

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ОНКОЛОГИИ. ОРГАНИЗАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.

Онкология-это раздел медицины, изучающий доброкачественные и злокачественные опухоли, механизмы и закономерности их возникновения и развития, методы их профилактики, диагностики и лечения.

В России в 2018 году было выявлено 624 709 новых случаев ЗНО, что составляет 285 949 и 338 760 у больных мужского и женского пола соответственно. Диагноз злокачественного новообразования был подтвержден морфологически в 93,0% случаев. Около 40% впервые выявленных злокачественных новообразований имеют III-IV стадию заболевания, что обуславливает достаточно высокий показатель одногодичной летальности. Распределение впервые выявленных злокачественных новообразований по стадиям: I стадия - 30,6%, II - 25,8%, III - 18,2%, IV - 20,3%.

Первое место в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями населения России занимает рак кожи (12,6%, с меланомой – 14,4%), второе - рак молочной железы (11,4%), на третьем месте находятся рак трахеи, бронхов, легкого (9,9%). Остальные ЗНО распределились следующим образом: ободочная кишка (6,9%), предстательная железа (6,8%), желудок (5,9%), прямая кишка, ректосигмоидное соединение, анус (5,0%), лимфатическая и кроветворная ткань (4,8%), тело матки (4,3%), почка (3,9%), поджелудочная железа (3,1%), шейка матки (2,8%), мочевого пузыря (2,8%), яичник (2,3%).

Средний возраст заболевших в 2017 г. составил 64,5 года, для мужчин - 64,9, для женщин - 64,2 года. Отмечается рост среднего возраста заболевших для большинства нозологий у обоих полов.

В структуре смертности злокачественные новообразования в России занимают второе место (15%), после болезней сердечно-сосудистой системы (47,3%).

Факторы риска

Злокачественные опухоли являются гетерогенными заболеваниями и в их развитии участвуют факторы внешней среды и наследственные факторы. Если в развитии опухоли ведущими являются факторы внешней среды, то эти опухоли называются внешне-средовыми или спонтанными. Если в развитии конкретного новообразования ведущая роль принадлежит наследственным факторам, то эта опухоль относится к наследственным. Одна и та же опухоль, например, рак желудка, может быть спонтанной и наследственной. В развитии каждого новообразования обязательно принимают участие наследственные факторы и факторы внешне-средовые. Но в одних случаях ведущая роль в возникновении новообразования принадлежит внешне-средовым агентам, а в других – возникновение новообразования является результатом действия преимущественно наследственных факторов. Определение этих характеристик возникшей злокачественной опухоли чрезвычайно важно для проведения профилактических мероприятий и ранней диагностики рака. Итак, выделяют несколько групп факторов риска развития злокачественных опухолей.

1. Факторы питания.

2. Вредные привычки: алкоголь, курение.

3. Вирусы.

4. Иммунодефицитные состояния.
5. Гормонально-метаболические нарушения
6. Генетические факторы риска.
7. Ионизирующие излучения, ультрафиолетовое излучение.
8. Загрязнение окружающей среды.

1. Факторы питания.

Риски повышаются при избыточном потреблении: соли, рафинированных углеводов, животных белков, тугоплавких жиров; копченых, соленых, пережаренных, консервированных продуктов; острой пищи.

Например, в Корее, где высока заболеваемость раком желудка, широко распространено употребление кимчи - национального блюда из квашенной капусты. Оно содержит в больших количествах соль и нитраты. Считается, что наличие такого блюда в традиционном рационе корейцев значительно повышает риски развития рака желудка.

С продуктами питания (в том числе питьевая вода, спиртные напитки) в организм человека поступают целый ряд генотоксических веществ: нитриты, нитраты, соли тяжелых металлов, диоксид титана - пищевой краситель, афлотоксины - сильные гепатоканцерогены (зараженные грибами продукты питания), полициклические углеводороды, содержащиеся в копченых продуктах.

Нерациональное питание приводит к избыточному весу, при котором, как известно, биоконверсия эстрадиола в организме женщины смещается в сторону 16 α -ОНЕ1 - агрессивного метаболита, который стимулирует гормон-зависимые патологические пролиферативные процессы и развитие рака молочной железы.

2. Вредные привычки.

В табачном дыме присутствуют значительное количество канцерогенных агентов: никотин, синильная кислота, тяжелые металлы (никель, хром, кадмий, свинец), полициклические ароматические углеводороды (ПАУ-3,4), бенз(а)пирен, аммиак, угарный газ, ароматические амины, триокись мышьяка. При соприкосновении дыма с внутренней стенкой дыхательных путей возникает взаимодействие канцерогенов с мембраной атипичных или типичных чувствительных к канцерогенам клеток. Поэтому наблюдается частое развитие ЗНО губы, ротоглотки, пищевода, легких.

Употребление алкоголя является фактором риска развития многих типов рака, включая рак полости рта, глотки, гортани, пищевода, печени, ободочной и прямой кишки и молочной железы. Риск развития рака напрямую зависит от количества употребляемого алкоголя. Риск развития некоторых типов рака (например, рака полости рта, глотки, гортани и пищевода) у людей, употребляющих алкоголь в больших объемах, значительно возрастает, если при этом они являются заядлыми курильщиками.

3. Онковирусы.

Вирусы вызывают около 10 % всех злокачественных опухолей. Онковирусы после взаимодействия с рецепторами мембран клетки теряют капсиды, встраиваются в геном клетки, проходят репликацию и синтез капсида, сборку в вирион. Известно свыше 150 онковирусов.

ДНК – содержащие вирусы:

1. Вирус папилломы человека (HPV) в 10 раз повышает риски развития рака шейки матки (типы 16,18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, и 59), влагалища, вульвы, повышает риски развития рака ануса, кожи, гортани, пищевода, миндалин.
2. Саркома Капоши-ассоциированный герпес-вирус KSHV - человеческий герпес-вирус 8 типа. Вирус вызывает активацию онкогенов, нарушение регуляции клеточного цикла, подавление апоптоза и модуляцию иммунного ответа. Это приводит к образованию ангиопролиферативных опухолей.
3. Вирус гепатита В (гепаднавирус-HBV) повышает риск развития гепатоцеллюлярного рака. Основным патогенетическим механизмом канцерогенеза является экспрессия вирусного белка HBx, участвующего в репликации ДНК, транскрипции и процессах репарации генома клеток.
4. Вирус простого герпеса (HHV-2, HHV-8) повышает риски развития рака шейки матки, полового члена, предстательной железы.
5. Вирус Эпштейна – Барр (EBV) — это герпес вирус 4 типа. С данным вирусом ассоциированы Т-клеточная и НК-лимфомы, лимфома Беркитта, назофарингеальный рак, аденокарцинома желудка.
6. Полиомавирус клеток Меркеля (MCPV) вызывает вирус-ассоциированную Карциному Меркеля, которая впервые была описана в 1972 году как первичная нейроэндокринная опухоль кожи. Вирус встраивается в геном и активирует Т-вирусный антиген, что приводит к подавлению иммунного надзора. Поэтому данная патология часто наблюдается при иммунодефицитных состояниях.

РНК – содержащие вирусы именуется онкорнавирусами или ретровирусами.

Т-клеточный лимфотропный вирус типа I (HTLV-I) приводит к развитию Т-клеточного лейкоза

Вирус гепатита С - относится к семейству Flaviviridae. Опухолевая трансформация гепатоцитов обусловлена вирусным онкобелком Core. Он активирует различные ферменты и сигнальные пути, что приводит к оксидативному стрессу и повреждению ДНК

4. Иммунодефицитные состояния.

Первичная иммунная недостаточность обусловлена наличием генетического дефекта.

Вторичная иммунная недостаточность – это нарушение иммунной системы, которое развивается в позднем постнатальном периоде или у взрослых как результат лечебных мероприятий, хронических или онкологических заболеваний, старения.

У лиц с первичными иммунодефицитными состояниями развитие опухолей наблюдается 100-1000 раз чаще. Больные, перенесшие трансплантацию, или получающие иммуносупрессивную терапию имеют риск развития опухоли в 50-100 раз выше.

5. Гормонально-метаболические нарушения

В случае снижения иммунологической реактивности организма, действия канцерогенного агента, нарушения функции органа или ткани развиваются гормонально-метаболические нарушения. К таким нарушениям относятся длительная гиперэстрогения, гормональные срывы при искусственном прерывании беременности, гиперандрогенемия. При этом повышаются риски развития ЗНО женской репродуктивной системы, поджелудочной предстательной желез и других органов.

6. Генетические факторы риска.

Наследственные формы злокачественных опухолей встречаются практически при всех локализациях опухолей и в среднем составляют 5-15% всех случаев рака. Наследственная природа рака наиболее изучена при таких злокачественных новообразованиях как колоректальный рак, рак органов женской репродуктивной системы (рак молочной железы, рак яичников), медуллярный рак щитовидной железы, ретинобластома, меланома кожи.

7. Ионизирующие излучения.

Ионизирующие излучения - это потоки фотонов, а также заряженных или нейтральных частиц, взаимодействие которых с веществом среды приводит к его ионизации. К источникам ионизирующего излучения относят объекты, содержащие радиоактивный материал (радиоактивных элементы и их изотопы), а также технические устройства, испускающие ионизирующие излучения (ядерные реакторы, ускорители заряженных частиц и рентгеновские установки).

Изменения, происходящие в тканях при радиационном воздействии, во многом зависят от вида ткани и дозы облучения. К высоко радиочувствительным относят малодифференцированные ткани эмбриона и плода. Дети относятся к группе наиболее чувствительных к радиационной нагрузке вследствие активного роста тканей, незрелости и отсутствия сбалансированности регуляторных и защитных механизмов, напряженности иммунитета. Повышенная радиочувствительность наблюдается у больных с синдромами хромосомной нестабильности, при генетических заболеваниях:

8. Ультрафиолетовое излучение.

В настоящее время известно, что до 95 % случаев рака кожи возникает на открытых участках тела, подвергающихся длительному воздействию ультрафиолетовых лучей. Имеется положительная корреляция между заболеваемостью злокачественными опухолями кожи (плоскоклеточным раком кожи и меланомой) и уровнем УФ-радиации. Ультрафиолетовое излучение оказывает мутагенное действие.

Пример: у больных пигментной ксеродермой имеется генетический дефект ферментов, ответственных за репарацию ДНК, поэтому у них не происходит удаления мутированных участков ДНК, что приводит к частому развитию рака кожи. Ультрафиолетовое излучение оказывает общее иммунодепрессивное действие на организм.

9. Загрязнение окружающей среды

Известно большое количество химических соединений, обладающих канцерогенной активностью. 60-70 % всех случаев рака в той или иной мере связано с вредными

химическими веществами, присутствующими в окружающей среде и влияющими на условия жизни. Большинство химических канцерогенов активизируется в организме при метаболических реакциях – это истинные канцерогены. Канцерогены, не нуждающиеся в предварительных превращениях в условиях организма, называются прямыми канцерогенами. Основными источниками распространения химических канцерогенов являются предприятия угольной, химической, нефтехимической, мясной, целлюлозно-бумажной, черной и цветной металлургии, нефтяной и газовой промышленности, предприятия сельского и коммунального хозяйства. Пути поступления в организм канцерогенов различны, зависят от характера контакта с ними человека. Это может быть ингаляционное воздействие веществ на организм или же при их пероральном поступлении. В бытовых условиях, например, человек контактирует с химическими веществами, источниками которых являются строительные и отделочные материалы, краски, предметы бытовой химии, лекарственные средства, продукты неполного сгорания природного газа.

Профилактика в онкологии

Различают первичную, вторичную и третичную профилактики.

Первичная профилактика-система мероприятий, направленных на предупреждение возникновения злокачественных опухолей.

Предупреждение канцерогенного воздействия внешних и внутренних факторов, нормализация питания и образа жизни, повышение устойчивости организма к вредным факторам включается в понятие **первичной профилактики рака**. Под этим понятием подразумеваются, с одной стороны, широкие оздоровительные мероприятия государственного масштаба. Основные источники загрязнения атмосферного воздуха, почвы, водных бассейнов - предприятия металлургической, коксохимической, нефтеперерабатывающей, химической, целлюлозно-бумажной промышленности, а также транспорт. Почти для каждой локализации рака известны предопухолевые состояния. В связи с этим в отношении значительного количества предраков, а следовательно, и злокачественных опухолей известны соответствующие предупредительные меры. Так, основой профилактики рака легкого является борьба за чистоту вдыхаемого воздуха и активацию процессов самоочищения легкого. Необходима пропаганда отказа от курения, рекомендация занятий спортом, систематических физических нагрузок на свежем воздухе. Для профилактики рака органов желудочно-кишечного тракта необходимо соблюдение правил гигиены питания и полости рта. Для профилактики рака молочной железы необходим отказ от абортов и бесконтрольного применения гормональных контрацептивов. Очень важно длительное, нормальное вскармливание детей грудью. Необходимо освоение методик самообследования по наиболее частым онкологическим заболеваниям. Иммунизация для предупреждения инфекции онкогенными типами вируса папилломы человека также является стратегией первичной профилактики рака шейки матки.

Вторичная профилактика-это ряд мер при наличии уже развившихся избыточных клеточных разрастаний с атипией эпителия и сформировавшихся предраковых состояний. Из больных, страдающих предопухолевыми заболеваниями, формируются группы повышенного риска, что является перспективным направлением многоплановой медицинской профилактики рака. Для этого разработаны многоцелевые скрининговые программы. В плане мероприятий вторичной профилактики осуществляется наблюдение за группами риска, выявление и лечение предраковых заболеваний и ранняя диагностика рака. Под скринингом понимают применение различных методов исследования, позволяющих диагностировать опухоль на ранней стадии, когда еще нет симптомов

болезни. Целью скрининга является раннее активное выявление бессимптомного рака и его лечение. Необходимо отличать скрининг от ранней диагностики. Ранняя диагностика - выявление заболевания у лиц, которые при появлении у них симптомов заболевания сами обратились за медицинской помощью. Скрининговые программы рака должны проводиться с учетом их целесообразности для тех форм рака, которые являются важной проблемой здравоохранения страны или региона ввиду высокой заболеваемости и смертности от них.

Третичная профилактика-заключается в предупреждении прогрессирования уже возникшей злокачественной опухоли (генерализации, рецидива) путем своевременного применения рациональных методов лечения, а также квалифицированного осмотра и специального обследования лиц, получивших полный курс первичного лечения и наблюдающихся без явных признаков рецидива и метастазов, находящихся на диспансерном наблюдении. Сюда же относится и предупреждение новых случаев опухолевых заболеваний у излеченных онкологических больных. Обычно эти мероприятия осуществляются в специализированных клинических или поликлинических подразделениях.

Принципы деонтологии в онкологии

Онкология – это весьма специфический раздел медицины, в котором тождественно важны как высокая квалификация медицинских работников, так и их способность находить контакт с больным. Проблемы в одном из этих аспектов неминуемо приведут к нарушению равновесия и трудностям в лечении пациента.

Реакция онкологических больных в процессе обследования и лечения объясняется типом высшей нервной деятельности.

Сангвник – это живой, горячий, подвижный человек, с частой сменой настроения, впечатлений, с быстрой реакцией на все события, происходящие вокруг него, довольно легко примиряющийся со своими неудачами и неприятностями. Обычно сангвники обладают выразительной мимикой. Он очень продуктивен в работе, когда ему интересно, приходя в сильное возбуждение от этого, если работа не интересна, он относится к ней безразлично, ему становится скучно.

Флегматик – неспешен, невозмутим, имеет устойчивые стремления и настроение, внешне скуп на проявление эмоций и чувств. Он проявляет упорство и настойчивость в работе, оставаясь спокойным и уравновешенным. В работе он производитель, компенсируя свою неспешность прилежанием.

Сангвник - живой, подвижный, сравнительно легко переживающий неудачи и неприятности. Это золотая середина между вспыльчивостью и безынициативностью. Сангвники жизнерадостные, веселые натуры, они открыты и доверчивы, слишком любознательны.

С сангвниками и флегматиками врачу разговаривать нетрудно, тем не менее говорить им о наличии злокачественной опухоли без особой необходимости не следует. Гораздо сложнее беседа с людьми холерического или меланхолического темперамента.

Холерик – быстрый, страстный, порывистый, однако совершенно неуравновешенный, с резко меняющимся настроением с эмоциональными вспышками, быстро истощаемый. У него нет равновесия нервных процессов, это его резко отличает от сангвника. Холерик, увлекаясь, безалаберно растрчивает свои силы и быстро истощается.

В разговоре с таким больным врач должен проявить особое внимание, сохранить полное спокойствие и рассудительность.

Меланхолик – человек легко ранимый, склонный к постоянному переживанию различных событий, он мало реагирует на внешние факторы. Свои астенические

переживания он не может сдерживать усилием воли, он чересчур впечатлителен, легко эмоционально раним. Такому больному ни в коем случае нельзя говорить о наличии злокачественной опухоли. Его нужно вызвать на доверительный разговор, в процессе которого врач должен спокойным, уверенным тоном разъяснить больному ошибочность его представлений.

Онкологические больные, подлежащие специальному лечению

Задачей врача является направить больного в онкологическое учреждение и осуществить психологическую подготовку его к пониманию возможности хирургического вмешательства (иногда ряда вмешательств) или иного специального лечения (химиотерапии, лучевой терапии, иммунотерапии и т.д.). Не стоит говорить о возможном предстоящем лечении как непреложном факте, потому что это предположение в дальнейшем может быть отвергнуто в силу распространенности заболевания, тяжелого соматического состояния пациента, наличия альтернативных схем лечения, в том числе экспериментальных. Резкая смена лечебных парадигм в зависимости от врача, беседующего в настоящий момент времени с пациентом, может подорвать доверие больного к врачу или задуматься о сложности или невыполнимости собственного лечения. Наиболее целесообразным представляется в мягкой форме высказать предположение о возможных альтернативах специального лечения, между которыми будет сделан окончательный выбор после углубленного и всеобъемлющего дополнительного обследования.

Отдельно стоит упомянуть, что негативный или скептический настрой врача касательно того или иного онкологического заболеваний не должен влиять на пациента. На практике встречаются случаи, когда врач в силу недостаточной осведомленности или случайно приобретенного отрицательного личного опыта негативно относится к лечению той или иной злокачественной опухоли. Недопустимо, чтобы подобная установка вольно или невольно передалась больному, уничтожая любой ответ надежды.

Мотивы отказов от лечения

Несмотря на значительные усилия, прикладываемые клиницистами для убеждения больных, последние нередко отказываются от предлагаемого лечения. При тщательном анализе возможно выделить четыре наиболее часто встречающиеся причины отказов.

Наиболее распространенная причина – это страх перед предстоящим лечением. Пациент понимает всю серьезность заболевания и необходимость его лечения, но боязнь хирургического вмешательства, химио- или лучевой терапии столь велика, что он не может найти достаточно смелости и согласиться на лечение. Врачу следует выяснить причину такого страха. Боязнь пожилых больных за исход лечения (особенно операции), может быть объяснена сопутствующими или перенесенными заболеваниями сердечно-сосудистой системы или других органов. Нельзя оставлять подобные страхи и опасения без внимания. Необходимо провести тщательное обследование, а по его результатам начать при необходимости лечение сопутствующих заболеваний. Проводить эти манипуляции можно параллельно с обследованием по поводу онкологического заболевания. Так, например, своевременное назначение адекватной гипотензивной терапии при гипертонической болезни позволит реализовать весь объем запланированного лечения по поводу злокачественного новообразования. В то время как отсутствие онога наоборот может привести к невозможности выполнения необходимой операции или начала лекарственного лечения. Обращать внимание стоит даже на, казалось бы, начинающиеся нарушения, потому что практически невозможно предугадать с какой скоростью начнется усугубление состояние пациента при начале противоопухолевого лечения. Таким образом, своевременная коррекция сопутствующих заболеваний позволит минимизировать страх перед лечением онкопатологии.

Наряду со страхом перед лечением существует проблема качества жизни после этого перенесенного лечения. Нередко пациенты отказываются от калечащих операций с полным или частичным удалением конечности, молочной железы, хирургических вмешательств по поводу опухолей, локализующихся на голове и шее, резекций кишечника с формированием временной или постоянной кишечной стомы и др. Больных пугает их последующее «неполноценное» существование. Такие переживания вполне обоснованы и вызывают всяческое сочувствие. Однако поскольку альтернативной возможности для излечения нет, врачу следует убедить больного в необходимости оперативного вмешательства и его важности для сохранения жизни. Наряду с этим следует максимально тактично описать пути решения проблем дальнейшей жизнедеятельности. Например, рассказать про возможности пластической и реконструктивной хирургии, вероятность жить полноценной жизнью путем решения новых возникших неудобств (оправданным является приведение из личной практики примеров пациентов со схожей ситуацией, которые научились комфортно жить в новом статусе). Одним из аргументов необходимости сохранения жизни и здоровья могут быть наличие семьи и детей, любимой работы и т.д.

Еще одним из мотивов отказа может быть неверие больного в саму возможность излечения онкологического заболевания. Такое мнение чаще бывает у людей, которые в течение своей жизни тем или иным путем сталкивались со случаями неизлечимых злокачественных заболеваний у друзей или родственников, особенно в случае последующего летального исхода. Отягчающим фактором в этой ситуации может являться поиск информации пациентом в открытых непроверенных источниках, таких как статьи в интернете, написанные зачастую непрофессионалами. Такие больные, как правило, находятся в подавленном душевном состоянии. С ними следует провести спокойную разъяснительную беседу, в ходе которой нужно попытаться убедить больного, что окончательный диагноз и прогноз станут определены только после расширенного морфологического исследования препарата (удаленного органа) под микроскопом касательно оперативного вмешательства; а при лекарственном или лучевом лечении следует высказать предположения о высокой вероятности чувствительности данного типа опухоли к проводимой противоопухолевой терапии. В то же время мягко стоит напомнить, что отказ от предлагаемого лечения или промедление с его началом могут привести к распространению процесса, что в свою очередь может снизить вероятность излечения. По-прежнему не теряет актуальности необоснованное, но, к сожалению, стойко сохраняющееся среди части населения заблуждение о возможности излечиться с помощью так называемой «альтернативной» медицины или экстрасенсов. Так пациенты могут прибегать к использованию трав или домашних, нередко наоборот приносящих вред средств. Ситуация усугубляется тем, что пациенты зачастую стараются скрывать данную информацию от врача. Врачу следует настоятельно попытаться донести до пациента информацию о том, что вылечить злокачественную опухоль народными средствами невозможно. В качестве аргумента следует привести накопленный многолетний опыт и специальные научные исследования, проведенные в этой сфере. Также следует заострить внимание больного на потенциальных опасных осложнениях как самого этого альтернативного лечения, так и отсутствия специальной медицинской помощи.

Иногда причиной отказа от лечения может стать реакция отрицания, когда больной в связи с хорошим самочувствием и отсутствием выраженной симптоматики не верит в наличие у него злокачественного новообразования и необходимость его лечения. В этой ситуации необходимо разъяснить серьезность положения, подчеркнув, что заболевание будет неминуемо прогрессировать, и донести информацию о том, что риск операции, выполненной сейчас, будет много меньше, чем опасность запущенного заболевания.

СТРУКТУРА ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

В соответствии с потребностями практического здравоохранения выделяют основные задачи онкологической службы:

- 1) ведение учета онкологических больных и осуществление анализа основных эпидемиологических показателей (заболеваемости и смертности);
- 3) предоставление высококвалифицированной специализированной помощи онкобольным;
- 4) диспансеризация онкобольных;
- 5) анализ и разработка противораковых мероприятий, в том числе по ранней диагностике предопухолевого патологического процесса и ранних форм ЗНО;
- 6) мониторинг деятельности онкологических учреждений;
- 7) осуществление санитарно-просветительной работы по профилактике злокачественных новообразований.

ПЕРВИЧНЫЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ (ОТДЕЛЕНИЕ)

Первичные онкологические кабинеты (отделения)- первичное звено в организации специализированной онкологической помощи населению при поликлиниках (их более 2000), где ведут прием врачи-онкологи. Они — первые консультанты поликлинических врачей по вопросам диагностики онкологических больных, профилактических осмотров населения для выявления онкологических заболеваний. В их обязанности также входит ведение регистрационного учета и диспансеризации больных. Кабинет в организационно-методическом отношении находится в подчинении онкологического диспансера.

Основными направлениями работы первичного онкологического кабинета (отделения) являются организация ранней диагностики рака, выявление предраковых заболеваний у пациентов, относящихся к группам повышенного риска развития злокачественных новообразований. Также кабинет осуществляет экстренную помощь онкологическим больным (по рекомендации онколога). При необходимости врач онкологического кабинета направляет больных в вышестоящие учреждения-онкологический диспансер.

ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР

Онкологический диспансер — специализированное учреждение здравоохранения для обеспечения специализированной в том числе высокотехнологичной медицинской помощью больных с онкологическими и предопухолевыми заболеваниями. Существуют несколько видов онкодиспансеров:

1. Республиканский
2. Краевой
3. Областной
4. Городской
5. Межрайонный.

В зависимости от структуры и уровня онкологической заболеваемости в конкретном регионе онкодиспансер может включать в себя разный набор отделений и служб.

ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ НАУЧНЫЕ ЦЕНТРЫ

Научные медицинские исследовательские центры (НМИЦ) онкологии обеспечивают в полном объеме современные высокотехнологичные диагностические мероприятия, с целью

определения распространенности процесса, функционального состояния органов и систем органов, выработки плана лечения. НМИЦ онкологии осуществляют контроль качества обследования:

- повышение качества диагностики (снижение процента расхождения диагнозов при направлении больных в учреждение и заключительных диагнозов, в том числе и по распространенности процесса);
- снижение процента отказа в проведении специального лечения.

ДЕЛЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ГРУППЫ

Группа Ia — лица с подозрением на злокачественную опухоль наблюдаются у врачей, заподозривших онкопатологию, до установления или снятия предполагаемого диагноза.

Группа Ib — пациенты с предраковыми заболеваниями; если заболевание — факультативный предрак, то диспансеризация и лечение осуществляются в общей лечебной сети.

Группа II — больные с установленным диагнозом ЗНО в курабельных стадиях.

- ✓ Они подлежат специальному лечению.
- ✓ Диспансеризуются у онкологов.

Группа III — больные, закончившие специальное лечение по поводу ЗНО в курабельных стадиях (I–III).

- ✓ Наблюдаются у онкологов на протяжении всей жизни.

Группа IV — больные с далеко зашедшим процессом изначально, или с некурабельными рецидивами, метастазами (MTS) не подлежат специальному лечению, а только симптоматическому.

- ✓ Диспансеризуются они и в онкологической, и в общей лечебной сети.
- ✓ При возможности специального лечения (с паллиативной целью) оно проводится онкологами.

Симптоматическое лечение осуществляется участковыми терапевтами.

ОБЛИГАТНЫЙ И ФАКУЛЬТАТИВНЫЙ ПРЕДРАК

Предрак- это состояние, которое переходит в рак с большей степенью вероятности, чем в основной популяции. В очагах ускоренного роста происходит предшествующий раку процесс невоспалительного характера: рост клеток с склонностью к инфильтрации. Предраковые заболевания характеризуются длительным течением и подразделяются на обязательные и факультативные.

Облигатный предрак - хроническое заболевание, на почве которого всегда или очень часто развивается злокачественная опухоль.

Факультативный предрак - болезнь, на почве которой рак развивается относительно редко, но чаще, чем у здоровых людей.

Больные с облигатным предраком должны наблюдаться у онкологом, а с факультативным находиться под наблюдением врачей общей лечебной сети в соответствии с локализацией заболевания (терапевты, гастроэнтерологи, гинекологи, ЛОР-специалисты и др.). При этом назначается надлежащее лечение: антибактериальные и противовоспалительные препараты, витамины, микроэлементы, производится коррекция гормонального и иммунологического статуса.

МЕТАПЛАЗИЯ И ДИСПЛАЗИЯ

Метаплазия - замещение одного типа дифференцированных (зрелых) клеточных элементов другими вследствие хронического воспаления, нарушения питания, эндокринного воздействия.

Дисплазия - контролируемые и обратимые нарушения дифференцировки эпителия в результате пролиферации камбиальных элементов с развитием их атипичности, утратой полярности, нарушением гистологической структуры без инвазии базальной мембраны.

Дисплазия может подвергаться обратному развитию, носить стабильный характер или прогрессировать.

В соответствии со степенью пролиферации эпителия и выраженностью структурной и клеточной атипичности выделяют различные стадии (степени) дисплазии:

I — слабая (малая)

II — умеренная (средняя)

III —тяжелая дисплазия

IV - преинвазивный (внутриэпителиальный) рак.

К признакам увеличения степени дисплазии относятся:

1.увеличение размеров ядер

2.полиморфизмом ядер

3.гиперхромность ядер

4.огрубление и комковатость хроматина

5.увеличение количества и относительных размеров ядрышек

6.усиление митотической активности.

«Carcinoma in situ» (Бродерс, 1932 г.) - стадия развития опухоли, при которой происходит полное замещение эпителиального пласта атипичными клетками, являющимися неопластическими по своим цитологическим, светооптическим, электронно-микроскопическим, карнологическим биохимическим характеристикам. Единственным достоверным критерием отличия преинвазивного рака от инвазивного служит видимая сохранность базальной мембраны.

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА ПО СИСТЕМЕ TNM

Главная задача клинициста — планирование наиболее эффективного курса лечения и определение прогноза заболевания, что невозможно без объективной оценки анатомической распространенности опухолевого процесса. Для этой цели необходима классификация, основные принципы которой были бы применимы к большинству злокачественных опухолей и которую можно было бы впоследствии дополнять сведениями, полученными при гистологическом исследовании и/или хирургическом вмешательстве.

На сегодняшний день используется восьмое издание Классификации TNM, опубликованное в 2017 г. В нем отражены правила классификации и стадирования, аналогичные представленным в седьмом издании руководства по стадированию злокачественных новообразований Объединённого американского комитета по раку (American Joint Committee on Cancer, AJCC). Классификация TNM, применяющаяся для описания анатомического распространения опухолевого процесса, основана на трех компонентах:

T — размер и распространение первичной опухоли;

N — отсутствие или наличие в регионарных лимфатических узлах метастазов и степень их поражения;

M — отсутствие или наличие отдаленных метастазов.

Пути метастазирования

Лимфогенный — распространение с лимфой по лимфатическим сосудам. Этот путь является предпочтительным для большинства карцином.

Гематогенный — по кровеносным сосудам, наиболее часто таким путем происходит распространение сарком и карциномы почки, что связано с особенностью анатомического строения.

Имплантационный путь — распространение по серозной оболочке, что позволяет клеткам активно размножаться в брюшине, плевральной (покрывающей легкие) полости, полости перикарда (сердечной сумки) или субарахноидальном пространстве (мозговые оболочки).