

# Диагностика злокачественных опухолей

- Полноценный диагностика злокачественного заболевания подразумевает выявление опухоли, определение ее морфологических характеристик, локализацию, местного распространения опухоли, выявление отдаленных метастазов.

- Данные факторы отражены в классификации опухоли по стадиям. Для большинства опухолей используют систему TNM, иногда пользуются другими схемами.
- В классификации TNM рассматриваются категории: T - определяет местное распространение или степень инвазии первичного узла в органе и окружающих тканях; N - означает выраженность регионарного метастазирования; M - характеризует наличие отдаленных метастазов.
- Классификации периодически пересматриваются, поэтому необходимо сверяться со справочниками.

- В категории T выделяют:
- Tx – первичная опухоль не может быть оценена.
- Категории T0 – нет признаков опухолевого роста.
- Tis применяют для обозначения рака in situ, то есть неинвазивных опухолей.
- В трубчатых и полых органах категория T1 означает инвазию в толщу слизистой оболочки и подслизистый слой, T2 и T3 - инвазию через мышечные слои, T4 - прорастание через стенку органа. В других случаях категория T отражает размеры опухоли, или глубину инвазии неполого органа.

- Категория N:
- Nx - неизвестно о наличии метастазов в регионарных лимфатических узлах;
- No - метастазы в регионарные лимфатические узлы отсутствуют; N1, N2, или N3- обнаруживаются определенное количество лимфогенных метастазов;
- Категория M:
- Mx - неизвестно, существуют ли отдаленные метастазы; Mo - отдаленные метастазы отсутствуют; M1- имеются отдаленные метастазы;

- Кроме стадии распространенности процесса, учитывается и категория G - гистологическая дифференцировка опухолей:
- Gx - степень дифференцировки не может быть оценена;
- G1- высокая степень дифференцировки;
- G2 - средняя степень дифференцировки;
- G3 - низкая степень дифференцировки;
- G4 - недифференцированные опухоли.

- Существуют 2 основных маршрута онкологического больного до специализированной клиники: по обращаемости (обращение за медицинской помощью после появления симптомов заболевания) и при активном выявлении — скрининге (целенаправленное проведение осмотров населения с целью выявления опухоли).
- Случайное обнаружение опухолей при параллельном обследовании больного в медицинском учреждении по поводу другого заболевания также относится к выявлению новообразования по обращаемости.

- В реальных условиях практической медицины на каждое звено здравоохранения возлагается собственная задача:
- • для общей лечебной сети — первичная диагностика, когда необходимо подтвердить или отвергнуть предположение о наличии у пациента злокачественного новообразования. При объективных затруднениях решение данной задачи осуществляется в специализированных учреждениях;
- • для специализированных онкологических учреждений — уточняющая диагностика, когда необходимо определить форму роста опухоли, морфологическую принадлежность последней и стадию заболевания.

# КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОПУХОЛЕВОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИХ ОЦЕНКА

- У подавляющего большинства онкологических больных заболевание выявляется при наличии клинических проявлений. Клиника зависит от локализации опухоли, ее величины, макроскопической формы и морфологического строения, возраста пациента, наличия сопутствующих заболеваний и других факторов.



# группы симптомов новообразования

- Наличие опухолевидного образования
- Обтурация
- Боль
- Деструкция
- Интоксикация
- Паранеопластические проявления

# Физикальное обследование

- Физикальное обследование является следующим этапом диагностического процесса
- Главным правилом при обследовании больного с подозрением на наличие онкологической патологии должен стать полный осмотр, а не только осмотр пораженной области и зоны возможного регионарного метастазирования.

# Лучевая диагностика

- Лучевая диагностика включает **рентгенодиагностику (рентгенологию), радионуклидную диагностику, ультразвуковую диагностику, магнитно-резонансную диагностику, медицинскую термографию (тепловидение)**. Кроме того, к ней примыкает так называемая **интервенционная радиология**, включающая в себя выполнение лечебных и диагностических вмешательств на базе лучевых диагностических процедур.

# Задачи лучевой диагностики

- первичная диагностика - выявление новообразований и определение их топической принадлежности;
- дифференциальная диагностика - уточнение этиологии патологических изменений (доброкачественность и злокачественность новообразований);
- стадирование злокачественных опухолей, оценка местной распространенности процесса, выявление регионарных и отдаленных метастазов;

# Задачи лучевой диагностики

- интервенционная диагностика - пунктирование и биопсия новообразований под контролем лучевых методов для морфологической верификации процесса;
- топометрия - разметка для планирования объема различных видов лечения;
- оценка результатов лечения - уточнение степени регрессии опухолей, радикальности хирургического лечения, выявления рецидивов заболевания, оценка жизнеспособности трансплантированных лоскутов;
- лечебные манипуляции - лечение неопластических процессов под контролем лучевых методов исследования.

# лучевая диагностика

- Долгие годы в лучевой диагностике доминировал принцип последовательного перехода от простой методики исследования к более сложным методам. Сейчас все чаще сразу применяют наиболее результативные, в том числе дорогостоящие методы, или их сочетание, чтобы получить в максимально короткие сроки информативные данные

# ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

- применяются для изучения внутренней поверхности полых органов, а также наружной поверхности органов и тканей, расположенных в полостях и клетчаточных пространствах.

# ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

- При использовании сочетанных с эндоскопией лучевых методов диагностики, таких, как рентгенологический и ультразвуковой, стали доступны для исследования и проведения лечебных мероприятий органы и ткани, прилежащие к ЖКТ (с помощью эндоскопического ультразвука - изучение стенки органа и окружающих ЖКТ органов, с помощью рентгенологических методов - контрастирование трубчатых структур (протоки поджелудочной железы и печени)).



- Для подтверждения злокачественной природы выявленного новообразования необходимо морфологическое исследование ткани. В настоящее время имеется ряд способов получения материала для исследования: биопсия, браш-биопсия, тонкоигольная пункция.

- Биопсия проводится с помощью специальных эндоскопических щипцов, она позволяет получать фрагменты опухолевой ткани при обычном эндоскопическом исследовании. При браш-биопсии специальная щеточка соскребает поверхностные слои с опухолевых масс. Особенно актуально это исследование, когда провести эндоскоп до необходимой области не представляется возможным. С помощью тонкоигольной пункции возможно получение материала из прилежащих к ЖКТ органов, например, из новообразования и лимфатических узлов средостения, верхнего этажа брюшной полости, поджелудочной железы.

# Задачи эндоскопической диагностики

- 1) поиск и выявление предраковых изменений слизистой оболочки с формированием групп риска для последующего динамического наблюдения и лечения;
- 2) диагностика рака, в том числе скрытых и малых начальных форм рака;
- 3) определение формы роста опухоли и уточнение распространенности опухолевого процесса;

# Задачи эндоскопической диагностики

- 4) оценка эффективности хирургического, лекарственного или лучевого лечения;
- 5) качественный динамический контроль за пациентами 3-й клинической группы после их радикального лечения с целью раннего выявления местного рецидива или метастатической опухоли.

# ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ

- Изменения периферической крови у онкологических больных являются неспецифичными: наблюдаются ускорение СОЭ  $>30$  мм/ч, лейкопения или лейкоцитоз, лимфопения, тромбоцитопения или тромбоцитоз, анемия.

# Биохимические методы исследования

- Биохимические методы исследования дают полезную информацию при обследовании онкологических больных. Специфических биохимических изменений в организме больных со злокачественными новообразованиями не выявлено.

# Биохимические методы исследования

- При отдельных локализациях опухолей выявляются следующие биохимические сдвиги: при первичном раке печени наблюдается повышение уровня щелочной фосфатазы; при раке поджелудочной железы — липазы и амилазы, щелочной фосфатазы; при механической желтухе — повышение уровня, прежде всего, прямого билирубина, а в дальнейшем и непрямого, выраженное повышение активности альдолазы и аминотрансфераз; при раке предстательной железы - высокий уровень кислой фосфатазы.

# Биохимические методы исследования

- При раке молочной железы, почки, яичника, немелкоклеточном раке легкого и некоторых других локализациях наблюдается гиперкальциемия. Подобное состояние развивается в результате усиления резорбции костной ткани при остеолитических метастазах, а также из-за остеолиза, причиной которого является выделение опухолью паратгормоноподобного белка.



# Биохимические методы исследования

- Биохимические тесты позволяют выявить различные эндокринные паранеопластические синдромы, при которых в крови повышено содержание тиреотропного (ТТГ), антидиуретического (АДГ), адренокортикотропного (АКТТ), фолликулостимулирующего (ФСГ), лютеотропного и некоторых других тропных гормонов, а также кортизола, адреналина, норадреналина, инсулина, глюкагона, гастрин, серотонина и других.

# СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОПУХОЛЕВЫЕ МАРКЕРЫ

- На сегодняшний день доступного и единственного теста, позволяющего установить наличие злокачественной опухоли в организме человека, не существует. Имеются лабораторные тесты, которые указывают на факт наличия опухоли в организме и позволяют контролировать динамику лечения. Эти тесты основаны на выявлении опухолевых маркеров.

# СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОПУХОЛЕВЫЕ МАРКЕРЫ

- Серологические опухолевые или, точнее, опухолеассоциированные маркеры (ОМ), это вещества, концентрация которых повышается в биологических жидкостях (крови, моче, содержимом кист, асцитической жидкости и др.) онкологических больных. Они представляют собой в большинстве случаев сложные белки с углеводным либо липидным компонентом. ОМ используются в серологической лабораторной диагностике, так как их наличие и концентрация (прежде всего, в крови) в определенной степени коррелируют с возникновением и динамикой злокачественного процесса.

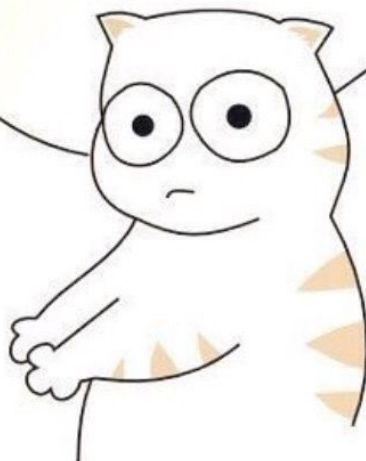
# СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОПУХОЛЕВЫЕ МАРКЕРЫ

- До недавнего времени бытовало устойчивое мнение, что известные в настоящее время ОМ ограничено пригодны для диагностики или скрининга опухолей (за исключением ПСА), так как повышенный уровень ряда ОМ может наблюдаться у 10-30% больных с доброкачественными и воспалительными процессами (то есть они имеют недостаточную специфичность).
- Тем не менее накопленные данные позволяют надеяться на более широкое использование в будущем ряда ОМ при проведении скрининговых программ, направленных на активное выявление злокачественных новообразований.

# СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОПУХОЛЕВЫЕ МАРКЕРЫ

- В настоящее время серологические и уринологические ОМ широко используются в онкологии, прежде всего с целью оценить эффективность проведенного противоопухолевого лечения. Вторым неоспоримым достоинством многих ОМ является тот факт, что изменения их уровня отражают клиническое течение опухолевого процесса и могут быть использованы для доклинического выявления рецидива заболевания. Это позволяет успешно включать оценку уровня ОМ в схему мониторинга онкологических больных, находящихся в ремиссии.

я просто сдал  
анализы



Мне сказали-  
рак



не  
надо  
так



UPet

P



# МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

- Морфологическое подтверждение диагноза имеет первостепенное значение для решения вопроса о лечении онкологического больного. Морфологические исследования в клинической онкологии включают цитологические и гистологические методы.

# ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

- Клиническая или диагностическая цитология, изучающая клеточный состав патологических процессов, в качестве отдельной медицинской специальности сформировалась совсем недавно. Только в 1941 г. после работ Г. Папаниколау и Н. Траута цитология стала официально признанной дисциплиной.



Материал для цитологического исследования  
получают при:

- 1) тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ) образований и регионарных лимфатических узлов;
- 2) эксфолиативной биопсии, мазков с поверхности ран и язв;
- 3) исследовании секрета, мокроты, мочи, асцитической жидкости, плеврального экссудата и транссудата, содержимого кист;

# Материал для цитологического исследования получают при:

- 4) исследовании отпечатков новообразований и лимфатических узлов при интраоперационной диагностике.
- 5) кюретаж - в первую очередь, получение соскоба из полости матки. В онкогинекологии диагностическое выскабливание проводят фракционно (раздельно) с разных стенок матки;

# ИММУНОЦИТОХИМИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

- в основе метода лежит реакция «антиген - антитело». В их числе онкогены, рецепторы эстрогенов и прогестерона, молекулы, опосредующие апоптоз, рецепторы факторов роста и так далее. Все эти показатели позволяют более детально изучить молекулярно-биологические свойства опухолевых клеток, ассоциированные со степенью дифференцировки, способностью к инвазии и метастазированию, чувствительностью к химиотерапии, а, следовательно, с особенностями течения и прогнозом заболевания в каждом конкретном случае.

# ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

- Наибольшую информацию исследователь получает, изучая срезы тканей, то есть проводя гистологическое исследование.
- Только детальная морфологическая характеристика опухолевого новообразования сможет дать возможность выбрать метод лечения (хирургический, химиотерапевтический, лучевой, комбинированное или комплексное), потому что опухоли разного строения, происхождения, степени атипии по-разному реагируют на лечение

# Виды забора материала для гистологического исследования:

- 1) эксцизионная биопсия - удаление всего патологического очага для гистологического исследования (лимфатического узла, опухоли). При доброкачественных опухолях эксцизионная биопсия (например, секторальная резекция молочной железы) одновременно является лечебной. В отдельных случаях и при злокачественных опухолях (например, в некоторых ситуациях, опухоли кожи) эксцизионная биопсия является лечебной;

# Виды забора материала для гистологического исследования:

- 2) инцизионная биопсия - иссечение части патологического очага или опухолевого узла, которую выполняют обычно в пограничной с неизмененной тканью зоне. Инцизионную биопсию выполняют скальпелем, биопсийными щипцами или другими специальными устройствами с браншами (браш-биопсия);
- 3) трепанобиопсия - проводится с помощью специальных игл, позволяющих иссекать столбик тканей, подозрительных на злокачественную опухоль, пригодный для гистологического исследования;

# ИММУНОГИСТОХИМИЯ

- Иммуногистохимия - это применение моноклональных и поликлональных антител на гистологических срезах для определения локализации разных белков в тканях и отдельных клетках.

- В практической онкологии иммуногистохимические методы применяются с целью верификации опухолей человека, определения первичной опухоли во время исследования анонимного метастаза, изучения предсказывающих и прогностических факторов опухоли.



# Лечение онкологических больных

- Современные достижения клинической онкологии позволяют излечить не менее 1/3 больных, страдающих злокачественными новообразованиями. Большинство пациентов (60-70%) подвергаются хирургическому лечению или операции в сочетании с лучевой или химиотерапией. Около 30% больных получают только облучение и до 10% - только цитостатическое лечение.

# Лечение онкологических больных

- Оптимальными являются лечение и наблюдение онкологических пациентов в специализированных клиниках, оснащенных современным медицинским оборудованием, с высококвалифицированным медицинским персоналом.

- Планирование лечения конкретного больного должно осуществляться консилиумом группой специалистов-онкологов (обычно включающей хирурга, лучевого терапевта и химиотерапевта).
- В настоящее время, учитывая успехи в изучении молекулярно-генетических характеристик опухоли, все более насущно становится участие в консилиуме патоморфолога. В отдельных случаях к консилиуму могут привлекаться другие специалисты (анестезиологи, терапевты).

- Возможные варианты лечения включают применение одного из методов воздействия на опухоль (хирургического, лучевого или лекарственного) или, значительно чаще, различных их комбинаций. Последовательность применения лучевого, лекарственного и хирургического методов лечения варьирует в зависимости от морфологической характеристики опухоли, распространенности злокачественного процесса, чувствительности опухоли к цитостатикам, задач лечения, наличия у больного сопутствующей патологии и др.

# Варианты лечения

- **комбинированное лечение** — применение у одного больного двух однонаправленных, но принципиально разных методов лечения (например, локальное воздействие на опухоль путем выполнения радикальной операции с последующим курсом лучевой терапии);

- **комплексное лечение** — применение локального и системного методов воздействия на опухоль (например, хирургического и лекарственного лечения).
- Отдельно выделяют **сочетанный** вариант лечения, подразумевающий одновременное применение принципиально однородных методов с различным механизмом действия (например, сочетание дистанционного и внутритканевого облучения).

- С клинических позиций радикальным следует называть то лечение, которое направлено на полную ликвидацию всех очагов опухолевого роста. Правда, радикализм проведенного лечения в онкологии всегда в известной степени условен, так как никакие методы исследования не дают полной уверенности в отсутствии «скрытой» диссеминации процесса. Поэтому вполне оправданно мнение, что понятие «радикальное лечение» может быть клиническим (оцениваемым сразу после его окончания) и биологическим (определяемым по отдаленным результатам).

- Лечение является паллиативным в тех случаях, когда вследствие тех или иных причин (чаще всего связанных с особенностями распространения процесса) излечение заведомо недостижимо, а цель его заключается в прямом или косвенном воздействии на опухолевые очаги для уменьшения их массы и задержки роста, а следовательно, и продления жизни больного на более или менее длительный срок.



- Симптоматическая терапия не предусматривает достижения какого-либо противоопухолевого эффекта, а направлена лишь на устранение или ослабление тягостных для больного проявлений основного заболевания и его осложнений (или осложнений противоопухолевого лечения). Иногда симптоматическое лечение осуществляется хирургическими методами (перевязка сосудов при кровотечениях, наложение обходных анастомозов или наружных свищей при непроходимости желудочно-кишечного тракта, трахеотомии и т. п.). Причислять такие операции к паллиативным неправомерно, так как они устраняют лишь патологические состояния, вызванные опухолью, не влияя на сущность процесса.

# Хирургическое лечение

- Лечебные операции подразделяются на радикальные, паллиативные резекции или циторедуктивные операции и симптоматические операции. Как этап в лечении онкологических больных могут рассматриваться реконструктивные операции.

# Хирургическое лечение

- Хирургическое лечение применяется как самостоятельно, так и в комбинации с лучевой терапией и/или лекарственным лечением. Хирургическое лечение абсолютно показано при резектабельной форме заболевания злокачественных опухолей. Оно показано также при любом распространении опухоли, когда выявляется осложнение, угрожающее жизни (кровотечение, непроходимость, асфиксия и пр.), устранение которого может облегчить состояние и увеличить продолжительность жизни больного.

# Радикальные операции

- предусматривают радикализм по отношению к первичной опухоли и ее регионарным метастазам, в том числе гипотетическим. В отдельных случаях, когда метастатическое поражение регионарных зон исключено или маловероятно, операция на регионарной зоне метастазирования может не проводиться (опухоли кожи, слизистой полости рта, минимальные опухоли внутренних органов). Также не всегда превентивные операции на регионарных зонах выполняются, если они не дают заметного эффекта для результата лечения. При опухолях внутренних органов операции могут производиться лапароскопически.

# Радикальные операции

- После выполнения радикальной операции в организме не остается опухолевых очагов, определяемых клиническими, рентгенологическими, эндоскопическими или морфологическими методами.
- Радикальное удаление первичной опухоли должно удовлетворять принципам **абластики, антибластики, зональности, футлярности.**

# Радикальные операции

- **Абластика** представляет собой комплекс мероприятий, направленных на предотвращение попадания в операционную рану опухолевых клеток и гематогенной диссеминации.

# абластика

- 1. Выполнять операцию только острым путем.
- 2. Мобилизацию опухолевого комплекса необходимо вести от периферии к опухоли.
- 3. Мобилизацию начинают с элементов лимфодиссекции с обработкой магистральных сосудов органа.

# абластика

- 4. При мобилизации соблюдать принцип «по touch», т.е. исключают механическое воздействие на опухоль до сосудистой и лимфатической изоляции.
- 5. Опухоль изолируется салфетками.
- 6. Составляющими частями принципа абластики являются смена перчаток и инструментов, тщательный гемостаз, использование электрокоагуляции, лазерные, плазменные скальпели и др.



# Антибластика

- представляет собой ряд мероприятий, направленных на уничтожение и удаление оставшихся в операционном поле опухолевых клеток. К ним относятся: обильное орошение и промывание раны раствором фурацилина, 3 % раствором перекиси водорода, пред-, интра- и послеоперационное облучение операционного поля.

# Принцип футлярности

- опухоль удаляют, не обнажая ее поверхности, а общим блоком с покрывающими брюшинными, плевральными, фасциальными (в большинстве случаев) листками, т.е. в целостном «футляре из здоровых тканей». Кровеносные сосуды, вступающие в зону футляра или выходящие из него, пересекаются за его пределами. Внешние границы футляра определяются такими ориентирами, как места соединения фасциальных или брюшинных листков, которые и образуют как бы стенку футляра, именно за пределами которого следует производить выделение тканей. Соблюдение принципа футлярности в большинстве случаев осуществляется частично, что связано с особенностями анатомии человека.

# Принцип анатомической зональности

- удаление опухоли в пределах заведомо здоровых тканей (зона роста опухоли) единым блоком с окружающими тканями и регионарными лимфатическими узлами (зона метастазирования) — составляет основу радикальных операций.

# Принцип анатомической зональности

- С точки зрения онколога, анатомическая зона это биологически целостный участок тканей, образованный органом или его частью и относящимися к нему регионарно зависимыми лимфатическими узлами и другими анатомическими структурами, лежащими на пути распространения опухолевого процесса. В онкологии недопустимо удаление опухоли по частям, кускованием, за исключением особых случаев.

# Лимфодиссекция

- Тот факт, что лимфатические узлы и сосуды служат проводником и временным барьером опухолевой генерализации, и предположение, что их раннее хирургическое иссечение может обеспечить излечение, послужили главными предпосылками к выполнению регионарных лимфаденэктомий при злокачественных опухолях разных органов.

- Введение лимфодиссекции в практику хирургического лечения онкологических заболеваний позволило осуществить прорыв в результатах лечения. Так в 30-40 годах XX века случаи выздоровления при хирургическом лечении рака желудка (лимфодиссекция не производилась) были скорее казуистикой и 5-летняя выживаемость фактически была нулевой, причем наиболее часто заболевание рецидивировало в локорегионарных лимфатических коллекторах, в зоне операции. В дальнейшем при включении в стандартный объем хирургического лечения обязательного удаления регионарных лимфатических узлов 5-летняя выживаемость весьма заметно возросла.



- В то же время широкое иссечение клетчатки с лимфатическими коллекторами достоверно увеличивает частоту осложнений. При раке молочной железы лимфодиссекция часто сопровождается длительной лимфореей, инфицированием раны, а также отеком конечности, болевыми ощущениями, утратой работоспособности, общим дискомфортом. При раке желудка расширенная лимфодиссекция увеличивает количество абсцессов в ложе удаленной селезенки, случаев панкреатита, панкреатических свищей.

- В то же время при тщательном гистологическом исследовании удаленных во время лимфодиссекции тканей часто не находят злокачественных клеток, т.е. объем операции превышает необходимый. Поэтому возникло стремление выполнять лимфодиссекцию не профилактически, а при наличии метастазов.



- В 70-х годах XX века возникла идея об индивидуализации объема лимфодиссекции и попытках уменьшить объем удаляемых тканей. Появились представления, что для опухолей некоторых локализаций существует лимфатический центр, в который в первую очередь осуществляется отток лимфы из определенного участка ткани. Этот узел получил название «sentinel lymph node» (в переводе с английского - часовой, страж). Отсюда возник перевод: «сторожевой лимфатический узел», иногда называемый сигнальный узел.

# Стандартные радикальные операции

- удаляют основную опухоль в пределах здоровой ткани и (обычно) близлежащие зоны ее метастазирования в лимфатическую систему.
- Для рака средней трети тела желудка стадии T2N0M0 такой операцией будет являться гастрэктомия с обязательным удалением лимфатических узлов 1 и 2 порядка (лимфодиссекция D2).

# Комбинированные операции

- кроме удаления или резекции органа в котором опухоли возникла, удаляют часть органа или полностью другой орган, в которые произошла инвазия (прорастание) первичной опухоли. Например, гастрэктомия с резекцией поперечной ободочной кишки одним блоком при прорастании опухоли желудка в поперечную ободочную кишку (лимфодиссекция при этом, разумеется, производится).

# Расширенные операции

- по принципиальным соображениям или вынуждено в связи с наличием метастазов увеличивается объем удаления зон регионарного или (в отдельных случаях) нерегионарного метастазирования за счет смежных анатомических областей. Сюда можно отнести увеличение уровня лимфодиссекцию до D3 при метастазах рака желудка в забрюшинных лимфатических узлах. Или выполнение резекции ободочной кишки с резекцией печени по поводу рака ободочной кишки при наличии солитарного метастаза в печени.

-

# Органосохраняющие операции

- производятся при ранних стадиях опухолевого процесса уменьшается объем вмешательства, без ущерба для выживаемости. Так при раннем раке желудка (в некоторых случаях) может быть выполнено эндоскопическое лечение (радикальная мукозэктомия), при раннем раке прямой кишки – трансанальная эндоскопическая резекция (сопровождается полнослойным иссечением стенки кишки с прилежащей мезоректальной клетчаткой).

# Паллиативная операция

- подразумевает удаление первичной опухоли в объеме типового радикального вмешательства. При технической доступности и небольших размерах одновременно могут быть удалены одиночные метастазы. При множественных отдаленных метастазах производится только биопсия для морфологического подтверждения диагноза, что в таких случаях обязательно. Паллиативные комбинированные операции выполняются крайне редко и только в тех случаях, когда могут быть успешно дополнены химиотерапией (например, при опухолях яичников).

# Симптоматические операции

- Направлены на устранение наиболее опасных или тягостных проявлений опухоли. При этом сама операции на опухоль не направлена. Например, при стенозе пищевода или желудка показаны симптоматические операции, такие как гастростомия, гастроэнтеростомия и т. д.

# Противоопухолевая лекарственная терапия

- Это использование с лечебной целью средств, тормозящих пролиферацию или необратимо повреждающих опухолевые клетки (т.е. обладающих цитостатическим или цитотоксическим действием). В широком смысле этот термин отражает все виды лекарственного лечения злокачественных новообразований, связанные с влиянием фармацевтических средств непосредственно на опухоль, и подразумевает применение синтетических препаратов, веществ природного происхождения, гормонов и антигормонов, модификаторов биологических реакций, молекулярно-нацеленных агентов и других противоопухолевых средств.



# Области применения лекарственной терапии

- • Компонент комбинированного или комплексного лечения.
- • Самостоятельный метод.
- • Радиомодификация.

- Лекарственная терапия - важное составляющее звено лечения онкологических больных. Нередко, особенно при лечении солидных опухолей, ее используют как один из компонентов комбинированного или комплексного метода, т.е. применяют в сочетании с оперативным вмешательством, лучевой, фотодинамической терапией, гипертермией

- Субклинические метастазы служат причиной неудовлетворительных отдаленных результатов локальных методов воздействия на первичный опухолевый очаг.

- При ограниченных опухолевых процессах, когда лечение начинается с оперативного вмешательства, для эрадикации микрометастазов применяют вариант лекарственного лечения, именуемый адъювантной терапией. Основными целями последней являются продление безрецидивного периода и увеличение продолжительности жизни больных

- Пациентам с местнораспространенными опухолями, когда на первом этапе невозможно или нежелательно выполнение радикального хирургического вмешательства на первом этапе лечения, рекомендован вариант системной лекарственной терапии, называемой неоадьювантной.

- Основными задачами данного метода являются раннее начало системного воздействия, уменьшение размера опухоли (перевод процесса из нерезектабельной формы в резектабельную с возможным выполнением органосохраняющего варианта лечения в дальнейшем), изучение лекарственного патоморфоза с оценкой индивидуальной чувствительности опухоли к используемым препаратам и целесообразности их применения в будущем.

- В отношении некоторых локализаций злокачественных новообразований (лимфопролиферативные заболевания и др.), а также при генерализованном процессе ХТ применяется как самостоятельный вариант лечения.

# Направления лекарственной терапии

- Выделяют следующие виды лекарственной терапии:
- 
- I. Химиотерапия.
- II. Гормональная терапия.
- III. Биотерапия (в том числе использование модификаторов биологических процессов).
- IV Таргетная терапия.
- V. Терапия с применением средств, улучшающих качество жизни.



# Основные принципы химиотерапии

- 1. Подбор препарата соответственно спектру его противоопухолевого действия.
- 2. Выбор оптимальных дозы, режима и способа применения препарата, обеспечивающих лечебный эффект без необратимых побочных явлений.
- 3. Учет факторов, требующих коррекции доз и режимов во избежание тяжелых осложнений химиотерапии.

- Противоопухолевые средства рекомендуется применять только тогда, когда диагноз опухоли подтвержден гистологическим исследованием. Лечебное воздействие химиотерапии оценивают по объективным показателям, которые отражают реакцию опухоли на противоопухолевый препарат. Не следует назначать химиотерапию, если отсутствуют условия для выявления и лечения возможных побочных явлений.

# Доза препарата

- Как правило, существует прямая зависимость терапевтического эффекта от разовой и суммарной дозы средства. Однако повышение дозы препарата ограничивается проявлениями токсичности. Обычно дозу рассчитывают на единицу поверхности тела по номограмме.

# Режим применения

- Препарат нужно вводить в оптимальном режиме, имея в виду число введений, интервалы между введениями, продолжительность курса и интервалы между курсами.

# Характер опухолевого процесса

- Быстро растущие опухоли более чувствительны к химиотерапии, чем медленно растущие. Как правило, имеются различия в чувствительности метастазов и первичной опухоли. Эффективность химиотерапии обратно пропорциональна той массе опухоли (числу опухолевых клеток), при которой начинается лечение. Различные морфологические варианты одной опухоли чувствительны к химиопрепаратам неодинаково.

# Противопоказания

- выраженная лейкопения, кахексия, тяжелые заболевания печени и почек, терминальные стадии заболевания.

# Способы применения

- различают системную, регионарную и локальную химиотерапию. К системной относится введение препаратов внутрь, подкожно, внутривенно, внутримышечно и ректально, рассчитанное на общий (резорбтивный) противоопухолевый эффект.

# Способы применения

- Регионарная подразумевает воздействие на опухоль цитостатика в повышенных концентрациях с ограничением его поступления в другие органы путем введения в сосуды, питающие новообразование.



# Способы применения

- При локальной химиотерапии цитостатики в соответствующих лекарственных формах (мази, растворы) наносят на поверхностные опухолевые очаги (кожные язвы), вводят в серозные полости при выпотах (асцит, плеврит) или спинномозговой канал (интратекально) при поражении мозговых оболочек, внутрипузырно - при новообразованиях мочевого пузыря и др

- Выделяют монокимиотерапию при использовании одного цитостатика, комбинированную химиотерапию (полихимиотерапию) при использовании нескольких цитостатиков или цитостатиков в сочетании с гормонами.

# Таргетная терапия.

- Понимание молекулярных механизмов активации сигнальных путей, инициирующих внутриклеточную пролиферацию, адгезию, инвазию, ангиогенез, привело к созданию и широкому внедрению в клиническую практику препаратов целенаправленного (таргетного) действия, повышающих эффективность лечения и сводящих к минимуму его токсичность для других органов и тканей.

- Исследования последних лет позволили определить важную роль трансмембранных рецепторов в контроле за балансом между гибелью клеток и их пролиферацией, за процессами ангиогенеза и клеточной миграции. Эти рецепторы контролируют ключевые механизмы, определяющие рост и развитие злокачественной опухоли, что позволило рассматривать их как идеальную мишень для создания целевых препаратов.

# Биотерапия.

- Попытки стимуляции иммунной системы для лечения рака предпринимались давно и многократно. В предыдущие годы определенного эффекта удавалось добиться от применения ряда иммуномодулирующих препаратов, таких как бактерии и их компоненты (БЦЖ), некоторые синтетические препараты (левамизол), интерфероны (ИФН) и интерлейкины (ИЛ). Наибольший успех их применения достигнут при раке почки, поверхностном раке мочевого пузыря и меланоме. При других локализациях неспецифическая иммуностимуляция не проявила эффективности.

- Механизм действия противоопухолевых вакцин в общем сходен с таковым у вакцин, применяемых с профилактической целью при инфекционных заболеваниях. В основе его лежит формирование специфического иммунного ответа на антиген. Основное отличие противоопухолевых вакцин заключается в том, что их использование для профилактики возникновения злокачественных новообразований невозможно из-за многочисленности последних и непредсказуемости их появления. Применение вакцин целесообразно только для максимальной индукции иммунного ответа на уже существующую опухоль.

# Гормональная терапия

- достаточно распространенный способ борьбы с рядом онкологических заболеваний.
- По определению Н.Н. Блохина, химиопрепараты губительно влияют на опухолевые клетки, поскольку те отличаются по многим параметрам от нормальных клеток, эндокринные же препараты, напротив, способны поражать клетки опухолей из-за того, что они сохранили определенный набор свойств нормальных клеток-предшественников, похожи на них. Необходимое условие эффективности гормонов - наличие в опухолевой клетке соответствующих рецепторов.

# Гормональная терапия

- Практически результативна при злокачественных новообразованиях лишь нескольких локализаций: раке молочной железы (в том числе у мужчин), раке предстательной железы и раке тела матки. Неоспорима успешность лечения гормонами (глюкокортикоидами) гемобластозов: острого и хронического лимфолейкоза, а в особенности нелимфогранулематозных лимфом. Однако и в клетках других опухолей (меланома, рак почки, карциноид и др.) также могут иметься рецепторы к стероидным гормонам, что делает их подверженными гормональным воздействиям.



# Гормональная терапия

- В то же время при отсутствии или малом количестве рецепторов в клетках гормонозависимых опухолей чувствительность последних к гормонам исчезает или резко снижается. В связи с этим в клинике в настоящее время применяется иммуногистохимическое выявление рецепторов к эстрогенам и прогестеронам, в частности у больных раком молочной железы, и только потом определяется целесообразность назначения гормонотерапии и в целом тактика лечения.

я просто сдал  
анализы



Мне сказали-  
рак



не  
надо  
так



UPet

P

