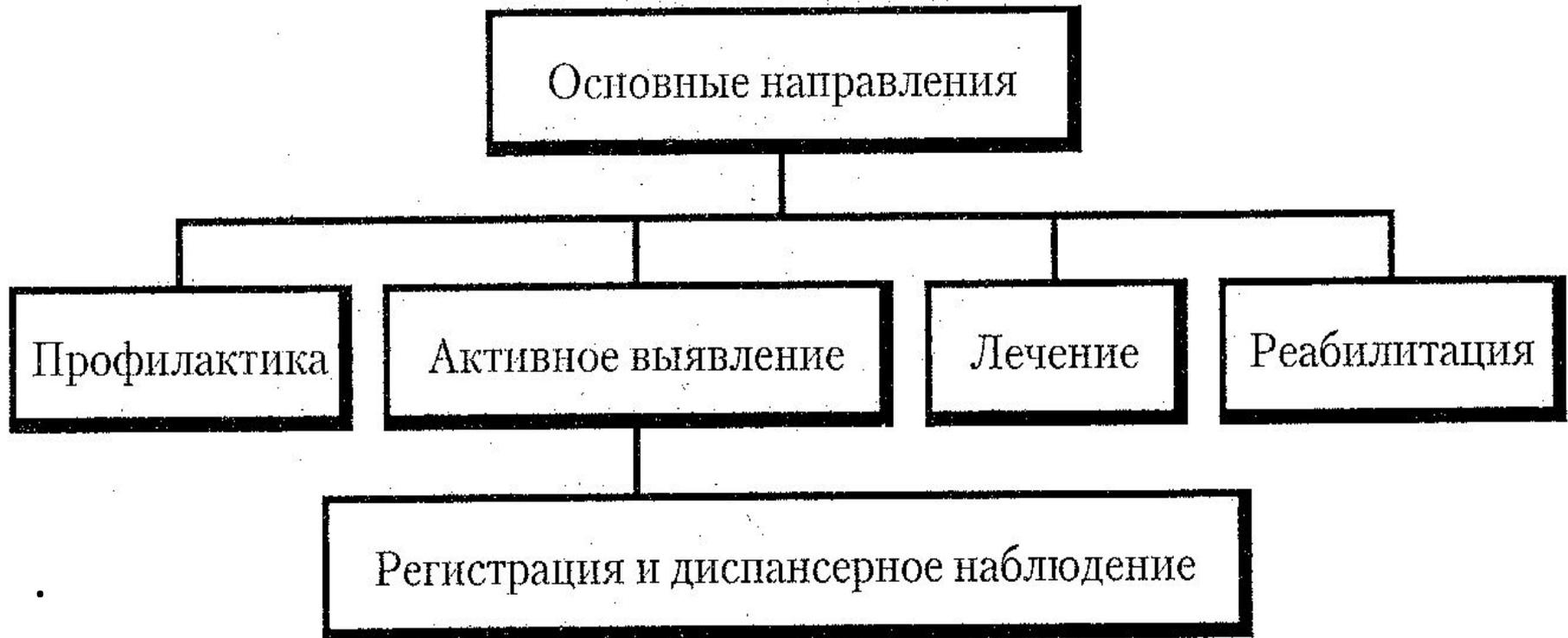


Принципы лечения злокачественных новообразований

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 полной**

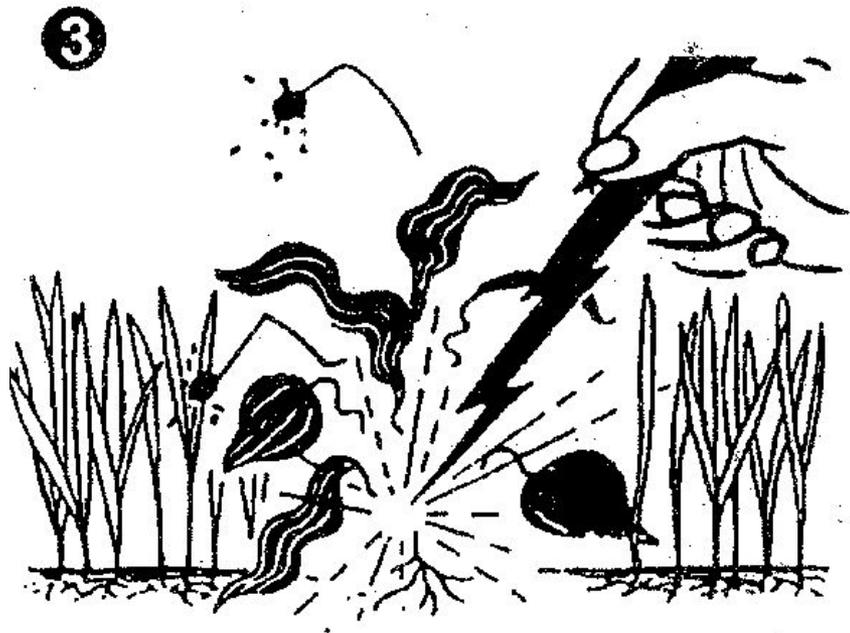
Аналогично, при улучшении состояния больного с частичной регрессией **продолжительность регрессии** измеряется интервалом времени от наступления частичной регрессии до начала прогрессирования злокачественного процесса.



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

1 - сорняк на огороде, как карцинома на теле;

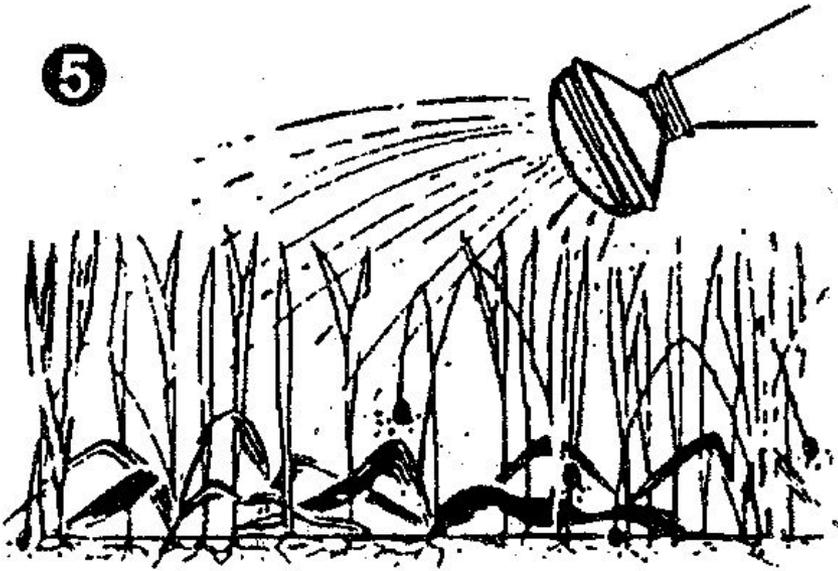
2 - локализованная опухоль, как сорняк, удаляется "хирургическим путем";



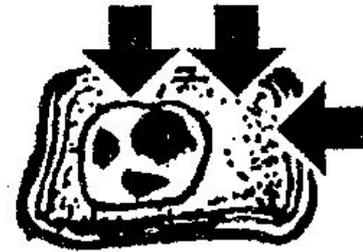
3 - методом лечения местно распространенного рака является радиотерапия;

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

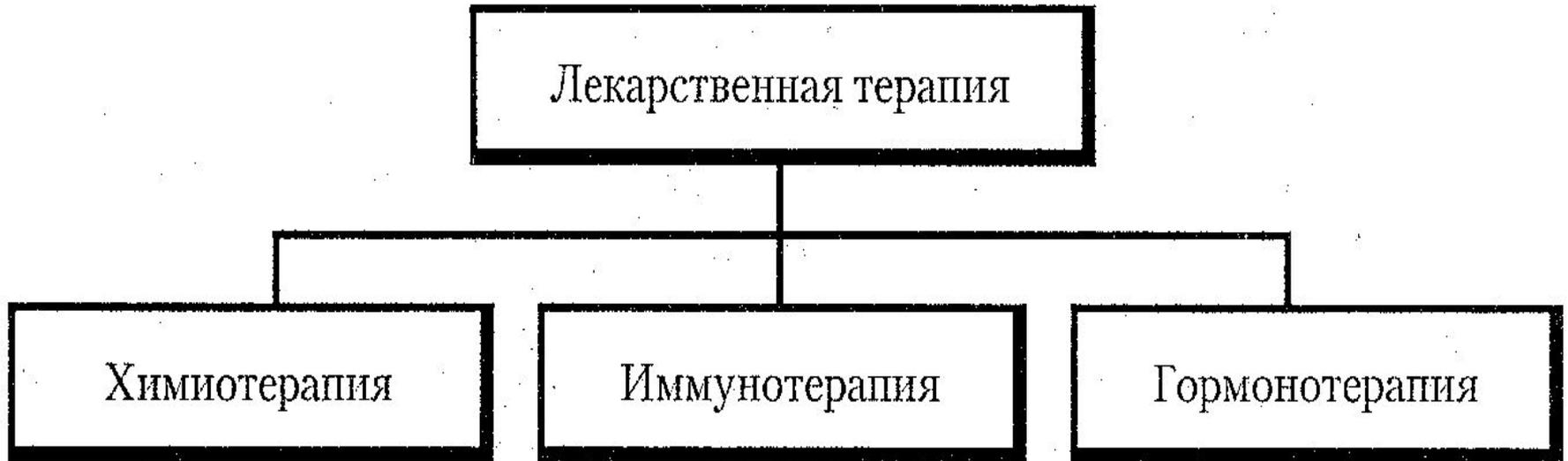
Лучевая терапия

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 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
	Эмбиональная 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 мембраны**.

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 проявления рака могут не отличаться от фоновых и предраковых

16 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 1a или 16 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 **Ia**).

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.

Электронное направление № 23184001380448

Телефон предварительной записи: (861) 233-66-04

Дата: 25.06.2018 Время: 15:45:00 Кабинет: _____

Убедительная просьба явиться к назначенному времени!

ФИО больного: МЕРКУЛОВА НАТАЛЬЯ АЛЕКСЕЕВНА

Дата рождения: 25.10.1953

Адрес больного: , Краснодарский край, г Краснода

Карла Маркса, д.74

Паспорт (серия, номер) 03 03 055593

Страховой медицинский полис ОМС (серия, номер): 2349640874000929

Наименование страховщика: "ООО "АльфаСтрахование-ОМС" Красн.ф. "Сибирь

Место работы:

Должность: _____

Диагноз при направлении:

*Синдром L-2 верхнекорешкового квадранета
правой нижней конечности рТ₂ N₁ М8 С₂ "В81
ЛМ.*

Цель направления: На консультацию

Выписка из истории болезни (начало заболевания, первые признаки, течение б
проведенное обследование и лечение, протокол операции, протоколы эндоско
исследований, результаты лечения, результаты лечения, контрольные анализы

25.06.2018 15:39:36

ДИСПАНСЕРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

ОСМОТР

Страховой анамнез: не работает; в л/н не нуждается;

Жалобы: уплотнение в правой молочной железе

Анамнез заболевания: обнаружила 7-8 лет назад.

Анамнез жизни: р-, п/менс-, менопауза. Туберкулез легких, гепатиты, ВИЧ- инфекция, Льюис- отрицает

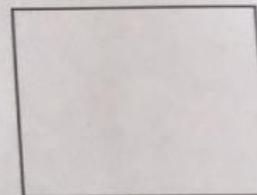
Аллергических реакций на лекарственные препараты - отрицает

Объективно:

общее состояние: Общее состояние:удовлетворительное;

Status localis

в правой молочной железе в в\нар кв новообразование без четких контуров. Д около 3см. +
симптом площадки. Явной ЛАП нет. Слева ФЖИ.



Диагноз: *suspicio* D48.6 Бл правой молочной железы, Ia кл.гр.

Рекомендовано:

1. Обследования/консультации: Маммография

УЗИ НАД-ПОДключичных, подмыш л\у, мол.желез, ОБП 25.06.18г - с-ч справа в\нар кв20x23x26мм. мтс в подм л\у
справа 7x6мм. Дифф изм печени

Трепанбиопсия правой мол.железы

2. Лечение: дообследование по месту жительства: УЗИ ОМТ. кровь на геп В и С, ВИЧ

Выполнены обследования:

Р-ОГК от 18.06.18г - норма

гинеколог от 15.06.18г - атрфоический вагинит

Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Районная клиническая центральная больница №1 Крайнего Севера»
г. Новоуральск, ул. К. Дзюбана, 99
тел. 342-41-11

РЕГИСТРАЦИЯ

Приложение №2

Цитами направляющего ЛПУ

интернет-запись: дата
время
Ф.И.О. врача

НАПРАВЛЕНИЕ № 595 от _____ 201__ г.

В консультативно-диагностическую поликлинику
Крайней клинической больницы №1 им. проф. С.В. Очаповского
г. Крайний, ул. 3 Мая, 147 (адрес по ИДТ: маршрутные листы 34, 36, 38, 40, 42, адрес по 21)
Красная партизан 94Б

Консультация врача - специалиста _____

Цель направления: _____

КАТЕ нехими

Ф.И.О. больного: Орловская Елена Юрьевна

Паспортные данные (серия, номер) 03 11 385404 дата рождения 06.04.1989

Страховой медицинский полис ОМС (серия, номер) 2357410893000667

Наименование страховщика ООО Медрастрахования-ОМС

Категория льгот _____

Адрес больного г.Прим-Ахтарск, К Шевченко
дом 89

Место работы _____

Должность _____

Диагноз при направлении Врачование нехими ?

Лечащий врач _____
(подпись)

Вуксанов И.А.
(Ф.И.О.)

Зам. главного врача
по поликлинической работе _____
(подпись)

Кристинин М.И.
(Ф.И.О.)