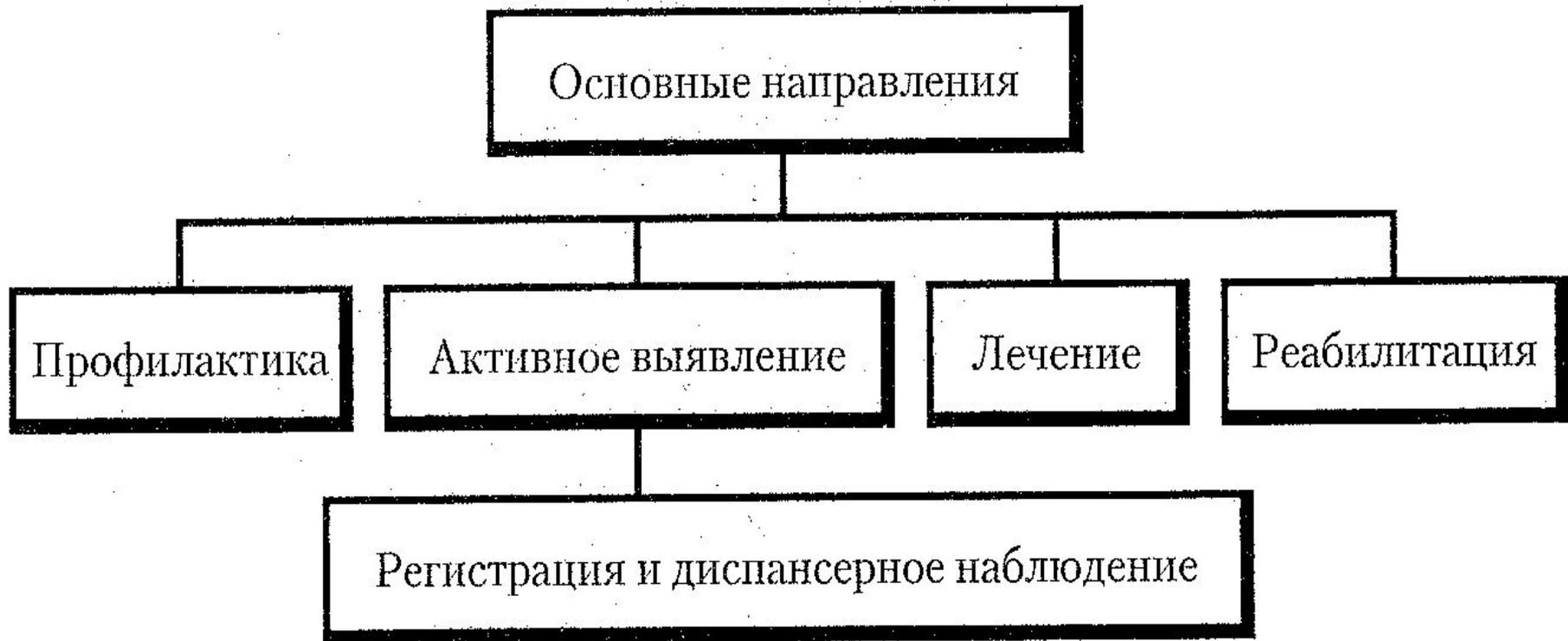


# Принципы лечения злокачественных новообразований

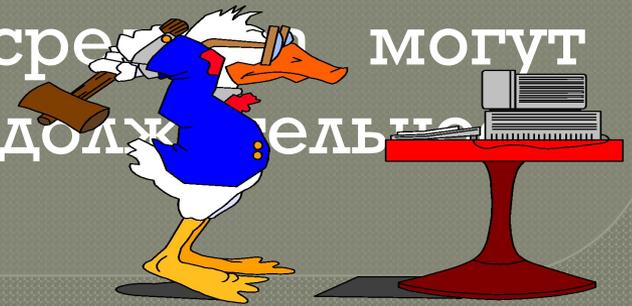
# Организация противораковой борьбы

Служба онкологической помощи строится на диспансерном принципе, включающем **5 основных направлений**.



# ЛЕЧЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Лечение должно быть направлено на первичную опухоль и ее метастазы, выявленные клинически или морфологически. При этом местная и регионарная терапия, хирургическая операция, облучение должны сочетаться с системным лечением (например, химиотерапией), если заболевание неизлечимо, паллиативные средства могут улучшить качество и продолжительность жизни пациента.



# Общие принципы лечения и реабилитации

Местные критерии выбора методов лечения :

- **локализацию опухоли и степень нарушения функций органа;**
- **стадию или TNM;**
- **гистотип и степень дифференцировки клеток (G);**
- **анатомический тип роста опухоли.**

# Общебиологические критерии

выбора метода лечения:

- **возраст и состояние жизненно важных органов;**
- **состояние обменных процессов и иммунитета;**
- **гормонально-физиологический статус (для женщин);**
- **сопутствующие заболевания.**

**Радикальность:** с **клинической точки зрения** - если после его проведения не остается очагов опухоли, определяемых клинико-морфологическими методами.

с **биологической точки зрения** - оценивается через время, например, спустя 5-летний период. "**Паллиативным**" называют лечение, не устраняющее всех очагов опухоли, а "**симптоматическое**" направлено на ликвидацию лишь осложнений и определенных симптомов заболевания.

"Первым шагом к излечению является **полная ремиссия, или полная регрессия**, т.е.

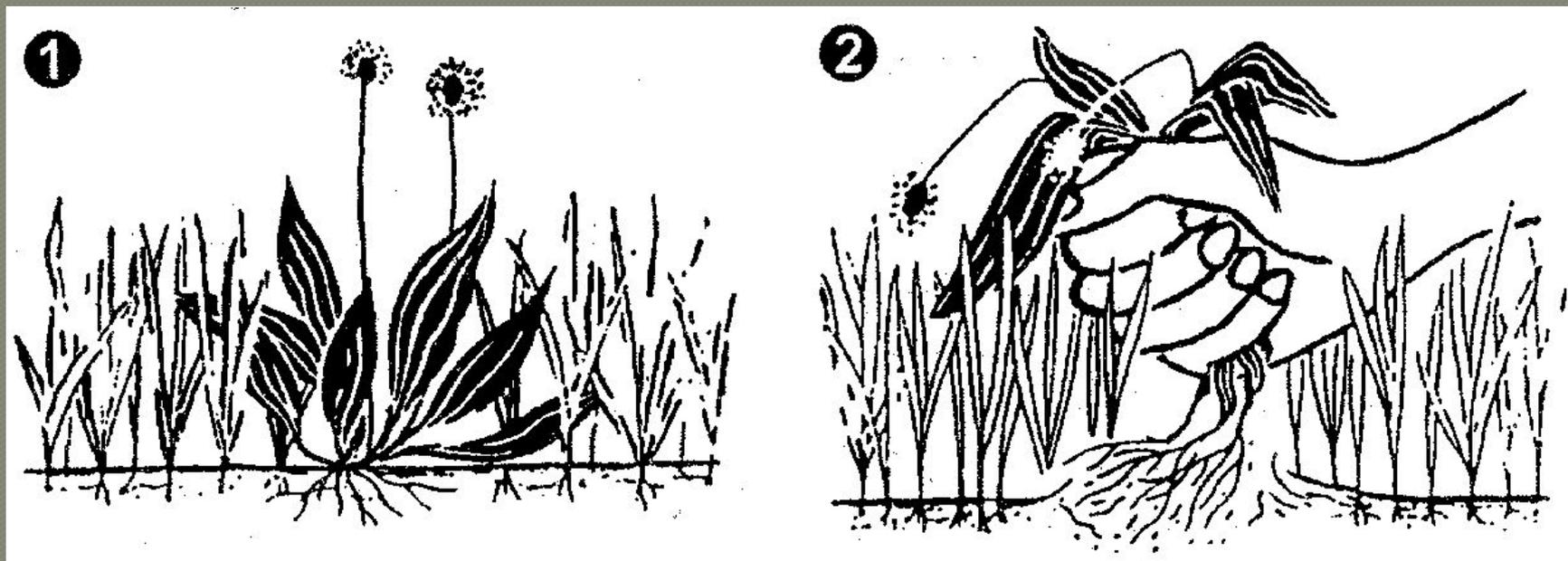
*исчезновение всех клинических признаков заболевания.* **Частичная регрессия.**

*Снижение опухолевой массы более чем на 50%)* приводит к значительному улучшению состояния больного и может продлить его жизнь, но рецидив неизбежен. К сожалению, регрессии может не быть. Если у больного была полная ремиссия, а затем рецидив,

*интервал между полным исчезновением злокачественных образований и рецидивом называется **безрецидивным периодом***; при

этом под **продолжительностью жизни больного** понимают **срок жизни после**

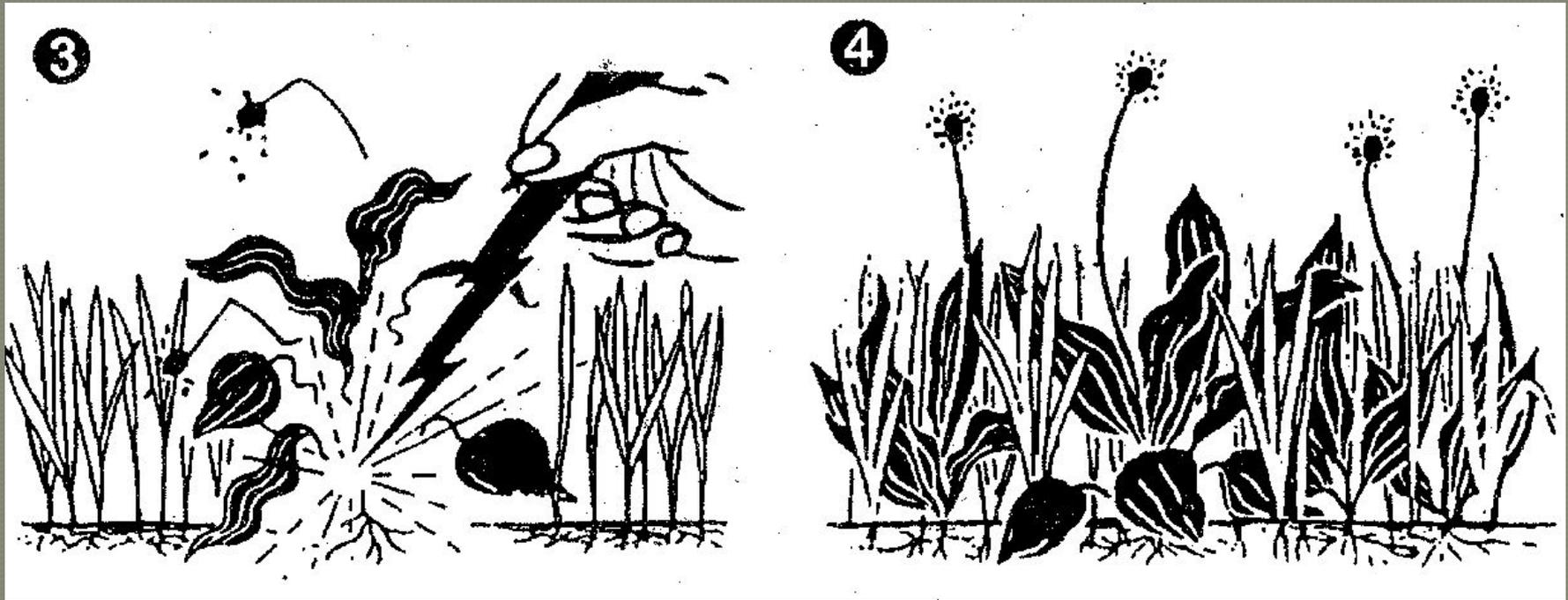
Аналогично, при улучшении  
состояния больного с частичной  
регрессией  
**продолжительность регрессии**  
измеряется интервалом  
времени от наступления  
частичной регрессии до начала  
прогрессирования  
злокачественного процесса.



Аналогия проблем лечения рака с сорняками (по I.H.Krakoff. -  
**Oncology Today, Vol.8):**

1 - сорняк на огороде, как карцинома на теле;

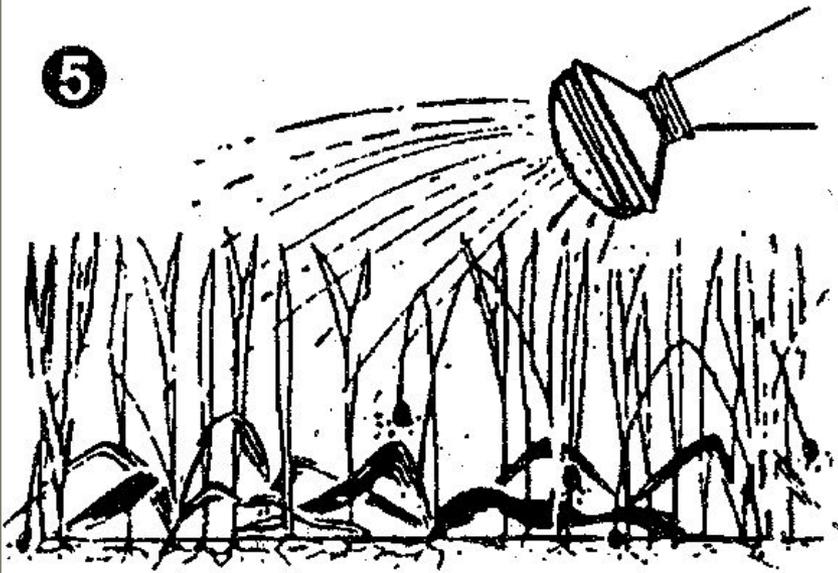
2 - локализованная опухоль, как сорняк, удаляется "хирургическим путем";



3 - методом лечения местно распространенного рака является радиотерапия;

4 - когда "пациент-врач", как и садовник, пренебрегают периодическими осмотрами, ситуация выходит из-под контроля: сорняки занимают все поле;

5



Селективные  
киллеры "сорняка"?



5 - современные химиопрепараты подавляют рост опухолевых клеток, но не решают проблему.

В перспективе - использование более избирательных киллеров.

# Хирургическое лечение

---

**Хирургия** - старейший эффективный способ лечения раковых заболеваний. В 1988 г. было зарегистрировано 1,5 млн. онкологических больных. 64% оказались операбельными, и показатель эффективности лечения составил 62%.

# Типы операций

---

- 1. Диагностические
- 2. Лечебные
  - радикальные
  - условно радикальные
  - паллиативные
- 3. Циторедуктивные
- 4. Реабилитационные
- 5. Симптоматические

# Принципы радикальных операций

---

- Абластика
- Антибластика

# Типы радикальных операций

---

- Расширенная комбинированная операция
- Экономные (органосохраняющие) операции

# Показания к циторедуктивным операциям

---

- Опухоли, сопровождающиеся выраженной клинической симптоматикой
- Медленно растущие опухоли
- Опухоли, чувствительные к консервативной терапии

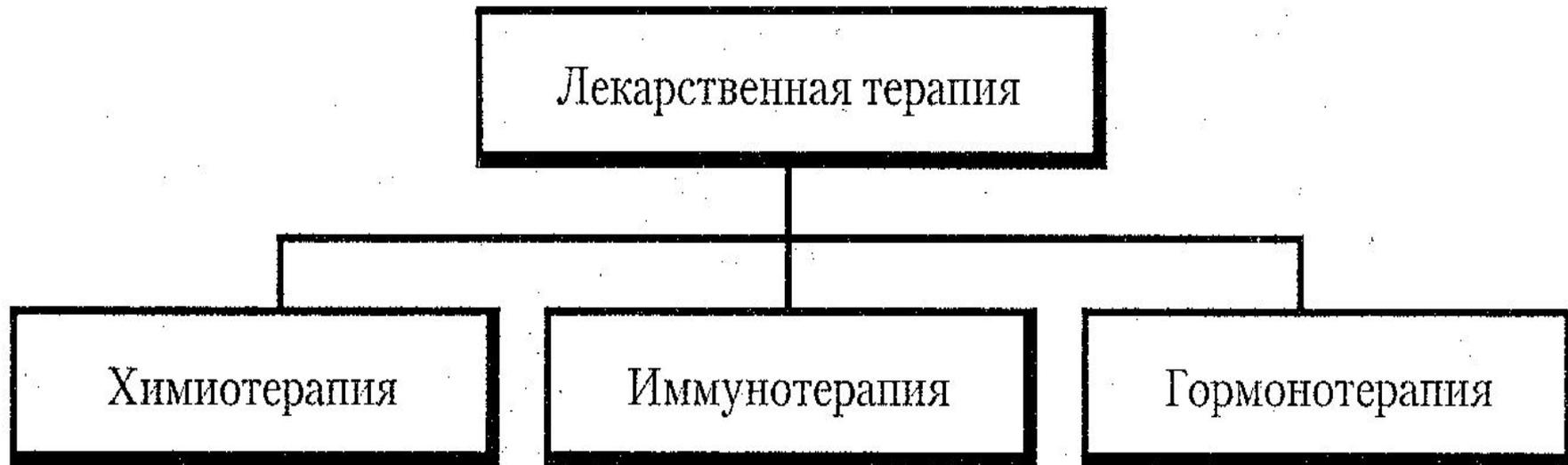
# Лучевая терапия

Облучение играет ключевую роль при лечении болезни Ходжкина, неходжкинских лимфом на ранних стадиях, плоскоклеточного рака головы и шеи, медиастинальных герминогенных опухолей, семиномы, рака предстательной железы, ранних стадий рака молочной железы и немелкоклеточного рака легкого, медуллобластомы, а также в комбинации с химиотерапией при остром лимфобластном лейкозе.

Облучение можно использовать в качестве паллиативного средства при раке предстательной и молочной желез с метастазами в кости, при миеломной болезни, на поздних стадиях сарком, рака желудка, легкого, пищевода и глотки, а также при метастазах в головной мозг.

# Лекарственная терапия

Лекарственная терапия приобретает все более многоплановое развитие и широкие показания. С учетом происхождения и избирательного действия выделяют химиотерапевтические препараты, гормоны и иммунопрепараты.



# Возможности излечения онкологических заболеваний

Лечение	Локализация	Стадия	5-летняя безрецидивная выживаемость%
Хирургическая операция и облучение	Яичко (семинома)	I	94
	Эндометрий	II	62
	Мочевой пузырь	B <sub>2</sub> +C	54
	Полость рта	III	36
	Нижние отделы глотки	II+III	33
	Легкое	III <sub>MO</sub>	32
Хирургическая операция и химиотерапия	Молочная железа	II	62
	Желудок		54
	Предстательная железа	C	50-68
	Яичник	III	28-40
Облучение и химиотерапия	ЦНС(медуллобластома)		71-80
	Саркома Юинга	Все стадии	70
	Прямая кишка(плоскокл.)		40
	Легкое (мелкоклеточн.)	Ограниченная	16-20
Хирургическая операция облучение и химиотерапия	Почка (опухоль Вилмса)	Все стадии	80
	Эмбиональная рабдомиосаркома	То же	80
	Легкое	III <sub>MO</sub>	32
	Полость рта, нижние отделы глотки	III + IV	20-40

Как видно из таблицы **5-летняя** выживаемость находится в **прямой зависимости от стадии** опухолевого процесса.

**Пятилетняя выживаемость в зависимости от стадии заболевания**

Уровень диагностики	Стадия	5-летняя выживаемость
Ранняя	0	100%
	Ia	100%
	Iб	80%
Своевременная	II	60-80%
Поздняя	III	20-40%
	IV	0-10%

Таким образом, **проблема лечения - это прежде всего проблема диагностики.**

# Стадии и диагноз онкологического заболевания

Ни при каких условиях нельзя проводить лечение рака без надежных результатов гистологического анализа с использованием, например, аспирационной, эксцизионной или эндоскопической биопсии, биопсии костного мозга. Для патоморфологического определения стадии рака нужны образцы ткани; получаемая информация полезна для дальнейшей оценки степени развития заболевания - необходима **ПРИЦЕЛЬНАЯ БИОПСИЯ** из патологического участка

# **Составные части диагноза онкологического заболевания**

- 1. Клинико-анатомическая классификация**
- 2. Гистологическая классификация**
- 3. Классификация по TNM**
- 4. Классификация по стадиям**
- 5. Клиническая группа**

# Гистологическая степень злокачественности (Grade, G)

**GX** Степень дифференцировки опухоли не может быть определена

**G1** Высокодифференцированная опухоль

**G2** Умереннодифференцированная опухоль

**G3** Низкодифференцированная опухоль

**G4** Недифференцированная опухоль

Особые системы оценки: саркомы костей и мягких тканей, опухолей молочной железы, тела матки, предстательной железы, печени

# Система TNM

---

**T**                    **Распространенность первичной опухоли**

**N**                    **Наличие, отсутствие и распространенность метастазов в региональных лимфатических узлах**

**M**                    **Наличие или отсутствие отдаленных метастазов**

# Основные правила классификации

---

1. Во всех случаях требуется гистологическое подтверждение диагноза.

2. Для каждой из локализаций две классификации

А) клиническая классификация (сTNM или TNM)

Б) Патологоанатомическая классификация (pTNM)

3. Установленные критерии TNM и стадия должны оставаться в медицинской документации неизменными

4. При определении точного значения

При несомненном диагнозе определение стадии развития рака позволяет избрать схему лечения и сделать прогноз. Какого-то единого, приемлемого для всех раковых заболеваний подхода нет.

**Клиническая стадия** обычно устанавливается по классификациям, основанным на знании естественного развития и патофизиологии опухолей определенного типа в сочетании с данными анамнеза, физикального и неинвазивных исследований больного.

\*Учитывая, что для диагностики и лечения больного в клинической фазе остается сравнительно небольшой отрезок времени (последняя 1/4), а эффективность лечения зависит от величины опухолевой патологии, возникает необходимость активного выявления рака на более ранних этапах развития. .

Первым в рубрике "злокачественные опухоли" по классификации ВОЗ стоит преинвазивный рак (*carcinoma in situ*), имеющий по системе TNM особое обозначение - **T<sub>is</sub>**, а по отечественной классификации - **стадия 0. "Ca in situ"** характеризуется -наличием клеток

- злокачественной опухоли в пределах базальной

В дальнейшем; по мере развития опухоли, наступает прорыв базальной мембраны - мы находим **микроинвазивный рак** (до 3 мм), затем **инвазивные** формы рака (I, II, III и IV стадии).

В целом, в зависимости от размеров опухоли, степени прорастания в/окружающие ткани и органы, метастазирования в регионарные лимфатические узлы и отдаленные органы различают следующие стадии :

**0 стадия** - микроскопическое обнаружение клеток злокачественной опухоли в пределах базальной мембраны эпителиальной ткани, полученной путем прицельной биопсии. Клинические проявления характеризуются фоновыми и предраковыми заболеваниями.

**Ia стадия** - микроскопически устанавливаемое прорастание (инвазия) базальной мембраны опухолью. Клинические

**Ib стадия** - опухоль небольших размеров, обычно до 2 см, ограниченная одним или двумя слоями стенок органа (например, слизистой оболочки и подслизистого слоя без метастазов в лимфатические узлы при раке шейки матки и Ia или Ib стадия, соответственно, без поражения или с поражением лимфатических узлов при других локализациях рака).

**II стадия** - для большинства локализаций опухоль величиной от 2 до 5 см без или с одиночными метастазами в регионарные Лимфоузлы.

**III стадия** - опухоль больших размеров, прорастающая все слои органа, а иногда и окружающие ткани, или опухоль с множественными метастазами в регионарные лимфатические узлы.

**IV стадия** - опухоль больших размеров, прорастающая на значительном протяжении окружающие органы и ткани, неподвижная или опухоль любых размеров с неуда-лимными метастазами в лимфатические узлы или с метастазами в отдаленные органы.

## Клинические группы больных

**Группа Ia** - больные с заболеваниями, подозрительными на злокачественную опухоль. В течение 10 дней диагноз должен быть подтвержден или отвергнут.

**Группа Ib** - больные с предраковыми заболеваниями наблюдаются у различных специалистов в зависимости от локализации. Больные с факультативными предраками находятся под наблюдением и лечением у врачей общей лечебной сети, а с облигатными предраками - у онколога.

**Группа II** - больные со злокачественными новообразованиями, подлежащие специальному или радикальному лечению (последние выделяются в группу **IIa**).

***Группа III*** - практически здоровые лица, получившие специальное или радикальное лечение. В случае возникновения у них рецидива заболевания они переводятся в группу II или IV в зависимости от возможного лечения.

***Группа IV*** - больные с распространенными формами злокачественных опухолей, подлежащие паллиативному или симптоматическому лечению.