

Принципы лечения злокачественных новообразований

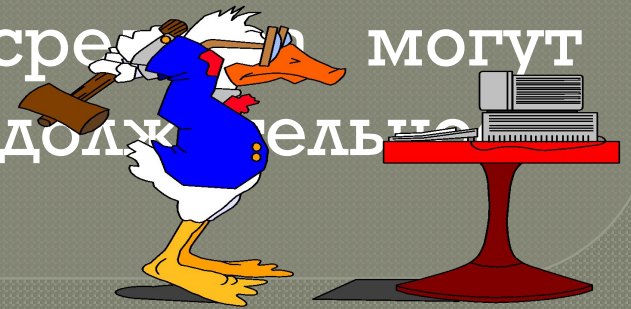
Организация противораковой борьбы

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.

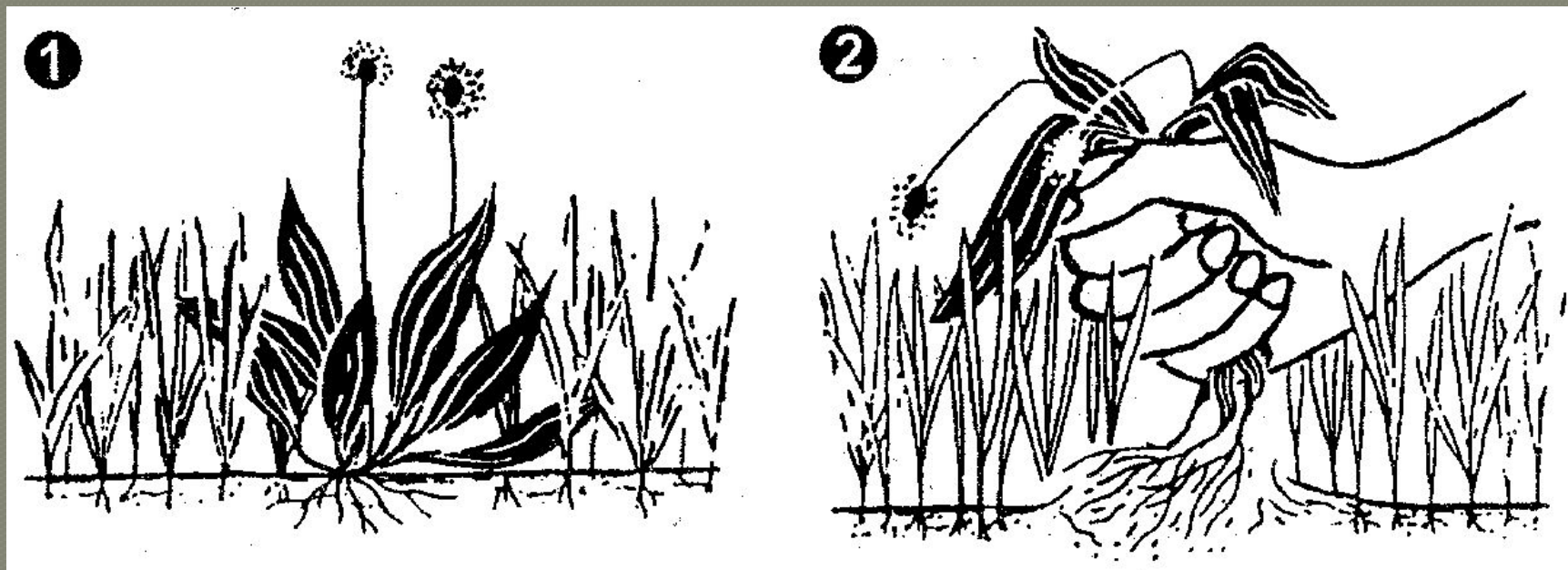
исчезновение всех клинических признаков заболевания. **Частичная регрессия.**

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**

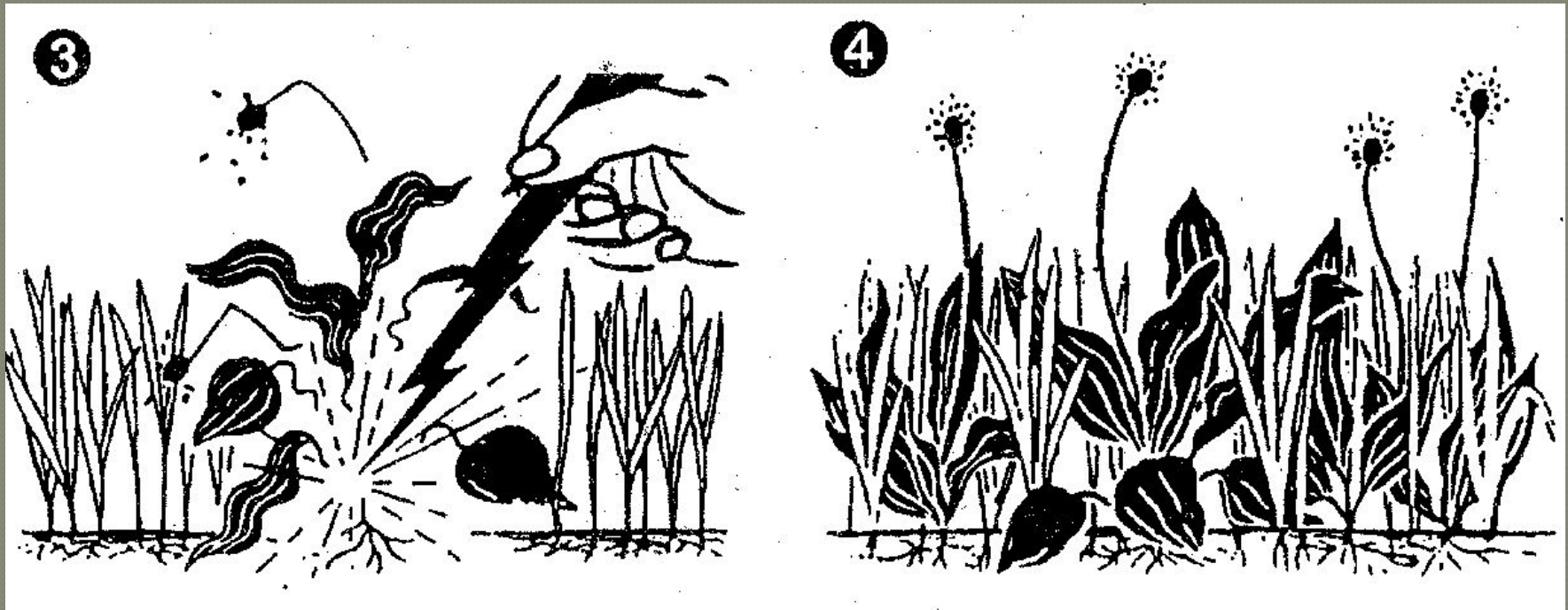
Аналогично, при улучшении
состояния больного с частичной
регрессией
продолжительность регрессии
измеряется интервалом
времени от наступления
частичной регрессии до начала
прогрессирования
злокачественного процесса.



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

1 - сорняк на огороде, как карцинома на теле;

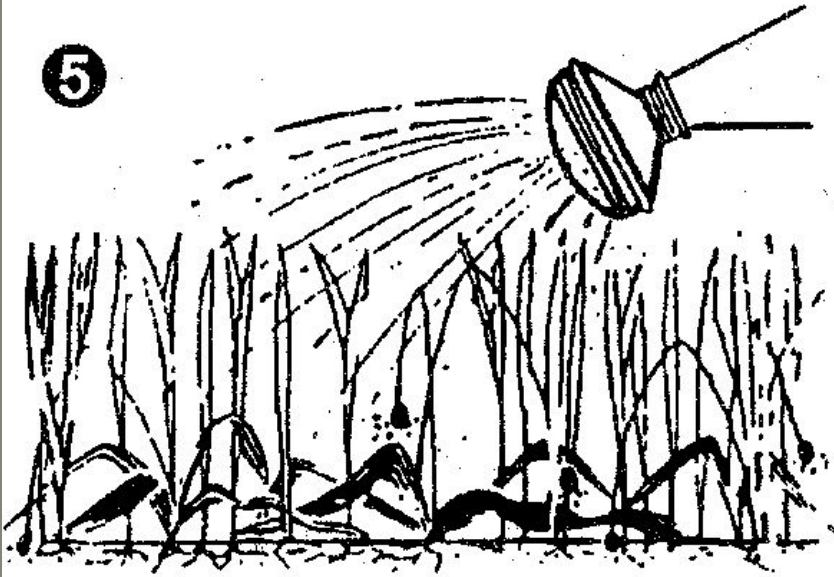
2 - локализованная опухоль, как сорняк, удаляется "хирургическим путем";



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

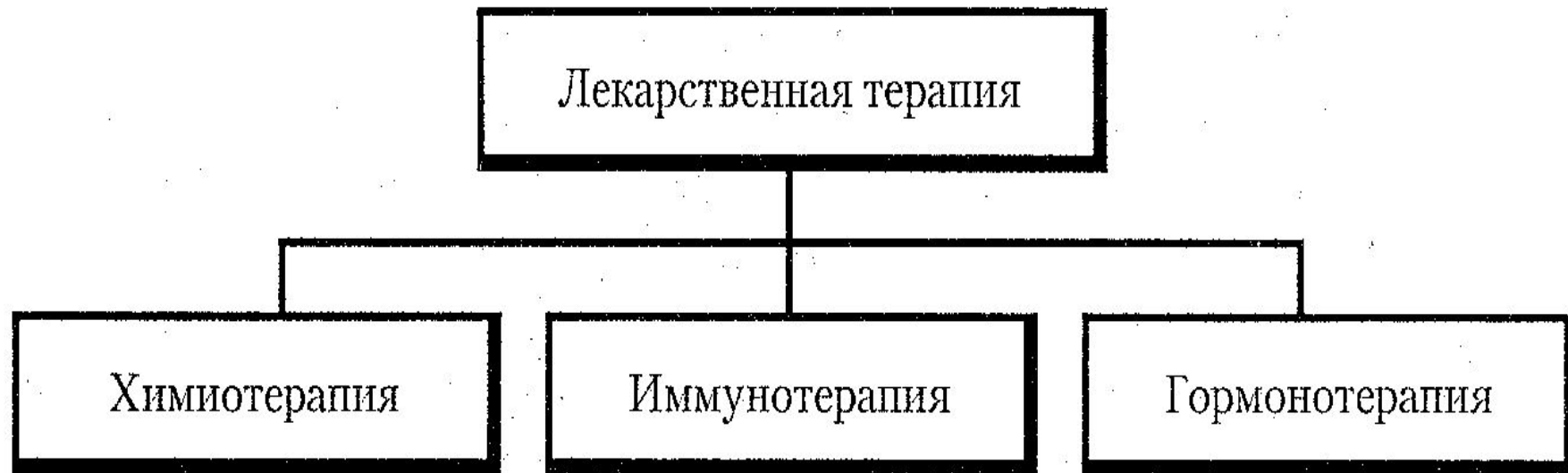
Лучевая терапия

Облучение играет ключевую роль при лечении болезни Ходжкина, неходжкинских лимфом на ранних стадиях, плоскоклеточного рака головы и шеи, медиастинальных герминогенных опухолей, саркомы, 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 ₂ +C	54
	Полость рта	III	36
	Нижние отделы глотки	II+III	33
	Легкое	III _{MO}	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(плоскоккл.)		40
	Легкое (мелкоклеточн.)	Ограниченная	16-20
Хирургическая операция облучение и химиотерапия	Почка (опухоль Вилмса)	Все стадии	80
	Эмбриональная рабдомиосаркома	То же	80
	Легкое	III _{MO}	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_{is}**, 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

I б 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.