**федеральное государственное бюджетное образовательное**

**учреждение высшего образования**

**«Оренбургский государственный медицинский университет»**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА**

**ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ПРОВЕДЕНИЮ**

**практического занятия**

**ПО ТЕМЕ: «ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТЬ В РАБОТЕ ВРАЧА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА. ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ»**

**ДИСЦИПЛИНА «ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ**

**общей врачебной практики »**

**СО СТУДЕНТАМИ 6 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Методические рекомендации разработали:  доценткафедры  поликлинической терапии  Корочина И.Э.,  доценткафедры  поликлинической терапии  Сагитова Э.Р.,  доценткафедры  поликлинической терапии  Кравцова О.Н. |

**1. Формируемые компетенции**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Шифр  компетенции | №  компетенции | Элементы компетенции |
| ПК | ПК-10 | готовность к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи |
| ПК-11 | готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства |

**Практическое занятие № 8.**

**2. Тема:** Онконастороженность в работе врача первичного звена. Паранеопластический синдром.

**3.** **Цель**: научить студентов осуществлять раннюю диагностику онкологических заболеваний и неотложных состояний, связанных с ними.

**4.** **Задачи**:

Обучающая: Знать тактику врача общей практики при подозрении или выявлении злокачественной опухоли у пациента, а также в процессе дальнейшего его наблюдения при подтверждении онкологического диагноза.

Развивающая: Развитие навыков работы с алгоритмом ранней диагностики рака в работе ВОП (семейного врача)

Воспитывающая: Обучить студентов деонтологическим аспектам общения с пациентам в поликлинике.

**5.** **Вопросы для рассмотрения:**

1. Определение понятия «сигналы тревоги» у онкологических больных. Особенности выявления рака в доклиническом периоде.
2. Паранеопластический синдром.
3. Современные представления о механизмах канцерогенеза. Эпидемиология рака.
4. Основные факторы формирования групп онкологического риска.
5. Методы диагностики злокачественных опухолей и осложнений.
6. Методы лечения в онкологии.
7. Профилактика злокачественных новообразований
8. Диспансеризация онкологических больных. Клинические группы диспансерного учета.
9. Особенности медицинской деонтологии в онкологии.

**6.** ***Основные понятия темы***

**6.1. Определение понятия «сигналы тревоги» у онкологических больных. Особенности выявления рака в доклиническом периоде.**

Проблемы клинической онкологии остаются в центре внимания медиков всего мира из–за постоянного роста заболеваемости злокачественными опухолями и смертности от них. Это обусловлено в значительной степени несовершенством первичной и вторичной профилактики, а также несвоевременной диагностикой и, как следствие, недостаточной эффективностью лечения. В медицине есть такое понятие - "онкологическая настороженность", т.е. врач любой специальности любого лечебно-профилактического учреждения должен при осмотре пациента исключить симптомы, подозрительные на онкологическую патологию.

Ранняя диагностика злокачественных новообразований зависит главным образом от онкологической настороженности врачей общей практики и их знаний, дальнейшей тактики в отношении больного. В скрининге рака значение доктора первого контакта с больным – врача общей практики - переоценить трудно. Изучение современных аспектов раннего выявления злокачественных новообразований является важным компонентом образовательного процесса, способным реально повысить уровень ранней диагностики рака различных локализаций.

Совершенствование санитарно-просветительной работы, диспансерное обследование населения, своевременное обращение пациентов при подозрении на различную патологию, применение комплексного обследования населения, улучшат своевременную диагностику злокачественных новообразований и результаты лечения.

Таким образом, основной задачей врача в его работе по профилактике онкологической патологии является своевременное распознавание и лечение предопухолевых состояний, на фоне которых развивается рак (факультативный, облигатный предрак), а также ранняя диагностика злокачественных новообразований.

*Определение понятия «сигналы тревоги» у онкологических больных. Особенности выявления рака в доклиническом периоде.*

В подавляющем большинстве случаев люди, обращающиеся к доктору с жалобами на заболевание, даже не задумываются о возможном наличии злокачественной опухоли. Один из главных принципов ранней диагностики раковых опухолей – это онконастороженность. Это готовность увидеть в каждом из симптомов болезни указание на возникший или прогрессирующий рак. Единственный реальный вариант предотвращения смерти от онкологии – своевременное обнаружение опухоли на максимально ранней стадии. Оптимальный вид диагностики – анализ крови на рак, позволяющий выявить в организме белковые частицы опухолевых клеток. Она предполагает, что пациент должен знать и своевременно распознавать сигналы онкологической опасности. Диагностическая методика будет внедрена в практическую медицину в ближайшие годы, став обычной рутинной профилактикой злокачественных новообразований.

Признаки злокачественных образований. Необходимо обратить внимание на:

* Изменение внешних признаков и цвета папиллом, бородавок, родинок.
* Длительно незаживающие ранки и язвы.
* Кровотечения, нехарактерные выделения из молочных желез.
* Ощущение кома в горле, трудность при глотании.
* Длительный, не проходящий кашель, хрипота.
* Проблемы с кишечником и опорожнением мочевого пузыря.
* Продолжительные расстройства пищеварения, кровь в стуле.
* Наличие уплотнений и утолщений на теле.

Чем раньше пациент распознает эти опасные сигналы и обратится за консультацией к врачу, тем больше шансов, что онкологическое заболевание у него выявят своевременно, он успеет пройти лечение и сохранит свою жизнь. Онконастороженность и ранняя диагностика онкологических заболеваний важны в связи с тем, что на начальной стадии заболевания большинство случаев заканчиваются благоприятным исходом.

6.2. **Паранеопластический синдром.**

Паранеопластические синдромы - это редкие расстройства, вызванные изменением реакции иммунной системы на новообразование. Они определяются как клинические синдромы, связанные с неметастатическими системными эффектами, которые сопровождают злокачественные заболевания.

В широком смысле эти синдромы представляют собой совокупность симптомов, возникающих благодаря веществам, продуцируемым опухолью, которые синтезируются удаленно от самой опухоли. Симптомы могут быть эндокринными, нервно-мышечными или скелетно-мышечными, сердечно-сосудистыми, кожными, гематологическими, желудочно-кишечными, почечными и др.

Паранеопластический синдром может быть первым или наиболее заметным проявлением рака. Если пациент без установленного рака имеет один из «типичных» паранеопластических синдромов, то должны быть проведены диагностические исследования на наличие у пациента онкопаталогии. Из-за многочисленных клинических проявлений паранеопластическим синдромом должны заниматься слаженная команда врачей, включая онкологов, хирургов, онкологов-радиологов, эндокринологов, гематологов, невропатологов и дерматологов.

Эпидемиология

Сообщения о частоте паранеопластическиих синдромов колеблются от 2 до 20% злокачественных новообразований, однако, они могут быть занижены. Неврологические паранеопластические синдромы, по оценкам могут произойти у менее чем 1% пациентов с раком. Истинная распространенность случаев смерти и осложнений, связанных с паранеопластическими синдромами неизвестна.

Не имеется расовой склонности к паранеопластическим синдромам. Люди обоих полов и всех возрастов могут страдать от рака и связанных с ним паранеопластических синдромов

Патофизиология

Патофизиология параопухолевых синдромов сложная и интригующая. При возникновении опухоли в организме вырабатываются антитела, которые, связываясь с опухолевыми клетками, разрушают их. В некоторых случаях эти антитела параллельно могут реагировать с нормальными тканями и разрушать их, приводя к развитию паранеопластических нарушений [1].

В других случаях параопухолевые синдромы возникают вследствие синтеза и выделения физиологически активных веществ опухолью. Опухоли могут синтезировать гормоны, гормональные предшественники, множество ферментов или цитокины. Некоторые опухоли производят белки, которые могут служить маркерами опухоли, например, раково-эмбриональный антиген, альфа-фетопротеин, антиген углевода 19-9 (CA 19-9). Очень редко опухоль может вмешаться в нормальный метаболизм или стероидный метаболизм.

Причины параопухолевых синдромов, связанных с основными раковыми образованиями, не известны, только несколько случаев ясно демонстрируют этиологический и патогенетический фактор [5].

Разные синдромы

Предполагается, что лихорадка возникает в результате выделения эндогенных пирогенов (т.е. лимфокинов или тканевых пирогенов). Лихорадка также может быть связана с некрозо-воспалительными явлениями опухоли и/или с изменениями функции печени и последующими нарушениями стероидогенеза.

Дисгевзия, вероятно, связана с количеством меди и цинка в организме или с морфофункциональными изменениями вкусовых рецепторов.

Предполагают, что кахексия вызвана биоактивными молекулами, продуцируемыми опухолью, такими как альфа-лимфотоксин (фактор некроза опухоли (TNF)), пептиды и нуклеотиды, которые в состоянии затронуть метаболизм. Такие модификации приводят к увеличению в сыворотке крови уровня жирных кислот; уменьшению мочевины, аланина и углекислого газа, а также к изменению метаболизма глюкозы.

Ревматологические синдромы

Причины гипертрофических остеоартропатий остаются неизвестными, хотя все же было разработано несколько гипотез (например, эстроген или соматотропный гормон, продуцируемые опухолью, вагусная гиперактивность).

Аутоиммунное происхождение полимиозита и дерматомиозита подтверждено наличием лимфоплазматического клеточного инфильтрата мышечных промежутков и наличием некроза мышц, который характеризуется увеличенными серологическими уровнями креатинкиназы и лактатдегидрогеназы и повышенной реакцией оседания эритроцитов.

Начало склеродермии и системной красной волчанки может быть связано с синтезом антинуклеарных антител, поскольку антигены, ограниченные соединительной тканью, выражены необычно при раке [3].

Почечные синдромы

Вторичный почечный амилоидоз и седиментация иммунных комплексов в нефронах (и последующий мембранозно-пролиферативный гломерулонефрит) считаются основными механизмами нефротического синдрома и, часто, неопластической гипоальбуминемии, что также связано с сниженным синтезом альбумина.

Желудочно-кишечные синдромы

Желудочно-кишечные паранеопластические нарушения связаны с производством молекул, которые затрагивают механику и секреторную активность пищеварительного тракта следующим образом: 1) Медулярный рак щитовидной железы может продуцировать несколько простагландинов (например, PGE2 и PGF2), что приводит к мальабсорбции, как следствие отсутствия питательных веществ;

2) Злокачественные новообразования пищеварительной системы, особенно в желудке или кишечнике, могут привести к энтеропатии с потерей белка, возникающей в результате воспаления опухоли и экссудации.

Гематологические синдромы

Эритроцитоз следует из увеличения эритропоэтина (EPO), который возникает в ответ на гипоксию или может следовать из эктопического продукции эритропоэтина, EPO-подобных веществ или от измененного катаболизма самого эритропоэтина. Эритроцитоз распространен при раковых образованиях в печени, почках, надпочечниках, легких, тимусе и центральной нервной системе, а также при гинекологических опухолях и миосаркомах.

Анемия является распространенным симптомом ряда новообразований в результате хронических кровотечений из изъязвленных опухолей, измененной кишечной абсорбции витаминов B6 и B12, а также увеличенного разрушения или недостаточной продукции эритроцитов.

3 типа паранеопластической анемии могут быть описаны следующим образом:

* Хроническая анемия, возникающая из фактора антиэритропоэтина, сокращения средней жизни эритроцитов (RBC) и плохой доступности железа;
* Микроангиопатическая гемолитическая анемия, вследствие диффузного внутрисосудистого свертывания, с образованием нитей фибрина в капиллярных сосудах и последовательным механическим гемолизом;
* Аутоиммунные гемолитические анемии, обусловленные анти-РБК антителами, которые могут быть либо произведены лимфоматозными клонами или направлены против новых антигенов, произведенных тератомами и овариальным цистаденокарциномами;
* ДВС-синдром характерен для эпителиальных опухолей, лейкозов и лимфом (в частности, острого промиелоцитарного лейкоза); как правило, ДВС-синдром имеет медленное и постепенное начало, а в некоторых случаях проявляется в острой и тяжелой форме, характеризуемой типичными тромбическими и/или геморрагическими проявлениями.
* Токсический эндокардит типичен для слизистых аденокарцином легких, желудка и поджелудочной железы;
* Гаммапатии, возникающие у онкологических больных могут быть моноклональными (иммуноглобулин G или реже иммуноглобулин М), вторичными моноклональными (IgG + ІgM) или поликлональными (IgG); гаммапатии, вероятно, связаны с антигенным стимулом опухоли на некоторые иммунные клоны.

Кожные синдромы

Причины кожных параопухолевых синдромов следующие:

* Зуд возникает из-за гиперэозинофилии и характерен для лимфомы Ходжкина, у которого он имеет специфическое диагностическое и прогностическое значение;
* Депрессия иммунной системы, которая может наблюдаться у большинства пациентов с онкологическими заболеваниями, часто ответственна за реактивацию латентного вируса ветряной оспы в сенсорных ганглиях и последующие атаки опоясывающего лишая;
* Опухоли поджелудочной железы могут высвобождать липазы и литиевые ферменты в кровоток, что приводит к жировому узловому некрозу подкожных тканей; это состояние характеризуется болезненными (от розовых до темно-красноватых) узелками под кожей; эти узлы часто изъязвляются, вызывая утечку маслянистого содержимого;
* Приливы крови могут наблюдаться у больных с острыми лейкозами, мастоцитозом, карциноидами, медулярным раком щитовидной железы или панкреатическими карциномами, которые секретируют вазоактивные вещества, главным образом, простагландины (альфа, E1, E2, F2, I2);
* Кожный меланоз возникает из предшественников меланина, которые попадают в кровоток и накапливаются в дерме, потому что не могут быть удалены полностью через мочу, что приводит к изменению цвета кожи от серого до черно-голубоватого.

Эндокринные синдромы

Патогенез паранеопластических эндокринных синдромов обусловлен аберрантным продуцированием опухолями белковых гормонов, гормональных предшественников или гормональных веществ. Рак обычно не синтезирует стероидные гормоны, кроме тех, которые возникают в органах с физиологическим стероидогенезом (то есть, с помощью гонад или надпочечников) [3].

Неврологические/нервно-мышечные синдромы

Патогенез нервно-мышечных паранеопластических нарушений неизвестен, но предполагается, что они мультифакторные, коррелируют с вирусом, становящимся вирулентным, образованием аутоантител или производством веществ, которые изменяют нервные функции.

Мышечная система участвует в миастенических явлениях (на токсической и метаболической основе), которые могут быть либо простыми (воздействие на тазовый пояс), либо частью миастенического синдрома Итона-Ламберта (ELMS). Согласно некоторым недавним сообщениям, ELMS может быть связан с образованием опухолевых белков, которые могут спровоцировать продуцирование антител к кальций-каналу.

Аутоантитела, направленные против центральных нейронов и головного мозга, часто присутствуют в сыворотке крови и цереброспинальной жидкости пациентов с сенсорными и смешанными невропатиями. Анализ цереброспинальной жидкости может выявить повышенный уровень альбумина и иммуноглобулинов. Пациенты со смешанной невропатией обычно имеют дистальную нервную демиелинизацию, тогда как пациенты с сенсорной невропатией имеют ганглиозную дегенерацию.

Прогноз

Поскольку паранеопластические синдромы сильно отличаются у разных индивидуумов, прогноз может сильно различаться. Например, диссеминированное внутрисосудистое свертывание указывает на плохой прогноз, тогда как гипертрофическая остеоартропатия является одним из немногих паранеопластических синдромов, которые могут указывать на более благоприятный прогноз. Некоторые паранеопластические нарушения могут спонтанно разрешаться. Смерть может быть результатом основного рака или от необратимого нарушения системы, как правило, острой сердечной недостаточности или почечной недостаточности

**6.3. Эпидемиология рака.**

В настоящее время под эпидемиологией рака понимают раздел онкологии,который изучает частоту, причины возникновения закономерности распространения злокачественных новообразований на определенной территории среди всего населения или отдельных его групп. В онкологической эпидемиологии применяется комплексный метод, включающий статистические исследования, эпидемиологическое обследование, сравнительно-исторический анализ, элементы медицинской географии, экспериментальное моделирование. По частоте выявляемости распределяется:

1. Рак легкого извиняется
2. Молочная железа
3. Желудок
4. Толстая кишка
5. Печень
6. Предстательная железа
7. Другие локалзации
   1. **Основные факторы формирования групп онкологического риска.**

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) здоровье - это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов. Отсюда вытекает формулировка ВОЗ групп высокого риска возникновения заболеваний как групп населения, имеющих высокий риск ухудшения здоровья или экономического и социального состояния.

К группам онкологического риска относят группы населения, имеющие существенно повышенную вероятность развития злокачественных новообразований (ЗН) и выраженность канцерогенного эффекта при специфических условиях воздействия факторов риска.

Различные факторы онкологического риска могут действовать индивидуально и сочетанно, нередко взаимно усиливая друг друга. Их природа и характер взаимодействия определяют особенности подходов к профилактике ЗН у отдельных лиц и в группах населения. Среди многочисленных факторов онкологического риска в своей работе мы выделяем следующие группы:

* факторы (особенности) образа жизни, включающие распространенность вредных привычек (табакокурения, злоупотребление алкоголем и пр.), характер репродуктивного поведения (особенности сексуальной жизни, количество родов и пр.) и др.;
* генетически обусловленная предрасположенность к возникновению злокачественных новообразований;
* производственные канцерогенные факторы, действующие на работающих в условиях производства и способные вызвать развитие профессионального онкологического заболевания;
* психоэмоциональный стресс с последующей хронической депрессией.

Перечисленные факторы онкологического риска формируют соответствующие группы повышенного риска возникновения злокачественных опухолей:

* Лица, не придерживающиеся правил здорового образа жизни  
  этой многочисленной группе риска можно отнести значительную часть населения, которая подвергает себя опасности, связанной с тем или иным фактором риска: табакокурением, злоупотреблением алкоголем, малоподвижным образом жизни, нерациональным питанием, неупорядоченной сексуальной жизнью и т.д. (Более подробно об этих факторах и мерах профилактики см. в разделе нашего сайта ["Для всех и для Вас тоже"](http://www.ppr-info.ru/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=3&Itemid=4)).

1. [Лица с наследственной предрасположенностью к возникновению опухолей](http://www.ppr-info.ru/index.php?option=com_content&task=view&id=57&Itemid=15)  
   Частота носителей генов предрасположенности среди населения пока точно не известна, но она не менее 1%. Это группа высокого онкологического риска. По современным оценкам наследственные формы составляют 5-7% от всех случаев рака. Следует сразу сказать, что речь идет не о наследовании рака, как болезни, а лишь о наследственной предрасположенности к его возникновению.
2. [Работники канцерогеноопасных предприятий (организаций)](http://www.ppr-info.ru/index.php?option=com_content&task=view&id=106&Itemid=15)  
   Канцерогеноопасное предприятие (организация) - предприятие (организация), на котором работники подвергаются или могут подвергнуться воздействию производственных канцерогенных факторов, и/или существует потенциальная опасность загрязнения окружающей среды канцерогенами.  
   Когда речь идет об использовании канцерогенных веществ на предприятии, в соответствии с Конвенцией МОТ 170 "О безопасности при использовании химических веществ на производстве" имеется в виду любая трудовая деятельность, при которой работник может подвергнуться воздействию химического вещества, включая:
   * производство химических веществ;
   * обращение с химическими веществами;
   * хранение химических веществ;
   * транспортировку химических веществ;
   * удаление и обработку отходов химических веществ;
   * выброс химических веществ в результате производственной деятельности;
   * эксплуатацию, ремонт и очистку химического оборудования и контейнеров.
3. [Лица, перенесшие сильный психоэмоциональный стресс](http://www.ppr-info.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=105:2008-12-07-18-58-48&catid=36:2008-11-27-09-40-59&Itemid=5)  
   "К настоящему времени большинство исследователей сходится во мнении, что чрезмерный стресс, возникающий в конфликтных или безвыходных ситуациях и сопровождающийся депрессией, чувством безнадежности или отчаяния, предшествует и с высокой степенью достоверности обуславливает возникновение многих злокачественных новообразований". В условиях, сложившихся в нашей стране в последние 15-20 лет, следует признать актуальным формирование в числе групп повышенного онкологического риска группы лиц, перенесших особенно сильное психоэмоциональное потрясение. Исследования, проведенные ГНИЦ профилактической медицины, показали, что в состоянии среднего и высокого уровня хронического стресса в России проживает примерно 70% населения. По данным обследования национальной представительной выборки в России 46% населения страдает депрессией (34% мужчин и 52% женщин).

Следует подчеркнуть, что в конкретных условиях каждого региона может оказаться актуальным формирование групп риска с применением других критериев.

* 1. **Методы диагностики злокачественных опухолей.**

**Основные этапы обследования больных с подозрением на злокачественное новообразование**

Семиотика рака. В онкологии клинический анамнез и симптомы злокачественных новообразований делятся на три группы.

*Первичные симптомы.*Их клинические проявления связаны с непосредственным (локальным) воздействием опухоли на орган, в котором она развивается. Наиболее демонстративны первичные симптомы при визуальных формах злокачественных новообразований (видимые опухоли кожи, пальпируемая опухоль мягких тканей, молочной железы).

*Вторичные симптомы*В основе их патогенеза лежат механизмы, обусловленные местным распространением самой опухоли на соседние органы и структуры {сосуды, нервные стволы и т.д.) или ее лимфо- и гематогенных метастазов и развитием в зоне опухоли вторичной инфекции. В качестве примера можно назвать такой симптом при раке легкого или щитовидной железы, как осиплость голоса вследствие сдавления метастазами и/или прорастания самой опухолью возвратного гортанного нерва.

*Общие симптомы*являются вполне предсказуемыми последствиями системных неметастатических воздействий злокачественного роста. К ним относятся такие симптомы, как немотивированная слабость, быстрая утомляемость, гипертермия, анорексия, потеря массы тела, признаки депрессии, анемия и т.д.

***Осмотр*** больного является важной составной частью постановки диагноза злокачественной опухоли.

Клинические феномены злокачественных опухолей как терминологическое определение позволяет объяснить патогенез наиболее важных для диагностики симптомов, представить понятной, логически обоснованной и легко воспринимаемой клиническую картину большинства опухолей.

*Феномен обтурации*. Наблюдается при раке большинства полых и некоторых паренхиматозных органов. Наиболее типичными проявлениями феномена являются; дисфагия; обтурационная кишечная непроходимость; стенозпривратника; острая задержка мочи (при раке предстательной железы); ателектаз легкого; механическая желтуха.

*Феномен деструкции*обусловлен эрозивно-деструктивным ростом и распадом вследствие некроза опухоли или травмой, наносимой хрупким опухолевым массам твердым содержимым органа или какими-либо механическими факторами и сопровождается повреждением сосудов (чаще мелких). Феномен деструкции и обусловленное им кровотечение могут проявляться следующими симптомами: примесь крови в кале (рак ободочной и прямой кишки); гематурия (рак почки и мочевого пузыря); кровохарканье (рак легкого); кровавая рвота, мелена и скрытая кровь в кале (рак пищевода и желудка); кровянистые выделения из влагалища (рак шейки и тела матки).

Феномен *компрессии* отражает клинику давления опухоли на нервные стволы, окружающие органы и ткани. И доброкачественные, и злокачественные опухоли занимают пространство, ≪отбирая≫ его у нормальных тканей, Если потеря пространства происходит за счет фиброзной или жировой ткани, то местный механический эффект может быть незначительным. Однако там, где стромы мало или орган заключен в костную ткань, эффект сдавления растущей опухолью проявляется рано и часто достаточно выражен. Наиболее характерны для данного феномена боль и нарушение функции. Боль - носит постоянный характер, развивается постепенно от мало ощутимой до нестерпимой.

Феномен *интоксикации*. Симптомы интоксикации характерны для опухолей,внутренних органов и наиболее выражены при раке желудка, поджелудочной железы и печени.

Наиболее типичными симптомами интоксикации являются общая слабость, похудение, потеря аппетита, которые нередко служат основанием для обращения больного за медицинской помощью.

*Феномен опухолевидного образования*. Наличие видимого или прощупываемого опухолевидного образования (молочная железа, мягкие ткани и др.) является наиболее достоверным признаком злокачественного новообразования и лишь условно может быть отнесено к числу феноменов, вызывающих появление клинических симптомов. Доступная пальпации раковая опухоль независимо от формы роста чаще безболезненная, плотной консистенции, поверхность ее бугриста, подвижная, пока не прорастает в кости или неподвижные органы и ткани.

Другие феномены опухоли. Семиотика злокачественных новообразований не исчерпываются симптомами, описанными пятью феноменами, и может быть также обусловлена другими факторами.

1. Нарушения специфических функций организма. Характерны для многих злокачественных новообразований, но наиболее ярко они проявляется при опухолях желез внутренней секреции: паращитовидных желез - гиперпаратиреоидизм; ин- супярного аппарата поджелудочной железы - гипогликемия; надпочечников – артериальная гипертензия; яичников - симптомы вирилизации или феминизации; гипофиза - ожирение, инволюция половых органов и молочных желез.

2 Предшествующие заболевания. Обычно они затушевывают симптомы и затрудняют распознавание опухоли. Иллюстрацией может служить рак желудка, возникший на фоне хронического гастрита или язвенной болезни.

3 Присоединение инфекции. Чаще наблюдается при распадающихся и изъязвленных опухолях и проявляется повышением температуры, изменениями картины крови. Наиболее существенное влияние на клиническую картину присоединившаяся инфекция оказывает при раке легкого. Повышение температуры далеко не всегда обусловлено присоединением инфекции. В некоторых случаях оно вызвано некрозом опухоли, в других - например, при лимфогранулематозе, причина лихорадки остается неясной.

Обращают внимание на состояние больного, его поведение, внешний вид. окраску кожных покровов, склер, слизистых оболочек.

Главным правилом при обследовании больного с подозрением на наличие онкологической патологии должно быть полноценный посистемный осмотр, а не только осмотр пораженной области, так как выявляемое локальное поражение может быть отдаленными метастазами опухоли другого органа

Обращается внимание на тембр голоса больного – увеличенные паратрахеальные лимфатические узлы могут привести к парезу возвратного нерва и охриплости, осиплости голоса. Изменение походки и позы казывает на возможное поражение костей таза, конечностей, позвоночника. При сдавлении опухолью полых вен могут быть заметны расширенные и застойные вены брюшной и грудной стенок. В некоторых случаях можно визуально определить опухоль в брюшной полости или изменение перистальтики (стеноз привратника или толстой кишки).

Собственно физикальное обследование больного можно начинать с пораженной области и зоны возможного регионарного метастазирования, что на ранних стадиях злокачественного процесса может дать мало объективной информации, за исключением случаев наружных локализаций опухолей (кожа, молочная железа, полость рта и др.), когда уже при начальных формах имеются изменения.

*Пальпация*дает ценную информацию о расположении, размерах, консистенции, подвижности опухоли, ее взаимоотношении с окружающими структурами. Для злокачественной опухоли характерны бугристая поверхность, плотная консистенция, как правило, безболезненность и более четкая форма и границы затвердения, чем, например, в очаге воспалительного происхождения. Обязательной является пальпация всех групп периферических лимфатических узлов (подчелюстные, шейные, над- и подключичные, подмышечные, паховые). В норме лимфоузлы мягкие, небольших размеров (до 1 см), овальной формы, подвижные, безболезненные. Метастатические лимфоузлы увеличены в размерах, круглые, плотные, иногда бугристые, чаще спаянные с окружающими тканями и другими узлами, безболезненные (в отличие от воспалительно измененных), иногда располагаются цепочкой. Пальпацию лимфоузлов следует проводить в положении больного как стоя, так и лежа, рекомендуется одновременная пальпация обеими руками симметричных сторон. Обязательна пальпация брюшной полости и особенно печени, ввиду частой локализации в ней метастазов. Печень, пораженная метастазами, увеличена, бугриста, плотна, безболезненна. Кроме того, следует обратить внимание на наличие или отсутствие в брюшной полости асцитической жидкости и опухолевых образований. Частое метастазирование в кости (рак легкого, молочной железы, предстательной железы) заставляет внимательно обследовать скелет, обращая внимание на болезненность в области остистыхотростков позвонков, подвижность суставов.

*Перкуссия*применяется для определения границ опухоли, ее консистенции, наличия свободной жидкости в брюшной и плевральной полостях. Для выявления дополнительных симптомов при раке желудочно кишечного тракта, легочной онкопатологии незаменимым методом является *аускультация.*

Оценка жалоб, данных анамнеза и результаты физикального исследования наряду с лабораторно функциональными тестами позволяет получить информацию об общем состоянии пациента. В связи с этим, необходимо указать, что в онкологии общая оценка соматического состояния больных позволяет сформировать представление об уровне функционирования систем организма.

**Клинические методы исследований:**

жалобы, сбор анамнеза (изменение голоса, пищевых привычек, потеря аппетита, необъяснимое повышение температуры, гиперсаливация, дисфагия, боль, слабость, утомляемость, кровь в биолог.жидкостях), и общеклиническое исследование больного. (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

**Особенности сбора анамнеза и объективного осмотра у пациентов с подозрением на онкологическое заболевание.**

Обследование онкологических больных должно носить строго систематический и последовательный характер. Важнейшее значение придается анализу жалоб и сбору анамнеза, при этом не должна быть упущена ни одна деталь.

**Опрос больного.** Знакомство врача и больного начинается с оценки жалоб. Врач должен внимательно выслушать больного, стараясь не перебивать его, а лишь помочь наводящими вопросами. Особенно важны тщательность и внимательность опроса больного для постановки диагноза злокачественной опухоли внутренних локализаций. Необходимо помнить, что на ранних стадиях развития злокачественной опухоли больной может и не предъявлять определенных жалоб, за исключением лиц, имеющих длительное время пред опухолевые заболевания того или иного органа. Обращая внимание на боль, надо не только уточнять ее локализацию и иррадиацию, но и отмечать изменение характера, ее сезонность и длительность. В то же время следует помнить, что боль не характерна для раннего рака и более свойственна далеко зашедшему процессу. При наличии патологических симптомов со стороны отдельных органов необходимо углубить опрос для выявления характерных новообразованию признаков заболевания (например, наличия крови в мокроте, моче или кале, увеличения регионарных лимфатических узлов и т.д). Настораживать врача должны появившиеся на фоне полного благополучия утомляемость, сонливость, потеря интереса к окружающему, снижение работоспособности и т.д. (так называемые малые симптомы злокачественного поражения.

В плане онкологической грамотности врача на мысль о злокачественной опухоли могут навести следующие симптомы:

1) потеря интереса к окружающему, немотивированные изменения самочувствия, например, повышенная утомляемость при неизмененном режиме труда и быта, сонливость, снижение работоспособности;

2) изменение пищевых привычек, появление отвращения к какой-либо пище, запаху:

3) ухудшение или изменение аппетита, отсутствие удовлетворения от принятой пищи, от акта дефекации;

4) немотивированное похудение;

5) изменение голоса, характера кашля;

6) ощущение прогрессирующей слабости;

7) появление стойких болей в грудной клетке или в животе;

8) необъяснимое повышение температуры тела;

9) анемизация;

10) повышенная саливация, появление дисфагии ипи необычных ощущений при глотании пищи.

**Анамнез**. Следующий этап опроса - сбор анамнеза (естественного, забытого и утерянного), который у онкологического больного обычно непродолжительныйна фоне непрерывного нарастания симптомов. Однако следует иметь в виду, что при развитии рака на фоне хронического процесса или доброкачественной опухоли анамнез заболевания может быть многолетним. Каждый из стандартных «пунктов» расспроса у этой категории больных приобретает особый смысл.

*Естественный анамнез -*это то, что пациент рассказывает сам о своей болезни: начало и динамику развития заболевания, возможные, по мнению больного, причины его возникновения, наличие пред опухолевых заболеваний и т.д.

*Забытый анамнез -*это те дополнительные сведения, которые больной сообщает, отвечая на уточняющие вопросы по поводу настоящего заболевания (дата обращения, проведенное обследование и лечение), перенесенных заболеваний, которые могут служить фоном для развития опухоли, профессии, наследственной предрасположенности к онкозаболеваниям.

*Утерянный анамнез*- это дополнительные данные, полученные из медицинской документации, имеющейся на руках у больного или из амбулаторной карты.

Следует обратить внимание на:

* *Место рождения пациента*, возраст родителей при рождении. Какие учебные заведения окончил? *Трудовая жизнь,* последовательная смена профессий и места работы, режим труда (по сменам - в различное время суток, связан с частыми командировками, ненормированный и т. д.), наличие и характер профессиональных вредностей (повышенная или пониженная температура, сквозняки, повышенная влажность и загрязненность воздуха на рабочем месте, контакт с вредными веществами, наличие шума, вибрации, воздействия электромагнитным полем и т.д.). Положение тела при работе, характер и интенсивность мышечных усилий. Прохождение воинской службы, участие в Великой Отечественной Войне, выполнении интернационального долга в Афганистане, участие в контртеррористических операциях, в ликвидации последствий аварий на АЭС, химических производствах – все может подсказать о наличии экологического и профессионального риска онкозаболевания.
* *Время наступления полового созревания,* состояние репродуктивной функции в настоящее время, наличие и своевременность возрастных изменений (климакс и др.), *вредные привычки и пристрастия,*
* *Перенесенные заболевания*в хронологическом порядке, начиная с детского возраста. Здесь не следует ограничиваться названием болезни, необходимо кратко расспросить о клинической картине и убедиться, что она соответствует данному диагнозу. Указываются тяжесть и продолжительность болезни, осложнения, лечебные мероприятия. Особое внимание обращается на туберкулез, болезнь Боткина, частые ангины, простудные заболевания, ревматизм, венерические болезни, новообразования и СПИД.
* *Наследственность.* Выясняются состояние здоровья или причины смерти близких родственников больного (отец, мать, братья и сестры). Особое внимание обращается на наличие в семье и у ближайших родственников следующих онкологических, аутоимммунных и наследственных заболеваний.
* Анамнез жизни завершается сбором *фармакологического анамнеза*: переносимость лекарственных средств, а также вакцин, сывороток и других биологических препаратов. Какие побочные реакции, и через какой срок после начала лечения возникали на прием этих препаратов, какое лечение проводилось по поводу возникших побочных реакций. Известны могочислен66ые случаи паранеопластических аллергических реакций и заболеваний.

2) **лабораторные методы:** в ОАК мб анемия, лимфопения, увеличение СОЭ.

б/х крови.

иммунологические исследования (радиоиммунологические тесты и иммуногистохимические методы).

Для определения переносимости пациентом специального лечения, его соматического статуса - ЭКГ, ЭЭГ, ЭхоКГ с фракцией выброса, спирография, функциональные радиоизотопные исследования почек и печени

3)**Методы визуализации новообразований**: рентгенологические иссле, рентгеновская КТ, МРТ, УЗИ, радионуклидная визуализация, ангиография

**4) Эндоскопические методы исслед**: ФГДС, ретроградная холангиопанкреатография

бронхоскопия лапароскопия, торакоскопия, медиастиноскопия и др.

5)**Онкоморфологическая диагностка:** морфологическая диагностика (доброкач ли злокач, гистологическая принадлежность, степнь дифференцировки и распространения), цитологическая диагностика.

5) **определение онкомаркеров** в биологических жидкостях организма

**Понятие о клиническом минимуме обследования при подозрении на рак.**

Догоспитальный этап:

1.физикальное исследование доступных зон возможного регионарного и гематогенного метастазироания (пункция лимфоузлов при подозрении)

2.ОАК, Б/Х крови, ОАМ, ЭКГ, рентгено- или флюорография легки; гинеколог, УЗИ ОБП, забрюшинного пространства и ОМТ для исключения сопутствующей патологии.

3.дополнительно в зависимости от локализации опухоли:

**О.Трахеи, бронхов, легких** – полипроекционная флюорография или рентген-я легких, рентгеноскопия (по показаниям), томография патологического образования в паренхиме или корне легкого, фибробронхоскопия с биопсией, анализ мокроты на атипичные клетки

**О.Головы, шеи –** УЗИ мягких тканей, органов шеи, осмотр ЛОРа.

**О.Молочной железы** – УЗИ, мазки-отпечатки выделений из соска (и из опухоли при ее распаде)

**О.Пищевода и желудка –** рентгеноскопия с прицельной рентгенографией, Ф**Э**ГДС с прицельной биопсией или забором материала различными способами для цитологии.

**О.Тонкой кишки** - пассаж бариевой взвеси по кишечнику, УЗИ ОБП.

**О.Толстой кошки** – пальцевое исслед.прямой к-ки, ректороманоскопия (при возможности биопсия или мазок-отпечаток), ирригоскопия, фиброколоноскопия с биопсией.

**О.Гепатопанкреатодуоденальной зоны** – УЗИ, рентгеноскопия желудка и 12-перстной к-ки, ФГДС.

**Лимфопролиферативные о.** – рентгенография легких в 2 проекциях, томография средостения с контрастированием пищевода; УЗИ ОБП, забрюшинного пространства, ОМТ, анализ крови на RW, ВИЧ. При подозрении на миеломную болезнь – рентгенография ребер и черепа.

**О. костей и мягких тканей** – рентгенография зоны, опухоли в 2 проекциях,УЗИ опухоли, мазки-отпечатки при деструкции.

**О. кожи** – мазки-отпечатки при деструкции.

**О. мочевыводящей системы** – пальцевое исслед.прямой к-ки; УЗИ почек, мочевого пузыря, простаты, экскреторная урография (цистография), цистоскопия.

**О. малого таза** – УЗИ ОМТ, трансректальное и трансцервикальное УЗИ, цитология мазков с поверхности шейки матки и цервикального канала. Ректороманоскопия, ФГС у женщин.

**Способы верификации диагноза рака и оценки распространенности опухолевого процесса.**

Верификация - путем исследования биоптата. Это мб кусочки тканей, экскреты, секреты, мазки-отпечатки, соскобы, пунктаты. Методы: морфологические и цитологические. Морфологический: материал тканевой, дает заключение о гистогенезе, степени распространения опухоли. Оценка распространенности: определяют наличие прорастания опухоли в кровеносные и лимфатические сосуды, опухолевых клеток в просветах сосудов, распространение опухоли по периневральным и периваскулярным пространствам, прорастание ее в окружающие органы и ткани.

Цитологический: материал – отдельные клетки или группы клеток, не позволяет судить о степени распространения опухоли, не всегда может определить гистологическую форму. Преимущества: больше информации о структуре и функции клеток, возможно неограниченное повторение процедур, доступность для исследования всех органов, возможно обнаружить диспластические состояния и самые начальные стадии рака.

**Способы забора материала для верификации диагноза злокачественного новообразования.**

**Для морфологического исследования:**

**1**.трепан-биопсия – специальные иглы с внутренним режущим механизмом. Недостатки: маленький кусочек ткани, возможность имплантации опухоли по ходу иглы. Гистология. Выполняют при: раке предстательной железы, средостения, молочной железы, периферическом раке легкого с инвазией плевры, метастазах рака в печень, при опухолях позвоночника, при исследовании лимфоузлов.

**2.**инцизионная биопсия – с помощью скальпеля, материал берется в пределах опухоли из центральных и периферических участков опухоли, **вне** некроза, грануляции, отека, кровоизлияния. Глубина не менее 2-3мм. Гистология.

3.эксцизионная биопсия – полное радикальное удаление опухоли при её небольших размерах вместе с участком окружающей тани. Удаление материала одним блоком. Гистология.

4. интраоперационная биопсия – срочная, 20 минут. На замороженных срезах. Не рекомендуется отправлять лимфоузлы при подозрении на злокачественную лимфому,т.к. точный ответ можно получить только на парафиновых срезах (4-5 дней).

**Для цитологического исследования:**

-Для эксфолиативной цитологии – отстаивание биологической жидкости, из полых органов можно получит смывом.

Мазки-отпечатки или соскобы.

-Для неэксфолиативной (пункционной, аспирационной) цитологии – клетки из опухоли аспирированы при пункции иглой. (лимфоузлы, костный мозг,щит.ж-за и т.д.)

Так же экссудаты и транссудаты из замкнутых полостей.

-Эндоскопическая цитология – прицельный забор во время эндоскопии. !первая биопсия берется из самого измененного участка,т.к.затем появляется кровоточивость и следующие могут быть менее точными!!

-Прицельная пункция под контролем УЗИ, КТ.

## Варианты ранней диагностики опухолей

Гарантированно избавить человека от рака можно, но только при выявлении новообразования в стадию предраковых изменений, карциномы in situ или в 1 стадию опухолевого роста при отсутствии метастазов. Сегодня практическая медицина использует следующие диагностические методы определения раннего рака:

* анализ крови на рак с выявлением специфических онкомаркеров для определенных видов опухолей (основной недостаток – поздняя диагностика: онкомаркер крайне редко повышается в 0-1 стадии опухолевого роста);
* цитология (взятие клеток с наружной поверхности подозрительной или опухолевой ткани позволяет найти первые злокачественные изменения сравнительно рано);
* рентген (определение новообразования во внутренних органах при просвечивании рентгеновскими лучами – маммография, снимки легких);
* эндоскопия с биопсией (визуальный осмотр внутренних органов со взятием тканей на лабораторную диагностику);
* томография (МРТ или КТ послойные снимки, которые помогают обнаружить рак при малых размерах новообразования).

Ни один из методов не позволяет надеяться на выявление неопределяемых (доклинических) форм опухолей. Некоторые виды раковых опухолей крайне сложно диагностировать даже при наличии новообразования. Прогресс в ранней диагностике карцином стал возможен после открытия, сделанного группой ученых из разных стран.

**6.6. Методы лечения в онкологии.**

а) хирургическое

б) лучевая терапия

в) лекарственная терапия системного действия:

-химиотерапия

-гормонотерапия

Г) мсопроводительная (поддерживающая) терапия – позволяет предупредить или уменьшить побочные эффекты лекарственной и лучевой терапии, уменьшить клинические симптомы тяжелых осложнений, обусловленных распространенным опухолевым процессом.

д) комбинированный – хирургическое + лучевое / лекарственное лечение

е) комплексный – лучевое + лекарственное

ж) сочетанный – два варианта одного метода (например, внутритканевая + наружная лучевая терапия)

- Радикальное лечение: полная ликвидация всех очагов опухолевого роста.

- Паллиативное лечение: излечение заведомо недостижимо. Цель: уменьшение массы и задержка роста опухолевых очагов и таким образом продление жизни больного на более или менее длительный срок при лучшем её качестве.

- Симптоматическое лечение: только устранение или ослабление проявлений заболевания и его осложнений.

Классификация хирургических вмешательств:

**1. – радикальные:**

\*типовые (одним блоком +регионарный лимфотич.аппарат), \*комбинированные (пораженный орган + полностью или частично соседние органы, на которые распространилась опухоль. Применяется если нет отдаленных метастазов)

\* расширенные (границы лимфодиссекции значительно шире)

\*экономные и органосохраняющие

**2. –симультантные** (одновременное удаление опухолей различной локализации) **3. –паллиативные.** Циторедуктвные – разновидность паллиативных.(удаление основной массы опухоли, на ее остаток будетдействовать лекарственное лечение)

**4.-повторные second-look (полное удаление опухоли после лекарственной терапии, когда во время первой опериции была неоперабельна или удалена частично)**

**5.-диагностические**

**6.-эксплоративные (проработанные)** – в ходе интраоперац.ревизии обнаружены неудалимые метастазы. Т.е. в результате ничего не удалено.

**7.-симптоматические**

**8.-реабилитационные** (пластические, косметические, восстановительные)

**Хирургическое лечение злокачественных опухолей. Виды оперативных вмешательств.**

**Понятие об операбельности и резектабельности.**

Операции

1)Радикальные

* Типовые (стандартные)
* Комбинированные
* Расширенные
* Экономные
* Органосохраняющие

2)Паллиативные

3)симультантные

3) Повторные (second-lock)

4) Диагностические

5) Эксплоративные

6) Симптоматические

7) Реабилитационные

**Радикальные операции.** К ним относятся такие операции, при которых полностью удаляется опухоль и/или все видимые опухолевые очаги вместе спораженным органом или его частью и зоной возможного регионарного метастазирования при отсутствии клинически диагностируемых отдаленных метастазов.

Следует подчеркнуть, что оперативные вмешательства у онкологических больных существенно отличаются от обще­хирургических объемом удаляемых органов и тканей, обязательным удалением регионарых лимфоузлов (лимфодиссекция) и зачастую калечащими характером с

выраженными функциональными нарушениями в послеоперационном периоде.

* **Типовые радикальные операции** - это тот оптимум удаляемых тканей, который необходим для достаточного· радикализма Причём главным критерием стандартности является

выполняемый обьем лимфодиссекции, а не удаляемый обьем пораженного органа.

* **Комбинированные радикальные операции**. К комбинированным -при которых удаляют как пораженный новообразованием орган, так и (полностью или частично) соседние органы, на которые распространилась опухоль.
* **Расширенные радикальные операции**. Расширенными называются такие операции, при которых в блок удаляемых тканей вынужденно или по принципиальным соображёниим /вклю­

чают дополнительные (за пределами стандартных) группы лимфатических узлов.

* **Органосохраняющие и экономные операции**. предусматривающих немедленную, после удаления опухоли, пластическую реконструкцию органа с восстановлением его функции, создались реальные условия для разработки новых типов хирургических операций. В связи с этим появилась возможность, в рамках улучшения качества и продолжительности жизни больных, использовать в онкологии органосохраняющие и функциональнощадящие операции, отвечающие всем необходимым требованиям онкологического радикализма с минимальным функциональным ущербом

**Симультанные операции.** - одновременное удаление (радикальное или паллиативное) опухолей различных локализаций, или выполнение онкологической операции в сочетании с операцией по поводу общего заболевания.

**Паллиативные операции** подразумевают удаление первичной опухоли в объеме радикального вмешательства при наличии отдаленных или неудапимых регионарных метастазов с целью продления жизни больного и улучшения ее качества. Следовательно, паллиативные хирургические вмешательства не предполагают полную ликвидацию опухолевого процесса, в организме остаются определимые по локализации одиночные местно-регионар­ные опухолевые очаги или отдаленные метастазы, подлежащие затем специальной терапии.

**Симптоматические операции** производятся чаще всего в неотложном и экстренном порядке и никакого вмешательства по ликвидации опухоли не предусматривают. Они выполняются для восстановления жизненно важных функций организма (дыхания, кровообращения, питания, отведения содержимого тонкой, толстой кишок, желчных путей

**Диагностические операции** (типа лапаротомий, торакотомий) весьма распространены в онкологии. Они показаны, как заключительный этап диагностики, в случаях, когда исчерпаны все возможности уточнить диагноз иным путем, а также в целях получения материала для морфологической верификации диагноза

**Повторные - second-look - операции**. Цель таких операций - полное удаление остаточной опухоли после химиотерапии или лучевого лечения, когда во время первой операции опухоль была неоперабельной или удалена частично.

**Эксплоративные (пробаторные) операции**. В онкологической хирургии существует ситуация, когда вследствие интраоперационной ревизии установлено, что имеются неудалимые метастазы или обширное прорастание опухолью окружающих тканей или органов и операция' ограничивается только обследованием органов грудной клетки или брюшной полости без лечебных манипуляций.

**Реабилитационные операции**. Онкологические операции, как правило, являются достаточно травматичными, часто приводят к нарушению функции органов, сопровождаются существенными косметическими дефектами, чем значительно ухудшают качество жизни таких пациентов. (пладтических. косметических, восстановительных).

**Реабилитация.** Реабилитация предполагает использование государственных, медицинских, социально-экономических, профессиональных, педагогических и других мероприятий, направленных на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно полезному труду. Реабилитация онкологического больного должна начинаться до применения того или иного лечения и продолжаться всю оставшуюся жизнь.

Паллиативная терапия. Разработка и широкое внедрение новых и эффективных методов паллиативного

лечения, облегчающих страдания заболевших раком, и предоставление этим людям возможностей для медицинской и социальной реабилитации позволили бы в значительной степени облегчить тягостные последствия этого заболевания на заключительных этапах жизни.

**6.7. Профилактика злокачественных новообразованиий**

**Первичная профилактика** – комплекс санитарно-гигиенических мероприятий, устраняющих влияние факторов риска и повышающих противоопухолевую резистентность организма.

Примеры: санпросвет работа, борьба с вредными привычками, пропаганда рационального питания, охрана окружающей среды, защита рабочих мест

Рациональное питание и режим:

- ежедневно фрукты до 5 раз в день (минимум 400 г.)

- уменьшение потребления говядины, баранины, жирного мяса

- увеличение потребления рыбы и растительного масла

- сохранение стабильного правильного веса

- ограниченное употребление алкоголя, отказ от курения

- избегать прямого солнечного воздействия

- подвижный и активный образ жизни

**Медицинская (вторичная) профилактика** – выявление лиц с высокой степенью риска, их диспансеризация, систематический контроль и лечение хронических заболеваний.

При выявлении злокачественной опухоли на ранней стадии многократно повышается вероятность ее успешного лечения. Своевременное обнаружение предопухолевых заболеваний и злокачественных опухолей на доклинической стадии возможно только в результате скрининга онкологических заболеваний.

**Третичная профилактика** – снижение и предотвращение смертности от рака путем лечения уже существующего заболевания, предупреждения его рецидивов, а также развития другой формы рака.

**Раннее выявление рака на профилактических осмотрах и ежегодной диспансеризации населения.**

В 2019 году введены новые требования в правила диспансеризации, которые коснулись ранней диагностики онкологических болезней. Ранее во время диспансеризации не проводились исследования, направленные на выявление онкологических заболеваний. В 2019 году в поликлиниках пациентам дополнительно проводятся скрининговые исследования, которые направлены на выявление опухолей.

Таблица 1. Перечень скрининговых исследований, направленных на выявление онкозаболеваний, на первом этапе диспасеризации.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Возраст и пол | page1image65614192  Название исследования | Что делают | page1image65638400  Периодичность |
| Женщины, 18 лет и старше | Скрининг на выявление злокачественных новообразований шейки матки | Осмотр фельдшера (акушерки) или врача акушера-гинеколога | 1 раз в год |
| Женщины, 18 лет – 64 года | Скрининг на выявление злокачественных новообразований шейки матки | Взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки1 | 1 раз в 3 года |
| Женщины, 40–75 лет | Скрининг на выявление злокачественных новообразований молочных желез | Маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм2 | 1 раз в 2 года |
| Мужчины, 45, 50, 55, 60, 64 года | Скрининг на выявление злокачественных новообразований предстательной железы | Определение простат-специфического антигена в крови | Для всех указанных возрастов |
| Мужчины, женщины, 40–64 лет | Скрининг на выявление злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки | Исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом3 | 1 раз в два года |
| Мужчины, женщины, 65–75 лет | Скрининг на выявление злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки | Исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом | 1 раз в год |
| Все категории взрослых пациентов | Осмотр | Осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов | При каждой диспансеризации |
| Мужчины, женщины, 45 лет | Скрининг на выявление злокачественных новообразований пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки | Эзофагогастродуоденоскопия (при необходимости может проводиться с применением анестезиологического пособия, в том числе в медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в условиях дневного стационара) | Однократно |

Таблица 2. Перечень скрининговых исследований, направленных на выявление онкозаболеваний, на втором этапе диспансеризации.

|  |  |
| --- | --- |
| Название исследования | Что делают |
| Исследования на выявление злокачественных новообразований легкого | Рентгенография легких или компьютерная томография легких |
| Исследования на выявление злокачественных новообразований пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки | Эзофагогастродуоденоскопия (при необходимости может проводиться с применением анестезиологического пособия, в том числе в медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в условиях дневного стационара) |
| Исследования на выявление злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки | Ректороманоскопия |
| Исследования на выявление злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки | Колоноскопия (при необходимости может проводиться с применением анестезиологического пособия, в том числе в медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в условиях дневного стационара) |

**6.8. Диспансеризация онкологических больных. Клинические группы диспансерного учета.**

Общий принцип проведения онкологического компонента диспансеризации состоит в формировании групп повышенного риска, включающих лиц, имеющих ту или иную патологию и/или те или иные факторы риска, которые могут привести (или привели) развитию опухолевого или предопухолевого заболевания. Фактором, побудившим возложить на амбулаторно-поликлиническую сеть эту работу, является наличие постоянной и прочной связи между населением и общей лечебной сетью, построенной по участковому принципу и осуществляющей наблюдение и лечение одних и тех же контингентов населения в пределах одной территории (участка).

Диспансерное наблюдение за онкологическими больными осуществляется в основном онкологической службой. Диспансеризация больных с онкологическими заболеваниями предполагает заполнение учетной документации, выбор врачом стратегии и тактики лечения больного, контрольные сроки наблюдения и порядок диспансеризации, деонтологические аспекты работы с больным и его родственниками. Основные принципы диспансерной работы в онкологии:

1. Повсеместный и строгий учет больных раком и предопухолевыми заболеваниями.
2. Динамическое наблюдение и печение больных раком и предраковыми заболеваниями.
3. Изучение и своевременная коррекция условий труда и быта больных.
4. Оперативная связь онкологической службы с учреждениями общей лечебной сети.

Диспансеризация больных злокачественными новообразованиями осуществляется пожизненно. Особенно велико значение диспансеризации в работе с онкологическими больными, получившими радикальное лечение по поводу рака. Выделяют следующие аспекты диспансерного наблюдения больных III клинической группы: 1) ранняя диагностика рецидивов и метастазов злокачественных опухолей, которая приобретает все большее значение в связи с расширяющимися возможностями специального печения; 2) выявление и коррекция расстройств, возникниших после радикального противоопухолевого лечения; 3) проведение комплекса общеукрепляющих лечебных мероприятий, в том числе санаторно-курортного лечения, 4) экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности онкологических больных, их рациональная трудовая реабилитация; 5) диагностика метахронных первично-множественных злокачественных опухолей, поскольку вероятность возникновения новой опухоли у таких больных значительно выше, чем в популяции.

Периодичность осмотра состоящих на учете пациентов определяется временем, прошедшим с момента окончания специального лечения. Онкологические больные, которым проводилось радикальное лечение по поводу злокачественных новообразований, подвергаются регулярному патронажному обследованию и осмотрам у онколога:

• в течение первого года после печения - 1 раз в квартал;

• в течение второго и третьего годов - 1 раз в полугодие;

• в дальнейшем - не реже 1 раза в год.

Ключевым эвеном в адекватном функционировании диспансерного метода в онкологии является принцип разделения всех онкологических больных на клинические группы. Для пациентов каждой из таких групп предусматривается определенный стандарт лечебных, реабилитационных и организационных мероприятий. **К группе Iа**, относят больных с неясной клинической картиной, подозрительной на злокачественное новообразование. Их обследование и уточнение диагноза должно быть организовано не позднее, чем через 10 дней с момента взятия на учет. Больных группы la при подтверждении диагноза рака переводят во II или IV группы или снимают с учета при исключении опухоли. На больных la группы учетная документация не заполняется.

**Больные группы Iб** - с предопухолевыми заболеваниями - наблюдаются у специалистов по профилю в зависимости от пораженного органа, больных облигатным предраком наблюдают врачи-онкопоги. После радикального лечения предопухолевых заболеваний больные подлежат диспансерному наблюдению в течение 2 пет (осматриваются 1 раз в 3 месяца). При полном выздоровлении и отсутствии рецидива больные снимаются с учета. Учетная документация - контрольная карта диспансерного наблюдения (ф. № 030/у-03-онко).

**Больные II группы** злокачественными новообразованиями подлежат специальному лечению. Учетная документация: извещение (ф. № 090(у-03) и контрольная карта диспансерного наблюдения (ф. № 030/у-03-онко). Кроме того, выделяют **группу IIа** - больных, подлежащих радикальному печению. Под радикальным лечением понимают применение методов, направленных на полное излечение больного. После проведенного специального (радикального) лечения больные переводятся в III клиническую группу, а при обнаружении отдаленных метастазов - в IV.

**К группе III** относят больных после радикального печения, при отсутствии рецидивов и метастазов, т.е. это практически здоровые люди, излеченные от злокачественных новообразований. При возникновении рецидивов больные из этой группы могут переводиться в группу II для проведения специального лечения (хирургического, лучевого и др.) или в группу IV, если специальное лечение не

показано или не может быть проведено.

**К IV клинической группе** относят больных с распространенной формой злокачественного новообразования, специальное лечение которых даже с паллиативной (симптоматической) целью невозможно. Если у больного впервые выявлена злокачественная опухоль в IV стадии, то заполняется извещение, контрольная карта и «Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования». Больных, не подлежащих специальному печению (IV клиническая группа) направляют для диспанседного наблюдения и симптоматической терапии к врачам общей лечебной сети. Больным IV группы при необходимости должно быть обеспечено стационарное симптоматическое лечение в лечебных учреждениях общей сети.

**6. 9. Особенности медицинской деонтологии в онкологии**

а) самоизлечения практически не бывает, выздоровления больного всецело зависит от компетенции врача

б) страх населения перед злокачественными опухолями особенно велик

в) распространено мнение о бесперспективности лечения

Учитывая вышеперечисленное, при общении с пациентов врач должен:

1. Успокоить пациента и психологически подготовить его к предстоящему лечению, внушив веру в излечимость заболевания. Информировать пациента о методах лечения, их эффективности, исходя из данных научных исследований или основываясь на благоприятных исходах заболевания у конкретных, известных больному, людей.

2. Уметь оказать психологическую коррекцию состояния пациента согласно его стадии адаптации (шок – отрицание – агрессия – депрессия – попытки сговора с судьбой – принятие болезни).

3. Индивидуально подходить к вопросу информирования больного о его заболевании

4. Уметь убедить больного в необходимости того или иного метода диагностики или вида операции и др.

**7. Контроль качества** **формируемых компетенций /элементов компетенций*.***

Отработка практических умений и навыков (решение case-заданий).

Критерии оценивания обучающихся:

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **решение ситуационных**  **задач (case-заданий)** | Оценка «5 баллов» выставляется за умение обучающегося связывать теорию с практикой, правильное решение case-заданий с обоснованием своего суждения. |
| Оценка «4 балла» выставляется, если обучающийся осознанно применяет знания для решения case-заданий, грамотно излагает ответ, но содержание или форма ответа имеет отдельные неточности. |
| Оценка «3 балла» выставляется, если обучающийсядопускает неточности в решении case-заданий, не умеет доказательно обосновать свои суждения. |
| Оценка «2 балла» выставляется, если обучающийся не может решить case-задания. |
| Оценка «0 баллов» выставляется, если обучающийся отсутствовал при выполнении case-заданий. |

**8. Заключительное слово преподавателя.**

* подведение итогов занятия;
* выставление текущих оценок в учебный журнал;

– задание для самостоятельной подготовки обучающихся (подготовка к итоговому занятию).

**Темы рефератов для самостоятельной работы:**

1. Профилактика онкологических заболеваний.
2. Эпидемиология и скрининг онкологических заболеваний в Российской Федерации.

**9. Рекомендуемая литература:**

**Основная:**

1. Давыдов М.И., Онкология [Электронный ресурс]: учебник / Давыдов М.И., Ганцев Ш.Х. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013 - 920 с. - ISBN 978-5-9704-2719-4 - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427194.html ЭБС «Консультант студента», по паролю (для студентов медицинских вузов).

**Дополнительная:**

1. Абузарова Г.Р., Диагностика и дифференцированная фармакотерапия хронического

болевого синдрома у онкологических больных [Электронный ресурс] / Г. Р. Абузарова -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015 - 240 с. - ISBN 978-5-9704-3346-1 - Режим доступа:

http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433461.html ЭБС «Консультант студента», по паролю (для студентов медицинских вузов).

2. Ганцев Ш.Х., Амбулаторно-поликлиническая онкология [Электронный ресурс] / Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.Р. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова, Р.З. Султанов - М.:ГЭОТАР-Медиа, 2012 - 448 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-2058-4 Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970420584.html> ЭБС «Консультант студента», по паролю (для студентов медицинских вузов).

**10. Хронокарта занятия***.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Этапы и содержание занятия | Используемые методы  (в т.ч., интерактивные) | Время |
| 1  1.1  1.2 | **Организационный момент.**  Объявление темы, цели занятия.  Мотивационный момент. | Вступительное слово преподавателя. | 10  10 |
| 2  2.1  2.2  2.3  2.4  2.5  2.6  2.7  2.8  2.9 | **Основная часть учебного занятия.**  Закрепление теоретического материала.  Определение понятия «сигналы тревоги» у онкологических больных. Особенности выявления рака в доклиническом периоде.  Паранеопластический синдром.  Современные представления о механизмах канцерогенеза. Эпидемиология рака.  Основные факторы формирования групп онкологического риска.  Методы диагностики злокачественных опухолей и осложнений.  Методы лечения в онкологии.  Профилактика злокачественных новообразований  Диспансеризация онкологических больных. Клинические группы диспансерного учета.  Особенности медицинской деонтологии в онкологии. | Устный, индивидуальный опрос. | 15  15  15  15  15  15  10  15  15 |
| 3 | **Отработка** **практических умений и навыков** (решение case-заданий). | Наборы ситуационных задач (типовые) | 30 |
| 4 | **Контроль качества** формируемых компетенций /элементов компетенций.  Обсуждение решения ситуационных задач (case-заданий) с группой обучающихся. | Устный опрос | 90 |
| 5  5.1  5.2 | **Заключительная часть занятия**:  Обобщение, выводы по теме.  Домашнее задание | Заключительное слово преподавателя.  Подготовка к зачету. Оформление рефератов. | 5  5 |
| **ИТОГО** | | | 270 |

**11. Форма организации занятия** - практическое занятие.

**12. Средства обучения**:

- дидактические (таблицы, схемы, плакаты, ситуационные задачи, амбулаторные карты)

- материально-технические (мультимедийный проектор, ноутбук)

**Ситуационные задачи (case-задания)**

**Задача №1 (Пример)**

Женщина 62 лет вызвала врача-терапевта участкового на дом. Жалобы на выраженную слабость, одышку при незначительной нагрузке, чувство тяжести в правой половине грудной клетки, сухой кашель, сильную боль в области правой молочной железы и в правой подмышечной области, плохой сон, отсутствие аппетита.

Из анамнеза: заболела два года назад, когда заметила уплотнение в правой молочной железе. После обследования был поставлен диагноз «рак правой молочной железы», получила пять курсов полихимиотерапии. Принимала Кеторол, Метамизол натрия, Трамадол по 100 мг 2 раза в сутки. Состояние ухудшилось в течение последних четырѐх месяцев: одышка стала беспокоить при незначительной нагрузке, появилась тяжесть в правом боку, сухой кашель.

Из анамнеза жизни: туберкулез, венерические заболевания отрицает. Гинекологический анамнез: менструация с 13 лет, регулярная по 5 дней, роды - 2, абортов - 2. Менопауза с 50 лет. В анамнезе ЖКБ, холецистэктомия в возрасте 47 лет. Кровь и кровезаменители не переливали. У родной сестры пациентки - рак правой молочной железы, по поводу которого проведена правосторонняя мастэктомия. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Положение вынужденное, на правом боку. Пониженного питания. Рост - 167 см, вес - 56 кг. Бледность кожных покровов, акроцианоз, набухание шейных вен. Задние шейные, задние ушные, поднижнечелюстные лимфоузлы не пальпируются. Периферических отеков нет. ЧДД - 24 в минуту. Правая сторона грудной клетки отстает при дыхании. Определяется притупление перкуторного звука справа, ниже угла лопатки. Дыхание справа, ниже угла лопатки значительно ослаблено. Пульс - 92 удара в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД - 125/75 мм рт. ст. Язык влажный, негусто обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Край печени пальпируется на 2 см ниже края правой рѐберной дуги. Стул нерегулярный, запоры до 5 дней. Мочеиспускание свободное, безболезненное. В правой молочной железе на границе верхних квадрантов обнаруживается очаг уплотненной ткани 8 × 8 см с неровными границами, контуры нечѐткие, сосок втянут. Уплотнение безболезненное неподвижное, спаянное с кожей. Кожа над опухолью гиперемирована. Выделений из соска нет. Левая молочная железа без патологии. В подмышечной области справа пальпируются лимфатические узлы, увеличены до 2 см, плотные, безболезненные, спаяны с окружающими тканями.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план обследования пациентки для уточнения диагноза.

4. Какой ступени обезболивающую терапию необходимо назначить больной? Назовите показания для назначения опиоидных анальгетиков.

5. Какая адъювантная терапия должна быть назначена больной?

**Эталон ответов к задаче №1**

1. Рак правой молочной железы Т4 N2 М1. Правосторонний гидроторакс. Хронический болевой синдром.

2. Т4, так как опухоль имеет прямое распространение на кожу молочной железы. N2, так как есть метастазы в подмышечные лимфоузлы на стороне поражения. М1, так как имеются отдаленные метастазы (у данной пациентки в правое легкое). Правосторонний гидроторакс, так как правая сторона грудной клетки отстает при дыхании. Определяется притупление перкуторного звука справа, ниже угла лопатки. Дыхание справа, ниже угла лопатки значительно ослаблено.

3. Рекомендованы: общий анализ крови, общий анализ мочи, общий анализ мокроты, рентгенограмма органов грудной клетки, исследование мокроты на микобактерии туберкулеза, ЭКГ, осмотр врачом-онкологом.

4. Вероятно, пациентке надо оставить терапию второй ступени, увеличив дозу Трамадола до высшей терапевтической - 400 мг в сутки. При отсутствии эффекта перейти к препарату третьей ступени - Морфин в суточной дозе 40-60 мг в виде таблеток-ретард в 2 приема. Хроническая боль средней и высокой интенсивности, не устраняемая неопиоидными анальгетиками.

5. Адьювантная терапия: Фуросемид 40 мг 1 раз в 2-3 дня. При ухудшении состояния показан торакоцентез. Возможно применение Эуфилина в таблетках, транквилизаторов - Диазепам 10 мг на ночь.