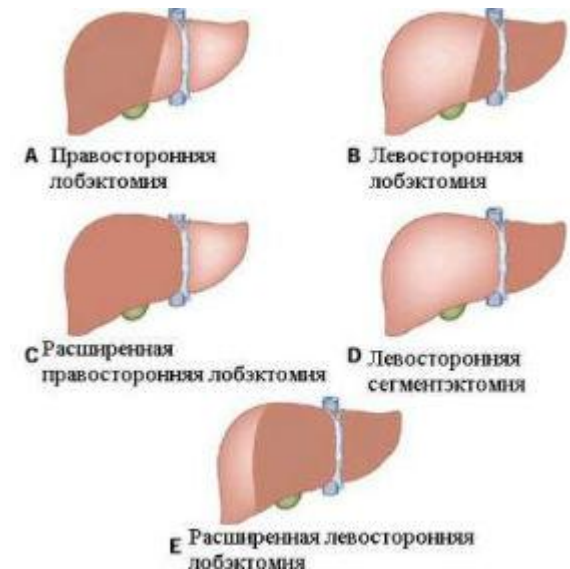
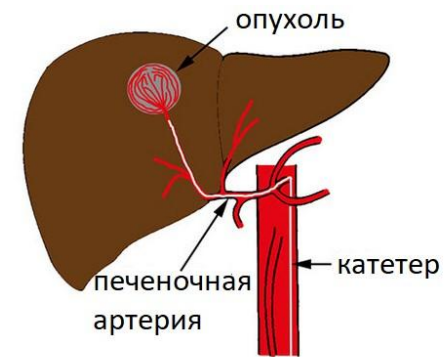
Диагностикалық іс-шаралар



- Негізгі, ауруханаға дейінгі кезеңде жүргізіледі:
- 1. Қанның жалпы талдауы.
- 2. Биохимиялық қан анализі: жалпы ақуыз, мочевиная, креатинин, билирубин, амилаза, трансаминазалар, электролиттер, глюкоза.
- 3. УДЗ құрсақ қуысы бастап чрескожной пункциялы биопсиямен бауыр.
- 4. КТ / МРТ ОБП контрастпен (артериялық фаза).
- 5. Фиброколоноскопия / ирригоскопия.
- 6. Фиброэзофагогастродуоденоскопия.
- 7. Өкпені рентгенологиялық зерттеу.
- 8. Перифериялық лимфа түйіндерінің УДЗ, тік ішекті саусақпен зерттеу, гинекологтың тексеруі (әйелдерде).
- 9. Қан тобы, Rh факторы.
- Қосымша:
- 1. Бауыр сцинтиграфиясы, лапароскопия, ангиография, қаңқа сүйектерінің сцинтиграфиясы
- 2. Спленопортография, трансумбиликальді портогепатография, целиакография, бауырды радиоизотоптық сканерлеу, ПТР-диагностика, ПЭТ-зерттеу.

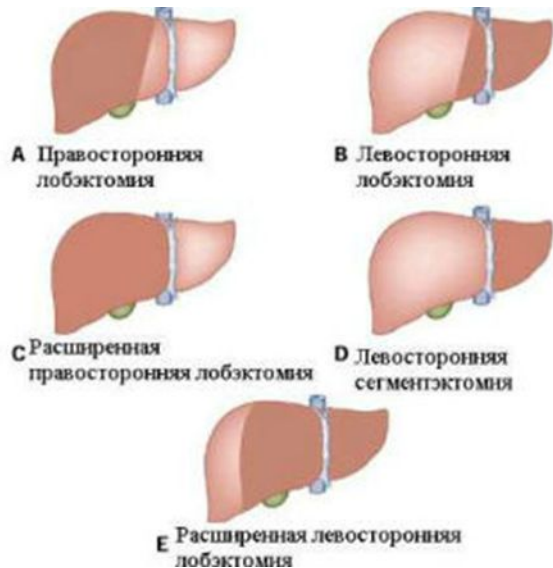
Емдеу мақсаты:

- бауыр ісігін жою немесе ісік массасын азайту.
- **1. Хирургиялық емдеу:**
- - бауыр резекциясы;
- - бауырды ортотопиялық транспланттаумен гепатэктомия;
- **2. Жергілікті аблативті және циторедуктивті емдеу:**
- - ісіктің радиожілікті термодеструкциясы;
- - криодеструкция;
- - микротолқынды фокусты жою;
- - ультрадыбыстық фокустық жою;
- - лазерлік фокустық ісіктің жойылуы;
- - ісікке этанол, сірке қышқылын, цитостатиктерді, радиоактивті изотоптарды енгізу арқылы бауыр ісігін деструкциялау;
- - жергілікті циторедуктивті емдеудің басқа да түрлері;
- - біріктірілген жергілікті циторедуктивті емдеу.
- **3. Тамырішілік черкатетерлі (ретгеноэндовакулярлық) емдеу:**
- - бауыр артериясының эмболизациясы (ЭПА);
- - бауыр артериясының химиэмболизациясы (ХЭПА);
- - бауыр артериясының майлы химиэмболизациясы (МХЭПА)
- - артериялық-порталдық химиэмболизация;
- - бауыр артериясындағы химиялық инфекция;
- - қақпалық Венаға химиотерапия;- аймақтық радиотерапия;
- - біріктірілген тамырішілік черкатетерлі емдеу.
- **4. Жүйелі дәрілік емдеу:**
- - цитостатикалық химиотерапия;
- - иммунотерапия;- гормондық емдеу;
- - биотерапия (гендік терапия, ісікке қарсы вакциналық терапия).
- **5. Аралас емдеу.**



Емдеу алгоритмі

- T1, T2, T3 және кейбір T4; N0; M0 бауыр циррозы болмаған кезде-адьювантты емдеусіз хирургиялық емдеу (ішінара гепатэктомия).
- Бауыр циррозы болған кезде T1, T2, T3 және кейбір T4; N0; M0: -Child-Pugh A бар науқастарға ішінара гепатэктомия немесе бауыр трансплантациясы; - - артериялық химиоэмболизация және радиожилікті абляция (трансплантатты күту уақытында немесе ісік процесінің таралуын азайту үшін).
- Кез келген T; N+; M1 - емдеу стандарттары жоқ, емдеу мүмкіндіктері жеке негізде талқылануы тиіс (жүйелі химиотерапия, сорафениб, симптоматикалық терапия).



- **Дәрілік емес емдеу:**
- II Режим, № 5 диета.
- **Дәрі-дәрмекпен емдеу**
- Химиотерапия
- Бауыр қатерлі ісігі бар науқастарды химиотерапиялық емдеудің стандартты схемалары жоқ. Сонымен қатар, бауырдың бастапқы ісіктері дәрілік терапияға төзімді деген пікір бар.
- Қазіргі уақытта антибиотиктерге, 5-фторурацилге, платина препараттарына негізделген комбинациялар жиі қолданылады.
- Рецидив
- Қазіргі уақытта бауыр қатерлі ісігінің қайталануының сенімді химиотерапиялық алдын-алу және емдеу дамымаған
- **Паллиативті химиотерапия (жеке).**

• **Химиотерапияның ең көп таралған схемалары:**

- 1. Сорафениб 800 мг, ішке, күн сайын, клиникалық тиімділігі анықталғанға дейін немесе оның уытты әсері пайда болғанға дейін (гепатоцеллюлярлық карциноманы емдеу).
- 2. Доксорубин 20-30 мг/м², в/в, апта сайын. Әр апта сайын курсты қайталаңыз.
- 3. Цисплатин 80 мг / м², в / в, 1-ші күн. Әр апта сайын қайталаңыз.
- 4. Капецитабин 1000 мг/м², ішке, күніне 2 рет, 1-ден 14-ке дейін. Әр 21 күн сайын қайталаңыз. Клиникалық тиімділігін төмендетпей уыттылық қаупін азайту үшін дозаны 825-900 мг/м² дейін ішке, күніне 2 рет, 1-ден 14-күнге дейін қысқартуға болады.
- 5. PIAF:- цисплатин 20 мг / м², в/в, 1-ден 4-күнге дейін;- доксорубин 40 мг/м², в / в, 1 күн.; 5-ФУ 400 мг/м², в/в, 1-ден 4-күнге дейін;- интерферон-альфа 4 млн бірлік, в / в, 1-ші күннен 4-ші күнге дейін.Әр 3-4 апта сайын қайталаңыз.
- 6. Гемцитабин 1000 мг / м², 1-ші күн. Оксалиплатин 100 мг / м², 1-ші күн. Әр 2 апта сайын.
- 7. Гемцитабин 1000 мг/м²; 1, 8, 15 күн. Фторурацил 400 мг/м², в/в, ағынды; содан кейін 1-ші және 2-ші күндері 600 мг/м², 22 сағаттық инфузия. Әр 4 апта сайын.
- 8. Доксорубинмен химиоэмболизациялау*:
 - - жалпы билирубин <25,6 мкмоль/л, доксорубин дозасы 75 мг / м²;
 - - жалпы билирубин 25,6-51,3 мкмоль/л, доксорубин дозасы 50 мг / м²;
 - - жалпы билирубин 51,3 - 85,5 мкмоль/л, доксорубин дозасы 25 мг/м².
- * доксорубин дозасы сарысудағы билирубин деңгейіне байланысты есептеледі.

- **Емдеудің басқа түрлері:**
- бауыр қатерлі ісігін емдеуге арналған сәулелік терапия қолданылмайды.
- Хирургиялық араласу: бауыр қатерлі ісігін емдеудің жалғыз радикалды әдісі-хирургия.
- Қатар жүретін циррозсыз ГТР-ге R0 бауыр резекциясы 3 жылдық өмір сүру деңгейін 54%-ға дейін арттырады.
- Қауіп факторлары: гепатит (А,В,С,Д, Е және т.б.), созылмалы алкогольизм (алкогольді цирроз), бауырдың паразиттік аурулары (описторхоз), туа біткен кисталар.
- **Бастапқы профилактика**-гепатиттердің профилактикасы, бауырдың паразиттік ауруларының алдын алу және санация
- .Әрі қарай жүргізу:
- Байқау, тексеру мерзімі және көлемі
- **Бақылау:**
- - бірінші жыл-3 айда 1 рет.;
- - екінші жыл-6 айда 1 рет.;
- - кейіннен, өмір бойы-жылына 1 рет.