

Профилактика и лечение опухолей



Принципы ранней диагностики опухолей

“онкологическая настороженность”

включает в себя комплекс требований к медицинскому работнику любой специальности, необходимых для своевременной диагностики опухолей

“онкологическая настороженность”

включает:

- знание предраковых заболеваний;
- знание симптомов злокачественных опухолей в ранних стадиях;
- тщательное обследование больного с целью выявления возможного заболевания злокачественной опухолью;
- предвидение возможности атипичного или осложненного течения онкологического заболевания;

- быстрое направление в онкологическое учреждение больного с подозрением на опухоль.
- определение исходной локализации опухоли, анатомического типа роста ее размеров и объема поражения органа;
- выяснение характера опухоли: злокачественная или доброкачественная;
- морфологическое подтверждение диагноза;
- определение степени распространенности опухолевого поражения (по возможности с биопсией и подтверждением, гистологическим или цитологическим, наличия метастазов в лимфатических узлах и отдаленных органах).

Инструментальные методы диагностики:

- **Рентгенологический метод** (опухоли скелета, доклинические формы РМЖ, периферические опухолей легкого и средостения);
- **Эндоскопические исследования.** (слизистая оболочка полых органов).
- **Ультразвуковая диагностика.**
- **Ядерно-магнитно-резонансная томография.** Метод основан на свойстве атомов водорода поглощать электромагнитное излучение.
- **Радионуклидная диагностика.** Метод основан на способности определенных органов и тканей накапливать в своей паренхиме радионуклиды или радиофармакологические препараты.
- **Термография.** Метод основан на регистрации спонтанного теплового излучения поверхности тела и получении термографического изображения.

Морфологическая диагностика

- **Эксцизионная биопсия** - при которой происходит полное удаление патологического очага.
- **Инцизионная биопсия** - иссечение нескольких кусочков опухоли.
- **Пункционная биопсия** - изъятие материала пункционно й иглой.
- **Трепан-биопсия** - получение столбика ткани с помощью специальных игл.

- **Кюретаж** - получение материала с помощью выскабливания полости опухоли.
- **Мазки-отпечатки** - получение материала путем прикладывания предметного стекла к патологическому очагу.
- **Браш-биопсия** - соскабливание материала с помощью специальных тампонов, губок, щеток.
- **Аспирационная биопсия** - получение материала путем пункций полостей.
- Биопсия путем промывания полых органов.

Опухолевые маркеры

Опухолевые или опухолеассоциированные

маркеры (ОМ) - сложные белки

синтезирующиеся в значительно больших

концентрациях в опухолевых клетках по

сравнению с нормальными.

Скрининг

- это выявление признаков заболевания на ранних стадиях до появления объективных СИМПТОМОВ

Скрининговые методы диагностики:

- *рентгенография лёгких*, проводимая раз в год – скрининговый метод диагностики рака лёгких;
- *маммография* женщинам старше 45 лет – скрининговый метод диагностики рака молочной железы;
- определение *уровня ПСА (простатспецифический антиген)* в сыворотке крови мужчинам старше 50 лет – скрининговый метод диагностики рака предстательной железы.

Принципы лечения онкологических больных

Лечение **доброкачественной опухоли** – плановая операция: иссечение вместе с капсулой и последующее гистологическое лечение опухоли.

Лечение **злокачественной опухоли** зависит от стадии развития опухолевого процесса.

Методы лечения злокачественных опухолей:

- хирургическое лечение;
- лучевая терапия;
- химиотерапия;
- гормонотерапия;
- сочетанное лечение;
- комбинированное лечение;
- комплексное лечение.

Хирургическое лечение:

- ***радикальная операция*** (полное удаление опухоли в пределах здоровых тканей с окружающими лимфатическими узлами). Проводится на I – II стадиях. Например, удаление молочной железы, грудной мышцы и подмышечных лимфатических узлов.
- ***паллиативная операция*** (операция, направленная на улучшение жизни пациента, но не излечивающая его от опухоли). Проводится на III – VI стадиях. Например, при опухоли пищевода – наложение гастростомы, при опухоли прямой кишки – наложение колоностомы.
- ***реабилитационная операция.***

Оперативные вмешательства
выполняют, соблюдая принципы
абластики и антибластики!

Абластика

комплекс мероприятий, направленных
на предупреждение диссеминации
(рассеивания) опухолевых клеток в
организме при операции.

Абластика:

- тщательное отграничение зоны манипуляции от окружающих тканей, повторная смена операционного белья;
- применение лазерного или электроскальпеля;
- однократное использование тупферов, салфеток, шариков;

- повторная смена или мытье по ходу операции перчаток и хирургических инструментов;
- перевязка и пересечение кровеносных сосудов, обеспечивающих кровоснабжение органа, пораженного опухолью, за его пределы до начала мобилизации;
- удаление опухоли в пределах заведомо здоровых тканей соответственно границам анатомической зоны единым блоком с регионарными лимфатическими узлами и окружающей их клетчаткой.

Антибластика

комплекс мероприятий, направленных
на уничтожение злокачественных
клеток в операционной ране.

Антибластика

- стимуляция резистентности организма (иммунной, неспецифической);
- предоперационная лучевая и/или химиотерапия;
- создание условий, препятствующих адгезии раковых клеток: введение гепарина или полиглюкина в брюшную (грудную) полость до мобилизации пораженного органа, обработка операционной раны 96% этиловым спиртом;

- интраоперационное применение цитостатиков (в полость, инфильтрация тканей, подлежащих удалению);
- лучевое воздействие (гамма - излучение, изотопы) и химиотерапия в раннем послеоперационном периоде.

Лучевая терапия

метод лечения злокачественных опухолей с помощью ионизирующего облучения (рентгеновское, гамма-излучение, бета-излучение).

Целью метода: уничтожение клеток, составляющих опухоль.

Виды лучевой терапии:

- *Радикальная ЛТ* имеет своей целью полное уничтожение опухоли. Применяется при раке гортани, пищевода, кожи, губы, шейки матки.
- *Паллиативная ЛТ* имеет своей целью максимальное снижение биологической активности опухоли, торможение роста, уменьшение клинических проявлений.

- *Предоперационная* ЛТ преследует следующие цели: уничтожение радиочувствительных клонов опухолевых клеток и снижение биологической активности опухоли; уменьшение объема опухоли и перевода ее в операбельную форму; снижение вероятности диссеминации раковых клеток во время операции; профилактика рецидивов и метастазов за счет уменьшения возможности внутрисосудистой диссеминации элементов опухоли и девитализация микрометастазов, устранение воспалительных явлений в опухоли и вокруг нее.
- *Послеоперационное* облучение имеет целью увеличение эффективности операции, подвергнув лучевому воздействию оставленные или имплантированные во время операции опухолевые элементы.

Способы облучения:

- **методы дистанционного облучения** - источник излучения находится на расстоянии от пациента.
- **методы контактного облучения:**
 - аппликационный - связан с размещением источников на поверхности тела в специальных аппликаторах;
 - внутриполостной - источник излучения вводится в одну из полостей тела;
 - внутриклеточной - заключается во внутриопухолевом введении радиоактивных препаратов

Химиотерапия

лечение цитотоксическими средствами, т.е. нарушающими процесс деления раковых клеток, в результате которого образуются **НОВЫЕ.**

Химиотерапевтические препараты можно вводить:

- перорально;
- внутривенно (внутривенный метод);
- подкожно (подкожный метод).

Виды химиотерапии:

- **Системная** - общее лекарственное воздействие путем введения препаратов внутрь, внутривенно, внутримышечно или подкожно.
- **Регионарная** - лекарственное воздействие на определенную область путем изолированной перфузии или эндолимфатическая инфузия.
- **Локальная** - лекарственное воздействие путем введения в полости (внутриплеврально, внутрибрюшинно), интратекально (в ликворное пространство), интравезикально (в мочевой пузырь), непосредственно на опухоль или опухолевые язвы.

Классификация противоопухолевых препаратов.

Группа препаратов	Препараты
<p>1. Алкилирующие соединения – главным образом подавляют синтез ДНК и в меньшей степени рнк в лейкозной клетке.</p>	<p>ЦИКЛОФОСФАН; МИЕЛОСАН (МИЛЕРАН); МИЕЛОБРОМОЛ; ДОПАН; ЭМБИХИН; НОВЭМБИХИН; САРКОЛИЗИН.</p>
<p>2. Антиметаболиты – соединения, получаемые синтетическим путем, нарушают в основном синтез предшественников нуклеиновых кислот путем конкуренции с последними в лейкозной клетке.</p>	<p>МЕТОТРЕКСАТ; 6-МЕРКАПТОПУРИН; ЦИТОЗИНОРАБИНОЗИД; ФТОРУРАЦИЛ.</p>

3. Противопухолевые антибиотики - подавляют синтез нуклеиновых кислот

**ДАКТИНОМИЦИН;
АДРИАМИЦИН;
РУБОМИЦИН;
КАРМИНОМИЦИН;
БЛЕОМИЦИН**

4. Алкалоиды растений

**КОЛХАМИН;
ВИНБЛАСТИН;
ВИНКРИСТИН;
ЭТОПОЗИД;
ТЕНИПОЗИД.**

5. Ферментные препараты

L- АСПАРАГИНАЗА (КРАСНИТИН) - ферментный препарат - блокирует вступление клеток в период синтеза ДНК, в G₁-S - периоде, разлагает аспарагин, необходимый для синтеза протеина.

Гормонотерапия

Условием для применения:

- гормонозависимый тип онкологического заболевания (некоторые разновидности рака груди, предстательной железы, щитовидной железы и т.д.).
- отсутствие метастазов в легкие и печень,
- продолжительный период без рецидивов
- *пожилым людям гормонотерапию назначают чаще.*

Типы гормональных воздействий на злокачественные новообразования:

- **аддитивные** (дополнительное введение гормонов, в том числе противоположного пола, в дозах, превышающих физиологические);
- **аблативные** (подавление образования гормонов, в том числе хирургическим путем);
- **антагонистические** (блокирование действия гормонов на уровне опухолевой клетки).

Типы противоопухолевой гормонотерапии :

- **лечебная** - направлена на устранение или уменьшение существующей опухоли;

- **профилактическая (адьювантная)** - служит для подавления скрытых очагов заболевания, обычно проводится после радикального удаления опухоли.

Преимущества гормонотерапии:

- гораздо меньше побочных эффектов, чем при химиотерапии;
- амбулаторный режим лечения (гормональные средства обычно применяются в виде таблеток).
- наилучший эффект гормонотерапия дает в сочетании с другими методами лечения рака оперативным лечением, химиотерапией, лучевой терапией.

Организация онкологической помощи населению Республики Беларусь.

нормативными документами, регламентирующим вопросы организации онкологической службы

Республики Беларусь являются:

- закон Республики Беларусь **«О здравоохранении»** от 11.01.2002 г.,
- приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 205 от 27.08.2004 г. **«О мерах по совершенствованию работы онкологической службы Республики Беларусь»**,
- приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.02.2007 г. № 80 **«Об утверждении клинических протоколов лечения больных с онкологическими заболеваниями»**,

Централизованная система онкологической помощи населению РБ

- **ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова» (РНПЦ ОиМР);**
- **11 онкологических диспансеров (ОД):**
 - **4 областных** (*Брестский, Витебский, Гомельский, Могилевский*);
 - **7 городских и межрайонных** (*Барановичский, Бобруйский, Вилейский, Минский, Мозырский, Пинский, Полоцкий*);
- **Онкологические отделения Гродненской областной клинической больницы**

- Специализированную онкологическую и онкогематологическую помощь детям оказывает **ГУ «Республиканский научно-практический центр детской онкологии и гематологии»**.
- Специализированная помощь больным лейкозами оказывается **гематологическими отделениями областных больниц и 9-й клинической больницы г. Минска**.
- Специализированную помощь больным раком щитовидной железы координирует **Республиканский научно-практический центр опухолей щитовидной железы**.

- **Онкологический кабинет и врач-онколог районной поликлиники.** Районный онколог координирует свою работу с онкологическим диспансером.
- **Смотровой кабинет поликлиники.**

Диспансеризация онкологических больных.

- *Термин «онкологический больной» включает не только больных со злокачественными новообразованиям и предопухолевыми заболеваниями, но и лиц, излеченных от злокачественных опухолей.*

- **Клинические группы** – это деление онкологических больных на 4 категории, определяющее тактику в выборе диагностических и лечебных мероприятий

Клинические группы:

- **Ia**—больные с заболеванием, подозрительным на злокачественное образование;
- **Iб**—больные с предопухолевыми заболеваниями;
- **II**—больные со злокачественными опухолями, подлежащие специальному лечению, в том числе:
- **IIa**—больные злокачественными новообразованиями, подлежащие радикальному лечению;
- **III**—лица, излеченные от злокачественных новообразований (практически здоровые люди);
- **IV**—больные с запущенной формой онкологического заболевания, подлежащие паллиативному или симптоматическому лечению

Ia клиническая группа

КЛИНИЧЕСКАЯ ГРУППА	БОЛЬНЫЕ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПОДОЗРИТЕЛЬНЫМИ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ
Учетная документация	Контрольная карта диспансерного наблюдения (форма 030/у-онко).
Тактика	Диагноз должен быть уточнен в течение 10 дней. Если больной направлен на обследование в другое учреждение, онколог обязан через 10 дней проверить, уехал ли больной на консультацию.
Снятие с учета или перевод в другую группу	При подтверждении диагноза злокачественного новообразования переводится во II или IV клиническую группу.

Ib клиническая группа

КЛИНИЧЕСКАЯ ГРУППА	БОЛЬНЫЕ С ПРЕДОПУХОЛЕВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ
Учетная документация	Контрольная карта диспансерного наблюдения (форма 030/у-онко).
Тактика	Подлежат хирургическому лечению. После излечения находятся под диспансерным наблюдением 1,5-2 года. Осматриваются 1 раз в 3 месяца.
Снятие с учета	При полном выздоровлении и отсутствии рецидива в течение 18-24 мес. больные с учета снимаются.

II клиническая группа

КЛИНИЧЕСКАЯ ГРУППА	БОЛЬНЫЕ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ, ПОДЛЕЖАЩИЕ СПЕЦИАЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ (В ТОМ ЧИСЛЕ ПА – БОЛЬНЫЕ, ПОДЛЕЖАЩИЕ РАДИКАЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ)
Учетная документация	Извещение (форма 090/у-01). Контрольная карта диспансерного наблюдения.
Тактика	Подлежат специальному лечению, которое начинать не позднее 10 дней после установления диагноза. Онколог обязан через 10 дней выяснить, уехал больной на лечение.
Снятие с учета или перевод в другую группу	После радикального лечения больные переводятся в III клиническую группу, а при прогрессировании болезни с необходимостью симптоматического лечения – в IV группу.

III клиническая группа

КЛИНИЧЕСКАЯ ГРУППА	БОЛЬНЫЕ, ИЗЛЕЧЕННЫЕ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ
Учетная документация	Извещение и контрольная карта не заводятся, за исключением случаев, когда больной ранее не стоял на онкологическом учете.
Тактика	Подлежат диспансерному наблюдению на протяжении всей жизни. Диспансеризацию III клинической группы проводят в сроки: 1-й год после излечения - 1 раз в три мес.; 2-й год - 1 раз в 6 мес.; 3-й год и свыше - 1 раз в год.
Снятие с учета или перевод в другую группу	С учета не снимаются. Цель наблюдения - своевременное распознавание рецидивов и метастазов. При возникновении рецидива или метастазов переводят во II или IV группу.

IV клиническая группа

КЛИНИЧЕСКАЯ ГРУППА	БОЛЬНЫЕ С ЗАПУЩЕННЫМИ ФОРМАМИ РАКА
Учетная документация	Если впервые выявлена злокачественная опухоль в запущенной стадии заболевания, то заполняется извещение, контрольная карта и протокол на запущенный случай рака (форма 027-2/У).
Тактика	Участковый врач проводит симптоматическое лечение по месту жительства. Вызову на контрольный осмотр не подлежат. План лечения вырабатывается вместе с онкологом.
Снятие с учета или перевод в другую группу	С учета не снимаются.

УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

- **«Выписка из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием» (форма 027-1/у-03)** - заполняется на больных злокачественными опухолями лечащим врачом после завершения лечения в стационаре.
- **«Извещение о впервые установленном случае злокачественного новообразования» (форма 090/у-03)** - составляется всеми врачами в организациях здравоохранения на каждый случай впервые в жизни установленного у больного злокачественного новообразования, выявленного на любом уровне лечебного учреждения.
- **«Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования» (форма 027-2/у-03)** — составляется всеми организациями здравоохранения, оказывающими медицинскую помощь, где впервые был установлен случай злокачественного новообразования в запущенной стадии (заполняются пункты 1-6 протокола).
- **«Контрольная карта диспансерного наблюдения (онко)» (форма 030/у-03-онко)** - используется для учёта онкологических больных и диспансерного наблюдения за ними, составления отчётов о больных злокачественными новообразованиями