

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра онкологии
с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии

ОБЩАЯ ОНКОЛОГИЯ.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ

ПОМОЩИ

Учебно-методическое пособие
для студентов 5–6 курсов лечебного факультета,
обучающихся по специальности «Лечебное дело»,
врачей-стажеров, клинических ординаторов

Гомель
ГоГМУ
2008

УДК 616-006-082(075.8)

ББК 55.6028

О 28

Авторы:

Т. И. Пригожая, В. Н. Беляковский, С. А. Иванов, Г. Л. Грабарева

Рецензент:

Доктор медицинских наук, профессор,
ректор Гомельского государственного медицинского университета
А. Н. Лызилов

О 28 Общая онкология. Организация онкологической помощи: учеб.-метод. пособие для студентов 5–6 курсов лечебного факультета, обучающихся по специальности «Лечебное дело», врачей-стажеров, клинических ординаторов / Т. И. Пригожая [и др.]. — Гомель: Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», 2008. — 32 с.

ISBN 978-985-506-146-6

Рассматриваются вопросы общей онкологии, канцерогенеза, эпидемиологии, принципов диагностики и лечения злокачественных новообразований, организации онкологической помощи Республики Беларусь.

Учебно-методическое пособие предназначено для студентов лечебного факультета, врачей-онкологов и врачей общелечебной сети.

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебным научно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 12 февраля 2008 г., протокол № 2.

УДК 616-006-082(075.8)

ББК 55.6028

ISBN 978-985-506-146-6

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2008

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность современных проблем онкологии определяется их сложностью и социальной значимостью. По своей частоте и распространенности онкологические заболевания занимают одно из первых мест в общей структуре инвалидности и смертности.

Рассматривая борьбу со злокачественными новообразованиями как одну из важнейших задач здравоохранения, необходимо четко и ясно представлять, что эта проблема — комплексная, включающая медико-биологические и социальные аспекты. Социальная значимость представляется очевидной, если принять во внимание, что многочисленными исследованиями показана взаимосвязь уровня и динамики онкологической заболеваемости с изменяющимися экологическими факторами, и, прежде всего, загрязнением окружающей среды, а также изменениями возрастной структуры населения, распространением вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем и ряд других).

Каждый врач, независимо от специальности, сталкивается с вопросами помощи онкологическим больным и должен обладать определенным уровнем знаний по диагностике, лечению и профилактике злокачественных опухолей, представлять организацию онкологической службы.

Цель занятия — получить общие представления об основных закономерностях опухолевого роста, принципах диагностики, лечения и профилактики злокачественных новообразований. Познакомиться с общими принципами организации онкологической помощи Республики Беларусь.

Задачи занятия

1. Изучить основные данные эпидемиологии злокачественных опухолей.
2. Изучить механизмы и основные этапы канцерогенеза.
3. Ознакомиться с основными факторами, способствующими возникновению злокачественных опухолей.
4. Изучить морфологические особенности опухолевой трансформации, понятие предрака.
5. Освоить основные закономерности ранних проявлений злокачественных новообразований, возможности их ранней диагностики.
6. Изучить принципы современного противоопухолевого лечения.
7. Освоить принципы стадирования злокачественных опухолей, диспансеризации онкологических больных, правила заполнения медицинской документации.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин

1. Предмет изучения эпидемиологии.
2. Факторы регуляции патологических процессов в организме.
3. Принципы морфологической классификации и номенклатуры новообразований.
4. Феномен метастазирования.

5. Территориальный и диспансерный принципы организации медицинской помощи.
6. Документация амбулаторного пациента.
7. Организационные основы профилактических осмотров

Контрольные вопросы по теме занятия

1. Динамика, половозрастная структура заболеваемости злокачественными опухолями, смертность от злокачественных опухолей в мире и Республике Беларусь.
2. Понятие и степени дисплазии. Понятие факультативного и облигатного предрака.
3. Стадии канцерогенеза, классификация канцерогенов.
4. Клиническая, морфологическая и TNM-классификации опухолей. Феномены злокачественного роста.
5. Принципы диагностики опухолей. Понятие онкологической настороженности.
6. Методы противоопухолевого лечения. Радикальное, паллиативное, симптоматическое лечение.
7. Структура онкологической службы РБ. Функции структурных звеньев.
8. Этапность выявления, диагностики, лечения и диспансеризации онкобольных.
9. Медицинская документация в онкологии.

УЧЕБНЫЙ МАТЕРИАЛ

ОБЩИЕ ПОНЯТИЯ ОНКОЛОГИИ

Онкология — научно-клиническая дисциплина, изучающая этиологию, патогенез, клинику, диагностику, лечение и профилактику опухолей.

Опухоль (новообразование, органическое заболевание, tumor, neoplasma, blastoma, malignoma) — патологический процесс, связанный с разрастанием ткани, клетки которой приобрели способность к беспредельному, нерегулируемому размножению.

Этимология термина указывает на один из признаков опухоли — увеличение объема ткани в каком-либо участке тела. Однако не все случаи разрастания ткани являются патологическими. Гиперплазия щитовидной железы в пубертатном периоде, нарастание мышечной массы в результате тренировок, увеличение объема лактирующей молочной железы — лишь немногие примеры физиологического увеличения живой массы. Кроме того, значительное число патологических процессов сопровождается гипер-

пластическими изменениями: лимфаденит, грануляционная ткань, келоидный рубец, экзостоз и др. Но во всех перечисленных случаях макроорганизм сохраняет способность регулировать размножение клеток, а пролиферация имеет ограниченный характер.

Опухолевый процесс — это в первую очередь нарушение контроля за пролиферацией, выражающаяся в автономности деления клеток.

КАНЦЕРОГЕНЕЗ

Канцерогенез — длительный многоэтапный процесс возникновения и развития злокачественной опухоли. Злокачественная опухоль развивается вследствие воздействия определенных внешних и (или) внутренних факторов. При этом этиологический фактор, как правило, играет роль пускового механизма. Дальнейшее существование опухоли обусловлено закономерностями, заложенными в самих трансформированных клетках.

Канцероген — агент, который способен вызывать или ускорять развитие новообразования независимо от механизма действия или степени специфичности эффекта (определение ВОЗ). Это агент, который в силу своих свойств может вызвать необратимые повреждения или изменения в тех частях генетического аппарата, которые осуществляют гомеостатический контроль над соматическими клетками.

Классификация канцерогенов

I. По активности опухолевой трансформации:

Истинные канцерогены, закономерно вызывающие развитие опухоли.

Условные канцерогены, которые могут вызвать развитие опухоли при определенных условиях.

II. По характеру действия:

Механические канцерогены (условные). Вследствие механического повреждения развивается хроническое воспаление и пролиферация клеток с последующей опухолевой трансформацией. В канцерогенезе имеет большее значение длительная или многократная травматизация небольшой степени, нежели значительная однократная. Более опасны травмы железистых органов, костей.

Физические канцерогены (истинные и условные). К ним относятся ионизирующее излучение, ультрафиолетовое излучение, воздействие высоких температур. Опухоль может развиваться в любой ткани, подверженной воздействию радиации. При этом в результате образования свободных радикалов нарушается репарация нуклеиновых кислот. Аналогичный механизм действия имеет место при воздействии ультрафиолетовых лучей на кожу. Ожоговая травма вызывает дистрофические изменения в тканях, на-

рушение дифференцировки клеток, создает условия для реализации других канцерогенов, в частности механических.

Химические канцерогены (чаще истинные). Более 10% естественных и искусственных соединений, подвергшихся испытаниям на канцерогенную активность, оказались способными в той или иной степени приводить к возникновению новообразований. Часть химических канцерогенов способна вызывать развитие опухолей непосредственно (прямые канцерогены), другие (непрямые канцерогены, проканцерогены) приобретают такие свойства в результате биохимических превращений в конечный канцероген.

По характеру действия различают:

- канцерогены локального действия, вызывающие развитие опухоли в месте контакта;
- канцерогены селективного действия, вызывающие развитие опухоли в определенном органе (ткани) независимо от пути попадания в организм;
- канцерогены политопного действия, вызывающие развитие опухоли в различных органах и тканях независимо от пути попадания в организм.

Канцерогенным эффектом обладают следующие группы соединений:

Полициклические ароматические углеводороды. Основные представители: бензпирен, фенантрен, метилхолантрен, дибензантрацен. Источники: выхлопные газы двигателей внутреннего сгорания, нефтепереработка, дымы, в том числе табачный.

Ароматические азосоединения. Основные представители: моноазобензол, аминоазобензол. Источники: текстильные и полиграфические красители.

Ароматические аминосоединения. Основные представители: бензидин, нафтиламин, аминобифенил. Источники: анилиновые красители, фармацевтика, пестициды.

Нитросоединения. Основные представители: нитрозамины, нитрозамиды. Источники: пестициды, кормовые добавки, фармацевтика, типография.

Металлы, металлоиды (никель, хром, мышьяк, кадмий, бериллий), асбест. Источники: строительство, бытовые приборы.

Биологические канцерогены. Наибольшее значение имеет афлатоксин, продукт жизнедеятельности гриба *Aspergillus flavus*, который приводит к развитию рака печени. Патогенные и условнопатогенные микроорганизмы вызывают хроническое воспаление, что способствует дистрофическим изменениям и опухолевой трансформации клеток. Генитальная вирусная инфекция (вирусы группы Рарова) считается этиологическим фактором развития рака шейки матки, вирус иммунодефицита человека повышает вероятность возникновения саркомы Капоши, вирусы Эпштейн-Барр имеют значение в развитии лимфом, лица, перенесшие вирусный гепатит В, чаще заболевают раком печени.

В развитии некоторых опухолей имеет значение фактор наследственности. Большинство мутаций, приводящих к бластной трансформации

клетки, не передаются по наследству. Доля наследственных форм злокачественных новообразований составляет около 7%. Речь идет о генетической предрасположенности к возникновению некоторых опухолей. Известно около 200 синдромов, которые предрасполагают к развитию злокачественных новообразований (болезнь Реклингхаузена, множественная эндокринная неоплазия, нефробластома, семейный полипоз кишечника и др.).

Этапы канцерогенеза

Действие канцерогена осуществляется в несколько этапов.

Латентный период — это время от начала воздействия канцерогена до начала неконтролируемого деления клеток (биологический или истинный латентный период), или до образования клинически определяемой опухоли (клинический латентный период). Понятие скрытого периода в достаточной степени условно, так как крайне сложно определить моменты начала контакта с канцерогеном и образования опухоли. Длительность латентного периода обратно пропорциональна активности канцерогена и зависит также от состояния иммунной системы организма. Морфологическим выражением этой фазы являются стадии перестройки ткани, сформулированные Л. М. Шабаром:

I — диффузная неспецифическая гиперплазия.

II — очаговые пролифераты.

III — доброкачественная опухоль.

IV — злокачественная опухоль.

Гиперплазия является фоном, на котором реализация действия канцерогена осуществляется быстрее и эффективнее из-за наличия большего количества клеток в митотической фазе. Онкогенез может миновать как стадию доброкачественной опухоли, так и завершиться ею. Все клинические изменения, характеризующие латентный период онкогенеза, определяются термином **предрак**.

Латентный период характеризуется некоторыми закономерностями. Большинство канцерогенов повышают чувствительность организма к воздействию других факторов, способствующих развитию опухолей. Многие канцерогены обладают иммунодепрессивным действием. Доказано повышение риска развития большинства злокачественных опухолей на фоне иммунодефицита. Аналогичная зависимость отмечается и в отношении системы неспецифической резистентности. Экспериментально установлено появления ряда метаболических нарушений под воздействием канцерогенов. Происходят стойкие изменения структуры и функции клеточных мембран. Эти сдвиги как бы создают метаболический фон, обеспечивающий пластические и энергетические потребности еще не развившейся опухоли. Исходя из изложенного, следует отметить направления профилактики злокачественных опухолей — диагностики и лечение предраковых заболеваний, коррекция нарушений специфической и неспецифической резистентности.

Бластная трансформация затрагивает регуляцию размножения клетки. В норме оно контролируется механизмами центрального и локального значения. Определяющий момент в возникновении опухолевой клетки — выход данной части генома из-под контроля. Клетки вырабатывают кейлоны — медиаторы, подавляющие митотическую активность пролиферирующих клеток. Пролиферативный потенциал клеток ограничен лимитом деления. При развитии клеточной популяции по мере достижения определенного уровня плотности наступает эффект взаимного торможения. Эти факторы тормозят активность *протоонкогена* — участка ДНК, ответственного за поддержку клеточного деления. В результате изменений в структуре или положении протоонкогена (точечные мутации, транслокации) возникает состояние патологически повышенной активации. Кроме того, имеет значение инактивация генов-супрессоров митоза.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ

Морфологические и клинические проявления опухолевых заболеваний весьма разнообразны. Учет различных аспектов онкозаболеваний в деятельности врачей разных специальностей обуславливает существование нескольких классификаций новообразований.

По характеру клинического течения опухоли подразделяют на доброкачественные, местнодеструктирующие и злокачественные.

Доброкачественные опухоли характеризуются тканевым атипизмом, медленным ростом, четким отграничением от окружающих тканей, отсутствием способности к метастазированию и дезорганизации метаболизма, не угрожают непосредственно жизни пациента.

Злокачественные опухоли характеризуются тканевым и клеточным атипизмом, быстрым ростом, способностью к инвазии окружающих тканей, гематогенному, лимфогенному, имплантационному метастазированию, дезорганизации метаболизма, как правило, угрожают жизни пациента. Метастазирование — образование новых очагов роста опухоли. Осуществляется тремя путями: лимфогенное, гематогенное, имплантационное.

Местнодеструктирующие опухоли характеризуются отдельными чертами злокачественных новообразований, обычно, способностью к инвазивному росту или угрозой для жизни пациента вследствие поражения жизненно важных структур в силу своей локализации.

Гистоморфологическая классификация опухолей определяет исходную ткань, из которой развилось новообразование.

I. Эпителиальные опухоли.

Доброкачественные:

1. Папиллома.
2. Аденома.

Злокачественные:

1. Рак (карцинома) — плоскоклеточный, железистый (аденокарцинома), недифференцированный.

II. Соединительнотканые (мезенхимальные) опухоли.

Доброкачественные:

1. Липома.
2. Фиброма.
3. Миксома.
4. Хондрома.
5. Остеома.
6. Миома.

Злокачественные:

1. Липосаркома.
2. Фибросаркома.
3. Миксосаркома.
4. Хондросаркома.
5. Остеосаркома.
6. Миосаркома.

III. Опухоли гемопоэтической ткани.

Системные гемобластозы:

1. Хронический лейкоз.
2. Острый лейкоз.

Лимфомы:

1. Ходжкинские (лимфогранулематоз).
2. Неходжкинские.
3. Плазмоцитома.

IV. Опухоли из эндотелия.

Доброкачественные:

1. Гемангиома.
2. Лимфангиома.

Злокачественные:

1. Гемангиосаркома.
2. Лимфангиосаркома.

V. Опухоли из нервной ткани.

Доброкачественные:

1. Невринома.
2. Нейрофиброма.
3. Менингиома.

Злокачественные:

1. Нейрофибросаркома.
2. Нейробластома.
3. Менингеальная саркома.

VI. Опухоли из клеток АПУД-системы.

Доброкачественные:

1. Аденомы эндокринных желез.
2. Параганглиома.
3. Тимома.

Злокачественные:

1. Меланома.
2. Медуллярный рак щитовидной железы.
3. Злокачественная параганглиома.

VII. Опухоли из эмбриональных остатков.

Доброкачественные:

1. Тератома.
2. Дермоидная киста.

Злокачественные:

1. Тератобластома.

Официальным документом, описывающим различные типы новообразований, является Международная классификация болезней 10-го пересмотра. Характер новообразования (доброкачественное, злокачественное, *in situ*, неуточненное, вторичное) является первой осью кодирования. Вторая ось — локализация опухоли.

Распространенность опухолевого процесса характеризует классификация по системе TNM и по стадиям опухоли. Система TNM учитывает следующие параметры — распространенность первичной опухоли (критерий T), распространенность регионарных метастазов (критерий N), наличие отдаленных метастазов (критерий M). Суммарная характеристика всех компонентов позволяет представить степень распространенности опухолевого процесса в целом. Подобный подход позволяет унифицировать систему учета, разработку диагностических и лечебных мероприятий, объективизации сравнения результатов исследований. 24 возможные комбинации TNM объединяют в 4 стадии опухолей, которые обозначаются римскими цифрами. Варианты распространенности, соответствующие одной стадии характеризуются сходным прогнозом и лечебной тактикой.

По критерию планируемых диагностических, лечебных и диспансерных мероприятий онкологических больных распределяют по клиническим группам.

Ia группа — больные с подозрением на злокачественную опухоль. Эти пациенты должны быть обследованы в течение 10–14 дней в максимально возможном объеме с целью подтверждения или исключения диагноза злокачественного новообразования.

Iб группа — больные с предопухолевыми заболеваниями и доброкачественными опухолями. Подлежат лечению и наблюдению с целью раннего выявления признаков малигнизации.

II группа — больные злокачественными опухолями, которым возможно проведение радикального противоопухолевого лечения.

III группа — больные, излеченные от злокачественных опухолей. Подлежат диспансерному наблюдению с целью раннего выявления возможного рецидива, второй опухоли, реабилитации.

IV группа — больные, которым не может быть проведено радикальное противоопухолевое лечение. Подлежат паллиативной и симптоматической терапии.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

У ископаемых животных, населявших Землю более 100 млн лет назад, обнаружены признаки заболевания злокачественными опухолями. В течение XX века отмечено значительное увеличение заболеваемости новообразованиями. В настоящее время в мире ежегодно регистрируется более 10 млн впервые заболевших раком и более 6 млн случаев смерти. Заболеваемость опухолями и смертность постоянно возрастают. Основные причины — старение населения и воздействие канцерогенных антропогенных факторов.

В Беларуси злокачественные опухоли составляют 0,7% в общей структуре заболеваемости (13 место), 13,4% — в общей структуре смертности (2 место), 20,4% — в общей структуре инвалидности взрослых (2 место).

Для анализа заболеваемости злокачественными опухолями используются следующие показатели:

Грубый интенсивный показатель — отношение числа новых случаев заболевания за искомый период к числу человеко-лет наблюдения, рассчитывается на 100 тыс. жителей.

Этот показатель не учитывает возрастную структуру исследуемой популяции, тогда как этот фактор существенно влияет на вероятность развития злокачественной опухоли. С целью объективного сопоставления онкозаболеваемости в группах населения с различной возрастной структурой используется стандартизированный показатель. Это теоретическая величина, которая получается при сложении реальных показателей заболеваемости в возрастных группах, отнесенных к численности возрастных групп в стандартной популяции. Заболеваемость злокачественными опухолями определенных локализаций отличается в различных регионах, этнических группах, городского и сельского населения, у мужчин и женщин.

В мире наиболее высокая заболеваемость среди мужчин в США (406,6 на 100 тыс. чел.), Венгрии (386,8 на 100 тыс. чел.), Новой Зеландии (369,1 на 100 тыс. чел.), Австралии (347,2 на 100 тыс. чел.), Франции (341,8 на 100 тыс. чел.), Швейцарии (329,1 на 100 тыс. чел.); наиболее низкая — в Китае (204,9 на 100 тыс. чел.), Болгарии (206,5 на 100 тыс. чел.), Румы-

нии (216,4 на 100 тыс. чел.), Молдове (218,6 на 100 тыс. чел.); в Беларуси — 261,3 на 100 тыс. чел. Среди женщин наиболее высокая заболеваемость в США (308,8 на 100 тыс. чел.), Израиле (303,3 на 100 тыс. чел.), Новой Зеландии (298,8 на 100 тыс. чел.), Дании (285,5 на 100 тыс. чел.), Канаде (272,4 на 100 тыс. чел.); наиболее низкая — в Китае (129,5 на 100 тыс. чел.), России (160,6 на 100 тыс. чел.), Румынии (163,4 на 100 тыс. чел.), Украине (166,7 на 100 тыс. чел.), Японии (167,4 на 100 тыс. чел.), Болгарии (167,6 на 100 тыс. чел.); Беларуси — 174,7 на 100 тыс. Соотношение между заболевшими мужчинами и женщинами наиболее высокое в Испании (1,7:1), наиболее низкое — в Израиле и Дании (1:1), в Беларуси — 1,5:1.

В Республике Беларусь в течение 35 лет с 1970 по 2004 гг. заболеваемость злокачественными опухолями возросла в 2,6 раза. При этом уменьшилась заболеваемость раком губы и раком желудка, осталась на том же уровне заболеваемость раком шейки матки, возросла заболеваемость опухолями остальных локализаций, особенно почки (в 11,4 раза) и щитовидной железы (в 16,2 раза).

Изменилась структура онкозаболеваемости у мужчин и женщин. Данные о наиболее частых заболеваниях населения обоих полов представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Наиболее частые локализации злокачественных опухолей мужчин и женщин Беларуси в 1970 и 2004 гг.

Мужчины		Женщины	
1970 г.	2004 г.	1970 г.	2004 г.
Рак желудка	Рак легкого	Рак желудка	Рак молочной железы
Рак легкого	Рак кожи	Рак шейки матки	Рак кожи
Рак кожи	Рак желудка	Рак кожи	Рак толстой кишки
Рак мочевого пузыря	Рак толстой кишки	Рак молочной железы	Рак желудка
Рак простаты	Рак простаты	Рак яичников	Рак тела матки
Рак прямой кишки	Рак мочевого пузыря	Рак прямой кишки	Рак щитовидной железы

Общие закономерности заболеваемости в Беларуси:

— до 50-летнего возраста заболеваемость мужчин и женщин не имеет существенных отличий;

— после 50-летнего возраста мужчины заболевают раком чаще, с увеличением возраста разница нарастает;

— у мужчин города и села до 60-летнего возраста разница в заболеваемости незначительна, после 60-летнего возраста горожане заболевают в 1,2–1,6 раз чаще;

— у женщин города и села до 45-летнего возраста разница в заболеваемости незначительна, после 45-летнего возраста горожанки заболевают в 1,4–2,7 раз чаще.

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ

Диагностика злокачественных новообразований складывается из комплекса методов, приемов и организационных решений, в результате которых удается получить представление о морфологической структуре, распространенности опухоли и вызванных ей функциональных и структурных нарушениях у конкретного пациента. Цель — выбор рациональной схемы лечения с учетом максимального количества факторов.

Диагностика складывается из 3 условных этапов.

1 этап. Предположение о возможности наличия злокачественной опухоли у пациента. Основанием для этого могут быть жалобы пациента, данные активного обследования, результаты инструментальных и лабораторных тестов. Гипотеза формулируется в виде предположительного диагноза (Рак желудка? Меланома кожи спины?), возможно употребление латинского термина *suspitio* (подозрение). Предположение о наличии злокачественной опухоли обязывает врача инициировать разработку схемы диагностического поиска для подтверждения или исключения диагноза. В комплекс мероприятий должны быть включены все методы, позволяющие достоверно судить о наличии или отсутствии новообразований, которые могут быть причиной определенного симптома или синдрома. Данный этап является наиболее ответственным, так как основывается на хорошем знании возможных проявлений злокачественных опухолей различных локализаций и онкологической настороженности. Онкологическая настороженность трактуется как:

- знание симптомов начальных стадий опухолей;
- знание предраковых заболеваний и способов их лечения;
- знание принципов организации онкологической помощи с целью направления пациента по назначению;
- тщательное обследование всех пациентов для выявления возможной злокачественной опухоли;
- в трудных случаях диагностики — установка на наличие атипичной или осложненной формы злокачественной опухоли.

Более емкое выражение понятия — **каждый обратившийся к врачу должен быть обследован как пациент с возможной злокачественной опухолью.**

2 этап. Установление диагноза злокачественного новообразования. С этой целью применяются клинические, эндоскопические, рентгенологические, ультразвуковые радиоизотопные методы, лабораторные исследования. Главное условие в диагностике опухоли — морфологическая верификация. Материал для исследования может быть получен путем взятия мазков-отпечатков, соскобов, смывов, забора патологического и физиологического отделяемого (мокрота, моча), пункции, эксцизионной и инцизионной биопсии, трепан-биопсии. Обязательно гистологическое исследование всех тканей и органов, удаляемых при оперативных вмешательствах.

3 этап. Уточнение распространенности опухоли в организме. Уточняющая диагностика производится в принципе теми же методами, что и установление диагноза. Возможно выполнение диагностических операций — торако- и лапароскопия, диагностическое выскабливание, удаление патологических тканей с высоким риском обнаружения злокачественной опухоли, вмешательств с интраоперационной диагностикой распространенности опухоли и принятием решения о дальнейшей лечебной тактике.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ

Лечение больных злокачественными опухолями проводится с учетом локализации, гистологического строения, распространенности, клинко-анатомической формы, состояния основных систем гомеостаза организма и общесоматических показателей. Существует условное разделение опухолей на три группы по критериям темпа роста и тенденции к распространению. Первая — новообразования с относительно медленным ростом, преимущественно локальным и локорегионарным распространением, вторая — быстрый рост, раннее лимфо- и гематогенное распространение, третья — агрессивный инфильтративный рост, поэтапное локальное и регионарное распространение с тенденцией к генерализации на определенном этапе существования. Особенности распространения диктуют выбор лечебных опций — методы локального или системного воздействия, их сочетание.

Методы лечения

Хирургическое лечение — наиболее давний исторически и доминирующий в онкологии метод. Является способом воздействия на первичную опухоль и регионарный лимфоколлектор. Существуют правила выполнения радикальных вмешательств при злокачественных опухолях — атравматичная техника, соблюдение принципов абластики и антибластики, широкое иссечение органов и тканей с учетом субклинического распространения, моноблочность удаления анатомических зон, выбор рационального доступа, адекватная подготовка и послеоперационная курация.

Лучевое лечение также является методом локального воздействия. Может применяться как самостоятельный метод и в сочетании с другими лечебными опциями. Биологическим основанием эффективности радиотерапии при злокачественных опухолях является наличие терапевтического интервала — разной чувствительности опухолевой и нормальной ткани к ионизирующему излучению. Способы облучения — наружное (дистанционное и контактное) и внутреннее.

Противоопухолевая химиотерапия является методом системного воздействия. Существует классификация противоопухолевых препаратов и цитокинов по механизму действия:

1. Алкилирующие препараты.
2. Антиметаболиты.
3. Алкалоиды растительного происхождения.
4. Противоопухолевые антибиотики.
5. Другие цитостатики.
6. Моноклональные антитела.
7. Гормоны.
8. Цитокины.

Лечение одним препаратом называют монокимиотерапией, комбинацией из двух и более — полихимиотерапией. Основные правила проведения химиотерапии — назначение комбинации препаратов, обладающих эффективностью в отношении конкретной формы опухоли, необходимо использовать препараты различного механизма действия, доза препаратов должна быть максимально высокой с учетом переносимости, а интервалы между курсами — минимальными.

Гормонотерапия — метод системного воздействия при гормонально-зависимых опухолях.

Иммунотерапия — метод системного воздействия. Механизм противоопухолевого эффекта основан на стимуляции иммунного ответа за счет увеличения эффекторных клеток, медиаторной роли, подавлении иммунодепрессивного воздействия опухоли, повышении чувствительности опухолевых клеток к иммунологическим реакциям, повышении резистентности организма на фоне лучевого и цитотоксического воздействия.

Различные методы лечения могут применяться одновременно или в определенной последовательности.

Комбинированное лечение — вид лечения, при котором применяется радикальный хирургический метод и другие виды воздействий в локорегионарной зоне распространения опухоли (лучевой + хирургический, хирургический + лучевой, лучевой + хирургический + лучевой).

Комплексное лечение — вид терапии, в который входят два и более разнородных метода, причем хотя бы один из них является системным, то есть воздействует на опухолевые клетки вне локорегионарной зоны. Варианты: лучевое и (или) хирургическое лечение с химио-, гормоно- или иммунотерапией в разных комбинациях.

Многокомпонентное лечение — комплексная терапия, дополненная средствами, модифицирующими чувствительность опухоли к воздействию терапевтических методов. В качестве модификаторов используются — гипербарическая оксигенация, локальная и общая гипоксия, синхронизаторы клеточного цикла, гипергликемия, гипертермия, постоянные и переменные магнитные поля, фотодинамическая терапия и др.

Использование разработанных схем лечения при опухолях различных локализаций и стадий регламентируется клиническими протоколами, изложенными в соответствующих нормативных документах.

В зависимости от возможности полного терапевтического эффекта лечение может быть радикальным, паллиативным, симптоматическим.

Радикальное лечение — полное удаление всех очагов опухолевого роста. Предусматривается перспектива стойкого излечения с определенной вероятностью, которая зависит от локализации, морфологии, распространенности опухоли, способа лечения. Могут использоваться все способы противоопухолевой терапии.

Паллиативное лечение — прямое или косвенное воздействие на опухолевый очаг с целью уменьшения массы, замедления роста патологической ткани, устранения осложнений. Перспектива стойкого выздоровления не предусматривается, хотя возможна с меньшей вероятностью, чем при радикальном лечении. Могут использоваться все способы противоопухолевой терапии. Примеры:

- паллиативное хирургическое лечение — удаление органа с распадающейся опухолью с санитарной или гемостатической целью;
- паллиативное лучевое лечение — радиотерапия отдаленных костных метастазов с целью уменьшения болевого синдрома;
- паллиативная химиотерапия — при генерализованных и неоперабельных формах опухолей.

Симптоматическое лечение — лечение, которое не направлено на опухолевую ткань, призванное предотвратить или уменьшить тягостные проявления заболевания. Возможные типы оперативных вмешательств — перевязка сосудов при кровотечении, трахеостомия, гастростомия, колостомия, наложение обходных анастомозов между полыми органами желудочно-кишечного тракта. Манипулятивная помощь — аспирация жидкости из серозных полостей, вскрытие и дренирование абсцессов, перевязки гнойных ран, туалет полости рта, постановка зондов и катетеров в полые органы, клизмление и т. д. Медикаментозная терапия — назначение лекарственных средств соответственно манифестирующим клиническим синдромам.

Реабилитация онкологических больных — система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических и других мероприятий, направленных на предупреждение временной и стойкой нетрудоспособности, эффективное и раннее возвращение пациентов к социальной, трудовой, культурной и семейной активности. Виды реабилитации: восстановительная (без значительной потери трудоспособности), поддерживающая (уменьшение степени нетрудоспособности), паллиативная (предупреждение некоторых осложнений). Поскольку все методы лечения злокачественных опухолей сопровождаются функциональными и структурными изменениями со стороны различных органов и систем, роль медицинской реабилитации онкобольных невозможно переоценить. Весьма важна и психологическая адаптация к стрессу, связанному с фактом «фатального диагноза».

ОРГАНИЗАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Онкологическая служба построена по диспансерному принципу и имеет строго очерченные функции и задачи, направленные на профилактику, диагностику, лечение и реабилитацию онкологических больных, а также диспансерное наблюдение за ними после лечения. Существующая система онкологической помощи в своей деятельности тесно связана с общей лечебной сетью. В функции последней входит выполнение профилактических мероприятий, активное выявление опухолевых и предопухолевых заболеваний, диспансеризация больных предопухолевыми и хроническими заболеваниями.

Научно-исследовательский институт онкологии и медицинской радиологии имени Н. Н. Александрова (НИИОиМР)

НИИОиМР является головным государственным медицинским учреждением в системе Министерства здравоохранения Республики Беларусь, занимается оказанием специализированной (онкологической) помощи. Основные направления деятельности — организационно-методическая, научная, лечебно-профилактическая работа.

Институт осуществляет контроль выполнения постановлений и приказов МЗ РБ по вопросам онкологической помощи. Организационная деятельность НИИОиМР состоит в разработке комплексных Государственных программ по развитию онкологической помощи населению Республики Беларусь, разработке руководств и методических рекомендаций для работы областных (межрайонных) диспансеров. Институт осуществляет контроль и методическую помощь за деятельностью лечебно-диагностических учреждений по вопросам диагностики, лечения и реабилитации больных злокачественными новообразованиями, осуществляет контроль за строительством онкологических учреждений и размещением аппаратуры для диагностики и лечения злокачественных новообразований, а также за эффективностью ее использования. НИИОиМР разрабатывает и контролирует выполнение протоколов диагностики и лечения злокачественных новообразований в системе Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Научная деятельность заключается в разработке и внедрении в практику новейших методов диагностики и лечения онкологических заболеваний, обобщении и распространении передового опыта по вопросам организации онкологической службы, диагностики и лечения злокачественных новообразований. НИИОиМР является клинической (учебной) базой для кафедр медицинских институтов, академии последипломного образования. На базе учреждения проводится подготовка научных кадров онкологического профиля.

Лечебно-профилактическая деятельность заключается в оказании квалифицированной и специализированной медицинской помощи больным со злокачественными новообразованиями. Виды помощи — консультативная, диагностическая, лечебная. В НИИОиМР направляются пациенты, которым необходима консультативная помощь при определении лечебно-диагностической тактики, проведение сложных и высококвалифицированных методов лечения злокачественных опухолей. Кроме того, институт выполняет функции областного онкологического диспансера для жителей Минской области.

Областной (межрайонный) онкологический диспансер (ООД)

Онкологический диспансер (областной, городской, межрайонный) является основным специализированным лечебно-профилактическим учреждением, обеспечивающим организацию и оказание онкологической помощи населению на закрепленной за ним территории.

Функции областного (межрайонного) онкологического диспансера имеют организационно-методическое и лечебно-профилактическое направление. ООД осуществляет методическое руководство и контроль оказания онкологической помощи в территориальных больницах, женских консультациях и ведомственных ЛПУ; ведет полный учет больных злокачественными новообразованиями; проводит систематический анализ онкологической заболеваемости и смертности, причин позднего выявления злокачественных новообразований на закрепленной территории; составляет отчеты по основным статистическим показателям; организует диспансеризацию в онкологических кабинетах и лечебно-профилактических учреждениях общей лечебной сети. Диспансер организует и проводит санитарно-просветительную работу и противораковую пропаганду среди населения совместно с центрами здоровья.

Диспансер осуществляет оказание квалифицированной консультативно-диагностической и специализированной помощи (амбулаторной и стационарной) больным злокачественными, некоторыми доброкачественными и предопухолевыми заболеваниями; проводит диспансеризацию больных со злокачественными и предопухолевыми заболеваниями.

Еще одно направление деятельности ООД — разработка, освоение и внедрение в практику современных методов и средств организации, диагностики и лечения онкологических больных. Минский городской, Гомельский, Гродненский и Витебский онкодиспансеры являются клинической и учебной базой соответствующих кафедр медицинских университетов.

Деятельность онкологического диспансера регулируется всеми нормативными актами, предусмотренными для учреждений здравоохранения Республики Беларусь.

Онкологический кабинет и врач-онколог районной поликлиники

Деятельность районного онколога регламентируется приказом № 205 от 27.08.2004 года «О мерах по совершенствованию работы онкологической службы Республики Беларусь». Он координирует свою работу с областным (городским, межрайонным) онкологическим диспансером. Функции врача-онколога районной поликлиники:

- организация и осуществление методической помощи по противо-раковым мероприятиям на вверенной территории;
- прием больных, обращающихся по поводу доброкачественных, предопухолевых и злокачественных заболеваний и с подозрением на эти заболевания, оказание консультативной помощи врачам ЛПУ;
- организация и проведение посиндромного симптоматического лечения больных злокачественными новообразованиями;
- организация направления в онкологические учреждения для дообследования и лечения больных с подозрением или наличием злокачественного новообразования;
- диспансерное наблюдение за больными злокачественными новообразованиями и предопухолевой патологией;
- патронаж на дому нуждающихся в этом онкологических больных;
- анализ причин отказов онкобольных от лечения;
- учет всех больных злокачественными новообразованиями, проживающих на территории района (ЛПУ), оформление и ведение контрольных карт диспансерного наблюдения;
- ежемесячная сверка с загсом статистических данных об умерших онкобольных, в случае их недостоверности — принятие мер по уточнению истинной причины смерти, внесение необходимых исправлений во врачебное свидетельство о смерти;
- подготовка материалов по вопросам онкологической службы для обсуждения на медицинских советах ЛПУ (ТМО);
- проверка работы ЛПУ (ТМО) по вопросам онкологической помощи населению, внесение предложений по устранению имеющихся недостатков и контроль выполнения.

Смотровой кабинет поликлиники

Организуется в установленном порядке в составе поликлиники. В смотровом кабинете работает медицинская сестра или акушерка с навыками диагностики злокачественных опухолей. Ее функции:

- профилактический осмотр женщин с целью раннего выявления злокачественных опухолей гениталий, прямой кишки, молочных желез, кожи;
- санитарно-просветительная работа;
- направление лиц с подозрением на онкопатологию на консультацию к профильному специалисту.

Кроме того, каждый врач независимо от специальности проводит *профилактические осмотры* обращающихся пациентов с целью активного выявления опухолей молочных желез, кожи, видимых слизистых оболочек, щитовидной железы, прямой кишки, предстательной железы.

Методика профилактического осмотра

Кожа, губы. Обращается внимание на длительно существующие трещины, язвы, эрозии, пятна, уплотнения, пигментные образования. Даются рекомендации пациентам с невусами (механическое щажение, избегание инсоляции, самообследование).

Слизистая оболочка рта. Выявление жалоб на боль, дизартрию, нарушение жевания и глотания. Визуальное обнаружение язв, эрозий, трещин, экзофитных образований. При наличии жалоб и невозможности адекватного осмотра — направление к стоматологу и (или) оториноларингологу.

Периферические лимфоузлы. Последовательный осмотр и пальпация периферических лимфатических узлов — шейных (в том числе подчелюстных, подбородочных, надключичных), подмышечных, паховых. Выявляются уплотнение, болезненность, увеличение лимфоузлов.

Щитовидная железа. Уточнение анамнестических сведений, осмотр и пальпация органа. Выявляется наличие уплотнений, болезненности, узловых образований. При выявлении и (или) наличии в анамнезе очаговой тиреоидной патологии назначается ультразвуковое исследование и консультация эндокринолога.

Молочные железы. Проводится сбор анамнестических сведений, осмотр, пальпация в двух положениях, по показаниям — маммография. Выявляется асимметрия, деформация сосков и ткани железы, изменения кожных покровов, наличие отека, гиперемии, болезненности, припухлости, выделения из сосков, узловые образования. Наличие любого признака из перечисленных является основанием для консультации онкомаммолога. Даются рекомендации по самообследованию. При самостоятельном обнаружении пациенткой патологического образования в молочной железе и отсутствии пальпаторных данных назначается маммография.

Прямая кишка. Выполняется пальцевое ректальное исследование всех лиц старше 40 лет в коленно-локтевом положении. У мужчин при этом проводится исследование предстательной железы.

Плановое рентгенологическое исследование грудной клетки. Проводится всем лицам старше 17 лет ежегодно. При профосмотре уточняются сведения о последнем исследовании и его результатах.

У женщин ежегодно проводится гинекологическое обследование, по достижении 30-летнего возраста обязательно выполняются мазки с поверхности шейки матки и из цервикального канала. По показаниям назначается углубленное обследование. При профосмотре уточняются сведения о последнем исследовании и его результатах.

Выявляются жалобы на дисфонию, дисфагию, кашель, примесь крови в мокроте, слюне, моче, кале, немотивированную лихорадку, снижение массы тела, тошноту, рвоту, затруднения при дефекации, дизурию.

При выявлении симптомов (синдромов), которые могут быть проявлением злокачественной опухоли, врач назначает комплекс обследований и необходимых консультаций профильных специалистов, при необходимости согласует их с участковым онкологом. При подтверждении диагноза злокачественного новообразования, потребности в проведении дополнительных исследований пациент направляется в областной (межрайонный, городской) онкодиспансер. По рекомендации специалистов онкодиспансера врачи общелечебной сети проводят рекомендованные обследования, подготовку к противоопухолевому лечению, реабилитационные мероприятия, посиндромную терапию.

МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

С целью полноценного учета заболеваемости и лечебно-диагностических мероприятий, статистической обработки данных на онкобольных оформляются следующие документы:

1. Медицинская карта амбулаторного больного (форма 025/у).
2. Контрольная карта диспансерного наблюдения (форма 030/у).
3. Извещение о впервые установленном случае злокачественного новообразования (форма № 090/у-03).
4. Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования (форма № 027.2/у-03).
5. Выписка из истории болезни больного со злокачественной опухолью (форма 027-онко/у).

Извещение о впервые установленном случае злокачественного новообразования составляется всеми врачами на каждый случай впервые в жизни выявленной злокачественной опухоли у лиц, постоянно проживающих на территории Беларуси и лиц без определенного места жительства. В трехдневный срок извещение высылается в областной онкодиспансер по месту жительства больного. Образец бланка приведен в приложении А.

Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования служит для выяснения причин и анализа диагностических и клинических ошибок, допущенных при обследовании и лечении конкретного больного. Ответственность за своевременный и объективный разбор каждого случая несет заместитель главного врача по медицинской части лечебного учреждения. После разбора соответствующую часть протокола возвращают в онкологический диспансер. Образец бланка приведен в приложении Б.

Выписка из медицинской карты стационарного больного заполняется врачами стационаров после выписки пациентов со злокачественной опухолью. Документ направляется в онкодиспансер по месту жительства. В форме отражаются сведения о распространенности заболевания, характере проведенного и планируемого лечения. Образец бланка приведен в приложении В.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ ЗАНЯТИЯ

Под контролем преподавателя студенты знакомятся со структурными подразделениями областного онкологического диспансера: регистратурой, поликлиникой, организационно-методическим кабинетом. В учебной комнате самостоятельно изучают нормативные документы по вопросам организации онкологической помощи населению Республики Беларусь и под контролем преподавателя учебные бланки учетных форм медицинской документации на онкологических больных. Решают клинические ситуационные задания по теме занятия.

ХОД ЗАНЯТИЯ

В начале занятия проводится тестовый контроль исходного уровня знаний.

Практическая часть занятия продолжается в отделениях диспансера, где студенты принимают участие (совместно с преподавателем) в приеме больных. Под контролем преподавателя студенты заполняют учетные формы документации, знакомятся с диагностическим оборудованием диспансера, формулируют диагноз впервые выявленных злокачественных опухолей.

В учебной комнате студенты изучают нормативные документы, решают ситуационные задачи, проводится разбор и коррекция усвоения темы занятия. Осуществляется итоговый контроль знаний при помощи тестовых заданий.

В конце занятия объявляются задание и темы реферативных сообщений темы учебно-исследовательской работы студентов (УИРС) к очередному занятию.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

Выберите верные ответы (ответ) из предварительных вариантов

1. Какие показатели характеризуют динамику заболеваемости злокачественными опухолями в Беларуси?

Варианты ответа

а) злокачественные опухоли составляют 0,7% в общей структуре заболеваемости населения;

б) злокачественные опухоли составляют 13,4% в общей структуре смертности населения;

в) заболеваемость злокачественными опухолями увеличивается;

г) различные формы злокачественных опухолей имеют одинаковое половозрастное распределение.

2. Основные этапы канцерогенеза:

Варианты ответа

- а) латентный период;
- б) диффузная неспецифическая гиперплазия;
- в) очаговые пролифераты;
- г) доброкачественная опухоль;
- д) злокачественная опухоль.

3. Правильное определение понятия «предрак»:

Варианты ответа

- а) рак in situ;
- б) доброкачественная опухоль;
- в) изменения, характеризующие латентный период онкогенеза.

4. Характерными признаками злокачественного роста являются:

Варианты ответа

- а) способность к инвазивному росту;
- б) способность изменять обмен веществ в организме;
- в) феномен метастазирования;
- г) клеточный и тканевой атипизм.

5. Пути метастазирования опухолей:

Варианты ответа

- а) отдаленное;
- б) регионарное;
- в) лимфогенное;
- г) гематогенное;
- д) имплантационное.

6. Методы диагностики злокачественных опухолей:

Варианты ответа

- а) физикальное обследование;
- б) лучевая диагностика;
- в) эндоскопия;
- г) анкетирование;
- д) биопсия.

7. Какие операции из перечисленных можно отнести к радикальным?

Варианты ответа

- а) иссечение опухоли при раке кожи 1 стадии;
- б) гастростомия при опухолевом стенозе желудка;
- в) ампутация молочной железы с распадающейся опухолью при наличии метастазов в легких;
- г) пневмонэктомия;
- д) билиодигестивный анастомоз при нерезектабельном раке головки pancreas.

8. В качестве методов лучевой терапии злокачественных опухолей применяются:

Варианты ответа

- а) дистанционная гамматерапия;
- б) близкофокусная рентгенотерапия;
- в) УВЧ-терапия;
- г) фотокоагуляция;
- д) радиойодтерапия.

9. Символы TNM-классификации злокачественных опухолей имеют следующее значение:

Варианты ответа

- а) Т — первичная опухоль;
- б) N — номер по международной классификации болезней;
- в) N — состояние регионарных лимфоузлов;
- г) M — отдаленные метастазы.

10. К 1Б клинической группе следует отнести больных с:

Варианты ответа

- а) раком желудка in situ;
- б) аденомой щитовидной железы;
- в) подозрением на рак шейки матки;
- г) дисплазией шейки матки 2 степени;
- д) излеченным раком легкого;
- е) подозрением на малигнизацию пигментного невуса.

ТЕМЫ УИРС

1. Причины роста заболеваемости злокачественными новообразованиями.
2. Основные причины запущенности рака и пути улучшения его диагностики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алгоритмы диагностики и лечения больных злокачественными новообразованиями / Под ред. И. В. Залуцкого, Э. А. Жаврида. — Мн., 2007. — 509 с.
2. Атлас TNM/pTNM-классификации злокачественных опухолей / Пер. с англ. 4-го издания / Под ред. В. Е. Кратенка, Е. А. Короткевича. — Мн.: Бел. Центр науч. мед. информации, 1998. — С. 13–21.
3. Клиническая онкология: справ. пособие / С. З. Фрадкин [и др.]; под ред С. З. Фрадкина, И. В. Залуцкого. — Мн.: Беларусь, 2003. — 784 с.
4. Сборник официальных инструктивно-методических указаний по вопросам организации онкологической помощи, профилактики, диагностики и лечения злокачественных опухолей и предопухолевых заболеваний: (извлечения, положения, инструкции, заимствованные из соотв. Основных Приказов МЗ). — Л.: Медицина, 1984, - 280 с.
5. Трапезников, Н. Н. Онкология / Н. Н. Трапезников, А. А. Шайн. — М.: Медицина, 1992. — С. 124–136.

ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ на вопросы для самоконтроля

1. а, б, в.
2. б, в, г, е.
3. в.
4. а, б, в, г.
5. в, г, д..
6. а, б, в, д.
7. а, г.
8. а, б, д.
9. а, в, г.
10. а, г.

ИЗВЕЩЕНИЕ

о впервые установленном случае злокачественного новообразования

Фамилия, имя, отчество больного _____

Дата рождения ____/____/____ Пол (подчеркнуть): мужской, женский

Житель (подчеркнуть) города/села

Постоянное место жительства больного _____

Диагноз _____

TNM T____ N____ M____

Стадия (подчеркнуть): in situ, I, II, III, IV, не установлена (не применима)

Клиническая группа (подчеркнуть): II, IV

Дата установления диагноза: ____/____/____

число месяц год

Обстоятельства выявления заболевания (подчеркнуть):

- а) обратился самостоятельно;
- б) в смотровом кабинете;
- в) при других видах профосмотров;
- г) учтен посмертно после вскрытия;
- д) учтен посмертно по свидетельству о смерти.

Метод подтверждения диагноза (подчеркнуть):

- а) гистологический;
- б) цитологический, гематологический;
- в) рентгенологический;
- г) эндоскопический;
- д) изотопный;
- е) ультразвуковой;
- ж) только клинический;
- з) только свидетельство о смерти.

Данные морфологического исследования _____

Организация здравоохранения, куда направлен больной _____

Дата заполнения извещения _____

Врач, заполнивший извещение _____

Подпись

И. О. Фамилия

ПРОТОКОЛ

**на случай выявления у больного запущенной формы
злокачественного новообразования (III стадия визуальных локализаций
IV стадия остальных локализаций)**

1. № истории болезни _____ № амбулаторной карты _____
2. Дата рождения ____-____-____ 3. Пол (подчеркнуть): мужской, женский
4. Постоянное место жительства больного _____

5. Диагноз _____

TNM ____-____-____

6. Дата установления запущенной формы рака ____-____-____

Дата составления протокола ____-____-____

Врач, заполнивший протокол _____

Подпись

И. О. Фамилия

**ДАННЫЕ О РАЗБОРЕ НАСТОЯЩЕГО СЛУЧАЯ
НА ПРОТИВОРАКОВОЙ КОМИССИИ ИЛИ ВРАЧЕБНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ**
Наименование организации, где проводилась конференция _____

7. Дата появления первых признаков ____-____-____

8. Обращение больного в организации здравоохранения по поводу данного заболевания (указываются в хронологическом порядке)

Наименование организации здравоохранения	Дата обращения	Методы исследования и их результаты	Поставленный диагноз	Проведенное лечение
--	-------------------	---	-------------------------	------------------------

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

9. Причины запущенности (подчеркивается основная причина запущенности):

- 1) неполное обследование больного;
2) ошибка в диагностике: а — клинической; б — рентгенологической; в — патологической;
3) длительное обследование больного;
4) скрытое течение болезни;
5) несвоевременное обращение больного за лечебной помощью.

10. Организационные выводы

Дата заседания комиссии ____-____-____

Председатель противораковой комиссии _____

Подпись

И. О. Фамилия

ВЫПИСКА

из медицинской карты больного со злокачественной опухолью

1. Фамилия, имя, отчество больного _____
2. Дата рождения _____
3. Место жительства _____
4. Дата поступления в стационар _____
5. Заключительный диагноз _____

Стадия заболевания Т N M

Клиническая группа _____

6. Данные гистологического исследования _____

Данные цитологического исследования _____

-
7. Лечение

хирургическое _____

лучевое _____

химиотерапия _____

8. Прочие виды лечения _____

-
9. Лечение, назначенное после выписки из стационара _____

-
10. Дата выписки из стационара _____

Подпись врача

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Контрольные вопросы из смежных дисциплин	3
Контрольные вопросы по теме занятия	4
Учебный материал.....	4
Общие понятия онкологии	4
Канцерогенез	5
Классификация опухолей	8
Эпидемиология злокачественных опухолей	11
Принципы диагностики опухолей	13
Принципы лечения опухолей.....	14
Организация онкологической помощи	17
Медицинская документация	21
Практическая часть занятия	22
Ход занятия	22
Вопросы для самоконтроля знаний	22
Темы УИРС	25
Литература	25
Правильные ответы на вопросы для самоконтроля.....	25
Приложения	26

Учебное издание

Пригожая Татьяна Ивановна
Беляковский Василий Николаевич
Иванов Сергей Анатольевич
Грабарева Галина Леонидовна

**ОБЩАЯ ОНКОЛОГИЯ.
ОРГАНИЗАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

**Учебно-методическое пособие
для студентов 5–6 курсов лечебного факультета,
обучающихся по специальности «Лечебное дело»,
врачей-стажеров, клинических ординаторов**

Редактор *Т. Ф. Рулинская*
Компьютерная верстка *Ж. И. Цырыкова*

Подписано в печать 20. 05. 2008
Формат 60×84¹/₁₆. Бумага офсетная 65 г/м². Гарнитура «Таймс»
Усл. печ. л. 1,86. Уч.-изд. л. 20,3. Тираж 50 экз. Заказ № 168

Издатель и полиграфическое исполнение
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
246000, г. Гомель, ул. Ланге, 5
ЛИ № 02330/0133072 от 30. 04. 2004

