

В.І. ДРИЖАК, М.І. ДОМБРОВИЧ

МЕДСЕСТРИНСТВО В ОНКОЛОГІЇ

*Рекомендовано Центральним методичним
кабінетом з вищої медичної освіти МОЗ України як
підручник для студентів вищих медичних закладів освіти
I-II рівнів акредитації*

Тернопіль
"Укрмедкнига"
2001

УДК 616-006(075.3)
ББК 55.6я723
Д74

Дрижак В.І., Домбрович М.І.

Медсестринство в онкології. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – 222 с.

Рецензенти: член-кор. АМН України, засл. діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор *Г.В. Бондар*;
академік АН ВШ України, засл. діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор *Б.Т. Білинський*;
доктор медичних наук, професор *Н.В. Пасечко*.

Підручник складається з чотирьох розділів. У першому розділі наведені основні сучасні дані про епідеміологію, етіологію і патогенез злоякісних пухлин, класифікація за Міжнародною системою TNM, принципи діагностики та лікування хворих.

У розділі спеціальної онкології розглянуті основні локалізації пухлин, особливості клінічного перебігу, діагностики, лікування пухлин та ускладнень, догляду за хворими.

У третьому розділі описані невідкладні стани, спричинені пухлиною, та необхідна термінова медична допомога хворим.

У розділі "контролююча програма" вміщені тестові питання та ситуаційні задачі з метою перевірки знань студентів.

Підручник написано згідно з програмою з онкології для студентів вищих медичних навчальних закладів I-II рівнів акредитації та коледжів.

Підручник написаний згідно з програмою для студентів IV курсу факультетів медсестринської освіти та коледжів із спеціальності "Сестринська справа" (6.110100), затвердженої Головним управлінням освіти МОЗ України

ISBN 966-7364-31-3

© В.І. Дрижак,
М.І. Домбрович, 2001

ПЕРЕДМОВА

Актуальність створення підручника з онкології для студентів вищих медичних навчальних закладів I-II рівнів акредитації визначається тим, що захворюваність населення на злоякісні пухлини в Україні невпинно зростає, а смертність від них займає друге місце після серцево-судинної патології. Тепер вже стало очевидним, що боротьба з цією тяжкою хворобою буде одним із пріоритетних завдань клінічної онкології у XXI столітті. Тому підготовка спеціалістів, які поєднували б знання з основ теоретичної онкології з ґрунтовними практичними навиками щодо лікування і догляду за онкологічними хворими, є назрілою необхідністю.

Мета підручника – на основі теоретичних знань механізмів розвитку злоякісного процесу, клінічних проявів і перебігу захворювання, основних методів діагностики, профілактики і лікування хворих навчити майбутню медсестру/бакалавра з вищою освітою реально оцінювати загальний стан хворого, надавати необхідну медичну допомогу, здійснювати кваліфікований догляд за хворими, попереджувати можливі ускладнення у післяопераційному періоді та внаслідок проведення хіміо- і променевої терапії.

У рекомендованому підручнику подані основні відомості із сучасної загальної клінічної онкології, епідеміології, етіології, патогенезу, клінічної семіотики і діагностики, хірургічного, променевого і медикаментозного лікування хворих на злоякісні пухлини. У стислій формі описані невідкладні стани хворих, викликані пухлиною, та термінові заходи в їх лікуванні.

Особливу увагу приділено ускладненням, спричиненим як самою пухлиною, так і тим, що виникли внаслідок застосування спеціальних методів лікування, а також особливостям догляду за хворими, включаючи заходи з профілактики і лікування променевих уражень, побічних негативних ефектів від застосування цитостатиків тощо.

В главі, присвяченій симптоматичному лікуванню хворих, значне місце відведено висвітленню різних аспектів медичної етики і деонтології.

Підручник написано з урахуванням програми для студентів вищих медичних навчальних закладів I-II рівнів акредитації.

Глава 1. Визначення предмета, його цілі і завдання

Онкологія – наука про пухлини (новоутворення). Основними її завданнями є вивчення етіології і патогенезу злоякісних пухлин, профілактика онкологічних хвороб, організація і розробка методів ранньої і своєчасної діагностики, удосконалення хірургічних, променевих, медикаментозних і комбінованих методів лікування, реабілітаційних заходів.

Сучасна загальна онкологія розглядає процес пухлинного росту в основних трьох аспектах: біологічному, соціальному та індивідуальному.

Найбільший розділ онкології складає біологія злоякісного росту. Вона містить так багато інформації, що із значними труднощами можна виділити лише загальні закономірності цієї науки. Успіхи біології пухлинного процесу стали можливими завдяки використанню досягнень інших наук, зокрема біохімії, біофізики, молекулярної біології, вірусології, генетики, біокібернетики і особливо – експериментальної онкології, досягнення якої значно перевищують досягнення клінічної онкології.

Що стосується другого аспекту онкології – соціального, то методи його вивчення і отримані результати дозволили сформулювати окрему дисципліну – епідеміологію раку, яка вивчає географічні та мінералогічні особливості середовища, в якому живуть люди, побутові традиції, шкідливі звички, професійні фактори, конституційні особливості, характер харчування, гігієнічні умови тощо. Багатофакторний аналіз дає можливість повніше оцінити етіологічну роль зазначених чинників у розвитку злоякісного процесу. Матеріалом для вивчення епідеміології злоякісних пух-

лин виступають також демографічні показники населення (народжуваність, захворюваність, смертність), а також вікові і статеві показники.

І, нарешті, вивчення біологічних і соціальних питань, які стосуються кожної людини зокрема (індивідуальний аспект онкології). Воно передбачає аналіз індивідуальних форм реакції людини на вплив канцерогенних факторів та аналіз її поведінки. Прикладом може бути ставлення конкретної особи до куріння, зловживання алкоголем, режиму харчування, праці і відпочинку.

Пріоритетами клінічної онкології є оволодіння принципами і методами та практичними навиками з профілактики, ранньої діагностики злоякісних пухлин, показаннями та протипоказаннями до сучасних методів лікування онкологічних захворювань, обізнаність в організації онкологічної служби.

Глава 2. Епідеміологія пухлин

Визначення. Епідеміологія – наука, яка займається вивченням особливостей поширення і причин масових захворювань людей.

Епідеміологія онкологічних хвороб як самостійний розділ онкології бере свій початок від середини ХХ сторіччя, коли було накопичено достатньо даних, які свідчили про нерівномірність захворюваності на злоякісні пухлини в різних регіонах світу. Епідеміологія злоякісних пухлин вивчає географічні та мінералогічні особливості середовища, в якому живуть люди, побутові традиції, шкідливі звички, професійні і спадкові фактори, гігієнічні умови, характер харчування, вікові та статеві показники тощо. Паралельно вивчається частота та структура онкологічних захворювань, смертність від злоякісних пухлин. Отримані відомості аналізуються, оцінюються з точки зору їхнього взаємозв'язку та можливого впливу різних факторів на онкологічну захворюваність.

Основною умовою наукового підходу в епідеміології злоякісних пухлин є так званий багатофакторний аналіз. Наприклад,

для вивчення епідеміології раку молочної залози в будь-якій конкретній місцевості необхідно враховувати не лише географічні особливості, але й побутові звички жінок даної етнічної групи, особливості статевої гігієни, вплив релігійних традицій, трудової діяльності, вікові показники, конституційні особливості, характер харчування тощо. Чим більше показників залучають для характеристики того чи іншого захворювання, тим об'єктивнішими будуть висновки. Одним із основних статистичних показників в онкології є захворюваність населення на злоякісні пухлини за один рік (як загальна, так і за окремими локалізаціями). Вона виражається в кількості випадків на 100 тис. населення. Так, в Україні в 1997 році показник захворюваності на рак склав 314,4 на 100 тис. населення, що в абсолютних цифрах складає 159233 нових випадків раку. Порівняно з 1992 роком, приріст захворюваності склав 0,7 %. Найбільший приріст за цей період спостерігали у випадках раку щитоподібної залози (40 %), шкіри (26 %), передміхурової залози (25,4 %).

У структурі захворюваності чоловічого населення перші п'ять місць займають злоякісні пухлини легень, шлунка, шкіри, передміхурової залози, лімфатичної та кровотворної тканини. У структурі онкозахворюваності жіночого населення — рак молочної залози, шкіри, тіла матки, шлунка, шийки матки.

Помічено, що кількість злоякісних пухлин збільшується з віком. Пояснюється це, зокрема, зниженням імунітету і більшою тривалістю дії канцерогенних факторів. Пік захворюваності припадає на вікову групу 70-79 років. Відзначено, що, починаючи з 30-35 до 60-65 років, спостерігається зростання показників захворюваності в кожній наступній віковій групі в 1,5-2 рази, порівняно з попередньою.

Слід зазначити, що в різних областях України захворюваність на рак однієї локалізації коливається в межах 1:2-1:3. Це спонукає до пошуку причин таких коливань захворюваності. Наприклад, можна виявити зв'язок між частотою захворюваності на рак шкіри та інтенсивністю ультрафіолетового опромінення або залежність між споживанням м'яса і раком товстої кишки і т.д. Виявлена тісна кореляція між курінням цигарок і частотою захворювання на рак легень.

Таким чином, епідеміологія раку безпосередньо стосується етіології злоякісних пухлин.

Епідеміологічні дані підтверджують концепцію про довготривалість, багатоступеневість канцерогенезу, який перебуває під впливом багатьох факторів. Одні фактори діють на ранніх стадіях як ініціатори, інші – як промотори (дивись "Канцерогенез").

Глава 3. Етіологія пухлин

Етіологія новоутворень – це наука, що вивчає фактори зовнішнього і внутрішнього середовища, які спричиняють виникнення пухлин і називаються канцерогенами (бластомогенами). Схематично канцерогенні фактори поділяють на три основні групи: фізичні, хімічні та біологічні. Необхідно однак підкреслити, що механізм дії канцерогенних факторів на клітину остаточно не з'ясований. А тому відсутня можливість отримання переконливих доказів їхнього канцерогенного впливу на організм людини, за виключенням хіба що аналітичних епідеміологічних досліджень.

Науці відома, особливо в експерименті, велика кількість хімічних речовин, які можуть бути канцерогенними. До них належать ароматичні вуглеводи (бензпірен, бензантрацен), ароматичні аміни (анілінові барвники – нафтиламін), азотисті сполуки, отрутохімікати (гербіциди, інсектициди), мінеральні добрива, флавоноїди, азбест тощо. Більшість канцерогенів поширюється внаслідок забруднення довкілля шкідливими викидами промислового виробництва. Через забруднені ґрунт, воду, повітря, біологічні організми канцерогени потрапляють на шкіру, в легені, а з харчовими продуктами – у внутрішнє середовище організму.

Великої шкоди організму завдає куріння і надмірне вживання алкоголю.

Завдання полягає в тому, щоб звести до мінімуму вміст хімічних канцерогенів у навколишньому середовищі і, таким чином, зменшити ризик захворювання. В цьому полягає основний зміст первинної профілактики раку.

Із фізичних чинників особливої уваги заслуговує іонізуюче випромінювання. В результаті ядерних випробувань, аварій на атомних електростанціях, атомних кораблях і підводних човнах, розширення сфери діяльності людини, пов'язаної з використанням джерел випромінювання (рентген-, гамма-промені), катастрофічних масштабів набуло поширення радіонуклідів. Вони потрапляють в організм із питною водою, продуктами харчування. А оскільки період напіврозпаду основних радіоактивних елементів (кобальт, цезій, стронцій) обчислюється десятками років, то патогенна дія їх в організмі хронічна, довготривала. До цього слід додати, що внаслідок зменшення озонового шару атмосфери Землі і появи так званих "озонових дір" збільшився потік і активність ультрафіолетових променів Сонця.

До біологічних канцерогенів належать віруси (вірус гепатиту В, герпесоподібний вірус, аденовірус, вірус ВІЛ), продукти деяких грибків (афлатоксини), паразити (котячий дворотик). За допомогою методів молекулярної біології у перерахованих вище онковірусах були виявлені трансформуючі гени, названі онкогенами. В нормі онкогени присутні у всіх клітинах організму людини (вони регулюють ріст, поділ і диференціацію клітин). Під дією різних факторів (фактори росту, хімічні і фізичні канцерогени) відбувається активація онкогенів і, як наслідок, безперервний "неконтрольований" поділ клітин – основна ознака малігнізації (переродження) клітини. Малігнізована клітина вже не реагує на сигнали, що сприяє її диференціації.

"Своєрідність дії канцерогенних факторів, – писав видатний український онколог Р.Є. Кавецький, – полягає у тому, що наслідком їх впливу на тканини є не фізіологічна реакція (наприклад, регенераторний процес), що призводить до відновлення порушеного обміну, структури і функції відповідної тканини, а надмірна реакція, яка характеризується неперервним процесом проліферації клітин з глибокими якісними змінами обміну речовин і відсутністю умов для їх диференціації".

Глава 4. Канцерогенез

Під канцерогенезом розуміють механізм реалізації впливу зовнішніх і внутрішніх факторів, що спричиняють трансформацію нормальної клітини в ракову. Канцерогенез характеризується двома протилежними за своїм характером процесами: структурним і функціональним пошкодженням та їх відновленням (репарація). Обидві реакції відбуваються паралельно в процесі виникнення і поширення злоякісної пухлини. Зазначені процеси канцерогенезу схематично можна розмістити на трьох рівнях: клітинному, органному і цілого організму.

Канцерогенез на рівні клітини. Злоякісні клітини відрізняються від відповідних нормальних клітин перш за все здатністю до безперервного, неконтрольованого розмноження та втраченою здатністю до диференціації, тобто до виконання характерних для даної тканини функцій. Вказані властивості злоякісних клітин передаються всім наступним поколінням клітин.

Оскільки в основі розмноження клітин знаходиться процес синтезу структурних білків, а в основі диференціації – утворення специфічних для даної функції ферментів, то виникнення пухлинного росту пов'язане з порушенням регуляції синтезу білків. Ця регуляція здійснюється генетичним апаратом клітини – її нуклеїновими кислотами.

З точки зору генетики, перетворення нормальної клітини в злоякісну може відбутися або шляхом генної мутації (тобто бути наслідком змін складу чи порядку розміщення нуклеотидних послідовностей в молекулі ДНК), або ж це перетворення носить епігеномний характер і пов'язане з порушенням механізмів регуляції функцій генів.

На сучасному етапі існує як мінімум чотири варіанти генетичної концепції злоякісної трансформації клітини. Перший варіант припускає наявність у всіх клітинах організму онкогена, активація якого викликає перетворення нормальної клітини в злоякісну. Згідно з другим варіантом передбачається, що онкогенний вірус проникає в клітину, його генетичний матеріал (зокрема “ген росту”) закріплюється шляхом фізичної інтеграції з ДНК клітини.

Вірусний “ген росту”, або інакше онкоген, продукує специфічні онкобілки, які діють на клітину таким чином, що вона втрачає чутливість до регулюючих її поділ власних механізмів. За третім варіантом злаякісна трансформація клітини здійснюється в результаті генної мутації, про що вже згадувалось вище. Мутагенними факторами можуть виступати канцерогени хімічної і фізичної природи. Однак до кінця не з’ясованими залишаються механізми взаємодії канцерогенного агента з компонентами клітини – білками і нуклеїновими кислотами. І, нарешті, четвертий варіант передбачає епігеномний характер злаякісної трансформації клітини. На користь останньої точки зору свідчить перш за все те, що ракова клітина в тій чи іншій мірі схожа на ту тканину, з якої вона утворилась. Отже, вона є “помилкою” в процесі диференціації певної тканини.

Механізм канцерогенезу на клітинному рівні надзвичайно складний і багатоступеневий. В ньому визначають принаймні дві основні фази – ініціації і промоції. Згідно з цією концепцією, протягом ініціації під впливом справжніх (обов’язкових) канцерогенів-ініціаторів – відбуваються стійкі незворотні пошкодження генотипу нормальної клітини (генотип – загальний набір генів). При цьому канцероген, на думку більшості дослідників, взаємодіє з нуклеїновими кислотами (ДНК і РНК). Клітина в такий спосіб стає схильною до трансформації і переходить в латентний стан. У фазі промоції ініційована клітина набуває фенотипових неспадкових властивостей малігнізованої (переродженої) клітини. Однак для “запуску” малігнізації необхідна тривала і відносно безперервна дія промотора – умовного канцерогена (гормони, якісний склад харчових продуктів, гіповітаміноз тощо).

У ракову клітину може трансформуватись лише та клітина, яка зберегла здатність розмножуватись. Найбільш чутливою до зовнішніх впливів є клітина у фазі синтезу (S) і мітозу (M). Оскільки тривалість фази мітозу дуже коротка (від декількох хвилин до 2 год), то більшість канцерогенів діють на клітини, що перебувають у фазі синтезу.

Канцерогенез на рівні органа – це проблема передраку, який включає низку патологічних процесів. В одних випадках

наявність такого фонового патологічного процесу може обов'язково завершитись розвитком злоякісної пухлини, і такий патологічний процес називають облігатним передраком, в інших, навпаки, переродження в злоякісну відбувається не завжди (факультативний передрак). Архіважливим завданням медичних закладів є виявлення їх і своєчасне лікування (оздоровлення). В цьому суть вторинної профілактики раку.

Канцерогенез на рівні органа має такі фази:

1. Фаза пригнічення. Під впливом канцерогенних чинників в органі спостерігають пригнічення його функціональних і морфологічних (проліферативних) властивостей.
2. Фаза активації морфологічних процесів. Відбувається збільшення кількості клітинних елементів строми і паренхіми органа та пригнічення специфічної функції епітелію (наприклад, зменшення секреції соляної кислоти слизовою оболонкою шлунка). Водночас посилюється неспецифічна діяльність епітеліальних клітин, зокрема слизопродукуюча.
3. Фаза появи вогнищевих (обмежених) проліфератів і доброякісних пухлин. Ця фаза виникає при подальшій тривалій дії канцерогенних агентів як результат спотвореної реакції тканин на фоні ослаблення резистентності (опірності) органа.
4. Фаза виникнення злоякісної пухлини. Така пухлина, як правило, розвивається із множинних ракових зачатків, які розташовані поруч або на певній відстані один від одного. "Раковий зачаток" – скупчення декількох сотень клітин, які не інфільтрують базальну мембрану. Це найбільш рання стадія раку і має назву "рак на місці" (cancer in situ), внутрішньоепітеліальний або передінвазивний. З поширенням злоякісного процесу в органі на перший план виступають поняття рівня інвазії та характеру росту пухлини – екзофітний, ендофітний, змішаний, уні- та мультицентричний, вузлуватий, дифузний і т. д. Характер інвазії та поширення злоякісної пухлини в органі залежить як від біологічних властивостей пухлини (перш за все ступінь злоякісності, диференціації) так і стану самого органа – ложа, в якому розвивається пухлина (локальна імунна реакція, стан кровопостачання, лімфовідтоку тощо). Все це має важливе значення для вибору тактики лікування та оцінки прогнозу захворювання.

Канцерогенез на рівні організму – одна із найскладніших проблем у взаємозв'язках між пухлиною і організмом. Розглянемо коротко ряд аспектів цієї проблеми.

Спадковість. Відомо, що в деяких родинах хворіють на рак частіше. Генетичні дослідження показали, що існують уроджені злаякісні пухлини, зумовлені порушеннями в структурі геному (геном – комплекс усіх хромосомних генів). В одних випадках спостерігають нестачу (делецію) того чи іншого гена, і тоді може розвинути злаякісна пухлина (нейробластома, нефробластома або пухлина Вільмса у дітей), в інших – переміщення (транспозиція) частки хромосоми в іншу ділянку, що призводить до розвитку деяких гемобластом. На щастя, питома вага спадкових форм злаякісних пухлин не перевищує 7 %.

Імунологія раку. Розвиток пухлини в організмі відбувається на фоні інтенсивного контролю системи протипухлинного захисту. В ній провідну роль відіграє імунний нагляд і неспецифічна резистентність організму. Імунний нагляд – це, перш за все, інтенсивність взаємодії антиген-антитіло, яка визначається специфічністю антигенів. Всі досліджені на сьогоднішній день пухлинні антигени виявились неспецифічними. Вони присутні і в нормальних клітинах – різниця лише в їх концентрації. Отже, і відповідь організму є неспецифічною, а тому недостатньо ефективною.

Однак необхідно підкреслити, що при нормальному функціонуванні протипухлинного імунітету (природних цитотоксичних клітин, макрофагів) вірогідність виживання трансформованих клітин є досить малою. Вона збільшується при деяких уроджених чи набутих імунодефіцитних захворюваннях (недорозвиток вилочкової залози, гіпогаммаглобулінемія, СНІД тощо), внаслідок дії імунодепресивних засобів, а також при старінні.

Гормони і рак. З огляду на роль гормонів у загальних механізмах канцерогенезу заслуговують на увагу ті з них, які посилюють проліферацію клітин і стимулюють ріст пухлин. До них належать гормон росту, естрогени (естрадіол, естріол), гонадотропні гормони (фолікулолестимулюючий гормон), пролактин, меланотропін, інсулін тощо. Вплив гормонів на канцерогенез залежить від локалізації пухлини. Він більший на ті тканини, які фізіологічно тісно пов'язані з гормональною функцією. Мішенню для гормонів мо-

жуть бути лише ті злякисні клітини, які мають рецептори відповідних гормонів і здатні реагувати на дію цих гормонів (рак молочної залози, ендометрія, простати). Не тільки введення екзогенних гормонів, але й порушення гормонального гомеостазу, викликане змінами у функціонуванні нейроендокринної системи, спричинює активацію злякисного процесу.

Глава 5. Профілактика пухлин

Профілактичні заходи поділяють на дві групи:

- Первинна профілактика раку передбачає здійснення програм охорони природи від забруднення канцерогенними речовинами і очищення зовнішнього середовища, здійснення заходів і навчання населення правил здорового способу життя (оптимальний режим харчування, відпочинку, дотримання особистої гігієни, відмова від куріння, зловживання алкоголем тощо).
- Вторинна профілактика раку здійснюється переважно медичним персоналом і спрямована на виявлення хворих з передраковими станами, доброякісними пухлинами, ранніми стадіями раку з наступною їх санацією. З цією метою проводять профілактичні огляди населення із залученням фахівців різних спеціальностей та використанням сучасних методів діагностики (рентгенологічних, ультразвукових, ендоскопічних, лабораторних та інших). Великого значення при цьому надають виявленню так званих факторів ризику і формуванню на їх основі груп людей з підвищеним ризиком захворіти на злякисні пухлини. Групи ризику підлягають диспансерному обліку, регулярному обстеженню, лікуванню і постійному лікарському контролю (діагностику проводять за принципом частоти ураження):
 - у чоловіків – злякисні пухлини легенів, шлунково-кишкового тракту, урологічної та щелепно-лицевої ділянок;
 - у жінок – рак молочної залози, пухлини статевих органів, шлунково-кишкового тракту, органів дихання.

На названі групи первинних пухлин припадає близько 70% усіх злякисних новоутворень.

До профілактичних заходів слід віднести і різноманітні форми санітарно-освітньої роботи, які покликані виявляти доклінічні форми пухлин, що не проявляються клінічними ознаками. Прикладом може бути самообстеження молочних залоз.

Глава 6. Діагностика пухлин

6.1. Загальна діагностика

- Анамнез (фактори ризику).
- Клінічне обстеження (огляд, пальпація, аускультация тощо).

Загальний стан онкохворого оцінюється за індексом Карновського.

Індекс Карновського

(схема оцінки загального стану онкологічних хворих)

Нормальна фізична активність. Хворий не потребує спеціального догляду	100	Нормальний стан, немає скарг і ознак хвороби
	90	Нормальна активність, легкі симптоми хвороби
	80	Нормальна активність вимагає зусиль, помірні прояви хвороби
Нормальна активність неможлива, хоча пацієнт досить самостійний	70	Самостійний, але не здатний до нормальної активності або праці
	60	Іноді потребує сторонньої допомоги, але в основному самостійний
	50	Часто потребує сторонньої допомоги і медичного догляду
Самостійність неможлива. Необхідні довготривалий догляд або госпіталізація	40	В основному прикутий до ліжка, необхідні спеціальний догляд і стороння допомога
	30	Постійно прикутий до ліжка, необхідна госпіталізація, хоча термінальна криза не загрожує
	20	Тяжко хворий, необхідні госпіталізація і активна підтримуюча терапія
	10	Помираючий, швидке прогресування хвороби
	0	Смерть

- Лабораторна діагностика.
- Інструментальна діагностика: УЗД, ендоскопічне обстеження, рентгенологічне обстеження, комп'ютерна томографія (рис.1-3).
- Морфологічна діагностика. Завдання морфологічної діагностики полягає у визначенні характеру патологічного процесу. У випадку виявлення пухлини необхідно визначити її гістологічну будову, ступінь диференціації (злоякісності) та рецепторний статус. Отримані дані дозволяють спланувати адекватне лікування, точніше скласти прогноз.

Для отримання матеріалу для гістологічного дослідження використовують біопсію. Вона буває:

- ексцизійна – хірургічне видалення всього патологічного вогнища;
- інцизійна – висічення частини пухлини;
- трепанобіопсія – отримання шматочка тканини у вигляді стовпчика за допомогою спеціальної голки;



Рис.1. Ультразвуковий діагностичний апарат.



Рис.2. Фіброендоскоп.

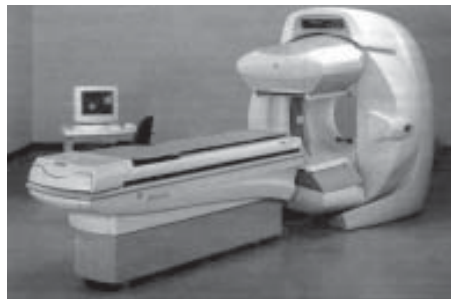


Рис.3. Комп'ютерний томограф.

- щипцева – отримання шматочка тканини за допомогою щипців.

З отриманих кусочків тканини виготовляють серію пошарових зрізів і після спеціальної обробки і фарбування препарати досліджують під мікроскопом.

Одним із різновидів морфологічного дослідження є цитологія. Розрізняють цитологію пунктатів – вивчення клітин, отриманих пункцією пухлини, ексfolіативну цитологію – вивчення клітин у відбитках з органів, виразок, ран, слизових оболонок, а також дослідження в секретах, екскретах, серозних рідинах, змивах тощо. Значного поширення цитологічне дослідження набуло при профілактичних оглядах населення з метою діагностики раку шийки матки, молочної залози, легень тощо.

6.2. Рання діагностика

Рання діагностика важлива для будь-якого захворювання, але особливого значення набуває вона в онкології, оскільки у більшості випадків вилікування пухлин, розпізнаних у ранніх стадіях, можливе, тоді як лікування їх у пізніх стадіях є малоефективним. Сьогодні практична медицина багата засобами, що дозволяють діагностувати рак у ранній стадії. Залежно від того, в який із періодів розвитку пухлини її виявляють, розрізняють чотири рівні діагностики новоутворень: надзвичайно ранню, ранню, своєчасну і несвоєчасну (пізню) діагностику.

До **надзвичайно ранньої** діагностики належать розпізнавання облігатних передракових процесів, тобто таких, які обов'язково переходять у рак.

Рання діагностика можлива на самих початкових стадіях процесу, коли вже відбулось переродження нормальних клітин у ракові без морфологічних ознак інвазії (базальна мембрана не ушкоджена). Це так званій "рак на місці". Носії таких пухлин можуть бути повністю вилікувані.

Своєчасною діагностику раку вважають у тому разі, коли хвороба виявлена у стадії T_1 - T_2 . Однак у цій стадії у 15-30 % хворих є нерозпізнані доклінічні метастази в регіонарних лімфа-

тичних вузлах, а іноді навіть і віддалені. Тому повне вилікування можливе лише у 70-85 % випадків.

Несвоєчасною (пізньою) діагностика пухлини є тоді, коли вже існують метастази як в регіонарних лімфатичних вузлах, так і віддалені.

Ранній рак – поняття клініко-морфологічне, що базується на ретельному вивченні пухлини. Велике значення при цьому мають її біологічні особливості (мітотична активність), локалізація, форма росту, ступінь диференціації тощо. Точніша характеристика раннього раку залежить від ураженого органа. З практичної точки зору, на наш погляд, доцільно в поняття "ранній рак" включати не лише "рак на місці", але й пухлини в стадії $T_1N_0M_0$. Рання діагностика передбачає активне розпізнавання пухлини у практично здорових людей під час профілактичних оглядів. А щоб коефіцієнт корисної дії був вищим, профілактичні огляди повинні охоплювати ті групи населення, серед яких виникнення злоякісних пухлин більш імовірне. Такі контингенти отримали назву груп підвищеного ризику. Для кожної локалізації раку розроблені свої фактори ризику і терміни обстеження (див. розділ "Спеціальна онкологія").

Рекомендації з ранньої діагностики деяких онкологічних хвороб

- Рак молочної залози: щомісячний огляд і пальпація молочних залоз самою жінкою, регулярний (не рідше 2 разів на рік) лікарський огляд всіх жінок 25-річного віку і старших.
- Пухлини шлунка: щорічне ендоскопічне обстеження осіб із групи ризику.
- Пухлини легень: флюорографія органів грудної порожнини 1 раз на 2 роки.
- Пухлини шийки матки: щорічне обстеження жінок віком понад 30 років (огляд у дзеркало, колькоскопія, цитологічне дослідження секрету цервікального каналу).
- Пухлини ободової і прямої кишок: щорічне ректовагінальне обстеження жінок у віці понад 30 років. У чоловіків, починаючи з 50-річного віку, або з групи ризику, рекомендується щорічне проведення пальцевого дослідження та ректороманоскопії, аналіз калу на наявність прихованої крові (гемокульт-тест).

6.3. Діагностика метастазів

(у тому числі при невідомих первинних пухлинах)

Метастази в головний мозок:

- детальний неврологічний огляд, комп'ютерна томографія черепа, люмбальна пункція;
- первинна пухлина: рак легенів, рак молочної залози, меланома, гіпернефрома, рідше – рак щитоподібної залози і ЛОР-органів.

Метастази в кістки:

- біль при натисканні, рентгенодіагностика, лабораторні методи (підвищений вміст кальцію в сироватці крові, підвищена активність кислоти фосфатази), скintiграфія скелета, пункція і біопсія кістки;
- первинна пухлина: плазмоцитома, рак молочної залози, гіпернефрома, рак щитоподібної залози, рак легенів, рідко – рак шлунка, підшлункової залози, сечового міхура.

Метастази в легені:

- рентгенографія грудної клітки, комп'ютерна томографія, магніто-резонансна томографія;
- первинна пухлина: рак молочної залози, рак яєчників, гіпернефрома, пухлини шлунково-кишкового тракту (ШКТ), рак легенів, саркома м'яких тканин і кісток, меланома.

Метастази в печінку:

- сканування печінки, УЗД, лапароскопія, пункційна біопсія;
- первинна пухлина: рак шлунка, ободової і прямої кишок, рак підшлункової залози, легенів, рак молочної залози.

Метастази в шкіру:

- пункція з біопсією, фосфорна діагностика;
- первинна пухлина: меланома, рак молочної залози, рак легенів, пухлини ШКТ.

Пухлинні випоти:

- пункція порожнини, цитологічне дослідження пунктату;
- плевральний випіт: рак молочної залози, легенів, яєчників, злоякісна лімфома, рідко пухлини ШКТ. Диференціювати з мезотеліомою плеври;
- асцит: рак яєчників, підшлункової залози, шлунка, товстої кишки, злоякісна лімфома.

Пухлини, що пальпуються в животі і малому тазі:

- УЗД черевної порожнини, іригоскопія (-графія), колоноскопія, гастродуоденоскопія, комп'ютерна томографія черевної порожнини, внутрішньовенна урографія, пункція заднього склепіння, піхви, сканування печінки, лапароскопія, експлоративна лапаротомія.

Метастазування в лімфатичні вузли:

Локалізація лімфатичних вузлів	Ймовірна локалізація первинної пухлини
підборідні, підщелепні лімфатичні вузли	нижня губа, слизова порожнина рота, язик
шийні лімфатичні вузли	слизова порожнина рота, язик, гортань, носоглотка, щитоподібна залоза
надключичні лімфатичні вузли	легені, стравохід, шлунок, жовчні шляхи, підшлункова залоза, товста кишка, молочна залоза, злоякісна лімфома
аксиллярні (пахвові) лімфатичні вузли	молочна залоза, злоякісна лімфома, легені, меланома, ШКТ
пахвинні лімфатичні вузли	анус, пряма кишка, простата, яєчка, вульва, статевий член, меланома

Збільшені лімфатичні вузли, які упродовж 4-х тижнів не зменшуються і не зникають, повинні бути досліджені гістологічно (пункція, біопсія). Результати гістологічного і цитологічного дослідження метастазів дають можливість визначити локалізацію первинної пухлини і її морфологічну структуру.

6.4. Маркери пухлин

Деякі пухлини мають здатність (інколи досить рано) виробляти і продукувати особливі специфічні речовини, які мають назву пухлиноасоційованих антигенів. З біохімічної точки зору йдеться про ембріональні білки, ензими, гормони, а також імуноглобуліни. Ці речовини використовують з метою діагностики пухлин та контролю за перебігом хвороби.

Рекомендації з виявлення маркерів пухлин

Перед початком лікування (особливо хірургічного) вперше виявленої пухлини необхідно визначити рівень пухлинних маркерів у крові або ж провести забір проби сироватки крові і заморозити її для наступних досліджень.

Клінічне значення

- Підвищений рівень маркера в доопераційному періоді дає можливість використовувати його з метою контролю за перебігом хвороби. Наочним прикладом може бути визначення карцино-ембріонального антигену (СЕА) в контрольній групі пацієнтів і порівняння отриманих результатів з підвищеним рівнем СЕА у хворих в доопераційному періоді та нормалізацією його вмісту після радикальної операції. У випадках нового підвищення СЕА можна передбачити місцевий рецидив пухлини чи появу віддалених метастазів, які за допомогою додаткових діагностичних методів не визначаються. Це дає можливість своєчасно розпочати протирецидивне лікування.
- При верифікованих ранніх формах раку і відсутності підвищеного вмісту пухлинного маркера в сироватці крові можливість підвищення його рівня в майбутньому при поширенні пухлини або рецидиві не виключається.
- При відсутності пухлиноасоційованого антигену і поширених формах злоякісної пухлини наступне підвищення рівня маркерів практично не відбувається. В таких випадках регулярний контроль за рівнем маркерів недоцільний.

На результати визначення показників маркерів пухлин великий вплив має методика їх визначення. Тому дослідження повинні проводитись в однакових умовах (одна і та ж лабораторія, хімреактиви). Слід також враховувати, що при холестазі, печінкової і ниркової недостатності, навіть у випадках відсутності ознак прогресування злоякісної пухлини, рівень маркерів може підвищуватись.

Найважливіші маркери пухлин

Пухлиноасоційований антиген	Показання до визначення
карцино-ембріональний антиген (СЕА)	контроль за перебігом хвороби і результатами лікування при раку товстої кишки, шлунка, молочної залози, легенів
α_1 -фетопротеїн (AFP)	контроль за перебігом хвороби і результатами лікування гепатоцелюлярного раку і раку товстої кишки
раковий антиген 15-3 (СА 15-3)	контроль за лікуванням хворих на рак молочної залози
карбогідратний антиген (СА 19-9)	контроль за лікуванням хворих на рак підшлункової залози
раковий антиген 125 (СА 125)	контроль за лікуванням хворих на рак яєчників
тканинний поліпептидний антиген (ТРА)	контроль за перебігом і лікуванням раку сечового міхура, легенів, яєчників, шлунка
кальцитонін	діагностика медулярного раку щитоподібної залози
хоріонічний гонадотропін (НСГ)	діагностика і контроль за перебігом і лікуванням хоріонепітеліоми
β_2 -мікроглобулін	діагностика мієломної хвороби, неходжкінських лімфом

Ефективність визначення маркерів пухлин

- Щитоподібна залоза (С-клітинний рак): СЕА (++), кальцитонін (+++++).
- Легені – дрібноклітинний рак: СЕА (+++++).
- Молочна залоза: СЕА (++++), СА 15-3 (++++).
- Шлунок: СЕА (+++++), СА 19-9 (++)
- Підшлункова залоза: СЕА (+++), СА 19-9 (+++++).
- Печінка: AFP (+++++).
- Товста і пряма кишки: СЕА (+++++), СА 19-9 (+++).
- Яєчники: СА 125 (+++++).

Глава 7. Класифікація пухлин за стадіями

Термін “стадія” означає ступінь поширення пухлини на момент її розпізнавання. Він включає в себе місцеве поширення пухлини, регіонарне і віддалене метастазування.

Для більшості пухлин застосовується міжнародна класифікація за системою TNM.

T – **первинна пухлина.**

T_0 – первинна пухлина не визначається.

T_{is} – преінвазивна карцинома (cancer in situ).

T_1 – пухлина до 2 см у найбільшому вимірі, не поширюється на суміжні тканини.

T_2 – пухлина до 5 см у найбільшому вимірі або пухлина середніх розмірів, незначно поширюється на суміжні тканини.

T_3 – пухлина понад 5 см у найбільшому вимірі з поширенням на навколишні тканини.

T_4 – пухлина, яка проростає суміжні структури або шкіру, малорухома.

N – **регіонарні лімфатичні вузли.**

N_0 – ознак ураження лімфатичних вузлів немає.

N_1 – метастази у поодинокі (1-3) гомолатеральні рухомі лімфатичні вузли.

N_2 – метастази в регіонарні лімфатичні вузли, фіксовані поміж собою (пакет) і навколишніми структурами.

N_3 – ураження метастазами більш віддалених груп лімфатичних вузлів.

N_x – не досить даних для оцінки регіонарних лімфатичних вузлів.

M – віддалені метастази.

M_1 – наявні віддалені метастази.

M_0 – ознаки віддалених метастазів відсутні.

M_x – не досить даних для визначення віддалених метастазів.

Лише перші дві стадії (T_1 і T_2) умовно можна трактувати як ранні, дві останні (T_3 і T_4) – пізні.

Патогістологічне дослідження пухлини є основним і остаточним критерієм визначення стадії та інших морфо-функціональних характеристик пухлини. В таких випадках перед кожною буквою аббревіатури TNM ставиться мала латинська буква “p” (pT, pN, pM).

Ступінь злоякісності (диференціації).

Диференційовані пухлини нагадують нормальну тканину, із якої вони походять. Низькодиференційовані пухлини втрачають нормальну вихідну структуру і визначити належність пухлини до певного органа дуже важко або неможливо.

Розрізняють чотири ступені диференціації:

G₁ – високий ступінь диференціації.

G₂ – середній ступінь диференціації.

G₃ – низький ступінь диференціації.

G₄ – недиференційована пухлина.

Крім TNM-класифікації, для деяких видів пухлин існують спеціальні класифікації: за Дьюком – при раку товстої кишки, за Кларком – при меланомі, за системою Анн-Арбора – при злоякісній лімфомі.

Глава 8. 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.

8.1. 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, антибластика, 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 (Т) 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 фасціаль-но-жирових і серозно-жирових футлярів як анатомічних бар'єрів, які обмежують поширення пухлини.

Антибластика 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 метівилікування 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 сповільнен-

ня 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 порожнини 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 доброго відкашлюванню. На відміну від наркотичних аналгетиків, 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, слабкий 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 з маззю Вишневського або гепариноюю маззю. Застосовуються також антикоагулянти, антибіотики, антиагреганти (аспірин, курантил). У ході лікування необхідний постійний контроль за показниками згортальної системи крові.

8.2. 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, гіперпігментації 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 стаждання 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 "променеви" 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. Пере-в'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 ліквідують 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 (суміш тетрацикліну і преднізолону), оксикорт-аерозолю.

Усунення інфекційних ускладнень виразкового процесу зазвичай призводить до припинення болю. Однак, якщо біль продовжує турбувати хворого, рекомендовані аналгетики 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 променевих 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.

8.3. Радіаційний захист медичного персоналу

Радіаційний захист персоналу при проведенні діагностики і лікування злоякісних пухлин, пов'язаних з використанням джерел іонізуючого випромінювання, залежить від цілого ряду обставин і системи заходів. Одним із головних є якість стаціонарного захисту, що передбачає дотримання вимог до розміщення і планування приміщень, до захисного і допоміжного устаткування, вентиляції, каналізації, опалення приміщень, зберігання і дезактивації радіоактивних відходів тощо.

Інша, не менш важлива, низка заходів пов'язана з оптимальною організацією робочих місць, їх утриманням і правилами особистої гігієни.

Тут доречно зупинитись лише на деяких питаннях проблеми радіаційного захисту, оскільки всі вони регламентуються спеціальними положеннями і інструкціями, а допуск до роботи можливий лише після відповідної підготовки і отримання сертифікату.

Організація робочих місць, розміщення устаткування, апаратури і дистанційних інструментів повинні здійснюватись з урахуванням достатніх площ і зон доступності для персоналу. Кількість осіб, які виконують маніпуляції, повинна бути мінімальною. Всі види робіт, які пов'язані з можливим радіоактивним забрудненням повітря чи предметів, необхідно проводити у камерах, боксах і витяжних шафах. На кожному етапі роботи з відкритими радіоактивними препаратами та апаратурою для дистанційної або контактної променевої терапії, відповідно до прийнятих технологічних схем і конкретних клінічних ситуацій, повинні бути передбачені необхідні заходи радіаційного захисту (наявність захисних інструментів, екранів, раціональна послідовність дій і маніпуляцій, чітка взаємодія персоналу).

Правила індивідуального радіаційного захисту залежать перш за все від виду радіоактивної речовини. Якщо застосовуються відкриті радіоактивні препарати, то захист від зовнішнього опромінення здійснюється за рахунок застосування захисних екранів, фартухів, масок, бахіл, щитків, окулярів, рукавиць тощо. Радіаційна безпека при проведенні дистанційної променевої терапії зале-

жить, головним чином, від якості стаціонарного захисту, тривалості і кількості укладок. Індивідуальний дозиметричний контроль проводиться для визначення дози опромінення, отриманої кожним працівником за певний проміжок часу. Для цього використовують індивідуальні кишенькові дозиметри, які прикріплюють до спецодягу. Найчастіше застосовують малі іонізаційні конденсаторні камери (КІД-2, КІД-20). У комплект КІД входить зарядно-вимірвальний прилад і набір пронумерованих конденсаторних камер, кожна з яких має вигляд олівця і за допомогою затискача закріплюється на спецодязі. Дозиметричний апарат фіксує дозу опромінення за весь період роботи медичного працівника з радіоактивним джерелом. Частоту і об'єм досліджень визначають таким чином, щоб можна було оцінити дозу радіації, отриманої медичним персоналом за 1 місяць, квартал чи півріччя. Результати досліджень фіксують в окремому журналі. Перевірку дозиметричної апаратури здійснюють один раз на рік у спеціальній лабораторії.

До заходів індивідуального радіаційного захисту належать і різні способи дезактивації.

Дезактивація шкіри. Досягається миттям шкіри рук в теплій проточній воді з милом або синтетичним мийним порошком. Використовують також спеціальні мийні засоби: комплексоутворювачі (трилон-Б, унітол, оксатіол), адсорбенти (каолінова паста), слабкі розчини кислот і соди. Спочатку обробляють тильну поверхню кисті, потім міжпальцеві проміжки, долоні і нігті. Після висушування рук серветкою або рушником проводять контроль радіометром. Дезактивацію шкіри обличчя здійснюють миттям водою з милом. Волосся миють шампунем, домішуючи 3 % розчин лимонної кислоти. Очі промивають теплою проточною водою в напрямку від внутрішнього кута ока до зовнішнього, порожнину носа – теплим фізіологічним розчином. У випадках занесення радіоактивних речовин у ротову порожнину її декілька разів прополіскують теплою водою, зуби і ясна чистять щіточкою із зубною пастою, після чого прополіскують 3 % розчином лимонної кислоти або 3 % розчином перекису водню.

Дезактивація робочих місць і апаратури. Здійснюється протиранням гладкої поверхні вологою ганчіркою або миттям

водою. Пористі поверхні обробляють спеціальними мийними засобами, які містять активні речовини, здатні зв'язувати і знешкоджувати радіоактивні речовини, переводячи їх у розчинний або колоїдний стан.

8.4. 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, сарколізин, бензотэф). Завдяки наявності SH_2 -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-меркаптопурин тощо). Селективно гальмують утворення ДНК у S-фазі, що зумовлює припинення поділу клітини і її загибель.
- III. Антибіотики (адриаміцин, 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, загрозовий 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, таким 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 (злюкисні 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.

Рекомендації ВООЗ і Міжнародного протиракового союзу для обліку токсичності хіміопрепаратів

Побічні прояви і ускладнення	Ступінь 0	Ступінь 1	Ступінь 2	Ступінь 3	Ступінь 4
Гематологічні					
Гемоглобін, г/л	≥110	95-109	80-94	65-79	<65
Лейкоцити, 10 ⁹ 1/л	≥4,0	3,0-3,9	2,0-2,9	1,0-1,9	<1,0
Гранулоцити, 10 ⁹ 1/л	≥2,0	1,5-1,9	1,0-1,4	0,5-0,9	<0,5
Тромбоцити, 10 ⁹ 1/л	>100	75-99	50-74	25-49	<25
Кровоточивість	немає	петехії	незначна, не потребує лікування	значна, потребує переливання крові до 4 разів по 100 мл	необхідне переливання крові більше 4 разів по 500 мл

Шлунково-кишкові					
Білірубін	$\leq 1,25 \times N^a$	$1,26-2,5 \times N^a$	$2,6-5 \times N^a$	$5,1-10 \times N^a$	$>10 \times N^a$
Амінотрансферази (АСТ, АЛТ)	$\leq 1,25 \times N^a$	$1,26-2,5 \times N^a$	$2,6-5 \times N^a$	$5,1-10 \times N^a$	$>10 \times N^a$
Лужна фосфатаза	$\leq 1,25 \times N^a$	$1,26-2,5 \times N^a$	$2,6-5 \times N^a$	$5,1-10 \times N^a$	$>10 \times N^a$
Нудота / блювання	немає	нудота	періодичне блювання	блювання, яке потребує лікування	блювання безперервне
Діарея	немає	періодична	помірна	постійна, яка потребує лікування	геморагічна дегідратація
Стан порожнини рота	змін немає	печія, почерво-ніння	еритема, виразки	виразки, можливе вживання рідкої їжі	харчування неможливе
Серцево-судинні					
Порушення ритму	немає	синусова тахікардія	екстрасистолія	екстрасистолія, миготлива аритмія	шлунково-кова тахіаритмія
Порушення функції	немає	безсимптомне порушення серцевої діяльності	періодична симптоматична дисфункція	симптоматична дисфункція, що потребує лікування	симптоматична дисфункція, яка не піддається лікуванню
Перикардит	немає	безсимптомне накопичення рідини	симптоматичні порушення, які не потребують лікування	тампонада, необхідна пункція перикарда	тампонада, необхідна операція
Свідомість	настороженість	періодична сонливість	сонливість, час бадьорості $>50\%$	постійна сонливість	кома

Ниркові					
Залишковий азот або креатинін	≤1,25× N ^a	1,26-2,5× N ^a	2,6-5× N ^a	5,1-10× N ^a	>10× N ^a
Протеїнурія, г/л	немає	<3	3-10	>10	нефротичний синдром
Гематурія	немає	мікроскопічна	макроскопічна	макроскопічна + згустки	обструктивна уропатія
Загальні					
Температура	нормальна	<38 °С	38-40 °С	>40 °С	підвищення температур и з падінням артеріального тиску (колапс)
Алергічні	немає	дерматит або набряк	бронхоспазм, що не потребує лікування	бронхоспазм, що потребує лікування	анафілактичний шок
Шкірні	немає	еритема	сухий дерматит, везикули, свербіння	вологий дерматит, виразкування	некрози
Волосся	без змін	незначне випадання волосся	помірна гніздова алопеція	повна, але зворотна алопеція	повна незворотна алопеція
Інфекція	немає	локальна	середнього ступеня	важка	сепсис

Примітка: N^a – верхня межа нормальних показників.

Неoad'ювантна хіміотерапія

Це така хіміотерапія, яку проводять у передопераційному періоді і спрямована на досягнення операбельності первиннонеоперабельної пухлини (зменшення розмірів пухлини і регіонарних метастазів). Неoad'ювантна хіміотерапія передбачає підвищення ефективності оперативного втручання. Вона може бути як сис-

темною, так і регіонарною (цитостатики вводять через катетер безпосередньо в артерію, що кровопостачає орган). В останньому варіанті значно підвищується концентрація хіміопрепарату в пухлині і зменшується його токсичний вплив на життєво важливі органи (печінка, нирки, легені, серце).

Ад'ювантна хіміотерапія

Термін ад'ювантна (додаткова) хіміотерапія передбачає проведення “профілактичного” системного лікування цитостатиками безпосередньо у післяопераційному періоді при пухлинних процесах без явних ознак гематогенного метастазування. Метою ад'ювантної хіміотерапії є знищення ймовірних мікрометастазів, які існуючими методами діагностики не виявляються, і в такий спосіб попередження генералізації пухлинного процесу або ж розвитку локального рецидиву. Особливо доцільним є проведення ад'ювантної хіміотерапії при наступних злоякісних пухлинах:

- тератома яєчка;
- пухлина Вільмса;
- нейробластома;
- рак молочної залози.

Ускладнення хіміотерапії

- **Депресія кісткового мозку** (мієлодепресія викликана цитостатиками). Всі цитостатики, за винятком винкристину, блеоміцину та L-аспарагінази, мають мієлодепресивну дію – найчастіше і найнебезпечніше ускладнення хіміотерапії. У той час як анемія розвивається повільно, лейкоцитопенія (гранулоцитопенія) і тромбоцитопенія настають досить швидко, призводячи до важких ускладнень. Великий ризик розвитку інфекційних ускладнень при зменшенні кількості гранулоцитів до рівня 1500 l/mm^3 . Кровотечі (петехії та екхімози на шкірі, дифузні кровотечі із слизових оболонок шлунково-кишкового тракту, із паренхіми нирок і сечовивідних шляхів, легеневі і внутрішньомозкові кровотечі) виникають внаслідок зменшення числа тромбоцитів до $30000/\text{mm}^3$. Слід враховувати, що найнижчі показники тромбоцитів і лейкоцитів спостерігаються на 10-14-й день лікування і нормалізуються через 4 тижні. При сповільненій мієлосупресії (наприклад, при лікуванні мелфаланом) пік тромбоцитопенії спо-

стерігається під кінець 2-3 тижня, а нормалізація показників – через 4-6 тижнів. При лікуванні препаратами нітрозосечовини (ломустин, кармустин), мітоміцином С цитопенія розвивається через 3-4 тижні, а відновлення кількості лейкоцитів і тромбоцитів – через 6-7 тижнів.

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 тромбоцитопоезу (батілол, дицинон, серотоніну адипінат), препарати, які посилюють згортання крові (вікасол, хлористий кальцій, амінокапронова кислота, аскорбінова кислота). Із замінною 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 цитокинами. Це гормоноподібні поліпептиди, спроможні активізувати ріст і диференціацію стовбурових клітин кісткового мозку. Застосовуються для лікування і профілактики мієлосупресії.

Еритропоетин 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, викликаної 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, вінкристину, 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 додатковою 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 циклофосфамідом 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 порож-

нини антисептиками, змазування слизової оболонки метациловою, преднізолоновою 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 (фторурацил, метотрексат). Це ускладнення вимагає припинення хіміотерапії і призначення дієти (слизові відвари), антигістамінних засобів, полівітамінів, введення плазми, альбуміну.
- **Гепатотоксичну** дію мають цисплатин, карбоплатин, циклофосфамід, метотрексат, 6-меркаптопурин, L-аспаргіназа. При показниках білірубіну 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. Циклофосфамід – кардіотоксичну дію при використанні великих доз, а також посилює токсичність адріаміцину (доксорубіцину). 5-фторурацил 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 (гентаміцин, цефалоспорини тощо). Деяку нефротоксичність мають кармустин, ломустин, L-аспаргіназа).
- **Геморагічний цистит** може розвинути після високих доз циклофосфаміду (>500 мг/м²). Профілактичне призначення уросептиків, введення великої кількості рідини (до 2-3 літрів) зменшують його прояви.
- **Нейротоксичність.** Вінкристин володіє сильною нейротоксичною дією. Максимально дозволена доза – 2 мг внутрішньовенно. Настає зниження сухожильних рефлексів, потім – порушен-

ня 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.

Заходи безпеки при роботі з цитостатичними препаратами та методи лікування місцевих ускладнень

До роботи з цитостатичними препаратами залучають висококваліфікованих, досвідчених медичних сестер, які пройшли спеціальний інструктаж. Вони повинні бути обізнані з місцевими ускладненнями, які можуть розвинути при застосуванні цитостатиків, і вжити необхідних заходів для їх профілактики і лікування.

Медична сестра повинна працювати в гумових рукавичках, марлевій масці, змінному халаті. Перед введенням цитостатика слід уважно ознайомитись з інструкцією його застосування. Порошкоподібні препарати розчиняють водою для ін'єкцій або 0,9 % розчином хлориду натрію. Розчин готують *ex tempore* і вводять ж вводять.

Увага! Зберігати розчини цитостатиків тривалий час заборонено! Кожний цитостатик вводять окремо, різними шприцями, поперемінно в різні вени. Необхідно запобігати попаданню хіміопрепарату на шкіру, слизові оболонки, очі. Не слід довго тримати відкритими ампули, флакони з препаратом, оскільки вдихання його парів надзвичайно шкідливе для організму.

Цитостатики, призначені для внутрішньовенного введення, при попаданні в підшкірну клітковину можуть призвести до появи інфільтратів або навіть некрозів. Хворі відразу скаржаться на сильний пекучий біль у місці ін'єкції. Слід негайно припинити введення препарату, обколоти уражену ділянку 0,25 % розчином новокаїну, прикласти холод (лід), а пізніше – компрес із 20 % спиртом.

Оскільки це ускладнення залежить виключно від техніки введення препарату, то слід бути надзвичайно уважним при виконанні маніпуляцій.

Такі цитостатики, як новембіхін, нітрозометилсечовина, фторурацил, вінкакалоїди і всі протипухлинні антибіотики, при внутрішньовенному введенні здатні викликати флебіти та флєбосклерози. Для попередження зазначених ускладнень хіміопрепарат вводять у вену повільно з наступним її "промиванням" теплим 0,9 % розчином хлориду натрію або 5 % розчином глюкози через ту саму голку.

Глава 9. Симптоматична терапія в клінічній онкології

На жаль, досить часто в клінічній онкології трапляються ситуації, коли можливості спеціального протипухлинного лікування вичерпані або їх застосування неможливе через тяжкість стану хворого, наявність вираженої супровідної патології, відмову від лікування. До цього може призвести пізнє розпізнавання пухлини або її прогресування в процесі лікування. Якщо медики не можуть суттєво вплинути на розвиток пухлинного процесу і продовжити тривалість життя пацієнта, то, принаймні, необхідно покращити його якість. Онкохворий має право прожити останній відрізок життя якомога достойніше, комфортніше як фізично, так і психологічно. Покращання якості життя – основне завдання симптоматичної терапії онкохворих.

Симптоматичне лікування передбачає усунення найтяжчих проявів хвороби, спричинених як пухлиною, так і ускладненнями специфічної терапії (променевої і цитостатичної). Воно вимагає постійного дотримання медичним персоналом принципів онкологічної деонтології і, зокрема, підтримки у хворого впевненості у кінцевому сприятливому результаті лікування.

Найважливішим завданням симптоматичної терапії є корекція **психоемоційних порушень**. В одних випадках переважають ознаки приреченості, пригнічення, апатії, слізливості (астено-

депресивний синдром), в інших, навпаки, на перший план виступають симптоми стурбованості, тривоги, безнадійності і навіть страху (тривожно-депресивний синдром).

Поведінка обслуговуючого персоналу (особливо медичних сестер) в обох випадках повинна вселяти хворому оптимізм, а дбайливе і уважне ставлення – зняти ознаки приреченості, апатії і страху.

Одним із загальних і характерних наслідків поширеного пухлинного процесу є **кахексія** – прогресуюче виснаження організму.

Анорексія – зниження або втрата апетиту – одна з причин кахексії. Підвищити апетит можна призначенням речовин, які подразнюють смакові рецептори язика. До них належать настій трав полину, тміну, м'яти, кориці, гірчиці тощо. Призначають зазначені галенові препарати за 10-15 хв до їди. Підвищують апетит виноградне вино і пиво.

У випадках **кандидомікозу** (грибкове ураження слизової оболонки рота) призначають ністатин по 1 млн. Од на добу і леворин по 500 тис. Од на добу, полоскання рота риванолом (0,1 % розчин), фурациліном (1:5000), відваром ромашки, дубової кори, шалфею. Підвищення апетиту можна досягти вживанням шлункового соку, кислих напоїв (сухе вино, квас, кефір), розсолу, квашеної капусти.

Внаслідок ураження пухлиною шлунка чи товстої кишки порушуються процеси всмоктування їжі, що призводить до виснаження. В таких випадках необхідне налагодження системи парентерального харчування, яке б забезпечило покриття білкового, енергетичного дефіцитів, достатнє введення води, солей, вітамінів. Важливо пам'ятати, що потреба організму в білках вже при незначних ознаках виснаження складає 1-1,5 г/(кг·д) і 2500-3000 ккал/д. До основних коригуючих засобів відносять білкові гідролізати: розчин гідролізіну, амінопептид, амінокровин, гідролізат казеїну. Зазначені препарати вводять внутрішньовенно, крапельно в кількості 500-1000 мл/д протягом 5-10 днів.

Суттєвий позитивний вплив на баланс азоту мають жирові емульсії – інтраліпід, ліпофундин, які вводять внутрішньовенно у вигляді 10-20 % розчину в кількості 500 мл. Вони є також джерелом

енергії. Введення гідролізатів білка та жирових емульсій доцільно поєднувати із введенням 5-10 % розчину глюкози, електролітів, вітамінів.

Найчастішими проявами диспептичного синдрому при поширених формах злоякісних пухлин є **нудота, блювання та діарея**.

Механізм розвитку блювання різноманітний. Периферичний механізм пов'язаний з подразненням інтерорецепторів шлунка пухлиною, розширенням шлунка харчовими масами при звуженні ворота рота тощо. Причиною центрального механізму блювання може бути, зокрема, підвищення внутрішньочерепного тиску при пухлині головного мозку, анемія, ендотоксикоз.

Нудота і блювання часто виникають після хіміотерапії та променевої терапії. Механізм розвитку зазначених негативних ефектів наступний. Опромінення і цитостатики подразнюють слизову оболонку тонкої кишки, викликають стимуляцію ентерохромафінних клітин і, як наслідок, гіперпродукцію серотоніну, 5-гідрокситриптаміну, дофаміну, гістаміну. 5-гідрокситриптамін подразнює 5-HT₃-рецептори у підслизовому шарі тонкої кишки, які передають нервові імпульси в блювальний центр головного мозку, викликаючи його переподразнення і, як наслідок, блювання.

Постійне, виснажливе блювання призводить до зневоднення організму, втрати натрію і хлоридів. Гіпонатріємія та гіпохлоргідрія значно погіршують загальний стан хворого. Внаслідок зневоднення виникає олігурія і навіть анурія.

Клінічними проявами зневоднення є: м'язова слабкість, головний біль, прогресуюча адинамія, сухість язика, жовтяничність склер, задишка, тахікардія, гіпотонія. В лабораторних аналізах – лейкоцитоз, гіпонатріємія, гіпокаліємія, гіпохлоремія, підвищений рівень сечовини.

Лікування полягає передусім у терміновому введенні 30-40 мл 10 % розчину хлориду натрію, потім крапельно вводять розчин Рінгера або 0,9 % розчин хлориду натрію (1000-1500 мл), 5 % розчин глюкози в кількості 1000-1500 мл. При гіпокаліємії на кожен літр рідини додають 1-2 г хлориду калію. З метою корекції метаболічного ацидозу показано введення 400-600 мл 4 % розчину гідрокарбонату натрію.

Задовільний лікувальний ефект при "периферичному" блюванні спостерігають після вживання препаратів беладони (насто-янка, екстракт) та підшкірного введення 1 мл 0,1 % розчину атро-піну чи 0,05 % розчину скополаміну.

Протиблювальною дією володіють антигістамінні препарати: димедрол, дипразин або піпольфен, супрастин та ін. Найпоширеніші протиблювальні засоби майже повністю відносяться до групи фе-нотіазинів. Серед них слід назвати аміназин, який призначають всередину по 10-25 мг кожні 4-6 год, або внутрішньом'язово по 25-30 мг кожні 6-8 год.

Із седативних і снодійних як додаткові засоби пригнічення блювання застосовують барбітурати (фенобарбітал, барбаміл), бро-міди і препарати валеріани.

Транквілізатори: седуксен, тазепам, тріоксазин, мепробамат зменшують вплив психогенних факторів, знижують поріг збудли-вості кори головного мозку і центру блювання.

З антиеметичною метою під час проведення променевої та хіміотерапії призначають блокатори 5-НТ₃-рецепторів: зофран по 8 мг внутрішньовенно або per os за 1-2 год до процедури спеці-ального лікування; китрил – по 1 мг 2 рази на добу всередину або 3 мг на 50 мл 5 % розчину глюкози внутрішньовенно за 1 год до хіміотерапії; наобан – по 5 мг внутрішньовенно або перораль-но 1 раз на добу 6 днів підряд. Лише постійне, виснажливе блюван-ня, яке призвело до важкого порушення водно-електролітного ба-лансу і не усувається антиеметичними середниками, вимагає при-пинення хіміотерапії.

У випадках блювання, спричиненого підвищенням внутрішньо-черепного тиску внаслідок росту пухлини головного мозку, ліку-вання може бути ефективним лише за умови проведення активної дегідратації, спрямованої на декомпресію. Призначають сечогінні препарати: 10-20 % розчин манітолу по 1,5-2 г/кг внутрішньовенно крапельно протягом 40-60 хв, лазикс (фуросемід) – 1 % розчин внутрішньовенно (внутрішньом'язово) по 2 мл 1-2 рази на добу. Внутрішньовенні інфузії 30 % розчину сечовини (40-80 крапель за хв в дозі 0,5-1,0 г/кг) призначають лише при неефективності манітолу і зростанні мозкової симптоматики.

Симптоматична терапія діареї в онкологічних хворих здійснюється із врахуванням її конкретної причини виникнення і полягає у призначенні дієти, препаратів, які сповільнюють перистальтику кишки, протизапальних в'язучих засобів, антимікробних та протигрибкових препаратів тощо. Дієта повинна бути калорійною, механічно і хімічно індиферентною, збагачена достатньою кількістю білків та вітамінів. У раціоні повинні бути м'ясні і молочні продукти (кефір). Доцільне призначення соків чорної смородини, чорноплідної горобини, які містять антибродильні і в'язучі речовини. Призначають також чай з ромашки, настій з плодів чорниці, відвар трави звіробою, кори дуба тощо. Рекомендують ентеросорбенти, порошки танальбіну і нітрату вісмуту (по 0,5 г).

У випадках дисбактеріозу кишечника показане застосування біологічних препаратів: колібактерину, біфідумбактерину, лактобактерину, біфіколу. Вибір антибактеріальних препаратів залежить від чутливості до них мікрофлори. Краще в першу чергу призначати не антибіотики, а кишкові антисептики – фталазол, ентеросептол.

Симптоматичне лікування больового синдрому. Біль є найчастішим і найтяжчим патологічним синдромом у хворих на злоякісні пухлини. Механізм його розвитку різноманітний. Біль може виникнути внаслідок інфільтрації пухлиною нервових стовбурів, стиснення їх, обструкції, надмірного розширення або стиснення внутрішніх органів, оклюзії судин, розвитку ішемії, запалення тощо. Інтенсивність і характер больового синдрому залежать від багатьох факторів: від стадії поширення процесу, розташування пухлини, ускладнень, до яких вона призводить, від побічних негативних ефектів і ускладнень променевої та хіміотерапії.

Вибір оптимального варіанту лікувального анальгезивного впливу можливий лише після аналізу конкретних причин болю. Всупереч поширеній думці, онкологічні хворі, які страждають від хронічного болю, як правило, не звикають до нього, а, навпаки, стають ще чутливішими і нетерплячими. Тому першою умовою лікування больового синдрому є вплив на емоційну сферу, який досягається застосуванням як методів психотерапії, так і призначенням фармакологічних препаратів. Другою умовою є усунення, за можливістю,

причин, які викликають больовий синдром. Необхідно підкреслити, що наркотичні препарати призначають тоді, коли всі інші методи знеболювання вже випробувані. Арсенал знеболювальних препаратів досить різноманітний і дає можливість оптимального вибору аналгетиків, їх поєднання з іншими препаратами, які потенціюють протибольову дію.

Одним із основних правил аналгезивної терапії є дотримання етапності у призначенні аналгетиків від слабодіючих до сильнодіючих, від препаратів для внутрішнього вживання до ін'єкційних лікарських форм з поступовим підвищенням разової і добової доз (із збільшенням інтенсивності болю). Якщо на початку лікування достатнім може бути призначення анальгину у поєднанні з транквілізаторами, седативними препаратами, спазмолітиками чи антигістамінними засобами, то при значному поширенні пухлини і наявності інтенсивного болю доцільні наркотичні препарати (промедол, омнопон, бупренорфін, морфін).

Порядок призначення наркотичних аналгетиків

Наркотичні аналгетики можуть призначатись лікуючим лікарем (якщо хворий перебуває в стаціонарі) або онкологом поліклініки на строк до трьох днів. Для цього заповнюється “Лист лікарських призначень наркотичних засобів та їх виконань” (див. додаток 1), де вказується дата, назва препарату, години і дози введення. В листку ставлять свої підписи лікар, який засвідчує призначення препарату, і медична сестра – про виконання призначення. Медична сестра отримує наркотичний аналгетик і здає порожні ампули відповідальній особі, яку призначає адміністрація лікарні.

Для призначення наркотичних аналгетиків терміном понад три дні скликається комісія у складі заступника головного лікаря з лікувальної роботи, завідувача підрозділу та лікуючого лікаря. У Висновку комісії (див. додаток 2) обґрунтовується необхідність призначення саме наркотичного препарату, вказують строки, назва аналгетика, кратність та спосіб введення. Відповідні записи необхідно щоденно робити в медичній карті стаціонарного або амбулаторного хворого.

9.1. Методи детоксикаційної терапії

Завдання детоксикаційної терапії полягає у максимальному зменшенні концентрації токсичних речовин в організмі, їх інактивації, зв'язуванні й виведенні з організму. Таке завдання здатна вирішувати інфузійна терапія, гемодилуція, форсований діурез, гемодіаліз, гемосорбція, ентеросорбція, плазмаферез.

Основне завдання **інфузійної терапії** полягає у зв'язуванні та нейтралізації токсичних речовин і прискореному їх транспортуванню до органів фізіологічної детоксикації (печінка) і виведенні з організму (нирки). Досягається це завдання інфузією, перш за все, 10-20 % розчину альбуміну. Інфузія препаратів низькомолекулярного полівілпіролідону також сприяє утворенню з токсичними речовинами неактивних сполук. Аналогічна дія характерна для розчинів-плазмозамінників (поліглюкін, реополіглюкін).

Гемодилуція – кероване розведення крові, детоксикаційний ефект якого зумовлений зменшенням концентрації токсичних речовин, а також покращанням гемодинаміки внаслідок збільшення об'єму циркулюючої плазми та покращенням реологічних властивостей крові. З цією метою використовуються наступні речовини: альбумін, протеїн, реополіглюкін, 40 % розчин глюкози, розчин Рінгера.

Форсований діурез. Цей метод базується на принципі посилення сечовидільної функції нирок та підтриманні водно-електролітного балансу. Він включає три послідовні етапи: попереднє водне навантаження (гіпергідратація), введення сечогінних препаратів і замінна інфузія розчинів електролітів. Відомо, що гіпотонічні сольові розчини, такі як 5 % розчин глюкози, мають здатність проникати через мембрани в клітини, а гіпертонічні, навпаки, викликають зневоднення клітин. Тому доцільно на етапі гіпергідратації спочатку вводити гіпотонічні сольові розчини і 5 % розчин глюкози, а потім – гіперосмолярні і гіперонкотичні розчини: поліглюкін, 40 % розчин глюкози. Одразу після інфузії гіпертонічних розчинів необхідно ввести сечогінні препарати: еуфілін, лазикс, манітол. На третьому етапі для компенсації порушеного сольового та електролітного балансу застосовують розчини, які містять основні

електроліти (калій, натрій, хлор) у дещо більшій концентрації, ніж у сечі.

Торкаючись методів інфузійно-трансфузійної терапії, спрямованих на поповнення об'ємів рідинних просторів, покращання реологічних властивостей крові, корекцію білкових порушень, кислотно-лужної рівноваги, водно-електролітного балансу, необхідно окремо звернути увагу на синдром гіповолемії, який найчастіше трапляється в онкологічних хворих на різних стадіях розвитку пухлини, а також у критичних ситуаціях, зумовлених оперативними втручаннями, втратою рідини в післяопераційному періоді, розвитком гнійно-септичних ускладнень тощо.

Гіповолемія проявляється зменшенням об'єму крові, яка повертається до серця, зменшенням ударного і хвилинного об'ємів кровообігу.

Клінічними проявами гіповолемії і порушень мікроциркуляції є акроціаноз, задишка, тахікардія, ослаблення тонів серця, зниження артеріального тиску до 90-80 мм рт. ст. і центрального венозного тиску (близько 0 або від'ємний), олігурія (діурез менше 20-30 мл/год).

Лікувальна тактика повинна бути спрямована на максимально швидке наповнення кров'яного русла рідиною. Протягом однієї години в одну або дві вени здійснюють інфузію 1,5-2,0 л плазмозамінників (5 % розчин глюкози, поліглюкін, желатиноль, альбумін). Якщо протягом 40-60 хв на фоні форсованого введення розчинів (1,5-2,0 л) гемодинамічні показники залишаються низькими (артеріальний тиск – 40-50 мм рт. ст., центральний венозний тиск – 0 мм вод. ст. або від'ємний, частота серцевих скорочень – понад 110 ударів за хвилину, оліго- чи анурія), то доцільне введення розчину допаміну (3-10 мг / (кг · хв), крапельно), глюкокортикоїдів (60-100 мг преднізолону або 125 мг гідрокортизону). Форсовані внутрішньовенні інфузії продовжують до стабілізації артеріального тиску в межах 110-130 мм рт. ст. і центрального венозного тиску – 60-80 мм вод.ст. Потім темпи і об'єм введення розчинів зменшують і визначають за швидкістю та об'ємом загальних втрат рідини (через шкіру, з диханням). Діурез необхідно підтримувати в межах 50-60 мл за 1 год.

Гемодіаліз – метод екстракорпоральної детоксикації, в якому значною мірою моделюється екскреторна функція нирок. Його принцип полягає у вибірковій (за різницею концентраційних і осмотичних градієнтів) дифузії та ультрафільтрації низькомолекулярних сполук із крові, яка омиває штучну напівпроникну мембрану. В діалізаторі напівпроникна мембрана з одного боку омивається кров'ю, а з протилежного – спеціальним розчином – діалізатом, іонний склад якого здебільшого відповідає складу плазми. В такий спосіб забезпечується видалення з плазми крові токсичних речовин (сечовина, креатинін, аміак), а також електролітів, гідрофільних низькомолекулярних ендотоксинів, надлишку води.

Гемосорбція займає особливе місце серед методів дезінтоксикаційної терапії. Її лікувальний ефект зумовлений здатністю активованого вугілля та іонообмінної смоли адсорбувати і фіксувати на своїй поверхні токсичні речовини, які надходять у кров. Перевагою гемосорбції над іншими методами активної детоксикації є видалення із організму не тільки ендотоксинів, але й токсичних речовин, які зв'язані з транспортними білками – альбумінами. Проведенню гемосорбції повинна передувати масивна базисна терапія, спрямована на корекцію порушень гомеостазу. Вона включає стабілізацію гемодинаміки, корекцію гіпоглікемії та тканинної гіпоксії, усунення водно-електролітного дисбалансу і порушень кислотно-лужної рівноваги, ліквідацію гіпопротеїнемії.

Ентеросорбція – метод детоксикації організму шляхом введення сорбентів у шлунково-кишковий тракт. Прийняті чи введені всередину ентеросорбенти поглинають і виводять з організму токсичні речовини, які: 1) дифундують у кишечник з крові; 2) виділяються в просвіт кишечника разом із травними соками; 3) утворюються в травному каналі. Останнім часом ентеросорбція значно ширше використовується в клінічній онкології завдяки впровадженню нових вискоєфективних вуглецевих, кремнієвих та полімерних сорбентів. Помітне зниження рівня інтоксикації при консервативному і симптоматичному лікуванні хворих на злоякісні пухлини на фоні прийому сорбентів пояснюють поглинанням і нейтралізацією ними ендогенних токсинів, а також біотрансформацією високотоксичних речовин у менш токсичні або навіть неток-

сичні. Основна роль у цьому процесі належить кисню, який знаходиться в парах сорбенту, активізує окислювальні реакції і розкладання токсичних сполук. Важливе значення надається енте-росорбентам у доопераційній підготовці онкологічних хворих та детоксикаційній терапії в післяопераційному періоді, а також під час проведення сеансів хіміопроменового лікування.

Плазмаферез. При плазмаферезі здійснюють забір крові хворого центрифугують її з наступним поверненням у кров'яне русло власних еритроцитів. Обґрунтування методу полягає у тому, що більшість токсичних речовин знаходяться в плазмі. Плазмв-трату компенсують переливанням донорської плазми або плазмозамінників. Процедуру проводять неодноразово, протягом декількох днів. Необхідність у переливанні великої кількості донорської плазми обмежує широке застосування плазмаферезу в клініці.

Глава 10. Принципи організації протиракової боротьби

10.1. Структура і функції онкологічної служби

В Україні сформована і функціонує чітка державна система організації онкологічної служби, яка займається всіма питаннями практичної і теоретичної онкології. Вона охоплює низку республіканських, обласних, міських онкологічних диспансерів і спеціалізованих відділень та науково-дослідних інститутів (онкологічних, рентгенорадіологічних). Станом на 2000 рік в нашій країні функціонує два науково-дослідних інститути онкологічного та рентгенологічного профілю і 45 онкологічних диспансерів. Крім того, в спеціалізованій та загальнолікувальній мережі розгорнуто 92 радіологічних відділення (кабінети).

Надійність і об'єктивність вивчення ураження населення злоякісними пухлинами, ефективність диспансерного контролю та онкологічної допомоги перш за все, базується на достовірній інформації. З 1994 року в Україні діє національний канцер-реєстр, основна

діяльність якого спрямована на накопичення і моніторинг (регулярне спостереження) та аналіз інформації про хворих на злоякісні пухлини як на всій території України, так і в окремих регіонах. Отримана інформація може бути використана для вирішення різноманітних завдань управління онкологічною службою.

В обласних центрах функціонують обласні онкологічні диспансери – багатопрофільні медичні установи, здатні керувати організаційно-методичною роботою з онкології у регіоні та надавати спеціалізовану діагностичну і лікувальну допомогу онкологічним хворим. Вони, як правило, в своєму складі мають організаційно-методичне, поліклінічно-диспансерне, профільні клінічні відділення – хірургічне, гінекологічне, променеве, хіміотерапевтичне, торакальне, урологічне та інші. Крім того, в диспансерах розгорнуті діагностичні відділення або кабінети (ендоскопічне, УЗД, рентгенологічне, морфологічне, лабораторне тощо).

Основні завдання онкологічної служби:

- забезпечення ранньої діагностики і комплексного лікування онкологічних хвороб та передпухлинних процесів;
- диспансерне спостереження за хворими на злоякісні пухлини і передпухлинні захворювання;
- організація та проведення профілактичних заходів щодо злоякісних пухлин;
- вивчення причин несвоєчасної діагностики та неадекватного лікування злоякісних пухлин і прийняття заходів щодо їх усунення;
- науково-практичні розробки та впровадження в практику нових методів діагностики та лікування злоякісних пухлин;
- реалізація заходів з підвищення рівня онкологічних знань у медичних працівників з вищою та середньою освітою;
- протиракова пропаганда серед населення.

Хворі, в яких діагноз злоякісної пухлини встановлено вперше в житті, підлягають обов'язковій реєстрації. При цьому лікар повинен заповнити “Повідомлення про хворого з вперше в житті встановленим діагнозом раку чи іншого злоякісного новоутворення” (Форма № 090/о) (див. додаток 3) і в триденний термін відправити його до онколога. У разі виявлення у хворого запущеної форми злоякісної пухлини заповнюють також “Протокол на випадок ви-

явлення у хворого запущеної форми злоякісного новоутворення” (Форма № 027-2/о) (див. додаток 4). Запущеними вважаються ІV стадія пухлини, а при візуальних локалізаціях хвороби – ІІІ і ІV стадії. До візуальних локалізацій належать:

- пухлини шкіри;
- пухлини губи;
- пухлини слизової порожнини рота;
- пухлини щитоподібної залози;
- пухлини молочної залози;
- пухлини зовнішніх статевих органів;
- пухлини шийки матки;
- пухлини прямої кишки.

Вважається, що діагностика пухлин зазначених локалізацій не потребує особливих зусиль медиків, складних діагностичних маніпуляцій і дорогого технічного устаткування, і тому вимоги до діагностики є вищими. Однак, слід визнати, що поділ на візуальні і невізуальні локалізації пухлин є досить умовним. Так, наприклад, діагностувати рак щитоподібної або молочної залози іноді буває значно важче, ніж рак стравоходу, шлунка чи товстої кишки. Останні локалізації пухлин, із впровадженням сучасної ендоскопічної техніки в медицину, також стають “візуальними”.

В онкологічному закладі згідно з поданими документами хворого беруть на диспансерний облік. При цьому заповнюється “Реєстраційна карта хворого на злоякісне новоутворення” (форма № 030-6/о) (див. додаток 5).

З позиції організації протиракової боротьби велике значення має не тільки встановлення стадії хвороби, але й визначення клінічних груп.

Поняття "клінічна група" передбачає єдину категорію обліку, яка характеризує стан хворого на даний конкретний період часу і визначає тактику лікування. Розрізняють наступні клінічні групи:

- **група Іа** – хворі з підозрою на наявність злоякісної пухлини (підлягають дообстеженню);
- **група Іб** – хворі з передраковими станами (підлягають оздоровленню);
- **група ІІ** – хворі на злоякісні пухлини, які підлягають спеціальному лікуванню;

- **група IIa** – хворі на злоякісні пухлини, які підлягають радикальному лікуванню;
- **група III** – практично здорові, яким проведено радикальне лікування з приводу злоякісних пухлин і у яких не виявлено рецидивів і метастазів пухлини. Підлягають спостереженню і профілактичному лікуванню;
- **група IV** – хворі із запущеною стадією хвороби, які підлягають паліативному і симптоматичному лікуванню.

Окремо слід сказати про місце і роль середнього медичного персоналу в наданні онкологічної допомоги населенню в сільській місцевості.

Успіх у діагностиці і лікуванні злоякісних пухлин та подальша доля хворого нерідко залежать від первинного звернення пацієнта в той чи інший лікувальний заклад. Фельдшер, акушерка, медична сестра ФАПу чи оглядового кабінету дільничної та районної лікарень повинні володіти знаннями та навиками, достатніми для того, аби за наявності передракового стану або раку запідозрити його при першому ж огляді хворого і здійснити необхідні заходи з метою встановлення остаточного діагнозу.

Особлива роль середніх медичних працівників полягає у проведенні цілеспрямованих профілактичних оглядів тих контингентів населення, у яких розвиток злоякісних пухлин є найімовірнішим, тобто груп підвищеного ризику. В обов'язки фельдшера (акушерки) ФАПу і амбулаторії входить формування списків осіб, які підлягають профілактичним оглядам, та здійснення планових профілактичних оглядів організованого населення, з метою розпізнавання передусім передракових процесів і раку візуальних локалізацій (шкіра, губа, слизова порожнина рота, молочні залози, пряма кишка, жіночі статеві органи). Під час обстеження проводять огляд і пальпацію зазначених органів та зон регіонарного лімфовідтоку, а за наявності відповідних скарг (наприклад, пронос, закреп, домішок крові чи слизу в калі) – пальцеве дослідження прямої кишки. У жінок оглядають шийку матки у дзеркалах і беруть для цитологічного дослідження матеріал із піхвової частини шийки та її каналу. Осіб, у яких виявлені патологічні зміни або підозрюють патологію,

направляють до лікаря на консультацію і дообстеження та беруть на облік.

10.2. Деонтологічні аспекти онкології

Деонтологічні питання в онкології мають свою специфіку, що пояснюється особливостями цієї патології. Важкість клінічного перебігу злоякісного процесу, сумна перспектива можливої інвалідності після лікування, а, головне, уявлення хворих і навіть лікарів про невиліковність хвороби та приреченість – все це дає підставу говорити про особливості онкологічної деонтології.

Медичний персонал (від лікаря до санітарки) повинен проявити особливий такт і вміння знайти контакт із хворим, заспокоїти його і переконати в необхідності обстеження і лікування в обсязі, якого вимагає конкретна клінічна ситуація. Неоціненна роль в цьому належить медичній сестрі, яка практично весь свій робочий час знаходиться з хворим. У повному взаєморозумінні і взаємодії з лікарем вона повинна знайти правильний адекватний підхід до хворого, залежно від його фізичного і психічного стану, особливостей характеру тощо.

Діагноз – рак – завжди є психічним шоком для хворого і його родичів. А тому виникає потреба у науково обгрунтованому, доступному для хворого поясненні суті діагнозу і необхідності лікування. Варто пам'ятати, що хворий не є об'єктом нашої медичної практики, а повноправний суб'єкт, який має право розпорядитися своїм здоров'ям і життям, має право на правдиву інформацію. І все ж, інформація про діагноз та прогноз хвороби повинні подаватися хворому в оптимістичному спрямуванні, що дозволило б одержати його згоду на проведення необхідних діагностичних і лікувальних заходів.

У проблемі онкологічної деонтології одним із ключових є питання інформації хворого про діагноз хвороби і її прогноз. Підхід до цього питання повинен бути індивідуальним: його вирішує тільки лікар-куратор. Що стосується хворих на поширені форми злоякісних пухлин, які підлягають виключно симптоматичному лікуванню, то інформація про істинний характер хвороби нерідко буває

невиправданою. В таких випадках доцільна так звана "єдина деонтологічна легенда" про неспецифічний характер хвороби. Наприклад, при наявності раку шлунка з метастазами в печінку хворому повідомляють, що у нього виявлено хронічний гастрит, цироз печінки. Ця неправда дозволить хворому перебувати у комфортнішому психологічному кліматі.

10.3. Хоспіси

Вперше хоспіси були засновані католицькими монахинями в Ірландії в XVII столітті. В США вони виникли приблизно 20 років тому, і кількість їх складає близько 1850. Спочатку термін "хоспіс" означав тимчасове безпечне місце для мандрівників, в якому вони отримували їжу, могли зігрітись, влаштуватись на ночівлю. Пізніше хоспіси планувались як лікарні для вмираючих хворих.

Зараз основним завданням хоспісів є забезпечення нормальних умов хворим на невиліковні хвороби, термін життя яких обмежений днями, тижнями або декількома місяцями. Основне кредо цих закладів – філософія, згідно з якою вмирання визнається як нормальний життєвий процес, а тому всі заходи повинні бути спрямовані на підтримання належної якості життя хворих в термінальній стадії хвороби. Це забезпечується цілодобовим чергуванням і обслуговуванням команди професіоналів (лікарі, медсестри, дієтологи, психологи, священники, страхові агенти) і підготовлених добровольців. Поведінка і дії персоналу, вся атмосфера хоспісу повинні бути пронизані оптимізмом, спрямовані на підтримку настрою хворих, підкреслювати повагу до них. Шанобливе і ввічливе ставлення до хворих надає їм впевненості у своїх силах, є запорукою душевного спокою.

До основних заходів лікування і догляду за хворими належать харчування (у т. ч. через зонд), симптоматична терапія (у т.ч. знеболювання), туалет хворих, парентеральне харчування, антибіотикотерапія, хіміотерапія і паліативна променева терапія. Середній термін перебування хворих у хоспісі – 1-1,5 міс.

Глава 11. Пухлини шкіри

Для шкіри характерні три групи пухлин: **доброякісні, місцеводеструктивні і злоякісні**.

Етіологія. Серед чинників, що зумовлюють розвиток пухлин, чільне місце посідають інсоляція, термічні опіки, обвітрювання, тривалий контакт з хімічними канцерогенами, радіоактивне опромінення.

Доброякісні пухлини: папілома, фібропапілома, кератоакантома, шкірний ріг, стареча кератома, аденома сальної або потової залози.

Діагностика базується на результатах клінічних та морфологічних досліджень.

Лікування хірургічне – видалення пухлини.

До *місцеводеструктивних* пухлин шкіри належать **базаліома**, яка є проміжною між доброякісними і злоякісними новоутвореннями шкіри. Інфільтруючий, нерідко з деструкцією, прогресуючий ріст наближає її до раку шкіри; відсутність метастазування –

до доброякісних пухлин. Виникає базаліома частіше в похилому віці і локалізується переважно на обличчі (ніс, повіки, носогубна складка) (рис.4).

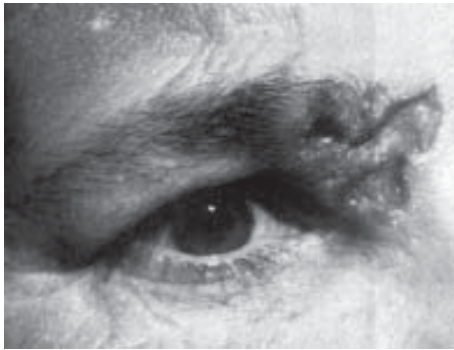


Рис. 4. **Базаліома, виразкова форма** (ulcus rodens).

Клінічні прояви різноманітні. Захворювання розпочинається з появи на шкірі вузлика щільної консистенції блідо-рожевого кольору. Вузлики повільно збільшуються, структура його стає

часточковою, на поверхні з'являються телеангіектазії, а в центрі – кірочка і виразка. По периферії пухлини утворюється щільний валик з характерним лиском. Виразка поширюється вглиб і вишир.

Діагностика ґрунтується на даних цитологічного і гістологічного дослідження біоптатів.

Лікування. При локалізації пухлини на обличчі, особливо в ділянці орбіти, носа, застосовують близькофокусну рентгенотерапію. В разі розміщення її на тулубі і кінцівках перевагу надають хірургічним методам: висіченню, електроексцизії, кріодеструкції.

До злоякісних пухлин належать рак шкіри і меланома.

11.1. Рак шкіри

Рак шкіри – злоякісна пухлина, яка розвивається із багатошарового плоского епітелію. Може виникнути на ґрунті передракових станів, до яких відносяться хвороба Боуена, пігментна ксеродерма, хвороба Педжета, еритроплазія Кейра. Виділяють плоскоклітинний рак з ороговінням і без ороговіння.

Епідеміологія. Щорічно в Україні діагностується понад 19 тисяч випадків раку шкіри, що становить понад 37 випадків на 100 тисяч населення. В структурі онкозахворюваності чоловічого населення рак шкіри посідає третє місце (10 %), поступаючись лише раку легень і шлунка. У жінок рак шкіри на другому місці (14 %) після раку молочної залози. Трапляється переважно у похилому віці (пік захворюваності припадає на 60-70 років).

Клініка. Локалізується головним чином на відкритих ділянках шкіри, здебільшого на обличчі. Клінічно розрізняють дві основні форми раку: екзофітну (папілярну) і ендофітну (виразково-інфільтративну) (рис.5. див вкл.).

Початкові стадії розвитку пухлини характеризуються появою на поверхні шкіри бородавчастого утвору або вузлика, який швидко збільшується. Поверхня вузлика шорстка, нерідко покрита сухою кіркою, легко травмується і кровоточить. При папілярній формі пухлина має вигляд масивного щільного вузла на широкій основі, поверхня його горбиста. Пізніше в центрі пухлини може виникнути ділянка некрозу і з'явитися виразка.

При ендофітній формі досить рано настає некроз пухлини і утворюється кратероподібна виразка з трохи піднятими краями і нерівним дном щільної консистенції, покритим брудною плівкою. Після зняття плівки оголюється кровоточиве дно. З часом інфільтрація поширюється на прилеглі тканини – м'язи, хрящі, кістки, руйнуючи їх. У подальшому при обох формах раку спостерігають метастази, головним чином у регіонарних лімфатичних вузлах.

Класифікація пухлин шкіри за стадіями TNM

T ₀ – первинна пухлина не визначається
Tis – преінвазивна карцинома
T ₁ – пухлина до 2 см у найбільшому вимірі
T ₂ – пухлина до 5 см у найбільшому вимірі
T ₃ – пухлина понад 5 см у найбільшому вимірі
T ₄ – пухлина, яка проростає в суміжні структури, такі як хрящ, м'язи або кістки
N _x – не досить даних для оцінки регіонарних лімфатичних вузлів
N ₀ – немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів
N ₁ – наявні метастази в регіонарних лімфатичних вузлах
M _x – не досить даних для визначення віддалених метастазів
M ₀ – віддалені метастази відсутні
M ₁ – наявні віддалені метастази

Групування за стадіями

Стадія 0	Tis	N ₀	M ₀
Стадія I	T ₁	N ₀	M ₀
Стадія II	T ₂ , T ₃	N ₀	M ₀
Стадія III	T ₄	N ₀	M ₀
	будь-яке T	N ₁	M ₀
Стадія IV	будь-яке T	будь-яке N	M ₁

Діагностика раку шкіри ґрунтується на характерних клінічних ознаках хвороби і результатах гістологічного дослідження біоптатів пухлини.

Лікування залежить від стадії розвитку пухлини та її локалізації. В ранніх стадіях при розміщенні пухлини на тубі і кінцівках методом вибору є хірургічний – висічення (електроексцизія). У разі розташування новоутворення на обличчі перевагу надають близькофокусній рентгенотерапії, можлива кріодеструкція. При поширеному процесі показане комбіноване лікування.

Особливості догляду. Після розпаду пухлини шкіри чи її виразкування можливе інфікування, що супроводжується запаленням і виділеннями серозного або гнійного характеру. Під час підготовки до оперативного втручання слід звести до мінімуму зазначені явища, оскільки вони можуть негативно вплинути на загоєння рани. З цією метою пухлину обробляють антисептиками, накладають пов'язки з розчинами фурациліну, хлоргексидину, мікроциду, риванолу тощо. Медсестра зобов'язана періодично зрошувати рану антисептиками, своєчасно змінювати пов'язки.

Після висічення пухлини нерідко утворюється рана значних розмірів, для закриття якої використовують різні методи місцевої дермопластики або пересадки шкіри з інших ділянок тіла. В таких випадках медичній сестрі забороняють знімати пов'язку без дозволу лікаря. Інколи операційна рана залишається відкритою і прикривається стерильною марлевою серветкою. Медсестра зобов'язана регулярно зрошувати серветку антисептиками, при появі ознак кровотечі з рани – прикласти мішечок з льодом до пов'язки і негайно повідомити лікаря.

11.2. Меланома

Меланома – злоякісна пухлина, що розвивається з пігментних клітин – меланоцитів, які продукують пігмент меланін. Характерною ознакою меланоми є скупчення меланіну в клітинах пухлини, проте трапляються й безпігментні форми.

Епідеміологія. Щороку в Україні реєструється близько 1800 пацієнтів із меланомою. Це становить 3,8 випадків на 100 тис. населення. За останні десятиріччя приріст захворюваності на ме-

ланому в 3,6-4,1 раза випереджує аналогічний показник для раку легень і молочної залози. Більше ніж у половини хворих меланома виникає на місці пігментних невусів і меланозу Дюбрейля (рис.6).

Етіологія. До чинників, що сприяють розвитку пухлини, належать надмірна інсоляція, травмування пігментних невусів та гормональні зрушення, які найчастіше спостерігають у періоди статевого дозрівання, вагітності, клімаксу.

Клініка. Проявляється меланома у вигляді напівсферичної плоскогорбистої або грибоподібної пухлини різної консистенції (від м'якої до твердої) й величини (рис.7, див. вкл.). Пігментація неоднорідна, різної інтенсивності. Поверхня новоутворення часто вкрита ерозіями. Нерідко біля основного вузла розташовані дрібні просоподібні вузлики темного кольору (сателіти)(рис.8). Пухлина схильна до раннього лімфогенного і гематогенного метастазування.



Рис.6. Обмежений меланоз Дюбрейля

(плоска пляма, яка складається з кількох дрібних плям різного кольору (коричнево-сіра, чорна), має тенденцію до поширення. Місцями спостерігаються лусочки).



Рис. 8. Меланома з наявними метастазами-сателітами

(спостерігається виразкування первинного вогнища і перифокальне запалення).

Класифікація меланому

Стадія	Глибина поширення за Бреслоу	Рівні інвазії за Кларком
Tis	Пухлина обмежена епітелієм	I-й рівень
T ₁	Товщина пухлини < 0,75 мм (до папілярного шару)	II-й рівень
T ₂	Товщина пухлини від 0,75 мм до 1,5 мм (інфільтрація папілярного шару)	III-й рівень
T ₃	Пухлина товщиною 1,5-4,0 мм (ураження сітчастого шару)	IV-й рівень
T ₄	Пухлина товщиною > 4 мм (інфільтрація підшкірної жирової клітковини)	V-й рівень
N ₀	Немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів	
N ₁	Регіонарні лімфатичні вузли < 3 см	
N ₂	Регіонарні лімфатичні вузли > 3 см	
M ₀	Віддалені метастази відсутні	
M ₁	Віддалені метастази	
Вирішальне значення для прогнозу має глибина інвазії		

Групування за стадіями

Стадія 0	pTis	N ₀	M ₀
Стадія I	pT ₁ , pT ₂	N ₀	M ₀
Стадія II	pT ₃	N ₀	M ₀
Стадія III	pT ₄	N ₀	M ₀
	будь-яке pT	N ₁ , N ₂	M ₀
Стадія IV	будь-яке pT	будь-яке N	M ₁

Діагностика ґрунтується на клініко-морфологічних зіставленнях. Дослідження накопичення радіоактивного фосфору, проста і люмінесцентна дерматоскопія, термографія допомагають уточнити характер процесу (рис.9), (рис. 10, див. вкл.). Проте **біопсія при меланомі є абсолютно неприпустимою**, що значно утруднює діагностику. Травмування пухлини при пункційній чи інцизійній

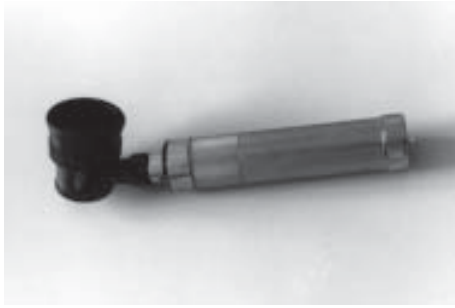


Рис. 9. Дерматоскоп.

біопсії неодмінно призведе до активного метастазування. Цитологічне дослідження можливе лише за наявності виразкової поверхні (контактна цитологія). Вірогідні дані можна одержати при гістологічному дослідженні пухлини, висіченої електроножем у межах здорових тканин на відстані не менше 3 см.

Лікування. Вибір методу лікування залежить від ступеня поширення процесу та його локалізації. Основним методом лікування є хірургічний. Висічення (електровисічення) пухлини проводять у широких межах, відступаючи від її країв на 3-4 см, на всю товщу шкіри, підшкірної основи і фасції. При підозрі на наявність метастазів у регіонарних лімфатичних вузлах або з профілактичною метою водночас з висіченням первинного вогнища проводять лімфаденектомію.

Передопераційну променеву терапію застосовують при швидкому рості меланоми, появі виразки, запалення, сателітів. Застосування цитостатиків (дакарбазин, ломустин, кармустин, цисплатин) як додаткового методу лікування призводить у 15 % випадків до отримання ремісії.

Імунотерапія інтерфероном у 10-30 % випадків дозволяє стабілізувати процес поширення меланоми.

Контрольні обстеження слід проводити кожні 3-6 міс. або при появі скарг: рентгенографія грудної клітки, УЗД черевної порожнини, при необхідності – комп'ютерна томографія.

Особливості догляду. Під час лімфаденектомії шкірно-жирові клапті відсепаровуються на значній площі. Для ефективної евакуації ранового ексудату і лімфи та кращої фіксації цих клаптів до прилеглих тканин застосовують активне дренивання рани. Догляд за раною полягає у своєчасному промиванні резервуара системи відсмоктування. Для цього необхідно спеціальним затискачем, що входить до набору для дренивання, або затискачем Кохера, перетиснути дренажну трубку поблизу резервуара. Резервуар

від'єднують від системи, звільняють від виділень, промивають розчином антисептиків (фурацилін, хлорамін, пергідроль) і в стиснутому вигляді знов під'єднують до дренажної трубки. Знявши затискач з трубки, слід переконатись у герметичності системи.

Про появу кровотечі з рани свідчать наповнення дренажного резервуара кров'ю, відсутність фіксації шкірно-жирових клаптів до підлеглих тканин. Хворі скаржаться на загальну слабість, запаморочення. Шкіра бліда, вкрита холодним потом, збільшується частота пульсу і знижується артеріальний тиск. Про кровотечу слід негайно повідомити лікаря. Пацієнта необхідно покласти в ліжку, до рани прикласти холод і туго зафіксувати бинтом. Застосування кровоспинних засобів див. у розділі III “Тромбози і кровотечі”.

Глава 12. Пухлини м'яких тканин і кісток

Етіологія. Причини виникнення пухлин м'яких тканин і кісток вивчені недостатньо. У деяких випадках етіологічну роль відіграє попередня травма. До найвірогідніших і найвагоміших факторів ризику відносять вплив хімічних канцерогенів та радіації.

Всі пухлини поділяють на доброякісні і злоякісні. Крім того, в основі класифікації пухлин м'яких тканин і кісток лежить морфологічний принцип – поділ пухлин за вихідними тканинами, з яких вони розвиваються (нейрогенні, мезенхімального походження, змішані тощо).

Найпоширенішою є група **мезенхімальних** пухлин, які виникають із сполучної, м'язової, жирової, хрящової, кісткової, лімфоїдної тканин і судин. До них належать доброякісні пухлини: фіброми, міоми, ліпоми, хондроми, остеоми, остеобластокластоми, лімфангіоми, гемангіоми, а також їх злоякісні аналоги: фібросаркоми, міосаркоми, ліпосаркоми, хондросаркоми, остеосаркоми, злоякісна синовіома, лімфосаркоми, ангіосаркоми тощо.

До **нейрогенних** пухлин належать доброякісні пухлини: невринома, нейрофіброма, гангліома, феохромоцитома, хемодектома. Групу злоякісних пухлин об'єднує термін нейрогенні саркоми (симпатикобластома, нейрофібросаркома, гангліонейробластома, злоякісна хемодектома, хордома тощо).

Клініка. Основною ознакою є синдром “плюс-тканини” в тому чи іншому відділі тулуба чи кінцівок. Для більшості доброякісних пухлин м'яких тканин і кісток характерний повільний ріст, нерідко пухлина обмежена капсулою, поверхня гладка, шкіра над



Рис. 11. Саркома м'яких тканин міжлопаткової ділянки.

нею не змінена. Консистенція новоутворення буває м'яка, м'яко-еластична (ліпома, міома, гемангіома) або щільна (фіброма, остеома, невринома).

Для злоякісних пухлин, навпаки, притаманний швидкий інфільтруючий ріст, пухлина без чітких контурів, горбиста, щільної консистенції, обмежено рухома або нерухома (рис. 11). Злоякісні пухлини м'яких тканин і кісток метастазують лімфогенним і гематогенним шляхами.

Больовий синдром і лімфo-венoзний стаз виникають внаслідок стиснення чи інфільтрації пухлиною життєво важливих органів, особливо магістральних судин, нервів, суглобів.

Класифікація пухлин кісток за стадіями TNM

- | |
|--|
| <p>T_0 – первинна пухлина не визначається
T_1 – пухлина обмежена кірковим шаром кістки
T_2 – пухлина поширена поза межі кіркового шару кістки</p> <p>N_0 – немає ознак ураження регіонарних лімфовузлів
N_1 – наявні метастази в регіонарних лімфатичних вузлах</p> <p>M_0 – віддалені метастази не визначаються
M_1 – наявні віддалені метастази</p> <p>G_1 – високий ступінь диференціації
G_2 – середній ступінь диференціації
G_3 – низький ступінь диференціації
G_4 – недиференційована пухлина</p> |
|--|

Групування за стадіями

Стадія I	G ₁ , G ₂	T ₁ , T ₂	N ₀	M ₀
Стадія II	G ₃ , G ₄	T ₁ , T ₂	N ₀	M ₀
Стадія III	не визначається			
Стадія IV	будь-яке G	будь-яке T	N ₁	M ₀
	будь-яке G	будь-яке T	будь-яке N	M ₁

Класифікація пухлин м'яких тканин за стадіями TNM

T ₀ – первинна пухлина не визначається
T ₁ – пухлина ≤ 5 см у найбільшому вимірі
T _{1a} – поверхнева пухлина
T _{1b} – глибока пухлина
T ₂ – пухлина > 5 см у найбільшому вимірі
T _{2a} – поверхнева пухлина
T _{2b} – глибока пухлина
N _x – не досить даних для оцінки регіонарних лімфатичних вузлів
N ₀ – немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів
N ₁ – наявні метастази в регіонарних лімфатичних вузлах
M _x – не досить даних для визначення віддалених метастазів
M ₀ – віддалені метастази відсутні
M ₁ – наявні віддалені метастази
G ₁ – високий ступінь диференціації
G ₂ – середній ступінь диференціації
G ₃ – низький ступінь диференціації
G ₄ – недиференційована пухлина

Примітка: поверхнева пухлина розміщена виключно над поверхневою фасцією, глибока – інфільтрує поверхневу фасцію або знаходиться під нею

Групування за стадіями

Стадія I	G ₁ , G ₂	T ₁ , T _{2a}	N ₀	M ₀
Стадія IIА	G ₁ , G ₂	T _{2b}	N ₀	M ₀
Стадія IIВ	G ₃ , G ₄	T ₁	N ₀	M ₀
Стадія IIС	G ₃ , G ₄	T _{2a}	N ₀	M ₀
Стадія III	G ₃ , G ₄	T _{2b}	N ₀	M ₀
Стадія IV	будь-яке G	будь-яке T	N ₁	M ₀
	будь-яке G	будь-яке T	будь-яке N	M ₁



Рис.12. Саркома великогомілкової кістки з патологічним переломом (рентгенограма).

Діагностика:

- рентгенологічне дослідження (рис.12);
- УЗД і комп'ютерна томографія;
- біопсія пухлини або лімфатичних вузлів і гістологічне дослідження.

Лікування. Вибір методу лікування залежить від морфологічної будови, стадії і локалізації пухлини. Методом вибору в лікуванні доброякісних пухлин є хірургічний, який полягає у видаленні пухлини або резекції кістки. В лікуванні злоякісних пухлин м'яких тканин і кісток застосовують переважно комбінований метод, який включає оперативне втручання і ад'ювантну (додаткову) променеви і/або хіміотерапію. Щодо ад'ювантної терапії, одностаєності в доцільності її призначення немає. Хірургічний метод полягає в широкому висіченні пухлини разом з навколишні-

ми тканинами або ампутації (резекції) кістки з регіонарною лімфаднектомією.

Особливості догляду. Значні труднощі виникають при догляді за хворими, які перенесли ампутацію нижньої кінцівки з приводу злоякісної пухлини. Вже сам факт перебування в онкологічній клініці є сильною психологічною травмою для хворого. До високої емоційної напруги, усвідомлення тяжкості свого стану приєднується така надзвичайно сильна психологічна травма, як втрата кінцівки. Вказані обставини вимагають від лікарів, середнього і молодшого медичного персоналу надзвичайно уважного і дбайливого ставлення до таких хворих.

Пізнє протезування після операції призводить до втрати локоторних навичок ходьби, атрофії м'язів та інших побічних негативних явищ, у зв'язку з чим хворому доводиться тратити багато



Рис. 13. Хвора після ампутації стегна з лікувально-тренувальним протезом.

часу, сил і енергії, щоб навчитись ходити за допомогою протеза (рис.13).

Основне завдання догляду в післяопераційному періоді полягає у наданні допомоги хворому в адаптації до нових умов життя. При неускладненому перебігу післяопераційного періоду під кінець 2-ї доби хворому дозволять вставати з ліжка. Ця процедура здійснюється за допомогою лікаря-куратора, медичної сестри та методиста з лікувальної фізкультури.

Перші кроки з милицями здійснюють в ранньому післяопераційному періоді тільки після того, як лікар переконається у здатності хворого самостійно зберігати рівновагу при стоянні, опираючись на милиці. В результаті цих занять в куксі виробляється кінетичне відчуття протеза. Весь цей період медична сестра повинна допомагати хворому, підстраховувати на випадок падіння.

Глава 13. Пухлини голови та шиї

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.

13.1. Рак нижньої губи

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 шипоподібними, 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, кріодеструкція.



Рис. 14. Папілома нижньої губи.

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 роговінні може набувати білястого кольору. Розмір пухлини від декількох міліметрів до 2 см (рис. 14).

Лікування – хірургічне.

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 вогнищевого дискератозу виникають дрібні папілярні вирости, які зливаються, перетворюючись на вкриту ерозіями пухлину, що нагадує цвітну капусту. Такі пухлини належать до екзофітних форм раку (рис. 15, див. вкл.).

Деструктивні різновиди дискератозу є основою розвитку ендоефітних форм раку нижньої губи (виразкової й виразково-інфільтративної) (рис.16, див. вкл.). 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, шиї).

Класифікація раку нижньої губи за стадіями TNM

Tis – 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 шиї 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

M₁ – наявні віддалені метастази

Групування за стадіями

Стадія 0	Tis	N ₀	M ₀
Стадія I	T ₁	N ₀	M ₀
Стадія II	T ₂	N ₀	M ₀
Стадія III	T ₃	N ₀	M ₀
Стадія IV	T ₁ , T ₂ , T ₃	N ₁	M ₀
	T ₄	N ₀ , N ₁	M ₀
	будь-яке T	N ₂ , N ₃	M ₀
	будь-яке T	будь-яке N	M ₁

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 (T_{1,2}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.

13.2. 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 багат шаровим плоским епітелієм. Епітелій папілом схильний до ороговіння, супроводжується запальними процесами, виразкуванням, 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 язичі 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



Рис. 17. Рак язика (виразкова форма).

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 ($T_{1,2}N_0M_0$) проводять передопераційну променевою терапію, через 2-3 тижні – гемірезекцію язика, ще через 2-3 тижні – видалення регіонарних лімфатичних вузлів. У III стадії ($T_3N_{0,1}M_0$ 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 задоволеної 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, блеомицину, 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, загорненням 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.

13.3. 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 захрипністю 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 Т 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 шиї спеціальної дугоподібної пластмасової чи металевій трубки (рис.20). При правильно проведеної 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 шиї. Внутрішню трубку кілька разів на день виймають, очищують від слизу і харкотиння, промивають у кип'я-



Рис. 19. Хворий з трахеостомою.



Рис. 20. Трахеостомічні трубки.

ченій 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.

13.4. 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 задоволеної хвороби пухлина проростає навколишні тканини й органи, що зумовлює відповідну симптоматику: з'являються кашель, зарипливість 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.

Класифікація раку щитоподібної залози за стадіями TNM

T ₀ – первинна пухлина не визначається
T ₁ – пухлина до 1 см у найбільшому вимірі, обмежена тканиною щитоподібної залози
T ₂ – пухлина до 4 см, обмежена тканиною щитоподібної залози
T ₃ – пухлина понад 4 см, обмежена тканиною залози
T ₄ – пухлина будь-яких розмірів з поширенням за межі капсули щитоподібної залози
N ₀ – регіонарні лімфатичні вузли не уражені
N ₁ – рухомі метастази у гомолатеральні лімфатичні вузли ший
N ₂ – рухомі метастази в протилежні або білатеральні лімфатичні вузли ший
N ₃ – нерухомі метастази в лімфатичні вузли
M ₀ – немає віддалених метастазів
M ₁ – наявні віддалені метастази

Групування за стадіями

Диференційовані форми

	до 45 років		після 45 років			
Стадія I	будь-яке T	будь-яке N	M ₀	T ₁	N ₀	M ₀
Стадія II	будь-яке T	будь-яке N	M ₁	T ₂ , T ₃	N ₀	M ₀
Стадія III				T ₄	N ₀	M ₀
				будь-яке T	N ₁	M ₀
Стадія IV				будь-яке T	будь-яке N	M ₁

Медулярний рак

Стадія I	T ₁	N ₀	M ₀
Стадія II	T ₂ -T ₄	N ₀	M ₀
Стадія III	будь-яке T	N ₁	M ₀
Стадія IV	будь-яке T	будь-яке N	M ₁

Недиференційований рак

Стадія IV	будь-яке T	будь-яке N	будь-яке M
-----------	------------	------------	------------

(усі випадки раку належать до IV стадії).

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 тиреоїдолімфограмі 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, тиреокмб, 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.

Глава 14. Пухлини молочної залози

Пухлини молочної залози належать до тих захворювань, які виникають внаслідок поєднаної дії багатьох причинних факторів – генетичних, конституційних, пов'язаних з особливостями харчування, впливом зовнішнього середовища, соціально-економічних умов тощо. Однак визначальними серед них є гормональні фактори: в одних випадках – дефіцит андрогенів чи прогестинів, в інших – надлишкова продукція естрогенів, пролактину тощо. Яке поєднання гормональних порушень є пусковим у механізмі розвитку пухлин молочної залози взагалі і раку зокрема, в кожному конкретному випадку визначити дуже складно.

Ризик виникнення пухлин молочної залози визначається факторами, які зводяться до 4-х груп:

1. Пов'язані із способом життя, професією (куріння, зловживання алкоголем, вплив радіації, отрутохімікатів, надмірне вживання жирів, копчених страв тощо).
2. Пов'язані із соціальною, репродуктивною і лактаційною функціями (незадоволення статевим життям, тривалі перерви або відсутність статевих контактів, пізні перші пологи, аборти, народження першої дитини масою понад 4 кг, пізній клімакс тощо).
3. Супровідні хвороби (ожиріння, гіпер- або гіпотиреоз, цукровий діабет, травми і захворювання молочних залоз, гінекологічні хвороби, захворювання печінки).
4. Обтяжена спадковість (наявність раку молочної залози (РМЗ) у близьких родичів). Генетичні фактори реалізуються лише у 5-7 % випадків і не є фатальними.

До передракових станів відносяться дисгормональні гіперплазії і доброякісні пухлини молочної залози (мастопатія, фіброаденома, папілома протоки).

Мастопатія. Клінічно доцільно розрізнити дві форми мастопатії: дифузну і вузловату.

Дифузна мастопатія проявляється больовими відчуттями у молочних залозах за декілька днів до початку місячних. Поступово біль стає постійним, інтенсивним, іррадіює в руку, лопатку.

Молочні залози збільшуються, при натисканні на соски з них може виділятися прозора, брудно-зелена, коричнева рідина. В молочних залозах прощупується дископодібне ущільнення, рухоме, з шкірою не зв'язане.

Діагноз ставлять на основі клінічних ознак, мамографії і цитологічного дослідження.

Лікування дифузної мастопатії консервативне: гормональна корекція, ензимо- і вітамінотерапія, призначення антиестрогенів, седативних препаратів тощо.

Вузлувата мастопатія характеризується наявністю в молочних залозах обмежених ущільнень у вигляді вузлів, які виявляються при пальпації. Чіткіше їх можна визначити, якщо при обстеженні хвора перебуває у вертикальному положенні. В лежачому положенні при натисканні залози долонею до грудної стінки ущільнення зникає (позитивний симптом Кеніга). Слід пам'ятати, що диференціювати вузлувату мастопатію від раку за клінічними ознаками не завжди можливо, тому застосовують додаткові методи обстеження: мамографію, пункційну біопсію.

Лікування вузлуватої мастопатії оперативне – секторальна резекція молочної залози з обов'язковим терміновим морфологічним дослідженням препарату.

Фібroadенома молочної залози – доброякісна пухлина, яка виникає переважно у жінок віком до 30 років. При пальпації молочної залози пухлина з чіткими контурами, в капсулі, з гладенькою поверхнею, рухома, щільно-еластичної консистенції. Шкіра над пухлиною зміщується. Величина пухлини буває різна: від мікроскопічних розмірів до декількох сантиметрів.

Діагностика ґрунтується на клінічних проявах, даних мамографії, пункційної біопсії.

Лікування – секторальна резекція.

Папілома протоки (хвороба Мінца, кровоточивий сосок) – одна із форм мастопатії, в основі якої лежать папіломатозні розростання епітелію кістозно розширених вивідних проток молочної залози. Основна скарга хворої – на виділення крові з соска (рис.21). Оскільки папіломатозні вирости розміщені поверхнево, то вони

легко травмуються при стискуванні чи забитті молочної залози, при цьому відбувається відрив папіломи і з'являється мікрокровотеча. При натисканні на молочну залозу на соску з'являється краплина крові. Лише за допомогою ретельної послідовної пальпації можна виявити ту ділянку, при натисканні на яку з'являється кров. Нерідко уточнити локалізацію папіломи допомагає дуктографія (рис.22).

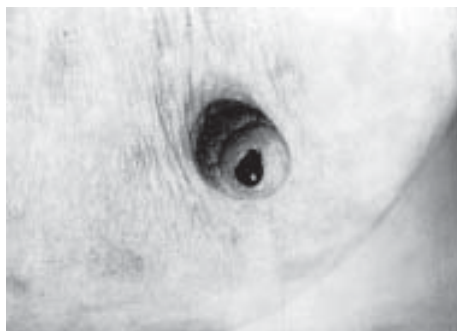


Рис. 21. Хвороба Мінца
(виділення краплі крові із соска).

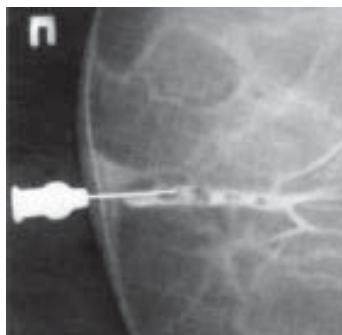


Рис. 22. Внутрішньопротокові папіломи (дуктограма). “Дефекти наповнення” у вивідній протоці.

Папілома протоки доволі часто малігнізується, тому її відносять до облігатного передраку.

Лікування хірургічне – секторальна резекція молочної залози з терміновим морфологічним дослідженням.

Рак молочної залози

Епідеміологія. Рак молочної залози є одним з найпоширеніших новоутворень у жінок в усьому світі. В Україні він займає перше місце в структурі онкологічних хвороб у жінок і складає 53,7 на 100 тис. жіночого населення.

Клініка. Розрізняють такі форми раку молочної залози: початковий, вузлуватий, дифузний і рак Педжета.

Початковий РМЗ відноситься до доклінічних форм (розмір пухлини <1 см), і його діагностика можлива лише на основі спеціальних методів дослідження – мамографії, УЗД і морфологічних даних.

Вузлувата форма РМЗ трапляється найчастіше і проявляється щільним горбистим вузлом, який локалізується переважно у верхньо-зовнішньому квадранті. Досить часто спостерігають шкірні ознаки: симптом зморшкуватості, втягнення шкіри, симптом площини (рис.23).

Терміном *дифузний* рак об'єднують набряково-інфільтративну, панцирну, мастито- і бешихоподібну форми РМЗ (рис. 24, 25, див. вкл.). Вони характеризуються швидким розвитком процесу, агресивним клінічним перебігом, раннім поширенням лімфогенним і гематогенним метастазуванням. Характерними є симптом лимонної кірки, втягнення і фіксація соска, деформація молочної залози, проростання шкіри пухлиною з утворенням виразки (рис.26), (рис. 27, див. вкл.).

Рак Педжета – це своєрідна форма РМЗ, перебіг якої супроводжується ураженням соска і ареоли (рис.28, див. вкл.). Нерідко його приймають за екзему соска і призначають відповідне лікування. Процес розпочинається з появи на шкірі соска і ареоли сухих лусочок, щільних кірочок, тріщин, поверхневих ерозій з яскраво-червоною зернистою поверхнею, що мокне. Такий стан може тривати від декількох місяців до 3 років і більше. З часом в основі соска з'являється щільний вузол, який інфільтрує сосок, втягуючи і деформує його. В пахвовій ділянці можуть пальпуватися уражені метастазами лімфатичні вузли.



Рис. 23. Рак молочної залози
(втягнення шкіри при локалізації пухлини в ділянці перехідної складки).



Рис. 26. Рак молочної залози, інфільтративно-набрякова форма
(симптом “лимонної кірки”).

Класифікація РМЗ за стадіями TNM

T_0	– пухлина не визначається
T_{is}	– преінвазивна карцинома (cancer in situ) або хвороба Педжета соска без явної пухлини
T_1	– пухлина до 2 см у найбільшому вимірі
T_2	– пухлина до 5 см у найбільшому вимірі
T_3	– пухлина понад 5 см у найбільшому вимірі
T_4	– пухлина будь-яких розмірів з прямим поширенням на грудну стінку (за винятком грудних м'язів) або шкіру
N_0	– нема метастазів у регіонарні лімфатичні вузли
N_1	– метастази в рухомих пахових лімфатичних вузлах з боку ураження
N_2	– метастази в пахових лімфатичних вузлах з боку ураження, фіксовані між собою і навколишніми структурами
N_3	– метастази у внутрішніх лімфатичних вузлах з боку ураження
M_0	– нема віддалених метастазів
M_1	– наявні віддалені метастази

Групування за стадіями

Стадія 0	T_{is}	N_0	M_0
Стадія I	T_1	N_0	M_0
Стадія IIА	T_0, T_1	N_1	M_0
	T_2	N_0	M_0
Стадія IIБ	T_2	N_1	M_0
	T_3	N_0	M_0
Стадія IIIА	T_0-T_2	N_2	M_0
	T_3	N_1, N_2	M_0
Стадія IIIБ	T_4	будь-яке N	M_0
	будь-яке T	N_3	M_0
Стадія IV	будь-яке T	будь-яке N	M_1

Діагностика РМЗ ґрунтується на клінічних даних (огляд, пальпація) і результатах морфологічного, рентгенологічного, ультразвукового, термографічного і радіонуклідного методів дослідження.

Велике значення для ранньої діагностики раку молочної залози має впровадження методики самообстеження молочних залоз. Його необхідно проводити щомісячно на 7-й день після припинення менструації.

Самообстеження доцільно проводити у два прийоми (рис.29 див. вкл.). Спершу перед дзеркалом потрібно оглянути молочні залози у прямій і боковій проекціях, з піднятими вгору і опущеними вниз руками. Огляд молочних залоз дозволить виявити зміни форми залози, деформацію, зміни кольору шкіри та її ураження, стан соска і ареоли.

Другий прийом – пальпація молочних залоз, зокрема під час купання. Намилена шкіра молочних залоз дає можливість виявити найменші патологічні зміни у товщі залози. Лежачи у ванній, жінка пальпує ліву молочну залозу правою рукою, праву молочну залозу – лівою рукою. При цьому необхідно за ходом годинникової стрілки пропальпувати всі сегменти залози.

При знаходженні вузла такої пацієнтці необхідно терміново звернутись до лікаря для виконання прицільної біопсії.

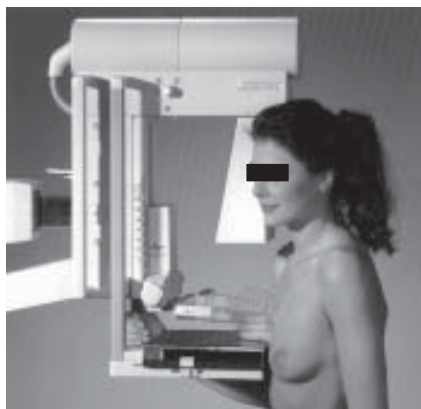


Рис. 30. Мамографія.

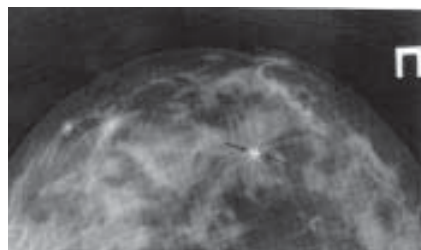


Рис. 31. Початковий рак молочної залози (мамограма).

При профілактичних оглядах жінок широко використовується мамографічне дослідження (скринінг) з метою виявлення доклінічних форм РМЗ (рис.30, 31).

Для забезпечення ранньої діагностики створено ряд міжнародних та національних програм. Всі вони принципово зводяться до такої схеми:

у віці **від 20 до 35 років** – самообстеження молочної залози щомісяця перед менструацією. Лікарське обстеження – кожних 6 місяців;

у віці **від 35 до 40 років** – первинна мамографія (як еталон для майбутніх порівнянь);

у віці **від 40 до 50 років** – мамографія в комбінації із сонографією (регулярно кожні 1-2 роки).

У віці від **50 років і більше** – мамографія в комбінації з сонографією щорічно.

Лікування РМЗ має індивідуальний характер. Вибір методу лікування передусім залежить від стадії захворювання, форми росту пухлини, її морфологічних особливостей (темп росту, ступінь злякисності), віку хворої, стану репродуктивної функції, супровідної патології. Лікування охоплює низку послідовних заходів і, як правило, буває комбінованим і комплексним.

У ранніх стадіях ($T_{1-2}N_0$), при вузлуватих формах, зовнішніх локалізаціях пухлини (верхньо-зовнішній квадрант) і високому ступені її диференціації виконують економні операції на молочній залозі (радикальна секторальна резекція, квадрантектомія) з опроміненням залишеної частини залози у післяопераційному періоді. У решти випадках методом вибору є операція радикальна мастектомія за Пейті. Часто цю операцію доповнюють перед- і/або післяопераційною променевою терапією та поліхіміотерапією. У хворих репродуктивного віку перевагу віддають ад'ювантній цитостатичній терапії; хворим, що перебувають у менопаузі, призначають антиестрогени.

У випадках давньої хвороби і при деяких клінічних формах раку, що характеризується агресивністю (мастито-, бешихоподібний, панцирний, набряково-інфільтративний), показане консервативне лікування – променева, хіміо- та гормонотерапія.

Досягнення сучасної діагностики та лікування хворих на рак молочної залози сприяють збільшенню п'ятирічного виживання хворих до 65 %. Тому проблема догляду і реабілітації цієї категорії пацієнтів після радикального лікування набуває особливого значення.

Особливості догляду. Основними ускладненнями лікування раку молочної залози є тривала лімфорія, інфікування операційної рани, набряк верхньої кінцівки та обмеження амплітуди рухів у плечовому суглобі. Значну роль у попередженні і лікуванні зазначених ускладнень відводять медичній сестрі. Це, перш за все, контроль і догляд за вакуумним дренажем пахвово-підключичної ділянки. Регулярна (4-6 разів на добу) евакуація ексудату і підтримання від'ємного тиску у вакуумній дренажній системі сприяють

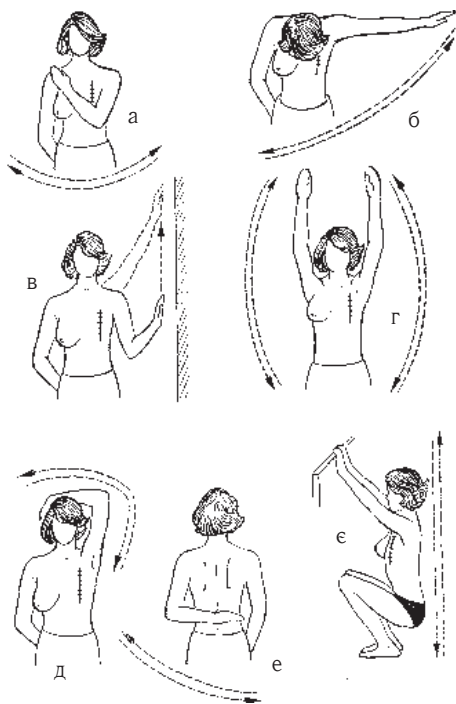


Рис. 32. Комплекс лікувальної гімнастики після мастектомії:

а) ротація і закидання руки за голову і на надпліччя (2-3 доба); б) маятникоподібні рухи в плечовому суглобі (3-5 доба); в) поступове підтягування кінцівки догори (5-8 доба); г) такі ж рухи спереду догори; д) спроби кінчиками пальців через голову досягти мочки протилежного вуха (після зняття швів); е) такі ж рухи, спроби досягти ліктьовий суглоб протилежної кінцівки; ж) присідання з фіксованими на рівні голови або вище руками.

тазу корисними є накладання цинк-желатинових пов'язок на плече і передпліччя на 2 доби, призначення сечогінних засобів, підтримання кінцівки у піднятому вгору положенні.

швидшому приживленню клаптів шкіри до грудної стінки у ранньому післяопераційному періоді. Дренаж видаляють через 4-5 діб.

За відсутності ускладнень, починаючи з 2-3-ї доби після операції, хворі під контролем медичної сестри виконують дозовані активні вправи для плечового і ліктьового суглобів, поступово збільшуючи навантаження (рис. 32).

Через 2 тижні, крім зазначених вправ, медична сестра проводить масаж плечового пояса та власне кінцівки – різні види поглажування та розтирання, пізніше – розминання м'язів у різних напрямках.

Контроль ефективності відновного лікування хворих здійснюється шляхом визначення окружності плеча, сили м'язів кисті та передпліччя (динамометрія), амплітуди рухів у плечовому суглобі в динаміці.

У випадках розвитку значного набряку верхньої кінцівки внаслідок лімфо-

Глава 15. Рак легень

Рак легень – злоякісна пухлина, яка виникає з епітелію бронхів.

Епідеміологія. Посідає перше місце в структурі онкологічної захворюваності і становить пересічно 48-50 випадків на 100 тис. населення. Неухильний ріст захворюваності на рак легень сьогодні є встановленим фактором, причому поширення цієї форми раку набуло характеру епідемії.

Етіологія. Найважливішими причинами розвитку раку легень є куріння, забруднення атмосферного повітря хімічними канцерогенами, вплив підвищеної радіації тощо. Тому профілактичні заходи полягають в оздоровленні довкілля і умов праці на шкідливих виробництвах, у відмові від куріння, у систематичному обстеженні й оздоровленні хворих на хронічні запальні процеси дихальних шляхів (хронічний бронхіт, хронічна рецидивна пневмонія, туберкульоз).

За характером росту пухлини розрізняють такі різновиди раку легень: ендобронхіальний (пухлина виступає у просвіт бронха), перибронхіальний (пухлина інфільтрує стінку бронха, звужуючи його просвіт) і розгалужений.

Клініка. Існують наступні клініко-анатомічні форми раку легень: центральний рак, який виникає із слизової оболонки головного, проміжного, часткового і сегментарного бронхів; периферичний рак, який характеризується ураженням субсегментарних бронхів і бронхіол; атипові форми – медіастинальна, міліарна, кісткова, мозкова, шлунково-кишкова, печінкова та ін.

Клініка центрального раку легень зумовлена в основному порушенням бронхіальної прохідності. Найчастішою ознакою його є кашель, який виникає внаслідок подразнення слизової оболонки бронха пухлиною. Він має надсадний, нападаподібний характер. В початковій стадії кашель сухий, у міру росту пухлини кількість харкотиння збільшується. Кровохаркання з'являється при розпаді пухлини і проявляється у вигляді прожилків крові у мокротинні.

Подальший ріст пухлини призводить до повної obtурації бронха з ателектазом відповідної ділянки легень. При цьому виникають біль у грудях і задишка, підвищується температура тіла, турбують загальна слабкість, пітливість.

Периферичний рак (кругла пухлина, пневмонієподібний рак і рак верхівки легень) тривалий час залишається непоміченим.

Його клінічні прояви пов'язані з поширенням процесу на плевру або грудну стінку (біль), розпадом пухлини і перифокальною пневмонією (підвищення температури тіла, кашель з гнійним харкотинням, кровохаркання), інтоксикацією (зменшення маси тіла, загальна слабкість, блідість шкіри).

Верхівковий рак легень (Пенкоста) проявляється різким болем у зв'язку з проростанням пухлиною плеври, грудної стінки, плечового нервового сплетення. Позитивний синдром Горнера (птоз, міоз та енофтальм).

З атипових форм раку легень найбільше значення має медіастинальна. Її клінічна картина зумовлена проростанням бронхогенного раку в середостіння або швидким збільшенням метастазів у лімфатичних вузлах середостіння. При цьому розвивається синдром стиснення верхньої порожнистої вени (кава-синдром), який проявляється набряком і ціанозом верхньої половини тулуба, набуханням вен шиї, задишкою.

Підсумовуючи сказане, можна звести різноманітні клінічні прояви раку легень у наступні синдроми: синдром подразнення бронха (кашель, кровохаркання), температурний синдром, больовий синдром, функціональний синдром (задуха, тахікардія, пітливість тощо), інтоксикаційний синдром (загальна слабкість, втомлюваність, схуднення), паранеопластичний синдром (ендокринно-метаболічний, нейро-м'язовий, кістково-суглобовий, дерматологічний).

На клінічний перебіг раку легень і прогноз (як і на вибір методу лікування) суттєвий вплив має морфологічна будова пухлини. Розрізняють недиференційований (дрібноклітинний або вівсяноклітинний великоклітинний рак) і диференційований (плоскоклітинний рак, аденокарцинома) рак легень.

Класифікація раку легень за стадіями TNM

T_0 – пухлина не визначається
T_{is} – преінвазивний рак (cancer in situ)
T_x – позитивна цитологія
T_1 – пухлина розміром до 3 см у найбільшому вимірі
T_2 – пухлина розміром > 3 см або пухлина, яка переходить на головний бронх на відстані 2 см і більше від каріни, або наявність ателектазу
T_3 – пухлина будь-якого розміру з інфільтрацією грудної стінки, діафрагми, перикарда, плеври, головного бронха на відстані менше 2 см від каріни, або тотальний ателектаз легені
T_4 – пухлина будь-яких розмірів з інфільтрацією середостіння, або великих магістральних судин, або трахеї, або стравоходу, або каріни, або ексудативний плеврит
N_0 – нема метастазів у регіонарних лімфатичних вузлах
N_1 – метастази в перибронхіальних і/або лімфатичних вузлах кореня легені на боці ураження
N_2 – метастази в біфуркаційні лімфовузли або лімфовузли середостіння на боці ураження
N_3 – метастази в лімфовузли середостіння або кореня легені на протилежному боці або надключичні лімфовузли
M_0 – нема віддалених метастазів
M_1 – наявні віддалені метастази

Групування за стадіями

Окулярна карцинома	T_x	N_0	M_0
Стадія 0	T_{is}	N	M_0
Стадія I	T_1, T_2	N_0	M_0
Стадія II	T_1, T_2	N_1	M_0
Стадія IIIA	T_3	N_0	M_0
	T_1, T_2	N_2	M_0
Стадія IIIB	T_3	N_1, N_2	M_0
	T_4	будь-яке N	M_0
Стадія IV	будь-яке T	N_3	M_0
	будь-яке T	будь-яке N	M_1

Діагностика:

- рентгенографія легень у прямій і боковій проекціях, томографія;
- цитологічне дослідження харкотиння;
- бронхоскопія і біопсія пухлини;
- комп'ютерна томографія;
- трансторакальна пункція пухлини з цитологічним дослідженням пунктату;
- діагностична торакотомія.

При **взятті харкотиння для цитологічного дослідження** слід дотримуватись наступних правил. Попередньо хворий повинен почистити зуби і сполоснути рот водою. Пацієнту потрібно пояснити, що для дослідження потрібне мокротиння, яке виділяється при відкашлюванні, а не слина чи слиз із носоглотки. Мокротиння збирають у чисту і суху чашку Петрі і не пізніше як через годину направляють у цитологічну лабораторію. В направленні вказують паспортні дані хворого, попередній клінічний діагноз і прізвище лікаря-куратора.

Лікування. Вибір методу лікування залежить від стадії раку легень, гістологічної структури пухлини, загального стану хворого. Хірургічне лікування показано хворим на рак легень у стадії $T_{1,2}N_{0,1}$ (I-II стадії). Основними радикальними операціями є пульмо- і лобектомія (білобектомія). При III стадії раку легень можлива умовно радикальна операція і тому доцільність виконання її вирішується індивідуально. У більшості випадків таким хворим показано комбіноване лікування: перед- або післяопераційна променева терапія та розширена або комбінована пульмонектомія.

У разі значного поширення злоякісного процесу (IV стадія) і наявності протипоказань до операції вдаються до консервативного лікування – променевої та поліхіміотерапії. В лікуванні дрібноклітинного раку легень перевагу віддають хіміо- і променевій терапії, тому його ще називають терапевтичним.

Особливості догляду. При раптовій появі у хворого кровохаркання або легеневої кровотечі його слід посадити і заспокоїти, дати лоток для відкашлювання мокротиння і негайно запросити лікаря. Лікування див. у розділі III “Тромбози і кровотечі”. Навіть після того, якщо кровотеча припиниться, хворий повинен

дотримуватись суворого постільного режиму і знаходитися в напівсидячому положенні.

Годувати хворого необхідно невеликими порціями легкозасвоєваної напіврідкої їжі. Рекомендують холодні напої; гостра їжа і приправи забороняються. Категорично заборонено застосовувати теплові процедури (гірчичники тощо).

Особливо важливою в передопераційній підготовці хворих на рак легень є дихальна гімнастика як важливий засіб профілактики післяопераційних пневмоній. Сюди входить навчання пацієнтів періодичного глибокого дихання, вміння відкашлювати харкотиння.

Хворі після операцій на легенях знаходяться в палатах інтенсивної терапії, оснащених всім необхідним для надання екстреної допомоги: кисневою установкою, апаратом для штучної вентиляції легень, дефібрилятором, набором інструментів для плевральної пункції, веносекції, системами для внутрішньовенного і внутрішньоартеріального переливання крові. Після виходу з наркозу і відновлення свідомості хворого переводять у напівсидяче положення, найзручніше для глибокого дихання, відходження харкотиння, ритмічної роботи серця. У випадках кисневої недостатності хворого підключають до джерела зволоженого кисню чи кисневої подушки.

Особливої уваги вимагає контроль за дренажами плевральної порожнини. Медична сестра повинна стежити за герметичністю дренажів, оскільки її порушення може призвести до розвитку пневмотораксу (надходження повітря в плевральну порожнину і стиснення легень та серця). У випадку появи цього грізного ускладнення стан хворого різко погіршується, з'являється задишка, акроціаноз, пришвиджується пульс. Медична сестра повинна негайно повідомити лікаря. У випадках кровотечі з дренажів медична сестра повинна негайно інформувати лікаря та приготувати все необхідне для здійснення реанімаційних заходів.

Глава 16. 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. Все це призводить до передпухлинних змін стравоходу (лейкоплакія, езофагіт), на тлі яких і виникає рак стравоходу. Із доброякісних пухлин заслуговують на увагу поліпи, аденоми, лейоміоми стравоходу.

Найчастіше рак уражує середню і нижню третину стравоходу (до 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 розвинутися аспіраційна пневмонія.

Класифікація раку стравоходу за стадіями TNM

T ₀ – первинна пухлина не визначається
T _{is} – преінвазивна карцинома
T ₁ – пухлина інфільтрує базальну мембрану або підслизовий шар
T ₂ – пухлина інфільтрує м'язовий шар
T ₃ – пухлина інфільтрує адвентицію
T ₄ – пухлина поширюється на суміжні структури
N _x – не досить даних для оцінки регіонарних лімфатичних вузлів
N ₀ – немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів
N ₁ – наявні метастази в регіонарних лімфатичних вузлах
M _x – не досить даних для визначення віддалених метастазів
M ₀ – віддалені метастази відсутні
M ₁ – наявні віддалені метастази

Групування за стадіями

Стадія 0	T _{is}	N ₀	M ₀
Стадія I	T ₁	N ₀	M ₀
Стадія II	T ₂ , T ₃	N ₀	M ₀
	T ₁ , T ₂	N ₁	M ₀
Стадія III	T ₃	N ₁	M ₀
	T ₄	будь-яке N	M ₀
Стадія IV	будь-яке T	будь-яке N	M ₁

Діагностика. Діагностують рак стравоходу за даними рентгенологічного дослідження та езофагоскопії з біопсією. При рентгенологічному дослідженні екзофітна форма пухлини проявляється дефектом наповнення з нерівними, зазубреними 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 ціанотичного кольору, яка інколи кровоточить. Нерідко спостерігається виразка зі щільними ригідними краями і сірим дном.

Гістологічне дослідження біоптатів дає змогу встановити остаточний діагноз.

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 променевою терапію 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 променевою терапію.

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'язку, 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 шкіри 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 (рис.33).

Годують хворого висококалорійною рідкою їжею, яку вливають в стому за допомогою лійки. Після годування гастростомічну трубку промивають водою і закривають затискачем (рис.34).

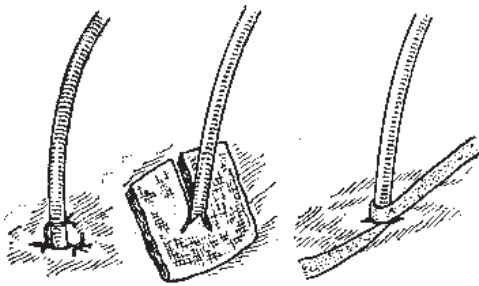


Рис. 33. Варіанти фіксації трубок, введених в порожністі органи.

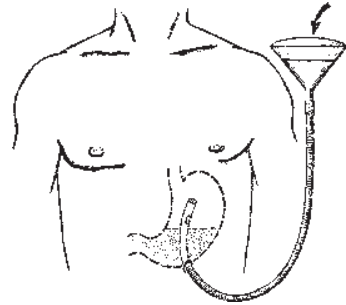


Рис. 34. Годування хворого через гастростому.

Одним із ускладнень променевої терапії раку стравоходу є променевиї 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.

Глава 17. Рак шлунка

Епідеміологія. Одна з найпоширеніших злоякісних пухлин у людини, яка в структурі онкологічної захворюваності посідає 2-3-є місце. В Україні частота її коливається у межах 30,3-32,3 випадків на 100 тис. населення. У чоловіків рак шлунка спостерігається в 2 рази частіше, після 40 років захворюваність різко зростає.

Етіологія. У виникненні раку шлунка велике значення мають особливості харчування і побутові звички людини. Вживання надто гарячої їжі, нерегулярне харчування, хронічне подразнення слизової оболонки шлунка гострими приправами і спеціями, зловживання алкоголем і нікотинном – усі ці чинники призводять до розвитку хронічного гастриту, виразки, вогнищевих проліферативних процесів (поліпи), на тлі яких може виникнути рак.

Вища захворюваність на рак шлунка спостерігається в регіонах з високим вмістом нітратів у ґрунті, воді, їжі. Харчові продукти

з підвищеним вмістом бензпірену (копчені, смажені страви) також спричиняють рак шлунка.

Існують три форми росту раку шлунка: екзофітна (поліпо-, грибо-, блюдце-, бляшкоподібна), ендофітна (виразково-інфільтративна, дифузна) і змішана. Екзофітній формі раку властивий сприятливіший перебіг: пухлина росте повільно, пізніше метастазує, діагностується в більш ранніх стадіях.

До “раннього” раку шлунка належать пухлини, які не проникають глибше від підслизового шару. Згідно з класифікацією Японського ендоскопічного товариства, розрізняють такі їх форми: вибухаючу, поверхневу і заглиблену. Зазначені форми не мають патогномонічних ознак, перебіг їх безсимптомний, тому виявити такі новоутворення можна лише при регулярному щорічному ендоскопічному обстеженні груп населення віком понад 40 років, тобто з підвищеним ризиком захворіти на рак шлунка.

За локалізацією пухлини розрізняють проксимальний рак шлунка (кардіальний відділ, дно), рак тіла шлунка і дистальний рак (пілороантральний відділ).

Клініка раку шлунка складна і різноманітна. Вона значною мірою залежить від стадії хвороби, форми росту і локалізації пухлини. В ранніх стадіях рак шлунка не має типових ознак. Його виявляють, як правило, під час профілактичних оглядів осіб, що належать до групи ризику.

Рак дистального відділу шлунка проявляється ознаками пілоростенозу. З’являються відчуття повноти в епігастрії, інколи відрижка і блювання. З ростом пухлини і повним звуженням вихідного відділу вся прийнята їжа залишається в шлунку, останній розширюється, внаслідок чого хворого турбують відчуття тяжкості і болю в животі. Наприкінці дня виникає блювання, яке має постійний характер. Маса тіла хворого швидко зменшується, організм зневоднюється, шкіра стає сухою.

Рак кардіального відділу шлунка проявляється дисфагією – затримкою їжі в місці переходу її із стравоходу в шлунок. Крім того, з’являються відчуття тиснення і біль за грудниною, слинотеча, зригування.

Рак тіла шлунка порівняно довго не проявляється шлунковими симптомами. На перший план виступають загальні ознаки:

слабкість, схуднення, малокрів'я, втрата апетиту, депресія. З ростом пухлини і проростанням її в навколишні органи (підшлункова залоза) з'являється біль, який нерідко віддає в попереку.

До основних ускладнень раку шлунка належать пілоростеноз, кровотеча і перфорація, які потребують негайного хірургічного втручання.

Характерними віддаленими метастазами є метастаз Вірхова (в лівій надключичній ділянці між ніжками кивального м'яза), метастази Крукенберга (в яєчники), метастаз Шніцлера (вузли по очеревині прямокишково-міхурової складки), метастаз у пупок (метастаз сестри Джозеф).

Класифікація раку шлунка за стадіями TNM

T_0 – первинна пухлина не визначається
T_{is} – преінвазивний рак (tumor in situ)
T_1 – пухлина інфільтрує стінку шлунка до підслизового шару
T_2 – пухлина інфільтрує стінку шлунка до субсерозної оболонки
T_3 – пухлина проростає серозну оболонку (вісцеральну очеревину)
T_4 – пухлина поширюється на сусідні структури (печінка, селезінка, підшлункова залоза, товста кишка та ін.)
N_0 – немає ураження регіонарних лімфатичних вузлів
N_1 – ураження від 1 до 6 лімфовузлів
N_2 – ураження від 7 до 15 лімфовузлів на відстані
N_3 – ураження > 15 регіонарних лімфовузлів
M_0 – немає віддалених метастазів
M_1 – наявні віддалені метастази

Групування за стадіями

Стадія 0	T_{is}	N_0	M_0
Стадія IA	T_1	N_0	M_0
Стадія IB	T_1	N_1	M_0
	T_2	N_0	M_0
Стадія II	T_1	N_2	M_0
	T_2	N_1	M_0
	T_3	N_0	M_0

Стадія IIIA	T ₂	N ₂	M ₀
	T ₃	N ₁	M ₀
	T ₄	N ₀	M ₀
Стадія IIIB	T ₃	N ₂	M ₀
Стадія IV	T ₄	N ₁ -N ₃	M ₀
	T ₁ -T ₃	N ₃	M ₀
	будь-яке T	будь-яке N	M ₁

Діагностика раку шлунка має комплексний характер і ґрунтується на аналізі анамнезу, скарг хворого, даних об'єктивного обстеження (огляд, пальпація), а також лабораторного, рентгенологічного, інструментального, морфологічного, радіонуклідного та інших методів дослідження.

З метою підготовки шлунка до рентгенологічного й ендоскопічного обстеження нерідко виникає потреба у **промиванні шлунка**. Особливо показаним є промивання шлунка у хворих з ознаками пілоростенозу. Ця процедура показана також хворим з пілоростенозом у передопераційному періоді з метою зменшення інтоксикації організму продуктами гниття застійного вмісту шлунка.

Промивання шлунка – неприємна процедура, тому в обов'язки медичної сестри входить пояснення хворому мети і порядку проведення процедури.

Для промивання шлунка необхідно:

- товстий шлунковий зонд з позначками на відстані 45, 55 і 65 см від сліпого кінця зонда (сліпий кінець має два бокові отвори овальної форми);
- лійка, яка вміщує до 1 л рідини;
- миска для промивних вод;
- відро на 8-10 л з чистою водою кімнатної температури і літровий кухоль;
- роторозширювач.

Медична сестра і пацієнт одягають фартухи, хворий сідає на стілець чи кушетку. Між корінними зубами вводять роторозширювач, голова дещо відведена назад. На корінь язика хворого поміщують змащений вазеліном сліпий кінець шлункового зонда і пропо-



Рис. 35. Промивання шлунка
(пояснення в тексті).

нують його проковтнути. При цьому хворий повинен глибоко дихати через ніс. Як тільки хворий зробить ковток, тут же проштовхують зонд у стравохід (рис.35).

Увага! Якщо під час введення зонда хворий починає кашляти і задихатись, слід негайно витягти зонд – він потрапив в трахею, а не в стравохід!

Зонд вводять до другої позначки (55 см), що засвідчує про його розміщення у порожнині шлунка. Периферичний кінець зонда з лійкою опускають вниз і по ньому починає

витікати шлунковий вміст. В нижньому положенні в лійку наливають близько 1 л води і повільно піднімають вгору. Як тільки вода досягне вічка лійки, її опускають вниз. При цьому кількість води, що вилилась у миску, повинна приблизно дорівнювати кількості введеної в шлунок. Процедуру промивання повторюють до тих пір, поки промивні води шлунка не будуть чистими.

Найвагомішими лабораторними показниками раку шлунка є ахілія, домішки крові в шлунковому вмісті, виявлення ракових клітин при цитологічному дослідженні промивних вод шлунка, гіпохромна анемія.

Рентгенологічна картина раку шлунка залежить від форми росту пухлини. Екзофітні форми при використанні контрастних речовин (барієва суміш) проявляються “дефектом наповнення” (рис.36). Характерними рентгенологічними ознаками ендофітних форм раку є згладженість рельєфу слизового шару, ригідність стінки, відсутність перистальтики, деформація і малорухомість шлунка. При розпаді пухлини і появі виразки спостерігається симптом “ніші” на фоні дефекту наповнення.



Рис. 36. Рак шлунка
(контрастна рентгенограма).
Дефект наповнення в пілоричному
відділі.



Рис. 37. Фіброгастроскопія.

Ендоскопічне дослідження за допомогою фіброгастроскопа дає змогу визначити характер росту пухлини, її анатомічну форму, локалізацію і ступінь поширення по органу, а також провести біопсію (рис.37).

Уточнююча діагностика побудована на використанні інвазивних і неінвазивних методів дослідження. До останніх належать сканування печінки, УЗД органів черевної порожнини, комп'ютерна томографія. Інвазивні методи, передусім лапароскопія, дають можливість визначити ступінь поширення процесу на сусідні органи.

Лікування. Основним методом лікування раку шлунка є хірургічний. До радикальних операцій належать субтотальна резекція шлунка і гастректомія; до симптоматичних – накладання обхідного гастроентероанастомозу і гастростоми. Паліативна резекція шлунка виконується порівняно рідко, здебільшого при виникненні ускладнень з боку пухлини (перфорація, кровотеча). Вона полягає у видаленні пухлини шлунка при залишенні метастазів.

У післяопераційному періоді можливе проведення циклів хіміотерапії (5-фторурацил, фторафур).

При локалізації пухлини в кардіальному відділі шлунка і значному її поширенні або за наявності протипоказань до операції проводять променеву терапію.

Прогноз залежить від стадії, форми росту і гістологічної структури пухлини. У випадках раннього раку шлунка (пухлина обмежена слизовим і підслизовим шаром) 10-річна тривалість життя хворих після радикальної операції становить 90-100 %. При пухлинах I-II стадії 5-річне виживання коливається в межах 70 %, при III стадії – не перевищує 30-40 %.

Особливості догляду. В перші години після операції на шлунку необхідно вести спостереження за показниками пульсу та артеріального тиску. Якщо у хворого виникне блювання кров'ю, необхідно терміново повідомити лікаря (може знадобитись низка заходів, аж до повторного оперативного втручання). До приходу лікаря медсестра повинна повернути голову хворого набік, покласти на епігастральну ділянку холод (лід), ввести гемостатичні препарати (хлористий кальцій, дицинон, вікасол). Необхідно викликати також чергового лаборанта для визначення показників червоної крові і згортальної системи.

На 3-ю добу можуть з'явитись скарги на важкість в епігастральній ділянці, відрижка і блювання. Зазначені ознаки виникають внаслідок набряку анастомозу, при парезі кукси шлунка, яка переповнюється рідиною (шлунковим соком, кров'ю, дуоденальним вмістом). Допомога зводиться до розвантаження кукси шлунка шляхом евакуації вмісту через назогастральний зонд.

Медична сестра повинна забезпечити харчування хворих після операції на шлунку. В перші 2-3 дні – голодний стіл, тобто всередину хворий нічого не отримує. Здійснюється парентеральне харчування. З появою перистальтики на 3-4 день дозволяється пити близько 2 стаканів води, чаю, настою шипшини невеликими ковтками. В наступні дні при неускладненому перебігу призначають індивідуальний стіл: масло, сире яйце, кисіль, нежирний бульйон. Далі дієта поступово розширюється з переходом на звичайний для шлункових хворих стіл (№1а, 1б, 1). Необхідно враховувати ситуацію “малого шлунка” або повної його відсутності і забезпечувати прийняття теплої їжі невеликими порціями кожні 2 год.

Увага! Всі призначення, що стосуються харчування хворого, після операції дає лікар-куратор. Порушення режиму харчування може призвести до виникнення таких тяжких ускладнень, як неспроможність анастомозу і перитоніт.

Глава 18. Рак печінки

Рак печінки – злоякісна пухлина епітеліального походження.

Епідеміологія. Серед усіх злоякісних хвороб рак печінки становить 1-2 %. Хворіють частіше чоловіки. Найбільшого поширення рак печінки набув у країнах Африки та Південно-Східної Азії, а також в Тюменській області Російської Федерації.

Етіологія. Велике значення у виникненні раку печінки мають цироз і паразитарні захворювання печінки: амебіаз, опісторхоз. Останнім часом до причин розвитку раку печінки відносять вірусний гепатит (тип В).

Розрізняють первинний і вторинний рак печінки. Первинний рак розвивається з елементів печінкової тканини, вторинний – метастатичний.

Первинний рак печінки може виникати з печінкових клітин (гепатоцелюлярний рак, злоякісна гепатома) і з епітелію жовчних ходів (холангіоцелюлярний рак, злоякісна холангіома).

Для злоякісної гепатоми більш характерний ріст у вигляді множинних вузлів на фоні циротично зміненої печінки. Злоякісна холангіома росте частіше уніцентрично, утворюючи масивний вузол.

Клініка. Початкові ознаки первинного раку печінки невиразні, нерідко завуальовані клінікою цирозу. В пізніших стадіях клінічна картина хвороби складається із загальних симптомів, зумовлених пухлинною інтоксикацією (слабкість, втрата апетиту, зменшення маси тіла, анемія, підвищення температури тіла), і локальних проявів, до яких належать відчуття тяжкості, тиснення і біль у правій підреберній ділянці та надчереві.

Збільшення печінки і наявність пухлини – найчастіші діагностичні ознаки раку печінки. Крім того, низка клінічних симптомів спричиняється явищами портальної гіпертензії (асцит, набряк

нижніх кінцівок, кровотеча з вен стравоходу). Жовтяниця спостерігається не завжди (приблизно у 40 % випадків) і виникає внаслідок стиснення пухлиною жовчних шляхів. У результаті порушення функції печінки може з'являється патологічна кровоточивість. При прогресуючому заміщенні печінкової паренхіми пухлиною може розвинути печінкова кома.

Класифікація раку печінки за стадіями TNM

T_0	– первинна пухлина не визначається
T_1	– солітарна пухлина до 2 см у найбільшому вимірі без інвазії в судини
T_2	– солітарна пухлина до 2 см у найбільшому вимірі з інвазією в судини, або численні пухлини до 2 см в найбільшому вимірі, обмежені однією часткою, або солітарна пухлина понад 2 см у найбільшому вимірі без інвазії в судини
T_3	– пухлина понад 2 см у найбільшому вимірі з інвазією в судини, або численні пухлини до 2 см у найбільшому вимірі, обмежені однією часткою та з інвазією в судини
T_4	– численні пухлини більше ніж в одній частці печінки, або пухлина, яка уражує основну гілку ворітної або печінкової вени, або пухлина, яка поширюється на суміжні органи, крім жовчного міхура
N_x	– не досить даних для оцінки регіонарних лімфатичних вузлів
N_0	– немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів
N_1	– наявні метастази в регіонарних лімфатичних вузлах
M_x	– не досить даних для визначення віддалених метастазів
M_0	– віддалені метастази відсутні
M_1	– наявні віддалені метастази

Групування за стадіями

Стадія I	T_1	N_0	M_0
Стадія II	T_2	N_0	M_0
Стадія III	T_3	N_0	M_0
	T_1-T_3	N_1	M_0
Стадія IV	T_4	будь-яке N	M_0
	будь-яке T	будь-яке N	M_1

Діагностика раку печінки в ранніх стадіях хвороби надзвичайно складна. Позитивну реакцію на ембріональний білок у крові (альфа-фетопротейн, АФП) вважають специфічною для гепатоцелюлярного раку. Він виявляється у 70 % хворих.

Уточненню розмірів і форми печінки сприяє оглядова рентгенографія черевної порожнини на фоні пневмоперитонеуму.

Важливими діагностичними методами є черезшкірна пункція пухлини печінки для цитологічного дослідження, а також лапароскопія. За допомогою УЗД виявляють вогнищеві зміни у 85 % хворих на рак печінки. На сканограмах печінки із застосуванням радіоактивних ізотопів (радіоактивне золото ^{198}Au , фарба бенгалроз ^{131}J) спостерігаються холодні (німі) зони.

Лікування. Хірургічне лікування первинного раку печінки полягає в резекції правої або лівої частки печінки. Його проводять лише при ізольованих, вузлуватих формах пухлини. В останні роки поширення набуває гепатектомія з алотрансплантацією печінки.

Хіміотерапія полягає як у внутрішньосудинному введенні цитостатиків (адриабластин, 5-фторурацил, метотрексат, мітоміцин С), так і в регіонарній перфузії після катетеризації пупкової вени.

Особливості догляду. Хворих на рак печінки госпіталізують у клініку, як правило, з вираженим інтоксикаційним синдромом. Тому медична сестра повинна уважно стежити за станом пацієнта, його активністю, самопочуттям, настроєм. Нерідко розвитку клінічної картини печінкової недостатності передують незвична для хворого квалість, пригніченість, погіршення апетиту. Про всі виявлені зміни медсестра повинна інформувати лікаря-куратора. Обов'язкове дотримання ліжкового режиму хворими на жовтяницю. Обмеження фізичної активності попереджує зайві енергетичні затрати організму і тим самим зменшує навантаження на печінку.

Рівномірне зігрівання тіла в ліжку посилює кровообіг у печінці, сприяє покращенню її функції. Велике значення має дотримання дієти. Слід обмежити вживання тваринних жирів та екстрактивних речовин. З раціону вилучають: прянощі, спеції, копчену і смажену їжу, м'ясні і рибні консерви, сало, яєчні жовтки. Медична сестра забезпечує годування важкохворих, стежить за якістю продуктів. Хворим з асцитом обмежують вживання рідини, а добова доза кухонної солі знижується до 4-5 г.

При зростанні асцити і появі задишки проводять пункцію черевної порожнини. Медична сестра допомагає лікарю у виконанні цієї процедури: готує необхідний інструментарій і медикаменти, стежить за тим, щоб перед пункцією хворий обов'язково спорожнив сечовий міхур, а при необхідності здійснює його катетеризацію. Після пункції хворий повинен дотримуватись ліжкового режиму.

При печінковій недостатності з лікувальною метою вводять велику кількість глюкози внутрішньовенно або у вигляді сиропу всередину. Для кращого засвоєння глюкози одночасно вводять інсулін із розрахунку 1 Од на 4 г глюкози.

Увага! При введенні інсуліну слід пам'ятати, що він знижує рівень цукру в крові і може викликати ознаки гіпоглікемії (слабкість, пітливість, тремор). Тому після введення інсуліну необхідно обов'язково нагодувати хворого, а при перших ознаках гіпоглікемії дати 2-3 грудки цукру, ввести внутрішньовенно 20 мл 40 % розчину глюкози і викликати лікаря. Медсестра повинна уважно стежити за кольором шкіри і слизових, за характером і кольором калу і сечі хворого. Про свої спостереження вона повідомляє лікаря. Медсестра проводить забір крові для визначення концентрації білірубіну та інших показників функції печінки.

Свербіння шкіри, яке часто супроводжує жовтяницю, вдається зменшити теплим душем, протиранням шкіри 1 % розчином ментолового або саліцилового спирту, призначенням антигістамінних препаратів (димедрол, піпольфен, супрастин тощо). Такі хворі повинні стежити за чистотою рук, вчасно підстригати нігті, щоб попередити занесення гнійної інфекції в шкіру.

Глава 19. Рак підшлункової залози

Епідеміологія. В останній час в Україні спостерігається зростання захворюваності на рак підшлункової залози (РПЗ). Показник захворюваності становить 7-10 на 100 тис. населення. Частка РПЗ серед усіх злоякісних пухлин складає 1-7 %. Хворіють переважно чоловіки віком понад 50 років.

Етіологія. Серед причинних факторів виникнення РПЗ слід виділити характер харчування (їжа з підвищеним вмістом жирів і білків, канцерогенів), нестача вітамінів, шкідливі звички (зловживання алкоголем, куріння).

До передракових захворювань належать хронічний панкреатит, кіста і аденома підшлункової залози.

За локалізацією розрізняють рак голівки, тіла і хвоста підшлункової залози. Раковий процес може уражати весь орган.

Клініка. Симптоматика хвороби залежить від стадії і локалізації пухлини. Рак голівки підшлункової залози в початкових стадіях проявляється загальними ознаками захворювання. Хворі скаржаться на загальну слабкість, зменшення маси тіла, тяжкість у надчеревній ділянці після споживання їжі, відрижку і метеоризм. У більшості випадків спостерігають біль ниючого характеру в надчерев'ї і правій підреберній ділянках.

Другий період перебігу захворювання починається з появи жовтяниці, що свідчить про стиснення пухлиною загальної жовчної протоки. Жовтяниця розвивається поволі, причому першими помічають жовтий колір склер у хворого інші люди. Жовтяниця стійка, поступово прогресує, досягаючи значної інтенсивності. Шкіра набуває характерного зеленувато-землистого відтінку.

Важливим для діагностики є збільшення жовчного міхура, який пальпується у вигляді грушоподібного еластичного неболючого балона (симптом Курвуазьє). При порушенні прохідності міхурової протоки (облітерація, вклинення конкремента та ін.) жовчний міхур є відключеним від магістральних жовчних проток, в яких виникла гіпертензія. У цих випадках симптом Курвуазьє не визначається. Відсутність жовчі і панкреатичного соку в кишечнику призводить до диспепсичних розладів: втрата апетиту, відраза до м'ясної їжі, нудота, відрижка, блювання, здуття живота, пронос. Кал жирний, ахолічний. Сеча темна і нагадує колір пива. Біль локалізується в епігастральній ділянці.

Клінічна симптоматика раку тіла і хвоста підшлункової залози, на відміну від раку її голівки, бідніша. Основною ознакою є біль, який, на жаль, з'являється згодом, коли пухлина досягне значних розмірів. Характер болю різноманітний, періоди ремісії змінюються нападами сильного болю. Локалізується біль у надчеревній і

пупкової ділянках, може віддавати в спину, поперек, ліве плече, інколи має оперізувальний характер. Сильний біль пояснюється стисканням або інфільтрацією пухлиною сонячного сплетення. Нерідко можна визначити пухлину під час пальпації живота.

Класифікація раку підшлункової залози за стадіями TNM

T_0 – первинна пухлина не визначається
T_{is} – преінвазивна карцинома
T_1 – пухлина обмежена підшлунковою залозою, до 2 см у найбільшому вимірі
T_2 – пухлина обмежена підшлунковою залозою, понад 2 см у найбільшому вимірі
T_3 – пухлина поширюється на будь-яку з таких структур: дванадцятипалу кишку, жовчну протоку, тканини навколо підшлункової залози
T_4 – пухлина поширюється на будь-яку з таких структур: шлунок, селезінку, ободову кишку, прилеглі великі судини
N_x – не досить даних для оцінки регіонарних лімфатичних вузлів
N_0 – немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів
N_1 – наявні метастази в регіонарних лімфатичних вузлах
M_x – не досить даних для визначення віддалених метастазів
M_0 – віддалені метастази відсутні
M_1 – наявні віддалені метастази

Групування за стадіями

Стадія 0	T_{is}	N_0	M_0
Стадія I	T_1, T_2	N_0	M_0
Стадія II	T_3	N_0	M_0
Стадія III	T_1-T_3	N_1	M_0
Стадія IV	T_4	будь-яке N	M_0
	будь-яке T	будь-яке N	M_1

Діагностика РПЗ ґрунтується на клінічних проявах захворювання і результатах додаткових методів обстеження.

Основними сучасними методами діагностики РПЗ є УЗД та комп'ютерна томографія.

Цінним є метод гіпотонічної контрастної дуоденографії. Непрямими ознаками раку голівки підшлункової залози є розгорнення підкови дванадцятипалої кишки, звуження її просвіту, згладженість та інфільтрація внутрішнього контуру кишки.

З метою уточнення діагнозу застосовують черезшкірну холангіографію, дуоденофіброскопію, сканування підшлункової залози, селективну ангіографію. Остаточний діагноз РПЗ можливий після лапаротомії та біопсії пухлини.

Лікування РПЗ хірургічне. При локалізації пухлини в голівці підшлункової залози радикальною операцією є панкреатодуоденальна резекція. У випадках раку тіла і хвоста залози застосовують поперечну резекцію тіла і хвоста підшлункової залози. У зв'язку з пізньою діагностикою та високою післяопераційною летальністю (40-60 %) радикальні операції застосовуються порівняно рідко. Частіше виконують симптоматичні операції (різні варіанти анастомозів: холецистоєюноанастомоз, холедоходуоденостомія). Як паліативний метод застосовують променеву терапію.

Особливості догляду. Внаслідок різкого зниження екскреторної функції підшлункової залози у хворих досить часто спостерігають порушення травлення їжі (стеаторея, креаторея). Харчування повинно бути дробним (близько 6 разів на добу). З раціону вилучають алкоголь, маринади, смажену, жирну і гостру їжу, міцні бульйони, яйця. Забороняють вживання тугоплавких жирів тваринного походження (смалець, сало). Рекомендують нежирні сорти м'яса, риби, нежирні кисломолочні продукти. Їжа повинна бути теплою. Для кращого травлення призначають шлунковий сік по 1 ст. л. після їди і ферментні препарати підшлункової залози (панзинорм, фестал, панкреатин, панкурмен, мексаза, ораза тощо).

У випадку нападів сильного болю призначають спочатку ненаркотичні (анальгін, баралгін, трамадол, кетанов), а згодом і наркотичні аналгетики (промедол, омнопон, морфін), спазмолітики (ношпа – 2 % розчин, по 2-4 мл в/м; платифілін – 0,2 % розчин, по 1-2 мл в/м).

Глава 20. Рак жовчного міхура

Епідеміологія. Злоякісна пухлина, що виникає з епітелію слизового шару жовчного міхура, спостерігається у 2-3 % випадків; хворіють переважно жінки (у 4-5 разів частіше, ніж чоловіки).

Етіологія. Часте поєднання раку жовчного міхура і жовчнокам'яної хвороби свідчить про тісний зв'язок між цими захворюваннями. Виникненню раку міхура сприяє так званий західний тип харчування (їжа з підвищеним вмістом жирів і білків).

Пухлина може локалізуватись у шийці і дні жовчного міхура. Нерідко розвивається тотальне ураження.

Клініка. Перебіг захворювання характеризується високою злоякісністю, тенденцією до швидкого росту і метастазування. Особливо часто спостерігають пухлинну інфільтрацію ложа жовчного міхура, метастазування у ворота і паренхіму печінки, обсіменіння очеревини.

Біль у правій підреберній ділянці – найчастіший симптом раку жовчного міхура. Втрату апетиту, диспепсичні розлади, слабкість, зменшення маси тіла виявляють у 50-70 % хворих.

Важливою ознакою хвороби є наявність у зоні жовчного міхура щільної горбистої пухлини, яку визначають під час пальпації (у 40-60 % випадків).

Механічна жовтяниця розвивається при розташуванні пухлини в шийці жовчного міхура і поширенні її на загальну жовчну протоку, призводячи до її obturaції, а також внаслідок метастазів у ворота печінки.

Класифікація раку жовчного міхура за стадіями TNM

- | |
|--|
| <p>T₀ – первинна пухлина не визначається
T_{is} – преінвазивна карцинома
T₁ – пухлина проростає в слизову оболонку або м'язовий шар
T₂ – пухлина поширюється до серозної оболонки
T₃ – пухлина поширюється за серозну оболонку і проростає в сусідні органи (поширення до 2 см в печінку)
T₄ – пухлина проростає в печінку більш як на 2 см і/або в 2 і більше сусідні органи</p> |
|--|

N_x	– не досить даних для оцінки регіонарних лімфатичних вузлів
N_0	– немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів
N_1	– наявні метастази у лімфатичних вузлах, розміщених біля міхурової протоки або в печінково-дванадцятипалій зв'язці
N_2	– метастази в лімфатичних вузлах, розміщених навколо голівки підшлункової залози, дванадцятипалої кишки, ворітної вени, черевного стовбура і верхньої брижової артерії
M_x	– не досить даних для визначення віддалених метастазів
M_0	– віддалені метастази відсутні
M_1	– наявні віддалені метастази

Групування за стадіями

Стадія 0	Tis	N_0	M_0
Стадія I	T_1	N_0	M_0
Стадія II	T_2	N_0	M_0
Стадія III	T_1, T_2	N_1	M_0
Стадія IV	T_3	N_0, N_1	M_0
	T_4	N_0, N_1	M_0
	будь-яке T	N_2	M_0
	будь-яке T	будь-яке N	M_1

Діагностика раку жовчного міхура складна. Допомагають у розпізнаванні пухлини клінічні дані, а також холангіографія, УЗД, комп'ютерна томографія, лапароскопія. В окремих випадках при цитологічному дослідженні дуоденального вмісту (жовч порції В) виявляють злоякісні клітини.

Лікування. Радикальне лікування раку жовчного міхура полягає у видаленні міхура разом з пухлиною (холецистектомія). При обмеженому поширенні процесу на печінку до зазначеного обсягу хірургічного втручання додають резекцію печінки. Променева і хіміотерапія неефективні.

Особливості догляду. При поширенні пухлини на магістральні жовчні протоки операцію завершують накладанням біліодигестивних анастомозів, а в особливо несприятливих випадках – зовнішнім відведенням жовчі. Медична сестра повинна стежити, щоб введена в жовчну протоку трубка не випала і не порушилась функція дренажної системи. Оскільки жовч має подразнювальну дію,

шкіра біля дренажів потребує дбайливого догляду. Жовч, що потрапила на шкіру, змивають теплою водою або слабким розчином перманганату калію і змащують цинковою пастою або пастою Лассара.

При хронічних жовчних норицях порушується нормальне травлення в кишці. Для відшкодування втрат жовчі її збирають в чисту посудину і через 15-20 хв після їди дають пити. Для зменшення неприємних відчуттів жовч можна розбавляти пивом.

Глава 21. Колоректальний рак

21.1. Рак ободової кишки

Епідеміологія. В останні 20 років спостерігається невпинний ріст захворюваності на рак ободової кишки, яка в Україні становить 16,4-17,0 випадків на 100 тис. населення. Цей різновид раку посідає 3-4-е місце серед злоякісних пухлин травного каналу.

Етіологія. До чинників, що сприяють виникненню хвороби, належать деякі особливості харчування, нестача вітамінів, адинамія, спадковість. В осіб, у харчуванні яких переважають тваринні білки і жири, рак товстої кишки трапляється частіше. Має значення тривалість контакту канцерогенних речовин із слизовим шаром кишок. Вживання їжі, багатой на клітковину, що пришвидшує просування її по кишках, зменшує ступінь ризику виникнення раку.

До передракових станів належать поліпи і поліпоз кишки, неспецифічний виразковий коліт, хвороба Крона.

Найчастіше рак ободової кишки локалізується в сліпій (35 %) і сигмоподібній кишках (34 %). При екзофітній формі росту пухлина частіше розвивається в правій половині ободової кишки і попереково-ободовій кишці. Таке новоутворення має вигляд поліпоподібної, вузлуватої або блюдцеподібної пухлини. Вона повільно росте в напрямку просвіту кишки, нерідко спостерігають її розпад і перифокальне запалення (рис. 38, див вкл.). При ендофітній формі пухлина частіше локалізується в лівій половині ободової кишки (низхідна, сигмоподібна). Для неї характерний переважно інфільтруючий ріст у підслизовому шарі з поширенням на всі шари стінки кишки і звуженням її просвіту.

Клініка. Клінічні прояви раку правої і лівої половини ободової кишки різні. До характерних ознак правобічного ураження належать: ниючий біль у правій здухвинній ділянці або правому підребер'ї; наявність пухлини, яку нерідко визначають під час пальпації живота; прогресуюча анемія, зумовлена хронічною кровотратою або інтоксикацією продуктами розпаду пухлини і запаленням.

Першою ознакою пухлини лівої половини ободової кишки можуть бути домішки слизу і крові в калі. В зв'язку з інфільтруючим ростом пухлини в дистальних відділах ободової кишки рано чи пізно з'являються ознаки кишкової непрохідності: переймистий біль у животі, здуття його, затримка випорожнень і газів з наступним проносом.

Підсумовуючи сказане, всю різноманітність проявів раку ободової кишки можна звести до наступних його клінічних форм: токсико-анемічної, пухлинної (єдиним проявом є наявність пухлини), ентероколітичної, диспептичної, псевдозапальної (нагадує хронічний апендицит, аднексит), obturacійної.

Класифікація раку ободової кишки за стадіями TNM

T_0 – первинна пухлина не визначається
T_{is} – преінвазивна карцинома (tumor in situ)
T_1 – пухлина інфільтрує стінку кишки до підслизового шару
T_2 – пухлина інфільтрує м'язовий шар стінки кишки
T_3 – пухлина інфільтрує субсерозний шар
T_4 – пухлина проростає вісцеральну очеревину або поширюється на сусідні органи і структури
N_0 – немає метастазів у регіонарних лімфовузлах
N_1 – метастази в 1-3 регіонарних лімфовузлах
N_2 – метастази в 4-х і більше регіонарних лімфовузлах
M_0 – немає віддалених метастазів
M_1 – наявні віддалені метастази

Групування за стадіями

Стадія 0	Tis	N ₀	M ₀
Стадія I	T ₁ , T ₂	N ₀	M ₀
Стадія II	T ₃ , T ₄	N ₀	M ₀
Стадія III	будь-яке T	N ₁ , N ₂	M ₀
Стадія IV	будь-яке T	будь-яке N	M ₁

Діагностика. Сучасна схема діагностики раку ободової кишки повинна включати анамнестичні дані, клінічні прояви хвороби, дослідження калу на приховану кров (гемокульт-тест), колоноскопію з біопсією, іригоскопію, комп'ютерну томографію, визначення карцино-ембріонального антигену (СЕА) в сироватці крові за допомогою радіоімунологічного аналізу.

Для визначення **прихованої крові** в калі найчастіше застосовуються дві проби: бензидинову і Вебера ван Деєна (з гваяковою смолою).

Увага! Для отримання об'єктивної інформації при проведенні гемокульт-тесту необхідно дотримуватись наступних правил:

- а) за 3 дні до обстеження вилучити з дієти м'ясо, рибу і зелені овочі;
- б) протягом 2 днів не чистити зуби і не травмувати ясна грубою їжею.

Недотримання цих вимог призводить до несправжніх позитивних результатів. Постійна позитивна реакція є одним із симптомів пухлини в шлунково-кишковому тракті.

Підготовка товстої кишки до інструментального дослідження та операції

Спеціальна підготовка як ободової, так і прямої кишок до ендоскопічного і рентгенологічного досліджень, а також до операції полягає в її механічному очищенні, боротьбі з вірулентною мікрофлорою і дотриманні хворим безшлакової дієти протягом 3-4 діб.

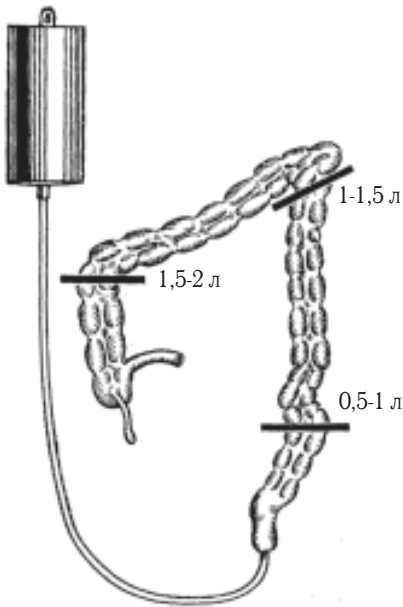


Рис. 39. Кількість рідини, яку вводять у кишку під час клізми залежно від локалізації пухлини.

Механічне очищення проводиться шляхом застосування проносних засобів і очисних клізм (рис.39). Сольові проносні засоби слід призначати за 3-4 дні до операції (10 % розчин сульфату магнію по 5-6 ст. ложок на добу). Маніт (до 1500 мл 5 % розчину) приймають за день або за 3-5 год до операції чи дослідження. Можна застосовувати також відвар сени по 100 мл на добу з розрахунку 10 мг на 200 мл води, або касторове масло (60-80 мл) додатково. Хворим з тривалою затримкою випорожнень доцільно призначати вазелінове масло по 20 мл 3 рази на добу. За 2 дні до операції увечері і вранці хворому проводять очисні клізми. Останню клізму (до чистої води) виконують за 2-3 год до операції.

Для кращого звільнення кишки від води і залишків рідкого калу в пряму кишку можна ввести гумову трубку змащену вазеліном, на глибину 5-6 см.

В останні роки використовують нову методику підготовки товстої кишки – так званий тотальний ортоградний лаваж. Напередодні операції у дванадцятипалу кишку вводять зонд і перфузують підігрітий до 37 °С ізотонічний розчин хлориду натрію або розчин Рінгера в кількості 10-12 л зі швидкістю 3 л/год. Щоб досягти зменшення кількості мікробів у кишці, рекомендують добавляти в розчин 3-4 г неоміцину, 2-4 г кліндаміцину і 4 г метранідазолу.

Лікування. Основним методом лікування раку ободової кишки є хірургічний.

При локалізації пухлини у сліпій, висхідній ободовій кишці і печінковому куті виконують правобічну геміколектомію; в селезін-

ковому куті і низхідній ободовій кишці – лівобічну геміколектомію; в попереково-ободовій і сигмоподібній кишках – резекцію відповідних кишок. До симптоматичних операцій належать накладання обхідних кишкових анастомозів і колостом. Після радикальних операцій можливе проведення курсів хіміотерапії (5-фторурацил, фторафур).

21.2 Рак прямої кишки

Епідеміологія. В структурі онкологічної захворюваності чоловічого населення посідає 6-те рангове місце, жіночого – 9-те, а серед пухлин травного каналу – 3-тє місце.

Етіологія. Етіологічні чинники і передракові стани – ті ж, що і для раку товстої кишки. Первинна профілактика раку прямої кишки полягає в раціональному харчуванні з вживанням переважно рослинної їжі і достатньої кількості вітамінів, дотриманні здорового способу життя (відмова від куріння, надмірного вживання алкоголю); вторинна – у своєчасній діагностиці і адекватному лікуванні передракових захворювань прямої кишки.

Відповідно до локалізації раку прямої кишки виділяють такі його різновиди: аноректальний (5-7 %), ампулярний (80 %) і надампулярний (13-15 %). Форми росту пухлини – див. “Рак ободової кишки”.

Клініка. В ранніх стадіях раку прямої кишки (уражений слизовий шар) патогномонічних клінічних ознак немає. При цілеспрямованому зборі анамнезу вдається виявити низку так званих “малих” ознак, які об’єднують терміном “кишковий дискомфорт”: закреп або пронос, здуття живота, патологічні виділення тощо. Такі хворі потребують додаткового обстеження (пальцеве дослідження прямої кишки, ректороманоскопія), особливо особи віком 40 років і більше.

Для розвинутих форм раку прямої кишки характерна тріада клінічних ознак: 1) патологічні виділення з прямої кишки (слиз, кров, гній); 2) порушення просування калових мас по кишці (закреп, що змінюється проносом, нападоподібний біль у животі, здуття живота тощо); 3) больовий синдром.

Патологічні виділення характерні для екзофітної форми росту і ампулярної локалізації пухлини. Порушення функції прямої кишки частіше спостерігається при ендофітному рості і надампулярній локалізації пухлини. Больовий синдром, особливо під час акту дефекації, турбує хворих при локалізації пухлини в аноректальній частині кишки.

Класифікація раку прямої кишки за стадіями TNM така ж, як і для раку ободової кишки.

Діагностика раку прямої кишки ґрунтується на комплексному обстеженні, яке включає збір анамнезу, пальцеве, ендоскопічне (ректороманоскопія), рентгенологічне (іригоскопія) і морфологічне дослідження.

Важливого значення надають **пальцевому дослідженню** прямої кишки, яке дає змогу виявити пухлину у 80 % хворих. Дослідження здійснюють у чотирьох положеннях хворого: колінно-ліктьовому, на спині із зігнутими в колінах і приведеними до живота ногами, на лівому боці і навпочіпки (рис.40). Зручним для обстеження є положення хворого в гінекологічному кріслі.

Ректороманоскопія – це візуальне обстеження внутрішньої поверхні прямої і сигмоподібної кишок (рис.41). Її неодмінно застосовують у діагностиці раку прямої кишки. Цей метод дає змогу вирішити два завдання: виявити пухлину та її поширення по кишці й провести біопсію. За допомогою ректороманоскопії мож-

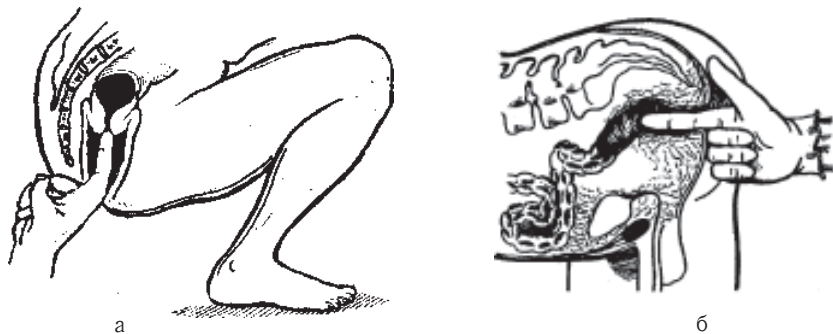


Рис. 40. Пальцеве дослідження прямої кишки (а – навпочіпки; б – в колінно-ліктьовому положенні).

на встановити діагноз більше ніж у 90 % хворих. Дослідження проводять ректороманоскопом жорсткої конструкції (рис. 42).

Перед дослідженням проводять підготовку хворого, яка полягає в очищенні прямої і сигмоподібної кишки від калових мас. Напередодні ввечері хворому призначають очисну клізму, вранці за 1,5-2 год до ректороманоскопії клізму повторюють. При закрепах така підготовка може виявитись недостатньою. Її доповнюють призначенням послаблювальних засобів (15 % розчин магнію сульфату, 2-3 таблеток бісакодилу, антрасеніну, екстракту сени тощо).

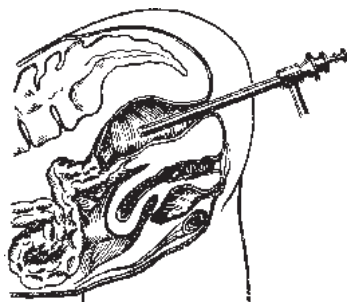


Рис. 41. Ректороманоскопія.



Рис. 42. Ректороманоскоп з волокнистою оптикою.

Увага! При явищах кишкової непрохідності послаблювальні засоби призначає тільки лікар.

Провідним рентгенологічним методом дослідження є іригоскопія (іригографія). Підготовку хворого до іригодослідження див. у підглаві “Рак ободової кишки”.

Лікування. Основним методом лікування раку прямої кишки є хірургічний. Вибір характеру операції залежить від стадії, локалізації пухлини і стану хворого.

Радикальні операції поділяють на сфінктерозберігаючі і без збереження сфінктера. До перших належать резекції прямої кишки (внутрішньочеревна, передня, черевно-анальна), їх виконують при локалізації пухлини вище 5 см від ануса. До других – черевно-промежинна екстирпація й ампутація прямої кишки.

В ослаблених хворих за наявності кишкової непрохідності проводять резекцію кишки за Гартманом. При цій операції дистальний кінець кишки закривають, а проксимальний виводять в лівій здухвинній ділянці у вигляді сигмостоми.

До симптоматичних операцій належить накладання проти-природного заднього проходу.

Передопераційна променева терапія поліпшує віддалені результати лікування на 10-15 %. Променеву терапію як самостійний метод проводять неоперабельним хворим або в разі відмови хворого від операції та наявності протипоказань.

Останніми роками широко застосовують хіміотерапію, яку проводять переважно в післяопераційний період (5-фторурацил, фторафур).

Особливості догляду за хворими на колоректальний рак. До ускладнень раку ободової кишки належать перфорація, кровотеча і кишкова непрохідність, які потребують відповідних термінових заходів з боку медичного персоналу.

Кишкова кровотеча є тяжким ускладненням раку товстої кишки. Поява у хворого дьогтеподібного калу (мелена) свідчить про кровотечу з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Якщо виділяється багряна кров – кровотеча з дистальних відділів товстої кишки.

Медична сестра повинна негайно повідомити лікаря про виникнення кишкової кровотечі. Долікарська допомога полягає у наданні хворому горизонтального положення, бажано з піднятим нижнім кінцем ліжка, забезпечення повного спокою. До живота прикладають холод. Парентально вводять кровоспинні засоби. Необхідно визначити групу крові і резус-приналежність та приготувати все необхідне для гемотрансфузії. Пацієнту заборонено вживати їжу.

Про інші ускладнення колоректального раку: **непрохідність перфорацію** читай у розділі III.

Деякі операції з приводу колоректального раку завершуються виведенням на передню черевну стінку різних колостом. Свою назву стома отримує залежно від того, який відділ кишки виво-

диться. Розрізняють ілеостому, цекостому, трансверзостому і сигмостому.

Ілеостома розміщується в правій здухвинній ділянці, і при цьому на передню черевну стінку виводиться здухвинна кишка. Слід пам'ятати, що з ілеостоми постійно виділяється рідкий кал, який містить велику кількість кишкових ферментів. Вони швидко призводять до мацерації прилеглих ділянок шкіри.

Цекостома також локалізується в правій здухвинній ділянці і, оскільки вона знаходиться в безпосередній близькості від тонкої кишки, то з неї виділяється рідкий кал, який подразнює шкіру.

Трансверзостома може розміщуватися в правому або лівому підребер'ї, а також по середній лінії над пупком. Цей вид стоми формується з попереково-ободової кишки.

Сигмостома розташована в лівій здухвинній ділянці і формується з сигмоподібної кишки. Як правило, відбувається одно- або дворазове виділення оформленого калу.

Хворі з колостомою – важка категорія пацієнтів після операцій на товстій кишці. Колостома для пацієнта є екстраординарним втручанням в його життя, звички, трудову діяльність. Втрату можливості природного випорожнення більшість хворих сприймає як надзвичайно ускладнюючу їх життя обставину. Такі пацієнти пригнічені усвідомленням своєї приреченості, каліцтвом, а також труднощами в регулюванні дефекації. Тому догляд медичної сестри повинен містити в собі елементи соціальної і трудової реабілітації хворих: чуйне, уважне ставлення дозволить їм повернутись до звичного режиму життя і трудової діяльності. Спілкування з пацієнтами вимагає від медперсоналу особливого такту і терпіння. Необхідно своєю поведінкою і діями вселити хворому віру у швидке видужання та повернення до повноцінного життя.

Наявність великих післяопераційних ран не повинна відволікати увагу медичного персоналу від невеликої пов'язки на колостомі. Пов'язка повинна бути м'якою, не тиснути на ніжну слизову оболонку кишки, марля – просякнута рідким вазеліном, гліцерином або індиферентною маззю. При відновленні перистальтики кишки необхідно стежити, щоб калові маси не потрапили на лапа-

ротомну рану. Її інфікування може призвести до нагноєння. Туалет колостоми і зміну пов'язок слід проводити за необхідністю.

Для зменшення негативного впливу на емоційний стан хворого першого самовільного випорожнення в ранньому післяопераційному періоді доцільно використати калоприймач на клейовій основі, який забезпечує повну герметичність і виключає потрапляння калових мас на пов'язку (рис.43).

При запаленні шкіри навкруги колостоми, яке проявляється гіперемією, припухлістю, болючістю, слід змазувати уражені ділянки цинковою пастою або пастою Лассара.

У пізніші строки для кращого пристосування хворого до нових умов життя і формування керованого акту дефекації необхідно дотримуватись індивідуального режиму харчування (3-4 рази на добу, виключаючи вживання будь-яких продуктів у проміжках між прийомами їжі). При необхідності вживають продукти, які мають послаблювальну дію (червоний буряк, чорнослив, курага, кефір тощо). В окремих випадках, при стійких закрепах, виникає потреба в підборі індивідуальної дози медикаментозних проносних середників. Велике значення має також підбір зручного калоприймача (рис. 44). Щоб



Рис. 43. Калоприймач на клейовій основі.

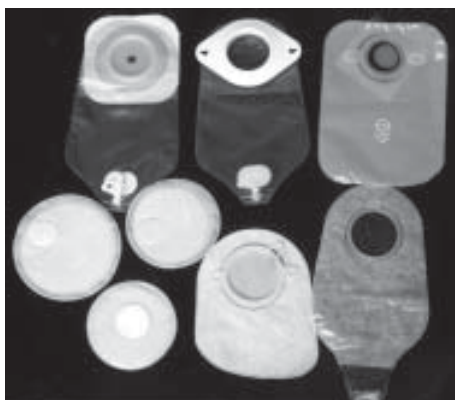


Рис. 44. Сучасні калоприймачі.

уникнути забруднення шкіри навкруги кишки, діаметр останнього не повинен значно перевищувати розміри колостоми.

З метою контролю за актом дефекації використовують систему механічного очищення (іригації) товстої кишки за допомогою клізми. Метод іригації досить ефективний. Майже у всіх хворих відзначається регулярне відходження калу після клізми один раз на добу. Для цього використовують пристрій, який за формою відповідає рельєфу колостоми і фіксується до неї за допомогою пояса. В центрі пристрою є отвір, через який проводять катетер для введення води. Пристрій з'єднують з пластиковим мішком, в який з кишки разом з водою надходять калові маси. Катетер трубками з'єднують з гумовим мішком, який вміщує 1-2 л теплої води. Мішок з водою знаходиться на рівні плеча хворого (рис.45). Із з'єднувальних трубок видаляють повітря, і воду подають у катетер, який змазують маззю і через отвір у пристрої вводять в колостому на глибину 7-10 см. Потік води регулюють спеціальним краном або затискачем. Подачу води припиняють одразу, як тільки з'являється відчуття наповнення кишки. Після завершення процедури на колостому накладають пов'язку з вазеліном.



Рис. 45. Іригація товстої кишки через колостому.

Отже, середній медперсонал разом з лікарями повинен брати активну участь в навчанні хворих догляду за колостою і методів регулювання діяльності кишки. Постійне удосконалення моделей калоприймачів, методів накладання колостом (плоска колостома, колостома з магнітним пристроєм тощо) аж ніяк не зменшують роль медичного персоналу у догляді за колостою.

Черевно-промежинна екстирпація прямої кишки є для хворого складною і травматичною опе-

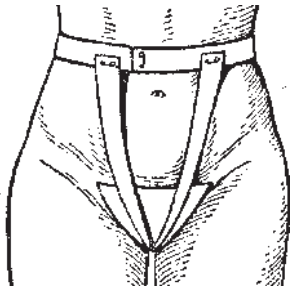


Рис. 46. Т-подібна пов'язка на промежину.

рацією. Тому важливе значення надається догляду за промежинною ранною, яка в силу своєї локалізації частіше нагноюється. Медична сестра повинна регулярно змінювати забруднену пов'язку, проводити туалет рани антисептиками, слідкувати за станом дренажів. Свіжу пов'язку фіксують лейкопластирем або суспензорієм (рис. 46).

Глава 22. Злоякісні лімфоми

Це загальна назва злоякісних захворювань лімфатичної системи, які виникають поза межами кісткового мозку. З-поміж різних форм злоякісних лімфом найчастіше зустрічаються лімфогранулематоз, лімфосаркома і ретикулосаркома.

До найважливіших **етиологічних** факторів розвитку злоякісних лімфом належать іонізуюча радіація, вірус Ейштейна-Барра, застосування імунодепресантів.

22.1. Лімфогранулематоз

Лімфогранулематоз (хвороба Ходжкіна) – злоякісна пухлина лімфоїдної тканини, яка характеризується гранулематозною будовою з наявністю гігантських клітин Березовського-Штернберга, ураженням лімфатичних вузлів, селезінки, вилочкової залози.

Визнана гіпотеза, за якою процес розпочинається з ураження одного лімфатичного вузла з наступним поширенням клітин первинної пухлини лімфогенним шляхом.

За морфологічною класифікацією лімфогранулематозу розрізняють чотири форми захворювання:

- 1) форма з переважанням лімфоїдної тканини;
- 2) нодулярний склероз;
- 3) змішано-клітинний варіант;
- 4) виснаження лімфоїдної тканини.

Класифікація лімфогранулематозу за стадіями

- I ст.** (локальні форми) – ураження однієї або двох суміжних груп лімфатичних вузлів, які розташовані по один бік від діафрагми;
- II ст.** (регіонарні форми) – ураження двох або більше лімфатичних вузлів несуміжних груп, які розташовані по один бік від діафрагми;
- III ст.** (генералізовані форми) – ураження двох або більше груп лімфатичних вузлів, які розташовані по обидва боки від діафрагми; захоплення у процес селезінки;
- IV ст.** (дисеміновані форми) – екстранодальна локалізація процесу (печінка, легені, кістки та ін.), яка поєднується або не поєднується зі збільшенням лімфатичних вузлів

Клініка. У початкових стадіях хворі скаржаться на втомлюваність, втрату апетиту, збільшення периферичних лімфатичних вузлів. Частіше уражуються шийні, надключичні і пахові лімфатичні вузли. Лімфатичні вузли щільні. Пізніше з'являються загальні симптоми – постійне свербіння шкіри, гарячка, пітливість. Лімфатичні вузли зливаються в конгломерат. У процес можуть втягуватись лімфатичні вузли середостіння і заочеревинного простору.

Діагностика лімфогранулематозу ґрунтується на результатах морфологічного дослідження. Провідним симптомом захворювання є виявлення гігантських багатоядерних клітин Березовського-Штернберга при мікроскопічному дослідженні. Хвороба спостерігається як в молодому (15-35 років), так і в похилому віці (після 55 років), частіше у чоловіків.

У діагностиці і визначенні ступеня поширення лімфогранулематозу велике значення мають рентгенологічні методи (в тому числі комп'ютерна томографія), радіонуклідне, ультразвукове дослідження, які особливо інформативні в разі локалізації пухлини у грудній і черевній порожнинах, кістках, печінці, селезінці, нирках.

Лікування. В останні два десятиріччя у всьому світі перевагу надають комбінованій і комплексній терапії лімфогранулематозу, основними компонентами якої є променева і хіміотерапія. Променеву терапію проводять за так званою радикальною програмою залежно від стадії процесу. Вона включає опромінення практично всіх зон лімфогенного метастазування по обидва боки діафрагми.

Хіміотерапія полягає в застосуванні циклових системних схем введення хіміопрепаратів (циклофосфан, вінбластин, прокарбазин, мустарген, адриабластин, преднізолон тощо).

22.2. Лімфосаркома

Лімфосаркома – злоякісна пухлина, морфологічним субстратом якої є клітинні елементи лімфатичної тканини. Спостерігається в будь-якому віці і локалізується переважно в лімфатичних вузлах, однак нерідко уражуються внутрішні органи і кістковий мозок.

Існують декілька морфологічних варіантів лімфосаркоми: нодулярна, лімфоцитарна, лімфобласта, лімфоплазмоцитарна, імунобластна.

Клініка. Клінічні прояви хвороби залежать від локалізації пухлини й поширення процесу. Захворювання розпочинається із збільшення одного або групи лімфатичних вузлів. Вузли щільні, безболючі, не спаяні між собою і навколишніми тканинами. При прогресуванні процесу лімфатичні вузли утворюють щільні малорухомі конгломерати, які можуть проростати шкіру, нерви, судини і розпадатися (рис. 47, див. вкл.)

При ураженні лімфатичних вузлів середостіння нерідко розвивається синдром стиснення верхньої порожнистої вени (набряк шиї і верхньої половини тулуба, акроціаноз, задишка). Збільшення лімфатичних вузлів брижі тонкої і товстої кишок призводить до їх стиснення і розвитку кишкової непрохідності.

Діагностика. Вирішальним у діагностиці лімфосаркоми є цитологічне і гістологічне дослідження пухлини.

Лікування. Лімфосаркома чутлива до променевої терапії та хіміотерапії. Хворі з локальними формами хвороби отримують гамма-терапію. При поширеному процесі застосовують хіміопрепарати (адриабластин, циклофосфан, вінбластин, вінкрисдин, метотрексат, преднізолон).

Хірургічне лікування проводять при ізольованих ураженнях травного каналу і селезінки.

Комбіноване хіміопроменеве лікування дає змогу досягти повної регресії пухлини у 80-85 % хворих.

22.3. Ретикулосаркома

Ретикулосаркома – злоякісна пухлина, яка розвивається з ретикулярних клітин або гістіоцитів (макрофагів). Клініка і діагностика ретикулосаркоми не відрізняються від таких лімфосаркоми. Спостерігається в будь-якому віці, частіше хворіють чоловіки.

Лікування. Основним методом є хіміотерапія. Застосовують ті самі цитостатики, що й для лікування лімфосаркоми, однак перевагу надають сарколізину, циклофосфану, адриаміцину і рубоміцину. В початкових стадіях застосовують телегамма-терапію (як компонент комбінованого лікування).

Особливості догляду. Хворих на злоякісні лімфоми часто турбують тривала гарячка, пітливість, свербіння шкіри.

При гарячці понад 38 °С хворому якомога частіше дають вітамінізовані напої (фруктові соки, морси, настій шипшини), теплий чай, мінеральну воду. Годувати його слід 6-7 разів на добу невеликими порціями рідкої або напіврідкої їжі, яка легко засвоюється (дієта №13). Тріщини на губах змащують вазеліновим маслом або дитячим кремом. Необхідно ретельно здійснювати туалет ротової порожнини, шкіри (обтирання, обмивання), частіше змінювати натільну і постільну білизну. З медикаментозних препаратів застосовують ацетилсаліцилову кислоту по 0,5 г кожні 6 год, 50 % розчин анальгіну – 2 мл внутрішньом'язово, ацелізін – по 1,0 г внутрішньом'язово, 4 % розчин амідопірину – 10 мл внутрішньом'язово.

Свербіння шкіри вдається зменшити, застосовуючи теплий душ, протирання шкіри 1 % розчином ментолового або саліцилового спирту, призначаючи антигістамінні препарати (дімедрол, піпольфен, супрастин тощо).

Глава 23. Пухлини нирок

Епідеміологія. Пухлини нирок, за даними різних авторів, трапляються у 2-3 % випадків. Чоловіки хворіють в 2 рази частіше, переважно у віці від 40 до 60 років.

Етіологія пухлин нирок остаточно не з'ясована. До причинних факторів відносять вади ембріонального розвитку, обтяжену спадковість, гіперестрогенію, радіоактивне опромінення, травми, сечокам'яну хворобу тощо.

Рак нирки (світлоклітинний рак) – найпоширеніша пухлина цього органа, яка складає близько 90 % від усіх пухлин нирок.

Макроскопічно рак нирки складається з одного або декількох вузлів круглої чи овальної форми. Поверхня нирки горбиста. На розрізі пухлина має характерний вигляд: у паренхімі зустрічаються ділянки жовтого, оранжевого, червоного кольорів. Консистенція вузлів еластична. На ранніх стадіях розвитку пухлина оточена капсулою.

Метастазує світлоклітинний рак лімфогенним шляхом у ворота нирки та паракавальні й парааортальні лімфатичні вузли. Частіше спостерігаються гематогенні метастази в легені, печінку, кістки і головний мозок.

Клініка. В клінічному перебігу раку нирки розрізняють три періоди. Перший – латентний період без клінічних ознак хвороби. Другий період проявляється місцевими ознаками: гематурія, біль, збільшення нирки. Це класична тріада ознак, яка спостерігається приблизно у 15 % хворих. Частіше ж зустрічається один або два симптоми.

Гематурія спостерігається у 70-80 % хворих і виникає раптово. Так само раптово гематурія може припинитись. Повторно кров з'являється в сечі через декілька днів або місяців. В деяких випадках одночасно з гематурією хворих турбує біль в ділянці нирки, що свідчить про можливу закупорку сечовода згустками крові. Накопичення великої кількості кров'яних згустків у сечовому міхурі призводить до гострої затримки сечі.

Пропальпувати збільшену нирку чи пухлину вдається у більшості хворих (75 %), особливо при бімануальній пальпації у положенні хворого на здоровому боці.

Біль при пухлинах нирки трапляється у 60-70 % хворих і залежить від проростання або розтягнення пухлиною капсули нирки, багатої на нервові закінчення.

Третій період характеризується швидким ростом пухлини і метастазуванням. З'являються загальні ознаки, зумовлені інтокси-

кацією організму: підвищення температури тіла, втрата апетиту, втрата маси тіла, загальна слабкість, анемія.

Внаслідок стиснення або проростання пухлиною яєчникової або нижньої порожнистої вен спостерігають розширення вен сім'яного канатика у чоловіків і розширення вен великих соромітних губ у жінок.

Класифікація раку нирки за стадіями TNM

T_0 – первинна пухлина не визначається
T_1 – пухлина ≤ 7 см у найбільшому вимірі, обмежена ниркою
T_2 – пухлина > 7 см у найбільшому вимірі, обмежена ниркою
T_3 – пухлина поширюється на надниркову залозу, або ниркову чи порожнисту вену, або навколониркову клітковину у межах фасції Герота
T_4 – пухлина поширюється за межі фасції Герота
N_0 – немає ознак метастатичного ураження лімфатичних вузлів
N_1 – метастаз в одному лімфатичному вузлі
N_2 – метастази більше, ніж в одному лімфатичному вузлі
M_0 – немає віддалених метастазів
M_1 – наявні віддалені метастази

Групування за стадіями

Стадія I	T_1	N_0	M_0
Стадія II	T_2	N_0	M_0
Стадія III	T_1, T_2	N_1	M_0
Стадія IV	T_3	N_0, N_1	M_0
	T_4	будь-яке N	M_0
	будь-яке T	N_2	M_0
	будь-яке T	будь-яке N	M_1

Діагностика:

- анамнестичні дані (скарги хворого на наявність крові в сечі, біль у ділянці нирки);
- дані фізикального обстеження (наявність пухлини чи збільшеної нирки при пальпації);

- цистоскопія (виділення сечі, забарвленої кров'ю, з правого чи лівого вічка сечоводів);
- оглядова рентгенографія сечовидільної системи;
- екскреторна або ретроградна урографія;
- УЗД нирок;
- комп'ютерна томографія.

Підготовка хворого до рентгенологічного та ультразвукового обстеження сечовидільної системи полягає в ретельному очищенні кишечника від калу і газів. Для цього вилучають з раціону продукти, які сприяють газоутворенню (овочі, фрукти, молоко, сир, чорний хліб, бобові). При метеоризмі призначають активоване вугілля (5-6 таблеток), карболен – по 1 таблетці 4 рази на день. Напередодні ввечері та вранці за 2-3 години до дослідження призначають очисну клізму.

Для урографії застосовують рентгеноконтрастну речовину тріомбраст (верографін), який містить йод. Перед застосуванням препарату слід перевірити індивідуальну чутливість до йоду. Для цього за день до обстеження внутрішньовенно повільно вводять 1 мл тріомбрасту. При підвищеній чутливості (свербіння, кропивниця, нежить, набряки, нездужання) застосування препарату протипоказане.

Лікування. Радикальним методом лікування раку нирок є нефректомія. За наявності збільшених регіонарних лімфатичних вузлів доцільна доопераційна променева терапія. В неоперабельних випадках застосовують паліативну променеву і хіміотерапію.

Особливості догляду. При появі макрогематурії, особливо згустків крові, слід негайно повідомити лікаря. Хворому призначають ліжковий режим, вводять гемостатичні препарати (вікасол, дицинон, амінокапронову кислоту, хлористий кальцій тощо). Необхідно визначити групу крові хворого, резус-фактор та підготувати все необхідне для гемотрансфузії.

Глава 24. Рак сечового міхура

Епідеміологія. Захворюваність на рак сечового міхура становить 8,6-9,0 на 100 тис. населення. В структурі онкозахворюваності чоловічого населення рак сечового міхура складає 4,7 % (9 рангове місце), жіночого – близько 1 % (13 рангове місце). З віком ці показники значно збільшуються. Так, захворюваність на рак сечового міхура у чоловіків у віковій групі 60-80 років зростає до 60,3-126,8 на 100 тис. населення, відповідного віку, у жінок – 6,6-13,8.

Етіологія. До причинних факторів розвитку раку сечового міхура належать куріння, потрапляння в організм анілінових барвників (професійний рак), радіоактивне опромінення.

Більшість пухлин сечового міхура характеризуються екзофітним ростом (папілярний рак на ніжці). Інфільтруючі форми мають вигляд щільного вузла на широкій основі, які проростають інколи всю товщу стінки міхура.

За гістологічною будовою розрізняють перехідноклітинний, анапластичний, плоскоклітинний рак і аденокарциному.

Метастазує рак сечового міхура в лімфатичні вузли таза вздовж нижньої порожнистої вени. Гематогенні метастази спостерігають у печінці, легенях, кістках.

Клініка. Найхарактернішою ознакою раку сечового міхура є мікро- й макрогематурія. Вона може бути одно- або багаторазовою. Макрогематурія може бути із згустками крові або без будь-яких домішок.

З поширенням пухлини виникає інтенсивний біль внизу живота. Ємність сечового міхура зменшується, що спричинює дизурію: сечовипускання частішає, з'являються тенезми.

При розпаді пухлини приєднується інфекція, сеча стає мутною, з неприємним запахом.

У випадках поширення пухлини на вічко сечоводу відбувається його стиснення і, як наслідок, блокада сечоводу з порушенням уродинаміки на боці ураження.

Класифікація раку сечового міхура за стадіями TNM

T_0 – пухлина не визначається
T_{is} – преінвазивна карцинома
T_1 – пухлина поширюється на субепітеліальну сполучну тканину
T_2 – пухлина поширюється на поверхневий м'яз (внутрішня половина)
T_3 – пухлина поширюється на глибокий м'яз (зовнішня половина)
T_4 – пухлина поширюється на будь-яку наступну структуру: простата, матка, піхва, стінка таза, черевна стінка
N_0 – немає метастазів в регіонарні лімфатичні вузли
N_1 – метастази в одному лімфовузлі до 2 см у найбільшому вимірі
N_2 – метастази в одному або декількох лімфовузлах до 5 см у найбільшому вимірі
N_3 – метастази в лімфовузлах розміром понад 5 см
M_0 – немає віддалених метастазів
M_1 – наявні віддалені метастази

Групування за стадіями

Стадія 0	T_{is}	N_0	M_0
Стадія I	T_1	N_0	M_0
Стадія II	T_2	N_0	M_0
Стадія III	T_3	N_0	M_0
Стадія IV	T_4	N_0	M_0
	будь-яке T	N_1-N_3	M_0
	будь-яке T	будь-яке N	M_1

Діагностика:

- анамнестичні дані (гематурія);
- цистоскопія – дає змогу виявити пухлину, характер її росту, величину;
- біопсія пухлини;
- контрастна цистографія: виявляється дефект наповнення або асиметрія сечового міхура;
- ультразвукове дослідження;
- комп'ютерна томографія.

Лікування. Для лікування раку сечового міхура застосовують хірургічний, променевий, хіміотерапевтичний і комбінований методи. Об'єм хірургічних втручань коливається від застосування електрокоагуляції до цистектомії. Вибір методу залежить від стадії, форми росту пухлини, її локалізації в сечовому міхурі, віку хворого тощо. Найуживанішою є – резекція сечового міхура.

Променева терапія використовується у передопераційному і післяопераційному періодах.

При неоперабельних пухлинах сечового міхура проводять паліативні курси променевої терапії.

Особливості догляду. Після операцій на сечовому міхурі необхідний догляд за дренажами і катетером. Медична сестра повинна вести точний облік виділеної сечі, стежити за її кольором, змащувати шкіру мазями і своєчасно змінювати марлеві серветки біля дренажів.

У випадках припинення сечовиділення для перевірки прохідності дренажних трубок або катетера рекомендовано ввести за допомогою шприца 10-15 мл фурациліну або риванолу. При неефективності маніпуляції – повідомити лікаря.

Одним із грізних ускладнень променевої терапії раку сечового міхура є **променевий цистит**. Він проявляється постійним ниючим болем внизу живота, частим болючим сечопуском, інколи з домішками крові в сечі. З метою місцевого знеболювання і зменшення запального процесу проводять щоденні інстиляції сечового міхура 0,8 % стерильним розчином метилурацилу або 10-20 % його суспензією в персиковій олії. Інколи доцільні інстиляції 1-2 % розчину коларголу, 5-10 % розчину димексиду. Кількість розчину на одну інстиляцію не повинна перевищувати 40-50 мл. Перед інстиляцією сечовий міхур промивають розчином фурациліну 1:5000. Для промивання сечового міхура використовують кружку Есмарха або шприц Жане: 40-50 мл розчину повільно вводять через катетер і відразу ж випускають назад, повторюючи маніпуляцію до чистого прозорого розчину. Тривалість лікування – 7-10 днів.

Для стимулювання репаративних процесів у сечовому міхурі показані інстиляції дибунолу. 10 мл 10 % лініменту дибунолу розбавляють в 20-30 мл 0,25-0,5 % розчину новокаїну.

При розвитку пізніх променевиx циститів, які характеризуються торпідним перебігом, ефективні інстиляції суспензії гідрокортизону (2-5 мл на 30-40 мл фурациліну).

Глава 25. Рак простати

Епідеміологія. Захворюваність на рак передміхурової залози (простати) становить понад 17 на 100 тис. чоловічого населення, а питома вага його в структурі онкозахворюваності чоловіків складає 5 % (4-те рангове місце). Однак з віком зазначена хвороба значно частішає, становлячи у віковій групі 70-80 років 155-200 на 100 тис. чоловічого населення.

Етіологія. За результатами експериментальних і клінічних досліджень, велику роль у виникненні і рості пухлин передміхурової залози відіграють гормональні зрушення в організмі. У крові хворих на рак простати спостерігають підвищений вміст андрогенів, а кастрація і лікування естрогенами призводять до регресії пухлини і її метастазів.

Найчастіше трапляється морфологічно диференційована форма раку простати – аденокарцинома (70 %), недиференційовані форми спостерігаються не частіше, ніж у 18-20 % випадків.

Клініка. Захворювання на рак простати тривалий час може перебігати безсимптомно і виявлятися лише під час профілактичних оглядів при пальцевому ректальному дослідженні.

У переважної більшості хворих провідною ознакою хвороби є порушення сечовипускання. Дизуричні явища полягають у затрудненні сечовиділення, його сповільненні у вигляді тонкого струменя або краплями, відчуттям неповного випорожнення сечового міхура і частими позивами до сечовипускання.

Гематурія і біль у ділянці промежини свідчать про поширення пухлини за межі залози ($T_{3,4}$).

Метастазує рак передміхурової залози в кістки таза, хребет, стегно. “Радикуліт” у мужчин похилого і старечого віку повинен стати приводом для обстеження передміхурової залози і рентгенобстеження кісток.

Класифікація раку простати за стадіями TNM

T ₀ – первинна пухлина не визначається
T ₁ – пухлину виявлено випадково при морфологічному дослідженні, не пальпується
T ₂ – пухлина проявляється клінічно, віалізується, обмежена залозою
T ₃ – пухлина поширюється за межі капсули залози, або на шийку сечового міхура, або на сід'яні пухирці
T ₄ – нерухома пухлина, яка поширюється на суміжні структури
N ₀ – немає метастазів у регіонарні лімфовузли
N ₁ – метастаз в одному лімфовузлі до 2 см у найбільшому вимірі
N ₂ – метастаз в одному або декількох лімфовузлах розміром до 5 см
N ₃ – метастази в лімфовузлах > 5 см у найбільшому вимірі
M ₀ – немає віддалених метастазів
M ₁ – наявні віддалені метастази
G _x – ступінь диференціації не може бути визначений
G ₁ – високий ступінь диференціації (легка анаплазія)
G ₂ – середній ступінь диференціації (середня анаплазія)
G ₃ , G ₄ – низький ступінь диференціації /недиференційована пухлина (виражена анаплазія)

Групування за стадіями

Стадія I	T ₁	N ₀	M ₀	G ₁
Стадія II	T ₁	N ₀	M ₀	G ₂ -G ₄
	T ₂	N ₀	M ₀	будь-яке G
Стадія III	T ₃	N ₀	M ₀	будь-яке G
Стадія IV	T ₄	N ₀	M ₀	будь-яке G
	будь-яке T	N ₁	M ₀	будь-яке G
	будь-яке T	будь-яке N	M ₁	будь-яке G

Діагностика. Основним методом діагностики раку простати є пальцеве дослідження її через пряму кишку. На ранніх стадіях визначається одне або декілька ущільнень. У пізніших стадіях залоза стає щільною, горбистою, без чітких контурів.

Для виявлення віддалених метастазів необхідно провести рентгенобстеження кісткової системи і легень.



Рис. 48. Пункційна біопсія передміхурової залози.

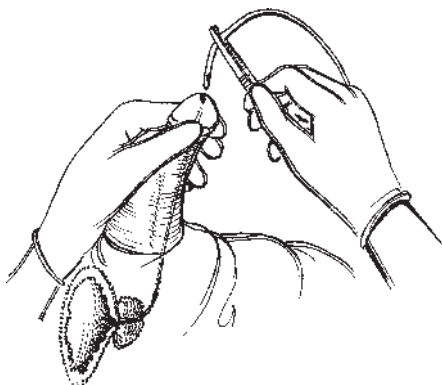


Рис. 49. Катетеризація сечового міхура м'яким катетером.

Остаточний діагноз раку встановлюють на основі біопсії (рис. 48).

Важливу роль у діагностиці пухлин простати відіграють УЗД і комп'ютерна томографія.

Лікування. Основними методами лікування раку простати є променева терапія і гормонотерапія. Оскільки у переважної більшості хворих пухлина діагностується у поширених стадіях, хірургічне лікування (простатектомія) застосовується рідко. В останні роки поширення набуває метод кріодеструкції.

Особливості догляду. При затримці сечі, яка часто виникає при раку передміхурової залози, з'являється потреба у катетеризації сечового міхура (рис. 49). Медична сестра бере в ліву руку статевої член, відкриває його голівку і ретельно протирає її антисептичним розчином. Пра-

вою рукою поступово, з невеликим зусиллям, вводить м'який стерильний катетер, кінець якого змащений гліцерином. Зовнішній кінець катетера опускають в посудину, куди повинна стікати сеча. Не можна торкатись рукою до тієї частини катетера, яка контактуватиме із слизовою уретри. Катетер просовують пінцетом до появи цівки сечі.

Увага! • Металевий та еластичний катетери вводить тільки лікар.
• Якщо при введенні катетера відчувається перешкода, не намагайтесь подолати її. Це може призвести до пошкодження слизової уретри.

- Порушення правил асептики призведе до інфікування сечовивідних шляхів. Медична сестра повинна працювати в стерильних рукавичках.

Глава 26. Злоякісні пухлини жіночих статевих органів

26.1. Рак шийки матки

Епідеміологія. Захворюваність на рак шийки матки в Україні становить 18,2 на 100 тис. жіночого населення (1997 р.), а в структурі онкозахворюваності жінок посідає 5-те рангове місце. Стан діагностики можна охарактеризувати наступними показниками: питома вага хворих, виявлених при профоглядах, складає 33,1 %, летальність до року – 18,7 %.

Етіологія. До причинних факторів відносять часті пологи, часту зміну статевих партнерів, венеричні захворювання, інфікування вірусами герпесу та папіломи.

Фоном для розвитку раку шийки матки є ерозії, лейкоплакії і поліпи. До передракових станів належить дисплазія – порушення нормального розміщення шарів епітелію шийки матки і вогнищева проліферація окремих клітин. У хворих на дисплазію рак шийки матки має шанс розвинути у 20 разів частіше, ніж у здорових.

Рак шийки матки буває внутрішньоепітеліальний (преінвазивний, *carcinoma in situ*), мікроінвазивний (інвазія в строму на глибину до 5 мм від базальної мембрани) та інвазивний.

За характером росту пухлини розрізняють екзофітну, ендофітну і змішану форми.

При екзофітній формі пухлина росте у просвіт піхви, втрачає гладкість, набуває вигляду цвітної капусти і може виповнювати просвіт піхви.

Ендофітна форма характеризується проростанням пухлини у м'язовий шар шийки матки, внаслідок чого обсяг шийки матки збільшується, вона ущільнюється. При розпаді пухлини утворюється

кратероподібна виразка. Рак шийки матки може поширюватися на тіло матки, параметрій, піхву.

Клініка залежить від стадії процесу. Перебіг преінвазивного та мікроінвазивного раку безсимптомний (доклінічна стадія). У I стадії ($T_1N_0M_0$), при якій пухлина обмежена шийкою матки, можуть бути серозні або серозно-кров'яністі виділення, контактна кровотеча після статевого акту, вагінального дослідження чи огляду в дзеркалах. У II-III стадіях ($T_{2,3}N_{0,1}M_0$), коли пухлина поширюється на тіло матки і стінки таза, з'являється біль внизу живота і в попереку; виділення серозно-гнійні, мають вигляд м'ясних помий, неприємний запах (вони є наслідком витікання лімфи і крові при розпаді пухлини).

У хворих порушується загальний стан, з'являються швидка втомлюваність, дратівливість.

Діагностика. Гінекологічне обстеження включає в себе огляд шийки матки в дзеркалах та дворучне вагінальне дослідження (рис. 50).

Під час огляду в дзеркалах визначають форму шийки матки, її анатомічний стан та розміри. При внутрішньоепітеліальному та мікроінвазивному раку можна побачити зміни, характерні для псевдоерозії. При дотику тампоном до місця ураження може з'явитись мікрокровотеча.

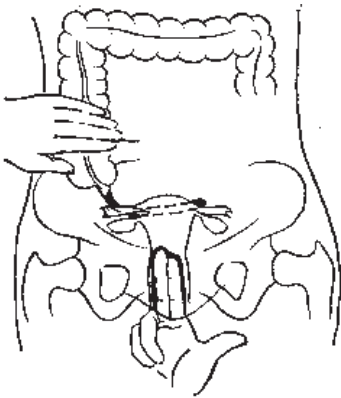


Рис. 50. Дворучне вагінальне дослідження.

Дворучне вагінальне дослідження дозволяє визначити консистенцію шийки і тіла матки, наявність інфільтрації. Для раку шийки матки характерна щільність і горбистість пухлини. Обов'язковим елементом огляду хворої з підозрою на рак шийки матки є пальцеве ректальне дослідження.

Методом ранньої діагностики раку шийки матки є цитологічне дослідження секрету цервікального

каналу та шийки матки. **Забір матеріалу для цитологічного дослідження** здійснюється за допомогою шпателя або відповідного інструмента; матеріал переноситься на предметне скло і тонко нашаровується на його поверхні. Необхідно підкреслити, що результат цитологічного дослідження залежить від якості забору матеріалу. Матеріал, зібраний із заднього склепіння піхви, не придатний через деструкцію клітин.

У пацієнок групи ризику, а також хворих на фоні захворювання і рубцеві зміни шийки матки, гінекологічний огляд повинен закінчуватись обов'язковим заборою матеріалу для цитологічного дослідження (не менше двох разів на рік).

До методів ранньої діагностики раку шийки матки відносять кольпоскопію. Завдяки 25-30-кратному збільшенню об'єкта дослідження є можливість проведення прищільної біопсії. Широке впровадження методів кольпоскопії і цитологічного дослідження при профілактичних оглядах жінок у віці понад 30-35 років дозволило значно підвищити рівень ранньої діагностики раку шийки матки та покращити результати його лікування.

Класифікація раку шийки матки за стадіями TNM

T_0 – первинна пухлина не визначається
T_{is} – преінвазивна карцинома
T_1 – пухлина обмежена маткою
T_2 – пухлина поширюється за межі матки, але без проростання стінки таза або нижньої третини піхви
T_3 – пухлина поширюється на стінку таза і/або на нижню третину піхви і/або призводить до гідронефрозу
T_4 – пухлина проростає слизовий шар сечового міхура чи прямої кишки або поширюється за межі малого таза
N_x – не досить даних для оцінки регіонарних лімфатичних вузлів
N_0 – немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів
N_1 – наявні метастази в регіонарних лімфатичних вузлах
M_x – не досить даних для визначення віддалених метастазів
M_0 – віддалені метастази відсутні
M_1 – наявні віддалені метастази

Групування за стадіями

Стадія 0	T_{is}	N_0	M_0
Стадія I	T_1	N_0	M_0
Стадія II	T_2	N_0	M_0
Стадія III	T_3	N_0	M_0
	T_1, T_2	N_1	M_0
	T_3	будь-яке N	M_0
Стадія IV	T_4	будь-яке N	M_0
	будь-яке T	будь-яке N	M_1

Лікування. Вибір методу лікування залежить від стадії ракового процесу. У випадках преінвазивного (T_{is}) і мікроінвазивного (T_{1a} , глибина інвазії до 5 мм) раку шийки матки з'являється можливість проведення органозберігаючих операцій (електроконізація, ампутація шийки матки). Здійснюють також просту екстирпацію матки (особливо у випадках поєднання раку з кістою яєчника або фіброміомою матки). При раку шийки матки в стадії T_{1b} (глибина інвазії > 5мм) здійснюють комбіноване лікування – опромінення + розширена екстирпація матки.

При II-III стадіях ($T_{2,3}$) раку шийки матки проводять поєднано-променевиий метод лікування, який передбачає місцеве опромінення пухлини гамма-променями (аплікаційний, внутрішньопорожнинний, близькофокусна рентгенотерапія) і дистанційну гамма-терапію регіонарних лімфатичних вузлів.

Застосування опромінення нерідко призводить до розвитку ускладнень – променевого ректиту і променевого циститу. Хворих турбує біль внизу живота, який посилюється під час сечовипускання і акту дефекації, тенезми, дизуричні явища.

Лікування зазначених ускладнень складне і довготривале. Воно вимагає уважного, чуйного ставлення до хворої, терпіння і витримки з боку медичного персоналу. З лікувальною метою застосовують інстиляції і мікроклізми настоями трав, олією шипшини, обліпихи, ректальних свічок з анестезином, седативних препаратів тощо.

Особливості догляду. Для внутрішньопорожнинної променевої терапії раку шийки матки застосовують спеціальні лінійні препарати і кольпостати, які вводять безпосередньо в шийку або підводять до неї і надійно тампонують. Догляд за хворими вимагає, перш за все, спостереження за: а) можливою кровотечею; б) зміщенням радіоактивних препаратів.

Кровотеча найчастіше виникає внаслідок травмування пухлини радіоактивними препаратами або при її розпаді. Для попередження кровотечі хворим необхідний повний спокій; призначають ліки, які зміцнюють судинну стінку (рутин, вікасол, вітамін Р). Перед лікуванням очищають товсту кишку, зменшують її перистальтику і газоутворення. При кровотечі радіоактивні препарати видаляють, прикладають холод на низ живота, вводять гемостатичні препарати. В окремих випадках тампонують піхву марлевими ситонами.

Зміщення введених радіоактивних форм відбувається при необережних рухах хворої, кашлі, чханні, позивах до сечовипускання і дефекації.

27.2. Рак тіла матки

Епідеміологія. Захворюваність на рак тіла матки в Україні становить 22,4 випадки на 100 тис. жіночого населення (1997 р.). В структурі онкозахворюваності жінок посідає 4-е рангове місце, поступаючись раку молочної залози, шкіри та шлунка. Питома вага хворих на рак тіла матки, виявлених під час профілактичних оглядів, складає 18,7 %, а показник смертності до 1-го року – 15,7 %.

Етіологія. Важлива етіологічна роль у розвитку раку ендометрія належить гормонам. У 60-70 % хворих спостерігаються підвищена естрогенна активність, яка поєднується з порушенням жирового і вуглеводного обмінів. До причинних чинників відносять також обтяжену спадковість, вірусну інфекцію, пригнічення імунітету. До фонових захворювань і передракових станів – залозисту гіперплазію ендометрія, поліпи і атипову гіперплазію ендометрія. Важка форма атипової гіперплазії ендометрія рівнозначна преінвазивному раку (CIS).

Клініка. Провідним симптомом раку тіла матки є кров'яністі виділення або кровотеча. Заслужують на увагу нерегулярні маткові кровотечі у жінок із збереженою менструальною функцією. У жінок, які знаходяться у менопаузі, будь-які кров'яністі чи водяністі виділення вимагають ретельного гінекологічного обстеження. Біль при раку тіла матки виникає переважно при значному поширенні процесу і не відноситься до ранніх ознак. Із загальних ознак виділяють анемію, ди-зуричні розлади, підвищення температури тіла, загальну слабкість.

Класифікація раку тіла матки за стадіями TNM

T_0	– первинна пухлина не визначається
T_{is}	– преінвазивна карцинома
T_1	– пухлина обмежена тілом матки
T_2	– пухлина поширюється на шийку матки, але не за межі матки
T_3	– пухлина поширюється на додатки, піхву
T_4	– пухлина проростає слизовий шар сечового міхура чи товстої кишки або поширюється за межі малого таза
N_x	– не досить даних для оцінки регіонарних лімфатичних вузлів
N_0	– немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів
N_1	– наявні метастази в регіонарних лімфатичних вузлах
M_x	– не досить даних для визначення віддалених метастазів
M_0	– віддалені метастази відсутні
M_1	– наявні віддалені метастази

Групування за стадіями

Стадія 0	T_{is}	N_0	M_0
Стадія I	T_1	N_0	M_0
Стадія II	T_2	N_0	M_0
Стадія III	T_3	N_0	M_0
	T_1-T_3	N_1	M_0
Стадія IV	T_4	будь-яке N	M_0
	будь-яке T	будь-яке N	M_1

Діагностика. З метою ранньої діагностики раку тіла матки формують групу ризику. До неї належать:

- хворі на цукровий діабет;

- хворі з ожирінням;
- хворі на фіброміому матки;
- жінки з обтяженим онкологічним анамнезом;
- жінки з пізньою менопаузою;
- жінки з дисфункцією яєчників в анамнезі;
- хворі на гіпертонію;
- жінки, що не вагітніють.

Пацієнти з групи ризику проходять регулярні (двічі на рік) профілактичні огляди з використанням огляду шийки матки в дзеркалах, дворучного вагінального дослідження і забором матеріалу для цитологічного дослідження (методику див. “Рак шийки матки”). Обов’язковим є забір матеріалу шляхом вишкрібання цервікального каналу і окремо – вишкрібання порожнини матки.

Для забору матеріалу з порожнини матки може бути використаний аспіраційний метод – за допомогою маткової канюлі, насадженої на шприц.

Рентгенографія матки (гістерографія) за допомогою введеного в її порожнину контрасту дає можливість визначити локалізацію, розміри, поширення по стінках матки пухлини.

З діагностичною метою використовують комп’ютерну томографію і ультрасонографію.

Діагностична лапароскопія дозволяє визначити ступінь поширення пухлини за межі матки, провести біопсію.

Лікування. Основним методом лікування раку тіла матки є хірургічний – екстирпація матки з додатками.

За наявності протипоказань до хірургічного лікування або відмови хворої від операції, методом вибору може стати поєднано-променевиий спосіб лікування. Суть його полягає у дистанційному опроміненні параметрію і контактному (внутрішньоматковому) опроміненні основної пухлини в матці.

Особливості догляду. Перед операцією очищають товсту кишку від калу за допомогою очисних клізм, проводять катетеризацію сечового міхура і туалет зовнішніх статевих органів.

У молодих жінок після операції може розвинутихся кастраційний синдром. Хворих турбують відчуття жару, припливів до голови, заніміння кінцівок, серцебиття, задишка, головний біль,

пiтливiсть, бiль у дiлянцi серця, запаморочення. В таких випадках застосовують серцевi та седативнi препарати, психотерапiю, гормональнi препарати (за призначенням лiкаря).

27.3. Пухлини яєчникiв

Епiдеміологія. Захворюванiсть на злоякісні пухлини яєчникiв складає 16,2 на 100 тис. жiночого населення. Вона стрiмко зростає пiсля 45 рокiв, складаючи у вiковiй групi 45-79 рокiв 30-45 на 100 тис. населення вiдповiдного вiку. У той же час рiвень ранньої дiагностики злоякісних пухлин яєчникiв залишається низьким. Питома вага хворих, виявлених при профiлактичних оглядах жiнок, становить 13,9 % (1997 р.). До 1-го року з часу розпiзнавання хвороби вмирають 41 % хворих.

Етіологія. Рак яєчникiв належить до гормонозалежних пухлин. Загальний механiзм розвитку злоякісних пухлин яєчникiв, за переконанням бiльшостi фахівцiв, полягає у порушеннях гормонального балансу в системi “гiпофiз-яєчники“ у бiк естрогенної гiперстимуляцiї. Вiкове пiдвищення концентрацiї гонадотропiнiв у кровi поєднується iз збiльшенням захворюваностi на рак яєчникiв, а тривале застосування контрацептивних стероїдiв, якi знижують секрецiю гонадотропiнiв, супроводжується зменшенням частоти захворювання у 2-3 рази.

Розрiзняють первинний рак яєчникiв (розвивається з покривного епiтелiю), вторинний (з папiлярної або псевдомуцинозної кiстоми) i метастатичний (метастази раку молочної залози, шлунково-кишкового тракту).

Клініка. Рак яєчника в початковiй стадiї перебiгає безсимптомно. Порушення загального стану визначається у жiнок з пухлинним процесом, який прогресує. З'являються швидка втомлюванiсть, слабiсть, схуднення, пiтливiсть, постiйний тупий ниючий бiль внизу живота за рахунок асцити, задишка.

Класифікація раку яєчників за стадіями TNM

T_0 – первинна пухлина не визначається
 T_1 – пухлина обмежена яєчниками
 T_2 – пухлина уражує один або обидва яєчники з поширенням на таз
 T_3 – пухлина уражує яєчники, сальник, може поширюватись на кишку, метастази по очеревині, в заочеревинні лімфатичні вузли

N_0 – немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів

N_1 – наявні метастази в регіонарні лімфатичні вузли

M_0 – немає віддалених метастазів

M_1 – наявні віддалені метастази (в печінку, плевральну порожнину)

Групування за стадіями

Стадія I	T_1	N_0	M_0
Стадія II	T_2	N_0	M_0
Стадія III	T_3	N_0	M_0
	будь-яке T	N_1	M_0
Стадія IV	будь-яке T	будь-яке N	M_1

Діагностика:

- бімануальна пальпація дозволяє визначити в ділянці придатків пухлину щільної консистенції, горбисту;
- ультразвукове дослідження;
- лапароскопія;
- пункція черевної порожнини (через заднє склепіння), цитологічне дослідження пунктату;
- комп'ютерна томографія.

Лікування. Основним методом лікування раку яєчників вважають хірургічний: надпихова ампутація або екстирпація матки з придатками і резекцією сальника. Обов'язковим компонентом лікування хворих є застосування поліхіміотерапії. Особливого значення поліхіміотерапія набуває при поширених формах раку яєчників (III і IV стадії).

Особливості догляду. Перебіг захворювання часто супроводжується розвитком асцити. При вираженій задишці вдаються до пункції черевної порожнини та евакуації асцитичної

рідини (див. Розділ III – “Асцит”). З асцитичною рідиною хворі втрачають велику кількість білка. При асциті і дисемінації пухлини по очеревині погіршується діяльність кишечника. Тому велике значення надають раціональному харчуванню хворих. Їжа повинна бути легкозасвоюваною, містити достатню кількість білка, вітамінів, мінеральних солей (дитячі суміші, кисломолочні продукти, відварена яловичина, курятина, риба, яйця, фруктові соки). Хворим обмежують вживання рідини. При застосуванні сечогінних препаратів призначають препарати калію (аспаркам, панангін, оротат калію). У випадках погіршення стану хворої вдаються до парентерального харчування.

НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ І ТЕРМІНОВА МЕДИЧНА ДОПОМОГА В КЛІНІЧНІЙ ОНКОЛОГІЇ

Невідкладні стани і необхідність термінової допомоги онкологічним хворим можуть виникнути в наступних клінічних ситуаціях:

- Загрозливий для життя онкологічного хворого стан розвивається до того, як у нього діагностована злоякісна пухлина.
- Загрозливий для життя онкологічного хворого стан розвивається під час проведення специфічного лікування (хірургічного, променевої та хіміотерапії).
- Загрозливий для життя стан розвивається у хворого в термінальній стадії онкологічної хвороби.

Усі названі ситуації потребують різних підходів у діагностиці і лікуванні.

Рішення про застосування всього комплексу сучасних лікувальних заходів повинно базуватись не лише на результатах ретельного діагностичного дослідження, але й всебічному аналізі прогнозу перебігу хвороби.

Особливо слід наголосити на можливий розвиток гострих невідкладних станів в онкологічних хворих, які безпосередньо не зв'язані з пухлинним процесом і вимагають термінового реагування та вжиття відповідних заходів з боку медичного персоналу (наприклад, гостра кишкова непрохідність, перфорація виразки шлунка, гострий апендицит тощо).

Тампонада серця

Під терміном “тампонада серця” слід розуміти стиснення серця рідиною, яка накопичується в порожнині серцевої сорочки. Злоякісні пухлини також можуть бути причиною тампонади серця. Смерть від тампонади настає тоді, коли серце перестає виконувати

насосну функцію, а серцевий викид настільки малий, що призводить до розвитку циркуляторного колапсу. Накопичення в порожнині перикарда випоту внаслідок інфільтрації його пухлиною – найбільш типовий механізм тампонади серця як ускладнення онкологічної хвороби. Інколи тампонада є наслідком стиснення перикарда безпосередньо пухлиною.

Клінічні прояви:

- гострий біль і відчуття тиснення в ділянці серця;
- задишка;
- акроціаноз, здуття вен шиї, блідість шкіри;
- тахікардія, аритмія, падіння артеріального тиску;
- почуття тривоги, неспокій, напруження.

Діагностика:

- на електрокардіограмі – значне зменшення електричної активності серця (низький вольтаж, зниження зубця Р і комплексу QRS-T);
- на рентгенограмі органів грудної клітки – збільшення тіні серця і наявність рівня рідини в порожнині перикарда.

Лікування:

- пункція перикарда і екстрена евакуація рідини з порожнини перикарда;
- внутрішньовенне введення ізотонічного розчину хлориду натрію або 5 % розчину глюкози;
- інгаляція зволоженого кисню;
- введення серцевих глікозидів.

Особливості догляду

Для зменшення задишки хворого розміщують у напівсидячому положенні, періодично підключають до кисневої подушки. Зняття болю в ділянці серця досягають призначенням препаратів, до складу яких входять спазмолітики (но-шпа), анальгін і антигістамінні засоби (димедрол, супрастин). Транквілізатори (седуксен, сібазон, еленіум, мепробамат) знижують збудливість кори головного мозку, знімають почуття страху. Медична сестра щогодини вимірює артеріальний тиск.

Плевральний випіт

Спостерігається у хворих на рак молочної залози, легень, яєчників, при злоякісних лімфомах і свідчить про поширення злоякісного процесу.

Клінічні прояви:

- порушення дихання при навантаженні (тахіпноє, поверхнєве дихання);
- задишка в спокої;
- кашель;
- акроціаноз, запаморочення.

Діагностика:

- рентгенографія грудної клітки;
- пункція плевральної порожнини з цитологічним дослідженням рідини.

Лікування

Плевральна пункція і евакуація рідини (рис. 51). Після цитологічного дослідження плеврального випоту і верифікації діагнозу злоякісної пухлини показане призначення системної поліхіміотерапії і/або внутрішньоплевральна інстиляція цитостатиків: тіо-теф – до 60 мг, або мітоксантрон – 30-50 мг, або циклофосфан – 200-400 мг.

Особливості догляду

Для покращання роботи серцево-судинної і дихальної системи призначають серцеві глікозиди, сечогінні препарати, бронхолітики, препарати калію (панангін, аспаркам, оротат калію), напівсидяче положення в ліжку, періодичні інгаляції зволоженого кисню.

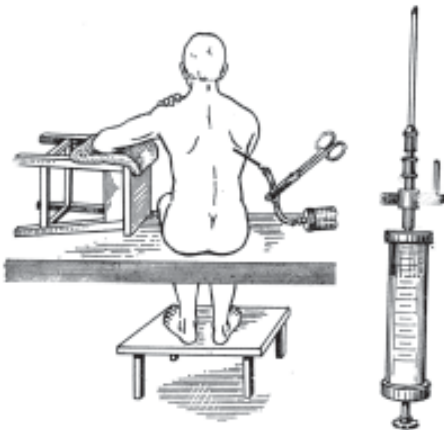


Рис. 51. Пункція плевральної порожнини.

Асцит

Спостерігається у випадках метастатичного ураження очеревини при злоякісних пухлинах шлунково-кишкового тракту, яєчників, печінки й інших органів.

Лікування і догляд за хворими

Лапароцентез. Перед процедурою хворий повинен обов'язково спорожнити сечовий міхур. Видаляють асцитичну рідину повільно, щоб запобігти розвитку гемодинамічних порушень внаслідок перерозподілу крові. Після евакуації асцитичної рідини можливе проведення системної поліхіміотерапії і/або внутрішньочеревна інстиляція цитостатиків (5-фторурацил). З антиеметичною метою за годину до початку хіміотерапії призначають блокатори 5-НТ₃-рецепторів: зофран – 8 мг всередину або китрил по 1 мг.

Асцит, як правило, супроводжується ознаками дихальної недостатності (задишка, акроціаноз, тахікардія). Для зменшення зазначених проявів хворому дають дихати зволженим киснем, призначають серцеві препарати (строфантин, корглікон), бронхолітики (еуфілін), сечогінні препарати (фуросемід, лазикс), препарати калію (панангін, аспаркам, оротат калію).

Синдром верхньої порожнистої вени

Причини:

- стиснення пухлиною верхньої порожнистої вени ззовні;
- проростання злоякісною пухлиною стінки вени;
- тромбоз верхньої порожнистої вени.

Найчастішими причинами розвитку синдрому верхньої порожнистої вени є рак легенів (дрібноклітинний, недиференційований) і злоякісні лімфоми, рідше – рак стравоходу, молочної залози.

Клінічні прояви:

- задишка, кашель;
- набряк обличчя, шиї і верхніх кінцівок;
- синюшність шкіри верхньої половини тулуба;
- здуття вен шиї і передньої грудної стінки;
- сонливість, запаморочення, непритомність.

Діагностика:

- рентгенографія грудної клітки у прямій і боковій проєкціях;
- стандартна томограма або комп'ютерна томографія дозволяють виявити контури патологічного процесу в середостінні;
- морфологічна верифікація діагнозу (біопсія лімфатичного вузла, стеральна пункція).

Увага! Необхідно пам'ятати, що в гострих ситуаціях, пов'язаних із серцево-легеневою недостатністю, не слід затримувати екстрену терапію синдрому верхньої порожнистої вени спробами встановити точний морфологічний діагноз. Це можна здійснити у сприятливіший час, після зняття клінічних проявів, що загрожують життю хворого.

Лікування

Підставою для симптоматичного лікування кава-синдрому є набряк і синюшність обличчя, розширення і набухання вен шії і передньої грудної стінки, задишка, тахіпное, тахікардія.

- *Променева терапія* (дистанційна гамма-терапія) в сумарній вогнищевій дозі 40-50 Гр. Для зняття гострих проявів синдрому доцільне екстрене щоденне опромінення середостіння великими фракціями (по 5 Гр) протягом 4-5 днів (25 Гр). Остаточний режим телегамма-терапії і сумарну дозу визначають після морфологічного підтвердження діагнозу.
- *Хіміотерапія*. Найуживанішими цитостатиками є циклофосфан, метотрексат, фторурацил, доксорубіцин, цисплатин. Схеми лікування і комбінації цитостатиків визначають після встановлення морфологічного діагнозу.
- Призначення *глюкокортикоїдів* рег ос або в/м'язово – преднізолон (40-60 мг), гідрокортизон (120-150 мг).

Особливості догляду

Симптоматична терапія повинна супроводжувати проведення спеціальних методів лікування. Вона включає призначення діуретиків, бронхолітиків, сечогінних препаратів, інгаляцію кисню, напівсидяче положення в ліжку, введення серцевих середників, тимчасове (на 2 год) накладання джгутів на кінцівки. Для заспокоєння хворого призначають транквілізатори (тазепам, седуксен, еленіум).

Гострі неврологічні ускладнення

Неврологічні ускладнення виникають у більшості випадків внаслідок поширення (генералізації) онкологічного процесу і можуть проявлятися раптово, різким порушенням багатьох функцій. Однак частіше важкі неврологічні ускладнення починаються з малопомітних, незначних проявів, симптомів-передвісників. У випадках ранньої діагностики і цілеспрямованого лікування неврологічна симптоматика зникає або ж значно послаблюється.

Набряк головного мозку

В клінічній онкології синдром набряку (набухання) головного мозку виникає внаслідок ураження його метастазами, крововиливу, радіаційного некрозу. Ознаки метастатичного ураження головного мозку зазвичай починаються непомітно і повільно прогресують. Однак нерідко важкі ознаки ураження головного мозку можуть з'явитись раптово, створюючи небезпеку для життя хворого. В таких ситуаціях надзвичайно важлива екстрена допомога.

Набряк головного мозку і вибухання його через великий потиличний отвір настає в результаті росту пухлини, збільшення її об'єму і, як наслідок, підвищення внутрішньочерепного тиску.

Клінічні прояви:

- головний біль;
- блювання;
- гикавка;
- прогресуюча сонливість, ступор і кома;
- порушення дихання (дихання Чейн-Стокса);
- гіпертензія;
- зниження гостроти зору;
- ригідність потиличних м'язів.

Лікування:

- гіпервентиляція легень зволженим киснем (при необхідності – інтубація);
- дегідратація: введення 20 % розчину манітолу внутрішньовенно в дозі 25-100 г. Манітол швидко знижує внутрішньочерепний тиск. Тривалість дії препарату – 4-6 год. Оптимальна доза манітолу – у межах 0,25 г/кг;

- дексаметазон 100 мг внутрішньовенно крапельно (ударна доза), потім по 25 мг 4 рази на добу. Кортикостероїди зменшують набряк головного мозку;
- протисудомні засоби: фенобарбітал по 100-200 мг внутрішньом'язово кожні 2 години, підтримуюча доза – 50-10 мг всередину щоденно. Крім фенобарбіталу, можна призначати дифенін, гексамідин, бензонал;
- гіпотензивні препарати;
- катетеризація сечового міхура.

Оскільки набряк головного мозку відноситься до невідкладних станів, лікування необхідно починати ще до того, як буде встановлений точний діагноз. На фоні лікування доцільно провести комп'ютерну томографію. При необхідності показане хірургічне втручання.

Стиснення спинного мозку

Компресія спинного мозку може бути зумовлена метастазами пухлини або ж зміщенням хребців внаслідок їх деструкції. Ранній діагноз і своєчасне лікування є вирішальними у попередженні пошкодження спинного мозку. Найчастіше метастазують у хребет рак молочної залози, легень і простати. Рівень стиснення спинного мозку буває різний, але найчастіше уражується грудний і поперековий відділи. Основними методами діагностики є рентгенографія хребта і комп'ютерна томографія.

Клінічні прояви:

- біль локальний або іррадіючий (типу радикулярного синдрому);
- парестезії, порушення чутливості;
- параплегія;
- прогресуюча загальна слабкість.

Лікування:

- постільний режим (лежачи на спині на щиті);
- променева терапія;
- кортикостероїди – дексаметазон 10 мг внутрішньовенно одноразово, потім по 4 мг per os через кожні 6 год протягом двох днів, з наступним поступовим зменшенням дози.

Кома

Кома – стан непритомності, який поєднується з відсутністю активних рухів, зниженням або повним випаданням рефлексів і реакцій на зовнішні подразнення, а також розладами дихання і серцевої діяльності.

Коматозний стан може розвинути внаслідок росту пухлини головного мозку або ж у результаті ендогенної інтоксикації.

Клініка

Розрізняють:

- коматозний стан легкого ступеня;
- коматозний стан середнього ступеня;
- коматозний стан важкого ступеня;

Кома легкого ступеня характеризується збереженням реакцій на сильні больові подразники, а також реакції зіниць на світло, корнеальних і сухожильних рефлексів. При комі середньої важкості зникають реакції на больові подразники, різко знижуються зіничні, корнеальні і сухожильні рефлекси, порушуються ковтання, дихання і серцева діяльність. Важка кома характеризується випаданням рефлексів, розширенням зіниць, загальною агонією, різким порушенням дихання і серцевої діяльності.

Діагностика:

- ехоенцефалографія – відзначається зміщення серединних структур головного мозку;
- електроенцефалографія, комп'ютерна томографія – наявність вогнища ураження в одній із півкуль мозку.

Лікування і особливості догляду:

- постійний нагляд за хворим у палаті інтенсивної терапії: положення хворого на бoku, попередження западання язика (вставити повітровід), туалет ротової порожнини, попередження пролежнів (під крижі і лопатки підкладають гумовий круг);
- нормалізація дихання: періодичне підключення кисню, стимуляція дихального центру (введення лобеліну), призначення бронхолітиків (еуфілін), гіпербарична оксигенація. При необхідності – інтубація і штучна вентиляція легень;
- призначення серцевих препаратів;
- профілактика набряку мозку: введення альбуміну, плазми, кальцію хлориду; сечогінних засобів (фуросеміду, лазиксу);

- корекція центральної гемодинаміки і кислотно-лужної рівноваги: призначення поляризуючої суміші – 250 мл 5-10-20 % розчину (глюкози, 0,5-1 мл 0,06 % розчину корглюкону, 4-16 ОД інсуліну, 30-50 мл 4 % розчину калію хлориду внутрішньовенно крапельно, а також розчину натрію гідрокарбонату – з розрахунку 0,05-0,15 г препарату на 1 кг маси тіла хворого);
- катетеризація сечового міхура.

Інсульт ішемічний

Ішемічний інсульт – інфаркт мозку. Розвивається внаслідок закупорення (тромбемболії) судин, які постачають кров'ю головний мозок, і в онкологічних хворих є наслідком гіперкоагуляції.

Клініка:

- раптовий сильний головний біль;
- непритомність;
- повторне блювання;
- геміпарез;
- тахікардія;
- порушення дихання;
- розлади ковтання;
- зниження гостроти зору.

Інтенсивність симптомів залежить від площі ураження головного мозку.

Лікування і особливості догляду:

- посилення кровопостачання мозку (кавінтон, цинаризин, ксантинолу нікотинат);
- покращання мікроциркуляції (реополіглюкін, курантил, аспірин);
- антикоагулянти (гепарин, пелентан, синкумар);
- дегідратаційна терапія (фуросемід, дексаметазон, лазикс);
- серцеві глікозиди (при зниженому АТ): корглікон, строфантин;
- масаж, дихальна гімнастика;
- профілактика пролежнів: зміна положення хворого, протирання шкіри крижів і лопаток спиртом, підкладання гумового круга;
- регулярне випорожнення сечового міхура м'яким катетером;
- харчування через зонд.

Судинні порушення в головному мозку

В онкологічних хворих з наявністю генералізованих форм хвороби спостерігають судинні порушення в центральній нервовій системі. Вони виникають внаслідок гіперкоагуляції – підвищення активності згортальної системи крові.

Клініка

Клінічні прояви характеризуються загальними ознаками судинних порушень головного мозку у всіх випадках синдрому дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові, а також локальним ураженням головного мозку у 50 % випадків.

Загальні ознаки:

- порушення свідомості;
- психомоторне збудження;
- епілептичні напади;
- ступорозний стан;

Локальні ознаки:

- геміпарез;
- афазія;
- церебральна сліпота.

Лікування

Призначають антикоагулянти прямої (гепарин) або непрямої дії (пелентан, неодикумарин, синкумар).

Стеноз (обструкція) трахеї

Причиною непрохідності трахеї є її звуження або стиснення ззовні внаслідок масивного місцевого поширення пухлинного процесу. Найчастіше непрохідність трахеї викликають пухлини гортані, легень, стравоходу і щитоподібної залози.

Клініка:

- стенотичне (свистяче) дихання, ортопноє;
- захриплість голосу;
- кашель.

Діагностика:

- рентгенографія органів грудної клітки у прямій і боковій проекціях, томографія;
- бронхоскопія.

Лікування

Залежить від рівня і ступеня обструкції трахеї. До невідкладних заходів належать забезпечення дихання хворого зволеним киснем (киснева подушка) та призначення бронхолітиків: 2,4 % розчин еуфіліну – 10 мл внутрішньовенно, 5 % розчин ефедрину – 1 мл у 500 мл фізіологічного розчину, внутрішньовенно крапельно. При гострому звуженні трахеї і загрозі асфіксії показана термінова трахеостомія, інтубація трахеї, резекція трахеї.

Стеноз стравоходу

Найчастішим ускладненням раку стравоходу є його стеноз.

Клініка:

- дисфагія – порушення проходження їжі по стравоходу – розвивається поступово впродовж декількох місяців. Спочатку спостерігається порушення прохідності твердої їжі, а згодом – рідкої;
- біль за грудниною;
- блювання відразу після прийняття їжі (раннє блювання).

Діагностика:

- рентгенографія стравоходу з контрастом;
- езофагоскопія.

Лікування

В операбельних випадках здійснюють резекцію або екстирпацію стравоходу. За наявності протипоказань проводять променеву терапію.

У хворих на неоперабельні пухлини стравоходу інколи виконують паліативні операції: накладання гастро- або єюностомі, інтубація стравоходу.

Пілоростеноз

Стеноз вихідного (дистального) відділу шлунка при прогресуванні пухлинного процесу розвивається у абсолютної більшості хворих на рак шлунка. Розрізняють компенсований, субкомпенсований і декомпенсований пілоростеноз.

Клініка:

- біль, відчуття переповнення і важкості в епігастрії після прийняття їжі;

- відрижка з неприємним запахом (запах тухлих яєць);
- блювання через 8-12 год після прийняття їжі (пізні блювання);
- шум “плескоту”, посилена перистальтика шлунка;
- схуднення, зневоднення організму.

Діагностика:

- рентгеноскопія (-графія) шлунка після попереднього промивання шлунка: розширення шлунка, гастроптоз;
- гастроскопія – звуження пілороантрального відділу шлунка, “дефект” наповнення;
- біохімічний аналіз крові (ахлорідрія).

Лікування:

- дистальна резекція шлунка.
- обхідний гастроентероанастомоз.
- корекція водно-електролітного складу крові.

Особливості догляду

Підготовка хворих з пілоростенозом до операції повинна бути інтенсивною, а тривалість її – не перевищувати 3-5 днів. Для зменшення проявів диспепсичного та інтоксикаційного синдромів проводять щоденне промивання шлунка через шлунковий зонд (методу див. вище). У хворих з пілоростенозом завжди спостерігаються закрепи, інколи – калові завали товстої кишки. В таких випадках призначають послаблювальні препарати: касторове масло – по 1 ст. ложці 3 рази на день, 33 % розчин сульфату магнію – по 1 ст. л. 3 рази на день. Увечері обов'язкова очисна клізма до повного звільнення кишки від калових мас.

У зв'язку із значним порушенням водно-сольового і білкового обміну хворим внутрішньовенно вводять щоденно фізіологічний розчин (1000-1500 мл), розчин Рінгера (500-1000 мл), 5 % розчин глюкози (500 мл), плазму крові або білкові замітники (250-300 мл), 3 % розчин калію хлориду – 10 мл, полівітаміни.

Після операції у першу добу медична сестра повинна щогодини вимірювати артеріальний тиск. Починаючи з другої доби, з метою профілактики пневмонії проводять дихальну гімнастику, призначають періодичне вдихання зволоженого кисню. В так званий “газовий період” (4-5 доба) призначають клізму з 10 % розчином натрію хлориду, обережно вводять у пряму кишку газовідвідну трубку, змащену вазеліном. Для попередження пролежнів хворо-

го періодично перевертають на бік, спиртом протирають 2-3 рази на день шкіру в ділянці криж і лопаток, розгладжують складки постільної білизни.

Тонкокишкова непрохідність

Непрохідність тонкої кишки на ґрунті пухлини виникає порівняно рідко і зумовлена первинним ураженням кишки карциноїдом, аденокарциномою, саркомою або ж метастазами з інших органів (товста кишка, яєчники, шлунок).

Клініка:

- переймистий біль у животі;
- здуття живота, тимпаніт;
- невідходження газів, посилена голосна перистальтика;
- відсутність випорожнень;
- нудота, блювання.

Діагностика:

- оглядова рентгеноскопія (-графія) черевної порожнини.

Лікування:

- резекція тонкої кишки;
- декомпресійна інтубація тонкої кишки.

Товстокишкова непрохідність

Основною причиною товстокишкової непрохідності є рак ободової і прямої кишок. Пухлини поза товстою кишкою, які викликають її непрохідність, розміщуються, як правило, в тазі (пухлини яєчників, матки). У 75 % хворих обтураційна кишкова непрохідність спостерігається при ураженні пухлиною лівої половини товстої кишки.

Клініка

Симптоми непрохідності товстої кишки з'являються поступово та із збільшенням пухлини невпинно зростають:

- Переймистий біль у животі.
- Затримка випорожнень.
- Невідходження газів.
- Здуття живота, позитивний симптом Валя.
- Нудота і блювання – у випадках ураження ілеоцекального кута.

При пальпації живота нерідко визначається горбиста пухлина.

Діагностика:

- оглядова рентгеноскопія (-графія) черевної порожнини (наявність чаш Клойбера);
- іригоскопія (звуження кишки, дефект наповнення);
- колоноскопія, біопсія.

Лікування

У випадках наявності пухлини правої половини товстої кишки показана одномоментна правобічна геміколектомія. При пухлинах лівої половини товстої кишки доцільно на першому етапі виконати резекцію кишки з накладанням колостоми, після чого підготувати товсту кишку до операції з поновленням неперервності ободової кишки.

Особливості догляду

Основними клінічними проявами тонко- і товстокишкової непрохідності є переймистий біль у животі, здуття живота, затримка випорожнень, невідходження газів, нудота і блювання. Тому завдання передопераційної підготовки – зменшити прояви диспепсичного та інтоксикаційного синдромів. Перш за все, необхідно ввести шлунковий зонд і промити шлунок. Корисною є також очисна клізма і введення в пряму кишку газовідвідної трубки.

Увага! Категорично заборонено призначати проносні препарати, оскільки вони призведуть до посилення перистальтики і погіршення стану хворого.

Паранефральна блокада і призначення спазмолітиків дозволить зменшити або зняти переймистий біль у животі. Для двобічної паранефральної блокади використовують 0,25 % розчин новокаїну в кількості до 300 мл. Із спазмолітиків призначають но-шпу 2 % розчин в дозі 2-4 мл внутрішньом'язово або 0,2 % розчин платифіліну – 1-2 мл підшкірно.

Обов'язковим є звільнення сечового міхура від сечі за допомогою м'якого катетера. Перед введенням стерильного катетера в сечовий міхур голівку статевого члена обробляють спиртом чи антисептиком, а катетер змащують стерильним вазеліном. Вводять його за допомогою стерильного анатомічного пінцета.

Догляд за хворими у післяопераційному періоді спрямований на профілактику і виведення хворого із стану шоку, корекцію порушень водно-електролітного і білкового обміну, попередження і лікування ускладнень. Постійний нагляд за хворим здійснює медична сестра. Щогодини визначають показники гемодинаміки (пульс, артеріальний тиск, центральний венозний тиск) та частоту дихання. У випадках зниження рівня гемодинамічних показників і легеневої недостатності медична сестра негайно інформує лікаря. Важливим є визначення втрати рідини за добу. Для цього визначають добовий об'єм сечі, кількість рідини, що виділяється із шлунка і кишки через інтубаційний зонд. Крім того, враховують середні втрати рідини у вигляді пари при диханні (800 мл) і з потом (500 мл). Всього за добу хворий втрачає 3-4 л рідини. Ця цифра є орієнтиром для поповнення добового дефіциту рідини у вигляді фізіологічного розчину, розчину Рінгера, 5 % розчину глюкози. Важливу роль в коригуючій терапії відіграють білкові препарати (плазма, альбумін, протеїн). Загальна кількість введених за добу білків не повинна бути меншою 20-25 % від загальної кількості введеної рідини. Для компенсації дефіциту калію вводять 7,5 % розчин хлористого калію (з розрахунку дефіциту К в крові).

Тривалі внутрішньовенні інфузії можуть ускладнитись тромбофлебітом відповідної вени. Тому доцільно в таких випадках накласти пов'язку з гепариновою маззю або маззю Вишневського у вигляді зігріваючого компресу. На уражену ділянку пов'язку накладають в такій послідовності: серветка з маззю, целофан, вата, бинтування.

Туалет ротової порожнини здійснюють 3-4 рази на добу шпателем, загорненим у декілька шарів марлі і змоченим слабким содовим розчином або фурациліном. У ранньому післяопераційному періоді завданням медичної сестри є проведення дихальної гімнастики та профілактика пролежнів.

Перфорація кишки

Перфорація – грізне ускладнення раку товстої кишки. Виникає раптово і є наслідком розпаду пухлини.

Клініка

За клінічними проявами перебіг перфорації може бути гострим і атиповим.

При гострому перебігу перфорації кишки спостерігається класична клінічна картина:

- раптовий сильний біль в животі;
- блідість шкірних покривів;
- холодний піт на обличчі;
- вимушене положення хворого в ліжку, частіше на боку з приведеними до живота колінами;
- тахікардія, гіпотонія;
- іноді одноразове блювання.

Атиповий клінічний перебіг перфорації спостерігається у хворих із зниженою реактивністю організму та у випадках так званих прикритих перфорацій. В ослаблених хворих та похилому віці захворювання проходить без виразної загальної і місцевої реакції. Незважаючи на наявність перфорації кишки, напруження м'язів, болючість живота при пальпації і симптом Щоткіна-Блюмберга виражені у цих хворих слабо. У подальшому відбувається поступове зростання явищ перитоніту з розвитком парезу кишечника і серцево-судинної недостатності.

Прикрита перфорація кишки (сусідніми петлями тонкої кишки, сальником, червеною стінкою тощо) характеризується локальним болем в животі, напруженням м'язів, які обмежені місцем перфорації. Там же виявляються і ознаки подразнення очеревини. Слід пам'ятати, що при атиповому перебігу перфорації хворі можуть поводитись досить активно.

Діагностика:

- клінічне обстеження хворого (виражена локальна болючість, напруження м'язів передньої черевної стінки, симптоми пневмоперитонеуму (наявність газу в черевній порожнині, відсутність “печінкової тупості” – симптом Жобера), симптоми подразнення очеревини);
- загальний аналіз крові (лейкоцитоз, зсув формули крові вліво, пришвидшення ШОЕ);
- оглядова рентгенографія черевної порожнини (наявність газу під куполом діафрагми).

Лікування і особливості догляду

Лікування перфорації здійснюється хірургічним методом.

При появі симптомів перфорації медична сестра повинна негайно повідомити лікаря. Показаний суворий ліжковий режим і холод на живіт.

Увага! Забороняється до приходу лікаря введення знеболювальних препаратів, вживання їжі, очисні клізми.

Обтураційна жовтяниця

Причиною непрохідності жовчних шляхів можуть бути злоякісні пухлини, які виникають із внутрішньопечінкових (рідше) або позапечінкових (частіше) проток. Злоякісна пухлина часто локалізується в загальній печінковій або загальній жовчній протоках, жовчному міхурі, великому дуоденальному сосочку, голівці підшлункової залози. Тривала жовтяниця (понад 3-4 тижні) призводить до незворотних змін у печінці і розвитку печінкової недостатності.

Клініка:

- жовтяниця, інтенсивність якої поступово, але неспинно зростає;
- біль у правому підребер'ї, постійний, ниючий;
- симптом Курвуазье – збільшений розтягнутий жовчний міхур;
- сверблячка;
- ахолічний кал;
- темна сеча (кольору пива).

Діагностика:

- гіпербілірубінемія;
- підвищення в крові рівня лужної фосфатази;
- ультразвукове дослідження;
- ендоскопічна ретроградна холангіографія;
- черезшкірна транспечінкова холангіографія;
- радіоізотопне сканування печінки.

Лікування:

- Лікування механічної жовтяниці здійснюється лише хірургічним методом.
- Радикальне хірургічне лікування через поширення процесу і важкість стану у більшості хворих неможливе.

- Головне завдання – декомпресія жовчних шляхів і відведення жовчі (холедоходуоденостомія, холедохоєюностомія, холецистоентеростомія, зовнішнє дренажування жовчних шляхів тощо).

Особливості догляду

Більшість хворих на обтураційну жовтяницю поступають у клініку в пізній стадії (через 3-4 тижні і більше з моменту її появи) з ознаками важкої інтоксикації, порушення функції печінки, нирок, згортання крові (втрата апетиту, слабкість, сверблячка, нудота, проноси, олігурія, схуднення). Нерідко розвивається гепатолієнальний синдром: збільшуються печінка і селезінка, з'являються асцит, розширення вен стравоходу. Рівень білірубіну в крові перевищує 150 мкмоль/л. Виникає загроза внутрішньої кровотечі. Враховуючи важкість стану, такі хворі потребують особливої уваги і догляду з боку середнього медичного персоналу. Для хворих виділяють окрему палату, а в разі потреби – індивідуальний пост медичної сестри.

Мета передопераційної інфузійної терапії – корекція волемічних і гемодинамічних порушень (плазма, альбумін, серцеві глікозиди), нормалізація реологічних властивостей крові (розчин Рінгера – 1-1,5 л, реополіглюкін – 500 мл, курантил – 200-300 мг на добу), покращення функції печінки (40 % розчин глюкози – 80-100 мл з інсуліном – 6-10 од, аскорбінова кислота).

Для зменшення свербіння шкіри призначають антигістамінні препарати (супрастин – 0,025 г 3 рази на день; піпольфен – 0,025 г 3 рази на день), заспокійливі засоби (еленіум – 0,005-0,01 г 2-3 рази на день; седуксен – 0,005-0,01 г 2-3 рази на день; тазепам – 0,01 г 1-4 рази на день). Шкіру протирають вологим рушником, регулярно проводять туалет ротової порожнини.

Хворим похилого та старечого віку з ознаками серцево-судинної недостатності доцільне введення гормональних препаратів (60-100 мг преднізолону або 100-125 мг гідрокортизону на 500 мл фізіологічного розчину внутрішньовенно крапельно).

В післяопераційному періоді необхідний частий (не рідше 2 разів на добу) контроль за згортальною системою крові (загроза холемічної кровотечі). Зниження рівня протромбіну (менше 35 %)

і збільшення часу згортання крові є підставою для призначення вікасолу – 1 мл 1-2 рази внутрішньом'язово, желатинолю – 250-500 мл 8 % розчину внутрішньовенно.

Харчування повинно бути частішим (5-6 разів на день), дробними дозами. Призначається рідка їжа, дитячі суміші, соки, вітаміни.

Гостра затримка сечі

Затримка чи припинення сечопуску настає при непрохідності сечових шляхів вище або нижче рівня сечового міхура.

Непрохідність сечоводів розвивається переважно внаслідок стиснення їх або проростання пухлиною, яка поширюється із суміжних органів (рак шийки матки, яєчників, товстої кишки, заочеревинна саркома).

Непрохідність уретри спостерігається частіше у чоловіків у випадках раку простати або раку сечового міхура, який поширюється на уретру.

При розпаді пухлини сечового міхура і розвитку кровотечі може настати тампонада міхура згустками крові, яка призводить до гострої затримки сечопуску.

Клініка:

- гематурія;
- біль внизу живота або попереку;
- затримка сечі.

Діагностика:

- пальцеве дослідження простати;
- цистоскопія;
- видільна чи ретроградна урографія;
- комп'ютерна томографія.

Лікування

Лікування залежить від локалізації пухлини та її поширення. При первинних пухлинах сечоводів показана нефроуретеректомія. Вторинне втягнення сечоводів в пухлинний процес диктує необхідність пересадки сечоводів у кишку або катетеризацію і виведення їх на шкіру. При непрохідності уретри необхідна декомпресія сечового міхура шляхом накладання епіцистостоми.

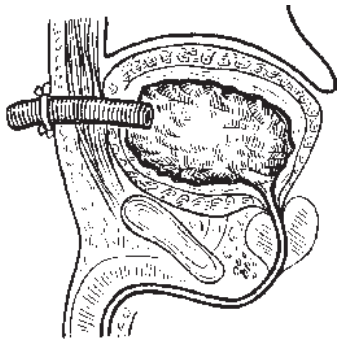


Рис. 52. Схема епіцистостоми.

Догляд за епіцистостоною

У випадках, коли операція на сечових шляхах завершується накладанням епіцистостоми, підвищується ризик їх інфікування (рис. 52). Ретельний догляд за стоною дозволяє уникнути цього ускладнення. Необхідно своєчасно міняти сечоприймач. Шкіру навкруги трубки щоденно обробляють розчинами антисептиків. Подразнені ділянки змащують вазеліном або пастою Лассара. Один раз на 2-3 дні сечовий міхур промивають розчином фурациліну.

Тромбози і кровотечі

Причини тромбозів і кровотеч:

- Вплив пухлини на гемостаз.
- Вплив протипухлинної терапії (операційна травма, хіміо- і промене- лікування).
- Причини, не пов'язані з онкозахворюванням.

Тромбози як прояв пухлини трапляються частіше, ніж кровотечі, однак вони є невід'ємними складовими єдиного процесу коагуляції і визначають суть синдрому дисемінованого внутрішньосудинного згортання (ДВЗ).

Механізм підвищеного тромбоутворення остаточно не з'ясований. Первинною реакцією гемостазу на наведені вище причини є утворення пробки з тромбоцитів, що спричинює активацію системи коагуляції, зокрема факторів XII, IX, VIII, X і V. Це призводить до утворення в кров'яному руслі з протромбіну тромбіну і перетворення фібриногену у фібрин, який випадає в осад завдяки активуючому факторові XII. Формування тромбів відбувається на основі відкладання тромбоцитів та фібрину за активної участі фосфоліпідів та іонів кальцію.

Як вже було сказано, синдром ДВЗ включає і тромбоз, і гемо- рагію.

Основні порушення при синдромі ДВЗ

- Мікротромбоз дрібних судин і, як наслідок, гіпоксія органів і тканин, олігурія, зменшення серцевого викиду.
- Вторинна активація кінінової системи і пошкодження тромбоцитів призводить до метаболічного ацидозу і гіпотонії.
- Тромбоцитопенія і виснаження згортальної системи крові спричиняють розвиток геморагічного діатезу.
- Активація системи згортання крові провокує вторинну активацію фібринолітичної системи, результатом якої є посилення геморагії.

Клінічні прояви

- Рецидивуючий або мігруючий тромбофлебіт.
- Тромбоемболія легневих і периферичних артерій.
- Тромботичний ендокардит, ішемічний інсульт.
- Дифузна кровотеча (кровохаркання, блювання “кофейною гущею”, гематурія, мелена тощо).

Лабораторна діагностика:

- час згортання крові;
- тривалість кровотечі;
- протромбіновий індекс;
- вміст фібриногену в сироватці крові;
- кількість тромбоцитів.

Лікування і особливості догляду

Хворому призначають суворий ліжковий режим. У випадках хронічного синдрому ДВЗ, який поєднується з тромбозом, призначають антикоагулянти прямої (гепарин по 5000-10000 ОД внутрішньовенно або внутрішньом'язово через кожні 4-6 год) або непрямої дії (неодикумарин, пелентан по 0,1-0,2 г 3 рази на добу).

При гострому синдромі ДВЗ, ускладненому кровотечею, застоюють препарати, які посилюють згортання крові і зменшують фібриноліз: вікасол – 1 % розчин по 1 мл внутрішньом'язово; дицинон – 12,5 % розчин по 1-2 мл підшкірно; кальцію хлорид – 10 % розчин по 10-20 мл внутрішньовенно; епсилон-амінокапронову кислоту 5 % розчин по 100 мл внутрішньовенно.

Показане переливання плазми, фібриногену, тромбоцитарної маси. Доцільне введення інгібіторів протеолізу (трасилол, контри-

кал, гордокс). Для зменшення проникності судинної стінки вводять 10 % розчин кальцію хлориду – 10-20 мл внутрішньовенно; 5 % розчин аскорбінової кислоти – 5-10 мл.

Переливання препаратів крові та кровозамінників
Трансфузії виконуються з обов'язковою участю лікаря. Оскільки переливання компонентів крові і кровозамінників є серйозною операцією і може супроводжуватись виникненням ускладнень і реакції, догляд за пацієнтами повинен бути особливо ретельним.

Протягом 2-3 год після переливання хворий повинен дотримуватись суворого ліжкового режиму. В цей період йому заборонено приймати їжу. Щогодинно вимірюють частоту пульсу і артеріальний тиск. Через кожні 3-4 год вимірюють температуру.

Всі показники занотуюють у листку спостереження. При появі пропасниці або підвищенні температури тіла хворого зігрівають (обкладають грілками, напувають гарячим солодким чаєм). Особливо ретельно спостерігають за сечовипусканням. Вимірюють кількість виділеної сечі, звертають увагу на її колір. Через добу необхідно призначити загальний аналіз крові і сечі.

Кожне переливання препаратів крові повинно бути зафіксоване в історії хвороби і в спеціальному журналі з вказівкою на проведені проби і реакції, що спостерігались.

Гіперкальціємія

Гіперкальціємія – одне з найтипівіших ускладнень злоякісних пухлин (рак молочної залози, легень, пухлини голови і шиї, мієлома, гіпернефрома та ін.). Виникає внаслідок підвищеної резорбції кальцію в кістках і зменшення екскреції його нирками. Деструкція кісткової тканини і вихід кальцію в кров відбувається під гормональним впливом пухлини або її метастазів (простагландин Е, фактор активізації остеокластів, паратгормон). Гіперкальціємія зменшує швидкість фільтрації в клубочках. Діючи безпосередньо на каналці, вона порушує концентраційну функцію нирок, що характеризується великою втратою води, дегідратацією. Прогресивно розвивається азотемія.

Клініка:

- загальна слабкість, сонливість з переходом в ступор і кому;
- анорексія, нудота, блювання;

- зневоднення;
- брадикардія, аритмія, гіпертензія;

Діагностика

- визначення рівня кальцію в крові;

Лікування

Концентрація кальцію $\leq 3,25$ ммоль/л (130 мг/л). Клінічні прояви незначні

1. Вживання великої кількості рідини, збільшення рухової активності.

Концентрація кальцію 3,25-3,75 ммоль/л (130-150 мг/л). Помірна клінічна симптоматика.

1. Гідратація шляхом внутрішньовенного вливання ізотонічного розчину хлориду натрію – 4-6 л/д.

2. Фуросемід – 40-100 мг кожні 12-24 год. Лікування розпочинати після нормалізації об'єму циркулюючої крові.

3. Калій – 40-80 ммоль/добу.

Концентрація кальцію $> 3,75$ ммоль/л. Різко виражена клінічна симптоматика.

1. Гідратація: ізотонічний розчин хлориду натрію – 6-10 л/добу. Контроль за ЦВТ: підтримувати на рівні 100 мм вод. ст.

2. Фуросемід – 40-80 мг кожні 6 год при величині ЦВТ 100 мм вод. ст.

3. Калій – 15-20 ммоль/л розчину хлориду натрію.

4. При відсутності зменшення рівня кальцію через добу:

а) кальцитонін 3-8 ОД/кг маси кожні 6 год внутрішньом'язово;

б) мітраміцин – 26 мкг/кг внутрішньовенно.

5. При високому рівні креатиніну й олігурії показаний гемодіаліз.

Особливостями догляду за хворими є проведення заходів, спрямованих на зменшення проявів диспепсичного синдрому, порушень серцевої діяльності та усунення зневоднення організму.

З метою лікування нудоти і блювання призначають блокатори 5-НТ₃-рецепторів: зофран по 8 мг внутрішньовенно або всередину, китрил – по 1 мг 2 рази на день всередину або 3 мг на 50 мл 5 % розчину глюкози внутрішньовенно, навобан – по 5 мг внутрішньовенно або всередину 1 раз на день протягом тижня. Задовіль-

ний ефект спостерігається при призначенні препаратів беладоли (настоянка беладоли – по 5-10 крапель, екстракт беладоли – 0,02 г 2-3 рази на день), антигістамінних препаратів (димедрол – 0,05 г на ніч; супрастин – 0,025 г 2-3 рази на день), нейролептиків (аміназин по 10-25 мг всередину кожні 4-6 год).

Клінічними проявами зневоднення є м'язова слабкість, адинамія, головний біль, сухість язика, тахіаритмія, гіпотонія. Лікування полягає передусім у введенні 30-40 мл 10 % розчину хлориду калію, розчину Рінгера або 0,9 % розчину хлориду натрію (1000-1500 мл), 5 % розчину глюкози (1000 мл). При гіпокаліємії на кожен літр рідини додають 1-2 г хлориду калію. З метою корекції метаболічного ацидозу показане введення 400-600 мл 4 % розчину гідрокарбонату натрію. З антиаритмічних засобів призначають анаприлін – по 0,03-0,06 г на добу, корданум – по 0,05 г 2-3 рази на добу.

Гостра ниркова недостатність (ГНН)

Термін ГНН характеризує швидке зменшення швидкості або припинення клубочкової фільтрації і ниркового кровообігу, що призводить до накопичення в крові кінцевих продуктів азотистого обміну і шлаків (сечовина, креатинін) з прогресуючим розвитком уремії.

Причини ГНН:

- Поширення пухлини на паренхіму нирки, сечоводи і сечовий міхур.
- Токсичний вплив пухлини на нирки (продуктами метаболізму).
- Наслідки (ускладнення) хіміотерапії, променевої і антимікробної терапії.

Клініка:

- олігурія (добовий діурез < 100 мл);
- нудота, блювання, пронос, спрага;
- набряк обличчя;
- гіпертензія (у частини хворих);
- інколи спостерігають перикардит, аритмії, гостра лівошлункова недостатність, геморагічний синдром.

Діагностика:

- визначення концентрації креатиніну, сечовини в крові;
- УЗД, ретроградна урографія, цистоскопія, комп'ютерна томографія.

Лікування

Лікування ГНН визначають причинами, які її викликали. При поширенні пухлини на нирки чи сечові шляхи і розвитку обструкції показане хірургічне лікування. В розвинутій стадії ГНН – медикаментозна терапія, спрямована на покращання мікроциркуляції в нирках, збільшення діурезу, боротьбу з ацидозом, гіперкаліємією. Нерідко хворим показаний гемодіаліз.

Остеолітичні деструкції і переломи кісток

У третини онкологічних хворих спостерігають метастазування в кістки.

Особливо часто метастазують у кістки рак молочної залози, простати, легень, нирки, щитоподібної залози. При раку молочної залози кістки уражуються у 60 % випадків. У 25 % хворих метастази в кістки завершуються патологічними переломами, які потребують невідкладної допомоги. Найчастіше уражуються хребет, ребра, кістки таза, 20 % випадків – довгі трубчасті кістки кінцівок.

Клінічні прояви:

- Постійний ниючий біль різної інтенсивності, особливо в зонах статичного навантаження (грудний і поперековий відділи хребта, таз, нижні кінцівки).
- Ознакою патологічного перелому може бути посилення болю, порушення функції кінцівок.
- При компресії спинного мозку розвивається корінцевий синдром (парестезії, гіпестезії, м'язова слабкість і атрофія, порушення функції сфінктерів).

Діагностика:

- рентгенографія скелета, комп'ютерна томографія;
- сцинтиграфія скелета з допомогою радіоактивного фосфору, технецію тощо;
- біопсія кістки, морфологічна верифікація діагнозу;
- визначення вмісту лужної фосфатази, кальцію і фосфору в сироватці крові.

Лікування і особливості догляду

У випадках патологічного перелому, особливо довгих трубчастих кісток, на перших порах показана іммобілізація кістки (гіпсова лонгета, шина Дітріха, Крамера) у подальшому – остеосинтез.

При ураженнях шийного відділу хребта рекомендують іммобілізацію за допомогою “шийного комірця”.

При загрозі порушення опорної функції хребта (грудний і поперековий відділи хребта) показаний ліжковий режим (на щиті), або ж гіпсова пов'язка у вигляді жилета. У більшості хворих після проведення невідкладних заходів показана променева і поліхімію-терапія.

При порушенні функції сфінктерів настають мимовільні сечовипускання і дефекація. В обов'язки медичного персоналу входять своєчасна зміна білизни, туалет промежини, профілактика мацерації шкіри (протирання спиртом, змащування захисними пастами, присипання тальком).

Тестові завдання

Із запропонованих 5 варіантів відповідей виберіть єдиний правильний. Правильні відповіді до запитань дивись на сторінці 203.

Класифікація пухлин

1. Яким символом позначають ступінь диференціації пухлини?
 - A. P
 - B. T
 - C. N
 - D. M
 - E. G
2. Для якої пухлини застосовують класифікацію Кларка?
 - A. Лімфогранулематоз
 - B. Гепатоцелюлярний рак
 - C. Меланома
 - D. Рак товстої кишки
 - E. Мезотеліома плеври
3. Для якої пухлини застосовують класифікацію Дьюка?
 - A. Злоякісна лімфома
 - B. Меланома
 - C. Гепатоцелюлярний рак
 - D. Рак товстої кишки
 - E. Мезотеліома плеври
4. Для якої пухлини застосовують класифікацію за системою Анн-Арбора?
 - A. Злоякісна лімфома
 - B. Меланома
 - C. Гепатоцелюлярний рак
 - D. Рак товстої кишки
 - E. Мезотеліома плеври.

Лікування злоякісних пухлин

5. Як називається операція, при якій видаляють основну пухлину і залишають метастази?
- A. Радикальна
 - B. Симптоматична
 - C. Умовнорадикальна
 - D. Паліативна
 - E. Симультанна
6. Як називається операція, при якій повністю видаляють пухлину і регіонарні метастази?
- A. Радикальна
 - B. Симптоматична
 - C. Паліативна
 - D. Симультанна
 - E. Комбінована
7. Як називається операція, при якій усувають провідний симптом, не видаляючи основної пухлини?
- A. Радикальна
 - B. Симптоматична
 - C. Паліативна
 - D. Симультанна
 - E. Комбінована
8. Яка з названих операцій є симптоматичною?
- A. Гастректомія
 - B. Пульмонектомія
 - C. Трахеостомія
 - D. Геміколектомія
 - E. Ларингектомія
9. До якої групи цитостатиків належить циклофосфан?
- A. Алкілюючі
 - B. Антиметаболіти
 - C. Антибіотики
 - D. Препарати рослинного походження
 - E. Синтетичні препарати

10. До якої групи цитостатиків належить метотрексат?
 - A. Алкілюючі
 - B. Антиметаболіти
 - C. Антибіотики
 - D. Препарати рослинного походження
 - E. Синтетичні препарати
11. До якої групи цитостатиків належить вінкристин?
 - A. Алкілюючі
 - B. Антиметаболіти
 - C. Антибіотики
 - D. Препарати рослинного походження
 - E. Синтетичні препарати
12. До якої групи цитостатиків належить мітоміцин C?
 - A. Алкілюючі
 - B. Антиметаболіти
 - C. Антибіотики
 - D. Препарати рослинного походження
 - E. Синтетичні препарати
13. До якої групи цитостатиків належить 5-фторурацил?
 - A. Алкілюючі
 - B. Антиметаболіти
 - C. Антибіотики
 - D. Препарати рослинного походження
 - E. Синтетичні препарати
14. З якою метою в онкології застосовують цитокіни?
 - A. Для трансформації злоякісної пухлини в доброякісну
 - B. Для знищення мікрометастазів після операції
 - C. З цитостатичною метою
 - D. Для профілактики і лікування мієлосупресії
 - E. Для потенціювання дії променевої терапії.
15. Який препарат має виражену кардіотоксичну дію?
 - A. L-аспарагіназа
 - B. Доксорубіцин
 - C. Блеоміцин
 - D. Вінкристин
 - E. Цисплатин

16. Який із цитостатиків має виражену нефротоксичну дію?
- A. 5-фторурацил
 - B. Доксорубіцин
 - C. Блеоміцин
 - D. Цисплатин
 - E. Вінкристин
17. Який із цитостатиків має нейротоксичну дію?
- A. Блеоміцин
 - B. Доксорубіцин
 - C. Метотрексат
 - D. L-аспарагіназа
 - E. Вінкристин.

Рак шкіри

18. Назвіть етіологічний фактор, який не викликає раку шкіри.
- A. Інсоляція
 - B. Обвітрування
 - C. Радіоактивне опромінення
 - D. Гормональні порушення
 - E. Контакт з хімічними канцерогенами
19. Яка із названих пухлин шкіри не є доброякісною?
- A. Стареча кератома
 - B. Базаліома
 - C. Кератоакантома
 - D. Шкірний ріг
 - E. Папілома
20. Назвіть метод лікування доброякісних пухлин шкіри.
- A. Хірургічний
 - B. Променевий
 - C. Хіміотерапія
 - D. Імунотерапія
 - E. Гормонотерапія
21. До якої групи пухлин належить базаліома?
- A. Доброякісні
 - B. Злоякісні

- C. Місцеводеструктивні
 - D. Псевдозапальні
 - E. Гіперпластичні
22. Яка ознака споріднює базаліому із злоякісними пухлинами?
- A. Лімфогенне метастазування
 - B. Гематогенне метастазування
 - C. Контактне метастазування
 - D. Інфільтруючий ріст
 - E. Утворення метастазів-“сателітів”
23. Яка ознака споріднює базаліому з доброякісними пухлинами?
- A. Експансивний ріст
 - B. Наявність капсули
 - C. Відсутність рецидивів
 - D. Відсутність атипових клітин
 - E. Відсутність метастазування
24. Назвіть найчастішу локалізацію базаліоми.
- A. Кінцівки
 - B. Тулуб
 - C. Обличчя
 - D. Промежина
 - E. Шия
25. Яке з перелічених захворювань шкіри не належить до передракових?
- A. Хвороба Боуена
 - B. Пігментна ксеродерма
 - C. Еритроплазія Кейра
 - D. Хвороба Педжета
 - E. Епідермальний некроліз Лайєла
26. Назвіть основний шлях метастазування раку шкіри.
- A. Гематогенний
 - B. Лімфогенний
 - C. Імплантаційний
 - D. Ретроградний
 - E. Змішаний

Меланома

27. Меланома – це:
- A. Доброякісна пігментна пухлина
 - B. Злоякісна пігментна пухлина
 - C. Злоякісна пухлина з перехідного епітелію
 - D. Пухлина мезенхімального походження
 - E. Пухлина сітчастого шару шкіри
28. З якої пухлини може розвиватися меланома?
- A. Кератоакантома
 - B. Базаліома
 - C. Папілома
 - D. Гангліоневринома
 - E. Невус
29. Які чинники не стимулюють розвиток меланоми?
- A. Гормональні зрушення
 - B. Травмування невосів
 - C. Інсоляція
 - D. Гіподинамія
 - E. Спадковість
30. Сателітами називаються:
- A. Просоподібні метастази поблизу меланоми
 - B. Метастази в регіонарні лімфовузли
 - C. Метастази в печінку
 - D. Метастази в легені
 - E. Виразкова форма пухлини
31. Якому рівню інвазії відповідає ураження папілярного шару при меланомі?
- A. I рівень
 - B. II рівень
 - C. III рівень
 - D. IV рівень
 - E. V рівень
32. Якому рівню інвазії відповідає ураження всієї товщі сітчастого шару при меланомі?
- A. I рівень
 - B. II рівень

- C. III рівень
 - D. IV рівень
 - E. V рівень
33. Якому рівню інвазії відповідає поширення меланоми до базальної мембрани?
- A. I рівень
 - B. II рівень
 - C. III рівень
 - D. IV рівень
 - E. V рівень
34. Якому рівню інвазії відповідає поширення меланоми до потових залоз.
- A. I рівень
 - B. II рівень
 - C. III рівень
 - D. IV рівень
 - E. V рівень
35. Який метод лікування меланоми є основним?
- A. Хірургічний
 - B. Променевий
 - C. Хіміотерапія
 - D. Гормонотерапія
 - E. Імунотерапія
36. Який метод діагностики меланоми є найбільш інформативним?
- A. Термографія
 - B. Дерматоскопія
 - C. Радіонуклідний
 - D. Морфологічний
 - E. Фізикальний.

Пухлини кісток і м'яких тканин

37. Назвіть основний етіологічний фактор, що призводить до виникнення пухлин кісток і м'яких тканин.
- A. Спадковість
 - B. Гормональні зрушення

- С. Забруднення атмосфери
 - Д. Травма
 - Е. Куріння
38. З якої тканини не розвиваються пухлини м'яких тканин?
- А. М'язова
 - В. Жирова
 - С. Епітеліальна
 - Д. Лімфоїдна
 - Е. Сполучна
39. Яка з пухлин має нейрогенне походження?
- А. Міома
 - В. Гангліома
 - С. Фіброма
 - Д. Лімфангіома
 - Е. Синовіома
40. Яка з пухлин має мезенхімальне походження?
- А. Гангліома
 - В. Феохромцитома
 - С. Хемодектома
 - Д. Симпатикобластома
 - Е. Лейоміома
41. Назвіть основний клінічний синдром пухлин м'яких тканин.
- А. Інтоксикаційний
 - В. Больовий
 - С. "Плюс-тканини"
 - Д. Паранеопластичний
 - Е. Синдром загальних ознак
42. Назвіть основний метод лікування доброякісних пухлин м'яких тканин і кісток.
- А. Хірургічний
 - В. Променевий
 - С. Хіміотерапія
 - Д. Гормонотерапія
 - Е. Імунотерапія.

Пухлини голови і шиї

43. Яку гістологічну структуру найчастіше мають злоякісні пухлини голови і шиї?

- A. Веретенноклітинна саркома
- B. Перснеподібноклітинний рак
- C. Плоскоклітинний рак
- D. Слизовий рак
- E. Аденокарцинома

44. Як називається продуктивна форма вогнищевого дискератозу?

- A. Еритроплакія
- B. Лейкоплакія
- C. Дисплазія
- D. Кератоакантома
- E. Хейліт

45. Як називається деструктивна форма вогнищевого дискератозу нижньої губи?

- A. Еритроплакія
- B. Лейкоплакія
- C. Дисплазія
- D. Кератоакантома
- C. Хейліт

46. Назвіть метод лікування вогнищевого дискератозу нижньої губи.

- A. Медикаментозний
- B. Хірургічний
- C. Променева терапія
- D. Цитостатична терапія
- E. Фотодинамічна терапія

47. Назвіть метод лікування дифузного дискератозу нижньої губи.

- A. Консервативний
- B. Хірургічний
- C. Цитостатична терапія
- D. Променева терапія
- E. Фотодинамічна терапія

48. Який основний метод діагностики дискератозу нижньої губи?
- A. Радіонуклідний
 - B. Термографія
 - C. Ендоскопічний
 - D. Морфологічний
 - E. Рентгенологічний
49. Яка пухлина нижньої губи відноситься до стадії T_2 ?
- A. Від 1 до 2 см
 - B. Від 3 до 5 см
 - C. Від 2 до 4 см
 - D. Пухлина будь-яких розмірів, яка поширюється на кут рота
 - E. Пухлина, що поширюється на протилежну сторону
50. Яка пухлина нижньої губи відноситься до стадії T_3 ?
- A. До 2 см
 - B. Від 1 до 3 см
 - C. Від 2 до 4 см
 - D. Більше 4 см
 - E. Будь-яких розмірів з поширенням на протилежну сторону.
51. В якому відділі слизової порожнини рота найчастіше виникає рак?
- A. Слизова альвеолярних паростків
 - B. Слизова дна порожнини рота
 - C. Слизова твердого піднебіння
 - D. Слизова присінка рота
 - E. Слизова язика
52. Назвіть облігатний передрак слизової порожнини рота.
- A. Лейкоплакія
 - B. Лейкокератоз
 - C. Папіломатоз
 - D. Хвороба Боуена
 - E. Еритроплазія Кейра
53. Який фактор не викликає раку слизової порожнини рота?
- A. Куріння
 - B. Хронічні опіки

- С. Механічне травмування пнями зубів, протезами тощо.
 - Д. Алкоголь
 - Е. Ультрафіолетові промені
54. Яка найчастіша локалізація раку язика?
- А. Спинка
 - В. Бокова поверхня
 - С. Кінчик
 - Д. Ділянка вуздечки
 - Е. Комбіноване ураження
55. Хто частіше хворіє на рак язика?
- А. Чоловіки віком 40-50 років
 - В. Жінки віком 50-70 років
 - С. Чоловіки віком 20-40 років
 - Д. Жінки віком 40-50 років
 - Е. Особи обох статей віком 50-70 років
56. Назвіть основний метод лікування раку язика.
- А. Хірургічний
 - В. Променевий
 - С. Хіміотерапія
 - Д. Фотодинамічна терапія
 - Е. Комбінований
57. Який мінімальний об'єм радикальної операції при раку язика?
- А. Енуклеація пухлини
 - В. Гемірезекція язика
 - С. Субтотальна резекція язика
 - Д. Екстирпація язика
 - Е. Субтотальна резекція язика з шийною лімфаденектомією
58. Який з цитостатиків не застосовується при раку язика?
- А. Дакарбазин
 - В. Метотрексат
 - С. Адріабластин
 - Д. Блеоміцин
 - Е. Препарати платини

59. Хто частіше хворіє на рак гортані?
- A. Чоловіки віком 60-80 років
 - B. Чоловіки віком 40-60 років
 - C. Жінки віком 60-80 років
 - D. Жінки віком 40-60 років
 - E. Особи обох статей віком 50-70 років
60. Яка захворюваність на рак гортані в Україні?
- A. 10 випадків на 100 тис. населення за 1 рік
 - B. 6,5 випадків на 10 тис. населення за 5 років
 - C. 12 випадків на 1 млн. населення за 3 роки
 - D. 4,5 випадків на 100 тис. населення за 1 рік
 - E. 0,8 випадки на 100 тис.населення за 1 рік
61. Який симптом переважає при локалізації пухлини у вестибулярному відділі гортані?
- A. Відчуття стороннього тіла
 - B. Захриплість голосу
 - C. Порушення дихання
 - D. Слиноточка
 - E. Кровохаркання
62. Який симптом переважає при ураженні голосових складок?
- A. Відчуття стороннього тіла
 - B. Захриплість голосу
 - C. Біль
 - D. Слиноточка
 - E. Кровохаркання
63. Який симптом переважає при локалізації пухлини в підскладковому просторі?
- A. Відчуття стороннього тіла
 - B. Біль
 - C. Захриплість голосу
 - D. Порушення дихання
 - E. Кровохаркання
64. Назвіть основний метод лікування доброякісних пухлин гортані.
- A. Хірургічний
 - B. Променевий

- С. Хіміотерапія
- D. Фотодинамічна терапія
- Е. Комбінований.

Рак щитоподібної залози

65. Назвіть основний етіологічний фактор раку щитоподібної залози.

- A. Гормональні порушення, радіація, ^{131}I
- B. Куріння
- С. Алкоголь
- D. Травма залози
- Е. Хімічні канцерогени

66. Назвіть перший прояв аберантного раку щитоподібної залози?

- A. Гіпотиреоз
- B. Тиреотоксикоз
- С. Метастази в регіонарних лімфовузлах
- D. Різде збільшення залози
- Е. Ранне ураження п. ресигенс

67. В якому органі найчастіше зустрічаються віддалені метастази раку щитоподібної залози?

- A. Печінка
- B. Головний мозок
- С. Легені і кістки
- D. Надниркові залози
- Е. Підшлункова залоза

68. Яке поширення пухлини щитоподібної залози відповідає критерію T_2 ?

- A. Пухлина будь-якого розміру, обмежена тканиною залози
- B. Пухлина до 3 см з поширенням на перешийок
- С. Пухлина до 4 см з поширенням за капсулу залози
- D. Пухлина понад 4 см, обмежена тканиною залози
- Е. Пухлина до 4 см, обмежена тканиною залози

69. Яке поширення пухлини щитоподібної залози відповідає критерію T_3 ?

- A. Пухлина понад 4 см, обмежена тканиною залози
- B. Пухлина до 3 см з поширенням на перешийок

- C. Пухлина будь-якого розміру, обмежена тканиною залози
 - D. Пухлина до 4 см з поширенням за капсулу залози
 - E. Пухлина до 4 см, обмежена тканиною залози
70. Назвіть прогностично сприятливу гістологічну форму раку щитоподібної залози.
- A. Недиференційований рак
 - B. Солідний рак
 - C. Фолікулярна аденокарцинома
 - D. Медулярний рак
 - E. Плоскоклітинний рак
71. Який мінімальний об'єм радикальної операції при раку щитоподібної залози?
- A. Енуклеація пухлини
 - B. Геміструмектомія з резекцією перешийка
 - C. Субтотальна субфасціальна резекція за Ніколаєвим
 - D. Тотальна струмектомія
 - E. Резекція частки залози з регіонарною лімфаденектомією.

Пухлини молочної залози

72. Який основний клінічний симптом дифузної мастопатії?
- A. Кров'янисті виділення із соска
 - B. Виділення із соска зеленого кольору
 - C. Біль у залозі перед менструацією
 - D. Асиметрія залоз
 - E. Мікротріщини на ареолі
73. Який основний клінічний симптом хвороби Мінца?
- A. Кров'янисті виділення із соска
 - B. Виділення із соска зеленого кольору
 - C. Біль у залозі перед менструацією
 - D. Збільшення залози
 - E. Мікротріщини на ареолі
74. Яка рентгенологічна методика застосовується для діагностики хвороби Мінца?
- A. Оглядова мамографія
 - B. Пневмокістографія
 - C. Дуктографія

- D. Пневмомамографія
 - E. Електрорентгенографія молочної залози
75. Назвіть облігатний передрак молочної залози.
- A. Фібroadенома
 - B. Кіста
 - C. Вузлувата мастопатія
 - D. Папілома протоки
 - E. Листоподібна фібroadенома
76. Назвіть метод лікування фібroadеноми молочної залози.
- A. Хірургічний
 - B. Променевий
 - C. Хіміотерапія
 - D. Гормонотерапія
 - E. Комбінований
77. Назвіть метод лікування папіломи протоки.
- A. Хірургічний
 - B. Консервативний
 - C. Променевий
 - D. Комбінований
 - E. Хіміотерапія
78. Назвіть метод лікування дифузної мастопатії.
- A. Секторальна резекція
 - B. Мастектомія за Пейті
 - C. Мастектомія за Холстедом
 - D. Консервативний
 - E. Хіміопромєневий
79. До якої форми раку молочної залози належить панцирний рак?
- A. Початкова
 - B. Вузлувата
 - C. Дифузна (+)
 - D. Рак Педжета
 - E. Маститоподібна
80. Рак Педжета проявляється:
- A. Двобічним ураженням залоз
 - B. Швидким прогресуванням

- C. Підвищенням температури
 - D. Ураженням соска і ареоли
 - E. Масивним гематогенним метастазуванням
81. Яке поширення пухлини молочної залози відповідає критерію T₃?
- A. Розміри до 2 см
 - B. Від 2 до 5 см
 - C. Понад 5 см
 - D. Будь-яких розмірів з проростанням у шкіру залози
 - E. Будь-яких розмірів з фіксацією до грудних м'язів.
82. Назвіть основний метод лікування раку молочної залози III стадії.
- A. Хірургічний
 - B. Хіміопроменевий
 - C. Гормонотерапія
 - D. Комбінований
 - E. Комплексний
83. Назвіть найчастішу локалізацію раку молочної залози.
- A. Верхньо-внутрішній квадрант
 - B. Верхньо-зовнішній квадрант
 - C. Нижньо-внутрішній квадрант
 - D. Сосок і ареола
 - E. Перехідна складка
84. Назвіть основний метод лікування дифузного раку молочної залози.
- A. Консервативний (променева, хіміо- та гормонотерапія)
 - B. Хірургічний
 - C. Імунотерапія
 - D. Променевий + хірургічний
 - E. Хірургічний + хіміотерапія.

Рак легень

85. Який етіологічний фактор не викликає раку легень?
- A. Куріння
 - B. Ультрафіолетове опромінення

- C. Хімічні канцерогени
 - D. Забруднення атмосферного повітря
 - E. Підвищена радіація
86. Яка захворюваність на рак легень в Україні?
- A. 10 випадків на 100 тис. населення
 - B. 20 випадків на 100 тис. населення
 - C. 30 випадків на 100 тис. населення
 - D. 40 випадків на 100 тис. населення
 - E. 50 випадків на 100 тис. населення
87. Яка форма раку легень належить до периферичного?
- A. Медіастинальна
 - B. Міліарна
 - C. Пневмонієподібна
 - D. Ендобронхіальна
 - E. Розгалужена
88. Пухлина проміжного бронха належить до:
- A. Центрального раку
 - B. Периферичного раку
 - C. Атипового раку
 - D. Раку Пенкоста
 - E. Медіастинального раку
89. Яка форма раку легень відноситься до центрального?
- A. Кулеподібна
 - B. Пневмонієподібна
 - C. Медіастинальна
 - D. Перибронхіальна
 - E. Міліарна
90. Який гістологічний варіант не зустрічається при раку легень?
- A. Плоскоклітинний
 - B. Аденокарцинома
 - C. Перехідноклітинний
 - D. Великоклітинний
 - E. Дрібноклітинний
91. Які прояви не характерні для раку Пенкоста?
- A. Біль в надпліччі
 - B. Кашель

- C. Синдром Горнера
 - D. Атрофія м'язів плечового пояса
 - E. Деструкція ключиці, ребер
92. Яку форму раку легень називають “терапевтичною”?
- A. Великоклітинний
 - B. Плоскоклітинний
 - C. Недрібноклітинний
 - D. Дрібноклітинний
 - E. Перехідноклітинний
93. Назвіть основний метод лікування недрібноклітинного раку легень.
- A. Променевий
 - B. Хірургічний
 - C. Хіміотерапевтичний
 - D. Хіміопроменева терапія
 - E. Гормональна терапія.

Рак стравоходу

94. Яка захворюваність на рак стравоходу в Україні?
- A. 10,2 випадків на 100 тис. населення
 - B. 12,8 випадків на 100 тис. населення
 - C. 4,4 випадків на 100 тис. населення
 - D. 22,3 випадків на 100 тис. населення
 - E. 18,7 випадків на 100 тис. населення
95. Який етіологічний фактор не викликає раку стравоходу?
- A. Гаряча або холодна їжа
 - B. Куріння
 - C. Міцні алкогольні напої
 - D. Механічно груба їжа
 - E. Підвищена радіація
96. Яка доброякісна пухлина не зустрічається в стравоході?
- A. Поліп
 - B. Кератоакантома
 - C. Аденома
 - D. Лейоміома
 - E. Фіброма

97. Який основний симптом раку стравоходу?
- A. Біль за грудниною
 - B. Слинотеча
 - C. Дисфагія (+)
 - D. Неприємний запах з рота
 - E. Інтоксикація
98. Яке ускладнення не характерне для раку стравоходу?
- A. Стеноз
 - B. Кровотеча
 - C. Медіастиніт
 - D. Трахео-стравохідна норичця
 - E. Дивертикул
99. Яка форма росту пухлини не характерна для раку стравоходу?
- A. Поліпоподібна
 - B. Блюдцеподібна
 - C. Виразково-інфільтративна
 - D. Склерозуюча
 - E. Стенозуюча
100. Який з перелічених методів не застосовується для діагностики раку стравоходу?
- A. Рентгенологічний
 - B. Ендоскопічний
 - C. Термографія
 - D. Гістологічний
 - E. Комп'ютерна томографія
101. Який з методів лікування є основним при раку стравоходу?
- A. Хірургічний
 - B. Променевий
 - C. Хіміотерапія
 - D. Гормональна терапія
 - E. Фотодинамічна терапія
102. Назвіть симптоматичну операцію при раку стравоходу.
- A. Операція Торека
 - B. Гастростомія
 - C. Резекція стравоходу і кардії

- D. Екстирпація стравоходу
- E. Резекція середньої третини стравоходу.

Рак шлунка

103. До передпухлинних захворювань належать:
- A. Аденоматозний поліп
 - B. Гострий гастрит
 - C. Гостра ерозія шлунка
 - D. Виразка дванадцятипалої кишки
 - E. Синдром Малорі-Вейса
104. Передраковими станами шлунка є всі перелічені, крім:
- A. Перніціозна анемія
 - B. Атрофічний гастрит
 - C. Гіперпластичний гастрит
 - D. Стан після резекції шлунка
 - E. Інфікування *Helicobacter pylori*
105. До II стадії раку шлунка належать пухлини:
- A. $T_1N_0M_0$
 - B. $T_2N_1M_0$
 - C. $T_2N_2M_0$
 - D. $T_3N_1M_0$
 - E. $T_3N_2M_0$
106. Для раку кардіального відділу шлунка найбільш характерною клінічною ознакою є:
- A. Нудота
 - B. Дисфагія
 - C. Пронosi
 - D. Відчуття важкості в епігастрії
 - E. Печія
107. Для раку пілоричного відділу шлунка найбільш характерною клінічною ознакою є:
- A. Відчуття переповнення в епігастрії, блювання
 - B. Дисфагія
 - C. Пронosi
 - D. Слинотеча
 - E. Підвищення температури тіла

108. Метастаз Шніцлера – це:
- A. Метастаз в надключичний лімфовузол
 - B. Метастаз в яєчники
 - C. Метастаз в очеревину простору Дугласа
 - D. Метастаз у пупок
109. Для хіміотерапії раку шлунка найбільш ефективним є:
- A. 5-фторурацил
 - B. Метотрексат
 - C. Циклофосфан
 - D. Вінкристин
 - E. Прокарбазин

Рак печінки

110. Найбільш інформативним пухлинним маркером для раку печінки є:

- A. Альфа-фетопротеїн
- B. Раково-ембріональний антиген
- C. Карбогідратний антиген
- D. Тканинний поліпептидний антиген
- E. β_2 -мікроглобулін

111. Який з названих радіофармпрепаратів використовують для сканування печінки:

- A. Радіоактивне золото
- B. Радіоактивний кобальт
- C. Радіоактивний фосфор
- D. Радіоактивний стронцій
- E. Цитрат галію

112. До II стадії раку печінки належать пухлини:

- A. $T_1N_0M_0$
- B. $T_2N_0M_0$
- C. $T_2N_1M_0$
- D. $T_3N_0M_0$
- E. $T_4N_0M_0$

Рак підшлункової залози

113. Яка захворюваність на рак підшлункової залози в Україні?
- A. 2-3 випадки на 100 тис. населення
 - B. 7-10 випадків на 100 тис. населення
 - C. 15-16 випадків на 100 тис. населення
 - D. 20-24 випадки на 100 тис. населення
 - E. 31,8 випадки на 100 тис. населення
114. Який етіологічний фактор не викликає раку підшлункової залози?
- A. Їжа з підвищеним вмістом жирів, білків
 - B. Нестача вітамінів А, С, Е
 - C. Підвищена інсоляція
 - D. Зловживання алкоголем
 - E. Куріння
115. Передраковими захворюваннями вважаються всі перераховані, крім:
- A. Хронічний рецидивний панкреатит
 - B. Кіста підшлункової залози
 - C. Аденома підшлункової залози
 - D. Гострий панкреатит
 - E. Хронічний больовий панкреатит
116. Назвіть основний клінічний синдром при раку голівки підшлункової залози.
- A. Больовий
 - B. Жовтяниця
 - C. Диспептичний
 - D. Гіпоглікемічний
 - E. Паранеопластичний
117. Охарактеризуйте симптом Курвуазьє.
- A. Збільшений, еластичний, неболючий жовчний міхур
 - B. Збільшений, щільний, болючий жовчний міхур
 - C. Склерозований жовчний міхур
 - D. S-подібний, болючий жовчний міхур
 - E. Пальпується збільшена голівка рапсгеас, що закриває жовчний міхур

118. Назвіть основний клінічний синдром при раку тіла підшлункової залози.

- A. Больовий
- B. Жовтяниця
- C. Диспептичний
- D. Паранеопластичний
- E. Гіпоглікемічний

119. Яка з названих операцій є симптоматичною?

- A. Панкреатодуоденальна резекція
- B. Резекція тіла і хвоста pancreas
- C. Резекція хвоста pancreas
- D. Холецистоентеростомія
- E. Лапаротомія з біопсією пухлини.

Рак товстої кишки

120. Яке захворювання товстої кишки не є передраковим?

- A. Поліп
- B. Ворсинчаста пухлина
- C. Неспецифічний виразковий коліт
- D. Гостра анальна тріщина
- E. Дифузний сімейний поліпоз

121. Яка клінічна форма раку частіше локалізується в правій половині ободової кишки?

- A. Токсико-анемічна
- B. Обтураційна
- C. Ентероколітна
- D. Змішана
- E. Больова

122. Який клінічний синдром переважає при локалізації пухлини в ампулі прямої кишки?

- A. Порушення функції
- B. Больовий
- C. Патологічних виділень
- D. Паранеопластичний
- E. Інтотоксикаційний

123. Назвіть симптоматичну операцію при раку товстої кишки.
- A. Операція Гартмана
 - B. Черевно-анальна резекція прямої кишки
 - C. Черевно-промежинна екстирпація прямої кишки
 - D. Геміколектомія
 - E. Колостомія.

Злоякісні лімфоми

124. Яке із названих захворювань не належать до злоякісних лімфом?
- A. Лімфогранулематоз
 - B. Лейкемія
 - C. Ретикулосаркома
 - D. Лімфосаркома
 - E. Плазмоцитома
125. Назвіть морфологічний маркер лімфогранулематозу?
- A. Вірус Епштейна-Барра
 - B. Клітини Гумпрехта
 - C. Лімфоцити
 - D. Клітини Березовського-Штернберга
 - E. Білок Бен-Джонса
126. Яка гістологічна форма не зустрічається при лімфогранулематозі?
- A. Імунобластна
 - B. Лімфогістіоцитарна
 - C. Нодулярний склероз
 - D. Змішаноклітинна
 - E. Лімфоїдне виснаження
127. Ураження селезінки при лімфогранулематозі відносять до:
- A. I стадії
 - B. II стадії
 - C. III стадії
 - D. IV стадії
 - E. Позначається великою літерою Б.

128. Який метод діагностики є основним при лімфогранулематозі?

- A. Ендоскопічний
- B. Рентгенологічний
- C. Радіонуклідний
- D. Ультразвуковий
- E. Морфологічний

129. Який із вказаних симптомів не характерний для лімфогранулематозу?

- A. Свербіння шкіри
- B. Жовтяниця
- C. Гарячка
- D. Пітливість
- E. Втрата маси тіла

130. Який основний метод лікування лімфогранулематозу?

- A. Хірургічний
- B. Хіміопроменевий
- C. Гормонотерапія
- D. Імунотерапія
- E. Фотодинамічна терапія

131. Який з морфологічних варіантів не зустрічається при лімфосаркомі?

- A. Лімфоцитарний
- B. Лімфоплазмоцитарний
- C. Лімфобластний
- D. Лімфогістіоцитарний
- E. Імунобластний

132. Який основний метод діагностики лімфосаркоми?

- A. Ендоскопічний
- B. Рентгенологічний
- C. Радіонуклідний
- D. Ультразвуковий
- E. Морфологічний

133. Який основний метод лікування лімфосаркоми?

- A. Хірургічний
- B. Хіміопроменевий

- C. Гормонотерапія
- D. Імунотерапія
- E. Фотодинамічна терапія.

Пухлини сечовидільної системи

134. Назвіть найпоширенішу пухлину нирок.
- A. Світлоклітинний рак
 - B. Базаліома
 - C. Лейоміома
 - D. Ангіосаркома
 - E. Плоскоклітинний рак
135. Яка із вказаних причин не відноситься до етіологічних факторів розвитку раку нирки?
- A. Радіоактивне опромінення
 - B. Сечокам'яна хвороба
 - C. Гіподинамія
 - D. Травма
 - E. Гіперестрогенія
136. Яка з клінічних ознак не характерна для раку нирки?
- A. Гематурія
 - B. Поліурія
 - C. Біль
 - D. Збільшення нирки
 - E. Анемія
137. До стадії III раку нирки не відносять:
- A. $T_1N_1M_0$
 - B. $T_2N_1M_0$
 - C. $T_3N_0M_0$
 - D. $T_3N_1M_0$
 - E. $T_1N_2M_0$
138. Який з перелічених методів діагностики раку нирки не має інформаційного навантаження?
- A. Екскреторна урографія
 - B. УЗД нирки
 - C. Комп'ютерна томографія

- D. Підвищення активності лактатдегідрогенази в сечі
E. Оглядова рентгенографія
139. Який із факторів не належить до причин виникнення раку сечового міхура?
A. Куріння
B. Анілінові барвники
C. Радіоактивне опромінення
D. Камінь сечового міхура
E. Травма
140. Який гістологічний варіант раку не трапляється в сечовому міхурі?
A. Апокриновий рак
B. Перехідноклітинний рак
C. Анапластичний рак
D. Плоскоклітинний рак
E. Залозистий рак
141. Яка з клінічних ознак не характерна для раку сечового міхура?
A. набряк нижніх кінцівок
B. Гематурія
C. Біль внизу живота
D. Частий сечопуск
E. Тенезми
142. Який з методів діагностики є малоінформативним для раку сечового міхура?
A. Екскреторна урографія
B. Біопсія
C. Цистоскопія
D. УЗД сечового міхура
E. Комп'ютерна томографія
143. Який із вказаних методів не застосовується для лікування раку сечового міхура?
A. Хірургічний
B. Променевий
C. Хіміотерапевтичний

- D. Комбінований
- E. Низькоенергетичне внутрішньосудинне лазерне опромінення.

Злоякісні пухлини жіночих статевих органів

144. Назвіть патологічний процес, який не відноситься до фонових захворювань шийки матки:

- A. Справжня ерозія
- B. Псевдоерозія
- C. Лейкоплакія
- D. Гемангіома
- E. Поліп

145. Назвіть ранні форми раку шийки матки:

- A. Дисплазія
- B. Передінвазивний і мікроінвазивний рак
- C. Рак в стадії T₁
- D. Ерозія
- E. Плоскоклітинний нероговіючий рак

146. Який метод не застосовують при лікуванні фонових процесів шийки матки?

- A. Електрокоагуляція
- B. Криодеструкція
- C. Екстирпація матки
- D. Лазеротерапія
- E. Електроконізація

147. Назвіть клінічну ознаку, яка не характерна для раку шийки матки:

- A. Уплави
- B. Кровотеча
- C. Закрепи
- D. Біль
- E. Загальна слабкість

148. В якому випадку матеріал для цитологічного дослідження неінформативний?

- A. При заборі його із піхвової частини шийки матки
- B. Із цервікального каналу

- C. Із заднього склепіння
- D. Із ектоцервікса
- E. Із ендоцервікса

149. До методів ранньої діагностики раку шийки матки не слід відносити:

- A. Кольпоскопію
- B. Цитологічне дослідження
- C. Гістологічне дослідження (біопсію)
- D. Дворучне вагінальне дослідження
- E. Огляд шийки матки в дзеркалах

150. Показаннями до екстирпації матки при cancer “in situ” не можуть бути:

- A. Вік понад 50 років
- B. Локалізація пухлини в цервікальному каналі
- C. Поєднання “раку на місці” з міомою матки
- D. Рецидив пухлини після попередньої конізації
- E. Репродуктивний вік

151. Які фактори не вважаються факторами підвищеного ризику для розвитку раку тіла матки?

- A. Цукровий діабет
- B. Ожиріння
- C. Ерозія шийки матки
- D. Фіброміома
- E. Дисфункція яєчників

152. Назвіть клінічну ознаку, яка не характерна для раку тіла матки:

- A. Кровотеча
- B. Рідкі уплави
- C. Гематурія
- D. Біль
- E. Загальна слабкість

153. Назвіть патологічний процес, який не відноситься до фонних захворювань тіла матки:

- A. Залозиста гіперплазія ендометрія
- B. Поліпи

- C. Атипова проліферація ендометрія
- D. Фіброміома
- E. Аденоматоз

154. Який з перелічених методів не застосовується для ранньої діагностики раку ендометрія:

- A. Огляд в дзеркалах
- B. Дворучне вагінальне дослідження
- C. Пальцеве дослідження прямої кишки
- D. Біопсія
- E. Гістерографія.

Правильні відповіді до тестових завдань

1. E	27. B	53. E	79. C	105. B	131. D
2. C	28. E	54. B	80. D	106. B	132. E
3. D	29. D	55. A	81. C	107. A	133. B
4. A	30. A	56. E	82. E	108. C	134. A
5. D	31. B	57. B	83. B	109. A	135. C
6. A	32. D	58. A	84. A	110. A	136. B
7. B	33. A	59. B	85. B	111. A	137. E
8. C	34. C	60. D	86. E	112. B	138. D
9. A	35. A	61. A	87. C	113. B	139. E
10. B	36. D	62. B	88. A	114. C	140. A
11. D	37. D	63. D	89. D	115. D	141. A
12. C	38. C	64. A	90. C	116. B	142. A
13. B	39. B	65. A	91. B	117. A	143. E
14. D	40. E	66. C	92. D	118. A	144. D
15. B	41. C	67. C	93. B	119. D	145. B
16. D	42. A	68. E	94. C	120. D	146. C
17. E	43. C	69. A	95. E	121. A	147. C
18. D	44. B	70. C	96. B	122. C	148. C
19. B	45. A	71. B	97. C	123. E	149. D
20. A	46. B	72. C	98. E	124. B	150. E
21. C	47. A	73. A	99. D	125. D	151. C
22. D	48. D	74. C	100. C	126. A	152. C
23. E	49. C	75. D	101. A	127. C	153. D
24. C	50. D	76. A	102. B	128. E	154. C
25. E	51. E	77. A	103. A	129. B	
26. B	52. D	78. D	104. E	130. B	

Ситуаційні задачі

1. Хворий з карциномою щитоподібної залози скаржиться на біль в правому плечі, обмеження рухів в плечовому суглобі. Травми в анамнезі не було. Запідозрено метастаз у плечовій кістці.
Які методи обстеження необхідно застосувати? (до ст. 18).
2. У хворої на рак молочної залози з'явився сильний головний біль, нудота, періодичне блювання. Запідозрено метастаз в головний мозок.
Які методи обстеження необхідно застосувати? (до ст. 18).
3. Пацієнту проведено рентгенологічне дослідження органів грудної порожнини. Висновок рентгенолога: метастази в праву легеню.
В яких органах найвірогідніше знаходиться первинна пухлина? (до ст. 18).
4. У хворої при ультразвуковому дослідженні виявлено метастаз в правій частці печінки.
Пухлини яких органів найчастіше метастазують в печінку? (до ст. 18).
5. При обстеженні у хворого виявлено метастаз в підщелепний лімфовузол.
Назвіть ймовірну локалізацію первинної пухлини. (до ст. 19).
6. При обстеженні у хворого виявлено метастаз раку в аксілярний лімфовузол.
Назвіть ймовірну локалізацію первинної пухлини. (до ст. 19).
7. У пацієнтки виявлено метастатичне ураження пахвинних лімфовузлів.
Назвіть ймовірну локалізацію первинної пухлини. (до ст. 19).
8. У хворого – гепатоцелюлярний рак.
Який пухлинний маркер необхідно вибрати для контролю за перебігом хвороби і результатами лікування? (до ст. 21).
9. У хворої виявили підвищену концентрацію хоріонічного гонадотропіну в сироватці крові.

- Про наявність якого захворювання це може свідчити? (до ст. 21).
10. Через три роки після комбінованого лікування (екстирпація матки з додатками + хіміотерапія з приводу раку яєчників) у хворої виявили високу концентрацію СА-125 в сироватці крові.
Про що це свідчить? (до ст. 21).
 11. У хворого з карциномою стравоходу з'явилися ознаки гострого респіраторного захворювання (нежить, кашель, підвищення температури тіла до 37,5 °С). Пацієнт просить медсестру поставити йому гірчичники.
Як слід поступити? (до ст. 26).
 12. У хворого на 7 день після правосторонньої геміколектомії з приводу раку сліпої кишки виник сильний біль в животі. Пацієнт просить медсестру дати теплу грілку.
Як поступити медсестрі? (до ст. 26).
 13. На 4 добу після резекції сигмоподібної кишки з приводу раку медсестра вирішила зробити хворому очисну клізму для покращання відходження калу і газів.
Як оцінити її дії? (до ст. 27).
 14. Хворому виконано черевно-промежинну екстирпацію прямої кишки з приводу раку.
Як попередити виникнення пролежнів? (до ст. 27).
 15. При внутрішньом'язовій ін'єкції медикаментів важкохворому медсестра помітила в крижовій ділянці інтенсивне почервоніння шкіри.
Які лікувальні заходи необхідні хворому? (до ст. 27).
 16. В процесі променевої терапії з приводу раку гортані у хворого на шкірі шиї з'явилися яскраво-рожева болюча пляма і набряк.
Яке ускладнення виникло? Яка медична допомога? (до ст. 29).
 17. В процесі променевої терапії з приводу раку нирки у хворої з'явилися нудота, блювання, проноси, домішки в калі слизу і крові.
Про яке ускладнення йде мова?
Які заходи необхідно вжити для його усунення? (до ст. 31).

18. При проведенні курсу поліхіміотерапії у хворої підвищилась температура тіла, з'явився біль в горлі, який посилювався при ковтанні. Об'єктивно: на шкірі виявлено множинні петехії. Піднебінні мигдалики значно збільшені, гіперемовані, з гнійними пробками.
Як пояснити виникнення даних змін? (до ст. 39).
19. Чергову медсестру викликали до хворого, який отримує поліхіміотерапію. Скарги на підвищення температури до 39,3 °С. Які заходи повинна вжити медсестра? (до ст. 41).
20. У хворого, який проходив курс поліхіміотерапії, з'явилися виражені ознаки стоматиту.
Як усунути дане ускладнення? (до ст. 41).
21. Хвора, яка отримує хіміотерапію з приводу раку молочної залози, скаржиться на проноси (до 10-12 раз на добу), домішки слизу і прожилків крові в калі.
Як лікувати зазначене ускладнення? (до ст. 42).
22. У хворого, який отримує поліхіміотерапію з приводу лімфогранульоматозу, протягом останніх днів з'явилися порушення чутливості на обличчі, спонтанні посмикування мимічних м'язів, погіршився сон. Родичі, які відвідували пацієнта запропонували йому кілька таблеток еленіуму.
Чи можна дозволити пацієнту прийняти еленіум? (до ст. 42-43).
23. При внутрішньовенному введенні доксорубіцину, частина дози потрапила в прилеглі до вени тканини.
Ваші дії? (до ст. 43).
24. В ослабленого післяопераційного хворого, який отримує інтенсивну антибіотикотерапію, на слизовій ротовій порожнині з'явилися дрібні червоні плями, місцями вкриті білим нальотом. Хворий скаржиться при цьому на печію в роті, біль при жуванні і ковтанні їжі.
Про яке ускладнення слід подумати? Вкажіть шляхи усунення цих симптомів. (до ст. 45).
25. У хворого при проведенні курсу поліхіміотерапії з'явилися нудота, невгамовне блювання, яке не приносило полегшення. Які заходи повинна вжити медсестра в даному випадку? (до ст. 46-47).

26. У пацієнтки при отриманні курсу поліхіміотерапії виникли нудота та інтенсивне блювання після введення цитостатиків. Чи слід припинити курс лікування? (до ст. 47).
27. Хворого повторно госпіталізують в онкологічний диспансер. Він запропонував віднести оформлену медичну документацію у відділення самостійно, мотивуючи це бажанням допомогти медсестрі приймального відділення, її зайнятістю. Як вчинити медсестрі? (до ст. 57).
28. Під час вечірнього чергування хворий попросив медсестру прочитати записи в його історії хвороби. Як вчинити медсестрі? (до ст. 57).
29. Хворому проведено рентгенологічне дослідження шлунка в зв'язку з підозрою на рак. Діагноз підтвердився. Пацієнт запитує про результат дослідження у медсестри, яка його супроводжувала в рентгенокабінет. Що відповісти хворому? (до ст. 57).
30. У хворого з карциномою шкіри III стадії з'явилась кровотека з пухлини. Ваші дії? (до ст. 62).
31. Ваша знайома збирається відпочити в Криму. В неї на шкірі є велика кількість пігментних невусів. Що Ви повинні їй порадити? (до ст. 63).
32. Ваша сусідка, перебуваючи на 5 місяці вагітності, помітила, що родима пляма на шкірі спини почала збільшуватись і міняти колір. Що слід порадити сусідці? (до ст. 63).
33. Ваша знайома збирається перев'язати ниткою екзофітний пігментний утвір на шкірі. Чи правильно це з онкологічної точки зору? (до ст. 63-64).
34. Чергову медсестру викликали в палату до хворої після радикальної мастектомії. Скарги на загальну слабкість, головокружіння, виділення свіжої крові по дренажній трубці. Об'єктивно: шкіра бліда, вкрита холодним потом. Ps 110 за 1 хв, слабого наповнення і напруження. АТ 90/50 мм рт.ст. Балончик для активного дренивання наповнений кров'ю. Який об'єм першої медичної допомоги? (до ст. 66).

35. У хворого діагностовано виразкову форму раку язика. Родичі запитують медсестру як повинен харчуватись пацієнт. Які продукти заборонено вживати в даному випадку? (до ст. 76).
36. У хворого після накладання трахеостоми навкруги трубки з'явилися почервоніння шкіри, припухлість, болючість, місцями ерозії з незначними прозорими виділеннями. Як запобігти виникненню даних симптомів? (до ст. 77).
37. У хворої після радикальної мастектомії з'явилися ознаки лімфостазу на руці. Які заходи слід вжити для зменшення лімфостазу? (до ст. 87-88).
38. Хворий на рак Пенкоста скаржиться на сильний біль в плечовому поясі. Яка причина болю? (до ст. 90).
39. У хворого з карциномою легені раптово з'явилось інтенсивне кровохаркання, загальна слабкість, запаморочення, блідість шкірних покривів. Рс 120 за 1 хв, ниткоподібний. АТ 80/40 мм рт.ст. Ваші дії? (до ст. 92).
40. У хворого, який обстежувався з приводу кровохаркання, з'явилися ознаки гострого респіраторного захворювання (нежить, кашель, підвищення температури до 37,2 °С. Пацієнт просить медсестру поставити йому гірчичники. Як поступити? (до ст. 93).
41. Хворому з кровохарканням родичі принесли гарячий бульйон. Як повинна поступити медична сестра? (до ст. 93).
42. У хворого на рак стравоходу з'явилися сильний кашель під час їди, висока температура (до 39°C). Як пояснити вказані симптоми? (до ст. 94).
43. Лікар призначив хворому після операції на товстій кишці промивання шлунка. При введенні зонда хворий почав задихатися і синіти. В чому причина такого стану хворого? Які дії медсестри? (до ст. 101).

44. Хворому виконано гастректомію з приводу раку шлунка. На 3 добу після операції з'явилась в'яла перистальтика, відзначено помірне здуття живота, газу не відходили. По назоінтестинальному зонду поступає незначна кількість застійного вмісту. Пацієнт просить випити кефір.
Чи дозволити йому це в даній ситуації? (до ст. 104).
45. Хворому з явищами часткової кишкової непрохідності призначено іригодослідження.
Які особливості підготовки в такому випадку? (до ст. 115-116).
46. У хворого, який госпіталізований з підозрою на пухлину товстої кишки, раптово погіршився стан, з'явилися виділення крові із заднього проходу. Шкіра бліда. Рс 106 за 1 хв. АТ 85/50 мм рт.ст.
Ваші дії? (до ст. 120).
47. Хворий поступив в стаціонар з діагнозом: лімфогранульоматоз II стадія, II клінічна група. Ввечері у нього з'явилися висока температура до 38,6 °С, свербіння шкіри.
Чи пов'язане погіршення стану хворого з основним захворюванням? (до ст. 125).
48. Хворому з підозрою на рак нирки призначено внутрішньовенну урографію. Функція тонкої і товстої кишок не порушена.
Як підготувати хворого до обстеження? (до ст. 130).
49. Хворому після операції необхідно випустити сечу катетером. Яким з катетерів медсестра може скористатися? (до ст. 136).
50. У хворого з медіастінальною формою раку легень розвинувся кавасиндром.
Якою повинна бути перша медична допомога? (до ст. 150-151).
51. У хворого на рак гортані з'явилися ознаки декомпенсованого стенозу. Скарги на затруднене дихання, нестачу повітря. Рс 96 за 1 хв, акроціаноз, дихання свистяче. Пацієнт займає вимушене сидяче положення.
Які дії медсестри? (до ст. 156).

52. Хворий поступив в стаціонар з повною обтураційною непрохідністю. Після клізми з кишки виділилась лише чиста вода.
Чи можна призначити хворому проносні препарати? (до ст. 160).
53. Медичну сестру викликали в палату до хворого, в якого почалось блювання “кавовою гущею”.
Що з хворим? Яка послідовність дій медсестри? (до ст. 167).
54. Хворий, який госпіталізований з підозрою на рак шлунка, скаржиться на загальну слабкість, запаморочення, сонливість.
20 хв тому з’явився дьогтеподібний кал (мелена).
Як слід розцінити дані симптоми?
Яка послідовність дій медсестри? (до ст. 167).
55. У пацієнта через 40 хв після переливання еритроцитарної маси підвищилась температура тіла до 38,2 °С, з’явилась пропасниця.
Яка послідовність дій медичної сестри? (до ст. 168).
Які методи обстеження необхідно застосувати?

ДОДАТКИ

Додаток 1

Додаток № 2
до наказу Міністерства
охраны здоров'я УРСР
від 05.06.1986 р. № 233

Л И С Т

Лікарських призначень наркотичних засобів та їх виконань

Історія хвороби № _____ хворого _____
примітка, де вказано батькові

поступив _____

діагноз _____

Дата признач.	Назва наркотичного засобу	Підпис лікаря (розбірливо)	Час і дозу введення	Підпис медичної сестри, що виконала призначення

Додаток № 1

до наказу Міністерства охорони
здоров'я УРСР від 06.06.1988 ро-
ку № 332

ЗАТВЕРДЖУЮ

Головний лікар

_____ (_____)

_____ 198 р.

В И С Н О В О К

про призначення наркотичних лікарських засобів

№ _____

Хворому (їй) _____

встановлено діагноз _____

в зв'язку з чим йому (їй) рекомендовано застосування слідуючих
наркотичних лікарських засобів:

1. _____
(назва наркотичного засобу, доза і кількість інфекцій на добу)
2. _____
3. _____

Строком до _____ 198 _____ р.

Голова комісії

Члени комісії

МОЗ України
 Назва лікувального закладу
 що склав повідомлення _____

 Адреса _____

Код закладу за ЗКПО
 Код форми за ЗКУД
 Медична документація
 Форма № 090/о
 Затверджено наказом Міністерства
 охорони здоров'я України
 «_____» _____ 200 р. № _____

ПОВІДОМЛЕННЯ
про хворого з (вперше в житті) встановленим діагнозом раку або іншого
злоякісного новоутворення

«_____» _____ 200 р.
(дата складення повідомлення)

Повідомлення направлено в _____
(назва закладу)

(прізвище, ім'я, по-батькові хворого)

Стать _____ Дата народження _____
(чол., жінка) (число) (місяць) (рік)

Національність _____ Професія _____

Адреса _____
(область) (район)

Житло _____
(номерний будинок, вулиця, буд. №, кв. №) (місто/село)

Група перв. обліку для потерпілих від наслідків аварії на ЧАЕС
(ліквідатори-1, евакуйовані-2, проживаючі на території радіоекологічного контролю-3, діти, які народилися від батьків 1-3 груп первинного обліку-4)

Діагноз _____
(кодифікатор з означенням локалізації)

Діагноз підтверджений _____
(гістолог., цитолог., рентген., ендоскоп., іншим методом, кля. та ін.)

Дата встановлення діагнозу _____
(місяць, рік)

Обставини виявлення захворювання _____
(при зверненні в спеціальну кабінеті; при ін. виді профогляду; померло без розтину; померло на ринку)

Куди направлений хворий _____
(назва лікувального закладу)

Підпис лікаря, який склав повідомлення _____
(прізвище) (ініціал)

Код форми по ЗКУД _____
 Код закл. по ОКПО _____
МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
 Форма № 027-20

ПРОТОКОЛ

на випадок виявлення у хворого запущеної форми
 злоякісного новоутворення
 (клінічна група IV)

заповнюється в 2-х екземплярах: перший залишається в медичній карті стаціонарного хворого, амбулаторній карті, другий пересилається у онкологічний диспансер по місцю проживання хворого № медичної карті стаціонарного хворого (амбулаторної картки).

1. Складений лікувальним закладом _____

1. Имя родственника

2. Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____

3. Вік _____ 4. Стать Ч. — 1 Ж — 2 _____

5. Адреса постійного місця проживання хворого _____

6. Повний діагноз _____
 основне захворювання, сугуттє, ускладнення

7. Стадія _____

8. Дата встановлення _____
 запущеності раку _____
 число, місяць, рік

9. Дата появи _____
 перших ознак _____

10. Перинне звернення хворого за медичною допомогою в приводу захворювання _____
 дата « _____ » _____ 19 ____ р. в який лікувальний заклад

11. Дата встановлення первинного діагнозу злоякісного новоутворення _____
 в якому закладі

Даний протокол складається і на III стадію злоякісних новоутворень візуальних локалізацій.
 Вказати в хронологічному порядку етапи звертання хворого до лікарів і в лікувальні заклади в приводу даного захворювання, про кожний лікувальний заклад необхідно відмітити наступне:
 1 Назва лікувального закладу 2. Дата відвідування. 3. Методи досліджень і їх результати. 4. Постановлений діагноз. 5. Проведене лікування

12. Причини запущеності (підкреслюється основна причина запущеності): 1. Невчасне обстеження хворого. 2. Помилка в діагностиці: а) клінічній б) рентгенологічній, в) цитологічній. 3. Довготривале обстеження хворого. 4. Сиріте протікання хвороби. 5. Несвочасне звернення хворого за лікувальною допомогою.

Додаткові зауваження _____

Дані про розбір даного випадку

а) назва закладу, де проведена конференція

б) дата конференції

в) організаційні висновки

Підпис лікаря, який складає протокол _____

Підпис головного лікаря _____

Дата заповнення протоколу « _____ » 19 ____ р.

МОЗ України

Назва лікувального закладу, що здійснив диспансерний нагляд _____

Адреса _____

Код форми за ЗКУД
Медична документація
Форма №030-біс
Запобіжено наказом МОЗ України
від «___» _____ 19__ р.
№ _____

Регістраційна карта хворого на злоякісне новоутворення N _____

Стать _____ (прізвище, ім'я, по батькові) Дата народження: _____ (число, місяць, рік) Національність _____

Область _____ Район _____ Мешканець _____ (міста / села)

_____ вул. _____ кв. _____ Факс _____

_____ (населений пункт)

Група перв. обліку для потерпілих від наслідків аварії на ЧАЕС _____

(інвалідів-1; евакуйованих-2; населення, що проживає на тер. радіолог. контр.-3; діти, народж. від батьків 1-3 груп первин. обліку-4)

Знято з обліку _____ Причина _____

(помер від ускладнень лікування, прогресування злояк. новоутворення, нещасного випадку, інше, діалог знято чи не підтвердж.)

=====

Клінічний діагноз _____

(докладний діагноз із зазначенням локалізації первинної пухлини)

_____ Код МКХ _____

T_ N_ M_ pT_ pN_ pM_ Стадія _____ Діалог підтверджений _____

(гістолог., цитолог., рентген., ендоскоп., ізоляція методом, кліт. та ін.)

Морфологічний тип пухлини _____

Дата встановлення діагнозу _____ Дата взяття на облік _____

(число, місяць, рік) (число, місяць, рік)

Обставини виявлення захворювання _____

(за зверненням; в оглядовому кабінеті; при інвазії профогляду; помертю (без розтину); помертю (на розтині)

Де встановлено діагноз _____

(назва лікувального закладу)

Рейтинг захворювання _____ Діалог _____ Дата _____

(при місцевих злоякісних новоутвор.) * (знято / не підтвердився) ЗНЯТТЯ (місяць, рік)

Запровадиться при можливих злоякісних новоутвореннях для наступних пухлин

Клінічний діагноз _____

(докладний діагноз із зазначенням локалізації первинної пухлини)

_____ Код МКХ _____

T_ N_ M_ pT_ pN_ pM_ Стадія _____ Діалог підтверджений _____

(гістолог., цитолог., рентген., ендоскоп., ізоляція методом, кліт. та ін.)

Морфологічний тип пухлини _____

Дата встановлення діагнозу _____ Дата взяття на облік _____

(число, місяць, рік) (число, місяць, рік)

Обставини виявлення захворювання _____

(за зверненням; в оглядовому кабінеті; при інвазії профогляду; помертю (без розтину); помертю (на розтині)

Де встановлено діагноз _____

(назва лікувального закладу)

Рейтинг захворювання _____ Діалог _____ Дата _____

(при місцевих злоякісних новоутвор.) (знято/не підтвердився) ЗНЯТТЯ (місяць, рік)

Відомості про спеціальне лікування хворого

Лікується (амбулаторно, стаціонарно) Не лікується (триває)	Дата початку лікування або відмови	Дата закінчення лікування	Назва закладу, де проводилось лікування	Вид лікування (хірургічне, променева, хіміотерапія та ін.)	Характер лікування (за радикальною програмою, паліативні, симптоматичні)

Відомості про диспансерне спостереження за хворим

Призначено з'явитися (дата)	Дата проведення огляду	Що встановлено
		(Рез та М відсутні; Рез парент. позит.; М регіон.; М віддал.; генералізація; пролонгація; Suspiolo; різне усвідомлення; жовчій - ін. данки немає; група невідомості; клінічна група на кінець року)

ЛІТЕРАТУРА

1. Атлас онкологических операций / Под ред. Б.Е. Петерсона, В.И. Чиссова, А.И. Пачеса. – М.: Медицина, 1987. – 536 с.
2. Атлас хірургічних операцій і маніпуляцій / За ред. Л.Я. Ковальчука, В.М. Поліщука та ін. – Тернопіль-Рівне: Вертекс, 1997. – 428 с.
3. Вспомогательная терапия онкологических больных / Под ред. А.И. Позмогова, Л.А. Барана. – К.: Здоров'я, 1988. – 152 с.
4. Гершанович М.Л., Пайкин М.Д. Симптоматическое лечение при злокачественных новообразованиях. – М.: Медицина, 1986. – 288 с.
5. Гешелин С.А. Неотложная онкохирургия. – К.: Здоров'я, 1988. – 200 с.
6. Гешелин С.А. TNM – классификация злокачественных опухолей и комплексное лечение онкологических больных. – К.: Здоров'я, 1996. – 184 с.
7. Комбинированное и комплексное лечение больных со злокачественными опухолями: Руководство для врачей / Под ред. В.И.Чиссова. – М.: Медицина, 1989. – 560 с.
8. Мухина С.А., Тарновская И.И. Общий уход за больными: учебн.пособие. – М.: Медицина, 1989. – 256 с.
9. Онкологія / За ред. Б.Т. Білінського, Ю.М. Стернюка, Я.В. Шпарика. – Львів: Медицина світу, 1998. – 272 с.
10. Онкология: Словарь-справочник / И.В. Касьяненко, В.Г. Пинчук, Д.В.Мясоедов и др. – Киев: Наук.думка, 1992. – 264 с.
11. Ошибки в клинической онкологии: Руководство для врачей / Под ред. В.И.Чиссова, А.Х.Трахтенберга. – М.: Медицина, 1993. – 544 с.
12. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1983. – 416 с.
13. Пронин В.И., Розанов Ю.Л., Вельшер Л.З. Мастэктомия и её последствия. – М.: Медицина, 1985. – 96 с.
14. Противоопухолевая химиотерапия: Справочник / Под ред. Н.И. Переводчиковой. – М.: Медицина, 1993. – 224 с.
15. Справочник медицинской сестры по уходу / Под ред. В.В. Кованова. – Москва: Медицина, 1969. – 464 с.

ЗМІСТ

Передмова.....	3
<i>Розділ I. ЗАГАЛЬНА ОНКОЛОГІЯ.....</i>	<i>4</i>
Глава 1. Визначення предмета, його цілі і завдання.....	4
Глава 2. Епідеміологія пухлин.....	5
Глава 3. Етіологія пухлин.....	7
Глава 4. Канцерогенез.....	9
Глава 5. Профілактика пухлин.....	13
Глава 6. Діагностика пухлин.....	14
6.1. Загальна діагностика.....	14
6.2 Рання діагностика.....	16
6.3. Діагностика метастазів.....	18
6.4. Маркери пухлин.....	19
Глава 7. Класифікація пухлин за стадіями.....	22
Глава 8. Лікування злоякісних пухлин.....	23
8.1 Основи хірургічного лікування.....	23
8.2 Основи променевої терапії.....	28
8.3 Радіаційний захист медичного персоналу.....	32
8.4 Основи хіміотерапії злоякісних пухлин.....	34
Глава 9. Симптоматична терапія в клінічній онкології.....	44
9.1. Методи детоксикаційної терапії	50
Глава 10. Принципи організації протиракової боротьби.....	53
10.1. Структура і функції онкологічної служби.....	53
10.2. Деонтологічні аспекти онкології.....	57
10.3. Хоспіси.....	58

<i>Розділ II. СПЕЦІАЛЬНА ОНКОЛОГІЯ</i>	59
Глава 11. Пухлини шкіри.....	59
11.1. Рак шкіри.....	60
11.2. Меланома.....	62
Глава 12. Пухлини м'яких тканин і кісток.....	66
Глава 13. Пухлини голови та шиї.....	70
13.1. Рак нижньої губи.....	71
13.2. Пухлини слизової оболонки порожнини рота та язика.....	73
13.3. Рак гортані.....	76
13.4. Рак щитовидної залози.....	78
Глава 14. Пухлини молочної залози.....	81
Глава 15. Рак легень.....	89
Глава 16. Рак стравоходу.....	94
Глава 17. Рак шлунка.....	97
Глава 18. Рак печінки.....	104
Глава 19. Рак підшлункової залози.....	107
Глава 20. Рак жовчного міхура.....	111
Глава 21. Колоректальний рак.....	113
21.1. Рак ободової кишки.....	113
21.2. Рак прямої кишки.....	117
Глава 22. Злоякісні лімфоми.....	124
22.1. Лімфогранулематоз.....	124
22.2. Лімфосаркома.....	126
22.3. Ретикулосаркома.....	127
Глава 23. Пухлини нирок.....	127
Глава 24. Рак сечового міхура.....	131
Глава 25. Рак простати.....	134

Глава 26. Злоякісні пухлини жіночих статевих органів.....	137
26.1. Рак шийки матки.....	137
26.2. Рак тіла матки.....	141
26.3. Пухлини яєчників.....	144

Розділ III. НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ І ТЕРМІНОВА МЕДИЧНА ДОПОМОГА В КЛІНІЧНІЙ ОНКОЛОГІЇ..... 147

Тампонада серця.....	147
Плевральний випіт.....	149
Асцит.....	150
Синдром верхньої порожнистої вени.....	150
Гострі неврологічні ускладнення	152
Набряк головного мозку	152
Стиснення спинного мозку.....	153
Кома	154
Інсульт ішемічний.....	155
Судинні порушення в головному мозку.....	156
Стеноз (обструкція) трахеї.....	156
Стеноз стравоходу.....	157
Пілоростеноз.....	157
Тонкокишкова непрохідність.....	159
Товстокишкова непрохідність.....	159
Перфорація кишки.....	161
Обтураційна жовтяниця.....	163
Гостра затримка сечі.....	165
Тромбози і кровотечі.....	166
Гіперкальціємія.....	168
Гостра ниркова недостатність.....	170
Остеолітичні деструкції і переломи кісток.....	171

<i>Розділ IV. КОНТРОЛЮЮЧА ПРОГРАМА</i>	173
Тестові завдання.....	173
Відповіді до тестових завдань.....	203
Ситуаційні задачі.....	204
Додатки.....	210
Література.....	217
Зміст.....	218

Навчальне видання

ДРИЖАК Володимир Іванович
ДОМБРОВИЧ Мирослав Іванович
МЕДСЕСТРИНСТВО В ОНКОЛОГІЇ

Науковий редактор *Ольга Усинська*
Технічний редактор *Світлана Сисюк*
Коректор *Леся Капкаєва*
Комп'ютерна верстка *Галина Жмурко*
Художнє оформлення обкладинки *Павло Кушик*

Підписано до друку 07.09.2001. Формат 60x84/16. Папір офсетний № 1.
Гарнітура Antiqua.
Друк офсетний. Ум. друк. арк. 13,6. Обл.-вид. арк. 12,42.
Наклад 3000. Зам. № 97.

Оригінал-макет підготовлений у відділі комп'ютерної верстки
видавництва «Укрмедкнига» Тернопільської державної медичної
академії ім. І.Я. Горбачевського
Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.
Надруковано в друкарні видавництва «Укрмедкнига».
Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

Свідоцтво про внесення до державного реєстру суб'єктів видавничої справи
ДК №348 від 02.03.2001 р.

