

Министерство здравоохранения Украины  
Высшее государственное учебное заведение Украины  
«Украинская медицинская стоматологическая академия»

КАФЕДРА ОНКОЛОГИИ



УТВЕРЖДЕНО НА МЕТОДИЧЕСКОМ  
СОВЕЩАНИИ

Протокол №1 от 28 августа  
2018р. Заведующий кафедры  
д.мед.н., проф. Бахча В.П.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ  
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ  
Во ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ

Учебная дисциплина	Клиническая онкология
Модуль №	VI
Содержательный модуль №	10
Тема занятия	<b>Принципы профилактики онкологических заболеваний. Понятие о передракові заболеваниях и принципах выявления и диспансерного присмотра больных с передраковими заболеваниями. Стандарты обследования и лечения больных с подозрением на заболевание раком визуальных локализаций.</b>
Курс	VI
Факультет	Медицинский и педиатрический

Методическую разработку подготовил:  
к.мед.н., асис. Литвиненко В.Є.

## Полтава - 2018

**Тема занятия : *Принципы профилактики онкологических заболеваний. Понятие о передракові заболеваниях и принципах выявления и диспансерного присмотра больных с передраковыми заболеваниями. Стандарты обследования и лечения больных с подозрением на заболевание раком визуальных локализаций.***

**Количество часов : 6**

**Материальное и методическое обеспечение темы :** учебные комнаты, пылать, поликлиника, истории болезни, амбулаторные карточки, методические указания для студентов.

Онкологическая патология занимает первые места в причинах смерти во многих странах мира. Причина такой высокой смертности от злокачественных новообразований кроется прежде всего в особенностях этой патологии и в том, что лишь 25% из числа больных этого профиля, которые госпитализируются для стационарного лечения находятся в сравнительно ранней стадии заболевания, когда еще возможно радикальное лечение. Нажаль, при таких локализациях рака, как рак желудка, рак легкие госпитализация в первой стадии заболевания не достигает 10%.

Высокий уровень заболеваемости и смертности от рака, стойкие тенденции к их росту, возможность дальнейшего ухудшения ситуации в результате аварии на Чернобыльской АЭС, свидетельствует о чрезвычайной остроте проблемы. Это подчеркивает необходимость включения в систему противораковой борьбы не только онкологических учреждений, а всех лечебно-профилактических учреждений и учреждений других отраслей народного хозяйства, науки, культуры, информации, свидетельствует о необходимости создания государственной программы противораковых мероприятий.

Борьба с опухолями должна быть комплексной. В этой борьбе в настоящее время, согласно ВОЗ, определяются три главных направления: профилактическое и образовательное.

В то же время современный уровень знаний и медицинской техники позволяет диагностировать важнейшие формы злокачественных новообразований на ранних стадиях их развития, а также устранить предыдущие им предопухолевые состояния и передракові изменения. Во всех развитых странах уделяется все растущее внимание профилактике онкологических заболеваний.

В профилактическом направлении понятия как первичная и вторичная профилактика опухолей.

**Первичная профилактика** предусматривает систему социальногигиенических мероприятий, направленных на устранение факторов риска и повышения неспецифической противоопухолевой резистентности организма человека. Основные направления первичной профилактики злокачественных опухолей :

- Охрана окружающей среды от загрязнения канцерогенными веществами;

- Соблюдение техники безопасности на вредных производствах;
- Употребление экологически чистых продуктов и использования лекарств, которые не имеют канцерогенного эффекта;
- Отказ от вредных привычек (курение, чрезмерное употребление алкоголя);
- Рациональное питание (употребление еды, богатой на витамины группы А, С, Е и такой, которая содержит достаточное количество клетчатки).

**Вторичная профилактика** злокачественных опухолей заключается в лечении предопухолевых заболеваний (пигментная ксеродерма, полипоз кишечника), а также некоторых хронических заболеваний (атрофический гастрит, язвенная болезнь желудка, трофические язвы конечностей и другие). К вторичной профилактике относится обследование и лечение лиц с высокой степенью риска онкологического заболевания. С этой целью определенные контингенты людей, которые входят в группы повышенного риска на заболевание раком основных локализаций (Инструкция МОЗ Украины №192 от 7.04.1986 года).

В государственной системе здравоохранения большое значение имеют профилактические обзоры населения. Составной частью комплексных медицинских профилактических обзоров является новообразований и передраковых заболеваний. Следует подчеркнуть, что онкопрофоглядам подлежит все население Украины в возрасте 20 лет и старше.

В работе по проведению профилактических обзоров обязательно должны быть использованы такие методы обследования :

- Обзор кожи и видимых слизистых оболочек;
- Пальпация всех групп периферических лимфатических узлов;
- Общий и мочи;
- Лучевые методы обследования (рентгенологические, компьютерная томография и др.);
- Ультразвуковое исследование (УЗД);
- Магнито-резонансная томография (МРТ);
- Эндоскопические исследования (ФГДС, РРС, ФКС, ФБС, ЦС);
- Дерматоскопічні исследования подозрительных на рак и меланому новообразований кожи
- Биопсия подозрительных на рак новообразований с цитологічним и гистологическим исследованием полученного материала с целью выявления предопухолевых и злокачественных новообразований;

Существует такое понятие как "**Онкологическая настороженность**", которое было предложено А.І. Савіцким в 1948 году и состояло из трех основных элементов:

1. Подозрение рака.
2. Тщательный сбор
3. Использование обязательных методов обследования.

В наше время настороженность" применяется в более более широком смысле. Да, Б.Э. Петерсон сюда:

1. Знания передраковых заболеваний и их лечения;
2. Знание симптомов злокачественных опухолей на ранних стадиях;

3. Тщательное обследование каждого больного, который обратился любой, с целью выявления возможного онкологического заболевания;
4. Привычку, в тяжелых диагностики, думать о возможности или усложненного злокачественной опухоли.
5. Знание организации онкологической помощи, сети учреждений и срочное направление с обнаруженным патологическим процессом к онкологу.

Главным правилом для врачей быть полный обзор больного. тактика объясняется следующими моментами:

- локальное поражение отражением опухоли (отдаленными метастазами), которое локализуется первично совсем в другом месте;
- возможно синхронное возникновение первично-множественных, меланомы
- во время полного можно обнаружить сопутствующую патологию на объем дополнительного обследования и характер

Результаты профилактической работы свидетельствуют, что охватить все население целеустремленными профилактическими обзорами при современном состоянии медицинской службы - не реально. В этом аспекте, согласно стратегическим направлениям заданием является разработка и внедрение программ.

По нашему убеждению скрининг рака определенной локализации должен начинаться с первичного медицинского звена - семейного врача

Основным заданием врача в каждой локализации является знание факторов риска заболевания этих факторов проводиться скрининг в виде формирования соответствующих проведения систематических профилактических обследований.

Все лица обзоров обнаруженные процессы, которые дают подозрение на принадлежность к предопухоловому заболеванию или злокачественному новообразованию подлежат дальнейшему обследованию в специализированных лечебных. Согласно современным стандартам диагностики и лечения онкологических больных обследования в лечебных учреждениях общей лечебной сети должно будет проведенное в течение дней, в консультативной поликлинике специализированного учреждения - 8 дней, в стационаре до 5 дней.

### **Онкологическая сеть**

На это время онкологическая сеть Украины имеет такую структуру: республиканский, областной, городские диспансеры. Кроме 46 онкологических диспансеров, в Украине специализированы онкологические отделения в больницах общего профиля, где предоставляется врачебная помощь онкологическим больным. Городские онкологические диспансеры и онкологические отделения функционально являются вспомогательными заведениями областного онкологического диспансера. Онкологический диспансер является лечебно-профилактическим заведением, в задания которого входит обеспечение населения специализированной стационарной и поликлинической помощью.

Важной функцией областного онкологического диспансера является организационно-методическое руководство мероприятиями относительно борьбы с раком в области. Сюда входят пропаганда санитарного просвещения, организация

профилактических обзоров, контроль за лечением больных раком и передракові захворюваннями в заведеннях общей лечебной сети, подготовка из онкологии врачей общей сети, разбор запущенных случаев рака.

Онкологический диспансер состоит из двух основных подразделений - стационара и диспансерно-поликлинического отделения (в дальнейшем поликлиника). Стационары имеют узкопрофильные отделения, такие как торакальні, абдоминальные, урологические, химиотерапевтические, детской онкологии. Оптимальным является многопрофильный областной онкологический диспансер на 420 кроватей с пансионатом и радиологическим корпусом.

В онкологических диспансерах и специализированных онкологических отделениях общих больниц помощь получает близко 80% больных злокачественными опухолями. Больные, в лечении которых важным компонентом является лучевая терапия или химиотерапия, или лечебная тактика достаточно сложна, лечатся только в онкологических диспансерах: это - рак молочной железы, шейки и тела матки, яичников, гортани, губы, полости рта, пищевода, меланомы и др. Во многих областях Украины соответствующими распоряжениями местных органов здравоохранения вообще запрещено лечение многих форм рака где угодно, кроме онкологических диспансеров.

Поликлиника онкологического диспансера проводит прием больных с подозрением на наличие опухоли или предопухолевого заболевания, амбулаторное лечение этих групп больных и диспансерное наблюдение за больными, пролеченными по поводу злокачественных опухолей.

Первичным звеном онкологической сети в городах является онколог поликлиники, а в селах районный онколог. Они работают на базе общей поликлиники и административно подчиняются главному врачу поликлиники.

Организационно-методическое руководство работой районного онколога осуществляет областной онкологический диспансер. Онкологические кабинеты создают из расчета 1 кабинет на 15-20 больничных участков.

Районный онколог проводит: первичный или консультативный прием больных, организует госпитализацию больных злокачественными опухолями, осуществляет их учет и диспансеризацию, проводит лечение больных за назначениями онкологического диспансера. Районному онкологу принадлежит основная роль в организации противораковых мероприятий в своем районе.

Поділ онкологічних больних клініко-статистичні групами (КСГ)

Больные злокачественными опухолями состоят на диспансерном учете и наблюдении в онкологических заведениях с момента установления диагноза злокачественной опухоли и к смерти независимо от того, где они лечились - в онкологическом заведении или в больницах общей лечебной сети.

С целью систематизации учета и диспансерного наблюдения всех онкологических больных разделяют на 4 клініко-статистичні групи:

Группа I-а - больные с заболеваниями, подозрительными относительно злокачественных новообразований.

Группа I-б - больные передракові захворюваннями. Подлежат обследованию не реже, чем 1 раз на 3 года и лечению, как правило, у хирурга в больнице общей больничной сети.

Группа II-а - первичные больные злокачественными новообразованиями (без обнаруженных отдаленных метастазов), которые подлежат специальному (в том числе за радикальными технологиями) лечению, прежде всего хирургическому.

Группа II - больные злокачественными новообразованиями, которые подлежат паллиативному нерадикальному специальному лечению, без противопоказаний к возможному дальнейшему специальному лечению (даже при наличии отдаленных метастазов).

Группа III - больные злокачественными опухолями, которые получили специальное лечение по радикальной программе (обязательно включает хирургическое лечение), в том числе :

III-а - получили лечение в объеме радикальной технологии, и не имеют на настоящее время признаков злокачественных новообразований и длительных нарушений здоровья.

III-б - получили лечение в объеме радикальной технологии, без признаков злокачественных новообразований, но с длительными нарушениями здоровья.

Группа IV - онкологические больные, которым в результате распространения злокачественных новообразований, декомпенсированной сопутствующей патологии специальное лечение противопоказано.

Больные, которые относятся к группе I-а, подлежат тщательному обследованию с привлечением онколога в срок, который не превышает 10 дней. После уточнения диагноза в зависимости от наличия или отсутствия опухолевого процесса больного или переводят к соответствующей клинической группе, или снимают из учета.

Больным II клинической группы лечения должно быть назначено не позже 10 суток с момента установления диагноза.

Диспансерный обзор больных, которые получили радикальное лечение, осуществляется в течение первого года раз в квартал, второго и третьего - раз в 6 месяцев, а начиная с четвертого - раз в году.

Все онкологические диспансеры, онкологические отделения и онкологические кабинеты ежегодно предоставляют к органам охраны здоровья отчеты о больных злокачественными опухолями. Эти отчеты имеют три основных раздела: контингенты больных, взятых на учет и тех, которые состоят на учете, сведения об умерших от злокачественных опухолей и ведомости о лечении больных злокачественными опухолями. Для повышения эффективности учета и диспансеризации онкологических больных в Украине создается единая информационная система на базе компьютерной техники.

### **Учетная документация**

Все больные, в которых впервые установленный диагноз злокачественного новообразования, подлежат обязательной регистрации. При нахождении злокачественной опухоли у больного или при выявлении ее на автопсии, врач любого медицинского заведения должен оформить "Сообщение" за учетной формой № 090/об и в трехдневный срок направить его к онкологическому диспансеру.

Каждый онкологический больной, который взят на учет, подлежит диспансерному наблюдению. Контроль за больным осуществляется по форме №

300-6/о (регистрационная карта больного злокачественным новообразованием), куда заносятся паспортные данные, диагноз, клиническая группа, стадия заболевания, дата вызова на обзор и пометки о явке к врачу. К карте обязательно вписывается полный диагноз, который включает основное и сопутствующие заболевания, а также сведения обо всех примененных методах лечения. На основе контрольных карт, исходя из разных клинических групп больных, формируется картотека.

На больного с злокачественной опухолью, который находился на стационарном лечении в любом лечебном заведении, заполняется "Выписка из истории болезни (учетная форма № 027-1/о)". По завершению стационарного лечения больного (или после его смерти) выписку направляют к онкологическому диспансеру по месту обитания, где на основании этого документа изучают результаты лечения.

На всех больных с запущенной злокачественной опухолью, которая относится к IV стадии заболевания, а также на больных из III стадией визуальных форм рака, складывают специальный протокол (учетная форма № 027-2/о). Протокол складывается в двух экземплярах: первый остается в истории болезни или в амбулаторной карточке, второй пересылается к онкологическому диспансеру по месту обитания больного.

В протоколе в хронологическом порядке указывают все лечебные заведения, куда обращался больной за больничной помощью к установлению диагноза, и указывается причина запущенности болезни. Каждый случай позднего выявления злокачественной опухоли обсуждают на больничной конференции с обязательным участием врачей, которые сделали диагностическую ошибку.

### **Диспансеризация онкологических больных.**

Диспансеризация онкологических больных предусматривает не только регулярное наблюдение за больными, но и активное проведение лечебно-профилактических мероприятий, направленных на возобновление их здоровья. Особенно большое значение она имеет в работе с больными, которые получили радикальное лечение. Это III клініко-статистична группа больных, вылеченных от рака хирургическим, лучевым или комбинированным методом. В случаях выявления у этих больных в процессе диспансерного наблюдения рецидива или метастазу опухоли их опять относят к II клініко-статистичної групи для возобновления противоопухолевого лечения или же, если такая возможность является исчерпанной, переводят к IV клініко-статистичної групи диспансерного учета.

Диспансерное наблюдение за больными, которые получили радикальное лечение, проводится поликлиническими онкологами в определенные сроки.

Все лечебно-профилактические и диагностические мероприятия, которые проводятся таким больным в процессе диспансеризации, рассматриваются в рамках проблемы реабилитации, то есть возобновление их здоровья для достижения максимальной физической, психической, социальной и трудовой полноценности.

Основные задачи диспансерного наблюдения больных III клініко-статистичної групи :

1. Ранняя диагностика рецидивов и метастазов опухолей. Это главная задача, которая стоит перед онкологом при дежурном обзоре и обследовании больного. Те

же вопросы (не обусловленное изменение ли состояния больного прогрессу опухолевого процесса?) должны возникать и у участкового врача при каждой встрече с больным. Принцип онкологической осторожности в такой ситуации не только не теряет свою роль, но и должен вести при обследовании больного, который получил в прошлом противоопухолевое лечение.

2. Выявление и коррекция тех расстройств, которые могут возникнуть после радикального противоопухолевого лечения. К ним относятся послеоперационные осложнения, лучевые повреждения, осложнения хіміогормонотерапії. Коррекция этих осложнений, бесспорно, является компонентом медицинской реабилитации.

3. Проведение комплекса общеукрепляющих мероприятий, в том числе и решение вопроса о возможности и целесообразности санаторно-курортного лечения также относится к медицинской реабилитации.

4. Экспертиза временной и стойкой потери работоспособности больных, их рациональное трудоустройство, то есть трудовая реабилитация больных.

Первый обзор больного назначается через месяц по завершению радикального лечения. Далее, согласно инструкции МОЗ Украины, необходимо проводить обзор этих больных один раз на квартал в течение первого года после вылечивания, один раз на полгода в течение второго и третьего года, а дальше - раз в году.

Эффективность учета и диспансеризации онкологических больных значительно повышается при использовании компьютерной техники.

### **Опухоли визуальных локализаций**

При опухолях визуальных локализаций, как правило, предыдущий диагноз можно поставить, не удаваясь до сложных инструментальных и лабораторных методов исследования. Идет речь об опухолях, доступных пальпаторной и визуальной оценке. Такими опухолями являются новообразования кожи, ротовой полости, щитообразной железы, молочной железы, мягких тканей, прямой кишки, вульвы, шейки матки, полового члена, яичка, предстательной железы, опухолевое поражение периферических лимфатических узлов и др.

### **РАК КОЖИ**

Раковые опухоли кожи занимают второе ранговое место в структуре онкологической заболеваемости населения Украины. Среди известных факторов, которые способствуют возникновению передраковых заболеваний, рака и меланомы кожи, главное место занимает ультрафиолетовый спектр инсоляции, некоторые химические канцерогены - длительный контакт с гудроном, асфальтом, мышьяком; профессиональные особенности - рентген ассоциируемый рак кожи в рентгенологов, радиоактивное облучение, термические и механические травмы.

К облигатным предракам кожи относят пигментную ксеродерму, болезни Боуена и Педжета, эритроплазию Кейра.

К факультативным предракам кожи принадлежат кератоакантомы, старческие дис- но гиперкератозы, трофические язвы и другие.

Рак кожи, в зависимости от морфологической структуры, разделяют на:

- базальноклеточный рак;



- плоскоклеточный рак

Базальноклеточный рак кожи складывается 70-75% раковых опухолей кожи. Он отличается местно деструктивным ростом, развивается из дополнений кожи или из базального слоя эпидермиса.

Установленная зависимость клинического хода рака кожи от гистологического строения опухоли.

Рак кожи чаще встречается среди лиц в возрасте 60-70 лет, локализуется преимущественно на коже лица (70%). Различаются поверхностная, папиллярная и инфильтративная формы рака кожи.

Клинические признаки заболевания характеризуются появлением уплотнения в виде сіро-жовтої бляшки, которое медленно увеличивается в размерах. Со временем образуется язва с подрывными краями, усиливается инфильтрация окружающих тканей.

Плоскоклеточный рак кожи чаще возникает на фоне передраковых заболеваний. От базалиомы отличается более быстрым ростом, чаще рецидивирует после лечения и дает метастазы в лимфатические узлы, кости и внутренние органы (у 15-17% случаев).

Диагноз рака кожи ставят на основании анамнеза, осмотра, пальпации, цитологического и гистологического исследований. В случае трудностей диагностики рак кожи надо дифференцировать с передраковыми болезнями, неэпителиальными опухолями и хроническими специфическими воспалительными гранулематозными процессами - сифилисом, актиномикозом, бугорчаткою.

### **Биопсия в диагностике и лечении опухолей кожи**

Кожа легко досягнута для исследования. Именно поэтому врачи многих специальностей часто применяют биопсию при разных болезнях кожи.

При заболеваниях кожи в практике лечебных заведений нашли применения эксцизионная и инцизионная биопсии, а также мазки-отпечатки и зшкрябування.

Поскольку во время эксцизионной биопсии выполняется полное удаление патологического очага, она является одновременно и лечебным мероприятием. Эксцизионную биопсию следует применять в случаях небольшого поражения или такого его расположения, что позволяет удалить его, не нанося больному значительный косметический ущерб. Эксцизионная биопсия является методом выбора при наличии подозрительного пигментного новообразования кожи, независимо от его размеров, если оно имеет ульцерацію и путем мазка-відбитка не удастся получить материала, достаточного для цитологического исследования. Эксцизионную биопсию, как правило, выполняют в амбулаторных условиях. Применяется местная анестезия.

Техника эксцизионной биопсии простая. Пораженный участок кожи удаляют из двух эллипсоидных разрезов кожи, которые сочетают между собой. Направление разрезов, в частности при биопсии на лице, следует выбирать соответственно естественным складкам кожи для получения наилучшего косметического эффекта. Разрезы кожи должны проходить только в здоровых тканях как вокруг, так и вглубь.

При выполнении инцизионной биопсии из края поражения высекается кусочек ткани вместе с участком здоровой кожи. Кусочек не должен быть слишком малым

или полученным поверхностно, поскольку в таких случаях патолог не сможет высказаться о наличии или отсутствии инфильтративного роста опухоли, которая является одним из нагловніших признаков злокачественности.

После исключения кусочка гемостаз лучше выполнять путем диатермокоагуляции поверхности раны, при этом рана, как правило, не вшивается.

Биопсии в виде мазков-отпечатков и зшкрябувань несложные. Объектом исследования являются эродированные или рыхлые новообразования на коже. Процедура такой биопсии анестезии не требует. Перед получением материала поверхность поражения очищается от гноя и некротических наслоений. Материал для исследования получают путем прикладывания загодя приготовленного и обезжиренного предметного стекла в случаях, когда опухоль досягнулася для этого. Если опухоль расположена так, что отпечаток получить невозможно, тогда материал получают путем зшкрябування ее поверхности шпателем, тупой стороной скальпеля или обратной стороной пинцета, переносятся на стекло, а поверхность раны обрабатывается раствором йода. После этого на конце стекла пишется фамилия больного, номер его амбулаторной карточки и с направлением мазок-препарат передается к цитологічній лаборатории.

Следовательно, при диагностике и лечении опухолей кожи целесообразно сдерживаться такой тактики:

1. При клиническом распознавании злокачественных новообразований кожи диагноз опухоли не действителен без морфологического подтверждения его с помощью биопсии.

2. Лечение новообразований кожи должно начинаться лишь после получения вывода морфолога об их виде и структуре.

3. Наилучшим видом биопсии кожи за простотой, легкостью, безопасностью, малой травматизацією и скоростью получения достоверного вывода является биопсии в виде зшкрябувань и мазков-отпечатков (при условии изучения их квалифицированным врачом-цитологом).

4. При неудаче цитологічних видов биопсии следует использовать хирургическую биопсию и, в первую очередь, в тех случаях, где это возможно и рационально, эксцизійну, поскольку она одновременно является и лечебным мероприятием, чаще всего единственным.

5. В диагностике любых пигментных новообразований никогда не следует применять інцизійну биопсию, потому что она может стимулировать рост опухоли.

6. Широкое применение биопсии в диагностике предопухолевых изменений кожи со следующим их лечением может способствовать профилактике развития злокачественных новообразований кожи.

## **МЕЛАНОМА КОЖИ**

Меланома - это злокачественная опухоль нейроэктодермальной природы (некоторыми авторами она рассматривается как представитель новообразований APUD -системы). Первые сведения о пигментных злокачественных опухолях относятся до времен глубокой давности. Они вспоминаются Гиппократом и в папирусе Ебера. Установлено, что они существовали 2400 лет потому, что

подтверждается исследованиями мумий инков из Перу. В 1650-1760 годах появляются упоминания и в европейской литературе. Как самостоятельное заболевание меланому впервые в 1806 году описал французский врач Рене Лаенек. Термин «меланома» был предложен в 1838 году Carswell.

Заболеваемость на Украине составляет 5,1 случаев на 100 тыс. населения. Она является приблизительно одинаковой у мужчин и женщин. В основном это заболевание молодых людей (средний возраст около 45 лет). Заболеваемость на меланому более высока в регионах с повышенной солнечной инсоляцией. В последнее время наблюдается значительный рост заболеваемости на меланому в разных странах, что связывается с повреждением озонового слоя вокруг земного шара. Определенную роль в этиологии меланом отводят механической травме, радиационному облучению. Случаи меланомы в семействе также повышают риск ее возникновения. К эндогенным факторам относят гормональные расстройства.

Мероприятия относительно профилактики меланомы заключаются в предотвращении лишнего облучения кожи солнечными и ультрафиолетовыми лучами, пользовании солнцезащитными кремами, а также предупреждении механической травматизации невусов.

Меланома локализуется на коже туловища и конечностей, председателя и шеи, а также слизистых оболочках. У южноафриканских негров, которые не пользуются обувью и проживают в местности с сухой грубой почвой, злокачественная меланома часто возникает на подошвенной поверхности ступни.

Меланоцит мигрирует из нейроэктодермы в раннем периоде эмбриологического развития к коже, глазу, дыхательным путям и кишечнику. Они способны образовывать в коже скопление клеток с разным уровнем дифференцирования которые называются невусами. Невусы разделяют на меланомобезпечні и меланомонебезпечні.

**К меланомобезпечних невусам относятся:**

1. *фіброепітеліальний невус;*
2. *бородавчатый невус;*
3. *«монгольское пятно»;*
4. *папилломатозный невус;*
5. *halo - nevus (невус Сеттона);*
6. *інтрадермальний невус;*

Развития меланом на фоне этих невусов практически не наблюдается.

**К меланомонебезпечні невусам относятся:**

1. *Пограничный пигментный невус.* Клинически имеет вид хорошо очерченного, плотного образования, расположенного в более толстые кожи, темно-коричневого цвета. Поверхность гладкая, чаще всего блестящая, не имеет волосистой сени.

2. *Голубой невус, или невус Ядосона-Тиче.* Узел с четкими контурами, немного повышается над кожей в виде полусферы, размерами не больше 1 см. Цвет невуса от голубого к черному и зависит от глубины залегания меланина. Чаще локализуется на лице, ступнях, ягодицах, верхних конечностях.

3. **Невус Та** характеризуется наличием черных вкраплений «грязной кожей» за направлением I и II веток тройчатого нерва. Поражает не только кожные Покрова (кожа лба, ресниц), а также глаз.

4. **Невус Ито** - наличие черных вкраплений на коже верхнего плечевого поясу.

5. **Гигантский пигментный невус.** Всегда бывает врожденным и отличается большими размерами пораженной кожи. Поверхность бугровата или гладкая, цвет от розового к темно-коричневому

6. **Ограниченный передраковый меланоз Дюбрея.** Возникает чаще у женщин преклонных лет на коже лица. Цвет варьирует от светло-коричневого к черному. Кожаный рисунок сохранен, местами наблюдается лущение и участки гиперкератоза или атрофии. Малігнізація наблюдается у 30-75% случаев.

### **Симптомы малігнізації невуса.**

До этого времени при диагностике меланомы врачи опирались на ряд признаков, которые обозначались первыми четырьмя буквами английского алфавита, : **A** - асимметричность невуса (asymmetry), **B** - неравный или размытый край (border irregularity), **C** - неодинаковый цвет разных частей невуса (color), **D** - диаметр невуса больше 6 миллиметров (diameter). Эти критерии были предложены учеными из Университета Нью-Йорка 20 лет тому. Анализ современной медицинской литературы, посвященной меланоме, позволил им прибавить к этому ряду еще одну букву - **E** - переменчивость невуса (evolving).

При развитии меланомы на неизменном участке кожи опухоль может иметь вид темного пятна плоского, выпуклой, грибовидной формы. Поверхность гладкая или жесткая, может появиться язва и кровотечение. Иногда больного тревожит зуд в участке невуса.

Агрессивное течение заболевания связано с ранним и бурным метастазированием (лімфо- и гематогенным). Внутрикожные метастазы в виде пигментных высыпаний вокруг опухоли называются сателлитами. Приблизительно в 25% больных не удается найти первичный очаг, а вся клиника предопределена регионарными лимфогенными метастазами.

При распаде опухоли или дисемінації процесса возможна спонтанная меланурия. Реакция Якоба - это выявление в моче больных метаболітів меланіна с раствором хлорида железа после проведенного облучения меланомы (спровоцирована меланурия).

Чаще всего опухоль локализуется в коже (87% согласно данным М. М. Нівінської); возможное поражение слизистых, глаза, участка заднего прохода и тому подобное. Поражение кожи чаще встречается на нижних конечностях, туловище, председателе и верхних конечностях.

### **Диагностика меланомы**

Диагностика меланомы базируется на данных анамнеза, осмотра, пальпации, епілюмінісцентної микроскопии, цитологічного исследования мазков-отпечатков из язвенной поверхности опухоли, радионуклидного исследования с радиоактивным фосфором <sup>32</sup>P, термографии и пальпаторного обследования регионарных

лимфатических узлов. Для выявления отдаленных метастазов проводят рентгенологическое обследование органов грудной полости и УЗИ органов брюшной полости. Заключительный диагноз устанавливается после гистологического исследования удаленной опухоли (широкая высечка).

### **Дифференциальная диагностика**

Дифференциальная диагностика проводится с доброкачественными и злокачественными опухолями кожи, гемангиомами, меланомобезпечными и меланомнебезпечными невусами, подногтевыми и подэпидермальными гематомами, онихомикозом и твердым шанкером.

## **РАК НИЖНЕЙ ГУБЫ**

Рак нижней губы по отношению ко всем злокачественным опухолям в Украине складывает 2,48% у мужчин и 0,79% у женщин. Эта опухоль преимущественно встречается у мужчин, которые жгут и у лиц, которые испытывают длительное влияние на красное обрамление нижней губы атмосферных факторов, таких, как изменение влажности, температуры, длительная инсоляция, хроническая травматизация губ. Возникновению рака также способствуют вирусная инфекция и нарушение гигиены полости рта.

Как наиболее "визуальный" рак, это заболевание не должно оставаться незамеченным при каждом медицинском обзоре. Поэтому изучение рака нижней губы является важным не только для онкологов, но и для врачей общей больничной сети.

### **Классификация передраковых заболеваний и рака нижней губы**

#### **Факультативные предраки:**

1. хронический хейлит;
2. хронические трещины красной облямки;
3. эрозийная и гіперкератотична формы красного вовчака;
4. плескуватий лишай;
5. верукозна лейкоплакия;
6. диффузный дискератоз.

#### **Облигатные предраки:**

1. вогнищеві дискератоз;
2. папилломы.

По форме роста рак нижней губы разделяется на: **екзофітний** (папиллярная и бородавчатая формы) и **эндофітний** (язвенная и инфильтративная формы).

### **Этиология и патогенез рака нижней губы**

Факторы, которые способствуют возникновению передраковых заболеваний нижней губы, хорошо известны. Прежде всего, это длительное влияние на красное обрамление канцерогенных веществ, которые содержатся в табачном дыму. Особенно часто рак возникает в тех, кто пользуется трубками и мундштуками. При

этом к химическому влиянию канцерогенов добавляется механическое раздражение красного обрамления. С другой стороны в тех, кто жжет сигареты достаточно часто возникают ожоги губы, и этот термический фактор усиливает действие предыдущих.

Экстремальные атмосферные факторы в сочетании с курением усиливают возможность хронического повреждения центральных отделов красного обрамления нижней губы, которая ведет к защитным репаративным процессам, которые сопровождаются пролиферацией эпителия. Рядом с репаративными процессами появляются деструктивные изменения красного обрамления. Она теряет блеск, становится тусклой, шершавой, сухой. Эпителий ее грубее. Возникает диффузный хронический воспалительный процесс, который был назван Фолькманом еще в 1870 году хейлитом. Уже в нашем возрасте итальянский дерматолог Манганотти описал облигатное передраковый состояние нижней губы, которая оказывается круглыми или овальными эрозиями, которые немного повышены над уровнем эпителия без выраженной инфильтрации. Это заболевание получило название хейлит Манганотти.

Производительные и деструктивные процессы изменяют строение красного обрамления. С одной стороны возникает повышение образования роговой чешуи - гиперкератоз. Перед этим может возникнуть уменьшение толщины эпителиального слоя, который дает картину "красного пятна", - эритроплакии. Местами эпителий, утолщаясь, углубляется вглубь, а сосочковые отростки продлеваются, это имеет название "акантоз", а в сочетании с повышенным ороговением ведет к возникновению "кератоакантомы". Разрастание сосочкового слоя ведет к появлению бородавчатых и папилломатозных выростам на губе. Очень выраженное локальное ороговение может привести к возникновению "кожаного рога".

Следует обратить внимание на то, что все эти визуальные изменения могут существовать на губе месяцами и годами, не нанося больному особенных неприятностей. В настоящее время в онкологии есть тенденция к введению единственного морфологического критерия предрака - дисплазии. Дисплазия может возникнуть на фоне всех упомянутых выше процессов. Она характеризуется тем, что клетки эпителия изменяют свою форму - становятся атипичными. Обычно это отображается в неравномерном увеличении ядер, появлении клеточного и ядерного полиморфизма. Изменяется структура ядерного хроматина, появляются нуклеомы. Рядом с этим нарушается стратификация клеток в пределах эпителиального слоя.

Тяжелая дисплазия стоит на пределе с прединвазивной карциномой, то есть состоянием, когда раковые клетки уже возникли, но еще не проникли за базальную мембрану, следовательно не могут метастазировать. На этом этапе организм больного уже распознает появление атипичных гетерогенизованных клеточных элементов и осуществляет сопротивление их вторжению, образуя под базальной мембраной барьер из лимфоцитов. Когда и этот барьер прорван, клетки проникают через базальную мембрану - наступает инвазия.

На этом этапе, независимо от размеров первичной опухоли, возможное метастазирование, а скорость прогрессии опухоли зависит как от степени дифференцирования и биологических свойств опухолевого клон, так и от сопротивления макроорганизма, состояния его иммунной системы.

Чаще превыше всего на нижней губе возникает плоскоклеточный епідермоїдний рак разной степени дифференциации (роговеющий, нероговеющий, недифференцированный). Плоскоклеточный роговеющий рак встречается у 80-90% случаев.

### **Диагностика**

Во время обследования следует выполнить тщательную пальпацию не только пораженной губы, но и зон вероятного регионарного метастазирования. Из дополнительных методов исследования в поликлинике можно сделать мазок-отпечаток из раковой язвы. Перед этим надо снять верхний слой детрита тампоном, смоченным физраствором. Обязательно при первичном обзоре больному выполняется под местной анестезией биопсия опухоли. При этом скальпелем удаляется кусочек опухоли на пределе с визуально не измененным красным обрамлением. Рана припаливается электрокоагулятором.

Если опухоль не больше 1-1,5 см, то возможно выполнить эксцизійну биопсию с электрокоагуляцией раны. Но это ни в коей мере не должно расцениваться как радикальное лечение.

При гистологическом подтверждении раку больному назначается соответствующее лечение.

При наличии увеличенных регионарных л/узлов обязательно выполняется аспирационная иглоочная биопсия.

## **РАК ЯЗЫКА**

Частота рака языка представляет 60% всех раковых опухолей слизистой оболочки ротовой полости. Рак языка имеет обычное развитие на боковой поверхности языка в его передних и средних отделах. Около 25% наблюдений приходится на корень языка. Главным этиологическим фактором рака языка является хроническая травматизация острыми краями поврежденных зубов или неправильно подогнанными зубными протезами.

### **Клиника**

Клинически в ранних стадиях рак передних и средних отделов чаще всего имеет язвенную форму. В задних отделах и корне чаще встречается инфильтративная форма.

Дифференциальный диагноз следует проводить с папилломой, простой язвой, туберкулезной и сифилитической язвами, неспецифическим зажигательным инфильтратом.

## **РАК СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ПОЛОСТИ РТА**

Рак слизистых оболочек полости рта складывает 1-2% от всех злокачественных новообразований. Эти опухоли чаще всего наблюдаются у мужчин в возрасте свыше 50 лет. Развитию рака этой локализации содействуют жевания бетеля, насу, курение. Имеет значение негигиеничное содержание полости рта, хронические травмы слизистой оболочки кариозными зубами, протезами. Развитию рака слизистых оболочек полости рта часто предшествуют предопухолевые изменения - лейкоплакии, лейкокератозы, декубитальні язвы, папилломы. Сдержанность гигиены полости рта, отказ от вредных привычек, наблюдения и лечения предопухолевых изменений является основной формой профилактики рака этой локализации. Как группа визуальных раков, эти заболевания не должны оставаться незамеченными при каждом медицинском обзоре. Поэтому изучения клиники и диагностики рака слизистых оболочек полости рта является важным не только для онкологов, но и для врачей общей больничной сети.

### **К л и н и к а**

Клинические проявления зависят от локализации процесса. Чаще всего наблюдается впечатление языка (50-55%). Второе место занимает рак дна полости рта (22%), третье - слизистой оболочки щеки (12,9%).

В клиническом ходе выделяют три периода - начальных проявлений, развитой фазы и запущенной (терминальной) стадии. В начальном периоде наблюдаются неприятные ощущения, изжога при употреблении острой и соленой еды, умеренная боль в зоне патологического очага. При обзоре полости рта возможно обнаружить небольшую поверхностную язву, или бляшкоподібне уплотнение, а иногда папилломатозные разрастания на слизистой оболочке.

В фазе развитого заболевания наблюдается боль, усиленное слюнотечение, часто неприятный запах. При обзоре в этот период чаще всего находят язву с плотными валикоподібними краями. Язва болезненна, часто кровит, дно ее неравное, краснее-серого цвета. При инфильтративной форме часто наблюдается большое, диффузное уплотнение, иногда с щілиноподібною язвой в центре.

В терминальном периоде появляется нестерпимая боль, нарушается язык, глотание. Часто возникают кровотечения.

Метастазирование рака слизистых оболочек полости рта идет почти исключительно лимфогенный и очень быстро в подчелюстные и глубокие шейные лимфоузлы.

### **Диагностика**

По опросу больного идет тщательный обзор, к которому входит и ларингоскопия для обследования задних отделов полости рта (особенно языка). Пальцевое обследование желательно проводить после предыдущей анестезии.

Бімануальна пальпация помогает определить глубину инфильтрации. Для морфологического подтверждения диагноза используют биопсию путем получения мазков-отпечатков, зшкрябувань, пункційну биопсию или інцизійну с помощью электроножа.

### **Рак дна полости рта**



Чаще всего наблюдается у лиц, которые употребляют нас. Также причиной может быть термические и химические ожоги. Опухоли локализуются в боковых отделах, где могут распространяться на нижнюю поверхность языка, диафрагму рта, альвеолярный край нижней челюсти.

Течение болезни быстрое, рано возникает метастазирование.

### **Рак слизистой оболочки щеки**

При локализации в передних отделах характерная боль при открывании рта, небольшие кровотечения из язвы. Опухоль очень быстро инфильтрует толщу щеки, мышцы, что вызывает тризм. При локализации в задних отделах щеки опухоль распространяется на ветку нижней челюсти, небные скобки. Этот анатомический участок трудно досягнуть для лечения. Метастазирование чаще всего односторонне.

**Рак мягкого неба** ведет к деструкции язычка со следующей перфорацией и нарушением глотания, фонирует.

## **РАК ЩИТООБРАЗНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Рак щитовидной железы (РЩЗ) принадлежит к группе опухолей, заболеваемость на которые растет. В то же время наблюдается тенденция к омолаживанию, то есть развитию заболевания у детей и молодых людей. Причиной такого явления является действие ионизирующей радиации после аварии на Чернобыльской АЭС, хотя не исключают вредного влияния ряда других факторов.

### **Клиника рака щитовидной железы**

Бедность клинических проявлений, наличие скрытых форм заболевания значительно утрудняют раннюю диагностику РЩЗ. Но, невзирая на это, при достаточной онкологической осторожности, грамотном и целеустремленном обследовании больного диагноз возможно установить своевременно.

Клиническое течение заболевания в значительной степени зависит от морфологической структуры опухоли. Да, папиллярная аденокарцинома, которая встречается чаще всего, метастазирует преимущественно лимфогенный и имеет благоприятный прогноз. Фолликулярная же аденокарцинома метастазирует чаще гематогенный, потому чаще встречаются отдаленные метастазы. Вообще эти виды опухолей растут достаточно медленно. Недифференцированный рак имеет высокую степень злокачественности, бурный ход и генерализуемое метастазирование. Чаще всего он встречается у больных преклонного и старческого возраста, особенно у мужчин.

Зона регионарного метастазирования представлена лимфатическими узлами вдоль глубокой яремной вены, загрудинными, паратрахеальными, цепочкой узлов вдоль дополнительного нерва и веток поверхностной артерии шеи. Отдаленные метастазы РЩЗ наблюдаются у 10-15% случаев. Чаще всего поражаются легкие и кости.

## **Этиология и патогенез РЩЗ**

В механизме возникновения опухолей ЩЗ основная роль приписывается недостаточности синтеза тиреоидных гормонов, которая возникает под воздействием как внешних (недостаточность йода, влияние антитиреоидных веществ, канцерогенов, ионизирующего облучения), так и внутренних факторов. В то же время известно, что синтез тиреоидных гормонов в щитовидной железе находится в тесной взаимосвязи от функции гипофизу, а именно продукции тиреотропного гормона (TSH). Повышение содержания TSH в физиологических условиях ведет к стимуляции пролиферативных и секреторных процессов в щитовидной железе, к повышению синтеза тиреоидных гормонов.

Можно предусматривать, что снижение гормонопродукции в щитовидной железе под воздействием вышеупомянутых факторов ведет к стимуляции образования ТБИ. Под воздействием последнего происходит гиперплазия тиреоидной ткани, сначала диффузная (компенсаторная), а дальше начинается образование вогнищевых пролиферативных вплоть до доброкачественных и злокачественных опухолей.

## **Диагностика**

Начиная работу с больными, следует помнить, что патогномонических симптомов, которые позволяли бы диагностировать ранние формы РЩЗ, нет. Невзирая на то, что клиническое обследование (опрос, изучение анамнеза, обзор, пальпация) остается ведущим методом на первых этапах диагностики, оно имеет малую информативность во время выявления ранних форм рака, позволяя верно заподозрить малигнизацию узла в щитовидной железе в 12-22% больных, которые находятся на диспансерном наблюдении. К клиническим симптомам, которые указывают на возможность злокачественной трансформации в щитовидной железе, относят ускоренный рост узла за последние 6 месяцев и уплотнения его консистенции.

С целью дифференциальной диагностики РЩЗ используют сцинтиграфию, лунографию, термографию, ангиографию которые имеют разную информативность. Учитывая то, что РЩЗ на ранних этапах формирования возможно найти только в том случае, если он развивается на фоне предыдущих доброкачественных процессов, то активное выявление, обследование и адекватное лечение больных с "узлами" в щитовидной железе способствует ранней диагностике рака и его профилактике.

Из дополнительных методов обследования наиболее информативными является лунография, диагностическая пункция со следующим цитологическим исследованием мазков и тиреоидолімфография.

Заключительным методом комплексной диагностики, которая применяется в сомнительных случаях, является срочное гистологическое исследование во время операции.

## **ПЕРЕДРАКОВІ ЗАБОЛЕВАННЯ І РАК МОЛОЧНОЇ ЖЕЛЕЗИ**

Рак молочной железы - наиболее распространенная локализация рака среди женского населения. Заболеваемость на рак молочной железы повышается почти во всех странах мира и приближается до 1 миллиона женщин на год! По прогнозу американских онкологов шанс заболеть на рак молочной железы в течение жизни имеет почти каждая десятая женщина.

### **Этиология рака молочной железы**

В этиологии рака молочной железы исключительную роль играют дисгормональные нарушения и в первую очередь гиперэстрогенизация. Экспериментально доказано, что введение больших доз эстрогенов ведет к развитию раку молочной железы у мышей.

Раннее начало месячных и длинное их сохранение свидетельствует о высокой эстрогенной насыщенности организма и у таких женщин часто встречается рак молочной железы, что позволяет отнести их к группе "повышенного риска". Влияние на молочную железу при гиперэстрогенизации может осуществляться опосредствовано через другие органы внутренней секреции (гипофиз, надпочечники, щитовидную железу). Во время беременности и при продленной лактации эстрогенный фон снижается, у таких женщин наблюдается гипоэстрогения. Поэтому у женщин, которые часто рожают детей и кормят их грудью, рак молочной железы встречается редко. Большое значение как этиологическому фактору предоставляется позднему началу половой жизни, ее нерегулярности, абортam, которые резко нарушают гормональный фон у женщин, заболеваниям женских половых органов. В возникновении рака молочной железы имеет значение и спадкоемнический фактор, о чем говорят клинические наблюдения - рак молочной железы у женщин одного семейства. Генетическая склонность - кавказская раса и евреи болеют раком молочной железы чаще, азиаты - реже.

Существуют и диаметрально противоположные взгляды на генез рака этой локализации. Да, Н. Нашргеї [1974], соглашаясь с тем фактом, что у женщин с доброкачественными эпителиальными пролифератами в молочной железе через большой срок (до 25 лет) приблизительно у 1,7% случаев возникает рак (то есть в 2 раза чаще, чем в общей популяции), все же приходит к выводу о том, что эти изменения к предраку не имеют отношения.

Д.І.Головін [1969] также писал, что не всегда раковой опухоли предшествует дисгормональная пролиферация. Клетки способны сразу стать раковыми, без предыдущей дисгормональной гиперплазии. Он также пишет, что в половине случаев рака молочной железы не оказывается никакого фиброаденоматозного фону.

### **Патогенез**

Высокий уровень эстрогенов ведет к гиперплазии железистых частей, отека и разрастанию внутричастичной соединительной ткани и развитию мелких кист. Дальше эпителий кист начинает пролиферовать, наконец, оказывается резкая атипия эпителия, что пролиферирует, прорыв основной мембраны, врастания эпителия в строму, то есть малигнизация.

Эти последовательные изменения в молочных железах опытных животных отвечают разным морфологическим и клиническим формам мастопатии

(фіброаденоматозу) у жінок. Іменно цьому мастопатія розглядається зараз як передракове захворювання.

Клінічно розрізняють дві форми мастопатії - **диффузну** і **узлову**.

Диффузна форма мастопатії починається з появи болевих відчуттів в молочних залозах, які виникають за кілька днів перед місячними (масталгія). Після початку місячних всі ці прояви зникають.

На наступних етапах болевой синдром стає слабше. Перед менструацією в час пальпації визначаються ділянки ущільнень, без чітких меж, в вигляді тяжів, дрібної зернистості. При натисненні на молочні залози з сосків з'являються виділення типу молозива або прозорі, зеленуваті, кров'яністі. Повного розм'ягчення залоз після місячних не спостерігається.

**Дисгормональні гіперплазії диффузного типу розділяють на:**

1. **Аденоз** - для нього характерні болі в молочних залозах, порушення сексуальної функції (холодність, відсутність або слабкі прояви оргазму). В молочних залозах визначаються ділянки ущільнення без чітких меж, які сливаються з молочною залозою. Ця симптоматика залежить від менструального циклу.

2. **Фіброаденоматоз** - буває за характером морфологічних змін кистозним або фіброзним, а за поширенням - вогнищевим або диффузним. Існує близько 29 назв цієї хвороби : хронічний кистозний мастит, хвороба Реклю, хвороба Шиммельбуша і др.

При фіброзному фіброаденоматозі спостерігаються численні ущільнення вздовж частей діаметром до 5-6 мм при вогнищевому і більше при диффузному.

При кистозному фіброаденоматозі на фоні фіброза утворюються кисти, про що свідчать виділення з соска. Кисти можуть досягати іноді великих розмірів і тоді визначаються в час пальпації як округлі, гладкі, чітко окреслені, еластичні пухлики.

При узлових мастопатіях ущільнення в молочних залозах більш чіткі і постійні в порівнянні з диффузною формою і нагадують пухоль. Узлові ущільнення чітко визначаються при обстеженні хворої в вертикальному положенні. В час прижатию ущільнення долонню до грудної стінки воно перестає визначатися (негативний симптом Кеніга). Не визначаються і шкіряні симптоми. В залежності від переваги змін в зв'язувальній тканині і епітелію розрізняють різні форми мастопатії : фіброзну, фіброзно-кистозну і залізисту.

**Із узлових гіперплазій розрізняють:**

1. **аденому** (спотворена частина з розростанням альвеол);

2. **фіброаденому** (порядом з розростанням альвеол переважає розростання протоків).

**Гістологічно розрізняють кілька форм фіброаденоми :**

1. **філоїдну фіброаденому** (листообразная), яка гістологічно представляє собою сполучнотканинну пухоль з багатьма порожнинами і

характерным многослойным строением, которое напоминает листки составленной книги;

2. **інтраканалікулярну** - с подавляющим разрастанием соединительной ткани, среди которой располагаются сжатые проливы;

3. **периканалікулярну** - с параллельным расположением соединительной ткани и эпителия.

### **Лечение мастопатий**

Лечение мастопатий следует начинать с лечения функциональных расстройств нервной системы, заболеваний гениталий, печени.

При начальных стадиях мастопатии (масталгии) следует дать советы, относительно нормализации половой жизни, необходимости родить ребенка и кормить ее грудью не менее года. Возможное применение физиотерапевтических процедур : электрофорезу йодида калия или новокаина, ретромамарної новокаиновой блокады.

При развитых формах диффузной мастопатии лечение должно включать витаминотерапию для улучшения функции печени, которая принимает участие в инактивации излишка эстрогенов. Рекомендуются применение витаминов А, В1 и Е. Есть на сквозняке 1-2 мес.

Для нормализации лютеиновой функции яичников используют микродозы йодида калия. Назначают 0,25% раствор йодида калия по 1-2 чайных ложки один раз на день, длиться, до года. В период месячных препарат не используют.

Лечение андрогенами используют при повышенной функции яичников. Назначают тестостерону пропionate по 25 мг в/м через день на сквозняке нескольких межменструальных периодов к достижению стойкого терапевтического эффекта. Возможно использование метилтестостерону или метиландростендиолу в пилюлях (под язык) по 25 мг ежедневно. С целью предотвращения вивільзації гормонотерапию следует применять лишь при отсутствии эффекта от других методов лечения и преимущественно при резких проявлениях диффузной мастопатии у больных в возрасте свыше 45 лет.

При узловой мастопатии и фиброаденомах следует выполнять секторную резекцию молочной железы.

Операцию обычно выполняют под местной анестезией, иногда применяют и эндотрахеальный наркоз.

Разрез кожи ведут радиально от края околососкового круга над патологическим новообразованием. Края кожи и подкожную клетчатку відсепаровують в стороны. Уточняют пределы патологического очага и высекают соответствующие части молочной железы, пытаясь придерживаться междолевых промежутков. Тщательным образом останавливают кровотечение. Полость в железе ликвидируют накладывая глубокие узловые швы. Рану дренируют резиновой лентой. Накладывают швы на подкожную клетчатку и кожу.

При локализации патологического новообразования вблизи ареолы кожный разрез для лучшего косметического результата можно вести не радиально, а за краем ареолы - соответственно пределу пигментации. Для высечки участка железы

из нижних квадрантов разрез целесообразно проводить дугообразно за ходом кожаной складки под железой.

### **Диагностика рака молочной железы**

При обследовании больной следует следовать нижеприведенной схеме обследования, обращая внимание на такие детали:

#### **С к а р г и**

Выяснить размеры опухолевидного образования при первом обращении, или увеличивается оно, боль в месте новообразования (боль у больной раком молочной железы может отсутствовать). Наличие выделений из соска (их характер, количество). Изменяются ли размеры и консистенция в связи с менструальным циклом и как? Обратить внимание, или нет жалоб на расстройства функции органов дыхания, пищеварения, нарушений со стороны костно-мышечной системы.

В диагностике рака молочной железы решающее значение имеют объективные признаки, но не следует пренебрегать и анамнестическими данными.

#### **А н а м н е з**

При сборе анамнеза выяснить, как начиналось заболевание, первые его проявления, динамика развития (темп роста опухоли), время появления связи новообразования с кожей, соском. Были ли подъемы температуры, выделения из соска и их характер.

Первое обращение к врачу (нашла новообразование сама или оно найдено на профогляді). Какие обследования выполнялись на предыдущих этапах и их результаты. Были ли в прошлом операции на молочной железе (желательно знать данные гистологических исследований).

При сборе анамнеза необходимо выяснить перенесенные заболевания особенно молочной железы и женских половых органов. Выяснить, или нет среди родственников заболеваний молочной железы, онкологических заболеваний. Детально остановиться на гинекологическом анамнезе, менструальном цикле: начало месячных, длительность, начало менопаузы. Беременности, роды, аборт. Длительность кормления грудью. Необходимо также обратить внимание на заболевание яичников, щитовидной железы, надпочечников, гипофизу.

#### **К факторам риска относят:**

- поздние первые роды (в возрасте свыше 28 лет);
- раннее (до 12 лет) начало месячных и поздняя (после 55 лет) менопауза;
- кисты, опухоли яичников;
- опухоли матки;
- раннее ожирение II-III степени и артериальная гипертензия;
- рак молочной железы, матки, яичников, толстой кишки у ближайших родственников;
- предыдущая патология молочных желез (дисгормональные гиперплазии, маститы, травмы);
- патология щитовидной железы.

Наличие трех или больше из перечисленных факторов требует более тщательного комплексного обследования больной с использованием дополнительных методов.

### **Данные объективного обследования**

Сначала следует оценить общее положение больной.

Обзор молочных желез. Наилучшей период для обследования и самообстежения молочных желез - из 5-го по 7-й день после окончания месячных. В это время влияние гормонов на морфологическую структуру желез является минимальным.

Обзор следует проводить при опущенных и при поднятых вверх руках больной. Это позволяет заметить изменение симметричного расположения молочных желез при наличии прорастания глубоко расположенной опухоли в мышцы.

Пальпацию следует проводить тщательным образом, начиная с верхне-внутреннего квадранта здоровой молочной железы и последовательно пальпируют верхне-внешний, ниже-внешний, ниже-внутренний квадранты и участок соска и ареолы. Осторожным нажимом на железу около соска выясните, или нет выделений из соска. Если они есть, следует установить их характер и количество. Выделение из соска могут указывать или на внутримаммарні папіломатозные разрастания, или на внутримаммарний рак.

По такому принципу обследуется вторая молочная железа. Пальпация молочных желез проводится в стоячем положении, лежа на спине и на стороне с поднятыми руками. Обследование в разных положениях больной особенно необходимо проводить при молочных железах больших размеров и у женщин с чрезмерным весом. Необходимо осмотреть также субмамарну складку.

При нахождении опухолевидного образования в молочной железе визначіть в каком квадранте оно локализуется, форму, характер поверхности, консистенцию, подвижную, связь с соском и кожей, болючість.

Проверьте наличие симптома умбілікації, симптома Прибрама (при потягивании за сосок опухоль смещается вместе с ним), симптома Пайера (кожа над опухолью собирается не в продольную, а в мелкую поясничную збористість), симптома Кенига (при нажмe ладонью плиском молочной железы к грудной стенке опухоль не исчезает, в то время как при узловатой мастопатии она перестает определяться), симптома Форга (разный уровень стояния сосков), симптома Краузе (отек ареолы), симптому Люісона (расширена подкожная венозная сетка на молочной железе). Каждый позитивный симптом необходимо оценивать критически и обязательно соотносить с другими признаками опухоли. Для постановки диагноза не обязательно найти все перечисленные симптомы, характерные для рака, достаточно 2-3 самих "якобы" незначительных.

Обследование лимфатических узлов. Необходимо выполнить обследование лимфатических узлов подмышечного, подключичного и надключичного участков на стороне впечатления. Подмышечные лимфатические узлы пальпируются у всех пациенток за исключением очень полных. В норме подмышечные лимфатические узлы имеют диаметр около 5 мм, мягко-эластичной консистенции, подвижные, неболезненные, не сросшиеся между собой и с кожей. Подключичные и надключичные лимфатические узлы в норме во время пальпации не определяются.

Обследование состояния лимфатических узлов особенно подмышечного участка у больных раком молочной железы имеет большое значение и требует



точной методики. Врач стоит против больной. Рука ее опущена. Кисть врача проводится за внутренней поверхностью плеча к вершине подмышечной ямки, пальцами охватываются все лимфатические узлы и прижимаются к грудной стенке.

Необходимо обратить внимание на место проекции узла Зоргіуса (место пересечения III ребра с краем большой грудной мышцы). Обратите внимание на состояние паховин на одноименной стороне и подмышечных лимфоузлов на противоположном.

Закончив объективное обследование больной на основании анализа жалоб, анамнеза заболевания и данных осмотра, следует обосновать предыдущий диагноз, который потом должен быть подтвержден или снят данными лабораторных и специальных методов обследования, которые необходимо выполнять лишь в онкологических диспансерах, где накоплен большой опыт такой диагностики и проведением дифференциального диагноза.

### **Дополнительные методы обследования**

Из дополнительных методов обследования наиболее часто используют безконтрастную и контрастную маммографию (дуктографию, пневмомаммографию), термографию, ультразвуковое исследование, компьютерную томографию. Следует помнить, что УЗИ обнаруживает опухоли малого размера и может использоваться для скрининга. Сонографічне обследование наиболее эффективное у молодых женщин, в которых хорошо развита железистая ткань, молочные железы плотные.

Окончательное подтверждение характера процесса возможно с помощью цитологічного или гистологического исследования. С целью получения цитологічного или гистологического материала выполняют пункційну биопсию, трепанбіопсію, інцизійну или ексцизійну биопсию.

Абсолютным условием приемлемости інцизійної и ексцизійної биопсии является неотложная радикальная операция после подтверждения диагноза рака при срочном гистологическом исследовании.

### **Именно этому следует обязательно придерживаться таких условий:**

1) биопсию следует выполнять только в хирургическом стационаре, а не в поликлинике, имея в виду возможность следующей неотложной радикальной операции;

2) гистологическое исследование должно выполняться в срочном порядке квалифицированным патоморфологом.

Общеизвестным является тот факт, что в любой стране, которая осуществляет программу раннего выявления рака молочной железы, все же приблизительно у 70-90% случаев опухоль обнаруживают сами женщины и только в 10-30% опухоль находят при индивидуальном или массовом профилактическом осмотре. Следовательно, одним из первых залогов ранней диагностики рака молочной железы должно быть проведение пропаганды санитарного просвещения, направленной на роз'яснення целей и заданий массовых профилактических обследований, учебы женщин приемам самообстеження.

### **Схема самообстеження молочных желез**

Важное значение в диагностике рака молочной железы имеет самообстеження.

Известно, что в случае своевременного выявления опухолевых образований в молочной железе возможно сохранить ее, вылечить больную и на 30% снизить общую смертность от рака молочной железы. Необходимо учить женщин самооглядам, начиная из школы, в училищах, институтах, делать это в фельдшерско-акушерских пунктах, кабинетах обзора женщин. Но в первую очередь раннее выявление опухоли зависит от самой женщины, от ее умения своевременно заметить патологические изменения в молочных железах, что обеспечивается своевременным и регулярным самообстеженням молочных желез.

Самообстеження груди должно стать привычкой. Если женщина еще менструирует, самообстеження следует проводить раз в месяц из 5-го по 7-й день после окончания менструации, когда исчезает болезненность и набухание груди. Если уже установилась менопауза или менструальные циклы стали нерегулярными, делать это необходимо раз в месяц в любой, но фиксированное время. Важно не только то, в какой день выполняется самообстеження, а то, насколько добросовестно это выполняется каждый месяц.

**Женщинам следует рекомендовать проводить самоогляд по таким правилам:**

1. Начинайте с обзора белья в тех местах, где она притрагивается к соскам, и убедитесь в отсутствии любых пятен. В ином случае это указывает на наличие выделений из соска.

2. Осмотрите соски и околососковое поле (ареолу) и убедитесь, что нет покраснения, высыпаний, злущування, втягивания, язв или других изменений этого участка.

3. Станьте перед зеркалом, обнажитесь к поясу, поднимите руки за голову, осмотрите кожу и обратите внимание на форму молочных желез, наличие втягивания или выпуклости кожи в отдельных участках молочной железы. Присмотритесь к цвету кожи, изменений ее оттенков, убедитесь, что на коже нет участков, которые напоминают "кожицу цитрины".

Асимметрия размеров и формы груди не всегда является признаком заболевания. Очень часто форма и размеры двух молочных желез у женщин могут кое-что отличаться, но если эти отмены появляются и увеличиваются - это следует учитывать.

4. Следующий этап - ощупывание молочных желез, лежа. Под лопатку со стороны молочной железы, которая оглядывается, положите подушку в виде валика, чтобы грудная клетка была поднятой, а молочная железа была распластана на грудной клетке. Правая молочная железа ощупывается подушечками и двумя фалангами трех-четырёх пальцев левой руки. Положите пальцы плиском и круговыми движениями, сантиметр за сантиметром, передвигайтесь по молочной железе, ощупывайте все ее зоны.

Прощупуйте молочную железу по кругу, вверх и вниз, или за сегментами. Каждый раз делайте эту процедуру одинаково.

5. Теперь таким же образом прощупайте левую железу подушечками пальцев правой руки. Очень важно делать это, не захватывая кончиками пальцев ткань молочной железы, а прикладывая пальцы плиском.

Целесообразно проводить дополнительное самообстеження под душем. Мильные пальцы

сковзаючи по мокрой коже, иногда могут легче найти патологию в молочных железах.

Запомните или, лучше, запишите то, что Вы обычно прощупуете в груди в этом месяце, а потом ежемесячно дописывайте в свой дневник результаты осмотра.

Если при самообстеженні Вы обнаружили любые изменения, особенно те, которые увеличиваются в динамике, Вам необходимо обратиться к лікарю-маммолога.

Запомните, Вы проводите самообстеження с целью убедиться в том, что Вы внутреннему жиру, а не для того, чтобы найти болезнь.

Для улучшения ранней диагностики рака молочной железы среди групп "повышенного риска" проводят скрининговые обследования с использованием ультразвукового, маммографічного, термографического и других исследований. Часть "минимальных" раков, которые оказываются во время скрининга, достигает 30-59%. Подходы к ранней диагностике, которые основываются только на использовании одного метода диагностики, недостаточно эффективны, ведь частота ошибочных (ошибочно-негативных) выводов при использовании одного клинического метода может достигать 20-30%, маммографии - 15-25%, термографии - 25-40%. Недостаточная чувствительность каждого метода скрининга диктует необходимость комплексного их приложения.

Для обеспечения ранней диагностики создан ряд международных и национальных программ. Принципиально они подобны нижеприведенной схеме, предложенной консенсусом австрийских онкологов (в 1992 г.), :

**От 20 лет** - самообстеження желез ежемесячно перед менструацией. Врачебное обследование при плановых ежегодных осмотрах.

**От 35 лет** - первичная маммография (как эталон для будущих сравнений). В случае обремененного семейного анамнеза это исследование следует начинать от 30 лет, а при патологических пальпаторных находках и раньше.

**От 40 лет** - маммография в комбинации из сонографією (регулярно что 1-2 года).

**От 50 лет** - маммография в комбинации из сонографією ежегодно.

Клинический диагноз относится на основе характерных для данного заболевания жалоб, особенностей развития, данных объективных обследований, данных дополнительных методов исследования.

## РАК ПРЯМОЙ КИШКИ

Рак прямой кишки складывает 4-6% от всех злокачественных опухолей и является самой частой локализацией опухолей толстого кишечника - 75%. В структуре онкозахворюваності он занимает 6 место.

Заболеваемость на рак прямой кишки увеличивается с возрастом. Констатированные случаи заболеваемости на рак прямой кишки и у молодых людей

в возрасте до 20 лет. Среди мужчин и женщин заболеваемость на рак прямой кишки почти одинакова. Замечено, что рак прямой кишки является частым заболеванием в странах Европы, США, Канаде и очень редко встречается в африканских странах.

### **Этиология рака прямой кишки**

В этиологии рака прямой кишки важную роль играют как экзогенные так и эндогенные канцерогенные вещества, а также характер питания населения. Снижение употребления хлеба, круп, продуктов растительного происхождения и увеличения потребления мяса, яиц, молочных продуктов, жиров животного происхождения ведет к снижению количеству клетчатки в еде. Как известно, клетчатка является физиологичным стимулятором перистальтики кишечника. Ее отсутствие увеличивает длительность контакта каловых масс с кишечной стенкой. Кроме того, белки и жиры животного происхождения при распаде и гниении образуют вещества которые имеют канцерогенные свойства (эндогенные канцерогены) : индол, скатол, гуанидин, путресцин, кадаверин и др.

В пищевых продуктах, которые производятся в экономически развитых странах, содержатся экзогенные канцерогенные вещества. Кроме того, применение с целью интенсификации сельскохозяйственного производства минеральных удобрений, гербицидов, дефолиантов, пищевых антибиотиков, минеральных дополнений, гормональных препаратов и др. веществ, а также использование пищевых красителей, консервантов для предоставления товарного вида продуктам привело до того, что значительно изменился сам продукт на сквозняке короткого отрезка времени. Человечество привыкало к определенным продуктам питания на сквозняке миллионов лет и внезапно на сквозняке нескольких десятилетий они значительно изменились. Изменения в питании вызывали соответствующие реакции со стороны организма. Одной из них есть увеличение частоты рака прямой кишки.

Следовательно, недостаточность клетчатки в еде ведет к закреплению, почему способствует и гиподинамия современного человека. В связи из закрепками увеличивается длительность контакта эндо- и экзогенных канцерогенов с кишечной стенкой и добавляется фактор механического повреждения стенки кишки. Все эти факторы вызывают дегенеративные изменения в эпителии прямой кишки. Последний отпадает, стимулируются процессы пролиферации и метapлазии как защитные механизмы от этих повреждений. Продолжение влияния этих факторов ведет к появлению передраковых заболеваний - колітів, полипов, а потом и рака.

### **Диагностика рака прямой кишки**

Для выяснения диагноза вполне достаточно применить простое обследование прямой кишки пальцем. В 9 из 10 случаев этого достаточно для нахождения опухоли в прямой кишке. Только высокие раки, которые находятся на грани верхньо-ампулярного отдела с супраампулярною частью кишки, могут быть недостижимыми для пальцевого обследования.

Установлен клинически диагноз рака прямой кишки требует гистологического подтверждения. Последнее может быть достигнуто с помощью ректоскопии, во время которой выполняется биопсия опухоли.

Клиническое и эндоскопическое обследование дополняется рентгенологическим обследованием прямой и ободовой кишки.

## **ОПУХОЛИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

### **Рак вульвы**

Рак вульвы (РВ) в структуре заболеваемости на злокачественные опухоли женских половых органов занимает четвертое место (после рака шейки матки, тела матки и яичников), складывая 3-8 %. По данным Международной федерации гинекологов и акушеров (FIGO), 5-летнее выживание при стадиях РВ складывает лишь 47,3%. Профилактика, ранняя диагностика и лечение злокачественных опухолей вульвы является одной из наиболее актуальных и сложных проблем клинической онкологии.

## **Этиология и патогенез**

Этиология и патогенез РВ изучены недостаточно. Причиной развития диспластических изменений покровного эпителия вульвы считается локальная вирусная инфекция, которая вызывается папилломавирусом человека (HPV). Поражение вульвы часто сочетается с аналогичными или более тяжелыми диспластическими изменениями эпителия шейки матки, а также с остроконечными кондиломами. Переход в инвазивную форму рака в молодом возрасте наблюдается редко, возможна спонтанная регрессия патологического процесса, особенно при беременности. Преклонный возраст и состояние иммунодепрессии считаются факторами риска в плане инвазивного опухолевого роста.

Передракові изменения эпителия чаще всего появляются в участке фоновых процессов, хоть иногда могут возникать и в неизмененном эпителии. Крауроз и лейкоплакия являются фоновыми нейродістрофічними заболеваниями и имеют неблагоприятное патогенетическое значение.

## **Клиника РВ**

Многообразие клинических проявлений РВ определяется многими факторами. Определенное значение в клиническом течении заболевания имеет локализация опухоли.

Первое место за частотой локализации опухоли занимают большие половые губы, реже опухоль локализуется на малых половых губах и клиторе да еще реже на промежности.

Опухолевое уплотнение без виразкування поверхности может долго не проявляться или развиваться на фоне симптоматики передракового процесса, который существовал раньше. При язвенной форме, как и при экзофітній форме со склонностью к распаду, из'являются кров'янисті или сукровичные выделения и боль, особенно о попадании мочи или при инфицировании. Дальнейшее развитие симптомов связано с особенностью роста и метастазирования опухоли.

Со снижением степени дифференцирования опухоли наблюдается четкая тенденция к увеличению частоты метастатического поражения пахово-бедренных лимфатических узлов. При глубине инвазии до 1 мм метастазы в паховые лимфатические узлы практически не оказываются, при глубине до 5 мм - определяются в 10-12% больных.

При выполнении комплекса диагностических исследований используются вульвоскопія, гистологическое и цитологічне исследование, рентгенологический метод, ультразвуковая и радиоизотопная диагностика.

## **Рак шейки матки**

Невзирая на существование в настоящее время четкой концепции о фоновых и передракові процессах и раке шейки матки (РШМ), а также достаточно надежном тестовом контроле (цитологічний, кольпоскопічний), РШМ до настоящего времени остается одной из актуальных проблем онкогінекології.

РШМ - это визуальная форма заболевания, потому возможности раннего его выявления практически не ограничены. Для этого достаточно правильного использования доступных и информативных методов морфологической и

эндоскопической диагностики. Кроме того, своевременное выявление и лечение фоновых и передраковых процессов шейки матки позволяют предотвратить развитие РШМ.

В СССР цитологичний метод исследования при массовых профилактических гинекологических осмотрах стал использоваться с середины 60-х годов. В 70-х годах были созданы централизованные цитологичні лаборатории. Это привело к изменению в структуре общей онкологической патологии у женщин: так, в 60-х годах РШМ занимал 1-ое место, в 70-х - 3-ое место, а в начале 90-х - 4-ое место.

### **Факторы риска развития плоскоклеточного РШМ :**

- раннее начало половой жизни;
- сексуальная активность;
- частое изменение половых партнеров не только самой женщиной, но и ее партнерами-мужьями;
- несоблюдение половой гигиены;
- венерические заболевания;
- вирусные инфекции;
- курение табака;
- иммунодефицит;
- дефицит в еде витаминов Но и С;
- возможное использование оральных контрацептивов и т.і.

Наибольшее значение в индукции опухолевого роста отводят вирусам. В 70-х годах как канцерогенный агент подозревали вирус простого герпеса 2-го серотипу (Hsv - 2), однако 20-летний опыт исследования роли этого вируса не позволил прийти к позитивному выводу. Этот вирус, возможно, в ассоциации с цитомегаловирусом, бактериями и простыми может выступать как кофактор канцерогенеза, иницируя развитие дисплазии и поддерживая ее в состоянии стабилизации. В 1980-1990 гг. четко показанная связь вируса папилломы человека (HPV) с дисплазией и плоскоклеточным РШМ. С помощью методов гибридизации было установлено, что 80-100% РШМ содержат ДНК HPV.

### **Клиническая картина**

Начальные стадии РШМ имеют бессимптомный ход. При дальнейшем развитии болезни появляются контактные кровотечения из влагалища, меноррагии, альгодисменореї и боли в малом тазу.

### **Диагностика**

Диагностика РШМ начинается с осмотра в зеркалах, бімануального исследование.

Влагалищное исследование позволяет определить уплотнение шейки и ее размеры. К характерным особенностям ракового поражения относятся плотность опухоли, легкая кровоточивость, потеря эластичности и хрупкість.

Хрупкість опухолевой ткани оказывается пробой Червя - при нажиме на подозрительный участок ткани пуговичным зондом толщиной 2 мм последний легко проваливается в ее толщу.

Как подсобная диагностическая мера используется проба Шиллера - выявление способности покрова шейки матки воспринимать расцветка йодом. Для этого к осушенной шейке матки 2-3 раза подряд прикладывают на 2 минуты ватные шарики, смоченные раствором Люголя. Участки шейки с нормальной слизистой окрашивающиеся в темно-бурый цвет. Участки, которые поражены опухолью, выделяются бледными пятнами с резко очерченными пределами.

Применяют также кольпоскопию с получением материала для цитологического или гистологического исследования. «Пап-мазки» позволяют обнаружить дисплазию и к клинические формы рака (0-Ia стадии), когда шейка не имеет визуальных изменений.

В последнее время получила распространение полимеразная цепная реакция (ПЦР) для идентификации высоко онкогенных типов вирусов. Частота выявления ДНК вируса папилломы человека при внутренне эпителиальном РШМ превышает 90%.

Для выяснения распространенности опухолевого процесса используют такие методы:

- УЗД половых органов и органов брюшной полости, заочеревинных и тазовых лимфатических узлов, мочевыводящих путей;
- рентгенологическое обследование органов грудной клетки;
- цистоскопию и ректороманоскопию;
- для уточняющей диагностики могут использоваться комп' ютерна томография, ирригоскопия, экскреторна урография.

### **Вакциноterapia в профилактике РШМ**

В 2006 году в Америке началось производство первой вакцины против цервикального рака (РШМ).

Препарат имеет название Gardasil; производит его компания Merck & Co. Он рассчитан на прием дівчинками и женщинами в возрасте от 9 до 26 лет. Курс лечения длится полгода и стоит приблизительно 360 долларов. Производство и применение препарата Gardasil было разрешено после окончания полугодовой программы клинического тестирования, в которой принимала участие 21 тысяча женщин из разных стран мира.

Во время испытаний Gardasil, по данным FDA, продемонстрировал "почти 100-процентную эффективность" в профилактике папиломовірусних инфекций (human papillomavirus - HPV), результатом которых становится появление генитальных бородавок, а они, в свою очередь, способные приводить к раку.

Новый препарат, по словам специалистов, работает против четырех типов HPV.

### **Скрининг РШМ**

Опыт практической работы убеждает, если бы все женщины, которые относятся к группе риска, при отсутствии симптомов регулярно проходили обследования у гинеколога, можно было бы достичь значительного уменьшения заболеваемости и смертности от РШМ.

Для достижения этого необходимо, чтобы женщины были охвачены работой санитарного просвещения и были заинтересованы следить по состоянию своего



здоровья; после двух нормальных цитологических результатов они должны подтверждаться следующими обследованиями каждые 3 года. Персонал гинекологических консультаций должен быть подготовлен для правильного выполнения забора мазков на цитологические исследования и их интерпретации («Пап-тест»). Необходима также координация и соответствующее финансирование со стороны системы здравоохранения всех диагностических и лечебных мероприятий.

Следовательно, РШМ - это злокачественная опухоль, возникновение инвазивных форм которой может быть предупреждено. Испытанные методы морфологической и эндоскопической диагностики, употребляемые на этапах скрининга, решают основные диагностические проблемы.

В 1964 г. Ч.Камерон писал: "если женщина умирает от РШМ, то кто-то еще, кроме рака, повинен в ее смерти". Автор подчеркивает, что применение современных методов диагностики должно свести на нет смертность от РШМ.

## **ОПУХОЛИ МУЖСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

### **Опухоли яичка**

Опухоли яичка складывают 3% от всех злокачественных новообразований у мужчин. Наиболее часто они встречаются в возрасте от 25 до 45 лет.

Возникновению опухолей способствуют разные гормональные нарушения и процессы, которые ведут к ним, : крипторхизм, гипоплазия яичка, воспалительные процессы, травмы.

Различают семиномы яичка (40%), которые развиваются из сперматогенных клеток и несеміномні, - 60% (эмбрионный рак, тератобластома, хориокарцинома). Опухоли могут быть зрелыми и незрелыми. Правое яичко поражается чаще, чем левое. Опухоли яичка быстро метастазируют в заочеревні лимфатические узлы.

### **Клиника**

Основной симптом - увеличение или уплотнение яичка. Распространение опухоли в дополнение или оболочки ведет к возникновению водянки. Боли появляются при значительном увеличении яичка или прорастании опухоли в семяный канатик.

### **Диагностика**

Учитывая доступность яичка для осмотра и пальпации, диагностировать его новообразование относительно легко. Но в начале опухоли имеют бессимптомный ход. Пункция опухоли тонкой иглой и цитологические исследования уточняют диагноз. В отдельных случаях выполняют биопсию. Распространенность процесса определяют с помощью рентгеноскопии легких, радиоизотопных исследований лимфоузлов или лимфографии, компьютерной томографии, УЗД печени.

### **Рак предстательной железы**

Рак предстательной железы (РПЗ) - одно из самых частых злокачественных новообразований у мужчин среднего и преклонных лет. Он занимает 1-2 место в структуре заболеваемости и 2-3 место в структуре смертности от онкологических болезней среди мужчин в большинстве развитых стран. Больше чем 80% больных складывают лица в возрасте свыше 65 лет. На это время в США РПЗ - это самая распространенная форма злокачественных опухолей у мужчин; в 1996 году обнаружено 317000 новых больных, умерло - 41400. Вероятность развития микроскопического РПЗ на сквозняке жизни складывает 30%, а вероятность летального конца - 3%. Большое влияние на заболеваемость имеет географическое положение и расовая принадлежность. Наиболее высокая заболеваемость, свыше 100 на 100000 население, констатированная среди мужчин черной расы в США, причем у них РПЗ развивается в молодом возрасте. Низкая заболеваемость наблюдается в странах Азии и Африки, где она в десятки раз ниже, чем в Северной Америке и Северной Европе. В Украине заболеваемость в 2005 г. равнялась в абсолютных числах - 5607 человек или 25,8 случаев на 100 тыс. мужского населения. В структуре онкологической заболеваемости РПЗ складывает 2-4%, а среди злокачественных заболеваний у мужчин - 8-12%. Кроме возраста, важным фактором риска развития РПЗ является наследственность. При наличии рака простаты у кровного родственника риск повышается в 2-3 раза, около 9% случаев РПЗ обусловлено генетическими причинами. Помеченная зависимость между заболеваемостью и употреблением еды, богатой на животные жиры. Фактором риска является чрезмерный вес тела. Невзирая на успехи в диагностике и лечении РПЗ, за последние годы проблема этого заболевания остается достаточно важной и нерешенной до конца.

Хоть этиология этой болезни полностью не изучена, но уже 200 лет тому назад было известно, что увеличение простаты и появление в ней опухолей зависит от гормональных влияний. Об этом свидетельствуют клинические наблюдения и результаты экспериментальных исследований.

У больных раком ПЗ зафиксировано повышение содержимого андрогенов, а кастрация и лечение эстрогенами дает позитивный лечебный эффект. Отдельные исследователи обнаруживали в эпителиальных клетках у больных раком простаты вирусоподобные частицы. Достоверно показано, что больше чем 50% опухолей простаты содержат вирус папилломы человека. Обсуждается вопрос о повышенном риске у лиц, которые имеют контакт с кадмием, работников атомных электростанций.

### **Клиника**

Ранних симптомов РПЗ нет. Поэтому начальный рак возможно обнаружить только во время профилактических обзоров путем пальцевого обследования органа через прямую кишку. Первые клинические проявления часто являются признаками распространенного процесса и обусловленные прорастанием опухоли за пределы простаты. Поэтому наблюдается симптоматика со стороны соседних органов - уретры, мочевого пузыря, прямой кишки. Часто первые симптомы связаны с отдаленными или регионарными метастазами. У 80% случаев наблюдаются расстройства мочевого выведения которое не отличается от таких при аденоме ПЗ.

Гематурия встречается редко - близко 10%. Ухудшение мочеотделения ведет к развитию воспалительного процесса мочевыводящих путей - циститу, піелонефриту.

Боль в участке промежности, в заднем проходе и крыже могут быть вызванные прорастанием опухоли в капсулу железы, которая содержит многочисленные нервные окончания.

Метастазирование РПЗ может осуществляться лимфогенным путем в регионарные л/узлы - 45% случаев или гематогенный в кости.

К регионарным л/узлов в которые метастазирует РПЗ, относятся л/узлы малой миски, которые расположены ниже бифуркации общих подвздошных артерий.

Метастазы в кости чаще всего из'являются при недифференцированном раку и локализуются в костях миски, пояснично-крестцовом отделе хребта (Рис. 19.12.).

### Диагностика

При наличии любого из вышеназванных симптомов у лиц свыше 50 лет необходимо исследовать предстательную железу. При обследовании ее через прямую кишку можно обнаружить один или несколько узлов по периферии железы. Обычно узел плотной консистенции, имеет форму конуса, свернувшего верхушкой в просвет прямой кишки. Часто пальпируются семенные міхурці (симптом «бычьих рогов»). С помощью пальцевого метода исследования диагноз РПЗ может быть верно установленным в 80% больных. Дифференциальную диагностику следует проводить с камнями, доброкачественной гиперплазией, особенно с фиброзной формой, гранулематозным простатитом, туберкулезом.

Для верификации диагноза широко используется пункційна биопсия трансректальным или промежуточным доступом (Мал.19.13.). В диагностике РПЗ также используют УЗД и ЯМР, но эти методы не дают возможность обнаружить опухоли менее чем 0,5 см в диаметре.

Стадию болезни уточняют с помощью лимфографии. Из вспомогательных методов обследования используют цистоскопию, цистопростатографию, экскреторную урографию.

Патогномонических изменений в крови и моче нет. Специфическим маркером РПЗ является кислая фосфатаза, но этот тест является точным только при распространенном процессе. Более специфическим является простатоспецифічний антиген (**PSA**), который оказывается в 90% больных. PSA - это гликопротеин, который принимает участие в разжижении спермы. При увеличении его уровня выше 6 нг/мл в трети мужчин находят РПЗ. Констатированная взаимосвязь уровней PSA и распространенности опухолевого процесса : чаще уровни PSA 10-20 нг/мл свидетельствуют о прорастании капсулы, уровни выше 40 нг/мл - о наличии метастазов.

Проанализировав результаты больше чем 1300 образцов простаты собранных в Станфордському университете за последние 20 лет, исследователи сравнили результаты клинического обследования (стадию опухоли простаты), результаты ректального обследования и уровень PSA в крови. Обнаружено, что корреляция между уровнем PSA и частотой выявления рака предстательной железы снизилась от 43% прогностической возможности в первые пять годов использования методики,

к 2% в последние пять лет. Но, невзирая на это, PSA остается точным методом диагностики доброкачественной гиперплазии простаты.

## **ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

### ***Основная литература***

1. Щепотін І.Б., Ганул В.Л., Кліменко І.О. и др. Онкология: Учебник для ВНЗ. - К.:Книга плюс. - 2006. - 496 с.
2. Алгоритмы современной онкологии. /Под редакцией Щепотина И.Б., Бондаря Г.В., Ганула В.Л. - К.: Книга плюс.- 2006.
3. Выбранные лекции по клинической онкологии и Под общей редакцией акад. АМНУ Бондаря Г.В. и проф. Антипової С. В. - Луганск, 2008. - 580 с.
4. Бондарь Г.В., Вітенко І.С., Попович О. Ю. Паллиативная медицинская помощь. Донецк, донецкая область. - 2004. -150с.
5. Ганул.В. Л., Киркилевский С. И. Рак пищевода : руководство для онкологов и хирургов. К.: Книга плюс. - 2003. - 200с.
6. Ефетов В.М. Избранные лекции по клинической онкологии. - Симферополь, бы/и, 1997. -260с.
7. Онкология /За редакторшей В.П.Баштана, А.Л.Одабашьяна, П. В.Шелешка - Тернополь; Укрмедкнига, 2003.- 316с.
8. Онкология: учебник с компакт-дискom / редакторши В. И. Чиссов, С. Л.
9. Дарьялова. - М.: ГЗОТАР-Медиа, 2007. - 560 с.
- 10.Онкология: Учебник для студентов мед. вузов / ПИ. Х. Ганцев. - М. Мед. информ. агентство, 2004. - 516с
- 11.Онкология: Учебник - 3-те издание, перероб. и доп./Б.Т.Білінський  
а. Н.А.Володько, А.І.Гнатишак, О. О. Галай и др.; При редакторше Б.Т.Білінського - К. Злоров, я, 2004. - 528с.
12. Стариков В.И. Общая онкология: Учебное пособие.- Харьков : ХГМУ

i. 72с.

13. Стариков В.И., Трунов Г.В. Рак легкого. - Харьков, "ООО Катран УПК" .-

i. 212с.

14. Шевченко А.И. Попович О. Ю. Онкология. Електр. учебник для студентов высших медицинских заведений., Запоріжжя.-2006.

15. Энциклопедия клинической онкологии. Руководство для практикующих врачей / М. И. Давыдов, Г.Л. Вышковский и др. - М. :РЛС -- 2005,2004.-1536 с.

16. Бойко А.В. из соавт. Современная химиотерапия распространенного немелкоклеточного рака легкого // С. -Петербург 1998. С. 3-7.

17. Важенін А.В. Паллиативная онкология, как социальный заказ в настоящее время // Тезиса докладов пленума правления Всероссийского союза онкологов. - 2003. - Москва.

18. Abraham C., Jonston G The WHO objectives for palliative care; Towhat exnehn are we achieving them // Palliative Medicine 9:2 (Apr., 1995). - P. 123-137.

19. Comer J. Is there a research paradigm for palliative care // Palliative Medicine 10:3 (JUL 1996) P. 201-208.

20. Parkin D., et al. Global Cancer Statistics. CA, Cancer J Clin, 1999.,49; 33-64.

21. Robinson BE, Pham H. Cost - effectiveness of hospice care // Clinics in Geriatric Medicine 12:2 (May, 1996). P. 417.

22. Schonwetter RS. Care of the dying geriatric patient// Clinics in Geriatric Medicine 12:2 (May, 1996). P. 253.

23. Александрова Ю.Н., Лыщев А.А., Сафронникова Н.Р. и др. Папилломавирусная инфекция в здоровых женщин Санкт-Петербурга //Вопр. онкол. - 2000.- Т. 46, 2. - С. 175-179.

24. Бохман Я.В., Лютра У.К. Рак шейки матки. - Кишинев: Штиинца, 1991.

25. Голованова В.А., Новик В.И., Гуркин Ю.А. Частота и факторы черточка папилломавирусной инфекции и дисплазии эпителия шейки матки в сексуально активных девушек-подростков// Вопр. онкол. - 1999. - Т. 45, 6. С. 623-626.

26. Деражне А.Б., Иока Н.М., Нисенбаум Г.Э., Фридман П. Ш. Двадцатилетний опыт профилактики РШМ среди женщин, обслуживаемых лечебно-профилактическими

- учреждениями Октябрьской железной дороги // Всесоюзн. симпозиум. Ранняя диагностика, лечение предопухолевых и опухолевых заболеваний шейки матки и диспансеризация женского населения. - Л., 1985. - С. 84-85.
27. Злокачественные новообразования в России в 1999 году (заболеваемость и смертность) / Под редакторши В.И.Чиссова, В.В.Старинского. - М., 2000.
28. Коломиец Л. А., Уразова Л. Н., Севастьянова Н.В., Чуруксаева О. Н. Клинико-морфологические аспекты цервикальной папилломавирусной инфекции // Вопр. онкол. - 2002. - Т.48, 1.- С. 43-46.
29. Новик В.И. Цитологический скрининг предрака и рака шейки матки (обзор) // Вопр. онкол.-1990.- Т.36, 12.- С. 1411-1418.
30. Новик В.И., Сафронникова Н.Р., Урманчеева А.Ф., Кутуева Ф.Р. Пути повышения эффективности цитологического скрининга рака шейки матки // Материалы всерос. симпозиум. Новые информационные технологии в онкологической статистике /Под редакторши В.М.Мерабишвили. -СПб., 2001. - С. 195-197.
31. Сагайдак В.Н., Комарова Л. Е. Цитологический скрининг рака шейки матки // Вестн. ОНЦ РАМН. - 1992. 4. - С. 43-48.
32. Урманчеева А.Ф., Мерабишвили В.М., Сельков С. А. и др. Эпидемиология и диагностика рака шейки матки // Акуш. и гин. - 2001. - Т. XLX. - Вып. 1. - С. 80-86.
33. Anderson G.H., Benedet J.L., Le Riche J.C. et al. Invasive cancer of the cervix in British Columbia : A review of the demography and screening histories of 437 cases seen from 1985-1988 // Obstet. Gyn. - 1992. - Vol. 80, 1.  
i. P. 1-4.
34. Aymon P. Cervical cancer screening: some evidence coming from the north // Cancer J. - 1987. - Vol.1.-P.342.
35. Boon M.E., Graaf G.J.C., Kok L.P. et al. Efficacy of screening for cervical squamous and adenocarcinoma: The Dutch experience // Cancer (Philad.). - 1987. - Vol. 59. - P.862-866.
36. Cancer Incidence in Five Continents. Vol VII / Ed. By D.M.Parkin, S.L.Wheelan, J.Ferlay et al. / IARC Sci Publ. No. 143. - Lyon, 1997.
37. Cancer: Principles and Practice of Oncology / Ed. by V.T. DeVita, S. Hellvan, S.A. Rosenberg 5th Edition, 1997.

38. Cervical cancer screening on a national level // Cancer prevention and early detection facts and figures. - 2002.
- a. -ACS. - P.25.
39. Chamberlain J. Reasons that some screening programmes fail to control cervical cancer // Screening for the cancer of the uterine cervix // IARC Sci.Publ. No. 76. - Lyon, 1986. - P.161-168.
40. Cobb C.J. Suggested approaches to reporting benign cervical smears that lack endocervical columnar cells // Acta Cytol. - 1986. - Vol. 30. - P.317-318.
41. Coleman D.V. The dynamics of the cervical screening programme // ((Screening of cervical cancer for whom, why and how? Experts' Conference of 2nd International Congress of Papillomavirus in Human Pathology/ Ed. by J.Monsonogo.
- i. Paris: EUROGINSci. Publ., 1994. - P.21-25.
42. Ferlay J., Bray F., Pisani P., Parkin D.M. GLOBOCAN 2000: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, Version 1.0 /IARC Cancer Base No.5. - Lyon: IARCPress, 2001. (<http://www-dep.iarc.fr/globocan.htm>).
43. Koss L.G. Cytologic and Histologic Manifestation of Human Papillomavirus Infection of the Uterine Cervix // Cancer Detect Prevent. - 1990. - Vol. 14, 4. - P. 461-464.
44. Meisels A., Roy M., Fortier M. et al. Human papillomavirus infection of the cervix. The atypical condyloma // Acta Cytol. - 1981. - Vol. 35. - P. 7-16.
45. Monsonogo J. Spontaneous screening of cervical cancer: facts and arguments // (Screening of cervical cancer for whom, why and how? Experts' Conference of 2nd International Congress of Papillomavirus in Human Pathology/ Ed. by J.Monsonogo. - Paris: EUROGIN Sci. Publ, 1994. - P.32-45.
46. Parkin D.M., Pisani P., Ferlay J. Global Cancer Statistics // Ca Cancer J. Clin. - 1999. - Vol. 49, No. 1. - P. 33-64.
47. Ponten J., Adami H.O., Bergstrom R. et al. Strategies for global control of cervical cancer // Int.J.Cancer - 1995. 60.- 1.-P. 1-26.
48. Richart R.M., Barron B.A. A follow - up study of patients with cervical dysplasia // Amer. J. Obstet. Gynecol. 1969. - Vol. 105. - P. 386-393.

49. Stockton D., Cooper P., Lonsdale R.N. Changing incidence of invasive adenocarcinoma of the uterine cervix in East Anglia // J. Med. Screen. - 1997. - Vol.4, 1. - P. 40-43.
50. Survival of Cancer Patients in Europe : the Eurocare - 2 Study / Ed. F.Berrino, R.Capocaccia, J.Estive et al. // IARC Sci Publ. No. 151. - Lyon, 1999.
51. Syrjanen K., Hakama M., Saarikoski S. et al. Prevalence, incidence and estimated life - time risk of cervical papillomavirus infection in a non - selected Finnish female population // Acta Obstet. Gynecol. Scand. - 1989. - Vol. 68.  
i. P. 613-617.
52. Syrjanen K., Syrjanen S. Papillomavirus Infections in Human Pathology. - NY: J.Wiley a. Sons - 2000. - 615 P.
53. Yang Dawang, Yao Jufang, Xing Shoufu, Lin Yixian. Mass cytologic screening for cervical carcinoma in China : A report of 7735057 reported cases // Acta Cytol. - 1985. - Vol.29. - P. 341-344.

#### ***Дополнительная литература:***

1. Атлас онкологических операций / Под редакторшу Б.Е. Петерсона, В. И. Чиссова, А.И. Пачеса - М.: Медицина, 1987. -534с.
2. Гріневич Ю А, Каменец Л. Я. Основы клинической иммунологии опухолей. - К.: Здоровье. 1986. -180с.
- 18.Зотов А.С., Белик Е.О. Мастопатия и рак молочной железы: краткое руководство- 4-ое изд. доп. - М.: МЕДпресс-информ, 2005.-112 с.
19. Переводчикова Н.И. Руководство по химиотерапии опухолевых И заболеваний / Под редакторши Н.И. Переводчиковой. - 2-ое изд., доп.- М. : ***И*** Практическая медицина, 2005.-С.195 - 209.
20. Шалімов О. О. Саєнко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта - К. Здоровье 1987 - \ 568с.
21. Щепотин И.Б., Называемое Р. Т. Рак желудка. - К.:Книга-плюс, 2007. - 287с