

Онкология

Карцином на бъбрека

Определение: Бъбречният карцином произхожда от епителните клетки на бъбречните каналчета. Среща се най-често между 45 и 65 годишна възраст. За рискови фактори се считат: тютюнопушенето; химични вещества (ароматни амини, тежки метали- кадмий, олово); прием на аналгетици, съдържащи фенацетин; вируси (херпес симплекс вируси), хормони.

Диагноза: Поставя се въз основа на данните от клиничната картина и инструменталните изследвания.

Лечение: Оперативно лечение. Извършва се радикална операция с премахване на бъбрека (нефректомия), надбъбрека и регионалните лимфни възли. Като допълнително лечение се прилагат: имунотерапия, таргетна терапия.

Рак на гърдата

Ракът на гърдата не е еднородно заболяване, а е съвкупност от много и различни видове. Това показват последните научни открития. Дори когато туморите са външно еднакви, те притежават собствени характеристики заради различния си генетичен код.

Ракът се означава като метастатичен, когато засяга не само гърдата (понякога и/или лимфните възли в близост до гърдата). В този случай могат да бъдат засегнати кости, бял дроб, черен дроб, мозък и други. Огнищата на рака извън гърдата се наричат метастази (т.нар. IV-ти стадий).

При диагностициране на рак в гърдата се провежда биопсия (вземане на тъкан) и изследване в лаборатория. При развитие на метастази след начално лечение за рак на гърдата се налага отново биопсия от метастатичните огнища

Лечението се съобразява индивидуално с вида рак и с конкретния пациент. При поставена диагноза „рак на гърдата“ пациентът трябва задължително да се информира от своя лекар за вида на тумора и за най-подходящото лечение за случая. Открит навреме, диагностициран точно и правилно лекуван, ракът на гърдата има добра прогноза. Метастатичният рак на гърдата се лекува различно от ранния рак на гърдата.

Саркоми на меките тъкани

Сарком е раково заболяване, причинено от ракова трансформация на клетки от съединителната тъкан. Съединителна тъкан е общ термин, включващ мастна тъкан, костни, хрущялни, мускулни или хемопоезни тъкани, и саркоми могат да се появят във всяка една от тези тъкани. Има много подвидове сарком, главните от които са костни, ставни и хрущялни, от една страна, и саркоми на меките тъкани, от друга. Повечето саркоми на меките тъкани се развиват от случайни генетични мутации в засегнатите клетки на пациента. Има определени рискови фактори, свързани с повишение на риска от развитие на сарком - излагането на йонизираща радиация, на винилхлорид (като изпаренията при производство на полиетиленвинилхлорид), арсен и торотраст, лимфедема. Някои наследствени генетични синдроми също са свързани с повишен риск, като синдрома на Ли-

Фраумени, фамилна аденоматозна полипоза, неврофиброматоза тип 1 и наследствените генетични мутации на РБ1 гена.

Лечението е оперативно в ранните стадии и системно (химиотерапия като начало, таргетна и имунна терапия впоследствие) при развитие на метастази.

Акромегалия

Болезно повишената секреция на растежен хормон след пубертета води до развитието на акромегалия. Болните са с приключил вече растеж, поради което настъпва неравномерно уголемяване на ръцете и стъпалата и загрубяване чертите на лицето. Засяга се предимно възрастта между 30-60 години. При по-голям процент от случаите причината за развитието на акромегалия е аденом /доброкачествен тумор/ на хипофизата, водещ до трайно повишено и продължително неконтролируемо освобождаване на растежен хормон. Най-честият симптом е уголемяването на крайниците, преди всичко на ширина. Това налага постепенното сменяне на номера на обувките, пръстените, размера на ръкавиците. Пръстите на ръцете и стъпалата стават дебели и равномерно широки, кожата върху тях е плътна и опъната. Груби и масивни са всички стави на крайниците. Следващият по честота симптом е промяната във външния вид и особено чертите на лицето. Особено подчертани са промените в лицевия череп- горната и долната челюсти нарастват, оформя се братна захалка. Разреждат се зъбите. Силно изпъкват скулите и надочните дъги.

Невроендокринни тумори (НЕТ)

Невроендокринните тумори исторически се причисляват към карциноидните тумори. НЕТ могат да възникнат в различни области на човешкото тяло като ректума, белите дробове, панкреаса, дебелото черво и черния дроб, но най-често се откриват в стомашно-чревния (СЧ) тракт. Тези видове тумори са много трудни за откриване и понякога лекарят в действителност открива напреднал НЕТ случайно, по време на рутинна апендектомия (отстраняване на апендицита) или ендоскопия на СЧ тракт. Напредналите НЕТ се делят на активни и неактивни. Това означава, че понякога напреднал НЕТ може да отделя хормони в организма, които причиняват симптоми. Ако напредналите НЕТ са неактивни, може да не предизвикват никакви симптоми, което ги прави още по-трудни за диагностициране.

Метастатична костна болест

Когато в тялото се появи рак, мястото, на което се появява първоначално, се нарича първичен тумор. Злокачественият тумор (или раковото образуване) съдържа милиони ракови клетки. Някои от тези клетки могат да се откъснат от първичния тумор и да бъдат пренесени с кръвотока до друга част на организма, в този случай – в костите. Раковите клетки се разполагат в костта и може да образуват нов тумор, който се приема за вторичен рак и се нарича костна метастаза (метастатична костна болест). При метастатичната костна болест са налице висок риск от фрактури, възможна е компресия на гръбнака, хиперкалциемия (високи концентрации на калций в кръвта) както и костна болка на мястото на костната метастаза, което често налага лъчетерапия за облекчаване на болката или за намаляване на риска от фрактури. Тези усложнения на метастатичната костна болест са известни като „скелетно- свързани събития”. Целта при лечение на хора с метастатична костна болест е да се облекчи болката, да се предотвратят фрактурите, да се подобри подвижността и да се осигури по-добро качество на живот.

Гастро интестинални стромални тумори (ГИСТ)

Гастроинтестиналните стромални тумори са редки съединително-тъканни злокачествени

новообразувания. Най-често произлизат от стомаха и тънките черва и при половината от случаите към момента на откриването им се наблюдават метастази. Въпреки напредъка на хирургичната наука, преди въвеждането на съвременната прицелна терапия прогнозата на заболяването е била много песимистична, терапевтичните възможности са били ограничени, а отговорът към лечението с методите на химиотерапията - под 10%. Благодарение на новите терапевтични възможности преживяемостта и прогнозата на пациентите с ГИСТ значимо се подобриха.

Кожен меланом

Кожният меланом е тумор, водещ началото си от злокачествено израждане на пигментните клетки - меланоцити, които придават цвета на кожата. Хората със светла кожа, с руси и червеникави коси и/или един или повече кръвни роднини с доказан меланом са рискови за развитие на този вид рак на кожата. Също така и онези, при които са налице бенки на нивото на кожата с неравномерно очертание и оцветяване, като промяната на размера и цвета обикновено е първи признак на израждане. Напредъкът в дешифрирането на генната карта на заболяването откри нови терапевтични стратегии, които доведоха до персонализиране на лечението с така наречената „таргетна (или прицелна) терапия“, в зависимост от конкретни генни промени при отделния пациент.

Трансфузионна хемосидероза

Едно от най-честите усложнения при заболяванията таласемия майор, миело-диспластични синдроми, сърповидно-клетъчна и други редки хронични анемии е трансфузионната хемосидероза.

Трансфузионната хемосидероза е състояние на вторично желязوناتоварване в организма в резултат от хронични кръвопреливания. Въпреки животоспасяващия ефект на хроничните кръвопреливания при изброените по-горе заболявания, неизбежно в организма на пациентите се натрупва желязо, чиято токсична концентрация уврежда черния дроб, сърцето и ендокринната система. Нормално човешкият организъм няма механизъм за отделяне на свръхнорменото желязо, затова се налага прилагането на желязоотнемаща (хелатираща) терапия. Благодарение въвеждането на редовните кръвопреливания и желязоотнемащата терапия, качеството и продължителността на живот на пациентите с таласемия майор, миело-диспластични синдроми, сърповидно-клетъчна и други редки хронични анемии значително се е подобрила.

Имунна тромбоцитопения (ИТП)

Имунната тромбоцитопения е рядко, но потенциално много сериозно заболяване на кръвта, при което има увеличен риск от кървене поради нисък брой на тромбоцитите. В резултат пациентите страдат от синини, кървене и в редки случаи сериозни кръвоизливи, които могат да бъдат фатални.

Заболяването протича като остро и хронично, като хроничната му обусловеност е по-честа при възрастните персистираща повече от 6 месеца.

ИТП е автоимунно заболяване характеризиращо се с продукцията на антитела насочени срещу специфични повърхностни молекули върху тромбоцитите.

Целта на лечението на ИТП е да се поддържа безопасен брой на тромбоцитите, което намалява риска от кървене.

Съвременните терапевтични възможности подобряват състоянието на пациентите значително, подобрявайки качеството им на живот и риска от кървене.

Миелофиброза

миелофиброзата е рядък тип рак на кръвта, позната като миелопролиферативна неоплазия, засягаща нормалната продукция и функция на костния мозък. Характеризира се с разрастване на фиброзна и остеоидна тъкан в костния мозък и наличие на промени в периферната кръв, водещи до редица усложнения и тежка симптоматика като увеличен далак, тежест и болки в костите, синини по кожата, кръвоизливи, честа умора и нощни изпотявания. Тези симптоми силно понижават качеството на живот на пациентите.

МФ е животозастрашаващо заболяване, особено при пациенти в напреднала фаза и с висок риск, изискващо навременно лечение. Целта на лечението на МФ е да се облекчи симптоматиката, намаляване размера на далака и удължаване на общата преживяемост.

С откриването и въвеждането на новите терапевтични възможности качеството на живот, общата преживяемост и прогноза значително се подобриха.

Хронична миелогенна левкемия (ХМЛ)

Хроничната миелогенна левкемия е злокачествено заболяване на кръвта, което се характеризира с неконтролирано и ексцесивно размножаване на мутирани кръвни клетки. Заболяването се характеризира със следните субективни оплаквания: отпадналост, безапетитие, редукция на телото, тежест в корема, нощни изпотявания. Обективно се наблюдава уголемяване на слезката и черния дроб. Лабораторните изследвания показват увеличен брой бели кръвни клетки и тромбоцити. Благодарение на съвременните терапевтични възможности, открити през последното десетилетие, преживяемостта на пациентите с ХМЛ значително се подобрява и в продължение на години заболяването се определя като хронично контролирано.

Остра миелоидна левкемия (ОМЛ)

Остра миелоидна левкемия е злокачествено заболяване на кръвта, характеризиращо се с бърз и неконтролируем растеж на абнормални/незрели клетки.

Симптомите могат да включват умора, задъхване, лесно посиняване и кървене, увеличен риск от инфекции.

Поради острия и бърз характер на заболяването, ОМЛ прогресира бързо и много често е с фатален изход в рамките на седмици или месеци, ако не се лекува.

Като рискови фактори се определят тютюнопишенето, предишна химиотерапия или лъчетерапия, миелодиспластичен синдром и излагането на различни химикали. Патогенезата на заболяването все още не е напълно изяснена, но механизмът на възникване включва замаяната на нормално функциониращ костен мозък с левкемични клетки, което води до намалени нива на червените кръвни клетки и тромбоцити.

ОМЛ има няколко подтипа, за които терапиите и изхода от лечението варират.

През последните няколко години с напредването на молекулярно-генетичните изследвания и откритията в биологията на това заболяване, бяха постигнати няколко пробива с лечението на пациентите с основната цел постигане на пълна и трайна ремисия, както и удължаване на общата преживяемост.

Source URL: <https://www.novartis.com/bg-bg/patients-and-caregivers/diseases/oncology>

- <https://www.novartis.com/bg-bg/bg-bg/patients-and-caregivers/diseases/oncology>