

ЗМІСТ

Вступ	1
Загальна онкологія	8
Методи діагностики та лікування пухлин	13
Хоспіси	28
Реабілітація онкохворих	31
Медична етика та деонтологія в онкології	34
Спеціальна онкологія	
Пухлини шкіри	40
Пухлини голови та шиї	49
Пухлини молочної залози	57
Рак легенів	68
Пухлини стравоходу і шлунку	75
Колоректальні пухлини	85
Злоякісні лімфоми	90
Пухлини сечової системи	93
Література	101

ВСТУП

Вузлові питання

1. Онкологія як наука
2. Історичний огляд
3. Структура онкологічної служби в Україні
4. Епідеміологія злоякісних захворювань в Україні

Онкологією називають область медичної науки і практики, що має своєю метою вивчення пухлинних захворювань (oncos - пухлина, logos - слово, наука), а також їх попередження, виявлення та лікування. Поняття «онкологія» ширше охоплює різні види пухлин, у тому числі і доброякісні, ніж поняття «канцерологія», що прийняте за кордоном і охоплює тільки злоякісні новоутворення. Безсумнівно, і група епітеліальних злоякісних пухлин (так званий рак) являє собою значну різноманітність пухлинних захворювань, і в міру розширення наших знань відбуватиметься дедалі більша диференціація пухлин, які все важче укласти в єдине найменування. До того ж термін «рак» (cancer) відноситься до числа тих, що випадково увійшли в медичні найменування. Зовнішня схожість обрисів запущеної злоякісної пухлини молочної залози з крабом або раком в давні часи послужило приводом до найменування цієї пухлини словом «рак», яке ніяк не відображає суті захворювання.

Онкологія як медична спеціальність належить до спеціальностей, що виділилися для вивчення певної наукової проблеми, подібно фтизіатрії, ревматології, і деяким іншим. В стародавні часи пухлинні процеси нерідко змішувалися із запальними. Незважаючи на те що хірурги ще в доантисептичному періоді намагалися вирішувати питання лікування деяких зовнішньо розташованих злоякісних пухлин (рак нижньої губи, шкіри, молочної залози), науковий період розвитку онкології почався лише з другої половини XIX століття разом з розвитком мікробіології та гістології. З 70-х років XIX століття бере свій початок експериментальна онкологія, коли М. А. Новінський вперше показав можливість перещеплення пухлин від однієї тварини до іншої. Для розвитку онкології величезне значення мало відкриття рентгенівських променів (1895), радію (1898), радіоактивних ізотопів (30-і роки XX століття), а також блискучий розвиток хірургії та анестезіології.

Успіхи вивчення різних канцерогенних агентів, пухлинних вірусів, введення в клініку ряду нових методів діагностики, розвиток методів епідеміології, застосування гормонів і хіміотерапевтичних препаратів для лікування ряду пухлин - все це відноситься до XX століття, кожне десятиріччя якого внесло багато нового у вивчення онкологічних питань. Протягом тривалого періоду вивчалися особливості новоутворювальних процесів і робилися спроби визначити поняття «пухлина». Злоякісні пухлини можуть бути первинно локалізованими і лише з часом давати метастази - поширення пухлинних клітин гематогенним або лімфогенним шляхом з реалізацією нових вогнищ пухлинного росту. Чинники, що викликають пухлинні захворювання або сприяють їх розвитку, до теперішнього часу вивчаються. Існують різні теорії та гіпотези, з яких жодна поки не може вважатися єдиною, загальноприйнятою теорією. Питання етіології і патогенезу пухлин вивчаються експериментальною онкологією, що користується різними моделями пухлинної патології на тварин. Широко використовується можливість перещеплення (трансплантації) пухлин в межах одного виду тварин. Розробляються також методи гетеротрансплантації пухлин, що дозволяють вивчити на тваринах пухлини, перенесені з інших видів тварин і, рідше, від людини. Однак методи гетеротрансплантації складні і вимагають застосування спеціальних методик, що пригнічують імунітет, особливого підбору тварин. Велике значення в

експериментальній онкології мають індуковані пухлини, викликані впливом різних канцерогенних агентів хімічної або фізичної природи. Вивчаються як модель і спонтанні пухлини тварин, тобто такі, які виникають самостійно, без втручання експериментатора. Особливим розділом досліджень є вивчення виникнення і розвитку пухлин в культурах тканин.

Питання етіології і патогенезу пухлин людини в даний час широко вивчаються в епідеміологічних дослідженнях, що мають на меті дати глибокий аналіз статистичних матеріалів і з'ясувати залежність певних видів пухлин людини від різних умов життя, факторів зовнішнього середовища, звичаїв, звичок. Найбільш поширеним уявленням про причини пухлинних захворювань є так звана поліетіологічна теорія, що припускає можливість розвитку пухлин під впливом різних факторів, що сприяють розвитку пухлини. До цих факторів поряд з факторами зовнішнього середовища, хімічними та променевими канцерогенними агентами відносяться зміни внутрішнього середовища організму, зокрема порушення гормонального балансу, і пухлинні віруси, значення яких в останні десятиліття для ряду пухлин тварин переконливо доведено. У поліетіологічну теорію укладається і можливість виникнення окремих пухлин на тлі ембріональних вад розвитку тканин.

Поліетіологічна теорія виникла як шлях до примирення різних суперечливих теорій і гіпотез, кожна з яких спиралася на безсумнівно суттєві чинники, пов'язані з окремими видами пухлин тварин или людини.

Велику історію має вивчення хімічних канцерогенних агентів. Починаючи від раку сажотрусів, описаного П. Потт ще наприкінці XVIII століття, інтерес до цих чинників пройшов через багато років і особливо посилювався після класичних досліджень Ямагіви і Ічікава (1916), що показали можливість отримання індукованих кам'яновугільним дьогтем моделей пухлин тварин.

Відома велика кількість канцерогенних агентів, що відносяться до поліциклічних вуглеводнів, що мають місцеву пухлиннорідну дію, до аміноазосполук, що мають виборчу органотропну дію і деяким іншим класам сполук.

Вивчення канцерогенних речовин проводиться не тільки з позицій з'ясування етіології пухлин, але має й інші завдання - виявлення цих факторів і усунення їх із навколишнього середовища людини з метою попередження утворення пухлин. Досліджуються так звані ендогенні канцерогенні речовини (Л. М. Шабад). Широко відомі канцерогенні можливості іонізуючих випромінювань, які вивчаються з моменту застосування в медицині рентгенівських променів.

Дослідження в області вірусології привели до відкриття ряду вірусів, що викликають пухлини у тварин. Після відкриття вірусів, пов'язаних з пухлинами птахів (Еллерман-Банг, 1908; Раус, 1911), були виявлені віруси, що викликають папіломи і фіброми у кроликів (Шоуп, 1932), рак молочних залоз у мишей (Бітнер, 1936), кілька вірусів, викликають лейкози у мишей і щурів (Громміт, Н. П. Мазуренко), так званий вірус поліоми (Едді, Стюарт і ін), що викликає різні пухлини в різних видів лабораторних гризунів, і т. д. Встановлено факти подолання видових бар'єрів для деяких пухлиннорідних вірусів, наприклад показана можливість викликання вірусом курячої саркоми Рауса пухлин у тварин різних видів і навіть класів: у щурів, мавп, змій тощо (Л. А. Зільбер, Г. Я. Світло-Молдавський). Вплив вірусом Рауса на культуру тканини людини призводить до трансформації клітин; це робить реальним припущення, що зазначений вірус може бути пухлиннорідним і для людини. Поряд з цим встановлено можливість одержання в експерименті пухлин під впливом деяких аденовірусів, виділених з організму здорових людей.

Таким чином, виявлено багато важливих факторів, що стосуються ролі вірусів у виникненні ряду пухлин у тварин, і, хоча вірусна природа не доведена щодо злоякісних пухлин людини, питання це залишається дуже важливим. Вірусна теорія існує поряд з поліетіологічною як самостійна, так як є уявлення, що віруси відіграють роль у

виникненні всіх пухлин, а різні канцерогенні агенти мають лише сприяюче значення. Отже, крім поліетиологічної теорії, існує моноетиологічна вірусна теорія раку. Разом з тим прихильники того чи іншого погляду надають великого значення змінам генетичного апарату клітини в процесі малігнізації, оскільки пухлинні властивості передаються у спадок наступним поколінням клітин. Цитогенетичні дослідження займають все більше місце в експериментальній онкології, але поки що важко сказати про те, яку роль відіграють при деяких пухлинах зміни хромосом.

Сучасний розвиток цитології, електронної мікроскопії, імунології відкриває нові перспективи для експериментального вивчення пухлин і наближення цих досліджень до завдань онкологічної клініки.

Клінічні дослідження все більшою мірою зв'язуються з даними експериментальних та епідеміологічних досліджень. Експериментальна онкологія тісно пов'язана і з безпосередньо клінічними завданнями. Вона вивчає в експерименті нові лікарські препарати до їх впровадження в клінічну практику, розглядає дію на пухлини променевих факторів і т. д. Необхідно коротко зупинитися на основних етапах розвитку онкології в нашій країні. Класичні дослідження М. Л. Новинського, виконані до 70-х років XIX століття, стали основою експериментальної онкології. Безсумнівно, роботи багатьох російських хірургів кінця XIX і початку XX століття грали свою роль у розвитку онкології, оскільки в цей період активно розроблялися багато хірургічних операцій, що мають значення для лікування пухлин. Особливе значення для вітчизняної онкології мало створення першого спеціального онкологічного інституту в Москві (нині Московський науково-дослідний онкологічний інститут ім. П. А. Герцена - МНІОІ ім. П. А. Герцена МОЗ РФ) в 1903 р. з ініціативи відомого хірурга Л. Л. Левшина. Створений ним інститут для лікування пухлин був далекий від сучасних науково-дослідних онкологічних інститутів. Він скоріше служив благодійним цілям піклування важко, невиліковно хворих, але був першим спеціальним закладом, який потім виріс у великий дослідницький інститут.

Майже одночасно в 1906 р. в Петербурзі в системі Акушерсько-гінекологічного товариства був створений спеціальний комітет з вивчення і лікування хворих на рак. Пізніше комітет заснував Єленінську лікарню для бідних жінок в Петербурзі, що стала спеціальним закладом для хворих, що страждають на злоякісні утворення статевої сфери. Це були перші кроки до виділення онкологічної спеціальності, які потім було поступово здійснені завдяки активності, цілеспрямованості і визначним науковим успіхам Н. П. Петрова, який по праву вважається основоположником радянської онкології. Ще в 1910 р. Н. П. Петров написав перше вітчизняне керівництво з онкології - «Загальне вчення про пухлини». У 1916 р. опублікована монографія Кронтовського «Матеріали порівняльної і експериментальної патології пухлин». Таким чином, до першої світової війни були вже закладені деякі основи онкології як окремої галузі медицини, але війна зруйнувала цю роботу, і навіть Московський онкологічний інститут був тимчасово закритий і відкрився знову тільки в 1920 р. У 1918 р. в Ленінграді був відкритий Центральний рентгенорадіологічний та онкологічний інститут, керований видатним рентгенорадіологом М. І. Неміновим. У цьому інституті був організований спеціальний відділ експериментальної морфології пухлин (керований Г. В. Шором), в якому почали готуватися кадри онкологів-експериментаторів.

У 1920 р. був відновлений Московський інститут для лікування пухлин. Керівником московської школи онкологів став П. А. Герцен - найвизначніший хірург і блискучий організатор, чие ім'я носить тепер цей інститут. У тому ж 1920 р. були створені онкологічний і рентгено-радіологічний інститути в Харкові та Києві. У Харкові працювали видатний радіолог Г. Хармандарьян, найкращий хірург А. В. Мельников, видатний спеціаліст по культурі тканини А. Д. Тимофєєвський. У 1925

р. проходила 1-а Всеросійська нарада з проблеми раку під головуванням Н. А. Семашко.

У 1926 р. в Ленінграді був створений Інститут онкології, довгі роки очолюваний Н.Н. Петровим, потім А. І. Серебровим і А. І. Раковим. Цей інститут нині носить ім'я Н. Н. Петрова. Н. Н. Петров був видатним і різнобічним хірургом, він багато займався експериментальною онкологією і заклав основи всієї системи організації протиракової боротьби в СРСР. Йому належать блискучі багаторічні дослідження з експериментального отримання злоякісних пухлин у мавп. Н. Н. Петров організував і очолив першу кафедру онкології в Ленінградському державному інституті удосконалення лікарів. Він був автором і редактором багатьох посібників лауреатом Ленінської і Державної премій.

У 1931 р. відбувся I Всесоюзний з'їзд онкологів в Харкові. У 1934 р. була створена спеціальна система організації протиракової боротьби в СРСР.

Відразу ж після перемоги у Великій Вітчизняній війні були прийняті заходи по поліпшенню онкологічної допомоги населенню. У 1945 р. була остаточно оформлена система організації протиракової боротьби. У 1947 р. відбулася 1-а Всесоюзна онкологічна конференція. З цього часу конференції стали проводитися систематично (2-а - в 1958 р., 3-я - в 1965 р.). У 1952 р. був організований найбільший онкологічний інститут у системі АМН СРСР Інститут експериментальної і клінічної онкології (нині Онкологічний науковий центр АМН РФ), що є в даний час головним науковим закладом з онкології поряд з Інститутом імені: Н. Н. Петрова.

Велике значення для радянської онкології мало проведення в Москві в 1962 р. VIII Міжнародного протиракового конгресу, який залучив понад 5000 учасників з різних країн. II (Таллінн, 1972) і III (Ташкент, 1979) Всесоюзні з'їзди онкологів підвели підсумки наукових досліджень та практичних досягнень тих років. Струнка система протиракової боротьби, яка існує в нашій країні, виправдала себе і принесла відчутні результати в справі діагностики та лікування онкологічних захворювань.

Організація онкологічної допомоги в Україні

В Україні існує єдина система організації онкологічної служби, яка має республіканські, обласні та периферичні підрозділи. У Міністерстві охорони здоров'я України передбачена посада головного онколога, який очолює організаційні та методичні заходи, здійснювані в межах країни. Методичне керівництво онкологічною службою України здійснює Інститут онкології Академії медичних наук України. В обласних центрах функціонують обласні онкологічні диспансери (ОД) - спеціалізовані лікувально-профілактичні установи з надання онкологічної допомоги населенню.

Основні завдання ОД:

· Спеціалізована кваліфікована поліклінічна та стаціонарна, консультативна та лікувальна допомога населенню;

Організаційно-методичне керівництво онкологічними та лікувально-профілактичними установами загальної мережі в своїх регіонах;

Спеціалізація та підвищення кваліфікації медичних працівників з онкології;

Систематичний аналіз захворюваності і смертності в регіоні, з'ясування причин пізньої діагностики та розробка заходів щодо їх усунення;

Диспансеризація груп ризику;

- Профілактичні огляди населення для виявлення онкологічних хворих;
- Санітарно-просвітня робота.

Як правило, обласні онкологічні диспансери мають організаційно-методичне відділення, поліклінічно-диспансерне відділення, профільні клінічні відділення: хірургічне, радіологічне, гінекологічне, відділення пухлин голови та шиї, хіміотерапевтичне та інші. Крім того, в диспансерах передбачені відділення рентгенівської та радіонуклідної діагностики, ендоскопічної та ультразвукової діагностики, клінічні та цитологічні лабораторії та інші. На базі багатьох ОД працюють кафедри онкології. Такі ОД називаються клінічними. Кафедри разом з базовими ОД реалізують широкомасштабні плани розвитку онкологічної науки і практики, здійснюють підготовку студентів та вдосконалюють знання лікарів з питань онкології, забезпечують належний професійний рівень базової установи, впроваджують в практику досягнення онкологічної науки і проводять наукові дослідження.

В Україні функціонує два науково-дослідних інститути онкологічного та рентгенодіагностичного профілю, 45 онкологічних диспансерів (у тому числі 24 обласних та 1 республіканський), один онкологічний центр в м. Києві, 699 онкологічних кабінетів (відділів).

МОЗ України вважає, що лікування онкологічних хворих (за невеликим винятком) повинно здійснюватися лише в онкологічних установах, оскільки складність лікування і необхідність застосування комплексних Встановлено, що тривалість життя хворих, які лікувалися в ОД в 2,0 - 2,5 рази більше, ніж у загальній лікарняній мережі.

Злоякісні новоутворення - одна з найважливіших медико-біологічних і соціально-економічних проблем не тільки в Україні, а й в усьому світі. Захворюваність і смертність від раку стабільно зростає, ризик їх збільшується у зв'язку з нестабільним економічним станом в країні, несприятливою екологічною ситуацією та значним постарінням населення.

Починаючи з 1953 року в нашій країні, була введена обов'язкова реєстрація онкологічної захворюваності, а в 1956 році - смертності населення від злоякісних пухлин. Вивчення особливостей поширення злоякісних пухлин серед населення, оцінка ефективності комплексу протиракових заходів спираються на достовірні дані та використання надійних методичних розробок онкологічної статистики, які забезпечують збір, обробку, збереження та оперативне використання матеріалів захворюваності та смертності від онкологічних захворювань.

Епідеміологія злоякісних пухлин

Онкоепідеміологічна ситуація в Україні та в окремих її регіонах, на основі даних довгострокового моніторингу, характеризується безперервним зростанням рівня онкологічної захворюваності населення. Так, якщо в 1980 році число вперше зареєстрованих хворих становила 238,3 на 100000 населення, то в 1999р. ця величина досягла 317,2 на 100 000 населення України. Це означає, що в Україні щодня виникає 433 нових випадки раку або 18 випадків щогодини, що свідчить про інтенсивність і масштабності цього процесу. Вже сьогодні ризик захворіти на рак становить для

чоловіків 26%, а для жінок - 17%, тобто протягом життя кожен четвертий чоловік і кожна шоста жінка мають імовірність захворіти злоякісною пухлиною.

- Слід зауважити, що рак - це причина більш 15% всіх смертей в Україні і поступається лише смертності від серцево-судинних захворювань.
- Серед померлих від злоякісних пухлин 35% - особи працездатного віку.
- Злоякісні новоутворення є причиною 21 - 26% всіх випадків інвалідизації населення.

Аналіз динаміки захворюваності окремими нозологічними формами за останні роки свідчить про постійне зростання ураження населення на рак щитовидної залози (7,4% щорічно), рак передміхурової залози (6,0%). Досить швидкими темпами зростають раки ротової порожнини і глотки, які у чоловіків за темпами вийшли на перше місце. Ефективність лікування хворих злоякісними пухлинами в сучасних умовах залежить, головним чином, від їх ранньої та своєчасної діагностики. Фатальність онкологічної хвороби в найбільшій мірі обумовлена пізнім її виявленням. Тим не менше, стан діагностики злоякісних новоутворень залишається незадовільним. Лише 22% - 25% хворих на рак слизової оболонки порожнини рота потрапляють в спеціалізовані онкологічні установи з I - II стадіями захворювання. Ще гірше йдуть справи з виявленням злоякісних пухлин верхньощелепної пазухи. За даними Мухіна М.В., Кабакова Б.Д., Процика В.С., які не втратили актуальності до теперішнього часу, своєчасна діагностика цих пухлин була лише у 9,1% хворих. В останні роки розробляється автоматизована система обробки інформації про онкологічних хворих (АСОІ "Онкологія"), яка дозволяє своєчасно і повно використовувати на базі комп'ютерів дані онкологічної статистики як в області управління медичною службою, так і в плані наукової роботи. Таким чином, онкологічна служба побудована за диспансерним принципом і має суворо окреслені функції і завдання, спрямовані на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію онкологічних хворих, а також на диспансерне спостереження за ними після лікування. Слід особливо підкреслити, що враховуючи напружену онкологічну ситуацію в Україні, в систему протиракової боротьби повинні включитися не тільки онкологічні установи, а всі лікувально-профілактичні установи, у тому числі й стоматологічні.

Протиракова боротьба в Україні регламентується основними директивними документами по онкології:

- Наказ № 208 МОЗ України від 30.12.1992г. "Про заходи подальшого поліпшення і розвитку онкологічної допомоги населенню";
- Наказ № 10 МОЗ України від 22.06.1996г. "Про створення національного канцер-реєстру України";
- Відомча інструкція "Рекомендації за обсягом необхідних діагностичних досліджень при основних формах злоякісних новоутворень", затверджена МОЗ України в 1992р.
- Відомча інструкція "Інструкція по формуванню та диспансерному спостереженню груп підвищеного ризику щодо захворювання злоякісними новоутвореннями і хворих попередніми (передпухлинними) захворюваннями", затверджена наказом МОЗ України № 192 від 07.04.1986г.

Графічна схема Структура онкологічної служби в Україні



Таблиця 1. Десять найбільш поширених онкозахворювань в Україні за 2000 р. (у % до загальної кількості випадків)

Рангове місце	Чоловіки		Жінки	
	Захворювання	Відсоток	Захворювання	Відсоток
1	Рак легені	22,1	Рак молочної залози	19,3
2	Рак шлунка	11,0	Рак тіла матки	7,5
3	Рак простати	6,2	Рак шлунка	7,5
4	Рак прямої кишки	5,4	Рак ободової кишки	6,2
5	Рак ободової кишки	5,3	Рак шийки матки	6,0
6	Рак сечового міхура	5,0	Рак яєчників	5,1
7	Рак гортані	3,5	Рак прямої кишки	5,0
8	Рак підшлункової залози	3,5	Рак легені	4,5
9	Рак нирки	3,1	Рак підшлункової залози	2,9
10	Лейкемії	2,7	Лейкемії	2,4

Таблиця 2. Захворюваність на злоякісні новоутворення в Україні

Рік	1980	1990	2000	2020
Абсолютне число	119 058	157 922	160 000	~ 200 000
На 100 000 населення	238,3	305,2	325,1	~ 400,0

Питання на систематизацію і закріплення нового матеріалу

1. Дайте визначення онкології
2. Назвіть основні теорії розвитку злоякісних пухлин
3. Яка структура онкологічної служби в Україні?
4. Назвіть задачі онкологічних диспансерів
5. Яка сучасна ситуація з захворюваністю на злоякісні новоутворення в сучасній Україні?
6. Якими директивними документами регламентується протиракова боротьба в Україні?

ЗАГАЛЬНА ОНКОЛОГІЯ

Вузлові питання

1. Класифікація пухлин
2. Біологічні властивості доброякісних та злоякісних пухлин
3. Етіологія і патогенез злоякісних пухлин
4. Передракові захворювання
5. Профілактика онкологічних захворювань
6. Стадії перебігу злоякісних пухлин
7. Принципи лікування пухлин
8. Облік онкохворих

ПУХЛИНОЮ називається патологічне розростання різних тканин організму, яке в більшій чи в меншій мірі характеризується поліморфізмом у будові і відокремленістю від оточуючих здорових тканин.

КЛАСИФІКАЦІЯ ПУХЛИН

I. По клініко – морфологічному принципу:

1. Доброякісні пухлини – характеризуються повільним ростом, максимальною морфологічною сідністю з тканинами з яких вони походять, чітко відокремлені від оточуючих тканин капсулою, не мають тенденції до безкрайньої прогресії, інфільтративному росту і метастазуванню, безпосередньо не загрожують життю хворого.
2. Злоякісні пухлини – швидко ростуть, характерні клітковим атипізмом, схильні до безкрайньої прогресії, інфільтративного росту і метастазування, безпосередньо загрожують життю хворого.

II. По гістогенетичному принципу:

1. Епітеліальні пухлини:
 - а/ доброякісні – папілома – пухлина з плоского епітелію, - аденома – пухлина з залозового епітелію;
 - б/ злоякісні – рак (плоскоклітковий рак, недиференційований рак); карцинома /аденокарцинома/.
2. Пухлини із сполучної тканини:
 - а/ доброякісні – фіброма, ліпома, неврінома, остеома.

б/ злоякісні – саркома /фібросаркома, ліпосаркома, нейросаркома, остеосаркома/.

БІОЛОГІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ ДОБРОЯКІСНИХ ПУХЛИН

1. Відокремлені від оточуючих тканин капсулою
2. Ростуть повільно
3. Не проростають в сусідні тканини та органи
4. Не дають метастазів
5. Максимально схожі за будовою на тканини, з яких походять
6. Як правило, не загрожують життю пацієнта

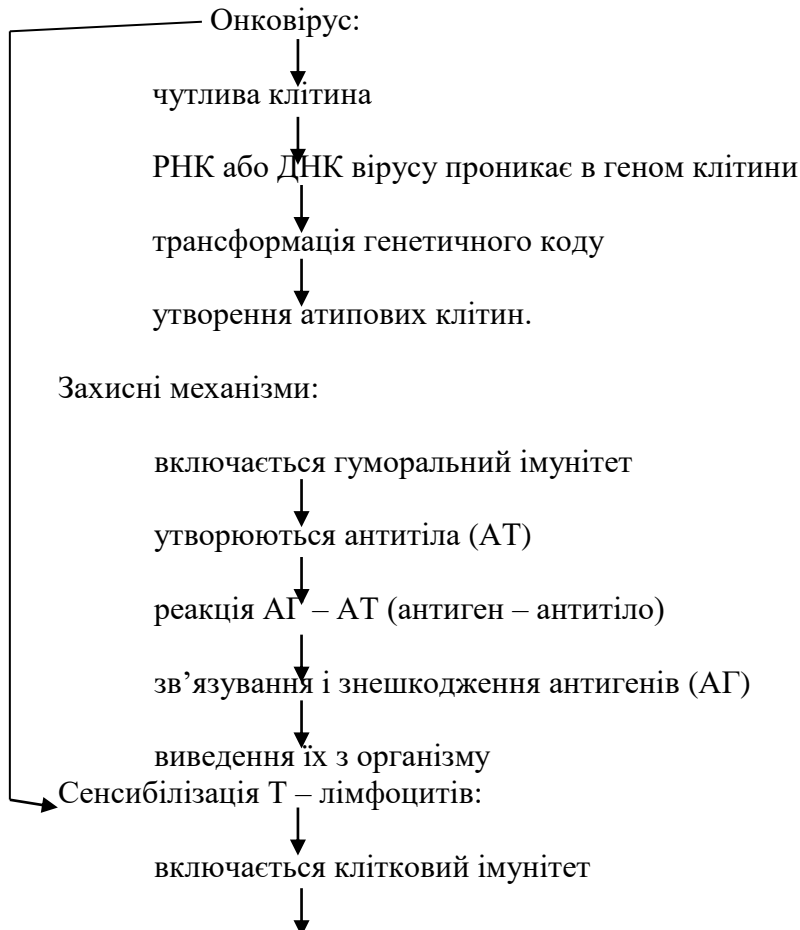
БІОЛОГІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН

1. Автономність, безконтрольність росту.
2. Анаплазія /клітковий атипізм/.
3. Інфільтративність – здібність пухлин вростати та руйнувати оточуючі здорові тканини.
4. Метастазування – основний спосіб розповсюдження пухлин: зв'язок між клітинами слабкий → відрив окремих клітин від основної пухлини → лімфо- або гематогенне розповсюдження → імплантація у віддалених органах та тканинах розвитку → дочірних пухлин – метастазів.
5. Прогресія – швидкий розвиток пухлинного процесу.

ЕТИОЛОГІЯ І ПАТОГЕНЕЗ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН

1. Вірусний канцерогенез

Захворювання викликають онковіруси. Думку про вірусну природу раку вперше висловив в 1909 р. І. І. Мечніков, розробив вірусну теорію в 1946 р. Л. А. Зільбер.



фагоцитоз
↓
руйнування атипових клітин
↓
виведення їх із організму.

2. Хімічний канцерогенез. Хімічні канцерогени дуже розповсюджені в навколишньому середовищі, більшість із них має антропогенне походження. Разом з тим ми не повинні гіперболізувати їх роль у патології людини, бо лише близько 100 сполук і виробничих процесів визнано канцерогенними для людей.

За хімічною структурою канцерогени поділяють на кілька груп. Найважливіші з них такі:

а) поліциклічні ароматичні вуглеводні. Канцерогенів цієї групи найбільше в тютюновому димі, відпрацьованих газах автотранспорту, у димі доменних печей, асфальті, відходах хімічних виробництв, у в'ялених і пересмажених продуктах.

б) ароматичні аміни й амідні. Ці речовини використовуються для забарвлення натуральних і синтетичних волокон, у поліграфічній промисловості, косметиці, кольоровій фотографії, для синтезу лікувальних речовин, інсектицидів. Канцерогенна дія амінів та амідів проявляється при введенні їх у травний канал, під шкіру або при змащуванні шкіри. Пухлини з'являються в органах, віддалених від місця введення, найчастіше – у печінці, сечовому міхурі, кишечнику, нирках.

в) нітрозаміни й нітрозамідні. Вони використовуються як антиоксиданти, пестициди, розчинники фарб, напівпродукти при синтезі барвників, ліків і полімерів. Канцерогенність їх для людини не доведена, але експериментальні дані викликають онкологічну настороженість. Доведена можливість синтезу нітросполук у шлунково-кишковому тракті людини з нітритів, нітратів, окислів азоту. Нітрити широко використовуються як консерванти харчових продуктів.

Практично всі хімічні речовини самі по собі не канцерогенні. Вони набувають цих властивостей після того, як потрапляють в організм і зазнають метаболічних перетворень. Звідси сформувався уявлення про так звані кінцеві канцерогени, які здатні взаємодіяти з макромолекулами клітин – ДНК, РНК, білками. Враховуючи роль ДНК у передачі спадкової інформації, найбільше уваги приділяють зв'язуванню канцерогенів саме із цією кислотою. Отже, канцерогени викликають точкові мутації в певних позиціях ДНК. Якщо ці мутації стосуються трансформуючих генів, тобто онкогенів, то запускається ланцюг подій, які призводять до малігнізації.

3. Радіаційний (фізичний) канцерогенез. До *фізичних канцерогенів* належать іонізуючі й меншою мірою – ультрафіолетові промені. Іонізуючі промені діють не прямо, а через утворення високоактивних вільних радикалів, які порушують структуру ДНК. Ультрафіолетові промені перешкоджають її репарації.

* *Сприяючим фактором для розвитку онкозахворювань є імунодепресія (природжена або набута).*

ПЕРЕДПУХЛИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ:

Передпухлинним станом /передраком/ називаються різні патологічні процеси, які передують розвитку злоякісної пухлини.

Розрізняють:

1. Облігатний передрак – який обов'язково рано чи пізно перейде в рак /сімейний поліпоз товстого кишечника, поліп шлунку, атрофічний гастрит, виразкова хвороба шлунку).
2. Факультативний передрак – який перероджується у рак в 1 – 5% випадків /келоїдні рубці, ерозія шийки матки, поліп цервікального каналу, трофічні виразки, що не мають тенденції до загоювання/.

Пацієнти з передраковими захворюваннями повинні перебувати на диспансерному обліку і 2 рази на рік проходити диспансерний огляд.

ПРИНЦИПИ ПРОФІЛАКТИКИ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ:

1. Запобігання розвитку надмірного клітинного росту з атипією епітелію шляхом проведення заходів, спрямованих на усунення дії шкідливих чинників зовнішнього середовища та створення оптимальних умов для перебігу фізіологічних процесів в організмі.
2. Своєчасне виявлення та адекватне лікування передракових захворювань.
3. Попередження прогресування вже виниклої злоякісної пухлини шляхом своєчасного раціонального лікування.

МЕДИЧНІ ПРОФІЛАКТИЧНІ ЗАХОДИ:

1. Профогляди працюючого населення – 1р. на рік.
2. Онкопрофогляди в порядку онкопильності – усіх звернувшись хворих фахівцями усіх спеціальностей.
3. Флюорографічні огляди населення – 1р. на рік.
4. Онкоогляди жінок – 2 р. на рік.
5. Підвищення медичної грамотності населення: санбюлетні, виступи в пресі, по радіо, телебаченню.

СТАДІЇ ПЕРЕБІГУ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН

Розрізняють 4 стадії в перебігу злоякісних пухлин:

- I ст. – пухлина до 2 см в діаметрі, в межах одного анатомічного шару, без метастазів.
II ст. – пухлина 2 – 5 см в діаметрі, проростає за межі одного анатомічного шару, але остається в межах органу, маються поодинокі метастази в регіональні лімфовузли.
III ст. – пухлина більш 5 см, що вийшла за межі органу, маються множинні метастази в регіональні лімфовузли.
IV ст. – велика пухлина з проростанням в сусідні органи, множинними регіональними і віддаленими метастазами.

З 1953р. розроблено Міжнародну класифікацію злоякісних пухлин по системі Т N M (Т – (tumor) пухлина; N – (nodules) – метастази в регіональні лімфовузли; M (metastases) – віддалені метастази): Т /0,1,2,3,4/, N /0,1,2/, M /0,1/. По системі TNM можна визначати тільки епітеліальні злоякісні пухлини /рак/.

ОБЛІК ОНКОХВОРИХ

Дуже важливим завданням онкослужби є обов'язковий облік онкохворих. Ця система вперше в світі була запропонована в СРСР в 1945 р. На кожного вперше виявленого онкохворого заповнюється повідомлення (ф. 090/о), яке в 3 – денний термін повинно бути відправлено в онкодиспансер.

Такий пацієнт ставиться на диспансерний облік (контрольна карта диспансерного нагляду ф. 030 – 2/о).

Якщо пацієнт проходив лікування в стаціонарі, на нього заповнюється виписка з медичної карти стаціонарного хворого на злоякісне новоутворення (ф. 027-1/о), яка пересилається в онкокабінет за місцем проживання.

Якщо у пацієнта при первинному огляді виявлено злоякісне новоутворення, на нього заповнюється повідомлення про хворого з у вперше в житті встановленим діагнозом раку або іншого злоякісного новоутворення (ф. 090/о)

Окремо підлягають обліку пацієнти з передраковими захворюваннями.

Для зручності обліку пацієнти розподіляються на клінічні групи:

I А – пацієнти з підозрою на злоякісну пухлину

I Б – пацієнти з передпухлинними захворюваннями і доброякісними пухлинами

II – пацієнти з злоякісними пухлинами, які підлягають спеціальному лікуванню, межі якого недостатньо визначені

II А – пацієнти, що підлягають радикальному лікуванню, успіх якого цілком імовірний /ранні стадії раку/

III – пацієнти, після радикального лікування, які не мають рецидивів і метастазів /практично здорові/

IV – запущені хворі, що підлягають симптоматичному лікуванню або паліативним операціям

ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН:

Успіх лікування злоякісних пухлин від стадії і ступеню диференціювання пухлини /чим менше диференційована пухлина, тим більша вона злоякісна/.

МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ:

1. Терапевтичне:
 - а/ променева,
 - б/ хіміотерапія
2. Хірургічне:
 - а/ радикальна операція – видалення пухлини разом з регіональними лімфовузлами,
 - б/ паліативна операція при запущеній, невидалимій пухлині. Направлена на полегшення стану хворого і усунення ускладнень.
3. Комбіноване – сполучення декількох методів.

ПИТАННЯ НА СИСТЕМАТИЗАЦІЮ ТА ЗАКРІПЛЕННЯ НОВОГО МАТЕРІАЛУ

1. Біологічні властивості доброякісних та злоякісних пухлин?
2. Що таке:
 - а/ папілома
 - б/ ліпома
 - в/ фіброміома
 - г/ аденокарцинома
 - д/ лімфосаркома
3. Як Ви назвете:
 - а/ доброякісну судинну пухлину
 - б/ злоякісну жирову пухлину
 - в/ злоякісну пухлину із залозового епітелію

4. На операції у пацієнта К. виявлено пухлину шлунку в діаметрі 3 см, в межах органу, з поодинокими метастазами в лімфовузли малого сальнику. Стадія перебігу пухлини? Клінічна група? Ваші пропозиції щодо лікування?
5. У хворого С. на рак гортані маєтся загроза асфіксії. Ваші пропозиції щодо полегшення стану пацієнта?

Методи діагностики та лікування пухлин. Реабілітація онкохворих. Медична етика та деонтологія в онкології

Вузлові питання

1. Методи діагностики пухлин
2. Хірургічне лікування пухлин, особливості догляду
3. Променеве лікування, особливості догляду
4. Хіміотерапія, особливості догляду
5. Хоспіси, їх роль у догляді занедбаних випадків злоякісних пухлин
6. Реабілітація онкохворих
7. Медична етика та деонтологія в онкології

Методи діагностики злоякісних пухлин

Застосування різноманітних методів діагностики необхідне для виявлення пухлинного процесу, визначенні його стадії і виборі тактики лікування хворих, що страждають онкологічними захворюваннями. У багатьох випадках для диференціальної діагностики необхідно провести кілька досліджень, використовуючи різні методи. При плануванні дослідження насамперед необхідно враховувати індивідуальні особливості пацієнта й особливості перебігу захворювання, а також знати принципи, можливості й обмеження кожного з методів, щоб забезпечити максимально ефективну діагностику і лікування. Тому вибір методу діагностики і тактики дослідження є одним з основних компонентів лікування онкологічних пацієнтів, а аналіз результатів крім відповіді на питання про наявність пухлини повинний сприяти одержанню інформації про тип пухлини, стадії пухлинного процесу і про залучення в патологічний процес суміжних з ураженим органом анатомічних структур. Для кваліфікованого й ефективного дослідження з застосуванням різноманітних методів діагностики, а значить і успішного лікування онкологічних хворих, необхідно тісна взаємодія онкологів, лікарів-рентгенологів, радіологів, лаборантів, гістологів, імунологів, лікарів функціональної діагностики та ін.

Консультація лікаря.

Першим істотним етапом у розпізнаванні злоякісної пухлини є консультація лікаря, який проводить огляд хворого, з'ясовує історію розвитку захворювання, зміну його проявів протягом часу (анамнез).

При опитуванні виявляється давність захворювання (поява первинних симптомів пухлини), динаміка росту пухлини. Ці дані допомагають розпізнавати візуальні форми рака: нижньої губи, шкіри, слизової оболонки порожнини рота, пухлини м'яких тканин, молочної залози. Пухлини внутрішніх органів чітких симптомів початку патологічного росту зазвичай не мають. Злоякісний ріст у них частіше починається на фоні хронічного запального процесу, без яскравих симптомів. Злоякісна пухлина, що вже виникла, в I і II стадії росту найчастіше безболісна, без яскраво вираженої симптоматики. Але ретельно зібраний анамнез

дозволяє і в цих випадках запідозрити початок злоякісного новоутворення. Академік О. І. Савицький описав ряд малих неспецифічних симптомів - "синдром малих ознак", одночасна наявність яких у хворого є специфічною для злоякісної пухлини. Це:

- 1) невмотивована слабкість, швидка стомлюваність,
- 2) схуднення,
- 3) анемізація (недокрів'я, що проявляється блідістю),
- 4) психічна депресія.

У залежності від локалізації процесу, як доповнення до перерахованих ознак, з'являються інші характерні ознаки. Наприклад, при раку бронхів - сухий надсадний кашель, повторні атипові пневмонії; при раку прямої кишки - почуття неповного її спорожнювання, хибні позиви і т.д.

Онкологи, що приймають первинного хворого, надають велике значення старанності збору анамнезу. Багато хто з них роз'яснює хворим значення анамнезу в постановці діагнозу і просить згадати всі зміни в стані функцій організму останнім часом. Однак, як і при інших захворюваннях, анамнез дає тільки орієнтовні дані і може привернути увагу на якийсь орган, де підозрюється пухлинний процес.

При огляді хворого лікар досліджує пухлину чи ділянку її передбачуваної локалізації; стан регіонарних і віддалених лімфатичних вузлів (шийні, пахові, пахові). При пухлині шкіри, губи, язика огляд ураженої ділянки проводиться за допомогою лупи. При підозрі на пухлину органів черевної порожнини обстежуються лімфатичні вузли малого таза. У жінок обов'язково необхідно проводити обстеження *per vaginum* (через піхву) і *per rectum* (через пряму кишку), у чоловіків - *per rectum*. Ці дослідження лікар-онколог може провести самостійно або направити хворого до фахівця гінеколога чи уролога.

Рентгенологічні методи

Рентгенографічне обстеження - є основним методом розпізнавання при пухлинах легень, шлунка, товстої кишки. Тому цей метод застосовується при обстеженні онкологічних хворих. Сучасна рентгенологія широко застосовує томографічне (пошарове) дослідження і з контрастуванням органа. За останні роки значно розширилося застосування спеціальних методів дослідження, таких як ангиографія, бронхографія, що підвищують ефективність діагностичних досліджень, які в основному виконуються в стаціонарі. Флюорографія, особливо великокадрова, відіграє велику роль у профілактичних оглядах населення.

Рентгенографічне обстеження є одним з основних, що проводяться з профілактичною метою.

**Кожна доросла людина повинна проходити профілактичні огляди з рентгенографією легень не рідше одного разу на рік.*

Маммографія - це спеціальне рентгенівське обстеження молочної залози з використанням невеликої дози рентгенівських променів. Маммографія допомагає знайти в тканині залози ущільнення, що важко визначити обмацуванням, а також інші зміни, що можуть вказувати на можливий розвиток пухлини ще до того, як що-небудь узагалі можна прощупати. Знімки виконуються при деякому стисканні

молочної залози. Це робиться для того, щоб зменшити дозу опромінення й одержати знімки більш високої якості. Зазвичай проводиться по два знімки кожної залози. У ряді випадків проводяться додаткові знімки. Обстеження краще проводити на 7-й - 10-й день від першого дня менструального циклу, коли груди менш болючі. Жінкам у менопаузі маммографія виконується в будь-який зручний час.

**Як правило, рекомендується, щоб кожна жінка після 45 років маммографію проходила щорічно (якщо лікар не рекомендує частіше).*

Комп'ютерна томографія. Серед методів, що дозволяють одержувати зображення різних ділянок людського тіла, комп'ютерній томографії (КТ) приділяється особливе значення, а саме роль стандарту. Якість КТ-зображення, а значить і його інформативність, залежать від фізичних характеристик і особливостей будови органа (щільності, концентрації електронів на одиницю маси й інші властивості біологічних тканин), а також від енергії використовуваного рентгенівського випромінювання. Перевагами КТ є більш висока в порівнянні з іншими методами візуалізації деталізація по контрасту, можливість одержати за короткий час велику кількість поперекових проєкцій, що особливо цінно для локалізації області, з якого надалі буде братися проба тканини для біопсії, а також для планування хірургічного втручання і наступної радіотерапії. Обмеженням методу КТ при дослідженнях внутрішніх органів є відсутність можливості одержувати зображення від великих ділянок у повздовжніх і фронтальних проєкціях. Цей недолік можна перебороти, використовуючи в ході дослідження спеціальні контрастні речовини.

Ультразвукова томографія (УЗД, сонографія)

Ультразвукова томографія - високоінформативний метод дослідження, застосовується для діагностики пухлин органів черевної порожнини (особливо печінки, жовчного міхура, голівки підшлункової залози) й заочеревинного простору (нирок, наднирників), малого тазу (сечового міхура, матки, яєчників, передміхурової залози), щитовидної залози, м'яких тканин тулуба і т.д. Під час дослідження також може бути виконана прицільна пункція пухлини. Останнім часом з розвитком сучасної апаратури велике поширення одержала доплеросонографія - УЗД-дослідження з використанням ефекту Доплера. При цьому стало можливим спостерігати напрямок і швидкість кровотоку в судинах органа чи патологічного утворення, що дає додаткову цінну інформацію про його будову. Оскільки ультразвукова томографія сполучає у собі високу інформативність із простотою й безпекою дослідження, вона широко використовується як обов'язковий метод дослідження при підозрі на рак будь-яких локалізацій для виключення наявності метастазів у внутрішні органи і, у першу чергу, печінку.

Ендоскопічний метод

Ендоскопічний метод дослідження завдяки досягненням сучасної електроніки й оптики набув вирішального значення для ранньої діагностики рака внутрішніх локалізацій: шлунка, стравоходу, товстої і прямої кишок, бронхів. Ендоскопічні апарати з волоконною оптикою (гастроскопи, інтестіноскопи, колоноскопи, бронхоскопи й ін.) дають можливість ретельно оглянути всю слизову оболонку внутрішніх органів, зробити цитологічне дослідження, а при необхідності - узяти шматочок тканини для гістологічного дослідження. Ендоскопічно можна оглянути

не тільки порожнинні органи, але і природні порожнини нашого тіла - грудну (плевральну) порожнину, черевну, порожнини суглобів, середостіння й ін. Огляд плевральної порожнини (торакоскопія) і черевної (лапароскопія) застосовуються для огляду зовнішньої поверхні внутрішніх органів.

Лабораторні дослідження.

Клінічні аналізи: аналіз крові, сечі, шлункового соку, калу необхідний у діагностиці первинного хворого. Наявність прихованої крові в сечі, калі, харкотинні є важливим симптомом злоякісної пухлини. Істотне значення має встановлення факту наростаючої анемізації (знекровлення). Біохімічні методи дослідження дають корисну інформацію при обстеженні онкологічних хворих. Хоча специфічних біохімічних змін в організмі онкологічних хворих не встановлено, при деяких пухлинах виявляються деякі характерні зміни. При дисемінованому раку передміхурової залози високий рівень кислої фосфатази встановлений у 75% хворих (однак при локалізованому раку - нижче 20%); при раку підшлункової залози - збільшення амілази (25%), при раку печінки - збільшення печінкової фракції лужної фосфатази. Велике практичне значення має виявлення високого рівня к-фетопротеїну при раку печінки, яєчка, різних тератокарциномах; карциноембріонального антигену - при раку товстої кишки; хоріонічного гонадотропіна - при хоріонепітеліомі матки і яєчка.

Біохімічні тести можуть виявити ендокринну секрецію пухлини і пояснити багато клінічних синдромів, обумовлених тканинспецифічною чи паранеопластичною ендокринною активністю. Виявляється високий рівень АКТГ, антидіуретичного, паратиреоїдного, тиреостимулюючого, фолікулостимулюючого, лютеотропного, меланостимулюючого гормону, еритропоетину; кортизолу, адреналіну, норадреналіну, інсуліну, гастрину, серотоніну і т.д. Біохімічні методи дозволяють з'ясувати вміст рецепторів деяких гормонів у пухлинній тканині (естрадіол, прогестерон, тестостерон, кортикостероїди). Такий аналіз роблять при біопсії або видаленні пухлини зі швидким заморожуванням тканини; результат дослідження корисний для вироблення лікувальної тактики (наприклад, при раку молочної залози й ін.).

Досягнення генетики і молекулярної біології останніх десятиліть відкривають у перспективі принципово нові можливості в діагностиці й лікуванні злоякісних новоутворень. Вплив конкретних генетичних порушень, що лежать в основі пухлинного росту, дозволив знайти специфічні молекулярні маркери. На їхній основі розробляються тести ранньої діагностики пухлин. В даний час сформувалося кілька напрямків використання молекулярних тестів в онкології. Самі методи діагностики ще повинні пройти клінічні випробування.

Цито-гістологічні методи

Цитологічний метод дослідження отримав заслужене визнання й поширення. Простота й доступність його використання в поліклінічних закладах, а головне - достовірність, дозволяють у багатьох випадках розпізнавати ранні форми злоякісного процесу. Уперше він був застосований для діагностики рака шийки матки. У мазках із стінок піхви були виявлені ракові клітини. В даний час цитологічний метод широко застосовується при дослідженні харкотиння хворих із підозрою на рак бронхів, легень, виділень із соска молочної залози і пунктату з пухлини, що дає можливість більш рано поставити діагноз рака молочної залози. Дослідження промивних вод шлунка, бронхів допомагає встановленню більш точного діагнозу. При підозрі на рак язика, нижньої губи, шкіри діагноз може бути

поставлений у найранішій стадії при використанні цитологічного дослідження відбитків звизрахованого місця.

Біопсія - видалення або скусування шматочка пухлини чи підозрілої на пухлину тканини для гістологічного дослідження. Вона буває тотальною, коли пухлина, або підозрілий на метастаз лімфатичний вузол видаляється повністю. Якщо для дослідження, висікається лише ділянка пухлини чи підозрілої на пухлину тканини - це інцизійна біопсія. Біопсію вперше у світі зробив у 1875 р. засновник патологічної анатомії у Росії М. М. Руднев. Широке застосування біопсія знайшла в онкологічних закладах, як один із достовірних діагностичних методів. Біопсія широко використовується в поліклінічних закладах при ендоскопічних дослідженнях прямої і товстої кишок, шийки матки й інших органів. Отриманий при цьому матеріал терміново передається в патологоанатомічне відділення або використовується на місці (для термінового гістологічного дослідження), або занурюється у фіксуючу рідину, якщо біопсійний матеріал направляється через якийсь час. Якщо матеріал для гістологічного дослідження отримують за допомогою спеціальної або звичайної ін'єкційної голки, біопсія називається пункційною. В онкологічних кабінетах і відділеннях поліклінік пункційна біопсія проводиться звичайною тонкою ін'єкційною голкою. Одночасно з отриманого шляхом аспірації (відсмоктування) матеріалу готується 1-2 і більше цитологічних мазки, що направляються в клінічну лабораторію до цитолога.

**При підозрі на меланому, на озлоякіснення пігментної плями чи пігментної бородавки біопсія, як правило, протипоказана.*

Новітні методи діагностики з використанням сучасних досягнень науки в галузях променевої, магнітної і ядерної фізики

Радіоізотопна діагностика. В онкологічній практиці застосовується метод сканування органів при підозрі їх на пухлинне ураження (первинне чи метастатичне). Метод контактної бета-радіометрії використовується в діагностиці меланом шкіри, при поверхнево розташованих пухлинах молочної залози, при хворобі Педжета.

Радіонуклідні методи. Радіонуклідні методи дуже перспективні (мається на увазі створення пухлинспецифічних мічених антитіл). В даний час для діагностики застосовують сцинтиграфію кістяка, мозку, легень; для характеристики функціонального стану - сцинтиграфію нирок, печінки.

Радіоімунологічне дослідження засноване на аналізі вмісту моноклональних антитіл у досліджуваних тканинах, дозволяє виявляти багато видів пухлин на ранніх етапах розвитку процесу, коли розміри пухлин малі. Тести на виявлення антитіл, специфічних для визначеного виду пухлин, дозволяють найбільше ефективно вирішувати проблему низької деталізації по контрасту між тканинами схлжої щільності, характерної для звичайних рентген-досліджень.

Магнітно-резонансна томографія (МРТ) - це метод одержання зображень, індукованих сигналом ядерного магнітного резонансу. Принциповою відмінністю МРТ від КТ є те, що при МРТ вимірюваною величиною є намагніченість ядер визначеного типу, що знаходяться у виділеному елементі об'єму, у той час як при КТ - коефіцієнт поглинання рентгенівського випромінювання різними біологічними тканинами. Клінічне застосування методу МРТ полягає у вивченні просторового розподілу ядер водню, фосфору і деяких інших елементів у тілі людини. Основною величиною, що реєструється у МР-дослідженні, є відгук

магнітних ядер на вплив перемінного магнітного поля, що залежить від щільності ядер і інших параметрів, специфічних для кожної ділянки тіла.

Переваги МРТ: метод дозволяє досягати винятково високого контрастування тканин, одержувати в ході одного дослідження зображення у всіх анатомічних проекціях, вивчати динамічні процеси, пов'язані з рухом біологічних рідин (крові, ліквору, сечі, жовчі), а також, завдяки застосуванню контрастних речовин, з високою точністю розрізняти навколопухлинний набряк і власне пухлину. До недоліків МРТ варто віднести досить високу (не тільки в Україні, але і в усьому світі) вартість дослідження, а також неможливість його проведення при наявності у пацієнта феромагнітних імплантатів.

ЯМР-спектроскопія in vivo. Історія ядерного магнітного резонансу (ЯМР) почалася з відкриття на початку 40-х років минулого століття фундаментального фізичного явища - магнітного резонансу. Протягом десятиліть багато аспектів його розвитку були пов'язані з дослідженням властивостей і структури різних хімічних речовин. Удосконалювання техніки дослідження розширювало коло розв'язуваних із застосуванням ЯМР задач і дозволяло досліджувати усе більш складні об'єкти, зокрема структуру біомолекул і їхньої функції в організмі на рівні клітин.

Одержувана in vivo біохімічна інформація, що характеризує рівень енергозабезпечення клітин і особливості метаболізму у виділеній ділянці будь-якої біологічної тканини, дозволяє онкологу одержати дуже цінні дані (що доповнюють МРТ-дослідження) про наявність і тип пухлини, ступень її злоякісності і схоронності органів і систем. Особливо значима метаболічна інформація, одержувана при динамічному дослідженні пацієнтів з онкопатологією: вона дає можливість поетапно оцінювати ефективність лікування, підбираючи дозу препарату чи променевого впливу, фіксуючи миттєві або віддалені реакції на проведену терапію.

Серед безлічі клінічних додатків методу МРС найбільша кількість відноситься до дослідження пацієнтів з пухлинами головного мозку.

Позитронна емісійна томографія (ПЕТ) є винятково ефективним методом клінічних досліджень пацієнтів з онкопатологією; його широке поширення в останнє десятиліття пов'язане насамперед з розробкою і технічним удосконаленням приладів, призначених для дослідження всього тіла. ПЕТ дозволяє одержувати унікальну інформацію про метаболічну активність пухлин і змінах метаболізму, пов'язаних із проведеною терапією. По швидкості й інтенсивності нагромадження ізотопомічених метаболітів чи спеціальних лікарських препаратів можна судити про біологічні особливості пухлинної тканини в порівнянні з тканиною інтактною, а також - що особливо цінне для онкології - оцінювати ефективність лікування і складати прогноз подальшого перебігу процесу.

Термографія. Це створення за допомогою спеціального апарату, чутливого до теплового випромінювання, зображення тіла людини, де різними кольорами відображаються ділянки з різною температурою шкіри. Термографічне дослідження молочних залоз дозволяє діагностувати ракове ураження в 80-87 % досліджуваних. Поєднання термографічного дослідження з рентгенологічним підвищує точність діагностики локалізації до 99 %. Термографічне дослідження ефективне при діагностиці рака щитовидної залози, при меланомі шкіри та ін.

Принципи лікування злоякісних пухлин

Розробка правильної стратегії лікування онкологічних хвороб має таке ж важливе значення для хворого, як і рання діагностика. Існують три основні методи лікування:

- хірургічний (оперативна онкологія);
- променева терапія;
- медикаментозна терапія - включає хіміо- і гормонотерапію (терапевтична онкологія).

Раціональна комбінація цих трьох методів дозволяє досягти найкращих результатів лікування.

Основи хірургічного лікування

Радикальні операції передбачають повне видалення пухлини і регіонарних метастазів, тому мають на меті вилікування хворого. Основними принципами радикальних хірургічних втручань є **абластика, антиабластика, зональність і футлярність**.

Абластика - це комплекс заходів, спрямованих на попередження поширення пухлинних клітин в операційній рані, а також із потоком крові і лімфи. До прийомів абластики належать: рання перев'язка судин (особливо венозних), що кровопостачають пухлину, видалення пухлини з навколишніми тканинами і регіонарними лімфатичними колекторами єдиним блоком, перев'язка трубчастих органів вище і нижче пухлини. Рівень абластичності можна оптимізувати, дотримуючись принципів зональності і футлярності.

Принцип **зональності** враховує особливості поширення первинного вогнища (T) і метастазування в регіонарні лімфовузли (N). Дотримання цього принципу вимагає від хірурга видалити пухлину в межах здорових тканин, тобто, відступати від видимого краю пухлини на певну відстань, а також виконувати при необхідності регіонарну лімфаденектомію.

Футлярність диктує необхідність видалення пухлини і метастазів в регіонарних лімфовузлах у межах анатомічних фасціальних-жирових і серозно-жирових футлярів як анатомічних бар'єрів, які обмежують поширення пухлини.

Антиабластика передбачає додатковий вплив на ракові клітини різними засобами з метою їх максимального знищення в процесі хірургічного втручання. Сюди відносять застосування електроножа і діатермокоагуляції, часта зміна рукавичок та інструментів, обробка операційного поля 70 % розчином спирту. До них також належить променева і цитостатична терапія, які застосовують додатково до операції.

**Порушення вказаних принципів значно знижує ефективність хірургічного лікування онкохворих.*

Паліативні операції розраховані на видалення основної пухлини, при цьому залишаються метастази, які технічно видалити неможливо. Після видалення основної пухлини зменшується інтоксикація, усувається джерело кровотечі, покращується загальний стан хворого. Паліативні операції не мають на меті вилікування хворого, вони лише покращують якість життя.

Симптоматичні операції усувають провідний симптом, не впливаючи на основну пухлину. Прикладом може бути формування гастроентероанастомозу при пухлинному пілоростенозі. В такий спосіб усувається основний симптом - блювання.

Післяопераційний догляд. Оперативні втручання, що виконуються з приводу пухлин, досить травматичні. Пацієнти, як правило, похилого і старечого віку, мають ряд супровідних захворювань. Тому велике значення надається догляду за хворими в післяопераційному періоді. Залежно від загального стану хворого, виду знеболювання, особливостей операції і спеціальних вказівок лікаря, медична сестра забезпечує певне положення хворого в ліжку. У перші години після наркозу, до появи чітких ковтальних рефлексів і відновлення тону мускулатури, не слід піднімати голову хворого (для запобігання западанню язика). У разі необхідності доцільно ввести повітровід. Пробудження хворих може супроводжуватись блюванням. Для профілактики аспірації блювотних мас потрібно повернути голову набік, очистити рот серветкою або відсмоктувачем. Якщо блювання продовжується, вводять аміназин (за вказівкою лікаря). Медична сестра повинна спостерігати за зовнішнім виглядом хворого, рахувати пульс, вимірювати артеріальний тиск, стежити за диханням, сечовипусканням, а також за станом пов'язки. Різке падіння артеріального тиску, що супроводжується пришвидшенням пульсу, холодним потом, блідістю, частим поверхневим диханням, може бути проявом післяопераційного шоку, кровотечі, слабкості міокарда, недостатності надниркових залоз. Помітивши такі симптоми, медична сестра зобов'язана викликати лікаря, який призначить відповідне лікування.

Якщо під час наркозу застосовувались міорелаксанти, то можлива **пізня зупинка дихання (рекураризація)**. Хворий стає в'ялим, не може підняти руку, дихання стає поверхневим. У таких випадках необхідна штучна вентиляція легень. У палаті для післяопераційних хворих повинен знаходитись апарат для штучного дихання, балон із киснем. В аптечці невідкладної допомоги, крім серцево-судинних засобів, повинен бути антидот релаксантів тривалої дії - прозерин, а також атропін, який попереджує сповільнення серцевої діяльності. Післяопераційна палата повинна бути обладнана апаратурою для подання зволоженого кисню.

Для зменшення болю після операції застосовують наркотичні аналгетики, дія яких триває протягом 4-5 годин. Якщо вводити їх чітко по годинах, то пацієнта можна захистити від болю майже повністю.

У першу добу після операції необхідний постійний контроль за **станом пов'язки**, кількістю і характером виділень з рани. Якщо в рані залишені дренажі, випускники, тампони і очікується просякання пов'язки, необхідно попередити про це хворого і вжити заходів для попередження забруднення білизни виділеннями з дренажів. При значному просяканні пов'язки, особливо кров'ю, медична сестра зобов'язана повідомити про це лікаря (можлива значна кровотеча).

У похилому і старечому віці після операцій на органах черевної і грудної порожнин при тривалому ліжковому режимі важливу роль відіграють активна

поведінка хворого, часта зміна положення, загальний масаж тіла, призначення бронхолітичних, серцево-судинних засобів та ін. Особлива увага надається **дихальній і лікувальній гімнастиці**. Хворому пропонують періодично відкашлюватись, притримуючи ділянку рани рукою, здійснювати щогодини 8-10 глибоких дихальних рухів, надувати гумові кульки тощо. Застосування лікувальної гімнастики сприяє відкашлюванню харкотиння, посилює кровообіг у легенях, а також значно покращує їх вентиляцію. **Увага!** Онкологічним хворим категорично протипоказані теплові процедури (гірчичники, компреси), оскільки це призводить до посилення росту пухлини. Для розрідження харкотиння і швидшого видалення його під час кашлю застосовують лужні інгаляції з трипсином, хімотрипсином, хімопсином. Добре зарекомендували себе періодичні інгаляції закису азоту з киснем у співвідношенні 1:3 за допомогою наркозного апарата. Цей захід сприяє зняттю больового синдрому і доброму відкашлюванню. На відміну від наркотичних анагетиків, ця суміш не пригнічує дихального центру. За можливістю, якомога раніше хворого піднімають з ліжка.

Увага! Після операції на органах черевної порожнини очисні клізми виконуються тільки за призначенням лікаря. Недотримання цього правила може призвести до неспроможності анастомозу і перитоніту.

Грізним ускладненням після операції є поява **пролежнів**. Частіше вони утворюються в ділянках крижів лопаток, кутів ребер, відростків хребців. Сприяє їх утворенню тиск на шкіру (нерівний або надто твердий матрац, складки постільної білизни тощо), вологість і забруднення шкіри. Ранні ознаки пролежнів - почервоніння і болючість шкіри, потім - мацерація ураженої ділянки, утворення виразок. Пролежні нерідко стають причиною різкого погіршення стану хворого, а іноді призводять до смерті від сепсису. Для попередження пролежнів медичний персонал повинен своєчасно розгладжувати складки білизни, змінювати положення хворого в ліжку, протирати шкіру камфорним спиртом, підкладати під крижі і лопатки гумовий круг. Пролежні значно легше попередити, ніж лікувати.

Важкохворим необхідно двічі на день проводити **туалет порожнини рота** і зубів антисептичним розчином (2 % розчин гідрокарбонату натрію, 0,3% розчин калію перманганату, розчин фурациліну). Для цього загортають язик в марлеву серветку і лівою рукою виймають його з рота. Пінцетом беруть змочений в антисептичному розчині ватний тампон, і, знімаючи наліт, протирають язик. Після цього змінюють тампон і протирають зуби з внутрішньої і зовнішньої сторін, користуючись шпателем. Рот прополіскують теплою водою.

Онкологічні хворі мають схильність до **тромбоутворення**. Активне ведення післяопераційного періоду покращує кровообіг, зменшує можливість утворення тромбів. Для профілактики цих ускладнень в день операції вводять антикоагулянти прямої дії (гепарин - по 5000 ОД 4 рази на добу; фраксипарин - 1 доза на добу).

При варикозній хворобі нижні кінцівки бинтують еластичним бинтом. Пацієнт перед операцією повинен знаходитись у ліжку декілька годин. За цей час набряк нижніх кінцівок зменшується або зникає. Бинтують кінцівки у висхідному напрямку від ступні до верхньої третини стегна. Кожний наступний тур бинта повинен перекривати попередній. Ступінь стиснення ноги повинен забезпечувати вільну циркуляцію артеріальної крові.

Велике значення для профілактики післяопераційних тромбофлебітів має боротьба із зневодненням організму. Тромбофлебіт може уражати глибокі і поверхневі вени. Хворі скаржаться на біль у кінцівці, набряк, появу щільних болючих тяжів по ходу вен. Особливо небезпечний тромбоз глибоких вен. Тромб, який утворився у вені, відірвавшись, з плином крові може потрапити в легеневу артерію і спричинити емболію її основного стовбура. Дрібніші тромби стають причиною інфаркту легені. Скарги на біль і швидко зростаючий набряк кінцівки повинні насторожити медичну сестру. Хворому призначають суворий ліжковий режим. Лікування тромбофлебіту зводиться до надання кінцівці підвищеного положення, накладання компресів гепариновою маззю. Застосовуються також антикоагулянти, антибіотики, антиагреганти (аспірин, курантил). У ході лікування необхідний постійний контроль за показниками згортальної системи крові.

Основи променевої терапії

Успіх лікування залежить від розмірів пухлини, ураження регіонарних лімфатичних вузлів і інших органів, форми росту пухлини, морфологічної будови (ступінь злоякісності), віку, загального стану хворого тощо. Променева терапія може бути призначена як основний і єдиний метод лікування або як додатковий до хірургічного чи хіміотерапії. В таких випадках мова йде про комбіноване лікування. Опромінення може здійснюватись у доопераційному або /і післяопераційному періодах. Променева терапія покращує результати хірургічного лікування. Інколи після опромінення первинно неоперабельної поширеної пухлини з'являється можливість провести резекцію органа або видалити її у межах здорових тканин. При призначенні післяопераційної променевої терапії акцент робиться на опромінення ділянки операції (операційного поля), а також зон регіонарного метастазування.

Побічні негативні реакції та ускладнення променевої терапії

Всі реакції організму на опромінення поділяються на загальні та місцеві.

Загальні реакції полягають у зміні морфологічного складу крові (лімфопенія, тромбоцитопенія), порушеннях серцево-судинної діяльності (тахіаритмія, гіпо- чи гіпертензія), функцій ендокринної та нервової систем. Це проявляється різними клінічними ознаками: порушенням сну, блюванням, тенезмами, кволістю, болем у ділянці серця тощо.

Місцеві реакції спостерігають у тканинах, які потрапили безпосередньо в зону опромінення:

- *Епіляція* (випадання волосся) розпочинається через три тижні після опромінення в сумарній дозі 5 Гр. Ріст волосся поновлюється через 8-10 тижнів.
- *Реакції з боку шкіри* проявляються у вигляді вологого епідерміту, гіперпигментації або депігментації. Названі реакції шкіри минають швидко.
- *Гостра еритема* - яскраво-рожева пляма з набряком дерми, болюча. Лікування: масляні емульсії, екстракт ромашки, мазь з антибіотиками і преднізолоном.
- *Ерозивний променевий дерматит*. Лікування: мазі, що стимулюють процеси регенерації.

• *Променеві виразки шкіри.*

За механізмами розвитку виразки шкіри і видимих слизових оболонок можна поділити на дві групи: 1) виразки або нориці, які виникли внаслідок розпаду пухлини; 2) виразки, які розвинулись як ускладнення променевої терапії.

Наявність виразки з некротичними нашаруваннями на шкірі або слизових оболонках, виділення ексудату з неприємним запахом, мацерація прилеглих ділянок шкіри, постійний ниючий біль - все це зумовлює страждання хворого і вимагає проведення низки лікувальних заходів переважно симптоматичного характеру. Симптоматична і паліативна терапія пухлинних і "променевих" виразок проводиться з метою:

- очищення виразкової поверхні від некротичних тканин;
- заходи з профілактики і лікування локальної інфекції;
- спроби прискорення епітелізації виразкової поверхні шляхом локального застосування цитостатиків (аплікаційний метод) або стимуляторів репаративної регенерації (особливо "променевих" виразок);
- дезодорація (при ускладнених виразках з великою поверхнею).

Очищення виразок від некротичних тканин можливе як механічним шляхом (туалет рани, некректомія), так і лікарськими засобами, з яких у першу чергу слід назвати ферментні протеолітичні препарати - трипсин, хімотрипсин. Найкраще вдається очистити виразку механічним шляхом із застосуванням 3 % розчину перекису водню і ватних тампонів. Після промивання рани одним із антисептиків (розчин фурациліну, риванолу) на рану кладуть марлеву пов'язку, змочену трипсином чи хімотрипсином у розведенні із розрахунку 25-30 мг на 10-50 мл 0,25 % розчину новокаїну. Можливий варіант нанесення на рану ферменту у вигляді присипки і прикриття її пов'язкою, змоченою фізіологічним розчином або 0,25 % розчином новокаїну. Перев'язки рани проводять щодоби.

У випадках великих виразок і наявності виділень з неприємним запахом необхідна дезодорація виразки. Вона включає в себе промивання виразки 0,5 % розчином перманганату калію з наступною аплікацією, наприклад, готової лікарської форми хлорофіліпту (1 % спиртовий розчин) у розведенні 1:5. Добре висушують виразку і ліквідовують неприємний запах присипки ксероформу.

Після очищення виразки для попередження і лікування інфекційних ускладнень доцільне локальне застосування розчинів антисептиків у вигляді примочок, полоскань, інстиляцій, ванночок тощо. Для цього використовують 0,5 % розчин оцтової кислоти, 0,1-0,5 % розчин перманганату калію, 0,0100-0,0005 % розчин фурациліну. Зручним є місцеве застосування антибіотиків у вигляді аерозолів - оксиклозолю, оксикорт-аерозолю.

Усунення інфекційних ускладнень виразкового процесу зазвичай призводить до припинення болю. Однак, якщо біль продовжує турбувати хворого, рекомендовані анагетика місцевої дії: 10-20 % розчин новокаїну у вигляді примочок, пов'язки з 5-10 % анестезиновою маззю, які змінюють кожні 8-12 годин.

Задовільний ефект у лікуванні пізніх променевиx виразок шкіри з наявним фіброзом та індуративним набряком прилеглих тканин отримано в результаті місцевого застосування димексиду. Завдяки своїй протизапальній дії й проникаючій властивості, цей препарат здатний призводити до розсмоктування фіброзних змін у товщі шкіри і відновлювати мікроциркуляцію в тканинах. Спосіб застосування: серветку, змочену 50-90 % розчином димексиду, прикладають до ураженого місця на 30 хв щоденно, протягом 2-3 міс.

За умови успішного видалення некротичних тканин і лікування інфекційних та інших ускладнень доцільне застосування препаратів, які стимулюють регенерацію тканин і прискорюють епітелізацію виразки. Особливо це стосується виразок, які розвинулись внаслідок опромінення. До таких засобів належать сік і лінімент алое, каланхое, масло шипшини й обліпихи, гель і мазь солкосерил, 10 % метацилова мазь, мазь "Пропоціум" (містить прополіс) тощо. Корисні аплікації масляних розчинів вітаміну А і токоферолу.

- *Ураження слизової оболонки рота.* Перед початком променевої терапії слід провести санацію зубів. Під час лікування може спостерігатись втрата смаку, сухість у роті, екзантеми, стоматит. Рекомендують полоскання рота протягом 8-10 днів екстрактом ромашки, розчином фурациліну.

- *Променевий пневмоніт і фіброз легень.*

Профілактика, лікування:

- відмова від куріння,

- інгаляції бронхолітиків,

- при необхідності - введення глюкокортикоїдів.

- *Променевий ентероколіт.* Клінічні прояви: нудота, блювання, метеоризм, тенезми, проноси, поява крові та слизу в калі. Лікування: колі- і біфідум- препарати, ферменти підшлункової залози, слизові відвари, дієта.

Про клінічні прояви побічних ефектів променевої терапії необхідно інформувати хворого з поясненнями, що зазначені симптоми не є ознаками прогресування хвороби.

Основи хіміотерапії злоякісних пухлин

Хіміотерапія злоякісних пухлин передбачає застосування лікарських засобів синтетичного чи природного походження з метою стійкого незворотного припинення розмноження злоякісних клітин. Протипухлинні препарати називаються цитостатиками. Найчутливішими до дії цитостатиків є клітини, які перебувають у фазі мітозу.

Класифікація цитостатиків:

I. Алкілувальні препарати (циклофосфамід, тіофосфамід, дегранол, сарколізін, бензотэф). Завдяки наявності БН₂-групи, вони вступають у взаємодію з

нуклеїновими кислотами клітини - реакцію алкілування, що призводить до порушення обміну і загибелі клітини.

II. Антиметаболіти (метотрексат, 5-фторурацил, фторафур, 6-меркап- топурин тощо. Селективно гальмують утворення ДНК у S-фазі, що зумовлює припинення поділу клітини і її загибель.

III. Антибіотики (адріаміцин, блеоміцин, дактиноміцин D, мітоміцин C, епірубіцин та ін.). Вони викликають порушення синтезу ДНК і РНК.

IV. Препарати рослинного походження (вінкристин, вінбластин, етопозид, колхамін) - мітотичні отруйні речовини, які блокують фазу мітозу клітин.

V. Інші протипухлинні препарати

а) ферменти (L-аспарагіназа);

б) тріазени (дакарбазин);

в) похідні сечовини (ломустин, гідроксисечовина);

г) комплексні сполуки платини (цисплатин, карбоплатин, платидіам);

д) похідні метилгідразину (прокарбазин).

Використання протипухлинних хіміопрепаратів супроводжується розвитком негативних побічних реакцій і ускладнень. Розрізняють 5 ступенів важкості (інтенсивності) побічної дії хіміопрепаратів:

- Ступінь 0 - нема змін самопочуття хворого і лабораторних показників.
- Ступінь 1 - незначні зміни, які не впливають на загальну активність хворого; незначні зміни лабораторних показників, які не потребують корекції.
- Ступінь 2 - помірні зміни, які негативно впливають на активність та життєдіяльність хворого, викликають помітні зміни лабораторних показників, що потребують корекції.
- Ступінь 3 - значні порушення, які потребують активного симптоматичного лікування, тимчасового припинення або відміни хіміотерапії.
- Ступінь 4 - важкий стан хворого, загрозливий для життя, що потребує термінової відміни хіміотерапії та проведення інтенсивного симптоматичного лікування.

Переваги і недоліки хіміотерапії

Переваги:

- Дія хіміопрепаратів поширюється на весь організм.
- Хіміопрепарати діють на невиявлені, "приховані" злоякісні клітини (це одне із завдань додаткової хіміотерапії).

- Можливість проведення хіміотерапії в амбулаторних умовах.

Недоліки:

- Вузький спектр терапевтичної дії (лише пошкоджуючий вплив).
- Низька доза цитостатиків не лише зменшує ефективність дії, але й може викликати посилений ріст пухлини.
- Передозування хіміопрепаратів у більшості випадків призводить до виникнення негативних побічних ефектів і ускладнень і, та ким чином, несприятливо впливає на загальний стан хворого й тривалість життя.
- Недостатня вибірковість дії цитостатиків, в результаті якої пошкоджуються здорові тканини організму.
- Відносно низький рівень антибластичної дії хіміопрепаратів.
- Хіміотерапію можуть проводити лише лікарі, які пройшли спеціальну підготовку.

Показання і протипоказання до проведення хіміотерапії

Показання:

- Дисемінований, первиннонеоперабельний або резистентний до опромінення рак.
- Швидко прогресуючі, низькодиференційовані пухлини. Ураження деяких внутрішніх органів і тканин (злоякісні лімфоми, дрібноклітинний рак легенів, метастази в плевру, очеревину, скелет тощо).

Протипоказання:

- Похилий і старечий вік.
- Важкий загальний стан і супровідні захворювання, передусім інфекційні (високий ризик проведення цитостатичної терапії).
- Психічні хвороби.
- Психічна лабільність, негативізм до проведення хіміотерапії.

Ускладнення хіміотерапії

- **Депресія кісткового мозку** (мієлодепресія викликана цитостатиками).

***Увага!** Під час проведення хіміотерапії необхідний частий (кожні 2-3 дні) лабораторний контроль за станом білої крові. Обов'язковий аналіз крові перед початком хіміотерапії. Якщо після попереднього циклу хіміотерапії картина крові повністю не нормалізується, то дози цитостатиків в наступному циклі можуть бути зменшеними. Нерідко призначають підтримувальну терапію або ж проведення хіміотерапії переносять на пізніший строк.*

При виникненні лейкопенії і тромбоцитопенії призначають глюкокортикоїди (преднізолон по 15-25 мг/д), стимулятори лейкопоезу (лейкоген, пентоксил, нуклеїнад натрію) і тромбоцито-поезу (батілол, дицинон, серотоніну адипінат), препарати, які посилюють згортання крові (вікасол, хлористий кальцій, амінокапронова кислота, аскорбінова кислота). Із заміною метою застосовують

трансфузії лейкоцитарної і тромбоцитарної маси. Для попередження розвитку вторинних інфекційних ускладнень призначають антибіотики широкого спектру дії. Для профілактики інфікування обмежують контакти з відвідувачами та іншими пацієнтами. Особливою ефективністю при корекції мієлодепресії відзначаються гемопоетичні фактори.

Лікування гемопоетичними факторами

Препарати, що належать до даної групи, називаються цитокінами. Це гормоноподібні поліпептиди, спроможні активізувати ріст і диференціацію стовбурових клітин кісткового мозку. Застосовуються для лікування і профілактики мієлосупресії.

Еритропоєтин регулює проліферацію і диференціацію клітин-попередників еритроцитів, впливаючи на мієлоїдний паросток кісткового мозку.

G-CSF (фактор, який стимулює колонію гранулоцитів) впливає переважно на нейтрофільні гранулоцити.

GM-CSF-лейкомакс - фактор, який стимулює колонію гранулоцитів і макрофагів.

Обидва фактори значно скорочують тривалість гранулоцитопенії, викликані хіміотерапією. G-CSF діє швидко, збільшуючи кількість лейкоцитів у крові. Лейкомакс починає діяти через добу. Лікування цитокінами значно зменшує ризик виникнення інфекційних ускладнень.

- **Підвищення температури тіла.** Трапляється порівняно рідко, переважно при застосуванні блеоміцину, кармустину, вінкристи- ну, L-аспарагінази. Рекомендують зменшення дози хіміопрепарату на 5 %, призначення антипіретиків (парацетамол).

- **Алопеція** (випадання волосся) найчастіше спостерігається після застосування адриаміцину, циклофосфану, метотрексату, фторурацилу. Алопеція, викликана хіміотерапією, є додатково вою психоорганічною травмою, особливо для жінок. Одним із заходів, що зменшує інтенсивність випадання волосся, є зменшення кровопостачання шкіри голови шляхом її охолодження за допомогою спеціального шолома. Охолоджувальний шолом накладають за 15 хв до внутрішньовенного введення цитостатиків і знімають через 2-3 год після проведення хіміотерапії.

- **Ураження шкіри** спостерігають при застосуванні блеоміцину і фторурацилу, в поодиноких випадках - при лікуванні цикло- фосфамідом і прокарбазином. Шкіра стає сухою, потовщеною і болючою. Некрози шкіри настають внаслідок потрапляння цитостатиків у прилеглі до вени тканини (паравенозне введення цитостатиків). Особливо небезпечним є паравенозне введення кармустину, вінбластину, вінкристину, мітоміцину С, актиноміцину D, доксорубіцину.

- **Стоматит і езофагіт** спостерігають при застосуванні метотрексату, адриобластину, фармарубіцину, блеоміцину, 5-фторурацилу. Ситуація погіршується після приєднання інфекційних ускладнень, особливо на фоні одночасного проведення променевої терапії ЛОР-органів. Продовження хіміотерапії можливе після повного загоєння уражень і припинення запального процесу. З лікувальною метою застосовують полоскання ротової порожнини антисептиками, змазування слизової оболонки метациловою, преднізолоною мазями.

Діарея при лікуванні хіміопрепаратами розвивається пошкодження епітелію слизової оболонки тонкої і товстої кишок і, як результат, порушення водно-електролітного балансу. Діарея спостерігається частіше після застосування антиметаболітів (фто-рурацил, метотрексат). Це ускладнення вимагає припинення хіміотерапії і призначення дієти (слизові відвари), антигістамінних засобів, полівітамінів, введення плазми, альбуміну.

Гепатотоксичну дію мають цисплатин, карбоплатин, цикло-фосфамід, метотрексат, 6-меркаптопурин, L-аспаргіназа. При показниках білірубину 20 - 30 мкмоль/л необхідно зменшити дозу препарату на 5 %, при 30-40 мкмоль/л - на 25 %. Одночасно призначають гепатопротектори, полівітаміни.

Кардіотоксична дія. Адріаміцин при збільшенні загальної дози до 550 мг/м² може спричинити серцеву недостатність. Цикло-фосфамід - кардіотоксичну дію при використанні великих доз, а також посилює токсичність адріаміцину (доксорубіцину). 5-фто-рурацил інколи викликає напади стенокардії. В групу ризику входять хворі похилого віку. Призначають ЕКГ, консультацію кардіолога.

Нефротоксичність. Застосування цисплатину може викликати незворотне ураження нирок, тому необхідне визначення кліренсу креатиніну і його рівень в крові перед початком лікування. Під час проведення лікування цисплатином потрібна гіпергідратація з наступним форсованим діурезом (4-6 літрів на добу), а також введення содових розчинів (рН>7,4). Заборонено одночасне призначення інших нефротоксичних препаратів (гентамі-цин, цефалоспорини тощо). Деяку нефротоксичність мають карму стин, ломустин, L-аспаргіназа).

Геморагічний цистит може розвинути після високих доз циклофосфаміду (>500 мг/м²). Профілактичне призначення уро-септиків, введення великої кількості рідини (до 2-3 літрів) зменшують його прояви.

Нейротоксичність. Вінкрестин має сильну нейротоксичну дію. Максимально дозволена доза - 2 мг внутрішньовенно. Настає зниження сухожильних рефлексів, потім - порушення чутливості і моторики. Нейросимптоматика триває протягом кількох місяців і нерідко стає хронічною. Прокарбазин може викликати порушення свідомості, депресію, парестезію, біль у м'язах. Категорично забороняють вживання алкоголю і седативних препаратів. При застосуванні фторурацилу інколи спостерігають мозочкові розлади (атаксія, запаморочення). Добова доза не повинна перевищувати 1,5 г. Цисплатин в деяких випадках викликає порушення слуху, пов'язане з ураженням внутрішнього вуха, периферійних нервів, судоми.

ХОСПІСИ

Госпіс або **хоспіс** (англ. *Hospice*) — медичний заклад, в якому перебувають важко хворі з прогнозованим детальним наслідком. В закладі працює переважно середній та молодший медичний персонал, доступ до пацієнтів відкритий для родичів та друзів. Основна мета перебування в госпісі — полегшити останні дні життя пацієнтів.

Паліативна медицина та лікування онкологічних хворих -- це система заходів, спрямована на надання медичної допомоги онкологічним хворим в занедбаній стадії захворювання. Вилікувати пухлину вже неможливо, залишається лише доглядати за

хворим, боротися із хронічним больовим синдромом, за умови мінімального використання наркотичних речовин. Догляд має поєднуватися з вирішенням комплексу духових та соціальних проблем. Сучасний хоспіс включає в себе догляд за безнадійно хворими, піклування про їхні сім'ї, підготовку кадрів, навчання персоналу та проведення наукових досліджень. В сучасних реаліях паліативної медицини все більше уваги приділяється саме догляду, психологічній підтримці хворого та їх близьких.

У 80-і роки ХХ століття в світовій медицині з'явився новий термін: паліативна медицина, паліативний догляд, паліативна допомога, паліативне лікування. У перекладі з латини слово «pallium» означає «покриття», «покрив». Тобто, мова йде про всебічну допомогу хворим, які страждають на прогресуючі захворювання на пізніх стадіях розвитку. Основне завдання паліативної допомоги: настільки можливо полегшити страждання пацієнтів, вирішити їх психологічні, соціальні і духовні проблеми. Протягом восьмидесятих років цей напрямок став окремим розділом клінічної медицини. Приблизно в той же час у багатьох країнах світу почали створюватися неурядові організації, метою яких стало сприяння в організації паліативного лікування, з'явилися медично-соціальні установи зі стандартам набором відповідних послуг.

Основні завдання паліативної допомоги:

- Забезпечення достойного завершення земного життя,
- Знеболення та пом'якшення інших симптомів, що турбують хворого;
- Підтримка у хворого прагнення до життя, визначення смерті як природного процесу,
- Психологічна та духовна підтримка хворого;
- Забезпечення системи заходів, що підтримують у хворого здатність якомога триваліше вести активне життя, аж до самої смерті;
- Забезпечення допомоги сім'ї хворого під час його хвороби, а також його кончини.

Людство завжди так чи інакше піклувалося про вмираючих, нужденних, бідних. Кожне суспільство та релігія проявляли своє милосердя по-різному, але його суть незмінна: дати притулок, нагодувати, обігріти, заспокоїти, підтримати. Ще в Київській Русі благодійність та милосердя вважалося обов'язковим для більшості членів суспільства – князі нерідко давали обіди бідним людям, при їх дворах жили «божі» люди. При кожному монастирі (а їх на наших теренах було чимало) обов'язково існували богадільні, де знаходили притулок хворі та знедолені. Монахи опікувалися цими людьми, лікували їх тіло і душу. Та лише у наш час ідеї милосердя і гуманізму мають шанс отримати систему стандартів, гарантованих кожному членові суспільства. Активно розвивається галузь, основним завданням якої є покращення якості життя та полегшення страждань невиліковно хворих.

У 1967 році в передмісті Лондона в притулку Святого Христофора Сесілія Сандерс організувала перший хоспіс сучасного зразка. У 1981 році Всесвітня Організація Охорони Здоров'я прийняла так звану Ліссабонську декларацію – перелік прав пацієнта, серед яких окремо виділено право на смерть з гідністю. У 1986 році ВВОЗ прийнято «сходінки знеболення»

У 1988 році для поширення ідеології паліативної допомоги була створена Європейська Асоціація паліативної догляду (ЕАРС). Нині ця організація об'єднує волонтерів, добровольців, усіх людей доброї волі, зусилля яких спрямовані на розробку підходів до паліативного лікування, соціальної роботи, культурних і антропологічних питань приречених хворих. Нині в організації понад 6000 постійних членів, що представляють багато країн та всі напрямки медицини, що стосуються догляду за пацієнтами з прогресуючими і термінальними формами раку та іншими захворюваннями. ЕАРС вносить значний внесок у суспільний розвиток, фокусуючи увагу на інформаційному обміні, на організації освітніх ініціатив та конференцій, об'єднуючи роботу професіоналів у цій галузі. Кожні два роки Асоціація збирає фахівців

На Європейському рівні перший конгрес з паліативного обслуговування проводився в Міланському університеті (Італія) 23-25 квітня 1988р.; Він став відправним моментом в історії створення ЕАРС. Завдяки ініціативі професора Вітторіо Вентафріда (Vittorio Ventafridda) і була заснована ЕАРС, до складу якої увійшли 42 члени. Ця подія сталася 12 грудня 1988 року. У 1990 році ВВОЗ публікує доповідь експертів «Знеболення при раку і паліативний рух» - таким чином паліативна допомога як самостійний напрямок діяльності отримує офіційне міжнародне визнання. В багатьох країнах починають створюватися перші національні об'єднання і асоціації хоспісної та паліативної допомоги: NHPSCO та IANPC (обидві США), ЕАРС (Італія), Help The Hospices (Великобританія). У 2002 році уже у восьми країнах розроблені та створені національні стандарти з надання хоспісної допомоги. У 2003 році Комітет Міністрів Ради Європи розробив рекомендації державам – учасникам організації паліативної допомоги.

Серед країн СНД першою почала розвивати напрям паліативної допомоги Росія. В 1990 році Віктор Зорза заснував Російсько-британську асоціацію хоспісів і видав книгу «Шлях до смерті. Жити до кінця». В тому ж році під Ленінградом відкрито Лахтінський хоспіс.

В Україні перші хоспіси - у Львові, Івано-Франківську, Коростені Житомирської області було відкрито за сприяння міжнародних організацій. Зараз в Україні є близько 20 хоспісів та центрів паліативної допомоги, що діють на різних засадах: державні, благодійні, комунальні. Звичайно, не всі вони відповідають міжнародним стандартам паліативного догляду. Але те, що вони є -- означає тільки одне: полегшення чийось страждань, виконання чийось останньої волі і чийсь спокій на останній земній дорозі.

Адже хоспіс це не просто, як дехто вважає, медичний заклад, куди госпіталізують важких околелічних хворих незадовго до смерті. Насправді, хоспіс – не стільки місце, скільки філософія, своєрідна ідеологія життя і смерті, поєднання зусиль суто медичних із зусиллями духовними. Це концепція всебічної допомоги, полегшення болю не тільки хворому, але і його родичам. В хоспісах важке захворювання розглядається під кутом страждань хворого та його найближчого оточення. В той же час ці страждання можна значно полегшити, якщо найближчі люди все знатимуть про стан хворого, доглядатимуть за ним. У діяльності хоспісу не обійтися без волонтерів, людей, які доглядають хворих не з обов'язку, а з людинолюбства, за покликом душі.

Реабілітація онкохворих

У зв'язку з успіхами в своєчасному розпізнаванні злоякісних новоутворень, організацією і впровадженням стрункої системи лікування хворих з онкологічними захворюваннями, розширенням арсеналу лікарських засобів змінилася картина результатів лікування хворих і значно покращився трудовий прогноз. На кінець 2006 р. на обліку онкологічних установ налічувалося 451,7 тис. хворих із злоякісними пухлинами, з них 86% віднесено до III клінічної групи, тобто практично здорових. Повернення до суспільно корисної праці цієї групи населення, питання визначення їх працездатності та раціональне працевлаштування є досить важливими в системі заходів, що включають в себе медичну, професійну і психологічну реабілітацію. Можливість реабілітації хворих слід враховувати вже при розробці плану радикального лікування хворих. Це, насамперед, стосується раціонального оперативного втручання, застосування якого дасть найкращі результати не тільки щодо позбавлення хворого від пухлини, а й дозволить сподіватися на збереження функціональних здібностей органу та відновлення працездатності. Тому украй важливо залежно від локалізації процесу, його поширеності і форми росту застосовувати адекватні методи лікування, оскільки міра працездатності хворого значною мірою залежить від об'єму хірургічного втручання. Тяжчі наслідки в сенсі відновлення функції спостерігають при операціях на вісцелярних органах, причому екстирпацію органу хворі переносять важче, ніж його резекцію. В арсеналі хірургічних втручань у хворих з онкологічними захворюваннями значно більшу питому вагу повинні зайняти резекції. Застосування розширених лобектомій при раку легені, черевно-анальних і внутрішньочеревних резекцій при раку прямої кишки субтотальних резекцій і кишкових вставок при тотальних гастректоміях і ряду інших сучасних операцій дозволяють поєднувати радикальне лікування зі збереженням здібностей організму до адаптації і відновлення порушених функцій. Вдосконалення методів діагностики злоякісних пухлин і звернення хворих до хірургів у більше ранніх стадіях захворювання дозволяють застосовувати втручання у більшого числа хворих і завдання полягає в оволодінні цими операціями хірургами загальнохірургічних відділень.

У наступне завдання по реабілітації цих хворих входить проведення заходів, спрямованих на попередження рецидивів і метастазів пухлини. Ця робота також починається ще при складанні плану лікування. Застосування комбінованих методів лікування, коли радикальне оперативне втручання доповнюється перед- або післяопераційною променевою або хіміотерапевтичною дією на пухлину, дозволяє провести операцію більше абластично і поліпшити віддалені результати.

Профілактику рецидивів і метастазів пухлини слід проводити упродовж усього життя хворих. Тут має значення застосування засобів і методів, що дозволяють підвищити захисні сили організму: імуностимуляторів, раціональних фізіотерапевтичних засобів санаторно-курортного лікування. У зв'язку з цим назріло питання про перегляд існуючих інструкцій, що забороняють санаторно-курортне лікування усім цим хворим, оскільки дослідженнями останніх років показана необґрунтованість такої тактики. Хворих, що отримали радикальне лікування з приводу злоякісних новоутворень, що не мають ознак рецидиву або метастазів пухлини, за відсутності серйозних функціональних порушень з боку внутрішніх органів необхідно направляти в санаторії, на курорти будинки відпочинку. При цьому слідує, поза сумнівом, приділяти особливу увагу вибору виду курортного лікування. Комплекс відновної терапії, що включає лікувальну фізкультуру, у тому числі і медикаментозне лікування, а можливо і гідротерапію дозволить хворим після мастектомії швидше відновити функцію верхньої кінцівки, зменшити число пізніх

післяопераційних ускладнень (контрактури плечового суглоба і лімфостаз). Рациональне дієтичне харчування хворих оперованих з приводу пухлини шлунку або кишкового, призводить до досконалішої адаптації до нових умов травлення. Для відповідної патології з обмеженнями для хворих з онкологічними захворюваннями. До цих обмежень відносяться повне виключення дії масивних ультрафіолетових опромінь, загальних теплових і грязьових процедур. Місцеві теплові процедури за свідченнями можливі якщо тепловій дії не піддається зона раніше ураженого пухлиною органу. Слід уникати напряду вилікуваних від пухлин на південні курорти у весняно-літній час, передусім, внаслідок надмірної сонячної радіації, можливості перегрівання і неминучої акліматизації, яка приносить у таких випадках шкоду хворим. Слід ширше використовувати можливості місцевих санаторіїв для долікування цих хворих. Важливим етапом реабілітації згаданих хворих є період адаптації організму до нових умов існування. У онкохворого окрім анатомо-фізіологічного пристосування велике значення має психологічна адаптація, а думка про приреченість хворого зляканою пухлиною є дуже негативним чинником. Роль лікаря-онколога, що лікує, в цьому питанні важко переоцінити, бо уміле виховання переконаності в сприятливому тривалому безрецидивному результаті і необхідності приносити користь сім'ї і суспільству надзвичайно важливе.

В період лікування, незалежно від його характеру, хворі із зляканими пухлинами визнаються працездатними і їм видається лікарняний листок відповідно до законодавства. Основні принципи визначення працездатності після закінчення спеціального лікування хворих зводяться до наступного: основна маса хворих, яким зроблено радикальне лікування, визнаються інвалідами II групи впродовж першого року після закінчення лікування; у подальші роки міра працездатності визначається з урахуванням ряду об'єктивних чинників, що грають первинну роль в подальшому прогнозі захворювання. До них відносяться: 1) вік хворого; 2) стадія розвитку пухлини до моменту лікування; 3) термін що пройшов після лікування; 4) характер лікування (радикальне, паліативне, комбінація різних методів лікування); 5) органне розташування пухлини і її локалізація; 6) ускладнень, викликаних застосуванням променевої або хіміотерапії; 7) дані гістологічного дослідження пухлини; 8) загальний стан хворого і характер розвитку пухлинного процесу до моменту огляду; 9) соціальних чинників (професія, умови праці і побуту). Вік у визначенні працездатності хворого грає велику роль у зв'язку з особливостями течії пухлинного процесу і відновлення захисних сил організму в різних вікових групах. Стадія захворювання є одним з вирішальних чинників у визначенні групи інвалідності. При ранніх формах раку (коли лікування досягається економною програмою), працездатність відновлюється в перші місяці після лікування. При запущених же формах новоутворень будь-які умови і види праці неможливі і хворі визнаються інвалідами II, а при подальшому прогресі захворювання - I групи інвалідності. Тривалий (5-річний) безрецидивний період після лікування є сприятливим чинником в оцінці працездатності хворого.

Характер проведеного лікування, використання тих або інших лікувальних способів, що відрізняються різною мірою травматичності, в цілому грають істотну роль в оцінці працездатності хворих. Паліативне лікування незалежно від того який безпосередній ефект, не дозволяє сподіватися на стійке лікування хворих. Це визначає тактику ЛТЕК, що встановлює в таких випадках II і I групи інвалідності.

Хірургічне лікування при дотриманні принципів радикалізму нерідко є великим втручанням, що нівечить, і вимагає значного терміну для адаптації організму до нових анатомо-фізіологічних умов. Тому при порожнинних операціях що особливо спричиняють за собою незручності перебування в колективі

(екстирпація прямої кишки), хворі є інвалідами II групи триваліший час. При визначенні групи інвалідності і працездатності хворих, що перенесли хіміо- і променевою терапію необхідно враховувати наявність і тривалість лейкоцитопенії, променевих реакцій і ушкоджень, а тих, що лікувалися гормонами - міру порушення функції надниркових залоз та ін. ендокринних органів. При ряду нозологічних форм злоякісних новоутворень (системні захворювання, рак молочної залози, передміхурової залози, семінома, рак яєчників, хоріонепітеліома та ін.) слід брати до уваги необхідність проведення повторних протирецидивних курсів хіміо-, гормонального і променевого лікування, оскільки це поза сумнівом відбиватиметься на мірі працездатності хворих.

Локалізація пухлини нерідко грає вирішальну роль в прогнозі захворювання. Як відомо, лікування раку легені, стравоходу, шлунку, печінки підшлункової залози все ще недостатньо ефективно. Тому ці хворі навіть в ранніх стадіях комісуються ЛТЕК як інваліди II і навіть I групи. Велике значення для визначення трудового прогнозу має локалізація пухлини в самому органі. При високому розташуванні ракового процесу в прямій кишці вдається виконати сфінктерозберігаючу операцію, що відносно трудового прогнозу є сприятливим чинником. При розташуванні пухлини в кардіальному відділі шлунку нерідко доводиться прибгати до гастректомії, що призводить до ряду обтяжливих порушень травної функції. При субтотальних резекціях шлунку, які виконуються при локалізації пухлини в дистальних відділах цього органу, такі порушення зустрічаються рідше. Особливо важливий при оцінці працездатності хворих облік морфологічних особливостей пухлини оскільки залежно від гістологічної форми пухлини можна припустити більше або, навпаки, менш сприятлива течія пухлинного процесу.

Велику роль грають соціальні чинники - професія, умови праці і побуту. Іноді навіть при таких відносно сприятливо протікаючих формах новоутворень, як рак шкіри і губи, хворі вимушені змінювати професію або місце роботи, щоб уникнути шкідливих дій посиленої ультрафіолетової радіації, обвітрення, дрібних травм. З іншого боку, при ряду професій (висококваліфікована розумова і творча праця) хворі повертаються до роботи безпосередньо після лікування, не проходячи ЛТЕК. Зважаючи на сприятливу дію на психіку повернення хворого до праці можна і повинно рекомендувати і дозволяти (за бажання хворого) повернення в колектив і суспільство з певними обмеженнями працездатності. Цьому повинні сприяти працевлаштування, перенавчання створення сприятливих умов для роботи - скорочений робочий день, робота в домашніх умовах та ін.

Реабілітація онкохворих, питання визначення їх працездатності і працевлаштування - це складний комплекс заходів, який необхідно послідовно проводити як в найближчому періоді після завершення лікування, так і упродовж подальших років щоб отримати найбільш сприятливі результати.

Усе викладене вище за особливість методичного підходу до забезпечення кваліфікованої експертизи тимчасової і стійкої непрацездатності при злоякісних новоутвореннях вимагають створення спеціалізованих онкологічних ЛТЕК або, як мінімум участі кваліфікованих онкологів при експертизі хворих на рак на загальних ЛТЕК.

Медична етика та деонтологія в онкології

Медична деонтологія - наука про лікарський обов'язок (грец. deon – обов'язок, logos - слово, наука). Вона являє собою сукупність етичних норм при виконанні медиком своїх професійних обов'язків і заснована на гуманізмі в його широкому розумінні.

Питання лікарської деонтології займають особливе місце в онкологічній практиці. Це пов'язано з тим, що при онкологічних захворюваннях самолікування практично не буває і одужання хворого цілком залежить від компетенції лікаря; страх населення перед злоякісними пухлинами особливо великий, поширена думка про безперспективність лікування. Актуальність деонтологічних питань в онкології обумовлена тим, що в більшості випадків навіть при початкових стадіях захворювання лікар не може бути впевнений у повномувилікуванні пацієнта. До питань деонтології відноситься правильне спілкування з родичами пацієнтів, організація роботи медичного колективу, правильний вибір оптимальних методів лікування, захист хворого від ненаукових способів лікування, відволікаючих від необхідного лікування, що часом завдає непоправної шкоди. В основі успішного рішення цієї проблеми провідна роль належить лікареві-онкологіві, його особі, професійній обізнаності. В онкологічній клініці знаходяться, в основному, хворі з важкою недугою. Працюючи з ними і віддаючи належне методам діагностики і лікування, онколог не має права забувати гуманну суть лікарської професії. Слово лікаря, що має у хворого авторитет, має дуже велике значення. В той же час, висловлений у присутності пацієнта сумнів, невпевненість інтонації, розгубленість можуть нанести збиток його взаємовідносинам з тим, кого він лікує

Завдання лікаря - заспокоїти пацієнта і психологічно підготувати до майбутнього лікування, вселивши віру увиліковність захворювання. Уміння добитися потрібного контакту з хворим вимагає певного досвіду, але часто залежить і від особистих якостей лікаря. Онкологічні хворі відчувають сильний емоційний стрес, пов'язаний з підозрою про можливість злоякісного новоутворення, необхідністю тривалого обстеження, перебуванням в стаціонарі, оперативним втручанням і очікуванням результату гістологічного дослідження, проведенням променевої, хіміотерапії. Емоційний стрес є поштовхом для запуску ланцюга нейроендокринних реакцій, що призводять до психосоматичних розладів. Завдання лікаря полягає в тому, щоб при спілкуванні з пацієнтом зменшити або нейтралізувати стресову реакцію. Це має позитивне значення для загального стану хворого, перебігу захворювання, подальшу трудову і соціальну реабілітацію.

Особливе значення має правильний психологічний підхід до хворого, це свого роду психотерапія вже на першому етапі контакту лікаря і пацієнта. Зміни в психіці пацієнтів проходять наступні стадії адаптації :

- стадія шоку після отримання інформації про захворювання;
- стадія заперечення, витіснення інформації;
- стадія агресії, пошуку причини хвороби;
- стадія депресії, невіри в лікування і допомогу оточення;
- стадія спроби змови з долею (звернення до нетрадиційних методів лікування, до релігії, дієта, голодування, гімнастика);
- стадія прийняття хвороби, переосмислення життя, виникнення нових цінностей.

Перераховані стадії не завжди слідуєть в описаному порядку, у кожного хворого тривають різний час, усі вони можуть існувати і одночасно. Психологічна

корекція повинна відповідати стадіям адаптації, стану пацієнта, його психологічним особливостям і плавно готувати його для переходу в наступну стадію адаптації. Онкологічне захворювання служить потужним стресом для самого пацієнта і його сім'ї, наслідком якого є психічна травма, не завжди пов'язана з фізичним самопочуттям хворого. Онкологічний хворий опиняється в складній життєвій ситуації: лікування вимагає мобілізації фізичних і душевних сил, тоді як хвороба, лікування і пов'язані з ними переживання призводять до значних психологічних, фізичних і біохімічних змін, які виснажують організм пацієнта. Психологічна допомога онкологічному хворому, включаючи психотерапію, надається під час лікування в стаціонарі і після виписки з нього, сприяє кращому пристосуванню до хвороби і подоланню наслідків, викликаних лікуванням.

До питання раціонального інформування пацієнта про істинний діагноз слід підходити індивідуально. У кожному конкретному випадку лікар вибирає єдино правильну лінію поведінки. Це визначається характером і стадією захворювання, психологічними особливостями хворого, його віком, професією, відношенням до пропонуваного методу дослідження і лікування, соціальним оточенням і соціокультурною приналежністю пацієнта, країни і нормами, що склалися в ній, традиціями і установками лікувальної установи, а також рівнем професійних знань лікаря. *У більшості випадків пацієнта не повідомляють про наявність у нього раку або іншої злоякісної пухлини, оскільки це викликає велику психологічну травму.* При бесіді лікаря з хворим, наприклад, раком шлунку на питання про діагноз можна сказати про виразку або поліп шлунку з проліферативними змінами клітин, про різновид пухлини або передпухлинне захворювання. До рук хворого не повинні потрапляти медична документація і дані, що підтверджують діагноз злоякісної пухлини. У присутності пацієнта дотримується обережності при аналізі рентгенограм і результатів спеціальних досліджень. У документах (довідках, виписках з історій хвороби), які видають на руки хворому злоякісним новоутворенням при виписці із стаціонару або при напрямі на обстеження і лікування, зазвичай вказується діагноз "органічне захворювання" шлунку, шкіри, молочної залози і так далі. Цими ж термінами користуються при огляді хворих із студентами і на обходах, уникаючи таких слів, як "рак", "саркома", "метастаз", "cancer", "занедбана форма захворювання", "III і IV стадії захворювання". Так, при зборі анамнезу, уточненні спадкової схильності питанню чи "були злоякісні пухлини у найближчих родичів"? можна віддати перевагу варіанту на "чим хворіли або від якого захворювання померли батьки, інші родичі"?. *Виключення може бути зроблене лише при недооцінці хворим серйозності положення і відмові від обстеження і лікування. У разі відмови хворого від радикального лікування з хорошим прогнозом ведеться розмова про можливий злоякісний процес.* Повідомлення істинного діагнозу - завдання тільки дуже досвідчених лікарів, що добре розбираються в людях, здатних стежити за їх реакцією і знаходити такі вирази, які несуть за собою мінімальну емоційне навантаження, не ранили пацієнта. Головним в правдивому діагнозі є прагнення лікаря підтримати в хворому надію. Для здійснення цього завдання корисна бесіда на тему прогнозу хвороби. Лікар змальовує перспективу лікування, виходячи з результатів наукових досліджень або ґрунтуючись на прикладах благополучних результатів такого ж захворювання у конкретних, відомих хворому людей. Діагноз можна повідомити тільки тоді, коли хворий до цього підготовлений, коли існує реальна можливість його зцілення або істотного продовження життя. Багато онкологів, зарубіжних і ряд вітчизняних, у взаємовідносинах з онкологічними хворими дотримуються тактики, орієнтованої на правду. *Це пов'язано з правовими аспектами цієї проблеми (людина має бути правильно орієнтована в стані свого здоров'я і має право на самостійний вибір*

методу лікування). Проте якої б точки зору не дотримувався лікар, головним є його прагнення підтримувати в хворому надію на одужання, наскільки це можливо. Торкаючись з позицій медичної деонтології профілактичних оглядів населення, диспансеризації і спостереження за групами осіб підвищеного ризику з метою раннього виявлення пухлин, слід пам'ятати про ту психічну травму, яку можна викликати випадково пущеним словом, і дотримуватися обережності у своїх висловлюваннях. Буває досить складно переконати хворого в доцільності повного клінічного обстеження в умовах онкологічної установи, і тільки дбайливий підхід, уважне відношення можуть понизити почуття страху, зменшити тривогу, створити сприятливі умови для обстеження і подальшого лікування. При напрямі хворих з підозрою на злоякісну пухлину на консультацію в онкологічний диспансер зазвичай пояснюють, що консультація онколога потрібна для виключення пухлини. Хворих, що підлягають спеціальній терапії, психологічно готують до думки про можливість операції або променевого лікування, не кажучи, проте, про це, як про беззаперечний факт, оскільки внаслідок поширеності процесу або супутньої патології лікування в спеціалізованій установі може бути знехтуване.

Ряд пацієнтів відмовляється від лікування, що може бути пов'язано зі страхом перед майбутньою операцією, зневірою в можливість лікування, представленням про можливість вилікуватися травмами або «домашніми» засобами. Якщо літній хворий побоюється за результат операції через супутню патологію, перенесені захворювання або колишній негативний досвід хірургічних втручань, йому пояснюють, що перед вирішенням питання про операцію буде проведено відповідне обстеження, лікування; особам з підвищеною збудливістю доцільне призначення бромідів, антидепресантів, транквілізаторів. Пацієнтів молодого віку лякає калічущий характер операції (накладання протиприродного заднього проходу, видалення органа). У таких випадках лікар, не розкриваючи істинного характеру захворювання, переконує хворого у відсутності інших можливостей лікування, в необхідності оперативного втручання, а також інформує про можливість виконання реконструктивно-відновлювальної операції, протезування. Ряд хворих, які дізналися або передбачають наявність у себе злоякісної пухлини, відмовляються від лікування, вважаючи захворювання невиліковним. У бесіді пацієнту пояснюють, що остаточний діагноз буде встановлений тільки після дослідження препарату під мікроскопом і якщо дійсно буде виявлений рак, то, безумовно, в ранній стадії, коли можливе повне лікування, а відмова від лікування призведе до втрати часу та поширенню процесу, можливість лікування в такому разі стане сумнівною. Відмова від терапії може бути пов'язана і з хорошим самопочуттям хворого, коли пухлина виявлена випадково на тлі повного здоров'я. Це обумовлено тим, що злоякісні новоутворення найчастіше, особливо на ранніх стадіях, протікають малосимптомно або безсимптомно, не страждає загальне самопочуття, і часом хворі неадекватно оцінюють свій стан. У такій ситуації пацієнт сподівається на помилку в діагнозі і не вірить в необхідність лікування (реакція заперечення). *Таким хворим роз'яснюють серйозність становища, говорячи про пухлину у вигляді припущення, і тільки в крайній ситуації про наявність пухлини, виявленої в ранній, виліковної стадії.* Відмова хворого від лікування розглядається як один з показників організації роботи лікувального закладу. У хворих, вилікованих від раку, нерідко спостерігається підвищена недовірливість, почуття тривоги, пригніченості; всяке порушення самопочуття трактується ними як рецидив захворювання. Лікар зобов'язаний уважно поставитися до пропонованих скарг, провести ретельний огляд, при необхідності використовувати інструментальні методи дослідження, щоб не пропустити рецидив захворювання або появи метастазів і заспокоїти хворого. Велику допомогу в цьому відношенні надає сприятлива обстановка в сім'ї. Інкурабельних онкологічних

хворих не існує. Хворі з занедбанними формами злоякісних пухлин підлягають симптоматичному або паліативному лікуванню, здійснюваному лікарями за місцем проживання хворого при узгодженні з онкологами. Якщо занедбаність процесу встановлена після обстеження і пробного лікування в стаціонарі, то пацієнту повідомляють про наявність будь-якого неонкологічного захворювання, яке або вилікуване, або підлягає подальшому лікуванню за місцем проживання. Взаємовідносини лікаря з родичами і товаришами по службі хворого - предмет особливого обговорення. Тут грають роль як психологічні аспекти, так і майнові, матеріальні та ряд інших факторів, які часом неможливо зважити за один раз. При цьому інтереси хворого виступають на перший план. *Найближчі родичі повинні бути правильно інформовані про справжній діагноз і версією, якої слід дотримуватися в розмові з хворим, а також про ризик оперативних втручань і прогноз.* Проте зустрічаються виключення з цього правила, особливо при розмові з чоловіком або дружиною, а інколи і з дітьми пацієнтів. Наприклад, ряд жінок, погоджуючись на оварієктомію, не хоче, щоб чоловік був інформований про деталі операції. Таке втручання розглядається як лікарська таємниця. У ряді випадків хворі просять не говорити про важкість свого стану родичам, прагнучи уберегти від переживань старезних або хворих членів сім'ї. Таким чином, це питання вирішується лише після ретельного аналізу взаємин хворого з людьми, що оточують його. *У випадку якщо у хворого вперше виявлена злоякісна пухлина, близькі повинні допомогти переконати його в необхідності лікування.* Звертається увага родичів на створення доброзичливого щадного мікроклімату в сім'ї, у тому числі і на віддалених термінах після радикальних операцій, підкреслюючи, що стресові ситуації, переживання, важкі психічні травми, навіть на віддалених термінах після лікування, можуть сприяти появі віддалених метастазів або виникненню пухлин інших локалізацій. Завданням родичів є навіювання хворому, вилікуваному від раку або страждаючому запущеними формами злоякісної пухлини, надії на сприятливий результат хвороби, збереження його психологічний врівноваженості. Родичі часто ставлять питання про можливу тривалість життя хворого, особливо за наявності віддалених метастазів. Конкретні терміни вказувати небажано. Точна відповідь в такій ситуації важко сприймається рідними, а природна помилка в ту або іншу сторону упускає авторитет лікарки. Лікарка має бути готовий відповісти і на питання про об'єм операції, можливу заразливість онкологічного захворювання. За винятком родичів і найбільш близьких хворому людей лікарка не має права розголошувати відомості про онкологічного хворого. *Сповідання знайомих і товаришів по службі пацієнта про все, що його стосується, порушує закон про лікарську таємницю.* Слід бути обережним відносно телефонних розмов з родичами, оскільки лікареві невідомо, хто знаходиться на іншому кінці дроту. У таких випадках пропонують особисту зустріч.

Уваги онкологів вимагають також хворі на канцерофобію. Канцерофобія – нав'язливий стан, що виражається в необґрунтованому переконанні в наявності злоякісної пухлини. Зустрічається в осіб, родичі або знайомі яких страждали злоякісними новоутвореннями, а також за наявності у хворого патологічних відчуттів або об'єктивних симптомів, схожих з ознаками злоякісних новоутворень. Такі пацієнти, як правило, пригнічені, недовірливі, затвердження лікаря про відсутність раку розцінюють як ознака недостатньої лікарської компетенції або як результат неухважного відношення. Діагноз «канцерофобії» може бути виставлений лише після всестороннього обстеження, оскільки скарги хворого інколи дійсно обумовлені злоякісною пухлиною.

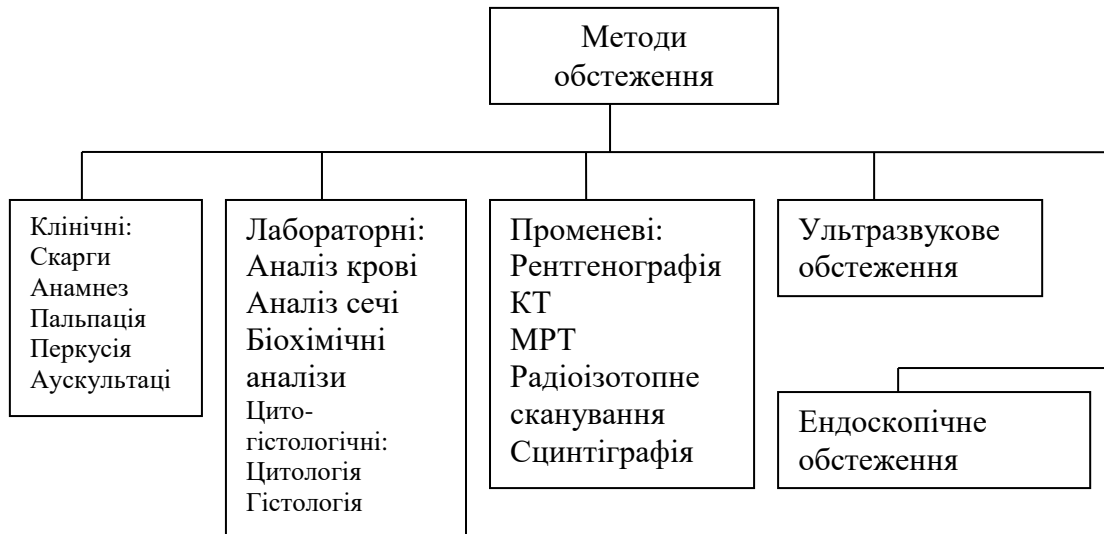
Актуальною є проблема ненаукового лікування в онкології. Частенько доводиться стикатися з різного роду "знахарями", які обіцяють онкологічним хворим або їх родичам лікування від злоякісних пухлин за допомогою трав або інших "народних" засобів. Більшість таких "цілителів"— це далекі від медицини люди, що наживають гроші на чужому нещасті, прагнучі придбати наукове ім'я. Своїми засобами вони відволікають хворих від справжнього лікування, а часом і шкодять, застосовуючи без підстав токсичні речовини (миш'як, аконіт, гас і так далі). У цій ситуації лікар-онколог повинен займати принципову позицію, оскільки дозвіл даної практики може привести до того, що до подібних "знахарів" звертатимуться хворі, яким можна допомогти сучасними науковими методами.

Онкологічні хворі часто бувають складними в постановці діагнозу і виборі методу лікування. Помилки діагностики можуть бути пов'язані з невисокою кваліфікацією і недостатньою увагою лікаря, відсутністю онкологічної грамотності, недостатньою оснащеністю лікувального закладу, а часто і дійсною складністю постановки діагнозу. При найменшому сумніві в діагнозі вдаються до консультації. Деонтологія диктує необхідність аналізу та широкого обговорення в медичних колективах помилок, допущених при постановці діагнозу та лікуванні хворих, оскільки це сприяє уникненню подібного в майбутньому. Про помилки, допущені в інших установах, які направили хворого в онкологічний диспансер, повідомляють в ці установи. Вибираючи конкретний обсяг діагностичних і терапевтичних заходів, лікар орієнтується на наступний принцип: «Оптимум діагностичних процедур та лікувальної допомоги при максимальному щадінні психіки хворого». Значення сучасних технічних засобів (ендоскопія, ультразвукова діагностика, комп'ютерна томографія та ін.) в медицині велике: вони дозволили значно скоротити терміни обстеження і зробити лікування більш своєчасним. Слід враховувати, що такі обстеження викликають тривогу у пацієнтів. Ця психологічна підоснова вимагає від лікаря такту і індивідуального підходу. Необхідно вміти підготувати хворих для дослідження, виявляючи увагу до їх психічного стану під час процедури. У питанні про те, хто повинен повідомляти хворому результати апаратних і лабораторних досліджень, перевагу доцільно віддавати лікуючому лікарю, бо тільки він, зіставивши клінічні дані та результати спеціальних методів дослідження, може зробити остаточний висновок та інформувати хворого про відсутність патологічних змін.

Робота онколога завжди зв'язана з переживаннями хворого. Чесно пройдена поряд з пацієнтом дорога пізнання не лише медичної сторони хвороби дає лікарю великий досвід душевної роботи. Але так само важливо для лікаря володіти умінням справлятися з власним стресом, що виникає в процесі лікування хворого, з тим щоб уникнути "синдрому згорання" і ефективніше реалізувати себе в роботі.

Дотримання правив деонтології в значній мірі залежить не лише від професійної підготовки лікаря, але і від його виховання, міри культури, делікатності і уваги до людини. Повна самовіддача, оптимізм, віра у величезні можливості людського організму дозволяють онкологів не пасувати перед труднощами і добиватися бажаного результату. Ці якості будь-який медичний працівник повинен розвивати і удосконалювати все життя, пам'ятаючи, що вершиною деонтології лікар-онколога є довіра до нього пацієнта.

Структурно-логічна схема Методи обстеження в онкології



Структурно-логічна схема Методи лікування в онкології



Питання на систематизацію і закріплення нового матеріалу

1. Дайте визначення: радикальній, паліативній, симптоматичній операції
2. Дайте визначення: області, зональності, футлярності, антибластичі
3. Які ускладнення променевої та хіміотерапії ви знаєте? Як з ними боротися?
4. Що таке хоспіси? Яке їх призначення?
5. Пацієнт К. пройшов радикальне лікування з приводу раку шкіри обличчя. Працював трактористом. Чи можна йому повернутися до колишньої роботи? Обґрунтуйте вашу думку.
6. На ФАП, де ви працюєте, подзвонив по телефону мужчина, що назвався братом хворого С., який був направлений вами в онкодиспансер з підозрою на рак прямої кишки і попросив назвати йому діагноз. Як ви відреагуєте на це прохання? Обґрунтуйте вашу думку.
7. Ви направляєте в онкодиспансер хворого на рак нижньої губи. Як ви напишете в направленні діагноз, виходячи з медико-етичних міркувань?

СПЕЦІАЛЬНА ОНКОЛОГІЯ

Пухлини шкіри

Епідеміологія

Рак шкіри (РШ) - це друга за поширенням (після раку легень) злоякісна патологія в Україні. Захворюваність на рак шкіри в 1992 році становила 30,9 випадку на 100 тис. населення, у 1997 р. - 39,1, а в 1999 році - 35,5. Щороку діагностується близько 17,5 тис. нових випадків раку шкіри, а смертність становить всього 1,5/100 000. Тобто 98,5 % хворих на рак шкіри виліковуються і це, без сумніву, є значним досягненням онкології. У Сполучених Штатах рак шкіри (понад 1,3 мільйона випадків щороку) не враховується при обчисленні загальних показників онкологічної захворюваності і смертності. Останнім часом це запроваджено і в канцер-реєстрі України. Захворюваність на рак шкіри дещо більша у жіночого населення України (37,9/100 000), ніж у чоловічого (32,7). У жінок він знаходиться на другому місці після раку молочної залози. Значне збільшення захворюваності відмічається, починаючи з 50-річного віку: від 40 випадків до 180/100000 у віці 70-74 років. А у віковій групі понад 75 років рак шкіри займає домінуюче положення серед усіх злоякісних захворювань у жінок. У чоловіків рак шкіри знаходиться на третьому місці, поступаючись ракові легень і шлунка. Спостерігається аналогічна картина росту захворюваності з віком: у 50-річному віці вона становить 40/100 000, у 70-74 роки - 210, а в 80 років - 312 випадків на 100 тис. чоловічого населення.

Етіологія та фактори ризику

1. Фізичні фактори: - інсоляція вважається основним канцерогенним фактором. Дев'яносто відсотків раку шкіри виникають у тих місцях тіла, які постійно або інтенсивно зазнають впливу сонячного опромінення; - іонізуюче та рентгенівське випромінювання є причиною розвитку раку шкіри у віддаленому періоді після опромінення (через 20 і більше років). Причому базальноклітинний рак (БКР) виникає в 75 % випадків, а плоскоклітинний рак (ПКР) - в 25%. Рентгеноасоційований рак шкіри характеризується торпідним перебігом і агресивністю (наприклад, професійний рак шкіри рук у рентгенологів); вугілля, вугільна смола, гудрон, асфальт - це виробничі канцерогенні фактори; миш'як: тривала виробнича експозиція з миш'яковистими сполуками сприяє розвитку хвороби Боуена, мультифокального базальноклітинного і плоскоклітинного раку, а також асоціюється з карциномами кишечника. Тверді, жовтого кольору гіперкератозні нашарування в ділянці підшв і долонь є ознакою хронічного контакту з миш'яком.
2. Хронічні неспецифічні і специфічні процеси з явищами патологічної регенерації: - хронічні запальні процеси: трофічні виразки, остеомієлітні нориці, тріщини і виразкування післяопікових рубців; специфічні процеси: дискоїдний червоний вовчак, туберкульоз шкіри, сифіліс, бульозний епідермоліз.
3. Факультативні передраки: - гіперкератози: старечий кератоз, фотохімічні або сонячні кератози (в 20-25 % випадків трансформуються в рак), шкірний ріг (10-12 % ризику переродження в карциному); - доброякісні новоутворення: папіломи, фіброми, фібропапіломи, кератоакантоми, аденоми сальних і потових залоз, бородавки, гемангіоми.

4. Облігатні передраки: - пігментна ксеродерма, - хвороба Боуена (Bowen), - еритроплазія Кейра (Queyrat).
5. Спадкові фактори: - пігментна ксеродерма (аутосомно-рецесивне захворювання). Діти з цією хворобою мають високий ризик розвитку БКР, ПКР і меланоми; - базальноклітинний невусний синдром (передається за аутосомно-домінантним типом) характеризується множинними ураженнями шкіри обличчя і тулуба вже в юнацькому віці.
6. Інші фактори: - вік понад 50 років; - білий колір шкіри, світле і руде волосся, голубі очі, схильність до швидкого загару; - імуносупресія, як наприклад після трансплантації нирок, є сприяючим фактором для розвитку раку шкіри і лімфом; - папіломавіруси людини (HPV): HPV типів 5 і 8 спричиняють бородавчату епідермодисплазію, на ґрунті якої може виникнути ПКР під впливом сонячного опромінення. Як правило карциноми шкіри зовнішніх статевих органів і перианальної ділянки асоціюються з HPV типів 16 і 18; - активація онкогенів Kiras, N-ras, Haras, стус; інактивація антионкогенів (p53).

Скринінг

Спеціально розробленої програми скринінгу в нашій країні немає. Однак кожний медичний працівник (лікар, фельдшер, медична сестра), здійснюючи елементарний огляд шкіри пацієнта, може запідозрити злоякісний ріст і цим сприяти своєчасній діагностиці. Та найбільш ефективним діагностичним методом є ретельне самообстеження всієї поверхні шкіри (перед дзеркалом), яке рекомендується здійснювати один раз на місяць. При виявленні навіть незначного ураження шкіри не займатись самолікуванням, а звернутись до спеціалістів: дерматолога, онколога.

Клінічні ознаки РШ

Рак шкіри, залежно від морфологічної структури, поділяють на базальноклітинний (БКР) і плоскоклітинний (ПКР). На базальноклітинну карциному припадає 75 % усіх злоякісних захворювань шкіри, 20 % - на ПКР, решта 5 % - на меланому, саркоми, лімфоми та ін. Базальноклітинний рак клінічно проявляється такими формами: - вузлова (нодулярна) форма переважно виникає на обличчі у вигляді воскоподібної папули з дрібними краплями чи судинною сіткою, які просвічуються через матову поверхню пухлини. Новоутворення, як правило, світлого чи світло-рожевого кольору. Для базаліоми характерно кратероподібне заглиблення в центрі, яке часто покрите кіркою. Пухлина поширюється як горизонтально, так і в глибину шкіри. З часом у ділянці заглиблення появляється виразка, яку валикоподібно охоплюють краї пухлини. Таким чином утворюється виразково-вузлова форма БКР. Прогресуюча базаліома інфільтрує м'які підлеглі тканини, проростає в хрящ, руйнує кістку, спричиняє арозійні кровотечі. Цей місцево-деструктивний тип базаліоми ("rodent ulcer") тяжко піддається лікуванню, часто рецидивує. Проте описані зміни відбуваються на досить тривалому проміжку часу (інколи декілька років), тому вчасна діагностика і лікування можуть перервати перебіг цього злоякісного процесу; - поверхнева форма БКР виникає на шкірі тулуба і голови, часто проявляються численними вогнищами (первинно-множинна карцинома), у вигляді коричневих сухих кірочок, лусочок, під якими знаходяться поверхневі ураження, що нагадують ерозії, які тривалий час не гояться. Такий тип базаліоми поширюється в більшості випадків горизонтально; - склеротична базаліома переважно уражає шкіру обличчя, дуже нагадує рубцеву тканину кольору слонової кістки, має чітко обмежені краї, плоска, щільна, дещо виступає над рівнем

шкіри. Гістологічно - вогнища злоякісних клітин знаходяться в склеродермоподібній фіброзній тканині. Цей тип БКР найчастіше рецидивує; -пігментна базаліома буває як поверхневою, так і нодулярною (необхідна диференційна діагностика з меланомою). Плоскоклітинний рак (ПКР) клінічно зустрічається у вигляді екзофітної форми росту (вузловий, грибоподібний), поверхневої та виразково-інфільтративної форми. Порівняно з БКР цей тип раку характеризується глибокою інфільтрацією шкіри, мікроскопічним площинним поширенням між шарами шкіри, "гіпертрофічним" виразкуванням, ураженням регіонарних лімфатичних вузлів і віддаленим метастазуванням (в 2-5 % випадків). Поверхневий ПКР проникає в глибину шкіри до початку ретикулярного шару, у той час як інфільтративний - захоплює всю товщину шкіри і підлеглу жирову тканину. На шкірі голови ПКР виникає в 75 % випадків, на руках - у 15 %, решта - в інших місцях (тулуб, нижні кінцівки; промежина: екстрамаммарний рак Педжета з ураженням вульви, мошонки, перианальної ділянки).

Діагностика

Діагностичний алгоритм: огляд, пальпація пухлини (визначається ступінь інфільтрації підлеглих тканин), пальпація регіонарних лімфовузлів, біопсія пухлини, інші методи обстеження (рентгенографія ОГК, УЗД). Верифікація діагнозу: - зскрібок скальпелем з виразково-ерозивної поверхні пухлини й приготування мазків для цитологічного дослідження: - мазки-відбитки з виразково-ерозивної поверхні; - аспіраційна пункційна біопсія пухлини (цитологічне дослідження); - ексцизійна або інцизійна біопсія пухлини (гістологічне дослідження); - аспіраційна пункційна біопсія лімфатичних вузлів при підозрі на метастази.

Інші методи обстеження:

- а) рентгенографія органів грудної порожнини;
- б) рентгенографія кісток у місцях глибокої інфільтрації тканин карциномою;
- в) УЗД (печінка, лімфатичні вузли);
- г) при локалізації карциноми в ділянці промежини - обстеження прямої кишки і шийки матки.

TNM класифікація раку шкіри : Т-первинна пухлина: Тх - первинна пухлина не може бути виявленою Т0 - немає ознак первинної пухлини Тis - карцинома in situ Т1 - пухлина розміром до 2 см Т2 - пухлина розміром 2 - 5 см Т3 - пухлина розміром понад 5 см Т4 - пухлина проростає в екстрадермальні тканини: м'язи, хрящ, кістку

Примітка

У випадку первинно-множинної карциноми категорія Т встановлюється за розмірами найбільшого ураження з відміткою в дужках кількості первинних пухлин, наприклад Т2(5). N - регіонарні лімфатичні вузли: Nx - регіонарні лімфатичні вузли не можуть бути визначеними N0 - немає метастатичного ураження лімфовузлів Ni - метастази в лімфатичні вузли M - Віддалені метастази: Mx - віддалені метастази не можуть бути визначеними M0 - немає віддалених метастазів Mi - віддалені метастази

Лікування

Хірургічні методи : висічення пухлини і оточуючих тканин в діаметрі 0,5-2 см. В наступному дефект тканин або загоюється самостійно, або виконується шкірна пластика. У західних клініках для висічення злоякісних пухлин шкіри застосовується так звана мікроскопічна хірургічна техніка за методом Mohs. Це спосіб висічення пухлини з одночасним гістологічним контролем (на кріостатних зрізах) горизонтального поширення пухлини по всіх шарах шкіри. Таким чином, можлива ще субопераційна корекція країв і глибини висічення. Хірургічні методи висічення найбільш ефективні у випадках вузлового росту карцином шкіри.

Деструкція пухлини: - електрокоагуляція здійснюється у випадках поверхневих карцином невеликих розмірів; - кріодеструкція: три сеанси “заморожування” на всю товщину шкіри зі самостійним розморожуванням ефективні при карциномах I стадії (100 %). Холодова деструкція клітин пухлини настає після їх охолодження (за допомогою рідкого азоту) до - 40°C і нижче. Кріодеструкцію не застосовують при склеродермоподібній формі БКР; - лазерна хірургія: під дією високоенергетичного лазерного випромінювання настає миттєве “випаровування” пухлини.

Операції при метастазах у регіонарні лімфатичні вузли (N11): - операція Ванаха (підщелепова фасціальна-футлярна лімфаденектомія) у випадках локалізації карциноми на шкірі обличчя; - пахвова лімфаденектомія (карцинома верхньої кінцівки та грудної клітки); - операція Дюкена (пахвинно-стегова лімфаденектомія) при локалізації пухлини на нижній кінцівці.

Променеві методи лікування

1. Близькофокусна рентгенотерапія (60-80 Гр) застосовується переважно при поверхневих та інфільтративних карциномах на першій і другій стадіях (лікувальний ефект становить приблизно 90 %).
2. Гамма-терапія (40-60 Грекв) призначається як самостійний метод, так і в комбінації з хірургічним при карциномах на стадіях T3-T4. 3. Фотодинамічна лазерна терапія (PDT) є методом вибору при множинному канцероматозному ураженні шкіри голови і тулуба.

Комбіновані методи лікування

Поєднання хірургічного, променевого та хіміотерапевтичного методів лікування.

Диспансерне спостереження

У перший рік після лікування пацієнти повинні оглядатись онкологом щоквартально, далі двічі на рік протягом чотирьох років, потім один раз на рік. При клінічному огляді звертається увага на стан післяопераційного чи післяпроменевого рубця (колір, ущільнення, ерозії), пальпуються регіонарні лімфатичні колектори, оглядаються інші ділянки шкіри. Щорічно призначається рентгенографія органів грудної порожнини, а у пацієнтів із високим ризиком появи метастазів у легені - двічі на рік. Підвищений ризик виникнення рецидивів буває у тих випадках, коли глибина інвазії пухлини перевищує 4 мм, якщо ж ПКР інфільтрував тканини на глибину більш ніж 8 мм, то існує високий ризик метастазування в лімфатичні вузли.

Більшість рецидивів і метастазів виникають у перші три роки після лікування. Тим часом нові вогнища раку шкіри появляються у 20-40 % пацієнтів. Виникнення рецидиву на місці променевої терапії вимагає хірургічних методів лікування. Рецидиви в ділянці післяопераційного рубця лікуються хірургічним або комбінованим методами.

Прогноз і профілактика

Загалом, 5-10-річне виживання при БКР становить 99 %, при ПКР - 94-99 %. Якщо виникають рецидиви, то для БКР цей показник зменшується до 96 %, а у випадках ПКР, де розвиваються ще й метастази, - виживання в межах 70-85 %. Несприятливі прогностичні фактори: величина пухлини понад 3 см, інвазія глибше ніж 4 мм, тривалість анамнезу хвороби більше одного року, низька диференціація, ріст пухлини чи поява рецидиву в ділянці рубців, периневральна інвазія, ураження шкіри вушних раковин.

Профілактика

Терапія ретиноїдами може попередити або відстрочити розвиток нових вогнищ базальноклітинного раку. Вона рекомендується також особам із базальноклітинним невусним синдромом. Вживання вітамінів С і Е, антиоксидантних препаратів необхідне людям старшого віку. Своєчасне лікування передракових станів шкіри та обмеження інсоляції - це найдієвша профілактика раку шкіри.



Базальноклітинний рак



Плоскоклітинний рак

Злоякісна меланома шкіри

Злоякісна меланома (меланобластома, злоякісний невус) - одна з найзлоякісніших пухлин людини, що виникає в будь-якому віці, нерідко в молодих людей, трохи частіше в жінок. Вона складає від 0,3 до 1 % до числа всіх випадків ракової хвороби. Захворюваність меланомою швидко росте протягом останніх декількох десятиліть і складає 2,5-10% від усіх пухлин шкіри, що виявляються. З'являється частіше у віці 30-50 років, з однаковою частотою в чоловіків і жінок.

Злоякісна меланома шкіри виникає з меланоцитів - клітин, що виробляють пігмент меланін, тому вона в більшості випадків має темне забарвлення, але може бути і безпігментною. Найбільш часто локалізується в шкірі (90%), рідко в

кон'юнктиві, хоріоїдальній оболонці ока, слизовій оболонці носа, порожнини рота, піхви, прямої кишки.

Середовищем для її виникнення нерідко служать уроджені пігментні плями - невуси, особливо такі що повторно травмуються, при розташуванні на спині, в ділянці надпліччя, на стопі або відкритих частинах тіла. Ще більш небезпечні меланоми, що розвиваються на фоні набутих пігментних плям, що з'являються у хворих у зрілому віці. Серед факторів ризику - значні дози ультрафіолетової радіації, сімейна схильність до меланоми, пігментна ксеродерма, меланоз Дюбрея. Ніколи не озлоякіснюються волосисті невуси - *якщо на пігментній пухлині видно ріст волосся, її не слід захищати до злоякісної.*

Діагностика.

Так само як і при раку шкіри, крім огляду через збільшувальне скло для уточнення діагнозу використовують радіоізотопне дослідження з фосфором, підвищене накопичення якого в пухлині підтверджує підозру про її злоякісність. На відміну від рака шкіри при меланомах не рекомендується робити пункцію або біопсію, тому що найменша травма може сприяти бурхливій генералізації процесу. Тому єдина можливість уточнення діагнозу - цитологічне дослідження відбитка з поверхні при наявності виразки. В інших випадках діагноз встановлюють тільки по клінічних даних. Для виключення наявності метастазів у внутрішніх органах використовують ультразвукове дослідження (УЗД), рентгенографію і комп'ютерну томографію (КТ).

Клініка.

У 50-70% випадків меланома шкіри виникає з пігментної родимої плями (невуса). Найчастіше зустрічається на шкірі голови, шиї, кінцівок. Часта локалізація пухлини в чоловіків - спина, грудна клітина і верхні кінцівки, у жінок - груди, нижні кінцівки. Найбільш небезпечний прикордонний (епідермальний) невус, що частіше зустрічається на шкірі мошонки, долонь, підшов. Ознаки озлоякіснення: збільшення розмірів, кровоточивість, зміна кольору - посилення, чи навпаки, ослаблення зафарблення, а також інфільтрація навколо і під основою невуса.

Клінічно злоякісна меланома виглядає як щільний пухлинний вузлик інтенсивно чорного, аспідного кольору, іноді з блакитнуватим відтінком. Рідше зустрічаються так звані безпігментні меланоми рожевуватого кольору, позбавлені пігменту вузлики. Розміри пухлини різні: від 0,5 до 2-3 см у діаметрі. Нерідко пухлина має ерозовану поверхню, що кровоточить, і ущільнену основу. Наявності таких явних ознак досить, щоб встановити діагноз простим оглядом (обов'язково через лупу!). Однак у ранніх стадіях злоякісна меланома виглядає більш безневинно, і потрібен великий досвід для того, щоб відрізнити її від доброякісного пігментного невуса.

Лікування.

Будь-які зміни невуса - збільшення, зміна кольору, виразка, кровоточивість - вимагають негайного хірургічного втручання. Краще провести більш радикальне лікування у випадку доброякісного невуса, ніж, недооцінивши картини,

неправильно лікувати злоякісну меланому. Аналогічна тактика рекомендується стосовно зростаючого нового пігментного утворення на колісах нормальній шкірі.

Існують два варіанти лікування меланом: чисто хірургічний метод і комбінований. Останній є більш обґрунтованим, оскільки після проведеного опромінення пухлину видаляють у більш абластичних умовах. На першому етапі лікування застосовують близькофокусну рентгенотерапію на пухлину, а потім до появи променевої реакції (на 2-3-й день після закінчення опромінення), або після її стихання роблять широке видалення пухлини, захоплюючи не менш 3-4 см здорової шкіри по окружності, усю товщу підшкірної клітковини і підлягаючу фасцію. Утворений раневий дефект зашивають рідкісними швами або закривають за допомогою шкірної пластики.

Злоякісна меланома дуже рано й швидко дає метастази в прилеглі лімфатичні вузли. Тому навіть при незбільшених лімфатичних вузлах у регіонарних зонах (зазвичай на шиї, у пахвовій ямці й у пахово-стегновій ділянці) вони підлягають видаленню. При наявності збільшених, підозрілих на метастазування лімфатичних вузлів проводять попереднє їхнє опромінення методом дистанційної гамма-терапії. В останні роки при злоякісній меланомі широко застосовують комплексне лікування, доповнюючи хірургічний і променевиї методи хіміотерапією.

Враховуючи те, що хірургічні втручання при меланомі роблять у поверхневих шарах тіла, особлива підготовка до них не потрібна. У післяопераційному періоді хворі дотримуються постільного режиму на термін, що залежить від місця операції, і за показаннями отримують протизапальну терапію (сульфаніламід, антибіотики).

Рецидиви злоякісної меланоми є прямим наслідком нерадикальних операцій. У подібних випадках найчастіше виявляються віддалені метастази одночасно з виявленням рецидиву чи навіть до його появи.

Чисто хіміотерапевтичне лікування застосовують у випадках розповсюджених форм, при наявності віддалених метастазів, використовуючи різні комбінації протипухлинних засобів, при цьому регресія пухлинних утворень спостерігається в 20-40% хворих.

Метастазування.

Як уже було сказано, злоякісна меланома здатна до дуже бурхливого метастазування не тільки лімфогенним, але і гематогенним шляхом. Метастазами найчастіше уражаються легені, печінка, головний мозок, а також нерідко спостерігають дисемінацію пухлинних вузликів по всій шкірі тулуба чи кінцівок.

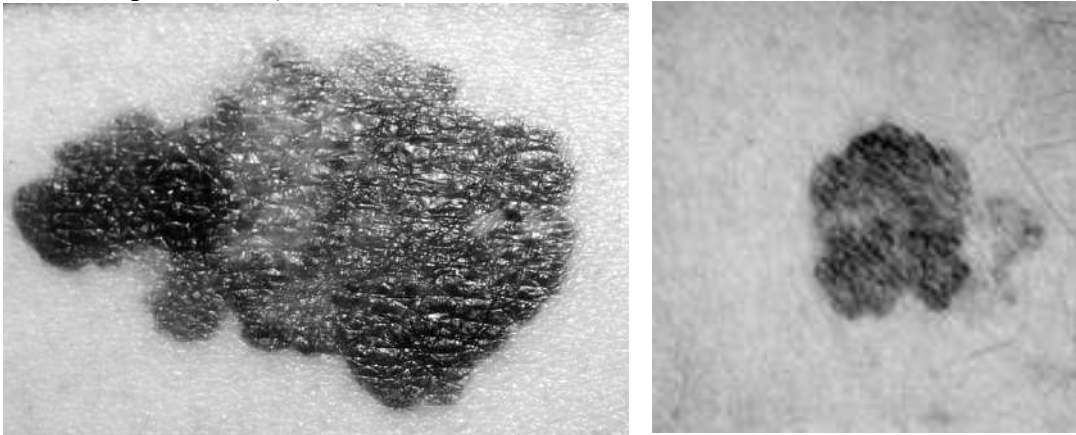
Варто мати на увазі й такий нерідкий варіант пухлини, коли хворий звертається з приводу збільшених лімфатичних вузлів тієї чи іншої ділянки. При ретельному опитуванні вдається встановити, що якийсь час назад йому з косметичною метою була видалена "бородавка". Ця безневинна "бородавка" була злоякісною меланомою, що надалі підтверджується гістологічним дослідженням вилучених збільшених лімфатичних вузлів.

Прогноз.

Прогноз для хворих із злоякісною меланою дуже важкий, залежить від своєчасного діагнозу. Після видалення меланоми шкіри можуть бути оцінені фактори, що впливають на прогноз. Особливу роль відіграє ступінь інвазії пухлиною різних шарів шкіри, розвиток метастазів. При ранніх стадіях інвазії 5-літня виживаність складає 60-80%. Крім ступеня інвазії шкіри, на прогноз захворювання впливають локалізація пухлини, наявність метастазів у регіонарні лімфатичні вузли й інші фактори. Велика частина хворих не доживає 5-літнього терміну, тривале видужання вдається отримати максимум у 30% хворих. Хворі з віддаленими або вісцеральними метастазами вмирають протягом 12 міс.

Профілактика.

Профілактика злоякісної меланоми зводиться до своєчасного видалення уроджених чи набутих невусів, що часто травмуються, а також до найсуворішої заборони видалення, припікання чи інших маніпуляцій, при різного виду родимках, бородавках та інших шкірних пухлинах. Варто мати на увазі можливість розвитку меланоми не тільки в шкірі, але й в інших органах (око, пряма кишка, жіночі статеві органи й ін.).



Злоякісна меланома шкіри

Передракові захворювання шкіри

Меланоз Дюбрея проявляється на відкритих ділянках шкіри у вигляді темно-коричневої, найчастіше фрагментованої плями неправильних обрисів, що розростається по периферії. Місцями пляма може ущільнюватися і перетворюватися у вузлик. Виразка є ознакою злоякісного переродження. Хворіють особи літнього віку.

Шкірний ріг — нашкірний виріст циліндричної форми сірого кольору; на кінчику з'являються сосочкові розростання, що нагадують голочки. Діаметр в основі може бути до 1 см, а висота — до 2 см.

Старечі кератоми розвиваються після 40 років (частіше в осіб після надмірного впливу ультрафіолетових променів) у вигляді рожевих плям, які швидко стають коричневими, з бородавчастими розростаннями на поверхні. З віком кількість плям збільшується, гіперкератотичні нашарування на їхній поверхні товщають.



Стареча кератома

Пігментна кератома

Шкірний ріг

Меланоз Дюбрея

Структурно-логічна схема Пухлини шкіри



Питання на систематизацію і закріплення нового матеріалу

1. Назвіть злоякісні пухлини шкіри
2. Які передракові захворювання шеєри ви знаєте?
3. Перелічіть методи діагностики: а) раку шкіри; б) меланобластоми
4. Якими методами лікують: а)рак шкіри; б)злоякісну меланому?
5. Який прогноз при: а) раку шкіри; б) меланомі?
6. Які методи профілактики: а) раку шкіри; б) меланобластоми?

Пухлини голови та шиї

Вузлові питання

1. Пухлини нижньої губи
2. Пухлини язика
3. Рак гортані
4. Рак щитоподібної залози

Епідеміологія. В структурі новоутворень нижньої губи, слизової оболонки порожнини рота, язика, гортані та щитоподібної залози (а власне про ці локалізації пухлин йтиметься далі) чільне місце займають злоякісні пухлини. Доброякісні пухлини трапляються рідко (в основному папіломи, кісти). Серед злоякісних пухлин зазначених локалізацій провідне місце займають епітеліальні пухлини (рак). Більшість із них (95 %) мають будову плоскоклітинного раку з ороговінням або без ороговіння.

Рак нижньої губи - злоякісна пухлина, що виникає з епітелію червоної облямівки нижньої губи. Йому, як правило, передують **передракові стани**, серед яких заслуговують на увагу дифузний і вогнищевий дискератози та папілома нижньої губи.

В основі **дискератозу** лежать дегенеративно-проліферативні зміни епітелію губи, які виникають внаслідок тривалого впливу атмосферних чинників (зміна вологості й температури повітря, сонячна інсоляція), куріння, хронічна травматизація губ.

Проявляється дифузний дискератоз сухістю червоної облямівки нижньої губи, її потовщенням, утратою блиску, шорсткістю, появою ерозій і тріщин. Вогнищевий дискератоз клінічно проявляється у вигляді продуктивної і деструктивної форм.

Продуктивна форма характеризується надмірним ороговінням, коли в одних випадках формується лейкоплакія (бляшка), в інших - ділянка гіперкератозу з шилоподібними, роговими виступами, які нагадують шкірний ріг.

Деструктивна форма характеризується появою на червоній облямівці губи ерозій, тріщин і виразок.

Діагностика дискератозу ґрунтується на даних біопсії. Лікування полягає у відмові від куріння, захисті губи від зовнішніх подразників (змазування захисними кремами), зміні умов праці. При вогнищевому дискератозі застосовують хірургічний метод - електровисічення, криодеструкція.



Дискератоз

Папілома - це розростання сосочків сполучної тканини, вкритих гіперпластичним епітелієм. Пухлина росте на ніжці, може мати й широку основу. Вона зберігає колір слизової оболонки, при значному роговинні може набувати білястого кольору. Розмір пухлини від декількох міліметрів до 2 см. Лікування - хірургічне.



Папілома

Клініка. Рак нижньої губи клінічно проявляється у вигляді круглого безболісного ущільнення (потовщення) з нечіткими контурами, яке виступає над рівнем слизової оболонки. З часом в центрі пухлини з'являється виразка з горбистим некротичним дном і гнійними виділеннями. Край виразки вивернутий, валоподібний. Нерідко на тлі продуктивного вогнищового дискератозу виникають дрібні папілярні вирости, які зливаються, перетворюючись на вкриту ерозіями пухлину, що нагадує цвітну капусту. Такі пухлини належать до екзофітних форм раку.

Деструктивні різновиди дискератозу є основою розвитку ендофітних форм раку нижньої губи (виразкової й виразково-інфільтративної). На місці тріщини чи ерозії виникає глибока неправильної форми виразка з нерівним дном і піднятим вивернутим краєм. Дно виразки і навколишні тканини пронизані пухлинним інфільтратом, який у деяких випадках значно перевищує розміри виразки. В пізніших стадіях спостерігаються некроз і розпад пухлини, виникає дефект губи. Прогресуючи, пухлинний процес переходить на нижню щелепу. Паралельно з розвитком первинного вогнища на губі виникають метастази в лімфатичних вузлах (підборіддя, підщелепної ділянки, шії).



Вузливата форма



Виразкова форма

Класифікація раку нижньої губи за стадіями TNM

T_{is} — преінвазивний (внутрішньоепітеліальний рак) T₁ — пухлина до 2 см у найбільшому вимірі T₂ — пухлина до 4 см у найбільшому вимірі T₃ — пухлина понад 4 см у найбільшому вимірі T₄ — пухлина, яка поширюється на сусідні структури (кістку, шкіру шії та ін.)

N₀ - немає ознак ураження регіонарних лімфовузлів

N1 — метастази в одному гомолатеральному лімфовузлі до 3 см в найбільшому вимірі

N₂ - метастази в одному гомолатеральному лімфовузлі до 6 см або білатеральні метастатичні лімфовузли до 6 см

N₃ - метастази в лімфовузлах понад 6 см

M0 — немає ознак віддалених метастазів M — наявні віддалені метастази

Діагноз раку встановлюють за даними огляду, пальпації, цитологічного і гістологічного дослідження пухлини і метастазів.

Лікування. Вибір методу лікування залежить від стадії і форми росту пухлини. У початкових стадіях (T₁^N₀M₀) проводять резекцію нижньої губи або близькофокусну рентгенотерапію. У стадіях, що характеризуються поширенням процесу, методом вибору є комбіноване лікування, яке здійснюють у два етапи: 1-й - променева терапія первинного вогнища; через 2-3 тижні - 2-й етап видалення регіонарних лімфатичних вузлів.

Особливості догляду. Після резекції нижньої губи протягом 1-2 доби необхідно попереджувати потрапляння на рану їжі і слини. Хворого слід навчити відсмоктувати слину, що накопичилась у присінку рота. Годування хворого здійснюють через тонку трубку.

Пухлини слизової оболонки порожнини рота та язика

Особливості клінічних проявів, перебігу та лікування новоутворень слизової порожнини рота зумовлені складною анатомічною будовою цієї ділянки.

Епідеміологія. Понад 50 % злоякісних пухлин припадає на рак язика, 20 % становлять пухлини дна порожнини рота. Рідше уражується слизова оболонка щік, твердого та м'якого піднебіння, альвеолярних країв верхньої й нижньої щелеп, піднебінних дужок.

До передракових станів належать хвороба Боуена (облігатний передрак), лейкоплакія, лейкокератоз, папіломатоз (факультативний передрак).

Хвороба Боуена проявляється наявністю на слизовій оболонці ротової порожнини блідо-рожевих або темно-червоних "повзучих" бляшок, чітко обмежених, овальної чи полігональної форми, які виступають над поверхнею слизової оболонки. Поверхня гладка або шорстка, можуть виникати бородавчасті розрощення, кірочки, виразки. З часом настає переродження в рак.



Лейкоплакія - це плоскі білясті ділянки слизової оболонки різноманітної форми, з гладкою поверхнею і збереженим блиском слизової, м'якої консистенції.



Лейкокератоз - розростання плоского епітелію, поверхневі шари якого мають тенденцію до ороговіння. Клінічно проявляється білястими плоскими ущільненнями, що виступають над поверхнею слизової оболонки. Поверхня має бородавчастий вигляд, можливі тріщини та ерозії.



Папіломатоз - сосочкові розростання сполучної тканини, вкриті багатошаровим плоским епітелієм. Епітелій папілом схильний до ороговіння, супроводжується запальними процесами, вираз-куванням, некрозом.



Особливу увагу слід звернути на **хронічні виразки і тріщини**, які виникають внаслідок подразнення погано пристосованими протезами, коронками, поранення слизової оболонки гострими пнями зубів, каріозними зубами. Тривале куріння, хронічні опіки слизової алкоголем, кислотами, гарячою їжею часто є передумовою виникнення передракових станів і раку слизової оболонки порожнини рота і язика.

Діагностика передракових станів ґрунтується на даних клінічного та морфологічного досліджень.

Лікування - хірургічний метод: висічення, кріодеструкція, електрокоагуляція патологічного вогнища. До лікувально-профілактичних заходів належать санація ротової порожнини, відмова від шкідливих звичок.

Рак язика

Епідеміологія. Рак язика - злоякісна пухлина, яка за частотою посідає перше місце серед злоякісних пухлин слизової оболонки порожнини рота. Виникає здебільшого на ґрунті лейкоплакії і хронічних виразок. Хворіють переважно чоловіки віком 40-50 років. Найчастіше ураження язика локалізується в середній третині його бокової поверхні і в корені.

Клініка. Ракові вогнища на язиці болючі на дотик і різко відрізняються своєю щільністю від навколишніх здорових тканин. Першою ознакою хвороби нерідко є поява щільного болючого інфільтрату, на поверхні якого пізніше з'являється виразка з виступаючим валоподібним краєм (рис. 17). Найчастіше уражується бокова поверхня органа. Пухлина може розвиватися також у вигляді папілярних розростань

або грибоподібного виступу (екзофітні форми). Інфільтративні й виразкові форми швидко прогресують, за декілька місяців можуть поширитися на половину язика і перейти за межі перегородки на другу половину. Метастазує рак язика у лімфатичні вузли підборіддя, підщелепної ділянки, шиї.



Класифікація раку язика за стадіями TNM така ж, як і при раку нижньої губи. **Діагностика** ґрунтується на даних огляду, пальпації язика, цитологічного й гістологічного дослідження біопсійного матеріалу.

Лікування. Найкращі результати дає комбінований метод. У I-II стадіях

раку язика ($T_1-2N_0M_0$) проводять передопераційну променеву терапію, через 2-3 тижні - гемірезекцію язика, ще через 2-3 тижні - видалення регіонарних лімфатичних вузлів. У III стадії ($T_3N_0M_0$ малорухома пухлина) показані променева терапія первинного вогнища і видалення регіонарних лімфатичних вузлів. Інколи застосовують розширену резекцію (висічення тканин дна порожнини рота, субтотальна резекція язика і резекція нижньої щелепи). У випадках за давньої хвороби (IV стадія) лікування має індивідуальний характер, частіше проводять паліативну дистанційну гамматерапію. В комплекс лікування входять також поліхіміотерапія (регіонарна і /або системна) з використанням метотрексату, адриабластину, блеоміцину, цисплатини.

Особливості догляду. Після резекції язика для годування хворого вводять постійний назогастральний зонд. В обов'язок медичної сестри входить контроль за надійністю фіксації зонда. Годування хворого проводять через лійку, під'єднану до зонда. Їжа повинна бути рідкою і теплою. Після закінчення годування лійку знімають, кінець зонда згинають і зав'язують.

Туалет ротової порожнини здійснюють кілька разів на добу шпателем, загорненим в декілька шарів марлі, змоченої розчином фурациліну.

Увага! Не слід докладати надмірних зусиль для зняття нашарувань фібрину в ділянці післяопераційної рани. Це може викликати прорізування швів і кровотечу.

Рак гортані

Епідеміологія. Рак гортані - злоякісна епітеліальна пухлина, яка частіше виникає у чоловіків віком 40-60 років. Захворюваність становить 4,4-4,6 на 100 тис. населення. До передракових станів належать папіломи і папіломатоз, фіброми і дискератози. Залежно від локалізації, пухлини поділяють на вестибулярні, пухлини голосових зв'язок і підскладкові.

Клініка. За характером росту пухлини розрізняють папілярну, вузлувату та інфільтративну форми. При ураженні вестибулярного відділу гортані (надгортанник,

псевдоголосова і черпало-надгортанна складки) хворі скаржаться на відчуття стороннього тіла в глотці, біль, який іррадіює у вухо.

Ураження голосових складок супроводжується захриплістю голосу і навіть афонією. При рості пухлини у підскладковому відділі настає порушення дихання. У пізніх стадіях хвороби можуть бути кровотеча, інфекційні ускладнення, порушення ковтання.



Класифікація. Деталізація категорії T наводиться окремо для кожного з відділів у спеціальних керівництвах. Категорії N і M, а також групування за стадіями, такі ж, як при раку нижньої губи.

Діагностика:

- фіброскопічна ларингоскопія (рис. 18, див. вкл.);
- комп'ютерна томографія гортані;
- морфологічне дослідження біоптату.

Лікування. Основними методами лікування раку гортані є променевий та хірургічний. Однак частіше застосовується комбінований метод (променева терапія + операція). Основним оперативним втручанням є ларингектомія з лімфаденектомією.

Особливості догляду. Спеціального догляду потребують хворі з трахеостомою (рис. 19). Вона може накладатись як після планових операцій з видалення гортані, так і в невідкладному порядку при пухлинному стенозі гортані. Суть операції полягає у введенні в просвіт трахеї через розріз на передній поверхні шії спеціальної дугоподібної пластмасової чи металеві трубки (рис.20). При правильно проведеній трахеостомії хворий повинен вільно дихати через трахеостомічну трубку. Всі явища стенозу гортані (утруднене дихання, ціаноз) зникають. Щоб виділення з трахеї через канюлю не забруднили рану, під щиток трубки підкладають марлеву серветку. Канюлю фіксують марлевою стрічкою, проведеною через отвори в щитку, навколо шії. Внутрішню трубку кілька разів на день виймають, очищають від слизу і харко-
Рис. 20. Трахеостомічні трубки. тиння, промивають у кип'яченій воді. Медична сестра повинна регулярно міняти і промивати внутрішню трахеостомічну трубку.

При необхідності через трахеостомічну трубку здійснюють активне відсмоктування слизу і харкотиння з трахеї. Для цього через канюлю обережно вводять тонкий катетер, зовнішній кінець якого під'єднують до шприца або відсмоктувача. З ліків найчастіше в трахею вводять антибіотики, а також трипсин, який сприяє розрідженню харкотиння.

Рак щитоподібної залози

Епідеміологія. Рак щитоподібної залози становить 1-3 % злоякісних пухлин. Найчастіше хворіють особи віком 30-60 років, переважно жінки.

Етіологія. Етіологічну роль у виникненні раку щитоподібної залози відіграють гормональні зрушення та іонізуюча радіація. Після аварії на Чорнобильській АЕС в Україні помітно зросла захворюваність на рак щитоподібної залози у дітей. У 10 % випадків рак виникає на фоні вузлуватого зобу.

Клініка. Однією з перших ознак раку щитоподібної залози є збільшення її розмірів і поява в ній щільного вузла. В одних випадках під час пальпації вузлів визначають їх чіткі контури й гладеньку поверхню, що свідчить про експансивний ріст і торпідний перебіг процесу; в інших - неправильну форму, згладженість контурів, малу рухомість, які характерні для інфільтративного росту. Існують приховані форми, коли першою ознакою хвороби є поява метастазів у регіонарних лімфатичних вузлах ший, а пухлина у щитоподібній залозі клінічно не визначається. У випадках давньої хвороби пухлина проростає навколишні тканини й органи, що зумовлює відповідну симптоматику: з'являються кашель, захриплість голосу, задишка, порушення акту ковтання.

Клінічний перебіг і прогноз часто визначаються ступенем злоякісності пухлини. Розрізняють диференційовані форми (фолікулярна й папілярна аденокарцинома), проміжні (медулярний рак) і недиференційований рак щитоподібної залози.

Віддалені метастази найчастіше з'являються в легенях і кістках.



Зовнішній вигляд



Макропрепарат

Класифікація раку щитоподібної залози за стадіями TNM

T₀ — первинна пухлина не визначається

T¹ — пухлина до 1 см у найбільшому вимірі, обмежена тканиною щитоподібної залози

T₂ - пухлина до 4 см, обмежена тканиною щитоподібної залози T₃ - пухлина понад 4 см, обмежена тканиною залози T₄ — пухлина будь-яких розмірів з поширенням за межі капсули щитоподібної залози

N₀— регіонарні лімфатичні вузли не уражені

N₁ — рухомі метастази у гомолатеральні лімфатичні вузли ший

N₂ — рухомі метастази в протилежні або білатеральні лімфатичні вузли ший N₃ — нерухомі метастази в лімфатичні вузли

M₀ — немає віддалених метастазів M₁ — наявні віддалені метастази

Діагностика раку щитоподібної залози ґрунтується на даних огляду, пальпації, цитологічного дослідження, радіоізотопного скенування, пневмотиреоїдографії. Швидкий ріст пухлини, її щільність, а також асиметрія і горбистість залози дають підставу запідозрити рак. Дані пункційної біопсії, наявність "холодної" зони на скенограмі, визначення дефекту наповнення на контрастній тиреоїдо-лімфограмі дають змогу підтвердити діагноз.

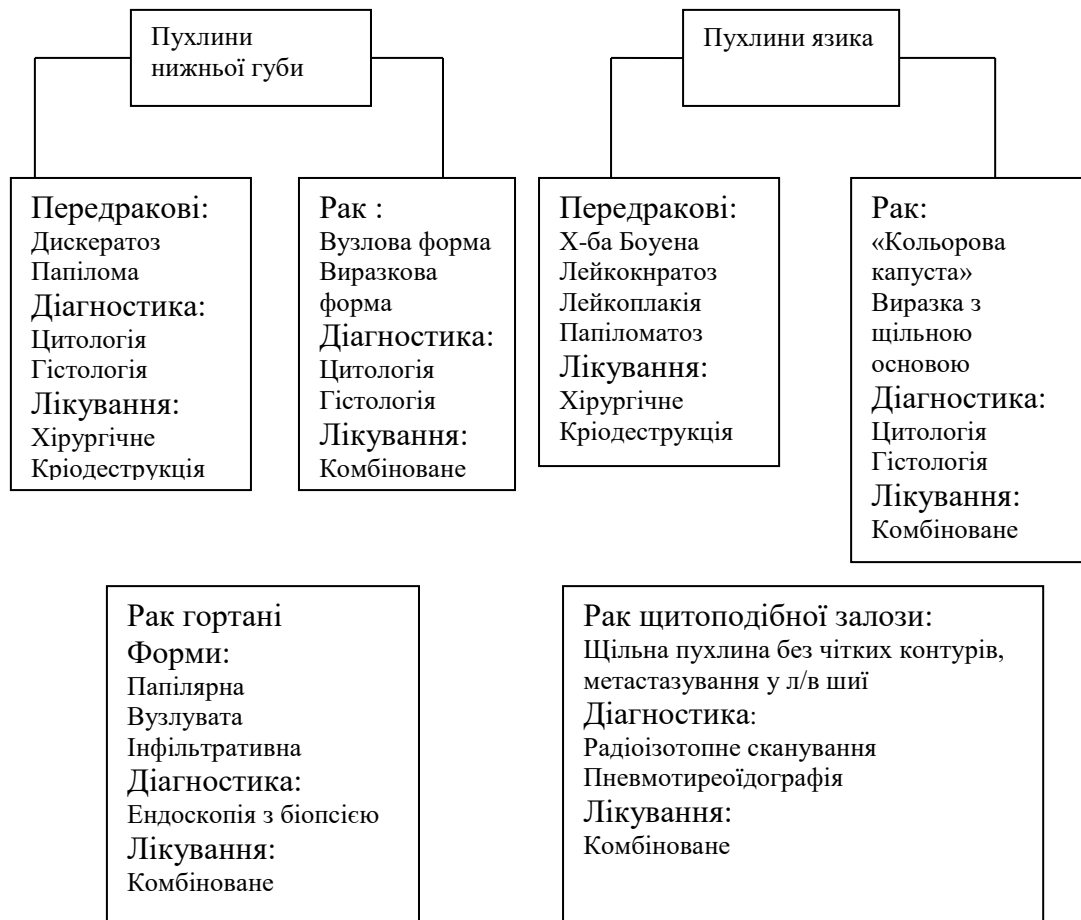
Лікування. Основним методом лікування раку щитоподібної залози є хірургічний (геміструмектомія, струмектомія). При поширеному місцевому процесі з наявністю регіонарних метастазів проводять перед- і післяопераційну променеву терапію, лімфаденектомію. У пізніх стадіях хвороби застосовують променеву терапію. Після хірургічного і комбінованого лікування призначають гормони щитоподібної залози (тиреоїдин, трийодотиронін, тирео-комб, L-тироксин) в індивідуальних дозах.

Особливості догляду. Одним із ускладнень, що виникає після струмектомії, є гіпаратиреоз. Він виникає гостро і супроводжується зниженням в крові рівня кальцію, підвищенням вмісту фосфору. Кальцій практично не виділяється з сечею. Якщо рівень кальцію в крові падає до 0,17 ммоль/л і нижче, розвивається тетанія. Тетанічні корчі охоплюють звичайно м'язи кінцівок (іноді тільки верхніх), обличчя, рідше - тулуба. Вони можуть поширюватися на м'язи глотки, гортані і діафрагми, викликаючи асфіксію. Часто розвиваються психози, переважно депресивного характеру. Нерідко тетанія нагадує напади епілепсії. Для зняття тетанічного нападу внутрішньовенно вводять 5-10 мл 10 % розчину хлориду кальцію. Для підтримання рівня кальцію одночасно з розчином хлористого кальцію вводять паратиреоїдний гормон. Основним завданням медичної сестри є динамічне спостереження за хворим (частота пульсу, артеріальний тиск, частота і характер дихання, колір шкірних покривів). При появі корчів чи порушенні дихання негайно повідомити лікаря, налагодити внутрішньовенну інфузію, ввести розчин хлористого кальцію, приготувати все необхідне для інтубації трахеї. Для попередження пошкодження зубів під час нападу між щелепами вставляють марлевий валик.

Питання на систематизацію і закріплення нового матеріалу

1. Назвіть передракові захворювання нижньої губи
2. Перелічіть симптоми раку нижньої губи. Які методи його діагностики та лікування ви знаєте?
3. Які передракові захворювання язика ви знаєте? Назвіть їх симптоми. Методи лікування?
4. Назвіть симптоми раку язика. Методи діагностики та лікування?
5. Перелічіть симптоми раку гортані. Методи діагностики? Принципи лікування?
6. Які симптоми раку щитоподібної залози ви знаєте? Методи діагностики та лікування?

Структурно-логічна схема Пухлини голови і шиї



Пухлини молочної залози

Вузлові питання:

1. Дисгормональні захворювання молочної залози
2. Рак молочної залози

Патологічні зміни в молочних залозах жінки відбуваються внаслідок порушення функції гіпофізу та яєчників, тому що сам розвиток та функція молочних залоз залежать від гормональної активності цих ендокринних органів. Онкогінекологія та мамологія як науки доповнюють одна одну і допомагають своєчасно виявити та оздоровити гіперпластичні процеси і рак молочних залоз на ранніх стадіях розвитку. В молочній залозі можуть мати місце різноманітні патологічні процеси і давати різні клінічні прояви, що часто затрудняє діагностику захворювання, тому звичайна пальпація молочної залози часто не допомагає у встановленні діагнозу, необхідно застосувати такі додаткові методи, як мамографія, пункційна або ексцизійна біопсія.

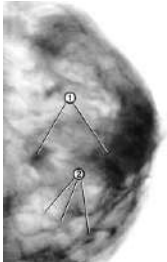
Рак молочної залози (РМЗ) протягом останніх років займає перше місце серед захворюваності та смертності жінок в розвинених країнах світу. Тому роль гінекологів в профілактиці раку молочної залози та своєчасному виявленні захворювань залози, які можуть бути причиною виникнення раку, ще більше зростає, якщо вони будуть виконувати безпосередню функцію: огляд та пальпацію молочних

залоз у всіх жінок, які звертаються за допомогою, або профілактичні огляди. Лише за такої умови можна різко знизити захворюваність на рак, тому що будуть виявлені передракові або дисгормональні захворювання, які своєчасно вилікують. Проте не слід розглядати гінеколога лише як технічного виконавця (він повинен не тільки виявляти захворювання молочної залози, але вміти лікувати її дисгормональні захворювання).

Дисгормональні захворювання молочної залози

Серед захворювань молочних залоз основне місце належить дисгормональним гіперплазіям. Із патологічних змін гормонального характеру в молочних залозах найчастіше спостерігаються різні форми мастопатії.

Виділяють дві основні форми мастопатії: дифузну та вузлову. Найчастіше зустрічається **дифузна мастопатія**, при якій уражується вся залозиста чи сполучнотканинна частина або молочні ходи. Проявляється захворювання больовими відчуттями в молочних залозах за кілька днів до початку місячних. Поступово біль стає постійним та інтенсивнішим, нерідко ірадіює в руку або лопатку. Самі залози збільшуються, стають щільнішими і болючими при пальпації, деколи чітко виявляються болючі вузли у вигляді дисків або невеликих горошинок. В другу фазу менструального циклу біль посилюється, залози стають щільнішими і збільшуються в розмірах. Повного пом'якшення молочних залоз після закінчення місячних не настає, а при вагітності та у постменопаузі ці ознаки зовсім зникають. Іноді уражуються молочні ходи на різній їх довжині, тоді основним проявом захворювання є патологічна секреція, яка буває постійно або періодично. При натискуванні на ареолу із сосків можуть бути виділення, що нагадують молозиво, серозного або кров'янистого характеру і мають жовтий, зеленуватий або темно-коричневий колір. Рідко виділяються кров'яністі маси. Ця форма захворювання здебільшого буває двобічною.

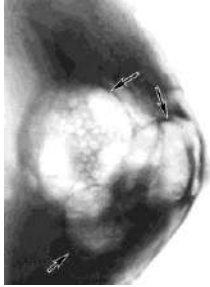


мамографія: дифузна мастопатія

Лікування дифузної мастопатії консервативне, комплексне та індивідуальне. Перш за все необхідно усунути причини, які призвели до виникнення мастопатії. Дотримання оптимального режиму праці і відпочинку, нормалізація статевого життя, нормальні пологи, профілактика абортів, тривала лактація (до року), вилікування запальних процесів матки, зміцнення центральної нервової системи, призначення вітамінів і гепатотропних препаратів (ессенціале, карсил) з метою покращання функції печінки можуть забезпечити значний ефект і зникнення дифузної мастопатії. При недостатності функції жовтого тіла призначають прегнін - по 20 мг щоденно протягом двох тижнів перед менструацією (декілька циклів) або прогестерон - по 10 мг внутрішньом'язово впродовж 6-8 днів, починаючи з 16-го дня менструального циклу. Одночасно застосовують 0,25 % розчин йодиду калію всередину (по 1 столовій ложці 2-3 рази на день). Сприятливий ефект від йодиду калію пов'язаний з лютеїнізацією фолікулярних кіст та нормалізацією виділень статевих і гонадотропних гормонів. При гіпоестрогенному ановуляторному циклі або недостатності першої та другої фаз менструального циклу виконують гормональну терапію з 1-го дня циклу естроген-гестагенними препаратами (НОН-овлон, ановлар та ін.). Гормональне лікування проводять протягом трьох менструальних циклів під контролем тестів функціональної діагностики та безконтрастної мамографії. При позитивному результаті лікування повторюють

через три місяці, а при відсутності або недостатньому ефекті від проведеного лікування його продовжують 6 місяців і більше. Лікування андрогенами спрямоване на зменшення естрогенної активності яєчників у тих випадках, коли вона підвищена. Призначають метилтестостерон - по 10-15 мг щоденно в перші два тижні після закінчення місячних впродовж декількох менструальних циклів. Одночасно обов'язково слід проводити вітамінотерапію. Вітамін В₁ призначають в першу фазу менструального циклу по 100 мкг щоденно, вітамін Е - в другу фазу по 50 мг щоденно в капсулах, а вітамін С - протягом всього лікування по 0,25 г в день. Крім цього, можна також застосовувати електрофорез з використанням міді в першу фазу менструального циклу і цинку - в другу фазу та ультразвук з вітаміном Е на низ живота. У більшості хворих на мастопатію спостерігається зниження функції щитоподібної залози. В таких випадках доцільно призначати тиреоїдин по 30 мг на добу протягом 6-12 місяців. У частини жінок причиною виникнення мастопатії може бути гіперпролактинемія. Їм призначають парлодел (бромкриптин). Контроль за ефектом лікування ведуть також шляхом мамографії один раз в 6 місяців.

Вузлова форма мастопатії проявляється у вигляді кістозної, фіброзної та фіброаденоми. **Кістозна форма** частіше зустрічається у жінок віком 35-40 років. Кісти мають округлу або овальну форму, гладеньку поверхню, м'якувато-еластичну консистенцію, нерідко флюктують. Розміри їх різні; від 0,5 до 5 см в діаметрі.



мамографія: кістозна мастопатія

Фіброзна форма виявляється у жінок віком 30-50 років у верхньо-зовнішніх квадрантах, вона є розростанням сполучної тканини залози з одночасною атрофією залозистих часточок. Під час менструації збільшуються самі вузли і посилюється їх болючість. Вузли не мають чітких меж, горбисті, розміри їх різні: від 0,5 до 5 см. Вони чіткіше визначаються при обстеженні хворої у вертикальному положенні, а в лежачому положенні при натисканні на пухлину долонею до грудної клітки вузол зникає (позитивний симптом Кеніга). Шкіра над вузлом не змінена, рухома. Необхідно підкреслити, що провести диференціацію між вузлуватою мастопатією і початковими стадіями раку на основі клінічних ознак не завжди можливо, тому потрібно застосувати додаткові методи обстеження (мамографію, біопсію пухлини). Найчастіше ця форма мастопатії є фоном для розвитку раку малочної залози. При обстеженні хворих з вузловими формами мастопатії, крім пальпації, використовують мамографію та пункційний метод дослідження. На безконтрастних мамограмах виявляють круглої, або овальної форми тіні з чіткими межами, а навколо кісти видно вузьку смужку просвітлення. Фіброзна мастопатія на мамограмах має вигляд гомогенного затемнення з нерівними контурами межі, а у центрі часто наявне різке затемнення. Перед менструацією рентгенологічна картина виглядає чіткіше.



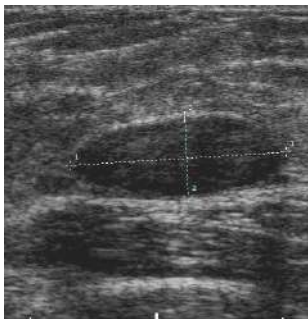
мамографія: фіброзна мастопатія

Лікування обох форм вузлової мастопатії - лише оперативне. Перед операцією проводять пункційну біопсію з метою виключення злоякісного процесу,

що дає підстави для визначення об'єму операції. Об'єм операції - секторальна резекція залози з обов'язковою цитодіагностикою видаленої пухлини.

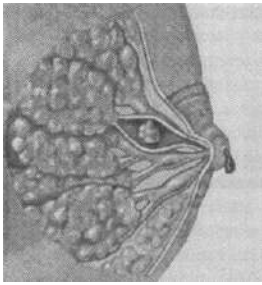
Фіброаденома молочної залози виникає переважно у час статевої зрілості (до 35 років) і локалізується у верхньо-зовнішньому квадранті, поодинокі або множинні, уражає частіше одну залозу. Можливе поєднання фіброаденоми з мастопатією. При пальпації визначається пухлина з чіткими межами в капсулі з гладенькою поверхнею, має щільно-еластичну консистенцію, рухома. Величина фіброаденоми - від декількох міліметрів до 5-6 см. Листоподібні фіброаденоми ростуть швидко, досягаючи великих розмірів. Шкіра над пухлиною не змінена, рухома. Діагноз встановлюють на основі клінічних проявів, мамографії та пункційної біопсії. На мамограмі межі тіні чіткі, рівні, навколо вузла деколи видно щільне затемнення (вапняні згустки), а також світлу смужку (жирову тканину). Ретромамарний простір не змінений, паталогічних змін в навколишніх тканинах не спостерігається. Проводять хірургічне лікування: секторальну резекцію залози.

Виявити захворювання молочної залози неважко, тому що при клінічному обстеженні (огляді, пальпації) можна помітити паталогічні зміни. В багатьох випадках розвиткові дисгормональних захворювань передують різні порушення менструальної функції, а також перенесені гінекологічні захворювання: запалення придатків матки, поліпоз ендометрію, кісти яєчників, міоми матки, ендометріоз. При об'єктивному дослідженні, яке проводять у вертикальному та горизонтальному положенні жінки, треба звертати увагу на консистенцію утворів, їх форму, розміри, зв'язок з шкірою та ареолою. Крім молочних залоз пальпують пахові впадини, де розміщуються лімфатичні вузли, визначаючи їх величину та консистенцію. Широко використовують надійний метод діагностики - мамографію, за допомогою якої можна безпомилково встановити діагноз. Крім цього, застосовують ультразвукове дослідження, радіоізотопний метод, лімфографію, цитологічне дослідження пунктатів з пухлин та найбільш об'єктивний метод - ін'єкційну та ексцизійну біопсію.



УЗД: фіброаденома молочної залози

Папілома протоки молочної залози (хвороба Мінца) - одна із форм мастопатії, в основі якої лежать папіломатозні розростання епітелію кістозно розширених вивідних проток молочної залози. Основною ознакою хвороби є виділення крові із соска. Оскільки папіломатозні вирости розміщені поверхнево, то вони легко травмуються при стисканні залоз (відриваються), що спричиняє кровотечу. Лише ретельне дослідження молочної залози може виявити ту ділянку у ній, при натисканні на яку із соска виділяється кров. В деяких випадках уточнити локалізацію папіломи протоки допомагає контрастна фунтографія. Папілома протоки нерідко малігнізується, тому її відносять до облігатного передраку.



Внутрішньопротокова папілома молочної залози

Лікування фіброаденоми молочної залози та папіломи протоки - секторальна резекція залози з терміновим гістологічним дослідженням.



Рак молочної залози

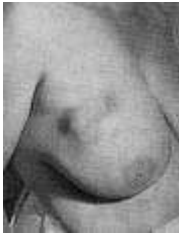
Етіологія та патогенез раку молочної залози складні. Їх визначають, застосувавши багато факторів, перш за все гормональний. Гормональна регуляція функції молочних залоз складніша, ніж ендометрію. Крім естрогенів та прогестерону, на розвиток молочних залоз, починаючи з пубертатного періоду дівчинки і закінчуючи інволютивними змінами в постменопаузі, впливають не менше 15 гормонів (гормон росту, тироксин, інсулін, кортизол та ін.). Дефіцит хоч би одного з цих гормонів компенсується підвищеною секрецією пролактину, яка, в свою чергу, регулюється естрогенами та пролактинінгібуючим фактором гіпофізу. Дисплазія епітелію, що покриває молочні протоки та часточки молочних залоз, і є наслідком дії гіперестрогенії та гіперпролактинемії. Ось такий ланцюг гормонального впливу виявлено при розвитку раку молочних залоз. Стає зрозумілим, що призначати естрогени в постменопаузі небезпечно, а оваріоектомія, проведена жінкам репродуктивного віку (40-45 років) з різних причин, знижує ризик виникнення раку молочних залоз. Крім цього, ожиріння та гіперліпідемія відіграють велику роль в патогенезі раку молочної залози шляхом підвищеної ароматизації андростендіону в естрон та перетворення його в органах-мішенях (якими є і молочні залози) в естрадіол. Проте наявна гіперестрогенія та ожиріння, які є головними ланцюгами в патогенезі раку ендометрію, не завжди виявляються при раці молочної залози. Де Waard (1969) вважає, що в патогенезі раку молочної залози у жінки репродуктивного віку головну роль відіграє підвищена секреція естрадіолу, а в постменопаузі обмінні порушення (цукровий діабет, ожиріння) та гіперестрогенія надниркового генезу.

У світовій літературі є дані про такі групи ризику: 1) стать (99 % жінок); 2) вік (85 % жінок віком понад 40 років); 3) рак молочної залози у мами, бабусі, тіток, сестер; 4) на основі кістозно-фіброаденоматозу молочної залози; 5) раніше був рак однієї молочної залози; 6) ті, хто не народжував дітей; 7) перші пологи після 34 років; 8) аборти після 35 років; 9) менархе до 12 років; 10) менопауза після 50 років; 11) високий соціально-економічний рівень; 12) холодний клімат; 13) багата жирами їжа; 14) ожиріння, цукровий діабет, гіпертонія; 15) хронічні психологічні стреси; 16) хворі, які перенесли рак яєчників, ендометрію, товстої кишки.

Рак молочної залози відносять до епітеліальних пухлин. У клінічному перебізі розрізняють декілька його форм, а саме: початкову (непальпбельну), вузловату, дифузну та рак Педжета.

Початкова форма раку молочної залози є доклінічною стадією розвитку пухлини і виявляється при застосуванні додаткових спеціальних методів обстеження. З цією метою використовують радіонуклідний метод, мамографію, ультразвукове та цитологічне дослідження, пункційну та ексцизійну біопсію. Слід зазначити, що більшу половину часу рак молочної залози розвивається приховано. Встановлено, що від малігнізації однієї клітини до пухлини величиною в 3 см проходить приблизно 8 років. Завдання практичної медицини і полягає у використанні цього “німого” для розпізнавання доклінічних форм раку молочної залози. Реальною можливістю для раннього виявлення та розпізнавання пухлин в доклінічну стадію є систематичне профілактичне обстеження жінок, які входять до групи підвищеного ризику захворіти на рак молочної залози. Профілактичні огляди проводять як при індивідуальних відвідуваннях жінок медичних закладів, так і шляхом оглядів організованих груп населення. Активний пошук “мінімальних” форм пухлин (до 1 см) серед так званих “здорових” жінок дозволяє певною мірою вирішити проблему ранньої діагностики раку молочної залози.

Вузувата форма раку клінічно проявляється наявністю щільного вузла, найчастіше у верхньо-зовнішньому квадранті. При пальпації вузол має обмежені контури, поверхня його горбиста, рухомість обмежена. Нерідко спростерігаються зміни на шкірі: втягування шкіри над пухлиною при спробі зміщення її, симптом зморшкватості, симптоми площини, умбілікації. При поширеному процесі шкіра над пухлиною має вигляд лимонної кірки, нерідко в цьому місці з'являються потовщення та виразка, сосок втягується до пухлини, стає нерухомим, відзначається деформація залози. Лімфатичні вузли в пахвовій та надключичній ділянках збільшені.



Дифузна форма раку включає набряково-інфільтративну, панцирну, бешихоподібну та маститоподібну форми. Ці клінічні форми раку молочної залози характеризуються швидким перебігом процесу.

Набряково-інфільтративна форма зустрічається частіше у молодих жінок, іноді - в період вагітності і лактації. Молочна залоза при цьому збільшена, шкіра пастозна, може бути гіперемованою, з ознаками лимонної кірки. При пальпації виявляється інфільтрат без чітких контурів, який розміщується в центральному відділі молочної залози або поширюється на велику її ділянку. Регіонарні лімфовузли збільшені, щільні.



Панцирний рак характеризується пухлинною інфільтрацією не тільки самої тканини залози, а і всієї підшкірної клітковини і шкіри. Залоза зменшується в розмірах, підтягується догори і фіксується до грудної клітки. Шкіра залози стає щільною, пігментованою, нерухомою, на її поверхні з'являється безліч пухлин у вигляді вузликів. Частина вузликів закінчується виразками, які прикриті кірочками.



Бешихоподібний рак проявляється у вигляді дифузної інфільтраційної пухлини молочної залози. Шкіра залози вкривається рожевими плямами з нерівними язиковидними краями, які нагадують бешиху. Нерідко гіперемія поширюється на шкіру грудної стінки. Здебільшого перебіг захворювання гострий, супроводжується гарячкою (температура - до 39-40 °С).



Маститоподібний рак нагадує картину з ознаками маститу: молочна залоза збільшена, напружена, щільна, майже нерухома відносно грудної стінки, шкіра гіперемована, температура шкіри підвищена. Пухлина швидко інфільтрує всю тканину залози, поширюючись на ретромамарну клітковину і грудні м'язи. Регіонарні лімфовузли збільшені, щільні. Захворювання перебігає швидко з несприятливим прогнозом.



Рак Педжета - виникає з епітелію молочних ходів соска та є своєрідною формою раку молочної залози, що супроводжується ураженням соска і ареоли. Часто його приймають за екзему соска, а тому призначають відповідне лікування. Починається захворювання з появи на шкірі соска і ареоли сухих лусочок, щільних кірочок, поверхневих ерозій з червоним дном та тріщинами. Така картина може продовжуватися від декількох місяців до декількох років. З часом сосок втягується, стає плоским, деформується. В глибині під ним утворюється щільний вузол, який поширюється на ареолу, в паховій ділянці спостерігаються збільшені метастатичні лімфовузли.



Основний шлях метастазування раку молочної залози - лімфогенний, а тому уражуються насамперед регіонарні лімфатичні залози, а саме: пахові, під- та

надключичні і парастернальні. Віддалені метастази локалізуються найчастіше в хребті, кістках ребер і тазу, печінці, мозку та яєчниках.

Класифікація за системою TNM

T - первинна пухлина:

TX - недостатньо даних для характеристики первинної пухлини;

T0 - первинна пухлина не визначається;

T_{is} - преінвазивна карцинома: інтрадуктальна або лобулярна carcinoma in situ, або хвороба Педжета без наявності пухлини;

T1 - пухлина діаметром до 2 см;

T2 - пухлина діаметром до 5 см;

T3 - пухлина діаметром понад 5 см;

T4 - пухлина різної величини з розповсюдженням її на грудну стінку або шкіру.

N - регіонарні лімфатичні залози:

NX - недостатньо даних для оцінки стану;

N0 - ознаки метастатичного ураження лімфатичних залоз відсутні;

N1 - виявляються уражені рухомі лімфатичні залози на боці хворої залози;

N2 - уражені лімфатичні залози зрощені між собою або з навколишніми тканинами на боці хворої залози;

N3 - уражені внутрішні лімфатичні залози хворої молочної залози.

M - Віддалені метастази:

M0 - ознак метастазів не виявлено;

M1 - виявляються віддалені метастази (в пахвинних та надключичних лімфатичних вузлах).

Класифікація за стадіями має виняткове значення при виборі тактики лікування хворих, а також для прогнозу. Діагностика раку молочної залози базується на клінічних даних та результатах обстеження, які використовуються в онкологічній практиці, а саме: рентгенологічного, ультразвукового, ендоскопічного, термографічного, радіонуклідного, цитологічного та морфологічного аналізів.

Основними методами **ранньої діагностики** різних форм раку молочної залози є рентгенологічний, радіонуклідний, ендоскопічний та морфологічний.



гістологічне дослідження



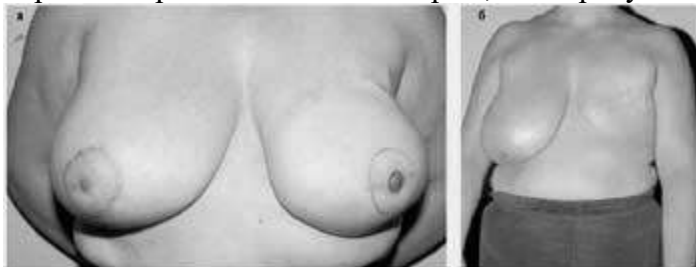
пункційна біопсія
молочної залози



мамограф

Лікування раку молочної залози

Лікування раку молочної залози залежить перш за все від стадії, морфологічних особливостей пухлини (ступеня злоякісності), форми росту пухлин, віку хворої, стану репродуктивної функції та супутньої патології. Лікування може бути комбінованим та комплексним, включаючи ряд одночасних і послідовних лікувальних заходів. На початкових доклінічних стадіях та стадії T₁₋₂ N₀ M₀, при вузловатих формах і зовнішніх локалізаціях пухлини можна застосувати органозберігаючі операції: радикальну резекцію молочної залози або квадрантектомію з післяопераційним опроміненням залишеної частини залози. При медіальних і центральних локалізаціях раку I - IIa стадій, а також при IIb стадії лікування починають з передопераційної телегаматерапії та поліхіміотерапії з наступною радикальною мастектомією за Пейті. У післяопераційний період опромінюють додатково парастернальну і підключичну зони, а також призначають ад'ювантні курси поліхіміотерапії. В III, IV стадіях раку молочної залози проводять радикальну мастектомію за Холстедом з перед- і післяопераційною телегаматерапією первинного вогнища, а також всіх зон регіонарного метастазування. В найближчі півроку після операції призначають 5-6 курсів поліхіміотерапії. В давнених випадках і деяких випадках клінічних форм раку молочної залози, що характеризуються агресивністю перебігу (маститоподібна, бешихоподібна, набрякова, панцирна), застосовують лише променеви та хіміогормонотерапію. Гормональне лікування раку даної локалізації визначається гормонозалежністю пухлини молочної залози. Ефект гормонотерапії спостерігається приблизно у третини хворих на рак молочної залози. Андрогени застосовують при збереженні менструальної функції або в період менопаузи. Вони доцільні при метастазах у кістки. Естрогени призначають хворим, які перебувають в глибокій менопаузі. Ефект від застосування андрогенів і естрогенів пояснюється пригніченням функції гіпофізу. Кортикостероїди пригнічують функцію кори надниркових залоз, внаслідок чого знижується секреція естрогенів. Тому призначати кортикостероїди необхідно хворим, які перебувають в менопаузі.



Радикальна мастектомія: зліва – до операції, справа - після

Прогноз. Ефективність проведеної терапії залежить від стадії захворювання, ступеня злоякісності та загального стану хворої. П'ятирічна тривалість життя після комбінованого лікування досягає в загальному 50-60 % хворих.

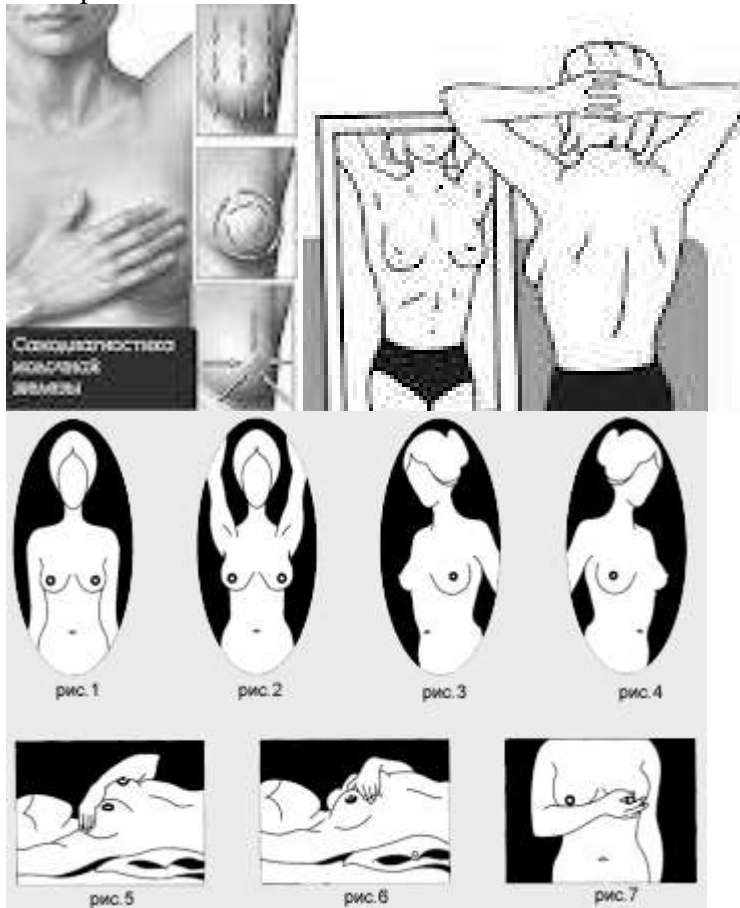
Самообстеження

Важливим фактором для зниження РМЗ на будь-якій стадії є вміння жінок самообстежити себе. Ефективність цього методу вивчено в багатьох країнах світу під егідою ВООЗ. Самообстеження слід проводити один раз на місяць у перший тиждень після менструації, бо в цей час молочні залози не напружені та не збільшені, а жінки в менопаузі повинні проводити його в певний день місяця (наприклад, в день свого народження). Здійснюють обстеження у ванній кімнаті перед дзеркалом. Перший момент - огляд. Жінка стає перед дзеркалом з піднятими догори руками і добре оглядає свої молочні залози, порівнює їх величину, виявляє

нерівності на поверхні шкіри, тріщини та перевіряє, чи є виділення із сосків.

Другий момент - пальпація. Пальпацію необхідно проводити в лежачому положенні, підставивши під лопатку подушечку або валик. Пальпацію молочної залози виконують усією протилежною рукою ніжно, без натискання. Дослідження проводять в трьох положеннях: рука вгору за голову, рука в сторону та вздовж тіла. Спочатку пальпують зовнішній бік залози, йдуть пальцями від соска назовні, потім - внутрішній бік від соска до грудини. Треба помірно натиснути на ареолу та сосок і перевірити, чи немає виділень, потім пальпувати підпахові впадини та надключичні ямки з метою виявлення збільшених лімфовузлів.

Самообстеження дозволяє різко зменшити частоту III та IV стадій раку молочної залози. Активне виявлення передракових захворювань, мікроінвазивного раку та мінімальних форм пухлин, що не пальпуються, можливе при проведенні мамографії, термографії та ультразвукового дослідження. Жінкам з низьким ступенем ризику мамографію слід виконувати один раз на 3-5 років, а з високим ступенем ризику - щорічно. Її слід проводити жінкам до 35-річного віку лише при виявленні змін в глибині молочної залози, у віці 35 років та більше - без ознак захворювання.

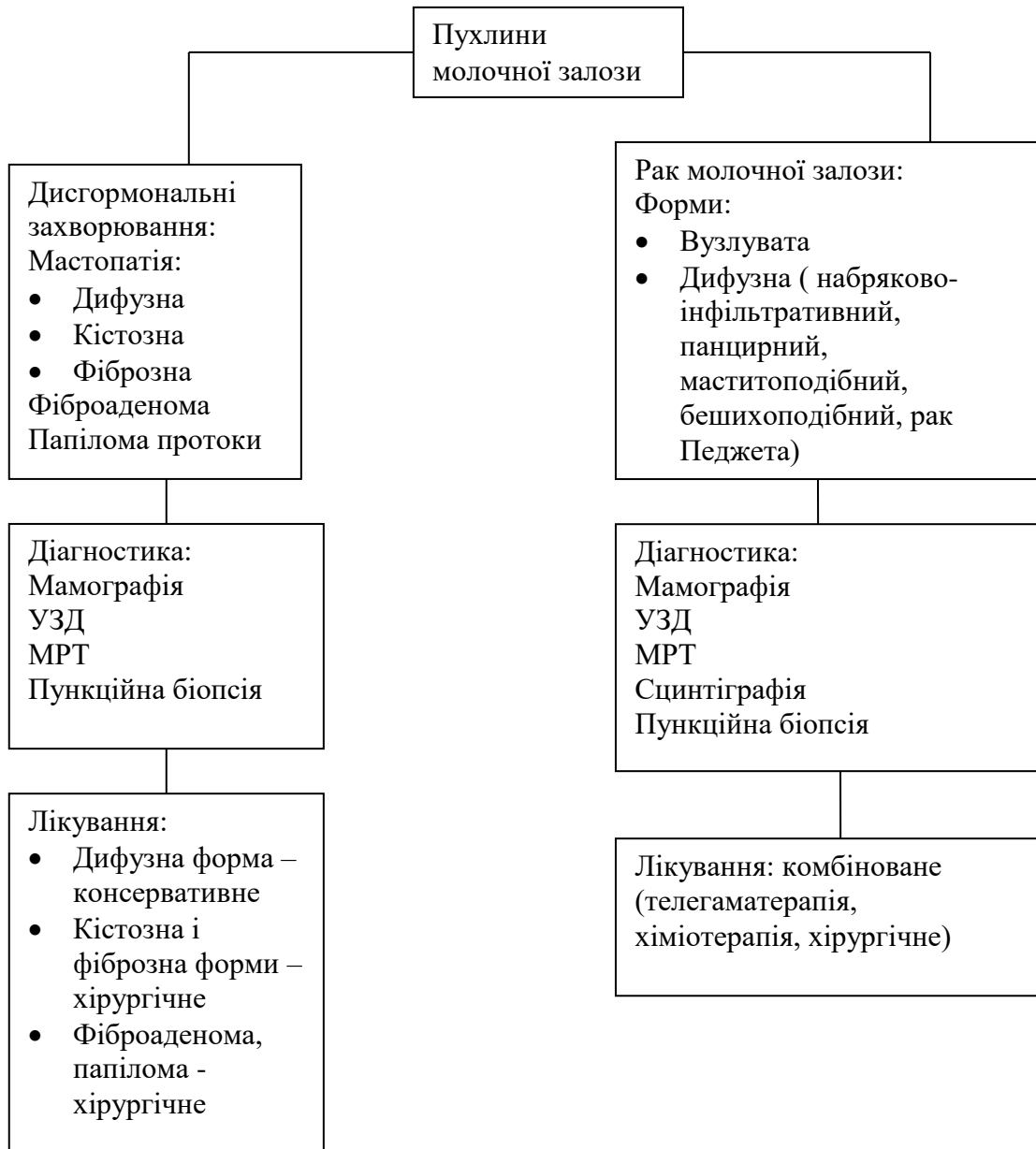


Прийоми самообстеження молочних залоз

Питання на систематизацію і закріплення нового матеріалу

1. Які форми мастопатії ви знаєте?
2. Якими методами додаткового обстеження можна підтвердити діагноз мастопатії?
3. Назвіть методи лікування різних форм мастопатії
4. Які патогенетичні фактори впливають на захворювання на рак молочної залози? Які фактори ризику ви можете назвати?
5. Назвіть форми раку молочної залози. Якими методами додаткового обстеження можна підтвердити діагноз?
6. Назвіть методи лікування раку молочної залози

Структурно-логічна схема Пухлини молочної залози



Рак легенів

Вузлові питання:

1. Загальна інформація
2. Симптоматика
3. Профілактика
4. Діагностика
5. Лікування

Загальна інформація:

Рак бронхів і легень зазвичай розглядають разом, поєднуючи їх назвою "бронхопультмональний рак". Розрізняють дві форми: центральний рак легень, що виходить із великого чи дрібного бронха, і периферичний рак, що розвивається із самої тканини легень. Розрізняють центральний рак легені, що росте переважно внутрішньо-або перібронхіально (80% випадків); периферичний рак; рідко діагностується медіастинальна форма, міліарний (вузликовий) карциоматоз та ін. За гістологічною структури рак легенів найчастіше буває плоскоклітинний, хоча спостерігаються також залізисті форми (аденокарциноми), різко анаплазованих - дрібноклітинний рак, вівсяноклітинний і деякі інші варіанти.

Розвитку раку легень можуть передувати хронічні запальні процеси: хронічна пневмонія, бронхоектатична хвороба, хронічний бронхіт, рубці в легені після попередньо перенесеного туберкульозу і тд. Чималу роль грає і куріння, тому що, відповідно до більшості статистик, рак легень у курців спостерігається значно частіше. Так, при викурюванні двох і більше пачок сигарет на добу частота рака легені зростає в 15 - 25 разів. Інші фактори ризику - робота на азбестовому виробництві, опромінення.

Симптоми:

Симптоми при раку легень неспецифічні і часто проявляються тільки при достатньо великому поширенні пухлини. До найбільш частих симптомів раку легені відносяться:

1. Тривалий кашель, що не проходить.
2. Біль у грудній клітці, що підсилюється при глибокому вдиху.
4. Втрата ваги і зниження апетиту.

5. Мокрота з прожилками крові або коричневого (іржавого) кольору.
 6. Задишка.
 7. Лихоманка без явної причини.
 8. Часто повторювані інфекції дихальних шляхів (bronхіти, пневмонії).
 9. Поява хрипів у легенях.
 10. Втрата свідомості, головні болі, запаморочення, порушення мови та зору.
- Також існує симптоми, які можуть вказувати на поширення пухлини за межі легень:
1. Біль у кістках
 2. Збільшення лімфатичних вузлів.

Профілактика:

Профілактика раку легені повинна складатися з двох компонентів:

1. Первинна профілактика - це комплекс медико-гігієнічних та державних заходів, спрямований на усунення і значне зменшення факторів ризику, що підвищують шанс появи пухлини. Сюди включають боротьбу із забрудненням повітря як у побуті, так і на виробництві (особливо там, де використовуються канцерогенні речовини). Найголовніша складова первинної профілактики - боротьба зі шкідливими звичками - палінням. З цим пороком необхідно боротися як законодавчо, на рівні держави, так і санітарно-освітньо, тобто на рівні безпосередньо населення. Пропаганда здорового способу життя, поголовна відмова від куріння змогли б знизити захворюваність на рак легені в десятки разів.



Легені курця



Куріння і рак

2. Вторинна профілактика (клінічна, медична) включає в себе планово-організаційну систему профілактичних обстежень легенів, а також обліку та лікування передпухлинних захворювань легенів. Особливо важливоим є спостереження за групами ризику - в основному це чоловіки, які довгостроково хворіють хронічним бронхітом, пневмонією або на туберкульоз. Сюди включають також осіб старше 50 років, а також осіб, вилікуваних раніше від злоякісного

новоутворення. Спостереження за такими людьми спрямоване на виявлення ранніх форм раку легенів - так в цій ситуації можна сподіватися на добрі результати лікування.

Діагностика:

Основним діагностичним прийомом для профілактичного обстеження легень є профілактична флюорографія. Перед початком інструментального обстеження лікар обов'язково розпитає хворого, з'ясує всі його скарги та історію їх розвитку (анамнез), а потім проведе огляд пацієнта. На підставі отриманих даних буде складено план обстеження, крім обов'язкових банальних аналізів (крові, сечі, електрокардіограми та інших), він включає в себе спеціальні методи дослідження органів грудної клітини. Розглянемо основні методи діагностики, які застосовуються при раку легенів.

Провідним і найбільш інформативним методом дослідження при раку легень є рентгенологічне дослідження органів грудної клітини. З його допомогою на рентгеновській плівці одержують знімки грудної клітини в різних положеннях (проекціях), які дозволяють оцінити характер пухлинної тіні чи її ознак (розміри, розташування), стан навколишнього тканини легені, зміни в середостінні (простір між легеньми, де розташовується серце, великі судини, стравохід, трахея, лімфатичні вузли). Приблизно у 80 відсотків хворих цей метод дослідження дозволяє встановити первинний діагноз раку легень.

Інший основний і обов'язковий метод дослідження при раку легені - це бронхоскопія. При ньому в просвіт трахеї та бронхів вводиться тонкий гнучкий інструмент з об'єктивом і освітлювачем на кінці. За допомогою бронхоскопії можна не тільки оцінити візуально зміни стінки органу, але й, при необхідності, взяти зіскоб або шматочок тканини для дослідження під мікроскопом (цитологія та гістологія відповідно), щоб визначити наявність злоякісних ракових клітин. Мікроскопічне підтвердження будь-якої злоякісної пухлини обов'язково, і рак легені не виняток. Сучасні фібробронхоскопи дозволяють збільшувати зображення і виводити його на екран монітора, робити фотографії і відеозапис для майбутнього детального дослідження. Таке дослідження бронхів стосовно до раку легень є більш ефективним (до 95-98%) при центральних формах раку, коли пухлина

розташовується у великих бронхах і її легше досягти апаратом. При периферичному раку легені ефективність складає близько 60-70 %, що теж немало.

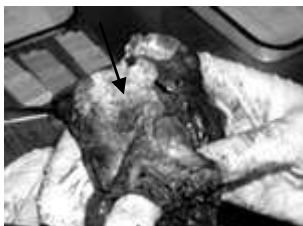
Комп'ютерна томографія грудної клітини - високоточний уточнююче метод дослідження. Він дозволяє більш детально і з високою роздільною здатністю вивчити розміри і розташування пухлини, проростання її в навколишні органи, наявність метастазів (вторинного пухлинного ураження) в навколишньому тканини легені, в лімфатичних вузлах середостіння, в кістках грудного відділу хребта, ребер і груднини.

Пункція пухлини. Це методика, за допомогою якої спеціальною голкою отримують тканинний матеріал безпосередньо з пухлини або метастазів, якщо при бронхоскопії не вдається підтвердити діагноз при повторному взятті матеріалу на біопсію. Пункція пухлини може бути виконана під рентгенівським або КТ-наведенням прямо через шкіру грудної стінки, може бути виконана через стінку стравоходу під контролем ультразвукового датчика. Застосування пункційної біопсії необхідно для отримання мікроскопічного підтвердження діагнозу, без якого неможливо розпочати лікування.

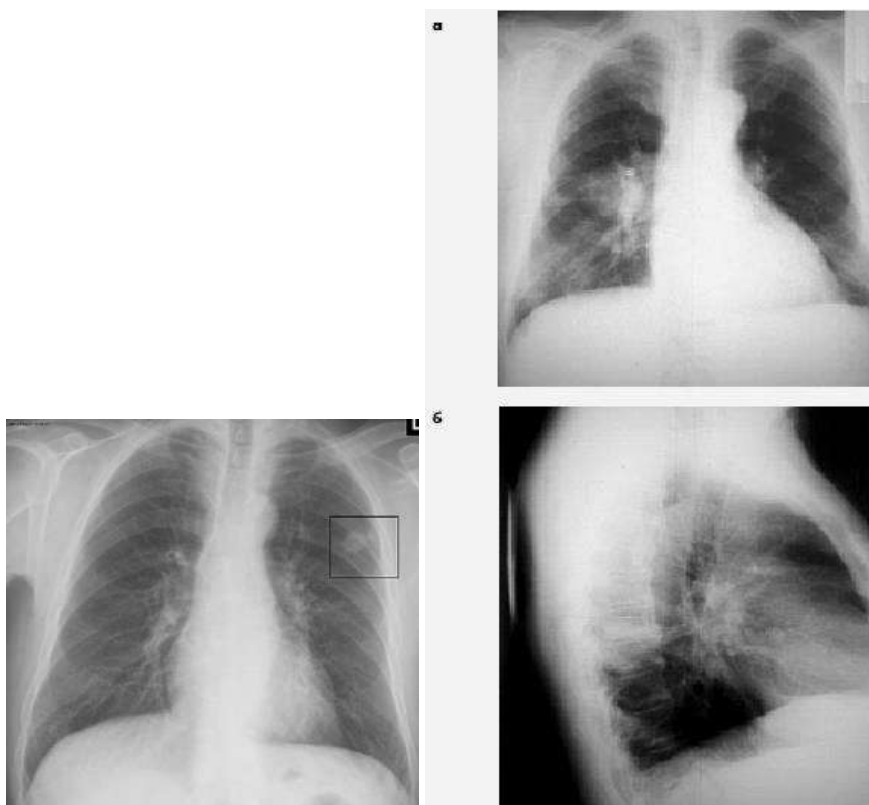
Якщо рак легені протікає з накопиченням рідини навколо легені (в плевральній порожнині), то можливо буде потрібно пункція тонкою голкою через шкіру для евакуації цієї рідини і дослідженні її під мікроскопом, тому що вона дуже часто містить ракові клітини.

Для виключення поширення пухлини по організму людини (появі метастазів в інших органах) протокол обстеження доповнюється додатковими методами. Для виключення ураження печінки, лімфатичних вузлів черевної порожнини, наднирників виконується ультразвукове дослідження органів черевної порожнини (УЗД). При підозрі на метастази в кістки проводиться сцинтиграфія кісток скелета - це введення в кров невеликої кількості слаборадіоактивного препарату та дослідження його накопичення у кістках. Якщо підозрюється ураження головного мозку (є відповідні скарги), то проводиться комп'ютерна або магнітно-резонансна томографія.

Якщо ніякими іншими методами не вдалося з'ясувати причину виявленого при рентгенографії легень, то може бути застосована діагностична операція: торакотомія - це розтин грудної клітини, при якому візуально оцінюється патологічний осередок, прямо з нього береться фрагмент тканини для дослідження мікроскопом (біопсія). При підтвердженні діагнозу рак легенів і відсутності протипоказань для оперативного лікування-видалення пухлини може бути вироблено відразу ж.



макропрепарат



Рентгенограма

Лікування:

Хірургічне втручання підрозділяється на:

- радикальне
- умовно-радикальне
- паліативне

При радикальній операції видалення піддається весь пухлинний комплекс: первинне вогнище, регіонарні лімфатичні вузли, клітковина з шляхами метастазування. До умовно-радикальної операції додають променеви та лікарську терапію. Слід враховувати також і те, що частина первинної пухлинної тканини і метастази іноді не можуть бути хірургічно видалені через загрозу кровотечі або процесів розпаду в ателектазі.

Протипоказаннями до радикальної операції є:

- неоперабельного - поширення пухлини на сусідні тканини і органи
- недоцільність зважаючи на віддалених метастазів у печінку, кістки і головний мозок
- недостатність функцій серцево-судинної та дихальної систем
- важкі захворювання внутрішніх органів

Хірургічному видаленню пухлини часто супроводжує широке видалення кореневих, трахеобронхіальних лімфовузлів, клітковини і лімфовузлів середостіння, резекція грудної стінки, перикарда, діафрагми, біфуркації трахеї, передсердя, магістральних судин (аорти, верхньої порожнистої вени), м'язової стінки стравоходу і інших тканин, пророслих пухлиною.

Променева терапія

Променеве лікування раку легені проводиться за його неоперабельних формах, у разі відмови хворого від оперативного лікування, а також наявності серйозних протипоказань до оперативного втручання. Найбільший ефект спостерігається при променевому впливі на плоскоклітинний і недиференційовані форми раку легені. Променеве втручання застосовується як для радикального, так і паліативного лікування. При радикальному променевому лікуванні опромінення

піддають як саму пухлину, так і зони регіонального метастазування, тобто середостіння, загальною дозою 60-70 гр.

Хіміотерапія

При недрібноклітинному раку легень хіміотерапія проводиться за наявності протипоказань до хірургічного і променевого лікування. При цьому призначаються такі препарати: доксорубіцин, цисплатин, вінкрисдин, етопозид, циклофосфамід, метотрексат, блеоміцин, нітрозілмочевина, вінорелбін, паклітаксел, доцетаксел, гемцетабін та ін, що застосовуються курсами з інтервалами в 3-4 тижні (до 6 курсів). Часткове зменшення розмірів первинної пухлини і метастазів спостерігається не у всіх хворих, повне зникнення злоякісного новоутворення відбувається рідко. Хіміотерапія неефективна при віддалених метастазах у печінці, кістках, головному мозку.

Паліативне лікування

Паліативне лікування раку легень застосовується в тому випадку, коли можливості протипухлинного лікування обмежені або вичерпані. Таке лікування спрямоване на поліпшення якості життя невиліковних хворих та включає в себе:

- знеболювання
- психологічну допомогу
- детоксикацію
- паліативне хірургічне втручання (трахеостомії, гастростоми, ентеростомія, нефростомія і т.д.)

Паліативна допомога при раку легень застосовується для боротьби з задишкою, кашлем, кровохарканням, больовими відчуттями.

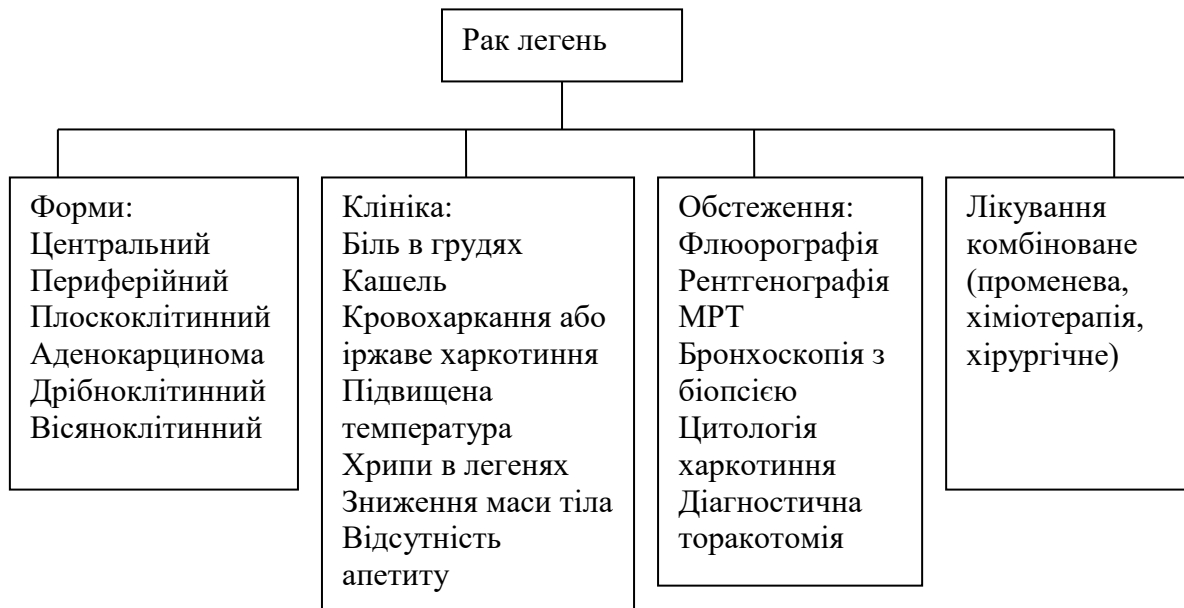
Методи паліативного лікування багато в чому індивідуальні і залежать від стану хворого.

Питання на систематизацію і закріплення нового матеріалу

1. Які види раку легень ви знаєте: а) за локалізацією; б) за гістологічною будовою?
2. Назвіть клінічні ознаки раку легень
3. Які групи ризику по захворюванню на рак легень ви можете назвати?

4. Якими діагностичними методами можна підтвердити рак легені?
5. Перелічите методи лікування раку легені

Структурно-логічна схема Рак легень



Пухлини стравоходу і шлунку

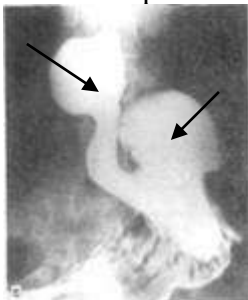
Вузлові питання:

1. Передракові захворювання стравоходу
2. Передракові захворювання шлунку
3. Рак стравоходу
4. Рак шлунку

ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ СТРАВОХОДУ

Дивертикули

Ця патологія є випинанням стінки стравоходу назовні, у вигляді «мішечка». Відбувається це через ослаблення м'язово-еластичного каркаса стінки в якій-небудь ділянці, частіше в області проходження крупних судин в стінки стравоходу. До таких дивертикулів відносять так званий «глотково-стравохідний дивертикул Зенкеля». Розвивається він часто в літньому і старечому віці у верхній частині стравоходу, що граничить з глоткою. Остаточний діагноз дивертикула стравоходу ставиться за результатами рентгенограми з контрастною речовиною, або езофагоскопії, що дозволяє «побачити» дивертикул і досліджувати його на предмет наявності ранньої стадії пухлини.



Рентгенограма. Дивертикули стравоходу

Езофагіти

Під дією якого-небудь дратівливого чинника виникає запалення стінки стравоходу. Тривале роздратування стінки приводить до надмірного зростання або видозміни клітин епітелію, що і є сприяючим чинником розвитку пухлини. Відомо, що езофагіти, що розвиваються на тлі прийому алкоголю і табакокуріння, повертають до раку стравоходу.

Іншим типом езофагіту, щільно пов'язаним з ризиком рака, є рефлюкс-езофагіт. Відбувається це із-за порушення нормальної перистальтики і зазвичай пов'язано з підвищеним тиском в шлунку. До рефлюксу схильні люди з надлишковою масою тіла, а так само з грижею стравохідного отвору діафрагми. В результаті рефлюксу, що повторюється, стінка стравоходу дратується соляною кислотою шлунку і неперетравленими компонентами їжі. Це приводить до зміни епітелію в нижній частині стінки стравоходу, на кордоні його переходу в шлунок. Ще одним типом езофагіту, що повертає до раку стравоходу, є обумовлений недостатністю рибофлавіну (вітаміну В2) і фолієвої кислоти (вітамін В9). При цьому типові характерна атрофія його слизової оболонки з кровоточивістю.



Езофагоскопія. Езофагіт

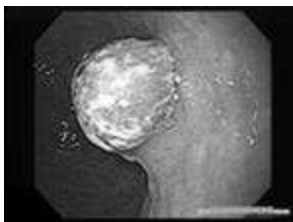
ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШЛУНКУ

Більшість учених вважають, що при розвитку пухлинного процесу епітелій слизової оболонки шлунку змінюється в певній послідовності: нормальний епітелій - проліферуючий - атипічні клітини - злоякісна пухлина. З морфологічної точки зору мультицентрично розташовані ділянки проліферації атипічного епітелію називаються дисплазією.

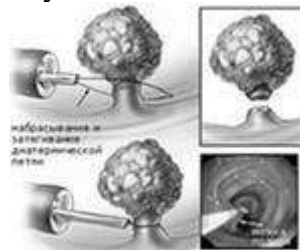
Поліпи і поліпоз шлунку

Поліпи бувають гіперпластичними і аденоматозними. Гіперпластичні зміни зустрічаються в 80-90% випадків всіх поліпозних утворень в шлунку і відносяться до пухлиноподібних поразок. У 10-20% випадків виникають аденоматозні поліпи — доброякісні епітеліальні пухлини. До передракових відносять залозові аденоматозні поліпи. Дисплазія різної міри вираженості в аденоматозних поліпах спостерігається в 40-60% випадків, а дисплазія III ступеню — в 5-10%. Якщо гіперпластичні поліпи перероджуються в рак в 1-2% випадків, то плоска аденома — в 6-21%, а папіловірусна аденома — в 20-75%.

Провідна роль в розпізнаванні поліпозу і поліпів шлунку належить рентгенологічному і гастроскопічному методам. Біопсія при ендоскопії дозволяє дати цитологічну і морфологічну характеристику поліпів.



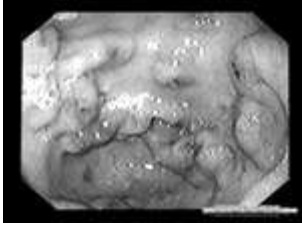
ФЕГДС. Поліп шлунку.



Операція поліпектомія

Хронічний гастрит

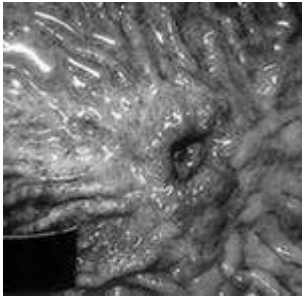
Хронічне захворювання, що часто зустрічається. Найбільшу небезпеку в онкологічному сенсі представляє наявність атрофічного гастриту із зниженням секреції шлункових залоз і зменшенням кислотності шлункового соку. Особливу небезпеку представляють осередкові гастрити якого-небудь відділу шлунку, які найчастіше передують пухлині. Рак шлунку може розвинутися на тлі хронічного атрофічного гастриту в 1-13% випадків. Вирішальне значення в розпізнаванні різних форм хронічного гастриту належить гастрофіброскопії і гастробіопсії.



ФЕГДС. Хронічний атрофічний гастрит

Виразкова хвороба шлунка

Так само як і хронічний гастрит це захворювання, що часто зустрічається, супроводжується наявністю виразкового дефекту в одному з відділів шлунку. Малігнізація рецидивуючих і кальозних виразок шлунку спостерігається у 2-10% хворих. При виявленні виразки шлунку в обов'язковому порядку проводиться забір матеріалу для гістологічного дослідження. Повторна ендоскопія проводиться через 8 тижнів і до повного загоєння. Якщо повне загоєння не настає, проводиться повторна біопсія.



ФЕГДС. Хронічна виразка шлунку

Атрофічний гастрит резеційованого шлунку

Закономірним результатом резекції шлунку є розвиток хронічного гастриту в культурі, який супроводиться дисплазією і кишковою метаплазією епітелію унаслідок зниження кислотності шлункового соку і занедбаності жовчі в куксу шлунку. Рак кукси шлунку виникає в 0,4-7,8% хворих з числа оперованих з приводу непухлинних захворювань шлунку через 10 і більше років після операції.

Основними методами виявлення передракових захворювань стравоходу і шлунку є езофагогастродуоденоскопія, рентгеноскопія, рН-метрія і, так звана, гастропанель (лабораторний метод оцінки шлункової секреції). Ураження шлунку зустрічається в 34% випадків передракової патології шлунковий – кишкового тракту.

Рак стравоходу

Епідеміологія. Захворюваність на рак стравоходу складає 4,3-4,5 випадків на 100 тис. населення. Чоловіки хворіють у 5-6 разів частіше, ніж жінки.

Етіологія. У виникненні злоякісної пухлини стравоходу певну етіологічну роль відіграють тривале споживання надто гарячої або холодної, грубої їжі, міцних

алкогольних напоїв, зловживання курінням. Найчастіше рак уражує середню і нижню третину стравоходу (85 %).

За формою росту пухлини розрізняють екзофітний (поліпоподібний, блюдцеподібний) і ендофітний рак (виразково-інфільтративний, стенозуючий).

Клініка. До ранніх клінічних ознак раку стравоходу належить дисфагія - утруднене просування їжі по стравоходу. Дисфагія розвивається поступово, в міру росту пухлини і звуження стравоходу. На початку захворювання з'являються утруднення під час ковтання грубої їжі, хворі мусять запивати її водою. Згодом з великими труднощами проходить рідка їжа, зрештою настає час, коли хворий не може зробити ковток води. Через голодування хворий швидко худне. Ознаками раку стравоходу є також неприємні відчуття тиснення і біль за грудниною під час їжі. В разі значного поширення процесу і появи віддалених метастазів (у печінці) спостерігаються загальна слабкість, виснаження, анемія. До грізних ускладнень раку стравоходу відносять кровотечу і перфорацію стінки стравоходу в середостіння (медіастиніт) або трахею (нориця). В останньому випадку хворі скаржаться на сильний кашель під час їжі. Згодом може розвинути аспіраційна пневмонія.

Розподіл по стадіях

T₀ — первинна пухлина не визначається

T_{is} — преінвазивна карцинома

T₁ - пухлина інфільтрує базальну мембрану або підслизовий шар

T₂ — пухлина інфільтрує м'язовий шар

T₃ — пухлина інфільтрує адвентицію

T₄ — пухлина поширюється на суміжні структури

N_x — не досить даних для оцінки регіонарних лімфатичних вузлів N₀ — немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів N₁ — наявні метастази в регіонарних лімфатичних вузлах

M_x — не досить даних для визначення віддалених метастазів M₀ — віддалені метастази відсутні M₁ — наявні віддалені метастази

Діагностика. Діагностують рак стравоходу за даними рентгенологічного дослідження та езофагоскопії з біопсією. При рентгенологічному дослідженні екзофітна форма пухлини проявляється дефектом наповнення з нерівними, зубчастими контурами. Перистальтика на рівні пухлини відсутня. При інфільтруючій формі росту пухлини стінка стравоходу ригідна, його просвіт звужений, перистальтика відсутня, складки слизової оболонки згладжені. Вище від звуження спостерігається ділянка розширення стравоходу. Під час езофагоскопії виявляють ракову пухлину ціанотично-го кольору, яка інколи кровоточить. Нерідко спостерігається виразка зі щільними ригідними краями і сірим дном. Гістологічне дослідження біоптатів дає змогу встановити остаточний діагноз.



Езофагоскопія. Рентгенографія. Рак стравоходу

Лікування. Основним методом лікування раку стравоходу є хірургічний. Вибір обсягу операції залежить від локалізації пухлини, поширеності процесу і загального стану хворого. При локалізації пухлини в абдомінальному і нижньогрудному відділі стравоходу проводять одномоментну резекцію стравоходу і кардії з накладанням внутрішньогрудного анастомозу між стравоходом і шлунком. У випадках ураження середньо- і верхньогрудного відділів стравоходу показана екстирпація його за Тореком. Через 3-6 міс. проводять 2-й етап операції - пластику стравоходу кишкою, шлунком або шкірним клаптем. При раку шийного відділу стравоходу перевагу віддають променевої терапії. З метою поліпшення віддалених результатів лікування останнім часом застосовують комбінований метод, який включає передопераційну променево-радикальну операцію та радикальну операцію. Симптоматичною операцією при поширеному процесі й дисфагії є гастростомія.

За наявності протипоказань до радикальної операції (передусім з боку дихальної і серцево-судинної систем) проводять променево-радикальну операцію.

Особливості догляду. Гастростома (єюностома) накладається для харчування хворих при неоперабельному раку стравоходу чи шлунка або як етап пластичної радикальної операції на цих органах. Трубка для харчування хворого виводиться через спеціальний невеликий розріз поруч з лапаротомною ранною. Під час перев'язки необхідно стежити, щоб між обома ранами не було зв'язки, пов'язки повинні накладатись окремо. Іноді між трубкою і рановим каналом в черевній стінці просочується шлунковий або кишковий вміст. В таких випадках для попередження мацерації шкіру навколо стоми обробляють розчином фурациліну і змащують цинковою пастою або пастою Лассара. Під час маніпуляцій потрібно уважно стежити за положенням трубки, утримувати її на місці, особливо під час зміни фіксуєчої тасьми. Медична сестра, яка бере участь у перев'язці, утримує дренаж пінцетом на місці. Крім того, такі дренажі фіксують швом до шкіри.

Годують хворого висококалорійною рідкою їжею, яку вливають в стому за допомогою лійки. Після годування гастростомічну трубку промивають водою і закривають затискачем.

Одним із ускладнень променевої терапії раку стравоходу є променево-радикальний езофагіт. Хворі скаржаться на біль і печію за грудниною. Для зменшення неприємних відчуттів призначають 0,1 % розчин атропіну по 5-8 крапель всередину 3-4 рази на день. Пропонують ковтати шматочки холодного вершкового масла, пити рисовий відвар.



Резекція стравоходу з тонкокишковою пластикою

Рак шлунку

Загальна інформація:

Ранній діагноз забезпечує найбільш сприятливий прогноз. Клінічні симптоми захворювання неспецифічні: нудота, блювання, відрижка, дисфагія, загальна слабкість, втрата маси тіла, анемія та ін. Важливо звернути увагу на появу зазначених симптомів у здорових людей і зміна їхнього характеру при хронічному гастриті або виразкової хвороби. Вирішальне значення у встановленні діагнозу мають гастроскопія (з біопсією) і рентгенологічне дослідження шлунку.

Рак шлунку локалізується у верхній третині (кардиальна частина і дно шлунку), середній третині (тіло шлунку) або нижній третині (пілоричний відділ шлунку). Метастази раку шлунку частіше вражають регіонарні лімфатичні вузли, печінку. Можливо метастазування по очеревині (з розвитком асцити), в яєчники (метастази Крукенберга), жирову клітковину малого тазу (метастази Шніцлера), рідко в легені, шкіру, кістки та ін.

Епідеміологія

Незважаючи на стійку тенденцію до зниження захворюваності на рак шлунка, він залишається однією з найпоширеніших форм злоякісних пухлин людини. Щорічно у світі захворюють на рак шлунка більше 1 млн. чоловік. Захворюваність на рак шлунка неоднорідна і значно розрізняється в різних країнах та регіонах світу, що говорить про вплив кліматогеографічних, побутових, харчових та інших чинників на його виникнення. Максимальний рівень захворюваності на рак шлунка в світі відзначений у чоловіків Японії (114,7 на 100 000 населення), а мінімальний - у білих жінок США (3,1 на 100 000). Висока захворюваність на рак шлунка зареєстрована в Китаї, Білорусії, Росії, Естонії, Латвії, Новій Зеландії (маорі). Найбільша кількість хворих на рак шлунка складають особи віком від 50 до 60 років,

на вік від 40 до 50 років припадає до 25% від усього числа хворих, чоловіки хворіють в 2 рази частіше, ніж жінки.

Симптоми:

У хворих на рак шлунку рідко з'являються симптоми на ранніх стадіях захворювання. З цієї причини рак шлунку важко діагностувати своєчасно. Симптоми раку шлунку можуть бути наступними:

- Незрозуміле схуднення і відсутність апетиту.
- Біль в області шлунка.
- Неприємні відчуття (дискомфорт) у животі, часто вище пупка.
- Почуття переповнення шлунку після прийняття малої кількості їжі.
- Печія, порушення травлення або симптоми, що нагадують виразку.
- Нудота.
- Блювота з кров'ю або без неї.
- Збільшення розмірів живота.
- Наростаюча блідість шкіри.

Звичайно, багато що з цих симптомів можуть бути викликані іншими захворюваннями, а не на рак. Однак якщо виникли зазначені симптоми, і вони тривають протягом тривалого періоду часу, необхідно терміново звернутися до лікаря.

Профілактика:

Профілактика раку шлунку полягає у максимальному виключення впливу перерахованих вище причин. Причому в більшості своїй ці заходи прості і доступні практично кожній людині:

- Зниження вживання в їжу солоних, копчених, в'ялених продуктів, нітратів і введення в харчування овочів, фруктів, продуктів з підвищеним вмістом клітковини. Повноцінне харчування з достатнім включенням тваринних і рослинних білків.
- Категорична відмова від куріння і вживання алкогольних напоїв.
- Регулярне спостереження і своєчасне лікування передракових станів - поліпозу шлунка, хронічного гастриту і хронічної виразки шлунку.

- Регулярне обстеження осіб, що відносяться до групи ризику по раку шлунка - з обтяженою спадковістю, вродженим поліпоз кишечника, особи, які прибули з районів з підвищеним рівнем захворюваності на рак шлунку
- Після 45-50 років будь-якій людині корисно 1 раз на рік профілактично обстежити шлунок навіть за відсутності скарг, так захворюваність на рак шлунку значно зростає, починаючи з цього віку.

Діагностика:

Найголовнішим і основним методом діагностики раку шлунку на сьогоднішній день є гастроскопія (фіброгастроскопія). Метод гастроскопії є одним із самих безпечних і надійних, при ньому практично не зустрічається ускладнень. Він не пов'язаний з радіаційним опроміненням хворого, введенням в кров будь-яких препаратів. Метод гастроскопії дозволяє оглянути крім того, порожнину стравоходу і 12-палої кишки. Одночасно з гастроскопії проводиться біопсія підозрілих на рак ділянок стінки шлунка. Тільки біопсія з наступним цитологічним аналізом дозволяє достовірно поставити діагноз раку шлунка або виключити його.

До інших методів діагностики відносяться:

- Визначення специфічних маркерів у крові хворого. При різних пухлинних захворюваннях в крові хворого виявляються певні речовини - так звані маркери. Кожному типу пухлин притаманні свої певні маркери.
- Рентгеноскопія. Метод рентгеноскопії широко застосовувався до введення в практику фіброгастроскопії. Полягає цей метод в тому, що хворому дають натще випити барієву суспензію, яка зовні нагадує розчин крейди. Після цього виконується рентгенівський знімок. При наявності в порожнині шлунка пухлинного процесу на рентгенівському знімку визначаються характерні для цього ознаки: відсутність заповнення певних частин шлунка (так званий дефект заповнення), розбіжність складок слизової оболонки шлунку навколо пухлини і деякі інші. Однак, рентгенографія не дозволяє дати однозначну відповідь щодо доброякісності або злоякісності пухлини, що властиве методу фіброгастроскопії з біопсією.
- Інші методи діагностики, як комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, УЗД і лапароскопія при раку шлунка застосовуються рідко.



ФЕГДС. Рак шлунку



Макропрепарат. Малігнізація поліпу шлунку

Лікування:

У лікування раку шлунку використовуються 2 методи лікування: хірургічний і хіміотерапевтичний. Основним методом є хірургічний, однак іноді застосовують комбіновані методи, що включають, крім оперативного втручання, хіміотерапію. Результат лікування та тривалість життя залежить від своєчасності звернення за допомогою.

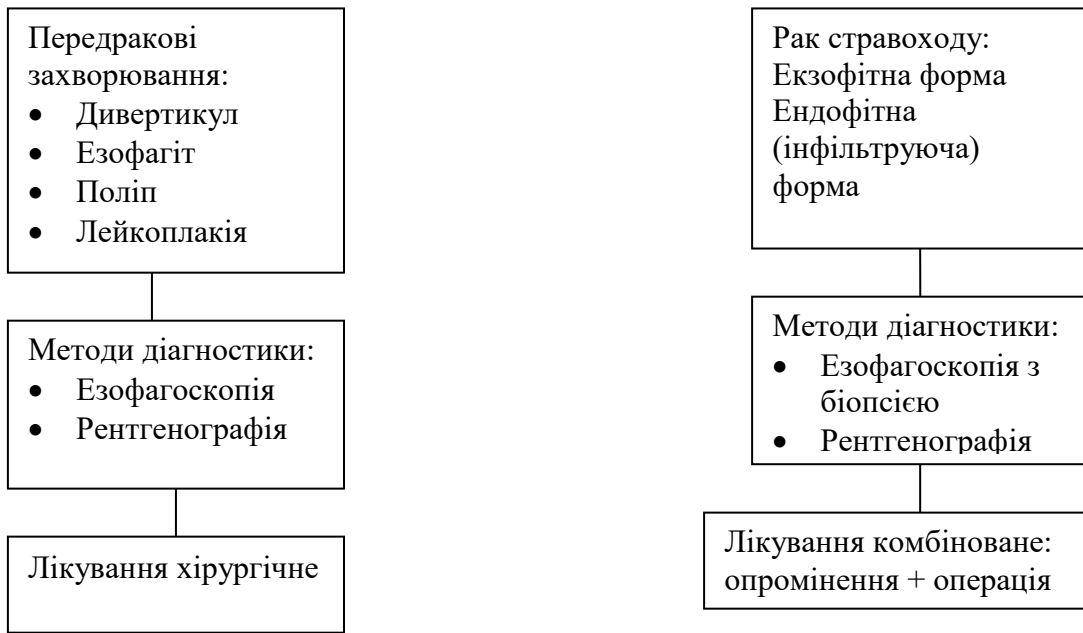


Операція резекція шлунку

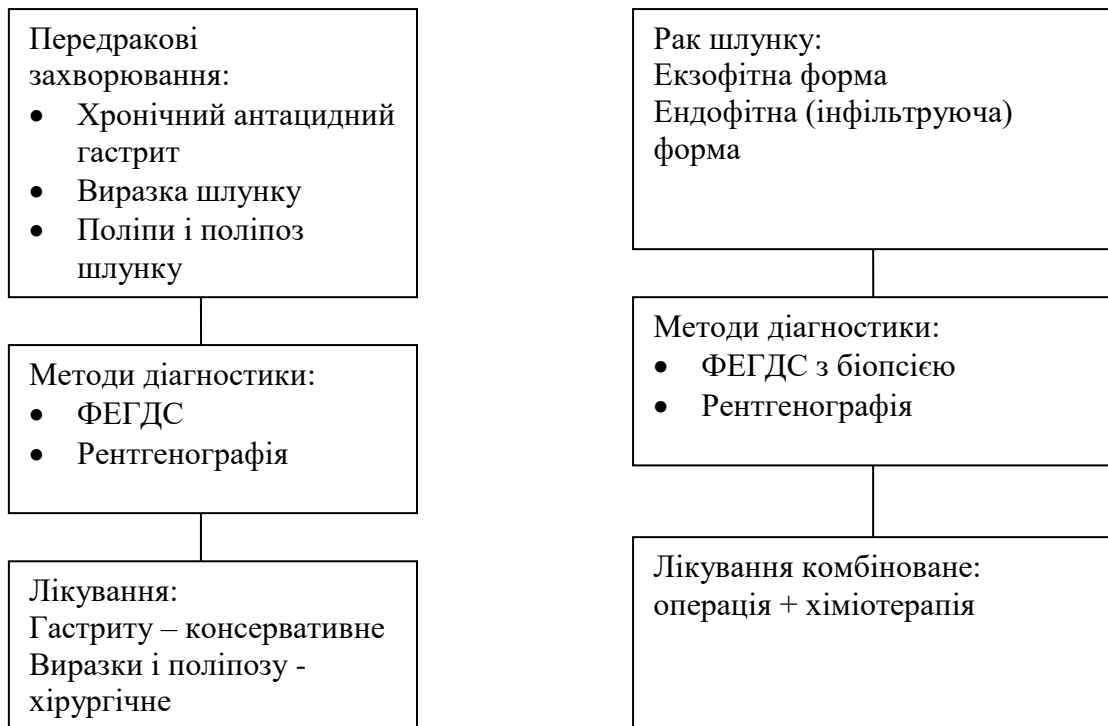
Питання на систематизацію і закріплення нового матеріалу

1. Назвіть передракові захворювання: а) стравоходу; б) шлунку. Методи їх діагностики, принципи лікування?
2. Які клінічні ознаки: а) раку стравоходу; б) раку шлунку?
3. Назвіть заходи профілактики раку стравоходу і шлунку
4. Які ви знаєте методи діагностики раку стравоходу і шлунку?
5. Назвіть методи лікування раку стравоходу і шлунку

Структурно-логічна схема Пухлини стравоходу



Структурно-логічна схема Пухлини шлунку



Колоректальні пухлини (ободової та прямої кишки)

Вузлові питання:

1. Епідеміологія колоректального раку
2. Етіологія
3. Патанатомія
4. Гістологічна класифікація
5. Шляхи метастазування
6. Класифікація за системою TNM
7. Клініка
8. Діагностика
9. Принципи лікування
10. Прогноз

Епідеміологія.

У більшості розвинених країн світу колоректальний рак серед найбільш поширених злоякісних новоутворень посідає третє місце, як у чоловіків так і у жінок. За даними ВООЗ у світі щорічно реєструється близько 600 тис. випадків колоректального раку. У США, Канаді та Великобританії колоректальний рак займає друге місце, поступаючись лише раку передміхурової залози у чоловіків і раку молочної залози у жінок, і становить 15% від усіх злоякісних пухлин. У країнах західної Європи захворюваність становить зараз від 34 на 100 тис. у жінок до 45 на 100 тис. у чоловіків. В Україні захворюваність пухлинами цієї локалізації становить тепер 33 на 100 тис. (17,7 ободової кишки і 16,5 прямої кишки) досягаючи найбільших показників (35-38 на 100 тис.) в південно-східному регіоні нашої країни.

Етіологія.

· Харчові фактори. Високий вміст в раціоні м'яса, особливо яловичини і свинини, тваринного жиру і зменшення клітковини прискорює зростання кишкових бактерій, які виробляють канцерогени, викликають збільшення випадків колоректальних карцином. Цей процес здатні стимулювати солі жовчних кислот. Природні вітаміни А, С і Е інактивують канцерогени, а турнепс і кольорова капуста індукують експресію бензпіренгідроксилази, здатної інактивувати поглинені канцерогени. Зазначене різке зниження випадків захворювання серед вегетаріанців.

· Екологічні фактори (промислові канцерогени). Висока частота карцином серед робітників азбестових виробництв, лісопиллок.

· Генетичні чинники. Можливість спадкової передачі доводить наявність сімейних поліпозних синдромів і зростання (в 3-5 разів) ризику розвитку карциноми серед родичів першого ступеня кровності хворих з карциномою або поліпами.

Інші етіологічні чинники.

- Виразковий коліт з давністю захворювання більше 10 років.



- Хвороба Крона.



- Аденома товстої кишки в анамнезі.

- Синдром поліпозу: дифузний сімейний поліпоз (ризик 90%), одиночні і множинні поліпи, ворсинчасті пухлини, а вірогідність захворювання при синдромах Гарднера і Пейтц-Егерса досягає 70-80%.



Ендоскопія: поліп ободової кишки

- Рак жіночих геніталій або молочної залози в анамнезі.

- Синдроми сімейного раку.

Патологічна анатомія.

I. Екзофітна форма-пухлини, які ростуть в просвіт кишки.

II. Ендофітний форма-пухлини, яка інфільтрує стінку кишки і не має чітких меж.

III. Мезофітних (змішана) форма – пухлини, які об'єднують елементи екзо-і ендофітної форми

Гістологічна класифікація пухлин товстої кишки

I. Аденокарцинома:

II. Слизовий (колоїдний) рак

III. Недиференційований рак:

Шляхи метастазування:

· Лімфогенний – уражаються регіональні лімфовузли

· Гематогенний – метастазує найбільш часто в печінку, легені, головному мозку, кістки. Можливі також віддалені метастази Вірхова (в надключичний лімфовузол зліва), Шніцлера (в ділянку міхурово-прямокишкової клітковини), Крукенберга (в яєчник).

· Імплантаційний – імплантація пухлинних клітин в стінку кишки нижче від локалізації первинної пухлини.

Класифікація раків ободової і прямої кишок

TNM Клінічна класифікація

T – Первинна пухлина

Tx – недостатньо даних для оцінки первинної пухлини

T0 – первинна пухлина не визначається

Tis – carcinoma in situ: пухлина в межах слизової оболонки або інвазія базальної мембрани

T1-пухлина, що інфільтрує підслизовий шар

T2 – пухлина, що інфільтрує м'язовий шар

T3 – пухлина проникає крізь м'язовий шар в субсерозні шари або в тканину ділянок, які не покриті очеревиною навколо ободової і прямої кишок

T4 – пухлина безпосередньо поширюється на сусідні органи або структури та / або/ проростає вісцеральну очеревину

Примітка: Пряме поширення при T4 означає поширення на інші сегменти ободової і прямої кишок шляхом проростання серозного шару.

N – Регіонарні лімфатичні вузли.

Nx – недостатньо даних для оцінки стану лімфатичних вузлів

N0 – немає ознак ураження лімфатичних вузлів

N1 – є метастази в 1-3 регіонарних лімфатичних вузлах

N2 – є метастази в 4 і більше вузлів ворин лімфатичних вузлах

M – Віддалені метастази

Mx – недостатньо даних для визначення віддалених метастазів

M0 – віддалені метастази не визначаються

M1 – є віддалені метастази

Клініка.

Клінічна картина залежить від локалізації, гістологічної форми, розміру пухлини та наявності метастазів. Симптоматика колоректального раку різноманітна. Вона обумовлена анатомічною формою росту пухлини, а також пов'язана з певними анатомо-фізіологічними відмінностями між окремими відділами товстої кишки. Деякі симптоми наявні частіше при пухлинах правої половини ободової кишки (біль, анемія, наявність пухлини, симптоми запального процесу), інші характерні при ураженні лівої половини товстої кишки (непрохідність ентероколіт, патологічні виділення).

Виділяють наступні клінічні форми раку ободової кишки:

- Стенозуюча (обтураційна) форма
- Ентероколітична форма
- Анемічна форма.
- Диспептична форма.
- Псевдозапальна форма.
- Пухлинна форма.
- Больова форма.

Патогномонічними ознакою раку прямої кишки є наявність патологічних домішок у калі (крові, слизу). Домішки крові в калі, які з'являються перед дефекацією або під час дефекації, спостерігаються в 75-90% хворих. Інші патологічні виділення (слиз, гній) з'являються при розпаді пухлини і наявності запального процесу, що характерно для більш пізніх стадій. Тенезми з'являються при стенозованні пухлиною просвіту кишки з явищами непрохідності і свідчать про поширення процесу. Позиви на стілець можуть бути досить часті (до 15 разів на добу), більш характерні для раку ампулярного відділу прямої кишки.

Залежність частоти ураження пухлиною різних відділів прямої кишки відповідно складає: нижнеампулярний відділ – 25%, середнеампулярний відділ – 50%, верхньоампулярний – 25%.

Діагностика.

- Анамнез захворювання має велике значення. Необхідно виявити наявність симптомів, характерних для пухлин товстої кишки, час їх розвитку.
- Фізикальне обстеження – особливу увагу слід звертати на колір шкіри (анемія), пальпацію живота в різних положеннях хворого. Ректальне пальцеве дослідження найбільш інформативне при раку прямої кишки, воно дозволяє визначити наявність пухлини, характер її зростання, зв'язок із суміжними органами.
- Ендоскопічне дослідження дозволяє уточнити локалізацію пухлини товстої кишки, взяти матеріал (Ексцизійна біопсія та відбиток-мазок-відбиток) для морфологічної верифікації процесу. Застосовується:
 - ректороманоскопія (РРС);
 - фіброколоноскопія (ФКС).
- Рентгенологічне дослідження:

- оглядова рентгенографія органів черевної порожнини-необхідна при підозрі на гостру кишкову обтураційну (пухлинну) непрохідність;
- іригоскопія – контрастне дослідження товстої кишки з барієвої суспензією – дозволяє встановити функціональний стан товстої кишки; локалізацію пухлини, її розміри і протяжність.
- Ендоректальне УЗД (при раку прямої кишки) дозволяє визначити проростання пухлини в суміжні органи (піхву, передміхурову залозу).
- УЗД, КТ, МРТ, сцинтиграфія печінки. Проводять для виключення віддалених метастазів, які в першу чергу вражають печінку.
- Лапароскопія – іноді використовується для виключення генералізації злоякісного процесу.
- Проба на приховану кров. У хворих з високим ризиком слід проводити бензидинова (Грегерсена) або гваякової (Вебера) пробу на приховану кров у калі і старанно обстежити при неоясненій крововтраті.



Колоноскопія: рак ободової кишки

Лікування.

Хірургічне втручання при колоректальному раку – метод вибору. Вибір характеру хірургічного втручання залежить від локалізації пухлини, наявності ускладнень або метастазів, загального стану хворого.

- Види операцій при раку ободової кишки:
 - При раку правої половини ободової кишки виконують правостороння геміколектомія з накладенням ілеотрансверзоанастомоза.
 - При раку середньої третини поперечної ободової кишки – резекцію поперечної ободової кишки з накладенням колоанастомоза кінець в кінець.
 - При раку лівої половини ободової кишки – лівосторонню геміколектомію з накладенням трансверзосігмоанастомоза.
 - При раку сигмоподібної кишки – резекцію сегмента цієї кишки.
 - При наявності пухлини, яку не можна видалити з технічної причини, або віддалених метастазах виконують паліативні і симптоматичні операції з метою попередження ускладнень (кишкова непрохідність, кровотеча) – обхідний і леотрансверзоанастомоз або трансверзосігмоанастомоз, накладення двоствольний ілео-або сігмостоми.
 - Види операцій при раку прямої кишки:
 - Черевно-промежинна екстирпація прямої кишки (операція Кеню-Майлса).
 - При локалізації нижнього краю пухлини на відстані більшій 4 см від краю заднього отвори бажано виконувати Сфінктерозберігаючі операції.
 - Операція Гартмана (резекція прямої кишки із закриттям наглухо дистальної частини і висновком проксимального відділу в штучний анус) виконується при наявності протипоказань для накладення внутрішньочеревного анастомоза.
- Променева терапія при раку ободової кишки не є досить ефективною, хоча іноді в пізніх стадіях може застосовуватися як паліативний захід.
- При пухлинах прямої кишки вона є одним з обов'язкових засобів впливу на злоякісний процес в комбінованому лікуванні. При великих пухлинах (Т3-4) найчастіше застосовується передопераційна інтенсивно-концентрована променева терапія раку прямої кишки. Передопераційна радіотерапія зменшує біологічну активність пухлини та її розміри. Післяопераційні курси променевої терапії значно

знижують вірогідність розвитку місцевих рецидивів і метастазування у віддалені органи.

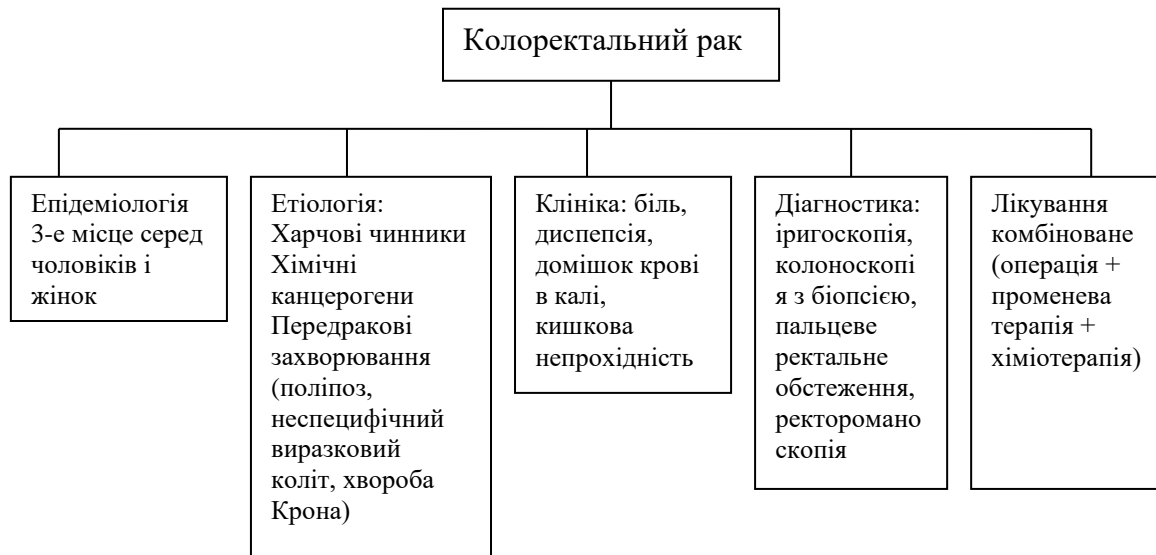
· Хіміотерапія. Останнім часом у зв'язку зі створенням нових протипухлинних препаратів (кселода, іринотекан, оксаліплатин) роль хіміотерапії у лікуванні раку товстої кишки значно зросла. В останнє десятиліття широко застосовується метод ад'ювантної (післяопераційної) хіміотерапії, який дозволив поліпшити віддалені результати радикального оперативного втручання (особливо при III стадії).

Протокол включає комбінацію 5-фторурацилу і лейковорину або левамізолу.

Прогноз.

Загальне 5-річне виживання складає 45-55% і за останні роки істотно не змінилося. При пухлинах, які обмежені слизовою оболонкою (T1), які виявляють в доклінічному періоді при онкопрофоглядах (проби на приховану кров або при колоноскопії), 5-річна тривалість життя складає 80-90%. При пухлинах з метастазами в регіональні лімфатичні вузли 5-річна тривалість життя складає лише 30-45%. Основні фактори, які впливають на прогноз хірургічного лікування раку товстої кишки: поширеність пухлини по колу кишкової стінки, глибина проростання, анатомічна й гістологічна будова пухлини, регіонарне і віддалене метастазування.

Структурно-логічна схема Колоректальний рак



Питання за систематизацію і закріплення нового матеріалу

1. Яке за частотою місце займає рак ободової кишки?
2. Назвіть причинні чинники колоректального раку
3. У пацієнта при обстеженні виявлено колоректальний рак T3N2M0. Яка стадія і клінічна група у нього?
4. Назвіть методи діагностики колоректального раку
5. Які принципи лікування колоректального раку?
6. Який термін виживання пацієнтів після радикального лікування?

Злоякісні лімфоми

Вузлові питання:

1. Епідеміологія
2. Етіологія
3. Клінічна класифікація
4. Клініка
5. Діагностика
6. Лікування
7. Прогноз

Новоутворення, які виникають з лімфатичних вузлів або лімфоїдної тканини, отримали назву "Лімфоми". Вони відносяться до групи гемобластозів, куди, крім лімфом, входять також лейкемії (злоякісні пухлини, які первинно виникають у кістковому мозку). Серед злоякісних лімфом домінують лімфогранулематоз (хвороба Годжкіна) і лімфосаркоми

Лімфогранулематоз (хвороба Годжкіна)

Епідеміологія.

Захворюваність злоякісними лімфомами в 1999 році в Україні склала 7,2 на 100 тис. населення. Серед Країн СНД Україна по захворюваності знаходиться серед лідерів. В Україні перші місця посідають: Вінницька, Київська та Полтавська області.

Захворюваність на лімфогранулематоз характеризується "двопіковою" кривою:

- пік захворюваності у молодих людей спостерігається у віці 15-30 років (у країнах третього світу частіше у віці 5-9 років);
- другий пік захворюваності спостерігається у віці 50 років і старше;
- лімфогранулематоз у чоловіків спостерігається в 1,5 рази частіше;

Етіологія.

Етіологічні фактори виникнення лімфогранулематозу остаточно не з'ясовані.

- Тривалий час основним припущенням причин виникнення хвороби Годжкіна вважався вірус Епштейн-Барр.
- Помітне збільшення захворюваності в певному регіоні вказує на те, що етіологічними факторами можуть бути віруси і шкідливі фактори зовнішнього середовища.
- Доведено, що в розвинених країнах лімфогранулематоз частіше зустрічається серед осіб з вищим соціально-економічним становищем. Спостерігаються сімейні форми лімфогранулематозу (генетична схильність).

Клінічна класифікація.

Для лімфогранулематозу характерно послідовне розповсюдження від однієї групи лімфатичних вузлів до іншої. Залежно від стадії розвитку процесу для всіх лімфом створена класифікація за системою Ann-Arbor:

I стадія - ураження однієї групи лімфатичних вузлів або іншого органу лімфатичної системи.

II стадія - ураження двох чи більше груп лімфатичних вузлів по один бік діафрагми.

III стадія - ураження лімфатичних вузлів або інших органів лімфатичної системи, зокрема, селезінки з обох сторін діафрагми.

VI стадія - дифузне або дисеміноване ураження позалімфоїдних органів (печінки, кісткового мозку, легень, плеври та ін.)

Залежно від наявності або присутності загальних симптомів інтоксикації кожна стадія ділиться на дві підгрупи:

A - відсутність загальних симптомів інтоксикації.

B - наявність загальних симптомів інтоксикації.

До інтоксикаційних симптомів відносять: безпричинна втрата маси тіла протягом останніх 6 місяців, підвищення температури тіла вище 38 ° C тривалістю більше тижня, профузне нічне потіння, свербіж шкіри.

Клініка.

- Збільшення периферичних лімфатичних вузлів основна і досить рання клінічна ознака хвороби Годжкіна. Найбільш часто збільшуються (до 75%) шийно-надключичні лімфатичні вузли, частіше з правого боку. Збільшені лімфатичні вузли зазвичай безболісні, щільно-еластичні, рухомі і не спаяні зі шкірою і навколишніми тканинами.
- Поширення патологічного процесу. Починаючись в лімфатичних вузлах певної групи, патологічний процес може поширюватися практично на всі органи і тканини, що супроводжується загальними симптомами інтоксикації.
- Біль за грудиною і кашель спостерігаються при первинному ураженні лімфатичних вузлів середостіння, коренів легень, легеневої тканини. У таких випадках вони є першими ознаками захворювання.
- Синдром стиснення верхньої порожнистої вени (компресійний, або кава-синдром) виникає при утворенні в середостінні значних пухлинних конгломератів. При специфічному ураженні плевральних листків виникає ексудативний плеврит.
- Ураження кісткової системи. У 20% хворих на лімфогранулематоз, в першу чергу, уражаються хребці, грудина, кістки тазу, ребра, значно рідше трубчасті кістки. Основною ознакою ураження кісток є біль в кістках, яка виникає ще до того, як це можна виявити рентгенологічно.
- Ураження печінки (на секції виявляється в 50% хворих) може призводити до гепатомегалії, хоча іноді уражена печінка зберігає звичайні розміри. Ураження печінки супроводжується стійкою лихоманкою.
- Можливі ураження центральної нервової системи, насамперед, спинного мозку. Неврологічна симптоматика швидко прогресує, викликає серйозні ускладнення аж до повного поперечного мієліту.
- Гемограма. Специфічних змін гемограми у хворих лімфогранулематозом не існує. Слід звертати увагу на підвищення ШОЕ, анемію, лімфоцитопенію, зміну складу білків сироватки.
- Інтоксикаційний синдром. Значно ускладнює клінічний перебіг захворювання поява симптомів інтоксикації, які мають несприятливе прогностичне значення.
 - Надмірне потовиділення спостерігається у більшості хворих. Профузне нічне потовиділення може супроводжувати лихоманку або спостерігатися окремо.
 - Лихоманка може мати різноманітний характер - як хвилеподібний підвищення температури тіла, так і лихоманка Пила-Епштейна - вечірнє підвищення температури тіла протягом декількох днів, після чого температура нормалізується. Підвищення температури починається ознобом і закінчується проливним потінням.
 - Свербіж шкіри спостерігається приблизно в 1 / 3 хворих на лімфогранулематоз. Прояви його різноманітні - від локалізованого помірного свербіння до генералізованого дерматиту з розчухуваннями по всьому тілу.



Діагностика.

- Фізикальне обстеження з пальпацією всіх периферичних лімфатичних вузлів слід включати в план обстеження хворих з підозрою на злоякісні лімфоми.
- Рентгенологічне обстеження органів грудної клітки (стан медіастинальних

лімфатичних вузлів, легеневої тканини, плеври), включаючи комп'ютерну томографію.



- Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини (печінки, селезінки) і заочеревинного простору (нирок, заочеревинних лімфатичних вузлів).
- Біопсія збільшеного лімфатичного вузла. Морфологічна верифікація процесу дає можливість встановити діагноз лімфогранулематозу і визначити його морфологічний варіант.

При підозрі на ураження будь-якого іншого органу необхідно застосувати відповідні методи дослідження.

Лікування.

Вибір методу лікування залежить від стадії захворювання і морфологічного варіанту хвороби Годжкіна. Основними методами лікування лімфогранулематозу є променевої (дистанційна гамма-терапія за радикальною програмою), поліхіміотерапія та їх комбінація.

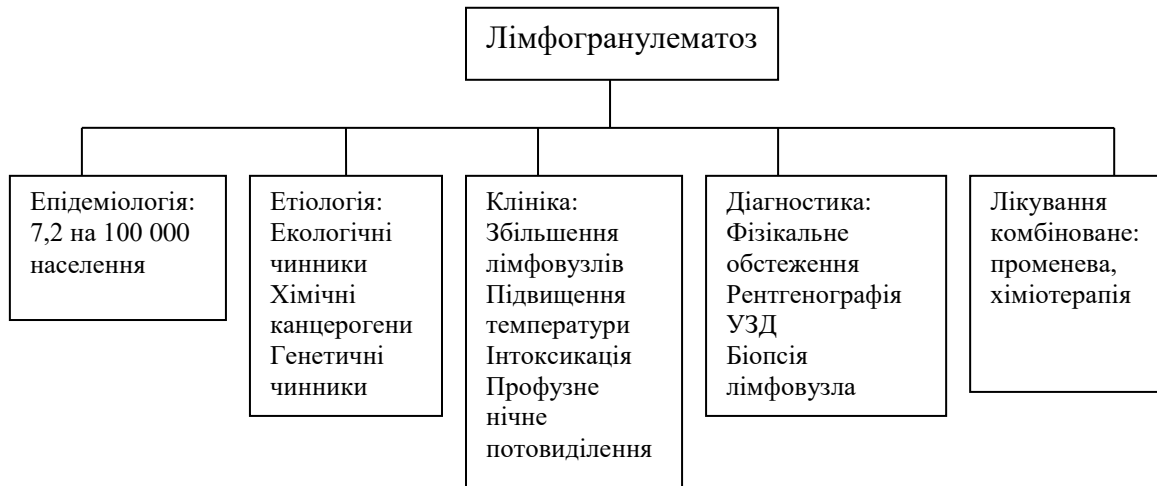
- При I-II стадіях лімфогранулематозу (варіанти зі сприятливим прогнозом) основним методом лікування хворих є променевий. Радикальна програма телегамматерапії передбачає опромінення уражених зон сумарною вогнищевою дозою 40-45 Гр і профілактичне опромінення зон субклінічного розповсюдження сумарною вогнищевою дозою 30-35 Гр.
- При II стадії лімфогранулематозу (варіанти з несприятливим прогнозом) методом вибору є комбінована терапія - 3 цикли поліхіміотерапії (СОРР, СVРР, МОРР) з наступним опроміненням за радикальною програмою, після чого проводиться ще 3 циклу поліхіміотерапії.
- При III-I стадіях (з генералізацією процесу) основним методом лікування хворих на лімфогранулематоз є поліхіміотерапія.

Для лікування пацієнтів похилого віку і хворих, які лікувалися багаторазово з ознаками пригнічення кровотворних органів рекомендується обмежуватися монохіміотерапією (вінбластин, прокарбазин, хлорбутин, циклофосфан). Необхідно пам'ятати, що хіміотерапія та опромінення всіх груп лімфатичних вузлів є дуже токсичними і супроводжуються частими побічними реакціями.

Прогноз.

При хворобі Годжкіна прогноз залежить від стадії процесу, гістологічного варіанту, наявності або відсутності ознак інтоксикації. Кращий прогноз у молодих людей і осіб жіночої статі. За даними NCA (US) 1992 року 10-річне виживання хворих на лімфогранулематоз становить: при I стадії - більше 90%; при II стадії - 80-90%; при IIIA стадії - 65-80%; при IIIB стадії - 50-65% ; при IV стадії - 40-65%.

Структурно-логічна схема Лімфогранулематоз



Питання на систематизацію і закріплення нового матеріалу

1. Яка захворюваність на лімфогранулематоз в Україні?
2. Які етіологічні чинники цього захворювання?
3. Назвіть клінічну класифікацію лімфогранулематозу
4. Назвіть клінічні ознаки лімфогранулематозу
5. Які методи діагностики використовуються?
6. Які принципи лікування лімфогранулематозу?

Пухлини сечової системи

Вузлові питання:

1. Пухлини сечового міхура
2. Пухлини передміхурової залози

Пухлини сечового міхура

Захворювання на рак сечового міхура продовжує невпинно зростати. В Україні на сьогоднішній день на обліку перебуває 24 тис. хворих і прогнозується збільшення захворюваності у 1,4 рази, а смертності – у 2,8 рази. РСМ у структурі онкологічних захворювань займає 6 місце. Для раку сечового міхура характерне наростання захворюваності з віком: пухлини майже не виявляються у людей до 35 років, однак після 65 років імовірність їх появи різко збільшується. Чоловіки хворіють у 3-4 рази частіше, ніж у жінки. Летальність від раку сечового міхура збільшується відповідно до зростання захворюваності. Сільські мешканці хворіють рідше, ніж міські, що пов'язано з умовами життя, праці і навколишнього середовища.

Етіологія. Професійний фактор (працівники гумового, фарбувального виробництва внаслідок тривалого контакту з канцерогенними речовинами. Шкідливі звички (паління збільшує ризик захворіти у 2-3 рази). Застосування лікарських речовин (циклофосфаміду, фенацетину). Хронічні запальні захворювання з тривалим перебігом (інтерстиціальний, кістозний, залозистий, паразитарний цистити; виразка сечового міхура, лейкоплакія). Радіактивне опромінення може бути однією з причин появи пухлини сечового міхура у залежності від отриманої дози опромінення,

тривалості контакту з радіоактивними речовинами. Спадковий фактор. Питна вода – ризик захворіти раком сечового міхура при вживанні хлорованої води зростає у 1,8 рази. Вивчається роль вірусів папіломи людини у розвитку раку сечового міхура.

Серед пухлин епітеліального походження розрізняють доброякісні і злоякісні пухлини. До *доброякісних новоутворень відносять* аденому, папілому, ендометріоз, феохромоцитому.

Аденома макроскопічно нагадує папілому, та на відміну від неї при мікроскопічному дослідженні сполучна тканина розміщена у ній між клітинними стовпчиками.

Папілома – це доброякісна ворсинчата пухлина, що розвивається з плоского чи перехідного епітелію. Папілома складається з тонких ніжних ворсинок, що сидять на тонких ніжках при цьому слизова оболонка навколо папіломи не змінена. Розрізняють поодинокі та множинні папіломи. Множинні частіше це ті, які розкидані по всій слизовій оболонці сечового міхура. При папіломатозі сечового міхура, вся слизова оболонка уражена численними дрібними низьковорсинчатими пухлинами. Незважаючи на морфологічну доброякісність будови, папілому слід вважати передраковою пухлиною. Папілома після видалення може рецидивувати і приймати характер типової злоякісної пухлини.

Ендометріоз – це пухлиноподібне утворення, морфологічно подібне до ендометрію, складається з кіст різних розмірів, що випинаються у прозир сечового міхура.

Феохромоцитома – це пухлина з хромафінної тканини мозкової речовини наднирника, розташовується у товщі стінки сечового міхура і покрита нормальною слизовою оболонкою.

До *злоякісних пухлин* відносять папілярний і солідний рак.

Папілярний рак – це екзофітна пухлина залозистої форми, яка має ворсинчасту будову і макроскопічно нагадує кольорову капусту (становить 54% всіх пухлин). Ворсини цієї пухлини сидять на широкій щільній ніжці та схильні до виразковості і розпаду.

Локалізація: ділянка дна, шийки, отворів сечоводів, проте може розміщуватися в будь якому місці міхура.

Солідний рак зустрічається у 40% хворих і може мати перебіг по типу екзофітної або ендоефітно-інфільтруючої пухлини. Екзофітна пухлина являє собою горбисті утворення з потовщеною, набряклою, тусклою, ширшавою слизовою оболонкою, подекуди покритою гнійними плівками. При ендоефітній формі пухлина не виступає у просвіт міхура. Слизова оболонка над нею набрякла, покрита виразками, гіперемована, з вогнищами крововиливів.

Слід пам'ятати про можливість розвитку у сечовому міхурі у 5-8% залозистого раку – аденокарциноми, або ембріонального (з сечової протоки) походження.

Метастазування. *Лімфогенне*(обтураторні, зовнішні клубові, паравезикальні лімфовузли). *Гематогенне* (печінка, легені, наднирники).

За місцевим поширенням рак сечового міхура рідко проростає у сусідні структури.

Клініка. На початкових стадіях захворювання невиражена, і залежить від характеру пухлини, її розміщення, розповсюдженості, напрямку росту і наявності вторинних ускладнень. Першою і найчастішою ознакою, що примушує хворого звернутися до лікаря, є гематурія, яка зустрічається у 90% хворих. Вона з'являється без причини і не супроводжується болем при сечовипусканні. Гематурія продовжується декілька годин або днів і проходить без лікування, але через деякий час, іноді через декілька років, після фізичного навантаження, вживання алкоголю чи іншої причини може повторюватись. Гематурія найчастіше тотальна, з домішкою безформних згустків. Слід пам'ятати, що часто вона може бути і термінальною, особливо при пухлинах, розміщених у ділянці шийки міхура. У більшості хворих (75%) спостерігається макро і мікрогематурія, якщо перша виникає періодично і більш характерна для раку, то друга – постійна, і зустрічається при папіломі і початкових формах раку. Інтенсивність гематурії не завжди відповідає розмірам і стадії пухлини. Пізніше приєднуються дизуричні явища, постійні потяги до сечовипускання. Сеча стає каламутною, гнійною, з неприємним запахом. При розміщенні пухлини у ділянці отворів сечоводів і здавленні їх порушується пасаж сечі, з'являється біль у ділянці нирки і крижах, приєднується пієлонефрит, хронічна ниркова недостатність.

Пухлини, що поширились на ділянку шийки і міхурового трикутника, можуть супроводжуватися болем у промеженні, над лоном, у калитці, імперативними потягами до сечовипускання. Ці скарги з'являються значно пізніше при локалізації захворювання у верхній половині сечового міхура.

Злоякісні пухлини сечового міхура відрізняються більш сприятливим перебігом, ніж пухлини інших локалізацій. Вони тривалий час обмежуються тільки ураженням міхура і пізно метастазують.

Діагностика. Проводиться з урахування анамнезу, ранніх симптомів – безсимптомна гематурія, яка частіше виявляється у загальному аналізі сечі, імперативні поклики до сечовипускання.

Для ранньої діагностики раку сечового міхура застосовують новий неінвазивний високоспецифічний імунохроматографічний тест (BTA stat Test), який дозволяє за допомогою моноклональних антитіл визначити антиген пухлини сечового міхура. Чутливість його зростає від 50 до 90% з підвищенням стадії захворювання.

Фізикальне обстеження має при ранніх стадіях обмежене значення, крім виключення супутньої патології. У більш пізніх стадіях – при бімануальній пальпації можливо визначити пухлину у просвіті міхура.

Основним і найефективнішим діагностичним методом залишається *цистоскопія*. Пухлини сечового міхура відносяться до візуальних локалізацій. Метод визначає характер, розміри, топіку пухлини, дає можливість оцінити стан вічок сечоводів.

Екскреторна урографія – це цінний обов'язковий діагностичний метод, який дозволяє визначити не тільки стан верхніх сечових шляхів, але й виконати низхідну цистографію, яка відображає зміни у сечовому міхурі (зміни контурів міхура, наявність дефектів наповнення, асиметрію і деформацію міхура). Проте при зниженні функції нирок іноді неможливо отримати досить виразного контрастування сечового міхура. У таких випадках застосовують різні методи висхідної цистографії.

Для визначення глибини проростання пухлини і наявності метастазів застосовують *комп'ютерну або магнітнорезонансну томографію*. Ці методи дають

можливість оцінити просторові співвідношення ураження органів малого тазу, межі поширення пухлини сечового міхура, важливі данні про наявність метастазів у тазових лімфовузлах і кістках таза.

Для верифікації захворювання, при плануванні оперативного лікування, проводять *трансуретральну біопсію пухлини*. Слід пам'ятати, що поверхневі ділянки пухлини можуть бути гістологічно доброякісними, більш глибокі – злоякісними. Таким чином необхідно прагнути провести біопсію з основи пухлини.

Цитологічне дослідження застосовують для підтвердження діагнозу у тих випадках, коли цитоскопія не можлива або не дає переконливих даних. Воно ґрунтується на мікроскопічному дослідженні клітин сечового міхура або їх комплексів, які при пухлинах відрізняються атипією, поліморфізмом і різним відношенням до фарбування. Для дослідження використовують осад сечі хворого, отриману відсмоктуванням через катетер (метод аспірації) або спиртовий змив з міхура.

Лікування при пухлинах сечового міхура включає хірургічний, променевий, цитостатичний методи.

Трансуретральна резекція пухлини – ендоскопічне видалення пухлин сечового міхура. Цей сучасний метод застосовується при папілярних неінвазивних пухлинах (T_a, T₁). Згідно з стандартами лікування пацієнтам з неінвазивними пухлинами після трансуретральної резекції показано призначення місцевої (внутрішньоміхурової) щотижневої імуно- (інтерферон 10 – 100 млн ОД, БЦЖ 60-75 мг) або хіміотерапії (мітоміцин 30 мг, адриабластин 30-40 мг) впродовж двох місяців. Хворі із стадією T₁G₃ мають високий ступінь пухлинної прогресії, тому такі хворі у випадку рецидиву після проведеного протирецидивного лікування є кандидатами для цистектомії. Хворі із стадією T₂ теж можуть розраховувати на трансуретральну резекцію з паліативною метою. До такої категорії відносять хворих старечого віку і важкими супутніми захворюваннями. У подальшому їм призначають променеву терапію.

Надлобкова трансвезікальна резекція пухлини – це парціальне видалення стінки сечового міхура з пухлиною. Цей вид оперативного лікування виправданий у хворих з папілярними пухлинами, розташованими у ділянці вічка сечоводу або на рухливій частині сечового міхура – купол, бокові і задня стінки. Після резекції ад'ювантно застосовується променева або хіміотерапія.

Радикальна цистектомія – передбачає виконання тазової лімфаденектомії, видалення сечового міхура і передміхурової залози з сім'яними міхурцями єдиним блоком. Показаними для операції є локазовані і місцевопоширені пухлини сечового міхура (T₁₋₄N₀M₀), а також рецидивні захворювання. Існують наступні методи відведення сечі: зовнішнє – двобічна уретерокутанеостомія, внутрішнє – двобічний уретеросигмоанастомоз, безперервне – створення резервуару із тонкої або товстої кишки з низьким градієнтом тиску і пересадкою у нього сечоводів, чим досягається найкраща медична та соціальна реабілітація.

Променева терапія – це стандартний метод лікування раку сечового міхура. Проводиться як за радикальною програмою, так і з паліативною метою. Результати тісно пов'язані з підведеною дозою й правильним відбором хворих. Чим вище доза, тим вищий очікуваний результат. Сумарна осередкована доза повинна бути не менше 60-65 Гр, при разовій 1,8-2,0 Гр. Променева терапія застосовується у

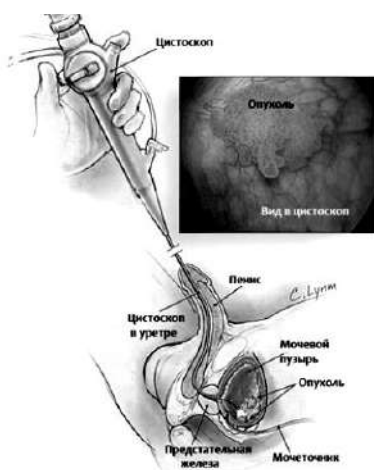
поєднанні з оперативним лікуванням. Кращий прогноз мають пацієнти з папілярними пухлинами, ніж з солідними.

Хіміотерапія може проводитись ад'ювантно та неoad'ювантно. Основним показанням для цього виду лікування є інвазивні форми раку сечового міхура. Найбільш поширені схеми лікування: MVAC (метотрексат 30мг/м² в/в – 1,15,22-й дні, вінбластин 3мг/м² в/в – 2,15,22-й дні, адриобластин 30мг/м² в/в – 2-й день, цисплатин 70-100мг/м² в/в – 2-й день); CAP (циклофосфан 1000 мг/м² – з 1– 5-й дні, адриобластин 30-40 мг/м² – 1,2-й дні, цисплатина 60-80 мг/м² – 1-й день). Попередні результати застосування поєднання гемцитабіну (1000мг в/в – 1,2,3-й тижні) з препаратами платини (70мг/м² в/в – 1-й тиждень) показали перспективність їх використання у лікуванні раку сечового міхура, Крім внутрішньовенного введення хіміопрепаратів існує внутрішньоартеріальне селективне підведення препаратів безпосередньо до судини, яка живить пухлину. Комбіноване лікування включає перед- і післяопераційний курс променевої або хіміотерапії і оперативне втручання з субопераційним кровоплином на пухлину. Симптоматичне лікування здійснюється у термінальній стадії раку сечового міхура.

Прогноз. Незавжди сприятливий, і визначається стадією пухлинного процесу, ступенем диференціації пухлини, розвитком рецидивів. П'ятирічне виживання складає по стадіях: T₁ – 75%, T₂ – 63%, T₃ – 31% , T₄ – 10%.

Профілактика. Своєчасне раціональне лікування з приводу фонових захворювань сечового міхура, облігатних і факультативних станів, дивертикулів, каменів і інше. Велике значення має динамічне спостереження за працівниками анілінофарбової, гумової, газової і нафтопереробної промисловості та іншими контингентами, що складають групи підвищеного ризику.

Диспансеризація. Необхідне регулярне диспансерне спостереження на першому році кожні 3 міс, на другому – кожні 6 міс, пізніше – щорічні огляди. Обов'язкові методи обстеження: цистоскопія, цитологічне дослідження сечі, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини та заочеревинного простору, рентгенографія органів грудної порожнини.



Цистоскопія

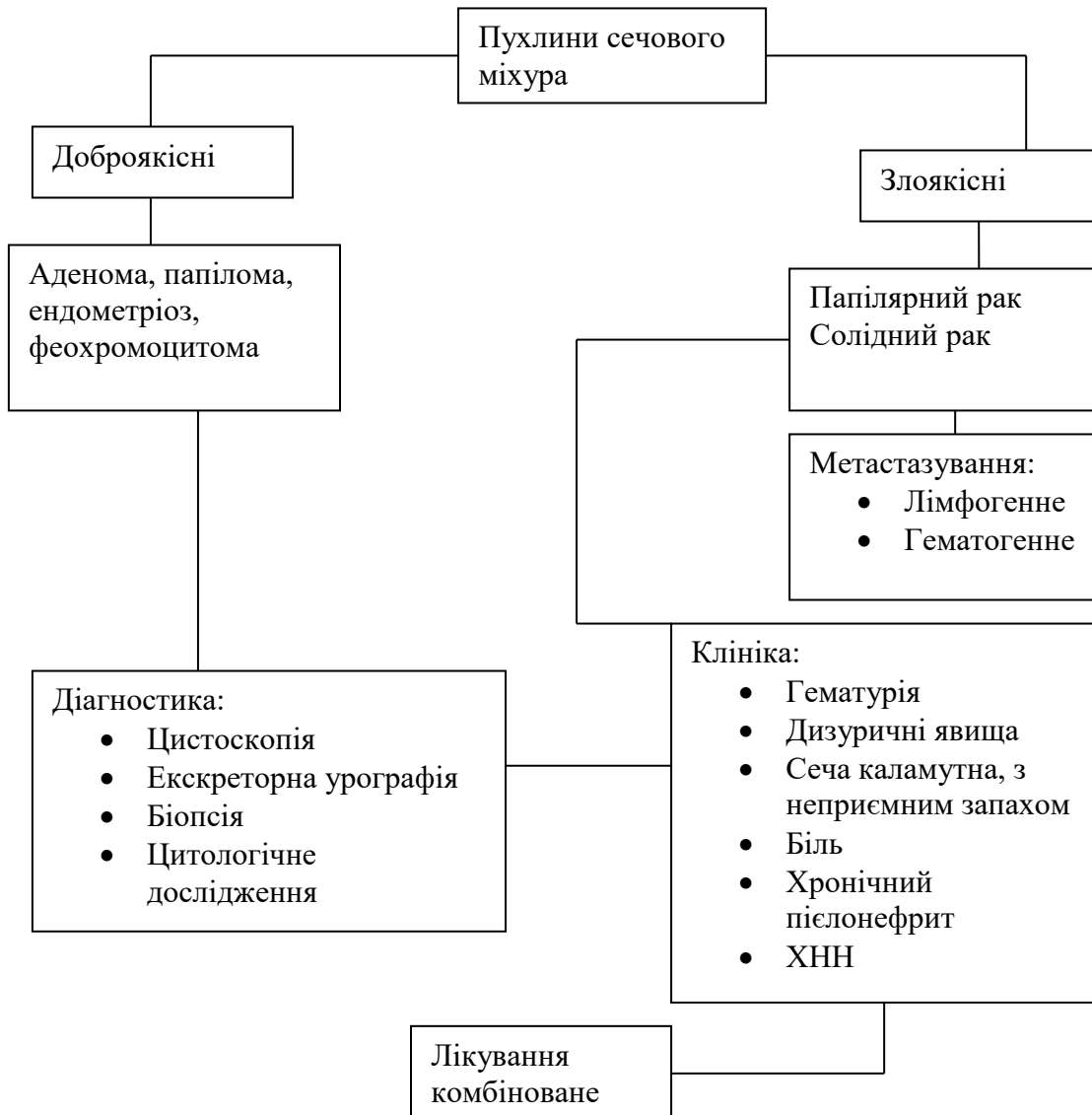


опухоль мочевого пузыря



Цистографія

Структурно-логічна схема Пухлини сечового міхура



Рак простати

Рак передміхурової залози - це злоякісна пухлина, яка виникає з епітелію альвеоларноклітинних залоз. Захворювання найбільш часто зустрічається у чоловіків літнього і середнього віку.

У порівнянні з іншими формами раку рак передміхурової залози розвивається повільно, дуже рідко зустрічаються пацієнти з агресивною формою раку простати. Пухлина росте повільно, а, збільшуючись, тисне на сечовий канал. Це і породжує найбільш часті симптоми раку простати: прискорене або утруднене сечовипускання, гостра затримка сечі. Ці симптоми можуть виявлятися і при простатиті, але при будь-якому з діагнозів візит до уролога буде доречним.

Клініка. Яскравих, характерних тільки для раку простати, симптомів захворювання немає. Але будь-який з нижче перерахованих симптомів буде першим дзвіночком для подальшого обстеження:

- напруга м'язів черевного преса для повного спорожнення мочевики

- тривале сечовипускання
- млявий тиск при сечовипусканні
- переривчасте сечовипускання в кінці.

На більш пізніх стадіях раку простати метастазами уражаються внутрішні органи пацієнта.

При розбіжності метастаз за межі простати в сечі може виявлятися кров, нетримання сечі виникає у разі вrostання пухлини в перешийок сечового міхура. Найчастіше метастази раку простати вражають печінку, легені, лімфатичні вузли в очеревині, кістки (ребра, кістки таза, хребет та інші).

Кісткові метастази викликають патологічні переломи, обмежують рух, роблять їх хворобливими.

При ураженні метастазами заочеревинних лімфатичних вузлів з'являються болі в паху, попереку, набряки статевого члена, мошонки, ніг.

Для точної діагностики раку простати використовується ряд нижче описаних методів:

- **ректальне пальцеве дослідження.** Проводить лікар - уролог. Дані, отримані таким методом не завжди точні, але, тим не менш - аргумент для подальшого обстеження.
- **визначення рівня ПСА** (простатичного специфічного антигену). ПСА - особливий білок у крові, що виробляється простатою. Зміна рівня ПСА проводять за допомогою аналізу крові. Середній рівень ПСА у здорового чоловіка - 4 нг / мл.
- **трансректальне УЗД.** У пряму кишку вводиться ультразвуковий датчик, що дозволяє побачити простату і виявити в ній наявність пухлини, її розміри і розташування. Недолік - не може точно визначити характер пухлини - доброякісна вона чи злоякісна.
- **біопсія передміхурової залози.** Для точного діагнозу проводиться біопсія простати. Спеціальною голкою беруть шматочок простати для дослідження клітин пухлини під мікроскопом. Процедура займає 15 - 20 хвилин, не вимагає знеболювання.

Перед проведенням процедури 5 днів не рекомендують приймати аспіриномісткі препарати, які впливають на склад крові.

- **УЗД.** Дослідження дає можливість діагностувати метастази раку простати, дати оцінку поширенню пухлини.
- **комп'ютерна томографія.** Оцінка стану лімфатичних вузлів таза.
- **магнітно-резонансна томографія.** Використовується магнітне поле і радіохвилі. Дослідження аналогічно комп'ютерної томографії.
- **рентгенографія кісток скелета та органів грудної клітини.** Виконується на певну частину тіла для виявлення метастазів у внутрішніх органах і кістках.

За поширеністю рак простати ділять на чотири стадії:

- **I і II стадії** - рак передміхурової залози, коли пухлина не виходить з простати.
- **III стадія** - пухлина виходить з простати в сусідні органи і в регіональних лімфовузлах з'являються метастази.
- **IV стадія** - пухлина характеризується наявністю метастазів у кістках скелета, лімфовузлах тазу.

Лікування раку простати на ранніх стадіях, як і інші захворювання, проводиться менш радикальними способами і відсоток успішних операцій вищий.

Способи лікування на ранніх стадіях:

- **хірургічне втручання.** При локалізованому раку простати проводиться простатектомія (видалення простати і лімфовузлів таза).
- **брахітерапія.** Опромінення за допомогою радіоактивних гранул, які вводяться в простату через шкіру промежини. Операцію не проводять, якщо метастази вже вийшли за межі простати. Процедура триває 1 - 2 години.

- **дистанційна променева терапія.** За допомогою рентгенівських променів проводиться опромінення ракових клітин. Пацієнтами можуть бути хворі з I - III стадією ураження простати і лімфатичних вузлів таза. Терапія проводиться амбулаторно 1,5 місяця, по 5 днів на тиждень. Пухлина регресує повільно і перестає визначатися через 6 - 18 місяців після закінчення лікування.

- **експериментальні способи лікування раку простати.**

Кріоабляція - заморожування рідким азотом тканин простати, що призводить до загибелі ракових кліток. Застосовується на ранній стадії раку.

Лазеротерапія - за допомогою лазерного променя всередині передміхурової залози підвищується температура до 60 градусів, що веде до загибелі клітин.

Сфокусований високоінтенсивний ультразвук - за рахунок спеціальної лінзи викликається підвищення температури в малому ділянці. Настає некроз пухлинних клітин, припікаються судини, що живлять пухлину. З часом пухлина зменшується і поступово перетворюється на рубець.

Лікування раку передміхурової залози, що вийшов і метастазував в інші органи:

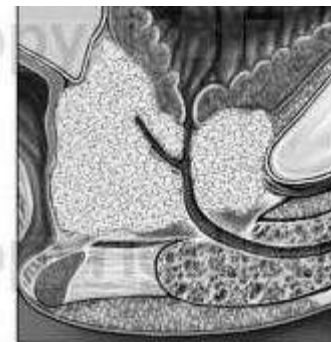
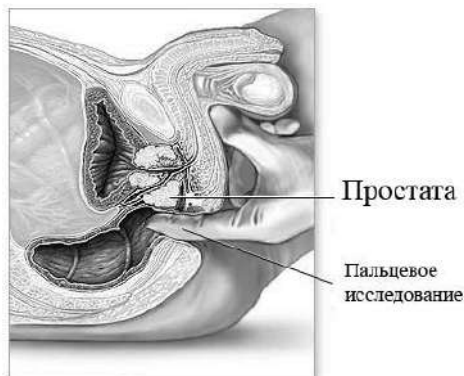
Гормонотерапія. Мета проведеної процедури - зупинити або блокувати дію андрогенів (сприяють росту клітин пухлини) в передміхуровій залозі.

Хірургічна кастрація - видалення у пацієнта яєчок. Перевага - швидке зниження в організмі тестостерону.

Медикаментозна кастрація. Використовуються внутрішньом'язові або підшкірні ін'єкції для стійкого «вимкнення» яєчок.

Лікування антиандрогенами. Перевага цього способу - збереження активного сексуального життя пацієнта під час лікування.

Хіміотерапія. При відсутності реакції пухлини на гормональне лікування починають використовувати хіміотерапію. Може застосовуватися у вигляді таблеток або підшкірних ін'єкцій.



Рак простати



Цистографія. Рак простати

Структурно-логічна схема Рак простати



Питання на систематизацію і закріплення знань

1. Назвіть передракові захворювання сечового міхура
2. Які види раку сечового міхура ви знаєте?
3. Клінічні ознаки раку сечового міхура
4. Методи діагностики раку сечового міхура
5. Принципи лікування раку сечового міхура
6. Клінічні симптоми раку простати
7. Методи діагностики раку простати
8. Принципи лікування раку простати

Література

1. Б.Т. Билинський, Н.А. Володько, А.И. Гнатишак, О.О. Галай. Онкологія. К., 2004
2. Н.Н. Блохин, Б.Е. Петерсон. Клиническая онкология. М., Медицина, 2008
3. І.Й. Галайчук. Клінічна онкологія. К., 2003
4. А.М. Ганичкин. Рак толстой кишки. Л., 1970
5. Ш.Х. Ганцев. Онкология. Медицинское информационное агентство, 2006
6. В. Ю Горшков. Хирургическое лечение распространенного рака легкого. М., Медицина, 2000
7. Рак молочной железы, Под ред. М.И.Давыдова, В.П.Летягина. 2006 г.
8. Рак простаты. Мультимедийное учебное пособие, Лопаткин Н.А. 2008 г.
9. А. Е. Черезов. Общая теория рака. Изд-во Московского университета, 1997
10. Чиссов В.И. Онкология. Клинические рекомендации. М., 2006