

Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра онкології

Організація протиракової боротьби в Україні. Етіологія і патогенез злоякісних пухлин. Канцерогенез. Класифікація і документація. Методи діагностики та лікування злоякісних пухлин щелепно-лицевої ділянки. Абластика і антибластика. Злоякісні пухлини шкіри обличчя, клініка, діагностика, лікування.



доцент Костишин І.Д.

Онкологія

- (від грецького **oncos** - пухлина, **logos** - наука)
- наука, яка вивчає причини виникнення, механізм розвитку та клінічні прояви пухлини, а також методи їх діагностики, лікування та профілактики

Злоякісні новоутворення

- одна з **найважливіших** медико-біологічних та соціально-економічних **проблем** охорони здоров'я;
- стабільно **зростають**;
- визначають рівень здоров'я нації;
- **ризик** захворіти **збільшується** через несприятливу екологічну ситуацію та значне старіння населення;
- у 22-26 % випадків - зумовлюють інвалідизацію

Пухлини

Злоякісна пухлина – це особлива патологічна форма проліферації клітин, спричиненої змінами генома клітини, що характеризується схильністю до неконтрольованого росту, незавершеної диференціації, а також до інвазії та деструкції прилеглих тканин і формування віддалених метастазів.

Ракова клітина – це мутант нормальної клітини, з особливими властивостями, що веде до злоякісного росту.

Злоякісний ріст притаманний усім живим організмам, зокрема людині. Щорічно від злоякісних пухлин на земній кулі гине **понад п'ять мільйонів людей**.

Онкопатологія займає друге місце по смертності після серцево-судинної патології. На 1 тис. населення хворіє 2-3 чол., на 100 тис. – 200-300 (Ів.-Фр. – 240 тис. населення, на облік береться щорічно 700-800 хворих).

Захворюваність на злоякісні новоутворення в Україні

Рік	1980	1991	2000	2020
Абсолютне число	119058	157922	160000	200000

Смертність від ЗН населення України (на 100 тис. населення)

Рік	1999	2007	2017
На 100 тис. населення	386.5	376.7	322.0



За 75 років життя злоякісні пухлини
уражають кожного 3-4 чоловіка і
кожну 4-5 жінку

На зляокісні новоутворення в 2005 р.
(на 100 тис. чоловічого населення, український стандарт)



Захворюваність жіночого населення України на зляокісні новоутворення в 2005 р.
(на 100 тис. жіночого населення, український стандарт)



Захворюваність на рак



Смертність від раку



Порівняння захворюваності на ЗН (2009р.) в Україні і США

Серед чоловіків

Серед жінок

Ранго ве місце	ЗН	% від усіх ЗН	
		Україна	США
1	Рак легені	22.1	Р.простати 29.0
2	Рак шлунка	11.5	Р.легені 14.0
3	Рак шкіри	11.0	Р.прямої кишки 10.0

ЗН	% від усіх ЗН	
	Україна	США
Рак молочної залози	19.3	30.0
Рак шкіри	15.0	Р.легені 12.0
Рак тіла матки	8.0	Р.прямої кишки 11.0

Пухлини

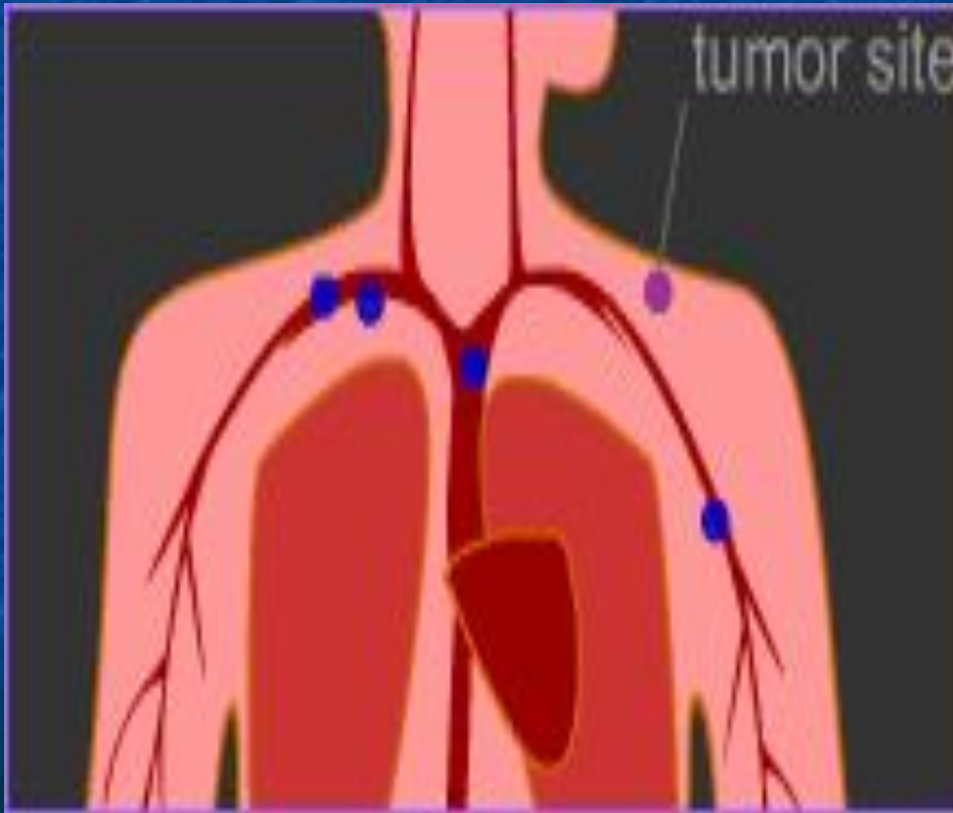
■ Доброякісні

- зрілі
- експансивний ріст
- тканинний атипізм
- не метастазують
- повільний ріст
- гладка поверхня
- чіткі контури
- рухомі
- інтактна шкіра над пухлинами
- відсутність болю
- відсутність інтоксикації

■ Злоякісні

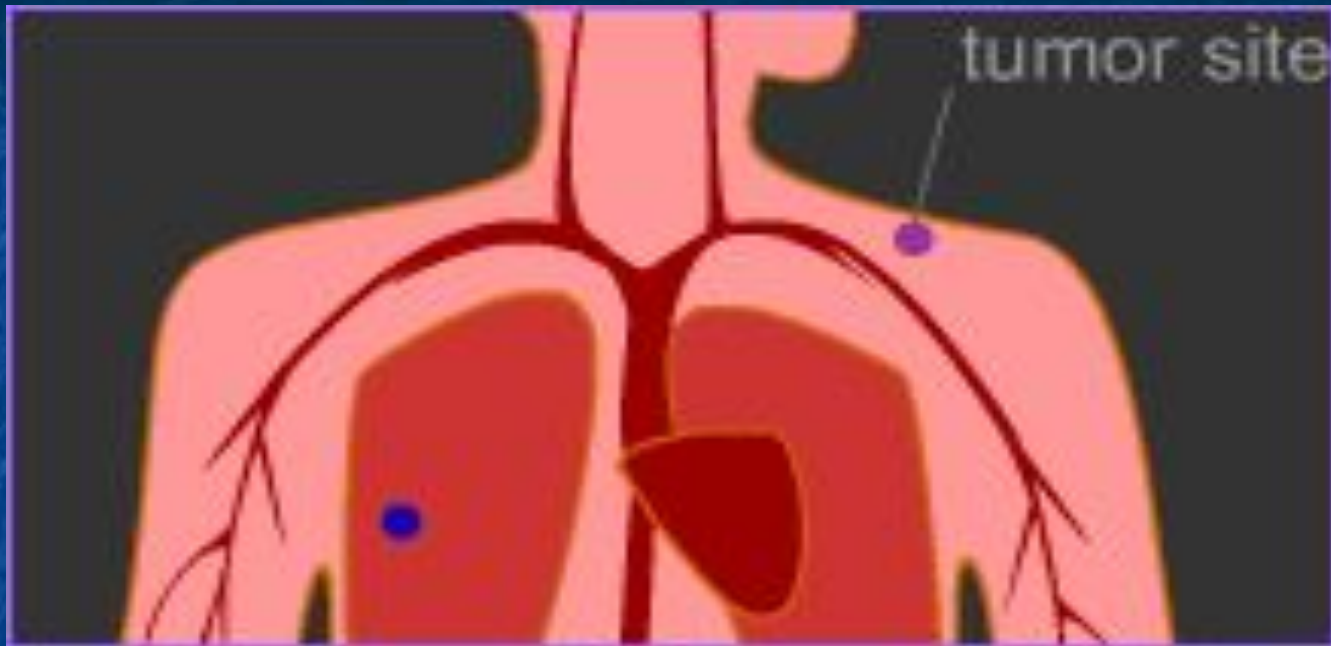
- незрілі
- агресивний ріст
- інфільтративний ріст (проростання)
- клітинний атипізм
- метастазують
- обмежена рухомість
- постійні, наростаючі болі
- на відміну від запального інфільтрату, пухлини не болючі
- повторні кровотечі
- звиразкування покривного епітелію
- відсутність чітких меж
- нерівні краї
- інтоксикація, кахексія

Подорож пухлинних клітин – метастази



- Що робить більшість пухлин такими смертельними? - їх здатність **метастазувати** - себто, створювати нові осередки пухлинного росту по всьому тілу. **Вторинні пухлини.**
- Метастазування починається від моменту потрапляння пухлинних клітин у судинне русло, хоча значна кількість клітин у крові або лімфі швидко гине.

Метастази



- Щоб сформувати **вторинну пухлину**, пухлинній клітині потрібно покинути судинне русло і проникнути у тканину. Для цього клітині необхідно **прикріпитися** до судинної стінки, після чого відбувається проростання.

Однієї вцілілої клітини зі 10 000 достатньо для утворення нового метастатичного вогнища, інші, що вижили, створюють **нові колонії** раку.

Фактори ризику виникнення передраку і раку

Умовні: 1) передраки, 2) гормональні порушення, 3) куріння.

Безумовні:

- 1) вік старше 45 років для чоловіків і >35 для жінок,
- 2) професійні шкідливості(екзогенні фактори),
- 3) шкідливі звички (куріння, алкоголь, вживання надмірно гарячої їжі)
- 4) ендогенні фактори :
 - ❑ рак у кровних родичів
 - ❑ сімейний поліпоз товстого кишечника
 - ❑ меланома у родичів
 - ❑ II група крові(частіше РШ)
 - ❑ ожиріння(частіше РМЗ)
 - ❑ порушення функції кишечника
 - ❑ Гормональні порушення в репродуктивній системі (РМЗ, РТМ, РЯ)

Профілактика

- За даними Міжнародної Асоціації у Боротьбі з Раком близько 80% усіх видів раку зумовлені **зовнішніми чинниками**, а отже потенційно можуть бути **попереджені** (IARC, 2003).

Профілактика

- Найбільш ефективними методами профілактики раку є: відмова від куріння і алкоголю, раціональне харчування, активний здоровий спосіб життя.



Рання діагностика раку

- більшість онкозахворювань в
ранніх стадіях протікають
безсимптомно і для їх
своєчасного виявлення
необхідна активна інстру-
ментальна діагностика.

- раннє виявлення раку – це
запорука успішного лікування
хворого, в той час як
діагностика по «принципу
звернення», основана на
клінічних проявах, призводить
до виявлення, в основному
поширених форм раку, терапія
яких складна, затратна і мало-
ефективна.



Скринінг раку

- Скринінг направлений на виявлення передракових станів у категорій осіб з відсутністю будь-яких ознак чи проявів захворювання:
 - скринінг раку молочної залози
 - скринінг раку шийки матки
 - раннє розпізнавання раку товстої кишки
 - рання діагностика меланоми шкіри
 - раннє виявлення раку простати.



Обов'язковий клінічний мінімум обстеження (ОКМО):

- **Збір анамнезу** за системами з метою виявлення ознак порушення функції органів, а також факторів ризику для виникнення раку, з подальшим поглибленим (комплексним) обстеженням органів і систем, які мають найбільший зв'язок з виявленими ФР і симптомами.
- **Огляд шкіри, слизових, периферичних лімфатичних вузлів, методичне обстеження грудних залоз;** в оглядовому кабінеті для чоловіків – огляд і промацування зовнішніх статевих органів і пальцеве дослідження прямої кишки з метою виявлення патології простати і дистальних відділів прямої кишки; в оглядовому кабінеті для жінок – вагінальне дослідження із забором мазків з шийки матки, а також ректальне дослідження. Тут також проводиться огляд грудних залоз.
- **Флюорографія ОГК** в трьох проекціях.
- **Аналіз** крові і сечі.
- **УЗД** печінки, нирок, матки і додатків

Основу ранньої діагностики визначає рівень онкологічної настороженості, яка включає:

- знання ранніх симптомів раку;
- знання клініки, діагностики, диспансеризації і лікування хворих з передраковими станами;
- знання принципів організації онкодопомоги та цілеспрямоване направлення хворого в онкологічний заклад;
- ретельне всебічне обстеження кожного, хто звернувся в лікувальний заклад (проведення обов'язкового клінічного мінімуму обстежень);
- у всіх випадках так званої трудної діагностики установка на первинне виключення у хворого раку.

Онкологічна служба України

- Надання медичної допомоги онкологічним хворим на місцях і диспансеризацію їх здійснюють 46 онкологічних диспансерів у всіх областях України. Крім цього, діагностичні, лікувальні і диспансерні функції здійснюють оглядові кабінети, онкологічні відділення загальнолікувальних закладів, а також онкологічні кабінети

Завдання онкологічного диспансера:

- забезпечення в повному об'ємі кваліфікованою консультативною та лікувальною допомогою онкологічних хворих, які проживають на території обслуговування диспансера у відповідності із сучасними стандартами;
- контроль за якістю виконання такого лікування в тих лікувально-профілактичних закладах регіону, яким дозволено лікування онкологічних хворих;
- здійснення диспансерного спостереження за онкологічними хворими;
- організаційно-методичне керівництво і контроль за станом своєчасної діагностики злоякісних новоутворів у всіх лікувально-профілактичних закладах, а також вивчення причин пізньої діагностики;
- впровадження в практику сучасних методів діагностики і лікування онкологічних захворювань, аналіз ефективності лікування у всіх лікувально-профілактичних закладах;

Класифікація злоякісних пухлин

Морфологічна класифікація злякисних новоутворів

- **Рак (cancer)** – епітеліальні пухлини (з плоского епітелію – плоскоклітинний рак, зі залозистого епітелію – аденокарцинома)
- **Саркома (SA)** – пухлина зі сполучної тканини (фібро-, хондро-, остео-, рабдоміо- і лейоміосаркоми, ліпосаркома)
- **Гемобластози** – новоутвори системи крові
 - системні – лейкози
 - пухлини (лімфогрануломатоз та негоджкінські лімфоми)
- **Пухлини з APUD–системи** – апудоми (феохромоцитома, меланома, дрібноклітинний рак легень)
- **Рідкісні форми** - хоріонепітеліома, тератобластома, семінома

Міжнародна класифікація злоякісних пухлин (TNM)

T- tumor - пухлина, її характеристика

Tx – не досить даних для оцінки первинної пухлини

T0 – первинна пухлина не визначається

Tis -carcinoma in situ(внутрішньо-епітеліальний рак – атипія до базального шару)

T1 - пухлина до 2 см у найбільшому вимірі

T2 - пухлина від 2 до 4 см

T3 – пухлина більша 4 см у найбільшому вимірі

T4 – пухлина поширюється на сусідні органи (окістя або кістка щелепи)

N – nodulus – вузол (регіонарні лімфатичні вузли)

Nx – не досить даних для оцінки стану регіонарних л/в

N0 - метастази в лімфовузлах відсутні

N1 - метастаз в одному гомолатеральному л/в до 3см в діаметрі

N2 - метастази в одному гомолатеральному л/в від 3 до 6см в діаметрі

N3 – метастази в л/в понад 6см

M- metastasis – віддалені метастази

Mx – не досить даних для визначення віддалених метастазів

M0 - віддалені метастази відсутні

M1 - наявні віддалені метастази

Клінічні групи

Ia - охоплює усіх хворих, у яких лікар запідозрив рак. Необхідно у 10-денний термін підтвердити або заперечити діагноз,

Ib - усі хворі з передпухлинною патологією.

II - хворих на злоякісні новоутвори, які вимагають спеціального лікування з надією на одужання - (**IIa**) або ремісії (**II**).

III – практично здорові люди, які закінчили радикальне лікування.

IV - хворі у IV стадії захворювання, більшості із них проводиться тільки симптоматичне лікування (у т.ч. - хірургічне – при ускладненнях, променеве – для зняття больового синдрому, хіміотерапевтичне для покращення якості та тривалості життя).

Складові частини онкологічного діагнозу

1. **Назва** пухлини у відповідності з міжнародною морфологічною класифікацією злоякісних новоутворень.
2. **Локалізація** органа або анатомічної ділянки, де є пухлина.
3. **Стадія** за системою TNM.
4. **Клінічна група** – як умовне поняття, яке визначає тактику лікаря по відношенню до діагностики, лікування та диспансеризації хворого на рак.

(Приклад: **плоскоклітинний ороговіваючий рак язика** **p T2N1M0**
клінічна група II)

Медична документація на онкологічних хворих

- “Повідомлення про хворого з вперше в житті встановленим діагнозом раку або іншого злоякісного новоутворення” – форма №090/о,
- “Протокол на випадок виявлення у хворого занедбанної форми злоякісного новоутворення” – форма №027-2/о
- Контрольна карта диспансерного спостереження хворих з передраками і хронічними захворюваннями - форма №030/о (спостереження 1 раз в квартал- 1рік)
- Контрольна карта диспансерного спостереження (онко) – форма №030-6/о (термін спостереження: 1 рік- 1 раз в квартал, 2 рік- 1 раз в 0.5 року, наступні роки – 1 раз в рік.

Форму 090/о і 027-2/о заповнює лікар, який виявив захворювання у триденний термін відправляє в онкодиспансер



Лікування онкологічних хворих

- Радикальним вважається таке лікування, коли після його проведення не залишається вогнищ пухлинного росту.
- Паліативним називають таке лікування, коли після його проведення залишаються неліквідовані вогнища пухлини як в зоні розташування первинного вогнища так і у віддалених органах.
- Симптоматичне лікування передбачає усунення ускладнень, які загрожують життю хворого на рак.

Лікування ЗН

I. Спеціальне лікування:

- 1) хірургічне(кріо, лазер).
- 2) променева терапія
- 3) хіміотерапія

II. Комбіноване – використання двох методів спеціального лікування в певній послідовності(передопераційна ДГТ + після перерви операція...)

III. Комплексне – використання трьох і більше методів спеціального лікування

Хірургічне лікування

- Абластика – комплекс заходів, що спрямовані на профілактику поширення злоякісних клітин з пухлини до організму (видалення пухлини в межах здорових тканин, єдиним блоком з регіонарними лімфовузлами, проведення неоад'ювантних курсів променевої чи хіміотерапії...).
- Антибластика – комплекс заходів, що спрямовані на максимальну девіталізацію злоякісних клітин (передопераційна променева терапія, обробка операційної рани спиртом...)

Променева терапія

- Дистанційна гамма терапія(ДГТ)
- Контактна Γ -терапія
- Внутрішньо-тканинна Γ -терапія
- Внутрішньопорожнинна Γ -терапія
- Поєднано-променева терапія(ДГТ + Rtg-терапія)

Перед- після операційна ДГТ(34-40 Гр)
ДГТ по радикальній програмі (60-70 Гр)

Променева терапія

Rtg-терапія: 1) близькофокусна

2) напівглибока

3) глибока

РВД – 4-6 Гр

СВД 40-50 Гр (передопераційна)

СВД – 60-80 Гр (по радикальній програмі)

Хіміотерапія

- за шляхом уведення хіміотерапію поділяють на: системну, регіонарну і локальну;
- неoad'ювантна, ад'ювантна, паліативна;
- за характером та режимом проведення курсу хіміотерапію поділяють на: моно- та полі- хіміотерапію;
- протипухлинні препарати (антиметаболіти, синтетичні препарати, комплексні сполуки платини...)

Злоякісні пухлини шкіри займають друге місце в структурі онкологічної захворюваності. Приблизно 90% усіх злоякісних пухлин шкіри локалізуються в ділянці голови та шиї.

Класифікація злоякісних пухлин шкіри:

I. Епітеліальні пухлини :

- 1. рак - cancer**
- 2. аденокарциноми потових та сальних залоз**

II. Сполучнотканинні пухлини – саркоми (SA):

- 1. фібросаркома шкіри**
- 2. дерматофібросаркома**
- 3. лейоміосаркома**

III. Судинні пухлини:

- 1. гемангіоендотеліома**

IV. Меланома шкіри

Рак шкіри:

- 1. базальноклітинний рак (базаліома)**
- 2. плоскоклітинний рак**

Базальноклітинний рак

Базаліома

Особливості:

- місцево деструюча пухлина
- повільний, тривалий ріст
- не метастазує

Клінічні форми:

1. Вузлова (нодулярна):

- у вигляді воскоподібної папули (вузла) – “симптом перлини”
- містить телеагієктазії
- поверхня матова
- Щільної консистенції

2. Виразкова форма:

- Краї виразки валикоподібні, щільні, підриті, звичайного або червоного кольору
- Краї виразки представлені ланцюжком перлин – “симптом намиста”

3. Пігментна форма

4. Рубцева форма

5. Екземоподібна форма (поверхнева):

- Поверхня суха
- Поверхня мокнуча

Плоскоклітинний рак

Плоскоклітинний рак:

1. З ороговінням
2. Без ороговіння

Особливості:

1. швидкий ріст
2. метастазує
3. викликає інтоксикацію

Клінічні форми:

1. Екзофітна

- папілярна
- Вузлової (бородавчаста)

2. Ендофітна

- виразкова
- інфільтративна
- виразко-інфільтративна

Методи діагностики раку

- Візуальний огляд
- Пальпаторне дослідження первинної пухлини і тканин, що її оточують
- Дерматоскопія
- Рентгенографія ОГК
- УЗД пухлини і регіонарних л/в
- УЗД ОЧП
- При звиразкуванні – мазок-відбиток або зішкріб для цитологічного дослідження
- Інцизійна або ексцизійна біопсія

Лікування базальноклітинного раку

1. I- II стадії:

- Криодеструкція
- Лазеротерапія
- Хірургічне видалення
- Променева терапія – близькофокусна рентгентерапія
СД 60-80 Гр

2. III-IV стадії:

- Спеціальне по радикальній програмі ДГТ РВД 2 Гр, СВД
60-70 Гр
- Комбіноване - передопераційна ДГТ РВД 2 Гр, СВД
36-44 Гр
- хіміотерапія

Лікування плоскоклітинного раку

Особливості лікування – направлене на ліквідацію первинного вогнища і зон регіонарного метастазування.

Лікування первинного вогнища ідентичне лікуванню базального раку.

1.Лімфаденектомії – видалення регіонарних л/в в межах футляро-фасціального мішка:

- Операція Ванаха(1-й варіант)
- Каротидна лімфаденектомія (2-й варіант)
- ФФВК шиї
- Операція Крайля

Меланома

Меланобластома (МБС), злоякісна меланома

Найбільш злоякісна пухлина.

Захворюваність – 3%. Смертність – 75%.

Розвивається з меланоцитів, які продукують меланіновий пігмент, від чого залежить колір шкіри. Пігмент захищає меланоцити від канцерогенного впливу УФ випромінювання. Ось чому, у представників білої раси захворюваність на меланому значно вища (в 10-17 разів), ніж у негроїдної.

Етіологія і фактори ризику меланоми:

1.УФ-спектр сонячного випромінювання – зміна структури ДНК меланоцитів під дією УФ

2.Генетичні фактори

- Родинний анамнез (5-10 % пацієнтів)
- Сімейний меланомний синдром (8-12 % усіх випадків меланом)
- Генетичні аномалії в хромосомах 1,6, 7, 9, 10,11

3.Меланома в анамнезі життя

4.Невуси (80 % меланом розвиваються з невусів, 20% - з шванівської оболонки нервових закінчень)

Дати характеристику невусів

70% меланом розвиваються з вроджених невусів, 30% - з набутих протягом життя людини.

5. Облігатні передраки:

- Пігментна ксеродерма – генетична неспроможність ДНК відновлювати свою структуру після пошкодження УФ променями.
- Меланоз Дюбрейля

6. Білий колір шкіри, світле або руде волосся, голубі очі, альбінізм.

7. Вік понад 40 років

8. Сонячна експозиція

- Сонячні опіки у віці до 20 років є фактором ризику виникнення меланом через 20-30 років
- Постійна робота на відкритому повітрі
- Міграція у більш сонячну кліматичну зону
- Різноманітні травми пігментних утворів

9. Гормональні зміни

Дати характеристику ознак малігнізації невусів у МБС

Клініка

Жінки хворіють дещо частіше, ніж чоловіки (1.4 : 1.0)

У жінок меланома локалізується переважно на шкірі нижніх кінцівок, у чоловіків – на тулубі.

Діагностика:

1.Дерматоскопія 10-кратне збільшення

2.Термографія

3.Радіоізотопне дослідження

4.Проба Якша (меланурія – спонтанна і променева)

5.Визначення в крові специфічного пухлинного маркеру – білка S-100 і лактатдегідрогенази

Лікування:

1.Хірургічне

2.Кріохірургічне

3.Променева терапія ДГТ 60-80 Гр крупними фракціями по 4-8 Гр

4.Комбіноване лікування

5.Системна хіміотерапія

A close-up photograph of numerous white daisies with bright yellow centers, set against a dark, almost black background. The flowers are in various stages of bloom, some fully open and others slightly more closed. The lighting is bright, highlighting the delicate petals and the vibrant yellow of the centers.

Дякую за увагу!