

ГЕПАТОЦЕЛЮЛЯРНА КАРЦИНОМА ЯК НАЙПОШИРЕНІША ФОРМА ПЕРВИННОГО РАКУ ПЕЧІНКИ

Козіна А. С., Чікіткіна В. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
alina.kozina.06@gmail.com

Вступ. Гепатоцелюлярна карцинома (ГЦК) є основною формою первинного раку печінки. У глобальному масштабі ГЦК становить 6% усіх видів раку і 9% усіх випадків смерті від раку. Це шостий за поширеністю вид раку і друга за значимістю причина смерті від раку. На ГЦК припадає близько 75% усіх видів раку печінки, 70-80 % випадків діагностуються на неоперабельній пізній стадії. Найвищі показники захворюваності у світі спостерігаються в Азії та Африці, найбільша кількість випадків зафіксована в Китаї, що зумовлено як підвищеним показником (18,3 на 100 000 тис. населення), так і найбільшою чисельністю населення у світі.

ГЦК має високу смертність і широко поширена у країнах з високим рівнем захворюваності на хронічні вірусні гепатити та цироз. Важливим аспектом дослідження цього виду раку є його патогістологічні особливості, які відображають зміни на клітинному та тканинному рівнях, що є основою діагностики та вибору оптимального методу лікування.

Мета. Розглянути гепатоцелюлярну карциному як основну форму первинного раку печінки, висвітливши її значення в загальній структурі онкологічних захворювань. Проаналізувати основні фактори ризику та причини виникнення пухлини.

Матеріали та методи. В дослідженні були використанні наукові статті, огляди та дослідження в галузі онкології, гастроентерології та гепатології.

Результати та їх обговорення. Гепатоцелюлярна карцинома розвивається внаслідок накопичення генетичних мутацій у гепатоцитах, які призводять до порушення клітинного циклу і регуляторних механізмів, що контролюють ріст клітин. Основними передумовами для виникнення мутацій є вірус гепатиту В, вірус гепатиту С, неалкогольна жирова хвороба печінки, цироз, пов'язаний з алкоголем, тютюнопаління, ожиріння, діабет, перевантаження залізом, особливості харчування.

Оскільки, гепатоцелюлярний рак є одним із найпоширенішим в сучасному світі, важливо правильно та швидко діагностувати його. Для цього використовують новітні лабораторні технології. Для діагностики та прогнозування агресивності ГЦК проводять аналіз на виявлення імуногістологічного онкомаркери α-фетопротейну – його високий рівень має значення для діагностики природи вогнищевих уражень у печінці, під час лікування та для моніторингу ефективності терапії. Діагностика ГЦК включає інші додаткові методи дослідження, такі як ультразвукове дослідження, комп'ютерна томографія і магнітно-резонансна томографія. Остаточне підтвердження діагнозу ГЦК визначається за допомогою патогістологічного аналізу після біопсії печінки.

ГЦК може бути дрібновогнищевою, солітарною/великою і мультифокальною/дифузною; із сателітними вузликами і залученням великих вен. Класична ГЦК зазвичай класифікується як добре, помірно або погано диференційовані ураження. Гістологічні зразки включають трабекулярно-синусоїдальний, псевдоацинарний і солідний типи; часто трапляються комбінації. Мікроскопічно ГЦК представлена клітинами, що нагадують гепатоцити. Колір пухлини може змінюватися від сірувато білого до зеленувато-коричневого, консистенція – м'яка. Щільна консистенція свідчить про наявність грубої колагенової стромы. До патогістологічних ознак відноситься, по-перше, клітинна архітектура, яка порушується при гепатоцелюлярному раку. Клітини пухлини часто формують структури, схожі на трабекули, гнізда або тубули, які значно відрізняються від звичайних гепатоцитів. Присутні атипівні зміни клітин, включаючи збільшення розмірів ядер, гіперхроматоз, аномалії хроматину та поліморфізм. Ці зміни свідчать про високу проліферативну активність пухлини.

На основі патоморфологічного дослідження ГЦК поділяють на чотири основні гістологічні підтипи росту – трабекулярна (70%), солідна (20%), псевдозалозиста (10%) і макротрабекулярна (1%), з яких макротрабекулярний тип, як нещодавно було показано, має значну клінічну значущість.

Найважливішими гістопрогностичними ознаками ГЦК є ступінь клітинного диференціювання, стадія метастазування патологічного пухлинного вузла та інвазія судин. Також ГЦК слід диференціювати від вроджених та паразитарних кіст, абсцесів, запальних псевдопухлин, цирозу печінки, доброякісної аденоми, гемангіоми, внутрішньопечінкової холангіокарциноми.

Гепатоцелюлярна карцинома зазвичай супроводжується неоваскуляризацією, яка забезпечує постачання поживних речовин для швидко зростаючої пухлини. Це може спричинити розвиток некрозу у центральних частинах пухлини. Часто спостерігається лімфоцитарна інфільтрація, яка є відповіддю імунної системи на наявність злоякісних клітин. Однак ця реакція зазвичай є недостатньою для зупинки росту пухлини.

Прогноз при ГЦК несприятливий. Лише 5-15 % пацієнтів підходять для хірургічного видалення, яке виконується тільки у пацієнтів на ранній стадії та через знижену регенеративну здатність печінки, як правило, без цирозу; правобічна гепатектомія має вищий ризик післяопераційних ускладнень у порівнянні з лівобічною гепатектомією. 5-річна відносна виживаність становить 18,4%. В Україні цей показник не перевищує 15%.

Висновки. Гепатоцелюлярна карцинома є злоякісним захворюванням печінки з високою частотою виникнення. Вчасна діагностика та специфічне лікування, яке передбачає, насамперед, хірургічне лікування, дає пацієнтам шанс на продовження життя. Діагностика гепатоцелюлярної карциноми ґрунтується на визначенні рівня альфа-фетопротейну у сироватці крові, УЗД, КТ, МРТ, гістологічного дослідження біоптату печінки.

Ключові слова: гепатоцелюлярна карцинома, діагностика, α -фетопротейн, патогістологія.