

Организация онкологической помощи в РФ. Методы диагностики и принципы лечения злокачественных новообразований. Деонтология в онкологии.

Содержание:

1. Структура онкологической помощи в РФ.
2. Определение понятия опухоль.
3. Этапы сестринского обследования онкологических больных.
4. Методы злокачественных новообразований.
5. Принципы лечения злокачественных опухолей.
6. Принципы и методы профилактики в онкологии.
7. Деонтология в онкологии.

Началом организации современной онкологической службы явилось Постановление Правительства СССР от 30.04.1945, которым предусмотрено создание в каждой области онкологического диспансера, в задачу которого входит лечение и учет онкологических больных. С 1953 года введен учет онкологических больных не только в онкодиспансерах, но и в лечебных учреждениях всех городских и сельских населенных пунктов.

Современная структура онкологической службы в России выглядит следующим образом. Первичной организацией онкологической сети является онкологическое отделение при больнице и онкологический кабинет при поликлинике. Врач онкологического кабинета в методическом отношении подчиняется онкологическому диспансеру, а в административном – главному врачу своего лечебного учреждения.

На онкологический кабинет возлагаются следующие важные задачи:

1. Организация учета и регистрация онкологических больных, т.е. ведение онкологической документации в районе обслуживания поликлиники.

2. Диспансерное наблюдение за онкологическими больными, состоящими на учете и диспансеризация больных с предраковыми заболеваниями. В соответствии с инструкцией Министерства здравоохранения N 590 от 1986 г. большинство больных предраковыми заболеваниями должны выявляться, учитываться и лечиться у врачей-специалистов общей сети. Все факультативные предраки кожи находятся в ведении дерматолога, хронические анацидные гастриты, хронические пневмонии - терапевта, определенный круг больных - гинеколога, окулиста, отоларинголога и других специалистов. У врача онкологического кабинета должны быть на диспансерном наблюдении все больные со злокачественными новообразованиями, доброкачественными новообразованиями молочных желез (фиброаденома, фиброаденоматоз), ворсинчатыми полипами желудочно-кишечного тракта.

3. Всех взятых под диспансерное наблюдение больных распределяют на клинические группы:

- огруппа Ia - больные с заболеванием, подозрительным на злокачественное новообразование;

- огруппа Ib - больные с предопухолевыми заболеваниями;

- огруппа II - больные злокачественными новообразованиями, подлежащие специальному (радикальному) лечению;

- огруппа Pa - больные злокачественными новообразованиями, подлежащие радикальному лечению;

- огруппа III - практически здоровые лица (после проведенного радикального лечения злокачественной опухоли);

огруппа IV - больные с распространенными формами злокачественных новообразований, подлежащие паллиативному или симптоматическому лечению.

Больных группы Ia по мере установления окончательного диагноза снимают с учета или переводят в другие группы. Углубленное обследование больных Ia клинической группы должно быть организовано не позднее чем через 10 дней с момента взятия на диспансерный учет.

4. Организация профилактических осмотров и инструктивно-методическая помощь при их проведении. Массовые онкологические профилактические осмотры проводятся бригадой врачей разных специальностей как среди организованного, так и среди неорганизованного населения. При этом подразумевается и широкое использование флюорографического обследования.

5. Оказание квалифицированной консультативной помощи по онкологии.

6. Проведение санитарно-просветительной работы по онкологии.

7. Лечебная работа.

Онкологический диспансер (республиканский, краевой, областной, городской) является лечебно-профилактическим учреждением, обеспечивающим население квалифицированной и специализированной стационарной и поликлинической онкологической помощью, осуществляет организационно-методическое руководство лечебно-профилактическими учреждениями по вопросам онкологии, обеспечивает специализацию и повышение квалификации врачей, среднего медицинского персонала в области диагностики и лечению больных злокачественными новообразованиями.

В структуре онкологического диспансера предусмотрены следующие функциональные подразделения: стационар, поликлиника, лаборатория, организационно-методический кабинет, пансионат.

В стационаре обязательно должны быть три отделения: хирургическое, гинекологическое, лучевой терапии (радиологическое).

В поликлинике имеются следующие кабинеты: терапевтический, гинекологический, хирургический, урологический.

Функционируют такие лаборатории, как клиническая, биохимическая, цитологическая, бактериологическая, патогистологическая, радиоизотопная.

Научно-методическую, организационно-методическую и лечебно-профилактическую работу проводят онкологические институты и центры. Ведущими головными учреждениями по онкологии являются Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина, НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова Минздрава РФ, ФГУ Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена, а также филиалы Российского онкологического научного центра РАМН в федеральных округах России.

Опухоль (син.: новообразование, неоплазия, неоплазма) — патологический процесс, представленный новообразованной тканью, в которой изменения генетического аппарата клеток приводят к нарушению регуляции их роста и дифференцировки. Этиология опухолей изучена не до конца. В данный момент ведущей считается мутационная теория канцерогенеза. Ниже перечислены основные исторически сложившиеся теории.

1. **Вирусно-генетическая теория** решающую роль в развитии опухолей отводит онкогенным вирусам, к которым относят: герпесоподобный вирус Эпштейна-Барр (лимфома Беркитта), вирус герпеса (лимфогранулематоз, саркома Капоши, опухоли головного мозга), папилломавирус (рак шейки матки, бородавки

обыкновенные и ларингеальные), ретровирус (хронический лимфолейкоз), вирусы гепатитов В и С (рак печени). Согласно вирусно-генетической теории интеграция генома вируса с генетическим аппаратом клетки может привести к опухолевой трансформации клетки. При дальнейшем росте и размножении опухолевых клеток вирус перестает играть существенную роль.

2. **Физико-химическая теория** основной причиной развития опухолей считает воздействие различных физических и химических факторов на клетки организма (рентгеновское и гамма-излучение, канцерогенные вещества), что приводит к их онкотрансформации. Помимо экзогенных химических канцерогенов рассматривается роль в возникновении опухолей эндогенных канцерогенов (в частности, метаболитов триптофана и тирозина) путем активации этими веществами протоонкогенов, которые посредством синтеза онкобелков приводят к трансформации клетки в опухолевую.

3. **Теория дисгормонального канцерогенеза** рассматривает в качестве причины возникновения опухолей различные нарушения гормонального равновесия в организме.

4. **Дизонтогенетическая теория** причиной развития опухолей считает нарушения эмбриогенеза тканей, что под действием провоцирующих факторов может привести к онкотрансформации клеток ткани.

Рост опухолей — увеличение их в объёме за счёт пролиферации паренхиматозных элементов. Увеличиваться опухоль может за счёт вторичных изменений, например, интратуморозной гематомы, но подобные изменения к росту опухоли отношения не имеют.

Классифицируют формы роста опухолей следующим образом:

I. Характер роста

1. *Экспансивный рост* — рост в виде компактного узелка или узла; при этом опухоль раздвигает окружающие ткани и сдавливает их, формируя в ряде случаев фиброзную капсулу

2. *Инвазивный (инфильтрирующий) рост* — врастание опухолевых клеток или их комплексов в окружающие ткани; капсула вокруг растущей опухоли при этом не образуется.

Если инвазивный рост опухоли сопровождается развитием деструктивных изменений (некроза) окружающей ткани, он называется *местно-деструкующим*.

Ранее в патологической анатомии использовалось понятие *аппозиционного роста* — роста путём «наложения» (аппозиции) на имеющуюся опухоль вновь образующихся в окружающей её ткани опухолевых клеток. В настоящее время данная концепция имеет лишь историческое значение. Новообразование не может расти благодаря малигнизации клеток по периферии узла, т.к. процесс трансформации нормальной клетки в опухолевую длительный. Рост опухолей происходит исключительно путём пролиферации одной или нескольких первоначально малигнизированных клеток.

II. Рост опухоли в покровных тканях и стенке полых органов

1. *Экзофитный рост* — выбухание опухоли в виде бляшки, узелка или узла над поверхностной тканью (кожей или слизистой оболочкой)
2. *Эндофитный рост* — рост опухоли в толще стенки полого органа или в покровной ткани; опухоль при этом не возвышается над поверхностью кожи или слизистой оболочки.

III. Количество первичных очагов роста

1. *Уницентричный рост* — один первичный очаг роста
2. *Мультицентричный рост* — два и более первичных очагов роста опухоли (если при этом формируются отдельные макроскопически определяемые опухоли в одном или нескольких органах, их называют *первично-множественными*).

Метастазирование опухолей

Метастазирование опухолей — формирование вторичных (дочерних) очагов опухолевого роста в удалении от первичного (материнского) очага.

Метастазы опухолей классифицируют в зависимости от путей распространения опухолевых клеток, по величине метастаза и в зависимости от удалённости от материнского очага:

I. Пути метастазирования (пути распространения опухолевых клеток)

1. *Гематогенные метастазы* — распространение опухолевых клеток по кровеносным сосудам
2. *Лимфогенные метастазы* — распространение опухолевых клеток по лимфатическим сосудам
3. *Ликворогенные метастазы* — распространение опухолевых клеток по ликворным путям в пределах ЦНС
4. *Имплантационные (контактные) метастазы* — распространение опухолевых клеток по поверхности серозных (чаще) и слизистых (реже) оболочек.

Иногда выделяют *периневральные метастазы* — распространение опухолевых клеток по периневральным пространствам с током интерстициальной жидкости.

II. Удалённость от первичного очага

1. *Сателлиты* — метастазы, расположенные рядом с материнской опухолью (их необходимо дифференцировать с первично-множественными опухолями)
2. *Регионарные метастазы* — метастазы, образующиеся в зонах регионарного лимфооттока, прежде всего в регионарные лимфоузлы (регионарные метастазы обозначаются символом «N» в TNM-классификации опухолей)
3. *Отдалённые метастазы* — метастазы в экстрарегионарные лимфоузлы или в другие органы (символ «M» в TNM-классификации опухолей).

III. Величина метастазов

1. «Изолированные опухолевые клетки» [isolated tumour cells (ITC)] — отдельные метастазирующие клетки или их небольшие группы, диаметром не более 0,2 мм, обычно выявляются иммуногистохимическим методом, но могут быть обнаружены и в гематоксилин-эозиновом пейзаже (в таких метастазах пролиферативная активность опухолевых клеток и стромальная реакция

отсутствуют; на выживаемость больных, по крайней мере карциномой молочных желёз, ИТС не влияют)

2. *Микрометастазы* — метастазы диаметром от 0,2 мм до 2,0 мм (термин принят для метастазов рака молочной железы; клиническое значение их однозначно не определено)

3. *Макрометастазы* — метастазы, определяемые при макроморфологическом исследовании материала; они оказывают существенное влияние на выживаемость больных (макрометастазы рака молочной железы — метастазы диаметром более 2 мм).

Основными принципами классификации опухолей являются клинικο-морфологический и гистогенетический. Термином «гистогенез» обозначают направление дифференцировки паренхиматозных элементов опухоли, формирующих признаки определённых тканей.

I. Клинικο-морфологическая классификация опухолей

1. *Доброкачественные опухоли* (benign tumors) — опухоли, не вызывающие тяжёлых осложнений и не приводящие к смерти больного

2. *Злокачественные опухоли* (malignant tumors) — опухоли, вызывающие тяжёлые нарушения жизнедеятельности и приводящие к инвалидности и летальному исходу.

Доброкачественная опухоль может трансформироваться в злокачественную.

II. Гистогенетическая классификация опухолей

1. *Эпителиальные опухоли* (органоспецифические и органонеспецифические) — опухоли с эпителиальной дифференцировкой паренхимы (*органонеспецифические* встречаются в различных органах, *органоспецифические* — преимущественно или исключительно в каком-либо одном органе)

2. *Мезенхимальные опухоли* — опухоли с дифференцировкой паренхимы в направлении волокнистой соединительной, жировой, мышечных, сосудистой и скелетных (хрящевой и костной) тканей, а также опухоли синовиальных и серозных оболочек

3. *Меланоцитарные опухоли*

4. *Опухоли нервной ткани и оболочек мозга*

5. *Гемобластозы* — опухоли кроветворной (миелоидной и лимфоидной) ткани

6. *Тератомы* — опухоли и опухолеподобные процессы, развивающиеся из тканевых пороков развития и эмбриональных структур.

Приведённая гистогенетическая классификация является базовой, она предложена *Международным агентством по изучению рака* в 1954 г. Современные профессиональные гистогенетические классификации опухолей существенно более детализированы.

Доброкачественные и злокачественные опухоли

Доброкачественные опухоли, как правило, (1) растут экспансивно, (2) не метастазируют и (3) являются зрелыми. Однако не все доброкачественные опухоли соответствуют приведённым критериям:

1. Некоторые доброкачественные опухоли растут инвазивно (например, дерматофиброма или внутримышечная липома); амелобластома даже характеризуется местно-деструктивным ростом

2. Крайне редко доброкачественная опухоль может метастазировать (например, лейомиома матки)

3. В ряде случаев доброкачественные опухоли являются незрелыми (например, ювенильный невус, ранее обозначавшийся термином «ювенильная меланома»).

Злокачественные опухоли, как правило, (1) растут инвазивно, (2) метастазируют и (3) являются незрелыми. Встречаются следующие исключения:

1. Любые экспансивно растущие опухоли, расположенные в таких жизненно-важных органах, как головной мозг и сердце (например, невринома слухового нерва или миокардиальная рабдомиома), достигая определённой величины, становятся злокачественными, т.к. приводят к тяжёлым осложнениям и смерти больного

2. Ряд злокачественных опухолей не метастазируют (например, базальноклеточная карцинома кожи)

3. Некоторые злокачественные опухоли являются зрелыми (например, гемангиомы при синдроме Казабаха—Мерритт).

Применяется также единая международная классификация по системе трех букв - TNM, определяющих для каждого заболевания: размер опухоли Т (tumor); состояние регионарных лимфатических узлов N (nodulus) и отдаленное метастазирование М (metastasis).

При разработке проекта TNM классификации злокачественных опухолей прежде всего были определены основные принципы и элементы, которые легли в ее основу.

В качестве простейших элементов, могущих характеризовать понятие о стадии развития опухоли, были приняты следующие:

1) степень развития первичной опухоли; 2) состояние регионарных лимфоузлов и 3) наличие отдаленных метастазов. В соответствии с первыми буквами латинской транскрипции перечисленных элементов они получили название системы.

Расшифровка стадий по системе TNM:

Стадии	T	N	M
0	T _{is}	N ₀	M ₀
I	T ₁₋₂	N ₀	M ₀
II A	T ₃	N ₀	M ₀
II B	T ₄	N ₀	M ₀
III A	T ₁₋₂	N ₁	M ₀
III B	T ₃₋₄	N ₁	M ₀
III C	T _{любое}	N ₂	M ₀
IV	T _{любое}	N _{любое}	M ₁

Стадию большинства злокачественных новообразований устанавливают, исходя из полученных при обследовании данных о распространенности опухолевого процесса, и обозначают римскими цифрами (I, II, III, IV), отражающими как размеры опухоли, так и распространение ее в пределах органа (обычно, глубину прорастания) или за его границами. Так, еще в 1956 г. была принята следующая классификация злокачественных опухолей по стадиям, действующая по настоящее время: I стадия - ограниченный опухолевый процесс (до 2 см) без поражения ближайших лимфатических узлов; II стадия - подвижная опухоль (от 2 см), одиночный подвижный метастаз в ближайших лимфатических узлах; III стадия - опухоль ограничена в подвижности, определяются метастазы в ближайших (регионарных) лимфатических узлах; IV стадия - опухоль любого размера с отдаленными метастазами или прорастающая в соседние органы.

Это обобщенная схема классификации опухолей по стадиям. Для отдельных локализаций (глаз, язык, гортань, бронхи и др.) размеры опухолевого узла и распространенность могут быть другие.

Многообразие распространения и роста злокачественной опухоли трудно уложить в эти четыре стадии. Для выработки индивидуального плана лечения требуется более точное определение распространенности опухоли. С этой целью стадии заболевания некоторых локализаций подразделяются на подгруппы: IIa, IIб, IIIa, IIIб и т. д. Буквы русского алфавита указывают на отсутствие ("а") или наличие ("б") регионарных и отдаленных метастазов.

Основное правило классификации - определение стадийности у первичных больных до начала лечения. Распространенность процесса определяется после клинического обследования, включая все необходимые исследования: рентгенологическое, эндоскопическое, цитологическое и т. д. У больных, подвергающихся хирургическому лечению, окончательную стадию определяют после оперативного вмешательства и морфологического исследования удаленной опухоли и лимфатических узлов.

Все онкологические больные подлежат диспансеризации в специализированных онкологических учреждениях.

Больные, состоящие на учете в онкологических учреждениях, распределяются по следующим клиническим группам:

- Ia** - С заболеваниями, подозрительными на злокачественную опухоль;
- Iб** - С предопухолевыми заболеваниями;

- II** - Со злокачественными опухолями, подлежащими радикальному лечению;
- III** - Излеченные от рака (практически здоровы);
- IV** - В запущенной стадии заболевания, подлежащие лишь симптоматическому лечению.

Деятельность работающей с онкологическими больными медсестры строится согласно этапам сестринского процесса.

I этап. Первичная оценка состояния пациента. При первом контакте с онкологическим больным медсестра знакомится с ним и его родственниками, представляется сама. Проводит опрос и осмотр пациента, определяя степень его физической активности, возможности самостоятельных физиологических отправления, оценивает функциональные возможности зрения, слуха, речи, определяет преобладающее на момент поступления настроение пациента и его родственников, ориентируясь по мимике, жестам, желанию вступать в контакт. Медицинская сестра также оценивает состояние пациента по характеру дыхания, окраске кожных покровов, измеряя АД, подсчитывая частоту пульса, данным лабораторных и инструментальных методов исследования.

Все данные первичного осмотра анализируются медсестрой и документируются.

II этап. Диагностирование или определение проблем пациента.

При работе с онкологическими пациентами могут быть поставлены следующие сестринские диагнозы:

- боли различной локализации, связанные с опухолевым процессом;
- пониженное питание, связанное со снижением аппетита;
- страх, тревога, беспокойство, связанное с подозрением о неблагоприятном исходе заболевания;
- нарушение сна, связанное с болью;
- нежелание общаться, принимать лекарственные препараты, отказ от процедуры, связанные с изменением эмоционального состояния;
- неумение близких ухаживать за пациентом, связанное с недостатком знаний;
- слабость, сонливость из-за интоксикации;
- бледность кожных покровов из-за снижения гемоглобина;
- снижение физической активности из-за боли и интоксикации.

III этап IV этап

ПЛАНИРОВАНИЕ НЕОБХОДИМОЙ ПОМОЩИ	ПАЦИЕНТУ	РЕАЛИЗАЦИЯ ПЛАНА СЕСТРИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ
--	-----------------	--

Выполнение врача	назначений	1. Контроль за своевременным приемом лекарственных препаратов. 2. Обучение пациента приему различных лекарственных форм энтерально. 3. Диагностированные осложнения, возникающие при парентеральном способе введения лекарственных средств. 4. Ориентация пациента на своевременное обращение за помощью при появлении побочных действий лекарственных препаратов.
---------------------	------------	--

5. Наблюдение за состоянием пациента вовремя проведения перевязок, медицинских манипуляций.

Информации пациента о точном названии
Исключение передозировки препарата и его синонимах, о времени
препарата появления эффекта.

1. Обучить пациента (родственников
пациента) проведению гигиенических процедур.
2. Получить согласие пациента на проведение
манипуляций по личной гигиене. 3. Помочь
Помощь пациенту в пациенту обработать полость рта после каждого
проведении гигиенических приема пищи. 4. Обмывать уязвимые участки
мероприятий тела пациента по мере загрязнения.

1. Создать пациенту комфортные условия
в постели и в палате: оптимальная высота
кровати, качественный матрац, оптимальное
Обеспечение комфортно количество подушек и одеял, проветривание
микроклимата в палате, палаты. 2. Уменьшить тревожное состояние
способствующего сну пациента, связанное с незнакомой обстановкой.

1. Организовать диетическое питание. 2.
Создать благоприятную обстановку во время
еды. 3. Оказывать помощь пациенту во время
приема пищи или питья. 4. Спросить пациента,
Обеспечение рационального в какой последовательности он предпочитает
питания пациента принимать пищу.

1. Определить локализацию боли, время,
причину появления боли, продолжительность
боли. 2. Проанализировать совместно с
пациентом эффективность ранее
применявшихся обезболивающих препаратов. 3.
Отвлечь внимание общением. 4. Обучить
Снижение болевых пациент методики расслабления. 5. Прием
ощущений пациента анальгетиков по часам, а не по требованию.

V этап. Оценка сестринских вмешательств. Время и дата проведения оценки эффективности сестринских вмешательств должны быть указаны для каждой выявленной проблемы. Результаты сестринских действий измеряются изменением в сестринских диагнозах. При определении эффективности сестринских вмешательств учитывается и мнение пациента и его родственников, отмечается их вклад при достижении поставленных целей. План по уходу за тяжелобольным пациентом приходится постоянно корректировать, учитывая изменение его состояния.

Медицинская сестра в своей повседневной деятельности должна руководствоваться нормами этики и права и постоянно обновлять свои знания.

Онкологические пациенты по-разному относятся даже к самой возможности услышать диагноз онколога, к обследованию, подтверждающему или исключающему онкологический диагноз. Почти у всех пациентов развивается депрессивное состояние той или иной степени выраженности.

Медицинская сестра обязана помочь пациенту не концентрироваться на заболевании, помочь сберечь физические и моральные силы для преодоления болезни.

Общие принципы диагностики и лечения онкологических больных

- 1) **первичная диагностика** – комплекс диагностических методов, направленных на морфологическое доказательство наличия онкозаболевания
- 2) **уточняющая диагностика** – комплекс диагностических методов, направленных на оценку топографии и степени распространения опухолевого процесса
- 3) **функциональная диагностика** – комплекс методов, позволяющих оценить функциональное состояние жизненно важных органов и систем организма.

Методы диагностики в онкологии:

- 1) сбор анамнеза и общеклиническое (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) исследование больного
- 2) лабораторные методы (общий и биохимический анализ крови, анализ мочи и т.д.)
- 3) функциональные методы исследования (ЭКГ, ЭЭГ, ЭхоКГ с фракцией выброса, спирография, функциональные радиоизотопные исследования почек и печени)
- 4) радиоиммунологические тесты и иммуногистохимические методы
- 5) определение онкомаркеров в биологических жидкостях организма
- 6) лучевые методы диагностики (рентгенография и ее разновидности, КТ, МРТ)
- 7) ультразвуковые методы диагностики
- 8) радионуклидная диагностика
- 9) эндоскопические методы диагностики (ФГДС, РХПГ, бронхоскопия, лапароскопия)
- 10) гистологическая и цитологическая диагностика

Виды биопсий:

- **пункционная биопсия** – дает материал для цитологического исследования с помощью аспирации материала из опухоли через шприц или специальный аспирационный пистолет.

○— мазки-отпечатки — делаются с помощью предметного стекла с поверхности опухолевого образования

○— эксцизионная биопсия — полное иссечение обнаруженной опухоли вместе с участком окружающих тканей с последующим гистологическим исследованием

○— инцизионная биопсия — взятие гистологического материала в пределах опухоли

○— трепан-биопсия — производится с помощью специальных игл, позволяющих получить столбик ткани из опухоли, достаточный для гистологического исследования.

Методы лечения в онкологии:

○а) хирургический

○б) лучевой

○в) лекарственный

○г) комбинированный — хирургическое + лучевое / лекарственное лечение

○д) комплексный — лучевое + лекарственное

○е) сочетанный — два варианта одного метода (например, внутритканевая + наружная лучевая терапия)

Виды оперативных вмешательств в онкологии.

○а) радикальные — см. вопрос 2.7

○б) паллиативные — см. вопрос 2.6

○в) косвенно действующие — см. вопрос 2.6.

○г) циторедуктивные — направлены на уменьшение объема опухоли для улучшения условий последующего консервативного лечения. Бессмысленны, если в дальнейшем не планируется адъювантная терапия.

Паллиативные хирургические операции при раке.

Паллиативные операции — выполняются для улучшения качества жизни по жизненным показаниям, у ослабленных больных с нерезектабельной опухолью, при осложненных формах рака (пример: гастростомия или гастроэнтероанастомоз).

Косвенно действующие операции — выполняются на эндокринных органах для увеличения эффективности последующей консервативной терапии (пример: сальпингоовариэктомия или орхиэпидидимэктомия).

Принципы радикальных хирургических операций в онкологии.

Радикальные операции предполагают полное удаление всех очагов опухолевого роста.

Принципы радикальных операций в онкологии:

- соблюдение абластики (хирургической профилактики рецидивов и метастазирования злокачественной опухоли) и антиабластики (совокупности хирургических мероприятий по очищению раны от раковых клеток)
- опухоль удаляется в пределах здоровой ткани вместе с органом или его частью в едином блоке с регионарными л.у.
- орган вместе с опухолью удаляется в пределах закрытого тканевого футляра; футляр выделяется послойно; все сосуды и нервы обрабатываются экстрафутлярно.

Для всех онкологических операций в отличие от неонкологических характерны радикализм и соблюдение принципов абластики и антиабластики.

Принципы комбинированного лечения. Комплексное лечение при опухолях.

Комбинированное лечение предполагает использование обязательно оперативного лечения вместе с лучевой терапией или химиотерапией. **Комплексное лечение** — применение химиотерапии и лучевого лечения.

Лучевая терапия и химиотерапия в составе комбинированного лечения могут быть:

- а) неoadъювантными (предоперационными) — при местно-распространенном процессе дает возможность значительно уменьшить размеры первичной опухоли и регионарных метастазов, достиг операбельности; рано воздействовать на возможные отдаленные метастазы; выявить опухоли, не чувствительные к данному режиму химиотерапии и таким образом определить более рациональное послеоперационное лечение
- б) адъювантными (послеоперационными) — комплекс дополнительных лечебных мероприятий, направленных на уничтожение скрытых микрометастазов после хирургического удаления первичной опухоли; ее цель — улучшение безрецидивной и общей выживаемости.

Химиотерапия — метод лечения онкологических больных с использованием лекарственных препаратов, тормозящих пролиферацию или необратимо повреждающих злокачественные клетки.

Противоопухолевый эффект достигается:

- а) прямым действием (основной механизм)
- б) увеличением времени генерации клеток
- в) нанесением раковой клетке повреждений, из-за которых она перестает метастазировать
- г) стимуляцией иммунных и регуляторных реакций

Основные группы лекарственных противоопухолевых препаратов:

1. **Алкилирующие препараты:** замещают атом водорода на алкилирующую группу; активны в фазе G2 и М:
 - хлорэтиламины – производные бис- (бета-хлорэтил) амина (азотистые аналоги иприта)
 - этиленимины
 - производные нитрозометилмочевины
2. **Антиметаболиты:** являются антагонистами веществ, обеспечивающих нормальный метаболизм; активны в фазе G2 и S:
 - антагонисты фолиевой кислоты
 - аналоги пурина
 - аналоги пиримидина
3. **Антибиотики:** взаимодействуют с ДНК, изменяя ее матричную активность в процессах репликации и транскрипции; активны в фазе М:
 - адриамицин (доксорубицин), блеомицин, актиномицин Д, брунеомицин, рубомицин и др.
4. **Вещества растительного происхождения:** нарушают митоз; активны в фазе М или G2:
 - алкалоиды (винкристин, винбластин, колхамин и др.) – активны в фазе М
 - эпиподофиллотоксины (этопозид, VP 16, VP 16-213) – активны в фазе G2
5. **Производные платины:** взаимодействуют с ДНК; активны в фазе М:
 - цисплатин, карбоплатин, платидиам
 - Противопоказания к химиотерапии:
 - нечувствительность опухоли
 - запущенный процесс в сочетании с кахексией
 - декомпенсация хронических заболеваний
 - беременность
 - глубокая старость и возраст менее 6 месяцев
 - наличие метастазов в ЦНС (относительное противопоказание)
 - первичные изменения в крови (лейкоциты <3000; тромбоциты <100 000)

Методики химиотерапии:

1. По целевому назначению: самостоятельный метод и дополнительный метод (адьювантный или неoadьювантный)
2. По режиму: монокимиотерапия, полихимиотерапия, интенсивная или высокодозная
3. По способу применения: системная, локальная, регионарная

Варианты полихимиотерапии:

- а) цитостатик + цитостатик
- б) цитостатик + гормон
- в) цитостатик + антидот

Принципы полихимиотерапии:

1. Цитотоксический (применяются препараты, различающиеся механизмом действия)
2. Токсикологический (препараты с разной токсичностью)
3. Биохимический (применяются вещества, вызывающие различные биологические нарушения)
4. Цитокинетический (необходимость синхронизации клеток по циклу)

Основания для гормонотерапии:

- 1) существует группа опухолей, подверженных гормональной регуляции
- 2) многие опухоли имеют рецепторы к определенным гормонам
- 3) эктопическое гормонообразование при опухолях

Три направления гормонотерапии:

1. Подавление уровня гормонов, стимулирующих рост опухоли
2. Блокирование стимулирующего действия гормонов на клетки опухоли посредством блокирования рецепторов
3. Повышение чувствительности опухолевых клеток к цитостатиком

Группы лекарственных препаратов:

1. Андрогены (метилтестостерон, тестостерона пропионат, данол, даназол и др.)
2. Женские половые гормоны

а) Эстрогены (диэтилсильбестрол, синэстро́л, микрофоллин и др.)

б) Прогестины [гестагены] (17 – опк, депопровера, фарлутар и др.)

3. Кортикостероиды (преднизолон)
4. Гормоны щитовидной железы (тироксин)
5. Гормоны-цитостатики (эстрацит)
6. Синтетические соединения, снижающие уровень ГКС (ориметен, хлодитан, флористон)
7. Антиэстрогены (тамоксифен, зитазониум)
8. Антиандрогены (андрокур)

Объективный эффект гормонотерапии:

Полная регрессия (полное исчезновение очагов опухоли)

Частичная регрессия (уменьшение размеров опухоли на 50% и более)

Стабилизация (уменьшение <50% или увеличение <25%)

Прогрессирование (появление новых очагов роста)

Под первичной профилактикой злокачественных новообразований понимается предупреждение возникновения злокачественных опухолей и предшествующих им предопухолевых состояний путем устранения или нейтрализации воздействий неблагоприятных факторов окружающей среды и образа жизни, а также путем повышения неспецифической резистентности организма. Эта система мероприятий должна охватывать всю жизнь человека.

В соответствии с современными данными о механизмах канцерогенеза у человека и роли воздействия канцерогенных факторов в возникновении онкологических заболеваний, первичная профилактика рака проводится по следующим направлениям.

Онкогигиеническая профилактика, т.е. выявление и устранение возможности действия на человека канцерогенных факторов окружающей среды, а также выявление и использование возможностей уменьшения опасностей такого воздействия. Спектр форм воздействия в этом направлении чрезвычайно обширен и можно конкретизировать лишь основные из них. Такими являются образ жизни и питание человека. Ведущее значение в оздоровлении образа жизни придается **контролю курения**. В учебных заведениях некоторых стран введен специальный курс о последствиях курения и строгий контроль соответствующих органов за динамикой заболеваемости населения, связанной с курением. Такое внимание к контролю курения обусловлено тем, что табак и табачный дым содержат более 3800 химических веществ, из которых многие относятся к полициклическим ароматическим углеводородам (ПАУ), нитросоединениям и ароматическим аминам, являющимися сильнейшими канцерогенами. По данным литературы атрибутивный риск рака легкого, т.е. доля случаев этого заболевания, вызванных курением, составляет 80-90% у мужчин и 70% у женщин. Велика роль курения в возникновении рака пищевода, поджелудочной железы, мочевого пузыря. Ежегодные

прямые и непрямые расходы на лечение заболеваний, связанных с курением составляют в США более 50 миллиардов долларов. Весьма значительно повышается онкологическая заболеваемость и при **употреблении алкоголя**, особенно крепких напитков. Так человек, систематически потребляющий 120 г и более чистого алкоголя в день, имеет риск заболеть раком пищевода в 101 раз выше, чем сопоставимый с ним, но не употребляющий алкоголя. Атрибутивный риск этой вредной привычки существенно возрастает, если она сочетается с курением. Большое значение в возникновении злокачественных опухолей придается действию **ионизирующих излучений, ультрафиолетовому облучению**, а также **неионизирующим электромагнитным излучениям радио- и микроволнового диапазона**.

Установлена отчетливая связь между катастрофическими событиями (**стрессовыми ситуациями**) в жизни человека и возникновением злокачественных новообразований. Риск возникновения этих заболеваний резко возрастает при эмоциональной подавленности невротического характера вследствие нервно-психической травмы, отмечается также высокая корреляция между депрессией (за исключением психических больных) и опухолевым процессом.

Весьма важное значение в возникновении опухолевых заболеваний имеет **характер питания** (диеты) человека. Рекомендуемая сбалансированная диета должна содержать жиров, особенно насыщенных, не более 75,0 в день для мужчин и 50,0 - для женщин. Она должна быть богата продуктами растительного происхождения и витаминами, особенно А, В, С, Е, которые оказывают на канцерогенез ингибирующее воздействие. Перечень факторов и воздействий на канцерогенез не ограничивается перечисленными выше и является достаточно обширным.

Биохимическая профилактика имеет целью предотвращение бластоматозного эффекта от действия канцерогенов путем применения определенных химических препаратов и соединений. Так, например, общеизвестна роль нитратно-нитритного загрязнения окружающей среды в развитии прежде всего злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта, который является основным путем их проникновения в организм человека. При среднем потреблении с водой и пищевыми продуктами 1 миллимоля в сутки смертность от рака желудка составляет 6 на 100 000 населения в год (США), а при нагрузке 4,5 миллимоля в сутки этот показатель возрастает до 43 на 100 000 населения (Япония). Канцерогенное воздействие воды и пищи возрастает также в случае загрязнения водоемов соединениями мышьяка, галогенов, а также загрязнения воздушной среды различными химическими веществами и особенно асбестовой пылью, бластомогенное действие которой при поступлении ее в организм ингаляционным путем в настоящее время является общепризнанным. Канцерогенны химического происхождения окружают человека и в бытовой обстановке: полициклические ароматические углеводороды (ПАУ) и окислы азота при сжигании газа, формальдегид и смолы содержатся в пластике, нитросоединения появляются в дыму при жарении пищи и т.д. Поэтому биохимическому направлению в профилактике онкологических заболеваний придается большое значение, однако реализация возможностей этого направления представляется весьма сложной: многие специалисты считают, что для организации мероприятий по предотвращению бластоматозного действия химических канцерогенов и контроля эффективности мер защиты необходим биохимический мониторинг.

Теоретически эффективность мероприятий по онкогигиенической и биохимической профилактике оцениваются снижением онкологической заболеваемости на 70-80%, так

как по данным Международного агентства изучения рака (Лион, Франция) 80-90% злокачественных новообразований детерминировано средовыми факторами.

К числу других направлений профилактики злокачественных новообразований относится **медико-генетическая профилактика** путем выделения семей с наследуемыми предрасположенностями к предопухолевым и опухолевым заболеваниям, лиц с хромосомной нестабильностью и организации мероприятий по снижению опасности возможного действия на них канцерогенных факторов. В механизмах наследственной предрасположенности часто решающее значение имеют эндокринные факторы. Так, дочери матери, больной раком молочной железы, имеют риск заболеть этим заболеванием в 4,5 раза выше, чем их сверстницы, не имеющие такого анамнеза. Сестры больной раком молочной железы, если их мать страдала этим же заболеванием, имеют вероятность возникновения такой опухоли в 47-51 раз выше, чем их сверстницы с неотягощенной наследственностью. Женщинам, имеющим отягощенный анамнез относительно рака молочной железы, не рекомендуется грудное вскармливание детей, употребление кофе, прием некоторых медикаментов, особенно резерпина и группы раувольфии. Доброкачественные опухоли молочной железы среди женщин, имеющих это заболевание в семейном анамнезе, встречаются в 4 раза чаще.

Иммунобиологическая профилактика проводится путем выделения людей или формирования групп с иммунологической недостаточностью и организации мероприятий по ее коррекции или устранению одновременно с защитой от возможных канцерогенных воздействий. Это направление приобретает особо важное значение при продолжительной иммунодепрессивной терапии после гомологичной пересадки органов и тканей, а также лечении аутоиммунных заболеваний.

Эндокринно-возрастная профилактика проводится путем выявления и коррекции дисгормональных состояний и возрастных нарушений гомеостаза, способствующих возникновению и развитию злокачественных новообразований. Теоретическая эффективность каждого из этих направлений оценивается снижением онкологической заболеваемости на 10%.

Вторичная профилактика злокачественных новообразований представляет собой комплекс мероприятий, направленных на выявление предопухолевых заболеваний и состояний, а также раннюю диагностику онкологических заболеваний, что обеспечивает наиболее высокую эффективность их хирургического (и других видов противоопухолевого) лечения. В осуществлении этого вида профилактики большое значение имеет применение цитологических, гистологических, эндоскопических, рентгенологических и других специальных методов обследования, так как простой визуальный осмотр и применение обычных методов врачебного обследования без применения перечисленных выше методик недостаточно эффективны для выявления ранних стадий онкологических заболеваний. В СССР визуальному обследованию и профилактическим осмотрам ежегодно подвергалось около 100 млн. человек, а выявленные при этих осмотрах (без применения специальных дополнительных методов обследования) больные злокачественными новообразованиями составляли всего лишь около 7% от общего числа первично диагностируемых заболеваний такого рода. Однако учитывая значимость и возрастающую тенденцию роста онкологической заболеваемости это направление вторичной профилактики не утратило своего положительного значения. Методы коллективной профилактики должны реализоваться прежде всего путем строгого соблюдения положений соответствующих нормативных и регламентирующих документов об охране здоровья населения, а методы индивидуальной профилактики также и путем

систематической пропаганды необходимых медицинских знаний и создания условий для здорового образа жизни.

В *индивидуальной профилактике* сохраняет свое большое значение диспансеризация, при проведении которой всеми врачами-специалистами должна проявляться онкологическая настороженность, т.е. исключение бластоматозной природы заболевания и опухолевых процессов обследуемой области, включая при необходимости и применение специальных методов исследования. Такой образ действия в процессе диспансеризации в достаточной степени обеспечивает своевременное выявление ранних стадий онкологических заболеваний и лиц с повышенным риском их возникновения, что позволяет формировать группы риска. Лица, отнесенные к этим группам, должны подвергаться специальным методам исследования (в зависимости от показаний - цитологическим, гистологическим, эндоскопическим, УЗИ, рентгенологическим, лабораторным и т.д.) с соблюдением строгой периодичности их проведения. В такие группы, помимо определенных соответствующими положениями, встречаются также страдающие некоторыми формами анемии, зобом, ожирением II-III ст., хроническими заболеваниями легких и желудочно-кишечного тракта, прежде всего воспалительной природы, в возрасте старше 40 лет. В эти группы включаются курильщики и страдающие алкогольной зависимостью, лица имеющие кровных родственников больных или болевших онкологическими заболеваниями, прежде всего раком легкого, раком желудка, толстой и прямой кишки, раком молочной железы и др. В группы риска должны включаться также лица, у которых обнаружена триада: гипертоническая болезнь, диабет, ожирение.

Такие группы могут формироваться и на основе использования скрининговых программ, рекомендуемых ВОЗ, в том числе и с применением автоматизированного скрининга.

Большое значение в организации профилактики злокачественных новообразований и повышении ее эффективности имеет квалифицированная санитарно-просветительная работа с личным составом и систематическое повышение онкологической подготовки медицинских работников, в том числе и врачей всех специальностей.

В наше время деонтологические проблемы в онкологии приобретают новые черты, связанные с успехами диагностики онкологических заболеваний и лечения этих больных. Появившиеся условия для выявления онкологических заболеваний в доклиническом периоде и возможность полного излечения их выдвигают на повестку дня необходимость обсуждать проблемы психологии человека, не чувствующего себя больным, но вынужденного идти на лечение, сопряженное с целым рядом потерь. Самая большая трудность в этой проблеме - изучить психическое состояние чувствующего себя здоровым человека.

Проблему эту следует разделить на 3 раздела: психологию онкологического больного с запущенным заболеванием, психологию онкологического больного с клиническими проявлениями, психологию онкологического больного без клинических проявлений злокачественной опухоли. Для каждой из этих групп больных должны быть свои деонтологические подходы и меры психологического воздействия со стороны среднего медицинского персонала.

Для каждой из 3 групп можно усмотреть свои характерные черты психического состояния. Для больных с запущенным заболеванием, не подлежащих специальному противоопухолевому лечению, чаще всего имеющих тяжелые симптомы заболевания, ощущающих реальную угрозу жизни, свойственно 2 типа психических состояний. В одних случаях больной проявляет необычную энергию в поисках лечения, в других - у

больных развивается полная растерянность, угнетение воли и фактический уход из жизни иногда задолго до физической гибели. Родственники больного, узнав о безнадежности его состояния и не получив удовлетворения от действия медицинского персонала, не успокаиваются, ищут помощи у случайных лиц и часто становятся жертвами знахарей, шарлатанов. Чем невнимательнее медицинский персонал, тем прямее и короче путь больного от врача к знахарю.

Особенностями психического состояния больных с клиническим проявлением опухолевого заболевания, подлежащих специальному лечению, как правило, на первых этапах ощущения нездоровья являются попытки самоанализа, объяснения признаков заболевания случайными причинами. Проявляющиеся мысли о возможном онкологическом заболевании он или отбрасывает, как неприемлемые для себя, или принимает их, уходит в себя, ожидая с тревогой дальнейшего развития событий.

После первого посещения в лечебное учреждение психологическая обстановка меняется. Состояние психики больного с этого периода во многом зависит от впечатления, которое произвело на него это посещение. Медицинская служба должна быть организована так, чтобы это впечатление больного было как можно более благоприятным, ибо от этого зависит его судьба. В этот период можно ожидать в основном 2 типа психической реакции. В связи с угнетенным состоянием, совершенно естественным в этой ситуации, одни больные склонны дать реакцию испуга, паники и на предложение госпитализации впадают в состояние депрессии. В этом случае медперсонал обязан внушить больному веру в успех лечения. Другая группа больных, не проявляющих внешних признаков беспокойства и дающих "нормальную" реакцию обследованию и лечению, также нуждается в психологической подготовке. Под маской внешнего спокойствия у замкнутых по натуре людей может скрываться тяжелая психическая реакция на обстановку. Есть еще одна группа больных, неохотно и нерегулярно посещающих поликлинику и уклоняющихся от обследования в связи с незначительностью проявления болезни и с недоверием и несогласием относящихся к предложению лечения. С такими больными необходимо проводить настойчивую работу, доказывая обязательность лечения и обследования, иногда раскрывая серьезность их положения, несмотря на отсутствие тяжелых признаков заболевания.

Период пребывания больного в стационаре характерен многочисленными влияниями на психику больного со стороны окружающих пациентов, ожидающих лечения, проходящих и закончивших его. Обильный поток новой информации может быть благоприятным или неблагоприятным для больного. Задачей деонтологической работы с больными со стороны среднего медицинского персонала является создание максимально оптимистической обстановки. Инициатива информации больного о лечебном учреждении, где он находится, об окружающих больных, о методах лечения и диагнозе должна находиться в руках медицинского персонала.

Следующий период болезни для онкологического больного с клиническими проявлениями ее, выписывающегося из стационара после уточненного обследования и лечения, относится к диспансерному наблюдению и лечению. Этот период протекает в основном по 3 направлениям: для инкурабельных больных; для больных получивших радикальное лечение и вынужденных перейти на более легкую работу; для больных, которые в ближайшее время после лечения должны вернуться к привычному образу жизни и приступить к прежней работе. Для каждой из 3 категорий больных существуют свои особые линии поведения медицинского персонала. При выписке больного из стационара недостаточно внимания уделяется инструкции его в отношении дальнейшего состояния здоровья, режима, трудоспособности и пр. Как бывает досадно слышать от

больного или его родственников о том, что его выписали после лечения, не поговорив с ним должным образом. Уходя из стационара с рядом невыясненных вопросов, он ищет ответ на них у посторонних лиц и часто может пострадать от этого

При обслуживании и лечении больных злокачественными опухолями и предопухолевыми заболеваниями, как в условиях стационара, так и на дому средний медицинский персонал должен хорошо владеть особенностями деонтологии в онкологии.

При общении с больными необходимо категорически воздерживаться от употребления таких слов как рак, саркома, метастазы и т.п. и вместо этого говорить об уплотнении, "болезни Петрова", изъязвлении и т.п. болезнях не вполне ясного характера. Пациент вправе знать правду о своем состоянии, обо всех существующих способах лечения его заболевания и о риске, связанном с каждым из них.

Средний медицинский персонал должен хорошо владеть искусством слова, в общении с больными и их родственниками соблюдать чувство меры и границы дозволенного, должен хорошо понимать, что такое врачебная тайна и психическая травма. Средний медперсонал должен обладать такими качествами, которые должны отвечать деонтологическим принципам - это высокая культура и опрятность, сердечность и заботливость, тактичность и внимательность, добросовестность, самообладание, выдержка и бескорыстие, подлинная человечность и гуманность.

Неправильное поведение среднего медицинского работника, незнающего особенностей деонтологии может оказать сильное неблагоприятное воздействие на психику больного, вследствие чего у него может развиваться целый ряд новых болезненных ситуаций.

В настоящее время строгое выполнение особенностей деонтологии среднего медицинского работника в онкологии является важнейшим условием, способствующим минимизации риска причинения вреда здоровью пациента при оказании им медицинской помощи.