

Մանուկների շրջանում հեպատոբլաստոմաների վարման գործելակարգ

Ընդհանուր դրույթներ

Հեպատոբլաստոմաները մանական հասակին բնորոշ եզակի հանդիպող լյարդի ուռուցքներն են , դրանց հետ առնչվող հաճախակի հանդիպող խանգարումներն ու դրանց կլինիկան ախտանիշները հետոյալ են՝ **Գլիկոգենի պահեստավորման հիվանդություն I-IV** – ախտանիշները տարբերվում են ըստ անհատական խանգարումների, Simpson-Golabi Behmel-ի համախտանիշ - մակրոգլոսիա, մակրոսոմիա, երիկամային և կմախքային տճևություններ և Վիլմսի ուռուցքի զարգացման վտանգ, **Տրիսոմիա 18, այլ տրիսոմիաներ**– տրիսոմիա 18 միկրոցեֆալիա և միկրոգնատիա, համընկնող /կրկնվող/ մատներով սեղմված բռունցքի աճի ձախողմամբ: Շատ հիվանդներ այս համախտանիշով՝90% ել ավելին մահանում են կյանքի առաջին ամսում, Aicardi **համախտանիշը** - համարվում է X- կապված պայման, որը հայտնաբերվում է բացառապես իգական սեռի մոտ, կրելով այն հիպոթեզը, որի համաձայն X քրոմոսոմների աղճատված գենը առաջացնում է մահաբերություն արական սեռի մոտ: Այս համախտանիշը դասականորեն սահմանվում է, որպես բրտամարմնի ագենեզիզ, քորիոռետինալ լակունաներ և մանկական ջղաձգություններին բնորոշ վիճակներ: Լրացուցիչ ուղեղի, աչքի և կող-ողային արատները հաճախ հանդիպում են, Beckwith-Wiedemann **համախտանիշ**- այս համախտանիշով նորածինների և երեխաների մոտ հեպատոբլաստոմայի դեպքերը աճել են 1,000-10,000 անգամ: Հեպատոբլաստոման նաև հանդիպում է հեմիիպերտրոֆիայում, ներկայումս անվանված հեմիիպերպլազիա, որն առաջանում է մարմնի աջ և ձախ կողերի միջև ձևավորված ասիմետրիայի արդյունքում, երբ մարմնի մասը աճում է նորմալից ավելի արագ: Այս համախտանիշը ամենաշատը սովորաբար առաջանում է էպիգենետիկ փոփոխություններից և եզակի է: Համախտանիշը նաև կարող է առաջանալ գենետիկ մուտացիաներից և կարող է լինել ընտանեկան, 2 մեխանիզմներն էլ կարող են կապված լինել սաղմնային ուռուցքների դեպքերի հետ՝ ներառյալ Վիլմսի ուռուցքը և հեպատոբլաստոման, **Ընտանեկան ադենոմային պոլիպոզ** Հեպատոբլաստոմայի և ընտանեկան ադենոմային պոլիպոզի միջև կա ակնհայտ

կապ՝ ընտանիքներում երեխաների մոտ, որոնք կրում են APC գենը 800 անգամ հեպատոբլաստոմայի աճող վտանգ է գրանցվում: Այնուամենայնիվ, նշվում է, որ հեպատոբլաստոման հանդիպում է FAP –ով ընտանիքի անդամների 1%-ից պակասի մոտ, ուստի FAP-ով ընտանիքների անդամների հեպատոբլաստոմայի սկրինինգը ուլտրաձայնային և AFP աստիճանների կիրառմամբ վիճահարույց է: Հեպատոբլաստոմաների հիմնական բուժական մոտեցումը վիրաբուժական է , հետագա հաջորդող քիմիաթերապիայով: Հեպատոբլաստոմայի բուժումը, որը կարող է լինել վիրահատական ախտորոշվելիս, կախված է ուռուցքի հյուսվածաբանական տարբերակից : Հեպատոբլաստոմաների բուժման տարբերակներ, որոնք վիրահատելի են ախտորոշման ժամանակ: Մոտավորապես 20% - ից 30% երեխաների մոտ հեպատոբլաստոման վիրահատելի է հիվանդության ախտորոշման ժամանակ: Լյարդի փոխպատվաստումը, որպես բուժման մեթոդ պետք է քննարկվի այն հիվանդների համար, ովքեր ունեն հիվանդության ռեցիդիվ լյարդում , որը ենթակա չէ մասնահատման ինչպես նաև չկան հիվանդության հեռակա մետաստազների մասին տվյալներ՝ լիարժեք հետազոտումից հետո: ՀՀ Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոնի հենքի վրա գործող Վիճակագրական ծառայության տվյալներով 2010-2015 թթ.հանրապետությունում արձանագրվել է հեպատոբլաստոմայի 2 դեպք :

Գործելակարգի մշակման աշխատանքային խմբի անդամների անվանացուցակ

1. **Գրիգոր Բադալյան՝** ՀՀ ԱՆ գլխավոր մանկական ուռուցքաբան, Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոնի (ՈւԱԿ) Մանկական ուռուցքաբանության և քիմիաթերապիայի բաժանմունքի ղեկավար
Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0025, Աբովյան 58 (+374) 060621411
2. Արաքսյա Հովհանիսյան՝ Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոնի (ՈւԱԿ) Մանկական ուռուցքաբանության և քիմիաթերապիայի բաժանմունքի բժիշկ քիմիաթերապևտ
Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0056, Ֆանարջյան 76 (+374)010 287082

3. Դիանա Ասլանյան՝ Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոնի (ՈւԱԿ) Մանկական ուռուցքաբանության և քիմիաթերապիայի բաժանմունքի բժիշկ քիմիաթերապևտ
Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0056, Ֆանարջյան 76 (+374)010 287082

4. Անահիտ Բաղդասարյան՝ Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոնի (ՈւԱԿ) Մանկական ուռուցքաբանության և քիմիաթերապիայի բաժանմունք, բժիշկ քիմիաթերապևտ
Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0056, Ֆանարջյան 76 (+374)010 287082

5. Գևորգ Թամամյան՝ Մուրացան ԲԿ, քիմիաթերապիայի բաժանմունք, մանկական ուռուցքաբան, հեմատոլոգ
Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0075, Մուրացան 114 (+374)060 621536

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

Պատասխանատու կարգավորողը և աշխատանքային խմբի անդամները հայտարարում են իրենց շահերի բախման բացակայության մասին: Սույն փաստաթղթի մշակման աշխատանքները ֆինանսավորվել են ՀՀ ԱՆ կողմից: Ֆինանսավորող կառույցը չի ունեցել և ոչ մի ազդեցություն սույն ուղեցույցի մշակման որևէ փուլի վրա:

Գործելակարգի մշակման հենքը

Սույն գործելակարգը մշակվել է Հայաստանի Հանրապետության Առողջապահության նախարարության Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոնի Մանկական ուռուցքաբանության և պալիատիվ քիմիաթերապիայի բաժանմունքի բժիշկների կողմից որպես սկզբանաղբյուր օգտագործվել են՝ NCI USA –<http://www.cancer.gov>,

Germany-[http:// www.kinderkrebesregister.de](http://www.kinderkrebesregister.de), Europe – [http:// www. iarc.fr](http://www.iarc.fr), [http:// www.eurocare.it](http://www.eurocare.it) :

Աղույսակ 1.

Հեպատոբլաստոմայով մանական հասակի պացիենտի մոդել

Մոդելի պարտադիր բաղադրիչ	Բաղադրիչի նկարագրությունը
Նոզոլոգիական ձևը	Հեպատոբլաստոմա
Տարիքային կարգավիճակ	0-18 տարեկան
Հիվանդության փուլը	I-IV
Բարդությունները	Բացառությամբ պալիատիվ խնամքի ենթակա հիվանդները
Կոդը ըստ ՀՄԴ -10	C 22.2
Բուժօգնության ցուցաբերման պայմանները	Հիվանդանոցային

Հապավումներ

OS` (overall survival) ընդհանուր ապրելիություն

EFS` (event-free survival) առանց կրկնողության ապրելիություն

CCG` (Children's Cancer Group)՝ մանկական քաղցկեղի խումբ

POG` (Pediatric Oncology Group)՝ մանկական ուռուցքաբանության խումբ

HD` (high-dose)՝ բարձր դեղաչափ

ԱԼՏ՝ Ալանին ամինոտրանսֆերազա

ԱՍՏ՝ Ասպարտատանիմոտրանսֆերազա

ԼԴՀ՝ լակտատդեհիդրոգենազա

PDO` (Physician Data Query)՝ բժկակական տվյալների հարցում.

ՄՌՇ՝ Մագնիսառեզոնոսային շերտագրում

ՀՇ՝ Համակարգչային շերտագրում

AFP (alpha-fetoprotein)՝Մարդու սաղմնային սպիտակուց

Beta-hCG՝ Խորիոնային գոնադոտրոպին

GPOH ((Society for Paediatric Oncology and Haematology)՝ Մանկական ուռուցքաբանների և հեմատոլոգների խումբ

JPLT (Japanese Study Group for Pediatric Liver Tumor)՝ Լյարդի ուռուցքների հետազոտման ճապոնական խումբ

NR (not reported)՝ Չեկուցված չէ

PRETEXT (PRE-Treatment EXTent of disease)՝ ՀՆԲՏ

SIOPEL (International Childhood Liver Tumors Strategy Group)՝ Մանուկների լյարդի ուռուցքների կանոնակարգող միջազգային խումբ

SR (stan

1. Ախտորոշում, փուլավորում, բուժական տակտիկայի պլանավորում

1.1 Այս ուռուցքի ախտորոշման, բուժման և խնամքի համար անհրաժեշտ է մուլտիդիսցիպլինար թիմի փոխհամաձայնեցված աշխատանք, որը ներառում է հետևյալ մասնագետներին

- Ճառագայթաբան ուռուցքաբաններ
- Նեղ մասնագետ վիրաբույժ- ուռուցքաբաններ
- Մանկական ուռուցքաբան-արյունաբաններ
- Մանկական –ուռուցքաբաններ
- Ախտաբաններ
- Վերականգնողաբաններ
- Մանկական բուժքույրեր
- Հոգեբաններ և սոցիալական աշխատողներ:

- Գործիքային -լաբորատոր ախտորոշիչ օղակի բժիշկներ

1.2 Ուռուցքի բիոպսիան միշտ մատնանշվում է երաշխավորելու լյարդի ուռուցքի ախտորոշումը, բացի հետևյալ հանգամանքներից՝լյարդի մանկական հեմանգիոէնդոթելիոմայով, որը կարող է ախտորոշվել պլանային հետազոտությունների ընթացքում/ սկրինինգ/ :Մանկական հեպատոխորիոկարցինոմայով, որը կարող է ախտորոշվել պատկերմամբ և նշանակալիորեն բարձր մարդու- բետա խորիոնիկ գոնադոտրոպինով/ hCG/:

1.3 AFP և hCG ուռուցքի մարկերները շատ օգտակար են ախտորոշումների և լյարդի ուռուցքների հաղթահարման համար: Չնայած AFP-ն բարձր է հեպատիկ չարորակությամբ շատ երեխաների մոտ, այն պաթոգնոմոնիկ չէ լյարդի չարորակ ուռուցքի համար: AFP-ի մակարդակը կարող է բարձրանալ կամ բարորակ ուռուցքով կամ չարորակ ուռուցքով հիվանդների մոտ: AFP-ն շատ բարձր է նորածինների մոտ և կայունապես իջնում է ծննդից հետո: AFP-ի կիսադուրսբերման պարբերությունը 5-7 օր է և մինչև 1 տարեկանը այն պետք է լինի ավելի քիչ քան 10 ng/ml:

1.4 RETEXT-ի կիրառման համեմատությունը Հեպատոբլաստոմաների ժամանակ ըստ Ռիսկի խմբերի բաշխման

	COG (AHEP-0731)	SIOPEL (SIOPEL-3, 3HR, 4, 6)	GPOH	JPLT (JPLT 2 կամ 3)
Շատ ցածր ռիսկ	ՀՆԲՏ I կամ II , սաղմնային հյուսավաճաբանական տարբերակ,ուռուցքի առաջնային ռեզեկցիա հենց ախտորոշման պահին			

Ցածր, ստանդարտ ռիսկ	ՀՆԲՏ I կամ II , ցանկացած հյուսվածաբանական տարբերակ, ուռուցքի առաջնային ռեզեկցիա հենց ախտորոշման պահին	ՀՆԲՏ I, II, or III	ՀՆԲՏ I, II, or III	ՀՆԲՏ I, II, or III
Միջին ռիսկ	ՀՆԲՏ II, III, or IV ախտորոշման պահին ռեզեկցիայի ենթակա չէ or V+c, P+, E+; ՄԲԶԴ հյուսվածաբանական տարբերակ			ՀՆԲՏ IV կամ ցանկացած ՆԲՀՏ պատուվածքով կամ N1, P2, P2a, V3, V3a; կամ բազմա-օջախային ախտահարում
Բարձր ռիսկ	Ցանկացած ՀՆԲՏ M+; ԱՖՊ (AFP) մակարդակը <100 նգ/մլ	Ցանկացած ՀՆԲՏ V+, P+, E+, M+; ՄԲԶԴ հյուսվածաբանական տարբերակ, ԱՖՊ (AFP) մակարդակը <100 նգ/մլ, ուռուցքի պատուվածք	Ցանկացած ՀՆԲՏ V+, P+, E+, M+ կամ բազմա-օջախային ախտահարում	Ցանկացած ՀՆԲՏ M1 կամ N2, կամ ԱՖՊ (AFP) մակարդակը <100 նգ/մլ

1.5 Հեպատորբլաստոմայի բուժման տարբերակներ, որը վիրահատելի չեն կամ վիրահատված չեն ախտորոշման ժամանակ

Ներկայացվելիս առկա է ուռուցքի պատռվածք, որի արդյունքում առաջացել է խոշոր արյունահոսություն, որը կարող է վերահսկվել տրանսկաթետերային զարկերակային էմբոլիզացիայով կամ մասնակի մասնահատումով կայունացնելով հիվանդին վիճակը, չի բացառում բարենպաստ արդյունք, երբ հաջորդում է քիմիաթերապիա և ռադիկալ վիրահատություն:

1.6 Հեպատորբլաստոմայի բուժման տարբերակներ, որոնք վիրահատելի չեն կամ վիրահատված չեն ախտորոշման ժամանակ նեոարում է հետևյալը՝

- Քիմիաթերապիա հաջորդող կրկնակի վիրահատական մասնահատումով և ամբողջական վիրահատական մասնահատումով :
- Քիմիաթերապիա հաջորդող կրկնակի վիրահատական մասնահատումով և լյարդի օրթոտոպիկ փոխպատվաստմամբ:
- Տրանսարտերիալ քիմիաէմբոլիզացիա՝ կարող է կիրառվել ռեզեկտաբելությունը բարելավելու նպատակով, վերջնական վիրաբուժական մոտեցումներից առաջ:

1.7 Վերջին տարիներին, հեպատորբլաստոմայով գրեթե բոլոր երեխաները բուժվել են քիմիաթերապիայով, և Եվրոպական կենտրոններում, երեխաները ռեզեկտաբել հեպատորբլաստոմայով ստացել են նախավիրահատական քիմիաթերապիա, որը կարող է նվազեցնել վիրաբուժական բարդությունների մակարդակը մասնահատման ժամանակ: Նախավիրահատական քիմիաթերապիան արդեն ցույց է տվել օգուտ հեպատորբլաստոմայով հիվանդ երեխաների մոտ: Ի հակադրություն, Ամերիկյան միջխմբային ուսումնասիրությանը, որտեղ հեպատորբլաստոմայով երեխաների բուժման համար խրախուսվում է մասնահատումը ախտորոշման պահին, բոլոր ուռուցքների դեպքում, որոնք ենթակա են մասնահատման առանց անհարկի ռիսկի:

1.8 Ուսումնասիրությունը (COG-P9645) երեխաներին ուռուցքներ I փուլում մաքուր պտղի հյուսվածաբանական չեն բուժում նախավիրահատական կամ հետվիրահատական քիմիաթերապիայով, եթե հիվանդության պրոգրեսիա նրանց մոտ չի զարգացել: Այս ուսումնասիրությունում , առավել PRETEXT III և բոլոր PRETEXT IV ուռուցքները բուժվել են քիմիաթերապիայով վիրահատությունից կամ փոխպատվաստումից առաջ: Հիվանդները, որոնց ուռուցքները մնում են ոչռեզեկտաբել պետք է քննարկել լյարդի փոխպատվաստման հարցը: Անռեզեկտաբիլության հատկանիշների առկայության դեպքում, վաղ համակարգումը լյարդի փոխպատվաստում մանկաբուժական ծառայության հետ կարևոր է:

1.9 Մետաստատիկ հեպատոբլաստոմայի բուժման հիմնական տարբերակը քիմիաթերապիան է, որին հաջորդում է վիրահատական մասնատման հնարավորության վերազնահատումը

- Եթե առաջնային ուռուցք և էքստրահեպատիկ հիվանդությունը մասհանատելի է քիմիաթերապիայից հետո, կատարվում է վիրաբուժական մասնահատում, որին հաջորդում է լրացուցիչ քիմիաթերապիա:
- Եթե էքստրահեպատիկ հիվանդությունը ամբողջական ռեմիսիայի մեջ է քիմիաթերապիայից և / կամ վիրահատությունից հետո, սակայն առաջնային ուռուցքը մնում ոչ մասնահատելի, ապա կատարվում է լյարդի օրթոտոպիկ փոխպատվաստում:
- Եթե էքստրահեպատիկ հիվանդությունը մասնահատելի չէ կամ հիվանդը փոխպատվաստման թեկնածու չէ, ապա կատարվում է լրացուցիչ քիմիաթերապիա, տրանսսարտերիալ քիմիաէմբոլիզացիա կամ ճառագայթային թերապիայա.

1.10 Կրկնվող կամ առաջադիմող հեպատոբլաստոմայով հիվանդների կանխագուշակումը կախված է մի շարք գործոններից՝ կրկնողության հատվածը, նախորդ բուժումը, պացիենտի անհատական նկատառումները: Բուժման

տարբերակները հիվանդության առաջընթացի կամ հեպատոբլաստոմայի ռեցիդիվի ժամանակ ներառում են հետևյալը՝

- Վիրաբուժական մասնահատում: Հիվանդները, որոնց մոտ հեպատաբլաստոման արողջությամբ հեռացված է սկզբնական ախտորոշման ժամանակ, ագրեսիվ վիրաբուժական բուժումը առանձին թոքային մետաստազի, որ զարգանում է հիվանդության ընթացքում, ընդլայնված հիվանդության ազատ գոյատևումը կարող է հնարավոր լինել
- Եթե հնարավոր է, մեկուսացված մետաստազի ամբողջությամբ ռեզեկցիան, այն հիվանդների մոտ, որոնց առաջնային ուռուցքը վերահսկվում է: Հիվանդների հետահայաց ուսումնասիրությունը SIOPEL 1, 2 և 3 ուսումնասիրությամբ ցույց է տվել կրկնողության 12% դեպք ամբողջական ռեմիսիայից հետո պատկերների մշակման մեթոդներ և AFP-ի տվյալներով: Արդյունքը կրկնությունից հետո լավագույն էր այն դեպքում, եթե ուռուցքը պատասխանատու էր վիրահատության: Հիվանդների, ովքեր ենթարկվել են քիմիաթերապիայի և վիրահատության, 3-ամյա EFS էր 34%, իսկ ըԱ 43%
- Կլինիկական փորձարկման բուժում է, պետք է քննարկել, եթե հիվանդության բոլոր մետաստազները վիրահատական հեռացնել հնարավոր չէ: Փուլ I եւ II փուլ կլինիկական փորձարկումներ կարող է տեղին լինել, և պետք է քննարկվեն:
- Քիմիաթերապիա: Ապրելիության վերլուծությունները հիվանդության կրկնության ժամանակ ցույց է տվել, որ որոշ հիվանդների որոնք բուժվել են Ցիսպլատին/ Վինկրիստին/ Ֆտորուրացիլ սխեմայով կարող է ստանալ սալվաժ թերապիա Դոքսոռոբիցին պարունակող սխեմայով, սակայն հիվանդները որոնք ստացել են բուժում դոքսոռոբիցին / ցիսպլատինով չեն կարող սալվաժ թերապիա ստանալ վինկրիստին / ֆտորուրացիլ պարունակող սխեմայով :

2. Բուժումը

Դեղորայքային բուժումը բաղկացած է հիմնական՝ քիմիաթերապիայից և ուղեկցող թերապիայից:

2.1 Քիմիաթերապիա

Հեպատոռբլաստոմաների ժամանակ քիմիաթերապիայի շրջանակներում կիրառվում են հիմնականում հետևյալ քիմիապրեպարատները՝ դոքսոռուբիցին, կարբոպլատին, էտոպոզիդ , վինկրիստին , իֆոսֆամիդ, պիրարուբիցին, ֆտորուրացիլ տարբեր համակցումներով: Ստորև ներկայացվում են համապատասխան սխեմաները.

2.1.1 Մանկական ուռուցքաբանական միջազգային կազմակերպության -

SIOPEL _3/3HR ուսումնասիրությունները: Ստանդարտ ռիսկի հիվանդների համար

Ուռուցքը, որը տարածվել է, ոչ ավելի քան լյարդի երեք բաժնի վրա, ամբողջովին սահմանափակելով լյարդը, ոչ մի արտալյարդային ախտանիշի ապացույց չկա: ՀԲ-ի ախտորոշումից հետո, 7 օրվա ընթացքում հիվանդը սկզբնականում ընդունում է Ցիսպլատին 80մգ /մ², որպես շարունակական ներարկում 24 ժամվա համար, մինչ ակնհայտ ռիսկի փոխանցումով:

Ցիսպլատին	80մգ/մ²	ն/ե	24 ժ ինֆ	օր 1*
------------------	---------------------------	------------	-----------------	--------------

*Կրկնելով ամեն երկու շաբաթը 4 կուրս, ներառյալ առաջին կուրսը, հետևելով ամբողջական վիրաբուժական վիրահատման ուռուցքի դեպքում համարվում է մասնակի վիրահատական: Հիվանդները ամբողջական վիրահատման դեպքում ստանում են ավելի քան ցիսպլատինի 2 կուրս: Եթե ուռուցքը հակազդում է, բայց դեռևս համարվում է չվիրահատվող 4 կուրսից հետո, վիրաբուժությունից առաջ տրվում է 2 ցիսպլատինի կուրս, բայց ոչ հետագայում:

2.1.2 Բարձր ռիսկի հիվանդների համար*

Ուռուցքը տարածվում է բոլոր լյարդային 4 բաժինների վրա կամ ներկա են հեռու մետաստազներ, կամ ուռուցքի չափը հասել է մինչև երակի լուսանցք, կամ բոլոր 3 լյարդային երակները կամ ուռուցքի չափը հասնում է մինչև գլխավոր կամ պորտալ երակի 2 ճյուղերին էլ: Արտալյարդային բուժման ընթացքը ներորովայնային բուժում է:

C

Ցիտալատին	80 մգ /մ ²	ն/ե	
օր 1			

Ալտերնատիվ ամեն 2 շաբաթ

CA*

Կարբոպլատին	500մգ/մ ²	ն/ե	1 ժ ինֆ.
օր1			
Դոքսոռուբիցին	30 մգ/մ ² /օր	ն/ե	շիթով
օր 1,2			

*Տրվում է 10 կուրս կախված վիրաբուժության ժամանակակետի:

Նախապատրաստական փուլը ներառում է 4 ցիտալատինի կուրս, 3 կարբո, դոքսո կուրս 85 օր ավելի: Ուռուցքի վիրահատումից հետո տրվում է 2 կուրս կարբո-դոքսո և 1 կուրս ցիտալատին: Եթե 85 օր հետո ուռուցքը համարվում է չվիրահատվող, հիվանդները բուժվում են կարբո- դոքսո-ի կուրսից և ցիտալատինի 1 կուրսից՝ հաջորդելով, եթե հնարավոր է, ամբողջական ուռուցքի վիրահատում:

2.1.3 Հեպատոբլաստոմայի միջխմբային հետազոտություն INT-0098*

C5FUV*

Ցիսալատին օր1	90 մգ/մ ²	ն/ե	6 ժ ինՖ	օր1	կամ	3մգ/կգ ն/ե 6 ժ ինՖ.
Վինկրիստին օր2	1,5 մգ/մ ²	ն/ե	շիթով			
5 Ֆտորուրացիլ օր2	600մգ/մ ²	ն/ե	շիթով			

*Կրկնելով ամենաշուտը ամեն 3 շաբաթ 4 ցիկլ: I կամ II փուլի հիվանդները, որոնք չունեն հիվանդության ոչ մի ապացույց տվյալ ժամանակում չեն բուժվում, հետագայում մտնում են հաջորդ փուլ: Մյուսները, ովքեր չունեն աճող հիվանդություն, ունեն ընտրելու հնարավորություն, պոստինդուկցիոն վիրաբուժություն I, եթե համարվում է հնարավոր, հետևելով 2-ից 4 լրացուցիչ ցիկլերի հիմնվելով ամբողջական վիրաբուժության: Հիվանդները, ովքեր ստանում են 8 քիմիաթերապիայի ցիկլ պոստինդուկցիոն վիրահատություն II, եթե հնարավոր է համարվում >1 տարեկանից, կամ < 1 տարեկանից:

2.1.4 Մանկական ուռուցքաբանների խմբի հետազոտություն P9645

Ուսումնասիրությունները դասակարգում են ֆակտորիալ պատահական նշանակում III-IV փուլի հիվանդների մոտ; երեխաները, ովքեր ստանում են պատահական նշանակում ցիսալատին /5 Ֆտորուրացիլ/վինկրիստին կամ ցիսալատին/ կարբոպլատին ամիֆոստինի հետ կամ առանց ամիֆոստինի:

C5V*

Ցիսալատին օր1	100մգ/մ ²	ն/ե	4ժ ինՖ	օր1	կամ	3մգ/կգ ն/ե
Վինկրիստին օր2	1,5 մգ/մ ²	ն/ե	շիթով			

5 Ֆտորուրացիլ	600մգ/մ ²	ն/ե	շիթով	որ2
---------------	----------------------	-----	-------	-----

*Կրկնել 3 շաբաթը մեկ անգամ 4-6 կուրս, I կամ II փուլի հիվանդներին նշանակվում է C5V_ թերապիան և չեն ներառվել այդ հետազոտության մեջ: *>1 տարեկան, **< 1 տարեկանից:

կամ

CC*

Կարբոպլատին	700մգ/մ ²	ն/ե	1ժ. Ի ն ֆ	որ0	կամ	23մգ/կգ	ն/ե	4ժ
ինֆ. օր0								
Ցիսպլատին	100 մգ/մ ²	ն/ե	4ժ. Ի ն ֆ	որ14	կամ	3մգ/կգ	ն/ե	4ժինֆ.
օր14								

*Կրկնել ամեն 3 շաբաթը մեկ G-CSF –ով համակցված 4-6 ցիկլ: Հիվանդները ստացել են 560մգ/մ² կարբոպլատին (18,5մգ/կգ < 10կգ-ից հիվանդների համար) 2 կուրսից հետո * > 10 ԿԳ քաշից **<10կգ քաշից ***>1 տարեկան հասակից ****< 1տարեկան հասակից:

2.1.5 Մանուկների յարդի ուռուցքի գերմանական կոոպերատիվ ուսումնասիրությունն HB 94

IPA*

Իֆոսֆամիդ	500 մգ/մ ²	ն/ե.շիթով	որ 1	կամ	1000մգ/մ ² /օր	ն/ե	+	mesna
Ցիսպլատին	20մգ/մ ² /օր	ն/ե						
օր4-8								
Դոքսոուրիցին	30մգ/մ ² /օր	ն/ե	շիթով					
օր9,10								

*Կախված ուռուցքի փուլից կուրսերի թիվը տատանվում է նախա- և հետ-վիրահատական բուժում: Հիվանդության կրկնության ժամանակ կամ առաջընթացի ժամանակ նույնպես ստանում են էթոպոզիդ + կարբոպլատին:

EC*

Էտոպոզիդ	100մգ/մ ² /օր	ն/ե
օր	1-4	
Կարբոպլատին	200մգ/մ ² /օր	ն/ե
օր	1-4	

*Լյարդի ուռուցքի ուսումնասիրությունները ճապոնիայի մանկական ուսումնասիրությունների խմբում (JPLT) ուղեցույց 2: JPLT-2 , PRETEXT I փուլը, երբ ուռուցքը առաջնակի հեռացված է և PRETEXT II-IV բուժված են նախավիրահատական քիմիաթերապիայով:

CITA*

Ցիսպլատին	80մգ/մ ²	ն/ե
օր1		
Պիրառուբիցին	30մգ/մ ²	ն/ե
օր2,3		

*Կրկնել մինչև ուռուցքի վիրահատական հեռացումը դառնում է հնարավոր, նվազագույնը 2 կուրս:

Մասնակի պատասխանի դեպքում 2 կուրսից հետո հիվանդը ստանում է հետագա քիմիաթերապիան մինչև դառնա ռեզեկտաբիլ:

ITEC*

Իֆոսֆամիդ օր1,2	3000մգ/մ ²	ն/ե +	Մեսնա
Կարբոպլատին օր3	400 մգ/մ ²	ն/ե	
Պիրառուբիցին օր4,5	30 մգ/մ ²	ն/ե	
Էտոպոզիդ օր1-5	100 մգ/մ ² /օր	ն/ե	

*Հետվիրահատական քիմիաթերապիան տրվում է բոլոր հիվանդներին PRETEXT I և II փուլի ուռուցքները բուժվում են 4 կուրս CITA սխեմայով կես դոզայով: PRETEXT III և IV ,և մետաստատիկների դեպքում ստանում է 4 կուրս քիմիաթերապիա CITA սխեմայով: Հիվանդները կարիք ունեն փրկող թերապիայի հավելիալ 2կուրսի, եթե նախավիրահատական 2 կուրս ITEC սխեմայով քիմիաթերապիա են ստացել և առկա չէ լրիվ պատասխան բուժմանը:

2.1.6 Հիվանդները մետաստատիկ հիվանդությամբ պետք է բուժվեն բարձր դեղաչափերով քիմիաթերապիայով, ոսկրածուծի փոխպատվաստմամբ:

ECM*

Էտոպոզիդ օր3-6	200մգ/մ ² /օր	ն/ե	
Կարբոպլատին օր3-6	400մգ/մ ² /օր	ն/ե	
Մելաֆլան օր3-2	90 մգ/մ ²	ն/ե	

*Բարձր դեղաչափերով քիմիաթերապիան կարող է համատեղվել 2 կուրս CITA –ի հետ, եթե բոլոր մետաստազները հայտնվել են նախավիրահատական

քիմիաթերապիայի վաղ փուլերում՝ առանց հիվանդության հետագա պրոգրեսիայի նշանների:

2.2 Ուղեկցող թերապիա

Հեպատոպլաստոմաների ժամանակ քիմիաթերապիայի ընթացքում առավել հաճախակի կիրառելի ուղեկցող թերապիայի անհրաժեշտ դեղորայք

1) Հիմնական ցանկ

- 0,9% ֆիզիոլոգիական լուծույթ
- Ռինգերի լուծույթ
- Դեքսամետազոն
- Հակափսխումային, սերոտոնիներգիկ պրեպարատներ
- Հակահիստամինային պրեպարատներ
- H2 պրոտոնային պոմպի պաշարիչներ

2) Լրացուցիչ ցանկ

- Հակաբիոտիկներ- ցեֆալոսպորիններ , ամինոգլիկոզիդներ
- Լեյկոպոեզի խթանիչներ
- Էրիթրոպոեզի խթանիչներ
- Արյան բաղադրիչներ

Դեղաչափերը, ներական հաճախականությունը, ընտրությունը թելադրում է ըստբժշկական ցուցումների կլինիկական իրավիճակը, երեխայի քաշը, հասակը

3. Անցկացվող բուժումների անարդյունավետության դեպքում, երբ բոլոր սպեցիֆիկ բուժական միջոցները իրենց սպառել են իր տեղն ունի պալիատիվ խնամքը

4. Դեղերի հիմնական և լրացուցիչ ցանկեր

4.1. Պահանջներ դեղորայքային բուժման նկատմամբ (հիմնական ցանկ)

ԴԹԽ	ԱԹՔԴ	ՄՈԱ	Նշանակման հաճախականություն	ԿՈԴ	ՀԿԴ	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
Էլեկտրոլիտների լուծույթներ	B05CB0 1	0.9% NaCl	1	1.5 լ	7,5 լ	Քիմիաթերապիայի բաժանմունքի բուժքույր	1-5 օրեր
Էլեկտրոլիտների լուծույթներ	B05BB0 1	Ռինգերի լուծույթ	1	0.5 լ	2,5 լ	Քիմիաթերապիայի բաժանմունքի բուժքույր	1-5 օրեր
Էլեկտրոլիտների լուծույթներ	B05BB0 1	Հավասարակշռված ջրաաղային լուծույթ	1	0.5 լ	2,5լ	Քիմիաթերապիայի բաժանմունքի բուժքույր	1-5 օրեր
Կորտիկոստերոիդներ	C05AA0 9	Դեքսամետազոն	1	4.0 մգ	20.0 մգ	Քիմիաթերապիայի բաժանմունքի բուժքույր	1-5 օրեր
Հակափսխումային սերոտոնիներգիկ պրեպարատներ	A04AA0 1	Օնդասետրոն	1	8.0 մգ	40.0 մգ	Քիմիաթերապիայի բաժանմունքի բուժքույր	1-5 օրեր
Հակահիստամինային պրեպարատներ	R06AA0 4	Տավեգիլ	1	1.0 մգ	5 .0 մգ	Քիմիաթերապիայի բաժանմունքի	1-5 օրեր

						բուժքույր	
--	--	--	--	--	--	-----------	--

4.2. Պահանջներ դեղորայքային բուժման նկատմամբ (լրացուցիչ ցանկ)

Դձես	ԱԹՔ	ՄՈԱ	Նշանակման հաճախակա-նություն	ԿՈԴ	ՀԿԴ	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
Հակաբիոտիկներ՝ ցեֆալոսպորին	J01DD01	Ցեֆուտաքսիմ	0.1	8.0 գ	56.0 գ.	Քիմիաթերապիայի բաժանմունքի բուժքույր	7 օր
Հակաբիոտիկներ՝ ամինոգլիկոզիդ	J01GB06	Ամիկացին	0.1	0.25 գ	1.0 գ	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/բուժքույր	1-7 օր
Հակաբիոտիկներ՝ ֆթորիսինոլոն	J01MA14	Մոքսիֆլոքսացին	0.1	0.4 գ	2.1 գ	Քիմիաթերապիայի բաժանմունքի բուժքույր	7 օր
Պլազմայի փոխարինման միջոցներ	B05AA01	Ալբումինի 20% լուծույթ	0.1	50 մլ	200 մլ	Քիմիաթերապիայի բաժանմունքի բուժքույր	7 օր
Քնաբեր միջոցներ	N05CDO8	Միդազոլամ	0.01	15.0 մգ	30.0 մգ	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքի բուժքույր	7 օր

Ափիոնային անզգայացնող միջոցներ	NO1AH01	Ֆենտանիլ	0.01	100 մկգ	200 մկգ	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքի բուժքույր	7 օր
Ցավազրկող թմրեցուցիչ Միջոցներ	NO2AA01	Մորֆին	0.01	2.0 մգ	6.0 մգ	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքի բուժքույր	7 օր
Ափիոնային անզգայացնող միջոցներ	NO2AX02	Տրամադոլ	0.01	100 մգ	300 մգ	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքի բուժքույր	7 օր
Ցավազրկող ոչ թմրեցուցիչ միջոցներ	NO2BE01	Պարացետամոլ	0.5	1.0 գ	4.0 գ	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքի բուժքույր	7 օր
Պրոտոնային պոմպի արգելակիչներ	A02BC01	Օմեպրազոլ	0.25	10.0 մգ	30.0 մգ	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքի բուժքույր	7 օր
Արյան բաղադրամասեր	B05AX01	Էրիթրոցիտաթերապիայի զանգված	0.25	2 միավոր	6 միավոր	Ինտենսիվ թերապիայի մասնագետ/ բուժքույր	3 օր

Արյան բաղադրամասեր	B05AX02	Թրոմբոցիտների զանգված	0.25	2 միավ որ	6 միավ որ	Ինտենսիվ թերապիայ ի մասնագե տ/ բուժքույր	3 օր
Արյան բաղադրամասեր	B05AX03	Թարմ սառեցված պլազմա	0.25	1 Միա վոր	3 միավ որ	Ինտենսիվ թերապիայ ի մասնագե տ/ բուժքույր	3 օր
Դոֆամինային ընկալիչների կենտրոնական արգելակիչներ	A03FA01	Մետոկլոպրամիդ	0.25	20.0 մգ	40.0 մգ	Ինտենսիվ թերապիայ ի բաժանմու նքի բուժքույր	7 օր
Էնտերալ սնուցում	B05BA10	Կաբիվեն	0.1	1000 կկալ/ օրը	5000 կկալ	Ինտենսիվ թերապիայ ի բաժանմու նքի բուժքույր	5
Էրիթրոպոեզի խթանիչներ	B03XA01	Էրիթրոպոետին		1000 MU	5000 MU	Ինտենսիվ թերապիայ ի բաժանմու նքի բուժքույր	5
Լեյկոպոեզի խթանիչներ	L03AA02	Ֆիլգրաստիմ		30 MU	90 MU	Ինտենսիվ թերապիայ ի բաժանմու նքի բուժքույր	3

5. Բժշկական ծառայությունների անհրաժեշտ Ա)հիմնական և Բ)լրացուցիչ ցանկ

5.1 Պահանջներ ախտորոշման , բուժման , և խորհրդատվությունների նկատմամբ Ա)հիմնական ցանկ

Ծածկագիր	Անվանում	Տրամադրման հաճախակա-նություն	Միջին քանակ	Ստորաբաժանում	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
	Արյան ընդհանուր քննություն լեյկոֆորմուլայով	1	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բժիշկ, բուժքույր	Յուրաքանչյուր հոսպիտալացման սկզբում
	Արյան մեջ միզանյութի մակարդակի որոշում	1	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բժիշկ, բուժքույր	Յուրաքանչյուր հոսպիտալացման սկզբում
	Արյան մեջ կրեատինինի մակարդակի որոշում	1	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բժիշկ, բուժքույր	Յուրաքանչյուր հոսպիտալացման սկզբում
	Արյան մեջ ընդհանուր սպիտակուցի մակարդակի որոշում	1	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բժիշկ, բուժքույր	Յուրաքանչյուր հոսպիտալացման սկզբում
	Արյան մեջ ԱՍՏ-ի մակարդակի որոշում	1	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բժիշկ, բուժքույր	Յուրաքանչյուր հոսպիտալացման սկզբում

	Արյան մեջ ԼԴՀ -ի մակարդակի որոշում	1	1	Լաբորտոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորտոր ախտորոշման ծառայության բժիշկ, բուժքույր	Յուրաքանչյու ր հոսպիտալա ցման սկզբում
	Արյան մեջ ԱԼՏ -ի մակարդակի որոշում	1	1	Լաբորտոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորտոր ախտորոշման ծառայության բժիշկ, բուժքույր	Յուրաքանչյու ր հոսպիտալա ցման սկզբում
	Ակտիվացած մասնակի թրոմբապլաստի նի ժամանակի որոշում	1	1	Լաբորտոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորտոր ախտորոշման ծառայության բժիշկ, բուժքույր	Յուրաքանչյու ր հոսպիտալա ցման սկզբում
	Արյան մեջ ֆիբրինոգենի մակարդակի որոշում	1	1	Լաբորտոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորտոր ախտորոշման ծառայության բժիշկ, բուժքույր	Յուրաքանչյու ր հոսպիտալա ցման սկզբում
	Պրոթրոմբինայի ն ժամանակի որոշում	1	1	Լաբորտոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորտոր ախտորոշման ծառայության բժիշկ, բուժքույր	Յուրաքանչյու ր հոսպիտալա ցման սկզբում
	Միջազգային բնականոնացվա ծ հարաբերակցու թյան որոշում	1	1	Լաբորտոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորտոր ախտորոշման ծառայության բժիշկ, բուժքույր	Յուրաքանչյու ր հոսպիտալա ցման սկզբում
	Արյան մեջ օնկոմարկերնե րի որոշում AFP ,	1	1	Լաբորտոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորտոր ախտորոշման ծառայության	Յուրաքանչյու ր հոսպիտալա

	beta- hCG				Բժիշկ, բուժքույր	ցման սկզբում
	Բազմաօրգանային ԿՏ	1	1	Լաբորոտոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորոտոր ախտորոշման ծառայության բժիշկ, բուժքույր	Բուժման սկզբում
	Հյուսվածաբանական քննություն	1	2	Գործիքային ախտորոշիչ ծառայություն	Բժիշկ - ախտաբան/ բուժքույր	Բուժման սկզբում
	Իմունոհյուսվածաբանական	1	1	Ախտորոշիչ ծառայություն	Բժիշկ - ախտաբան/ բուժքույր	Բուժման սկզբում
	Կրծքավանդակի օրգանների ռենտգեն քննություն	1	1	Ախտորոշիչ ծառայություն	Բժիշկ- ճառագայթաբան/ բուժքույր	Յուրաքանչյուր հոսպիտալացման սկզբում
	ԷՍԳ	1	1	Գործիքային ախտորոշիչ ծառայություն	Բժիշկ – ճառագայթաբան/ բուժքույր	Յուրաքանչյուր հոսպիտալացման սկզբում
	ԷԽՈ- ՍԳ	1	1	Գործիքային ախտորոշիչ ծառայություն	Բժիշկ – ճառագայթաբան/ բուժքույր	Յուրաքանչյուր հոսպիտալացման սկզբում
	Սոնոգրաֆիա	1	1	Գործիքային ախտորոշիչ ծառայություն	Բժիշկ – ճառագայթաբան/ բուժքույր	Բուժման սկզբում և ավարտին
	Զարկերակային - ճնշման չափում	1	5	Գործիքային ախտորոշիչ ծառայություն	Բժիշկ ճառագայթաբան/ բուժքույր	Յուրաքանչյուր հոսպիտալացման

						սկզբում
	Ծայրամասային երկային կաթետրի տեղադրում	1	5	Բաժանմունքում	Բաժանմունքի բուժքույր	Հոսպիտալացումների ժամանակ
	Ջերմաչափում	1	5	Բաժանմունքում	Բաժանմունքի բուժքույր	Հոսպիտալացումների ժամանակ
	Նեղ մասնագետի խորհրդատվություն	1	1	Այլ բաժանմունքներ	Ցանկացած նեղ մասնագետ	Բուժման ընթացքում

Հոսպիտալացումների քանակը միջինը 6-8

5.2 Պահանջներ ախտորոշման , բուժման , և խորհրդատվությունների նկատմամբ Բ)Լրացուցիչ ցանկ

Ծածկագիր	Անվանում	Տրամադրման հաճախականություն	Միջին քանակ	Ստորաբաժանում	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
	ՊԷՏ	0.5	1	Ճառագայթաբանական ախտորոշման ծառայություն	Բժիշկ դիագնոստ , տեխնիկ	Ըստ կլինիկական իրավիճակով թելադրվող ցուցումների
	ՄՌՇ	0.5	1	Ճառագայթաբանական ախտորոշման ծառայություն	Բժիշկ դիագնոստ , տեխնիկ	Ըստ կլինիկական իրավիճակով թելադրվող ցուցումների
	Ինվազիվ բիոպսիա	0.5	1	Ճառագայթաբանական	Բժիշկ դիագնոստ /	Ըստ կլինիկական

				ախտորոշման ծառայություն	բուժքույր	իրավիճակո վ թելադրվող ցուցումներ ի
	Port-a –cut ի տեղադրում	0.5	1	Վիրահատական սրահ	Բժիշկ ինվազիվիստ, թմրեաբան, բուժքույր	Ըստ կլինիկական իրավիճակո վ պայմանավ որված ցուցումներ ի
	Գլխուղեղի անոթների շունտավորում	0.1	1	Վիրահատրան	Նեյրովիրաբո ւյժ, թմրեաբան, բուժքույրեր	Ըստ կլինիկական իրավիճակո վ պայմանավ որված ցուցումներ ի
	Արյան մեջ բիլիռուբիններ ի մակարդակի որոշում	0.1	1	Լաբորտոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորտոր ախտորոշմա ն ծառայության բժիշկ, բուժքույր	Ըստ կլինիկական իրավիճակո վ պայմանավ որված ցուցումներ ի
	Արյան մեջ ալբումինի մակարդակի որոշում	0.1	1	Լաբորտոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորտոր ախտորոշմա ն ծառայության բժիշկ, բուժքույր	Ըստ կլինիկական իրավիճակո վ պայմանա վորված ցուցումներ ի

	Արյան մեջ էլեկտրոլիտների մակարդակի որոշում	0.5	2	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման և ծառայության բժիշկ, բուժքույր	Ըստ կլինիական իրավիճով պայմանավորված ցուցումներ ի
	Մեզի ընդհանուր քննություն	0.5	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման և ծառայության բժիշկ, բուժքույր	Ըստ կլինիական իրավիճով պայմանավորված ցուցումներ ի
	Միզապարկի կաթետերիզացիա	0.5	1	Բաժանմունք	Ուռուլոգ	Ըստ կլինիական իրավիճով պայմանավորված ցուցումներ ի
	Կենտրոնական երկային կաթետերի	0.1	1	Ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք	Ինտենսիվ թերապևտ	Ըստ կլինիական իրավիճով պայմանավորված ցուցումներ ի
	Զարկերակային կաթետերի տեղադրում	0.1	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Ինտենսիվ թերապևտ	Ըստ կլինիական իրավիճով պայմանավորված ցուցումներ ի

6. Պահանջներ զբաղվածության , հանգստի, բուժման , հետազայում վերականգնման նկատմամբ

Սույն գործելակարգի համաձայն տվյալ պահանջները կատարումը ուղեցույցային է :

7. Պահանջներ սննդակարգի մշանակման և սահմանափակումների վերաբերյալ

Սույն գործելակարգի համաձայն սահմանափակումներ չկան՝ տվյալ տարիքին համապատասխան բալանսավորված սննդակարգ:

8. Հիվանդի (16 տ- ից հետո), հարազատների, օրինական խնամակալի հոժարակամ տեղեկացված համաձայնության ստացման առանձնահատկությունները, գործելակարգը կատարելիս հիվանդին, ինչպես նաև ընտանիքի անդամներին լրացուցիչ տեղեկատվության տրամադրում

Հարկավոր է պացիենտի և/կամ նրան ներկայացուցիչների հետ համատեղ քննարկել հերմինոգեն ուռուցքների համալիր բուժման խնդիրները և հավանական ելքերը հնարվորինս շուտ և ոչ ուշ քան ախտորոշմանը հաջորդող 48 ժամերի ընթացքում:

9. Պացիենտի տվյալ մոդելի հնարավոր ելքերը*

Պացիենտի տվյալ մոդելի հնարավոր ելքերի ցանկ

Ելքի անվանում	Ելքի զարգացման հաճախականություն	Ելքին հասնելու մոտավոր ժամկետ	Բժշկական օգնության ցուցաբերման հաջորդականություն
Ընդհանուր ապրելիություն 1. Վաղ փուլերում	1. 85% 2. 70%	5 տարի	Առողջացում

2. Ուշ փուլերում			
Առանց հիվանդության կրկնողության ապրելիություն 1. Վաղ փուլերում 2. Ուշ փուլերում	1. 40 % 2. 60%	6 ամիս -5 տարի	Տվյալ կլինիական իրավիճակին համապատասխան բուժում
Յատրոգեն բարդությունների զարգացում	15%	Ցանկացած փուլում	Անցում համապատասխան ախտաբանության բուժման ուղեցույցին/ գործելակարգին
Մահացու ելք	Մինչև 10 %	Ցանկացած փուլում	

*Կանխատեսումը կախված է հյուսվածքաբանական տարատեսակից

- Մաքուր պտղային հյուսվածքաբանությամբ (կազմում է հեպատոբլաստոմաների 4%) ունի 3- 5-ամյա 100% ԸԱ ,մինիմալ կամ առանց ադյուվանտ քիմիաթերապիայի
- Ոչ մաքուր պտղային հյուսվածքաբանությամբ, ոչ մանր բջջային չտարբերակված հեպատոբլաստոմաները ունեն 3- ից 4-ամյա 90% -ից 100% ԸԱ, ադյուվանտ քիմիաթերապիայից հետո
- Եթե որևէ մանր բջջային չտարբերակված տարրեր առկա են,ապա 3-ամյա գոյատևումը կազմում է 40%-ից 70%:
- Արդյունքը մետաստատիկ հեպատոբլաստոմայի ախտորոշվելիս վատն են, բայց երկարաժամկետ գոյատևումը և բուժումը հնարավոր է: 3-ից 5 տարվա ապրելիությունը տատանվում է 20% -ից մինչև 60%:

10. Հավելված

