**ГБОУ ВПО Красноярский Государственный медицинский университет им. Проф. В.Ф. Войно - Ясенецкого Министерства здравоохранения и социального развития.**

**Кафедра общей хирургии проф. Им. М.И Гульмана.**

**Заведующий кафедрой: д.м.н.проф Винник Юрий Семенович**

**Преподаватель: Дунаевская Светлана Сергеевна**

**РЕФЕРАТ**

**Тема: Хронический геморрой.**

**Выполнила: Врач – ординатор**

**Наприенкова.А.С.**

**Красноярск, 2020**

**Содержание:**

Введение 3 стр.

Симптомы злокачественные опухоли печени 3стр.

Формы 4стр

Также выделяют *4 стадии* заболевания 4стр.

Причины 5стр.

Сопутствующие заболевания: 6стр.

Диагностика 6 стр.

Лечение злокачественные опухоли печени 8 стр.

Список литературы 9 стр.

**Введение**

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.

**Симптомы злокачественные опухоли печени**

Симптомы злокачественных опухолей печени делят на *ранние* и *поздние.*

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 похудания), 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° С) до гектической (39° С и выше));

повышенная потливость (гипергидроз), особенно по ночам;

различные типы анемии (малокровия);

снижение иммунитета и, как результат, сопротивляемости организма инфекциям;

тошнота и рвота.

**Формы**

Выделяют *5 видов*злокачественных опухолей поджелудочной железы.

*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.

**Также выделяют *4 стадии* заболевания.**

*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.

+Тяжесть опухолевого процесса оценивается по нескольким критериям (размер и распространенность опухоли, метастазы в лимфатических узлах и отдаленных органах). Для этого используется классификация TNM (Tumor (опухоль) Nodulus (узел) Metastasis (метастазы (распространение) в другие органы)).

*T* — размер и распространенность опухоли печени

*T1*- опухоль размером до 2 см без поражения сосудов.

*T2* — опухоль размером до 2 см с  поражением сосудов или множественные опухоли до 2 см без поражения сосудов, ограниченные одной долей.

*T3* — опухоль размером более 2 см с  поражением сосудов или множественные опухоли до 2 см с поражением сосудов, ограниченные одной долей.

*T4*– опухоль распространилась на желудок, селезенку, ободочную кишку, прилежащие крупные сосуды.

*N*- наличие раковых клеток в лимфатических узлах.

*N0*- раковые клетки в лимфатических узлах отсутствуют.

*N1*– множественное поражение лимфатических узлов ворот печени или гепатодуоденальной связки (связки, соединяющей печень и 12-перстную кишку).

*M*- распространение рака на другие, отдаленные от печени органы.

*M0* — рак не распространился на другие органы.

*M1* — рак распространился на отдаленные от печени органы.

**Причины**

Основные *причины* развития злокачественных новообразований печени:

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 заболеют 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);

особенности питания (употребление большого количества жирной пищи (чаще животного происхождения), недостаток в пище продуктов, содержащих клетчатку (цельнозернового хлеба, отрубей, бобов, гречневой и кукурузной круп, овощей, фруктов));

продукты с афлатоксином В1. Афлатоксин В1 вырабатывается специфическим грибом, размножение которого происходит в пищевых продуктах (соя, арахис, кукуруза, пшеница, низкокачественный рис, различные злаковые культуры), хранящихся в теплой влажной среде;

анаболические стероиды (вещества, ускоряющие образование и обновление частей  клеток,  тканей  и  мышечных структур);

желчнокаменная болезнь (образование камней в желчном пузыре);

паразитарные заболевания –  заболевания, обусловленные попаданием в организм человека паразитов (организмов, живущих за счет других организмов), например, шистосомоз (тропическое паразитарное заболевание, поражающее органы желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы), описторхоз (заболевание, вызванное паразитарным червем, поражающим печень и поджелудочную железу);

возраст старше 40 лет.

**Сопутствующие заболевания:**

цирроз печени любой этиологии (причины);

ожирение;

сахарный диабет (хроническое заболевание, сопровождающееся постоянным повышением уровня глюкозы (сахара) в крови).

**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).

Инструментально-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)).

Биохимический анализ крови (повышение печеночных ферментов (белков, ускоряющих химические реакции в организме) и щелочной фосфатазы (фермента, участвующего в транспорте фосфора в организме)).

Серологическая диагностика — врач исследует взаимодействие антигенов (веществ, которые воспринимаются организмом как чужеродные) с антителами (веществами, вырабатываемыми в организме и выполняющими защитную функцию при наличии антигенов) сыворотки крови. На каждый антиген вырабатываются определенные антитела. Среди серологических маркеров (сложных белков, концентрация которых может повышаться в биологических жидкостях (крови, моче)) онкологических больных выделяют следующие.

Альфа-1 фетопротеин (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) — скриннинговое 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.

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)).

Для исключения метастазирования в другие органы используют несколько видов исследований.

Рентгенография органов грудной клетки.

Компьютерная томография (КТ) головного мозга.

Сцинтиграфия костей.

Возможны также консультации гастроэнтеролога, терапевта.

**Лечение злокачественные опухоли печени**

*Хирургическое.*Хирургическое удаление рака печени остается до настоящего времени единственным достаточно эффективным методом лечения. Объем и характер оперативного вмешательства зависят от многих причин: стадии развития рака, объема поражения печени, наличия метастазов (распространения в другие органы раковых (тип клеток отличается от типа клеток органа, из которого они произошли) клеток), общего состояния больного, его способности без большого риска перенести оперативную травму (травму во время операции) и возможных осложнений. Различают:

хирургическое удаление опухоли;

криохирургическое удаление опухоли – разрушение опухолевой ткани с помощью местного воздействия низких температур.

+*Химиотерапия.*Лечение лекарственными средствами, действие которых направлено на уничтожение опухолевых клеток. При химиотерапии останавливается или замедляется развитие раковых клеток, которые быстро делятся и растут. Также при этом страдают и здоровые клетки. Наиболее эффективной методикой проведения химиотерапии является химиоэмболизация – инфузия (введение) цитостатиков (препаратов, вызывающих гибель раковых клеток (тип отличается от типа клеток органа, из которого они произошли)) непосредственно в печеночную артерию или воротную вену (сосуд, по которому кровь от желудка, селезенки, кишечника и  поджелудочной железы поступает в печень). Эмболизация (закупорка) печеночной артерии лишает только опухоль кровоснабжения из воротной вены, при этом в опухоли создается высокая концентрация химиопрепарата и увеличивается время его воздействия на опухоль.

*Лучевая терапия.*Использование радиационного излучения для лечения опухоли. В основном, используется совместно с химиотерапией или хирургическим лечением.

*Трансплантация печени.* Пересадка печени от донора больному.

**Список литературы:**

[1.ONCOLOGY.ru](http://www.oncology.ru/association/clinical-guidelines/2018/rak_pecheni_pr2018.pdf)

2. [RUSSCO](https://rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2017/recoms2017_23.pdf)