

**Комунальний заклад Київської обласної ради
"Чорнобильський медичний фаховий коледж"**

ЗАТВЕРДЖУЮ
Заступник. директора
з навчальної роботи
Тетяна Салобута
"___" _____ 20__р

Циклова комісія клінічних дисциплін

Освітньо-професійна програма: Лікувальна справа
Галузь знань: 22 Охорона здоров'я
Спеціальність: 223 Медсестринство
Освітній-ступінь: Фаховий молодший бакалавр
Вид освітнього компонента: Обов'язкова
Мова викладання: Українська

**КОНСПЕКТИ ЛЕКЦІЙ З ОСВІТНЬОГО КОМПОНЕНТА
*МЕДСЕСТРИНСТВО В ОНКОЛОГІЇ***

Викладач
Наталія Литвиненко
спеціаліст вищої категорії,
«старший викладач»

СХВАЛЕНО

на засіданні ЦК клінічних дисциплін
Протокол від "___" _____ 20__р
Голова ЦК _____ Марія Шулла

ЯГОТИН

**Тематичний план теоретичних занять на V семестр
освітній компонент «Медсестринство в онкології»
ОПП «сестринська справа»**

Лекція	Тема	Сторінка
№1	Організація онкологічної допомоги в Україні.	3-6
№2	Реабілітація онкологічних хворих. Лікарсько-трудова експертиза. Медична етика і деонтологія. Передпухлинні захворювання.	7-9
№3	Обстеження і принципи діагностики онкохворих.	10-15
№4	Сучасні принципи лікування.	16-22
№5	Пухлини голови та шиї.	23-28
№6	Рак шлунку, стравоходу, поперечно-обвідної кишки. Рак печінки та підшлункової залози.	29-35
№7	Рак легень. Пухлини молочної залози.	36-46
№8	Злоякісні пухлини шкіри, м'яких тканин, кісток. Лімфогранульоматоз.	47-49
№9	Пухлини матки і яєчників. Трофобластична хвороба.	50-54
№10	Пухлини сечової і статевих систем.	54-58

Конспект лекції.

1. Тема: Організація онкологічної допомоги в Україні.

План.

1. Структура онкологічної служби в Україні.
2. Диспансеризація та облік онкохворих.
3. Аналіз причин запущених форм захворювань.

Захворюваність населення злоякісними новоутвореннями невідомо зростає в усьому світі, в тому числі і в Україні. В структурі смертності онкологічні захворювання займають друге місце після захворювання серцево-судинної системи (15%, щитоподібна залоза, передміхурова залоза, шкіра).

Ефективність лікування хворих зі злоякісними пухлинами в сучасних умовах залежить передусім від їх ранньої та сучасної діагностики. При ранньому розпізнаванні раку у 75% випадків – тривалий і стійкий клінічний ефект лікування. Але рівень діагностики злоякісних пухлин і до сьогодні залишається низьким.

Онкологія (грец. «онкос» - пухлина, «логос» - наука) – галузь медицини, що вивчає причини виникнення, перебіг пухлин, розробляє метод їх профілактики та лікування.

В Україні створено єдину систему організацій онкологічної служби, яка має загальнодержавну, обласні та периферійні ланки.

Методичне керівництво здійснює Інститут онкології Академії медичних наук України.

МОЗУ Головний онколог України		
Онкологічні диспансери (республіканські, обласні, міські)	Науково-дослідний інститут онкології АМН України	
Головні задачі: Проф. заходи Рання діагностика Диспансерне спостереження Лікування контроль проведення оглядів -сан-освітня робота	Кафедри онкології	Онкологічні диспансери
	Лікувальні заклади: - онкологічне відділення - онкологічний кабінет - оглядовий кабінет - флюорографічний кабінет	

Пухлини (tumor, новоутворення, бластома) – це патологічне розростання тканин, яке відрізняється автономним ростом, поліморфізмом і атипією клітин.

Статистика онкозахворювань – це збір достовірної інформації про все те, що характеризує кількісні параметри злоякісних пухлин у людей.

Джерела інформації:

- поліклініка та стаціонари;

- патологоанатомічні та судово-медичні бюро;
- звіти органів Державного комітету статистики.

Показники статистики:

1. **інтенсивні** (показники захворюваності поширеності смертності)
2. **екстенсивні** (питома вага лікувань і померлих в стаціонарах, питома захворювань в розрізі нозологій)

В структурі захворюваності серед чоловіків перші п'ять місць займають онкологічні хвороби легень, шлунку, шкіри, передміхурової залози, лімфатичної та кровотворної систем. Серед жінок – молочні залози, шкіра, тіло матки, шлунок, шийка матки.

Кількість онкологічних захворювань зростає з віком (пік 70-79 років). Зростають показники захворюваності у вікових групах з 30-35 років до 60-65 років у півтора-два рази.

Дані про всіх онкологічних хворих об'єднані в **Національному канцер-реєстрі**, який був сформований в Україні в 1994 р. Такі канцер-реєстри були створені в багатьох європейських країнах.

Наказ МОЗ України № 208 (1992 р.) «Про заходи покращення і розвитку онкологічної допомоги населення».

Диспансерний облік онкохворих.

Форма № 281 –

Форма № 090/0 – Діагноз злоякісної пухлини встановлено вперше

Форма № 027-2 – Запущена форма злоякісного новоутворення

Форма № 030-6 – Реєстраційна карта хворого на злоякісне новоутворення (диспансерний облік хворого).

Клінічні групи диспансерного обліку онкохворих.

I-A – Хворі з підозрою на наявність злоякісної пухлини (підлягають дообстеженню)

I-B – Хворі з передраковими станами (підлягають оздоровленню)

II – хворі на злоякісні пухлини, які підлягають спеціальному лікуванню

II-A – Хворі, які підлягають радикальному лікуванню

III – Хворі після радикального лікування, у яких не виявлено рецидивів та метастазів

IV – хворі із запущеним станом здоров'я, які підлягають паліативному і симптоматичному лікуванню

Три аспекти процесу пухлинного росту

I – Біологічний. Біологія злоякісного росту містить дуже багато інформації завдяки використанню досягнень біохімії, біофізики, молекулярної біології, вірусології, генетики, біокібернетики і експериментальної онкології.

II – Соціальний. Методи вивчення цього аспекту і отримані результати дозволили сформулювати **епідеміологію раку**, яка вивчає географічну особливість, побут, шкідливі звички проф. шкідливості, характер харчування, гігієнічні умови.

III – Індивідуальний. Він передбачає аналіз індивідуальних форм реакцій людини на вплив канцерогенних факторів та аналіз її поведінки, напр., відношення до куріння, алкоголю, режим харчування, праці.

Епідеміологія – наука, яка займається вивченням особливостей поширення і причин масових захворювань людей.

Епідеміологія пухлин – вивчає географічні та мінералогічні особливості середовища, в якому живуть люди, побутові традиції, шкідливі звички, стан екології і біосфери, виробничі умови тощо.

Основна мета – виявлення причин і оцінка ризику захворювання, пов'язаного з окремими факторами довкілля.

Для порівняння захворюваності або смертності від раку в популяціях із різним віковим і статевим складом користуються так званими **стандартами**.

Тобто це – кількість випадків захворюваності на 100 тис. населення за один рік на певній території.

Епідеміологія раку безпосередньо стосується етіології злоякісних пухлин.

Етіологія пухлин – наука, що вивчає фактори зовнішнього і внутрішнього середовища, які спричиняють виникнення пухлин.

Канцерогени (бластомогени) – зовнішні і внутрішні фактори, які спричиняють виникнення пухлин.

Три групи канцерогенів:

- **фізичні** - іонізуюче випромінювання (рентген, гамма-промені)
 - радіонукліди (кобальт, цезій, стронцій)
- зменшення озонового шару атмосфери Землі (поява «озонових дір» → збільшується потік і активність УФО-променів Сонця)
- **хімічні** – ароматичні вуглеводи, ароматичні аміни, азотисті сполуки, отрутохімікати, азбест...
- **біологічні** – віруси (гепатит В, герпес, аденоми, ВІЛ)
 - діяльність деяких грибків (афлатоксини)
 - паразити (котячий дворотик)

Онкогени – це трансформуючі гени, які були виявлені в онковірусах.

В нормі онкогени присутні у всіх клітинах організму людини. Вони регулюють ріст, поділ і диференціацію клітин.

Диференціація – це виконання характерних функцій для даної тканини.

Для трансформації нормальної клітини у злоякісну потрібно, щоб онкоген почав продуктувати трансформувальний білок у надмірній кількості та у невідповідний час.

Основна ознака **малігнізації** (переродження) – безперервний не контролюючий поділ клітин. Малігнізована клітина вже не реагує на сигнали, що сприяє її диференціації.

Канцерогенез – механізм реалізації впливу зовнішніх і внутрішніх факторів, що спричиняють трансформацію нормальної клітини у злоякісну.

Процеси канцерогенезу проходять на трьох рівнях:

1. **на рівні клітини** – злоякісна клітина безперервно, неконтрольовано розмножується та втрачає здатність виконувати нормальну функцію;
2. **на рівні органу** – це проблема передраку. В одних випадках переродження у злоякісну пухлину відбудеться обов'язково, і такий патологічний процес

називають **облігатним передраком**. В інших – переродження в злоякісну пухлину відбувається не завжди – **факультативний передрак**.

Фази канцерогенезу на рівні органу:

1. фаза пригнічення (пригнічення морфологічних і функціональних властивостей органу)
2. фаза активації морфологічних процесів (зниження секреції HCl слизовою оболонкою шлунку, водночас посилюється слизо-продуктуюча функція)
3. фаза появи вогнищевих (обмежених) проліфератів та доброякісних пухлин
4. фаза виникнення злоякісної пухлини

3. на рівні організму – тут існує декілька аспектів:

- спадковість (пухлина Вільмса у дітей (нирки), нейробластома, гемо- бластома. Питома вага спадкових форм злоякісних пухлин не перевищує 7%).
- імунологія раку (протипухлинний імунітет, СНІД, старіння, недорозвиток вилучкової залози)
- гормони і рак (стимулюють проліферацію і ріст клітин – це гормон росту, естрогени, гонадотропні гормони, пролактин, інсулін. Вплив гормонів більший на ті тканини, які фізіологічно тісно пов'язані з гормональною функцією.)

Профілактика пухлин:

1. первинна профілактика:
 - програма охорони природи від забруднення канцерогенами
 - навчання населення правил здорового способу життя
 - сан-просвітня робота серед населення
2. вторинна профілактика:
 - профілактичні огляди (індивідуальні, цільові, комплексні)
 - виявлення факторів ризику (професійні, соціально-побутові, конституціональні, клімато-географічні).

Діагностичний скринінг – масове цитологічне обстеження з метою виявлення злоякісної пухлини, напр., цитологічне обстеження жінок з метою виявлення раку шийки матки.

Цитологічні дослідження проводяться у двох напрямках:

1. Цитологія пунктатів (вивчення клітин патологічного вогнища, отриманих пункцією)
2. Ексфолюативна цитологія (вивчення клітин, що злущилися, дослідження в секретах, екскретах, серозних рідинах, змивань).

Конспект лекції.

2. ТЕМА: Реабілітація онкологічних хворих. Лікарсько-трудова експертиза. Медична етика і деонтологія. Передпухлинні захворювання.

План.

1. Реабілітація онкологічних хворих.
2. Лікарсько-трудова експертиза.
3. Медична етика і деонтологія.
4. Передпухлинні захворювання.

Реабілітація – комплекс заходів, спрямований на створення умов для повноцінного життя в суспільстві.

Реабілітація онкохворих повинна бути:

- своєчасною,
- безперервною,
- комплексною,
- враховувати індивідуальність хворого,
- врахувати патологічний процес.

Особливість реабілітації онкохворих – постійна небезпека виникнення рецидиву пухлини, тому реабілітаційні заходи здійснюють разом з комплексним лікуванням.

Види реабілітації онкохворих:

1. **Медична** – (хірургічні операції – пластичні, протезування; медикаментозні методи; санітарно – курортні методи; активна трудова терапія).
2. **Психологічна** - особливо необхідна пацієнтам у період діагностики, передопераційний період, післяопераційний період (втрата органу, спотворена зовнішність, накладання штучних нориць).
3. **Педагогічна** – застосовується у дітей (не можуть навчатися в загальноосвітній школі);
 - у дорослих, які після лікування потребують перекваліфікації.
4. **Трудова** – кінцева мета всіх видів реабілітації – відновлення трудової діяльності. Існує спеціальна лікарська трудова експертна комісія (ЛТЕК), яка визначає працездатність пацієнтів після радикального лікування. Переважно перші 2 роки онкохворі визначаються непрацездатними (II група інвалідності), тому що перші 2 роки є ймовірність появи рецидивів і метастазів.
5. **Сексуальна.**

ХОСПІС – спеціальний заклад для надання паліативної допомоги хворим, терапевтичні можливості в яких вичерпані.

Вперше були застосовані в Ірландії католицькими монахинями в XVII ст., як тимчасове безпечне місце для мандрівників, а пізніше – як лікарні для вмираючих хворих.

Основне завдання хоспісів – забезпечення нормальних умов хворим на невиліковні хвороби, термін життя яких обмежений днями, тижнями або місяцями.

- Забезпечують: - психологічний спокій,
- фізичний комфорт,
- протибольову терапію,
- вирішення соціальних та правових питань.

В хоспісі не проводиться спеціальне лікування. Середній термін перебування хворих в хоспісі – 1-1.5міс.

Медична етика, деонтологія, спостереження і догляд за онкохворими.

Особливість догляду за хворими зі злоякісними пухлинами – значний психологічний догляд.

- Не можна допускати, щоб хворий дізнався про діагноз. В документах, що видаються на руки хворим, не можна вказувати зрозумілий для хворого діагноз.
- Не слід поміщати в одну палату хворих з початковими та запущеними стадіями захворювання.
- Не можна давати історію хвороби на руки хворому. При переведенні в інший лікувальний заклад, хворого мають супроводжувати лікар чи медична сестра, які перевозять документи.
- Якщо не вдалося повністю ліквідувати вогнище під час операції, то не слід говорити про це хворому.
- Рідних хворого слід попередити про безпеку злоякісного новоутворення для оточуючих.
- Необхідно прийняти міри проти намірів лікувати хворого знахарськими заходами.
- При спостереженні за онкохворими потрібно слідкувати за вагою (зменшення ваги – свідчить про швидке прогресування хвороби), за температурою тіла (підвищення t° - свідчить про початок розпаду пухлин).
- Хворих і родичів необхідно навчити заходам гігієнічного характеру.

Питання деонтології та медичної етики:

- особливий такт,
- вміння знайти контакт з хворим,
- адекватний підхід до хворого залежно від його фізичного та психічного стану,
- хворобу хворому необхідно змальовувати в оптимістичному світі, а родичам повідомляти реальну ситуацію.

Передракові захворювання.

Це деякі патологічні процеси, які частіше за інші передують появі пухлини.

- Це усі доброякісні пухлини (аденоми, фіброми, невриноми, поліпоз, тощо).
- Трофічні виразки та рубці на кінцівках.
- Дистрофічні зміни на слизових оболонках (лейкоплакія, еритроплакія, дисплазія).
- Хронічні захворювання (хронічна пневмонія, виразкова хвороба шлунку, хронічний коліт, хронічний гастрит).
- Деякі природжені аномалії (крипторхізм, тератома).

Перші клінічні ознаки малігнізації в передпухлинному стані:

- поява росту,
- зміна забарвлення,
- кровоточивість

- лімфорея,
- болючість, тощо.

Передрак поділяється на:

1. Облігатний передрак - передпухлинний процес, що часто із за відсутності адекватного лікування призводить до появи злоякісних пухлин (небагато, переважно в дерматології).
2. Факультативний передрак – передпухлинний процес із надзвичайно низьким % малігнізації.
3. Дисплазія - морфологічний передрак, який характеризується проліферативними (ріст незрілих клітин) змінами в епітелії з порушенням дозрівання клітин.

Три ступені дисплазії:

I ступ. – тенденція до проліферації;

II ступ. – атипія клітин у глибоких шарах епітелію;

III ступ. – порушення структури всього епітеліального шару з атипією клітин.

Ці морфологічні зміни реально підвищують ризик раку, а особи з виявленими змінами типу дисплазії потребують пильного диспансерного догляду та, якщо потрібно, лікування.

Конспект лекції.

3. Тема: Обстеження і принципи діагностики онкохворих.

План.

1. Чотири рівні діагностики пухлин.
2. Методи інструментальної діагностики.
3. Біопсія. Види біопсії.
4. Імунодіагностика.

Своєчасна діагностика в онкології набуває особливого значення, бо лікування багатьох пухлин на ранніх стадіях досить ефективне, а на пізніх – малоефективне.

До початку лікування потрібно в'яснити:

1. Локалізацію первинної пухлини та її поширення.
2. Анатомічний тип росту:
 - екзофітний
 - ендофітний
 - змішаний.
3. Морфологічний тип (цитологія).
4. Стадія захворювання (TNM).

Розрізняють 4 рівні діагностики пухлин:

1. **Надзвичайно рання діагностика** – розпізнавання облігатних передракових станів (які обов'язково переходять в рак).
2. **Рання діагностика** – на самих початкових стадіях процесу, коли вже відбулася трансформація нормальної клітини в ракову та почалося розмноження пухлинних клітин. У цій стадії пухлина росте в епітелії, не проростає базальної мембрани. Це так званий «рак на місці» (cancer in situ). Такі пухлини не знають метастазів. Ефект повного виліковування 97-98%.

Діагностика доклінічного раку.

На ранній стадії:

- синдром «плюс – тканини» (зміни від незначних до помітних на око вузлів)
- синдром порушення функції (анатомічні порушення пошкодженого органу)
- гіпофункція окремих органів.

На пізній стадії:

- значна втрата маси тіла
- анемія
- біль
- втрата працездатності
- кровотечі, тощо.

3. **Своєчасна діагностика** – коли хвороба на стадії процесу T1-T2. Повне вилікування можливе в 70-85%, так як у 15-30% хворих є не розпізані до клінічні метастази.

4. Несвоєчасна (пізня) діагностика – всі стадії Т + метастази в регіонарні лімфатичні вузли і віддалені метастази в органи.

ЗАГАЛЬНА ДІАГНОСТИКА.

1. Анамнез (фактори ризику).
2. Клінічне обстеження (огляд, пальпація, аускультация).

Загальний стан онкохворого оцінюється **за індексом Карновського** .

Д/З (В.І.Дрижак, М.І. Домбрович «Медсестринство в онкології», стор.14)

Схема оцінки загального стану онкологічних хворих.

Нормальна фізична активність. Хворий не потребує спеціального догляду.	100	Нормальний стан, немає скарг і ознак хвороби.
	90	Нормальна активність, легкі симптоми хвороби.
	80	Нормальна активність вимагає зусиль, помірні прояви хвороби.
Нормальна активність неможлива, хоча пацієнт досить самостійний.	70	Самостійний, але не здатний до нормальної активності або праці.
	60	Іноді потребує сторонньої допомоги, але в основному самостійний.
	50	Часто потребує сторонньої допомоги і медичного догляду.
Самостійність неможлива. Необхідні довготривалий догляд або госпіталізація.	40	В основному прикутий до ліжка, необхідні спеціальний догляд і стороння допомога.
	30	Постійно прикутий до ліжка, необхідна госпіталізація, хоча термінальна криза не загрожує.
	20	Тяжко хворий, необхідні госпіталізація і активна підтримуюча терапія.
	10	Помираючий, швидке прогресування хвороби.
	0	Смерть.

3. Лабораторна діагностика:

- клінічні аналізи крові, сечі, калу, шлункового вмісту (прихована кров, анемія ↑)

- біохімічні методи (↑ числа фосфатази – рак передміхурових залоз,
↑ печінкової фракції лужної фосфатази – рак печінки).

4. Інструментальна діагностика: УЗД, ендоскопічне обстеження, рентгенологічне, комп'ютерна томографія.

I. Променеві методи діагностики:

- рентгенографія
- рентгеноскопія (виявляють пухлину діаметром 1-2 см, точну локалізацію, форму, розмір).

Рентгенологічна семіотика злоякісних пухлин представлена:

- синдромом ущільнення тканин,
- синдромом деструкції тканин,
- синдромом деформації трубчастих та порожнистих органів,
- синдромом порушення функції органу.

- Ангіографія (артерії, вени з контрастною речовиною).

Дуктографія (молочні протоки з контрастом).

Мамографія.

Бронхографія.

Цистографія.

Орографія.

Орографія екстрена.

Іригографія (суміш Ва).

Іригоскопія (суміш Ва).

Крапіографія (кістки черепа, носові порожнини, пазухи носа).

Лімфографія (з контрастом).

Гістеросальпінгографія, метросальпінгографія (матка, труби з контрастом).

- **Комп'ютерна томографія (КТ)** – рентгенівське зображення органів і тканин за допомогою комп'ютера (паренхіматозні органи).
- **Магнітно – резонансна томографія (МРТ)** – принцип ядерно – магнітного резонансу (пухлини до 1см в діаметрі в гортані, трахеї, бронхах, щитовидній залозі, стравохід, судинні елементи черевної порожнини, нирки, підшлункові залози, збільшених лімфатичних вузлів. МРТ не дає повної впевненості, яка це пухлина - доброякісна чи злоякісна).
- **Радіонуклідна діагностика** – (в основі принцип диференційованого розподілу радіоактивного індикатора в пухлині та нормальній тканині).
- **Позитронно – емісійна томографія (ПЕТ)** – новітній унікальний метод радіоізотопної діагностики, точність наближається до 100% у разі низки локалізації пухлин (шкіра, підшлункова, легені, лімфатична система).
- **Ультразвукове дослідження (УЗД)** – здатність ультразвукової хвилі відбиватися від межі двох середовищ з різною акустичною щільністю.

Переваги:

- безпечність;

- простота дослідження;
 - локалізація, розміри;
 - поширеність;
 - ураження лімфатичних вузлів.
- **Термографія** - метод, який ґрунтується на виявленні гіпер- або гіпотермічних ділянок.

II. Ендоскопічні методи діагностики.

Дослідження слизових оболонок порожнистих органів за допомогою ендоскопів.

- Бронхоскопія.
- Езофагоскопія.
- Гастроскопія.
- Дуоденоскопія.
- Колоноскопія.
- Ректороманоскопія.
- Лапароскопія.
- Торакоскопія.
- Кольпоскопія (шийка матки).
- Орофарингоскопія (ротова частина глотки).
- Епіфарингоскопія (носоглотка).
- Ларингоскопія (гортань).
- Риноскопія (порожнин носа).
- Цистоскопія.
- Хромоцистоскопія).

5. Морфологічна діагностика: головна задача – визначити характер патологічного процесу.

- Цитологічне дослідження – дослідження клітинної структури.
- Гістологічне дослідження – дослідження структури тканини, виявляє ступінь диференціації (злоякісності).

Для отримання матеріалу для цитологічного та гістологічного досліджень використовують біопсію.

Біопсія – прижиттєве визначення шматочка тканини для діагностики патогістологічного дослідження.

Ускладнення біопсії:

- кровотеча,
- ушкодження прилеглих тканин,
- нагноєння рани.

Види біопсії:

1. Пункційна (аспіраційна) – за допомогою ін'єкційної голки.
2. Випадкова – при відкашлюванні шматка бронха.
3. Ексцизійна – хірургічне видалення всього патологічного вогнища – часом це і є лікувальним заходом.

4. Унцизійна – висічення одного або кількох шматків пухлини.
5. Щипцева – за допомогою щипців.
6. Кюретаж – шляхом вишкрібання (матка, гайморові пазухи).
7. Трепанобіопсія – стовпчик тканини за допомогою спеціальної голки.

Цитологічні дослідження проводяться у двох головних напрямках:

- цитологія пунктатів – визначення клітин, отриманих пункцією;
- ексfolіативна цитологія – вивчення клітин, що злушилися.

Діагностичний скринінг – масове цитологічне обстеження жінок з метою виявлення раку шийки матки.

Значного поширення цитологічне дослідження набуло при профоглядах населення з метою діагностики раку шийки матки, молочної залози, легень, тощо.

6. Імунодіагностика - це метод в основі якого лежить визначення у злоякісних клітинах антигенів, характерних для ранніх періодів онтогенезу.

Маркери пухлин – або пухлиноасоційовані антигени – це специфічні особливі речовини, які виробляються деякими пухлинами. До них відносять – ембріональні білки, ензими, гормони, імуноглобуліни. Маркери пухлин використовують з метою діагностики пухлин та контролю за перебігом хвороби.

Д/З (В.І.Дрижак, М.І. Домбрович «Медсестринство в онкології», стор.21)

Найважливіші маркери пухлин.

Пухлино асоційований антиген	Показання до визначення
Карцино-ембріональний антиген (СЕА)	Контроль за перебігом хвороби і результатами лікування при раку товстої кишки, шлунку, молочної залози, легенів
α_1 -фетопротейн (AFP)	Контроль за перебігом хвороби і результатами лікування гепатоцелюлярного раку і раку товстої кишки
Раковий антиген 15-3 (СА 15-3)	Контроль за лікуванням хворих на рак молочної залози
Карбогідратний антиген (СА 19-9)	Контроль за лікуванням хворих на рак підшлункової залози
Раковий антиген 125 (СА 125)	Контроль за лікуванням хворих на рак яєчників

Тканинний поліпептидний антиген ТРА)	Контроль за перебігом і лікуванням раку сечового міхура, легенів, яєчників, шлунку
Кальцитонін	Діагностика медулярного раку щитоподібної залози
Хоріонічний гонадотропін (HCG)	Діагностика і контроль за перебігом і лікуванням хоріонепітеліоми
β_2 –мікроглобулін	Діагностика мієломної хвороби, неходжкінських лімфом

Ефективність визначення маркерів пухлин.

- Щитоподібна залоза (С-клітинний рак): СЕА (++) , кальцитонін (+++++).
- Легені – дрібноклітинний рак: СЕА (+++++).
- Молочна залоза: СЕА (++++), СА 15-3 (++++).
- Шлунок: СЕА (+++++), СА 19-9 (++) .
- Підшлункова залоза: СЕА (+++), СА 19-9 (+++++).
- Печінка: АФР (+++++).
- Товста і пряма кишки: СЕА (+++++), СА 19-9 (+++).
- Яєчники: СА 125 (+++++).

Конспект лекції.

4.Тема: Сучасні принципи лікування.

План.

1. Хірургічна лікування. Догляд за післяопераційними хворими.
2. Принципи променевої терапії. Променеві ускладнення. Лікування і профілактика.
3. Принципи хіміотерапії. Ускладнення хіміотерапії.
4. Правила виписування лікарських засобів онкохворим.

Існують 3 основні методи лікування онкохворих:

- a. Хірургічний.
- b. Променева терапія.
- c. Медикаментозна терапія – включає імунотерапію, хіміо-, гормоно-, симптоматичну та дезінтоксикаційну терапію.

В сучасному лікуванні онкохворих дотримуються принципу комплексного або комбінованого лікування.

Хірургічне лікування.

I. Радикальні операції.

Мета – вилікувати хворого.

1. Основні принципи радикальних оперативних втручань:

Абластика – комплекс заходів, спрямованих на попередження поширення пухлинних клітин в операційній рані, а також із потоком крові і лімфи. Це видалення пухлин у межах здорових клітин, видалення органу в єдиному блоці з регіонарними лімфатичними вузлами, перев'язування лімфатичних і кровоносних судин.

2. Принципи загальності – видаляється не тільки пухлина, а і все місце, де можуть бути ракові клітини.
3. Антибластика – комплекс заходів, направлених на знищення клітин злоякісної пухлини в операційній рані (обробка рани: застосування електроножа і діатермокоагуляції, обробка операційного поля 70% розчином спирту, променева, цитостатична терапія).

II. Паліативні операції.

Мета – збільшення тривалості життя хворого, покращення якості його життя.

III. Симптоматичні операції.

Мета – усунути провідний симптом, не впливаючи на основну пухлину.

Наприклад – гастроенетероаластомоз при пухлинному пілоростенозі, усувається основний симптом - блювання.

Догляд за післяопераційними хворими.

1. Певне положення хворого в ліжку.
2. Профілактика аспірації блювотних мас.
3. Моніторинг: PS, АТ, ЧД, сечовипускання.
4. Постійний контроль за станом пов'язки, кількістю і характером виділень з рани.
5. Дихальна та лікувальна гімнастика.
6. **Категорично протипоказані теплові процедури!!!**
7. **Очисні клізми тільки за призначенням лікаря!!!**
8. Попередження появи пролежнів.

9. Туалет порожнини рота.
10. Активне ведення післяопераційного періоду.
11. **Дотримуватись призначення лікаря!!!**
12. Збалансоване харчування.

Променева терапія.

Один із основних методів лікування злоякісних пухлин.

Для лікування застосовують:

1. рентгенівські промені;
2. (γ) гамма- і (β) бета-промені;
3. корпускулярне опромінення.

Найчутливіші тканини до променевої терапії – клітини кісткового мозку, шкіри, злоякісних пухлин (мало диференційовані клітини).

- Основне правило променевої терапії – концентрація променів у патологічно змінених тканинах при максимальному зниженні дози у прилеглий здоровій тканині і в усьому організмі.

Види променевої терапії.

1. **Дистанційна**

↗
↘

ВДП – 7-10см
ВДП – 30-80 см

(95-98% пацієнтів) (молочна залоза, пряма кишка, піхва, шийка матки)
2. **Контактна** (брахітерапія) –ВДП - < 2см
(2 – 10% пацієнтів) (губа, шкіра, ротова порожнина)
Безпосереднє введення радіоактивного елемента в тканину пухлини у вигляді радіоактивних голочок).
3. **Внутрішнє опромінення** – внутрішньосудинне або внутрішньоплевральне введення відкритих джерел радіоактивного йоду, стронцію, тощо.

Лікувальні дози залежать від виду пухлини, їх розмірів та морфології.

Сумарні дози на курс коливаються від 20 до 30 Грей.

ПОКАЗАННЯ:

1. Наявність вираженого радіоактивного інтервалу.
2. Місцеве або регіонарне поширення хвороби.
3. Загальний стан хворого за шкалою Карновського понад 60%.

ПРОТИПОКАЗАННЯ:

1. Важкий загальний стан.
2. Кахексія.
3. Наявність віддалених метастазів.
4. Кровохаркання.
5. Туберкульоз.

УСКЛАДНЕННЯ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ.

1. Загальні :

- зміна складу крові (лімфопенія, тромбопенія);
- порушення серцево – судинної діяльності (тахіаритмія, $\uparrow$ АТ, $\downarrow$ АТ);
- порушення нервової системи (порушення сну, кволість...);
- порушення ендокринної системи (блювання, тенезми).

2. Місцеві:

- епіляція (після сумарної дози 5 Грей, ріст поновлюється через 8-10 тижнів);

- з боку шкіри (епідерміт, гіпердепігментація);
- гостра еритема (яскраво – рожева, набряк);
- ерозивний променевий дерматит;
- променеві виразки шкіри;
- ураження слизової оболонки рота (сухість, стоматит);
- променевий пневмоніт і фіброз легень;
- променевий ентероколіт.

ЛІКУВАННЯ ПРОМЕНЕВИХ ВИРАЗОК.

- Очищення поверхні від некротичних тканин (туалет рани, нефректомія, протеолітичні ферменти);
- профілактика і лікування локальної інфекції (антисептики, антибіотики, димексид);
- прискорення епітелізації (обліпіха, калонхое, алое, шипшина, прополіс);
- дезодорація (промивання перманганатом калію, хлорофіліптом, ксероформ).

РАДІАЦІЙНИЙ ЗАХИСТ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ.

I. Стаціонарний захист:

- розміщення та планування приміщень;
- захисне устаткування;
- вентиляція;
- каналізація;
- опалення приміщень;
- зберігання і дезактивація радіоактивних відходів.

1. Підготовка і отримання сертифікату (допуск до роботи).
2. Наявність захисних інструментів, екранів.
3. Раціональна послідовність дій і маніпуляцій.
4. Чітка взаємодія персоналу.

II. Індивідуальний захист:

- захисні екрани;
- фартухи;
- маски;
- бахали;
- щитки;
- окуляри;
- рукавиці;
- індивідуальний дозиметричний контроль (індивід. кишенькові дозиметри КІД-2, КІД-20);
- в журналі фіксують дані;
- перевірка дозиметричної апаратури – 1р. в рік.

III. Дезактивація шкіри:

- тепла проточна вода + мило;
- спеціальні мийні засоби;
- слабкі розчини кислот (3% лимонна к-та);

- обличчя, очі (проточна вода від внутрішнього до зовнішнього кута), ніс (теплий фіз. розчин).

IV. Деактивація робочих місць і апаратури:

- протирання, миття водою або спеціальними миючими засобами.

ХІМІОТЕРАПІЯ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН.

Це застосування лікарських засобів синтетичного чи природного походження з метою незворотного припинення розмноження злоякісних пухлин.

Протипухлинні препарати називаються цитостатиками.

Найчутливішими до дії цитостатиків є клітини, які перебувають у фазі мітозу.

ПЕРЕВАГИ ХІМІОТЕРАПІЇ:

1. Дія на весь організм.
2. Дія на невиявлені, приховані злоякісні пухлини.
3. Можливість проведення в амбулаторних умовах.

НЕДОЛІКИ ХІМІОТЕРАПІЇ.

1. Вузький спектр терапевтичної дії (лише пошкоджуючий вплив).
2. Низька доза цитостатиків не лише зменшує ефективність дії, а може викликати посилюючий ріст пухлини.
3. Передозування – негативні побічні ефекти і ускладнення.
4. Недостатня вибірковість дії цитостатиків призводить до пошкодження здорових клітин.
5. Відносно низький рівень антибластичної дії хіміотерапії.
6. Хіміотерапію можуть проводити лише лікарі, які пройшли спеціальну підготовку.

ПОКАЗАННЯ ДО ХІМІОТЕРАПІЇ.

1. Дисемінований, первинно неоперабельний рак або резистентний до опромінення рак.
2. Швидко прогресуючі, низько диференційовані пухлини.
3. Ураження деяких внутрішніх органів і тканин (лімфоми, дрібноклітинний рак легенів, метастази в плевру, очеревину, скелет тощо).

ПРОТИПОКАЗАННЯ ДО ХІМІОТЕРАПІЇ.

1. Похилий, старечий вік.
2. Важкий загальний стан, тяжкі інфекційні захворювання.
3. Психічні хвороби.
4. Психічна лабільність, негативізм до проведення хіміотерапії.

КЛАСИФІКАЦІЯ ЦИТОСТАТИКІВ:

I. Алкілувальні препарати (циклофосфамід, тіофосфамід, дегранол, сарколізін, бензотеф). Завдяки наявності SH_2 -групи, вони вступають у взаємодію з нуклеїновими кислотами клітини – реакцію алкілування, що призводить до порушення обміну і загибелі клітини.

II. Антиметаболіти (метотрексат, 5-фторурацил, фторафур, 6-меркаптопурин тощо. Селективно гальмують утворення ДНК у S-фазі, що зумовлює припинення поділу клітини і її загибель.

III. Антибіотики (адриаміцин, блеоміцин, актиноміцин D, мітоміцин C, епірубіцин та ін..). вони викликають порушення синтезу ДНК і РНК.

IV. Препарати рослинного походження (вінкристин, вінбластин, етопозид, колхамін) – міотичні отруйні речовини, які блокують фазу мітозу клітин.

V. Інші протипухлинні препарати:

А) ферменти (L-аспарагіназа);

Б) тріазени (дакарбазин);

В) похідні сечовини (ломустин, гідроксисечовина);

Г) комплексні сполуки платини (цисплатин, карбоплатин, платидіам);

Д) похідні метилгідразину (прокарбазин).

Використання протипухлинних хіміопрепаратів супроводжується розвитком негативних побічних реакцій і ускладнень.

Розрізняють 5 ступенів важкості (інтенсивності) побічної дії хіміопрепаратів:

Ступінь 0 – нема змін самопочуття хворого і лабораторних показників.

Ступінь 1 – незначні зміни, які не впливають на загальну активність хворого; незначні зміни лабораторних показників, які не потребують корекції.

Ступінь 2 – помірні зміни, які негативно впливають на активність та життєдіяльність хворого, викликають помітні зміни лабораторних показників, що потребують корекції.

Ступінь 3 – значні порушення, які потребують активного симптоматичного лікування, тимчасового припинення або відміни хіміотерапії.

Ступінь 4 – важкий стан хворого, загрозливий для життя, що потребує термінової відміни хіміотерапії та проведення інтенсивного симптоматичного лікування.

ОНКОБІОГРАМА – це лабораторні тести, які прогнозують індивідуальну чутливість пухлини до медикаментозного лікування.

КОМБІНОВАНА Х.Т. – головний метод медикаментозного лікування. Це паралельне (одночасне) або послідовне в межах одного курсу або циклу застосування кількох цитостатиків, кожен з яких повинен бути активним при даній локалізації пухлини, але водночас мати різні механізми дії на клітину, також різний спектр токсичної дії.

Ад'ювантна хіміотерапія (додаткова) - застосування цитостатичних препаратів після радикального хірургічного лікування.

Мета - ліквідація до клінічних мікрометастазів, які існуючими методами діагностики не виявляються.

Ад'ювантна хіміотерапія = Операція → Х.Т.

Неад'ювантна хіміотерапія – застосування цитостатичних препаратів до хірургічного лікування.

Мета – операбельності первинно неоперабельної пухлини (зменшити її розміри, метастази), тобто підвищити ефективність оперативного втручання.

УСКЛАДНЕННЯ ХІМІОТЕРАПІЇ.

1. **Депресія кісткового мозку** (лейкоцитопенія, тромбоцитопенія, анемія), або мієлодепресія.

Для лікування і профілактики мієлодепресії використовують гемопоетичні фактори – цитокіни – це гормон подібні поліпептиди, які активізують ріст і диференціацію стовбурових клітин кісткового мозку - еритропоєтин,

- G-CSF(стимулятор гранулоцитів)
- GM-CSF – лейкомакс (стимулює колонію гранулоцитів і макрофагів).

Лікування цитокінами збільшують кількість лейкоцитів і знижують ризик виникнення інфекційних ускладнень.

2. **Диспепсичний синдром** (діарея).
3. **Алопеція** (випадіння волосся).
4. **Стоматит, езофагіт.**
5. **Ураження шкіри** (дерматит, запальні інфільтрати, некроз підшкірної клітковини).
6. **Флебіти, тромбофлебіти.**
7. **Токсична дія на печінку, нирки** (геморагічний цистит).
8. **Токсична дія на серце** (серцева недостатність).
9. **Нейротоксичність** (порушення свідомості, чутливості, моторики, депресія, парестезія).
10. **Підвищення температури тіла.**

ПРАВИЛА ВВЕДЕННЯ ЦИТОСТАТИКІВ.

1. Препарати вводити тільки під постійним спостереженням лікаря.
2. Вводити цитостатичні препарати можуть тільки висококваліфіковані медичні сестри, які пройшли спеціальний інструктаж.
3. Медична сестра повинна працювати в гумових рукавичках, марлевій масці, змінному халаті.
4. Перед введенням цитостатика слід уважно ознайомитись з інструкцією його застосування.
5. Порошкоподібні препарати розчиняють водою для ін'єкцій або 0,9% розчином хлориду натрію. Розчин готують *ex tempore* і відразу ж вводять.
6. **Зберігати розчини цитостатиків тривалий час заборонено!!!**
7. Кожний препарат вводять окремо, різними шприцями, поперемінно в різні вени.
8. Не можна довго тримати відкритими ампули, флакони з цитостатиками (вдихання парів надзвичайно шкідливе для організму).
9. Препарати потрібно вводити у вену повільно з наступним її промиванням теплим 0,9% розчином хлориду натрію або 5% р-ном глюкози через ту саму голку.
10. Для профілактики виникнення ускладнень у пацієнтів перед в/в введенням хіміопрепаратів необхідно провести попередню інфузійну терапію (гідратацію).

ГОРМОНОТЕРАПІЯ.

Це консервативний метод лікування гормонозалежних злоякісних пухлин (грудної залози, яєчників, передміхурової залози) гормональними препаратами.

Цей метод доповнює інші методи лікування злоякісних пухлин.

Призначають:

- 1) жіночі статеві гормони (естрогени – сипестрол, фосфестрол);
- 2) Чоловічі статеві гормони (андрогени – метилтестостерон, тестостерону, пропіонат, тестенат);
- 3) Гормони кіркової речовини надниркових залоз (кортизон, дексаметазон).

Гормональні препарати впливають не тільки на саму пухлину, а й на обмін речовин, на вміст йонів (K, Na, Ca), на серцево – судинну, травну, нервову, кровотворну, імунну систему організму.

ІМУНОТЕРАПІЯ (БІОТЕРАПІЯ).

Це додатковий консервативний метод лікування злоякісних пухлин шляхом активації природних захисних механізмів або введення в організм пацієнта природних полімерних молекул (цоліклонів, факторів росту).

Застосовуються препарати інтерферонів, інтерлейкінів, лейкоцитів.

Конспект лекції.

5. Тема: Пухлини голови та шиї.

План.

1. Передпухлинні захворювання губи. Рак губи, діагностика, лікування.
2. Пухлини слизової оболонки порожнини рота, язика.
3. Класифікація, діагностика, лікування пухлин придаткових пазух носа, гортані.
4. Рак щитоподібної залози.

Передракові стани захворювання губи.

Етіологія : - тривалий вплив атмосферних чинників (зміна вологості і t° повітря, сонячна інсоляція),

- куріння,
- хронічна травматизація губ,
- вірусна інфекція,
- порушення гігієни порожнини рота.

Передракові стани:

I. Дискератоз червоної облямівки нижньої губи.

КЛІНІКА.

Дифузний

- сухість
- потовщення
- утрата блиску
- шорсткість
- ерозії, тріщини

Вогнищевий

продуктивна форма

- а) лейкоплакія – бляшка
(надмірне ороговіння)
- б) гіперкератоз з щитоподібними
роговими виступами (нагадують
шкірний ріг)

деструктивна форма

- ерозія
 - тріщини
 - виразки
- } на
красній
каймі

ДІАГНОСТИКА.

- Біопсія.

ЛІКУВАННЯ.

- Електровисічення.
- Кріодеструкція.
- Відмова від куріння, змазування губи захисним кремом.

II. Папілома – розростання сосочків сполучної тканини впритик гіперпластичним епітелієм.

КЛІНІКА.

- Зростає на ніжці
- Зберігає колір слизової оболонки
- Може набувати білястого кольору
- Розмір від мм до 2см.

ЛІКУВАННЯ.

- Хірургічне.

Рак нижньої губи – злоякісна пухлина, що виникає з епітелію червоної облямівки нижньої губи.

90% пухлини губи – це плоско – клітинний ороговіючий рак.

КЛІНІКА.

Два види росту :

1. Екзофітний ріст:

а) **папілярна форма** - округле безболісне ущільнення з нечіткими контурами. Потім пухлини вкриваються ерозією, нагадує кольорову капусту. В центрі пухлини з'являється виразка з горбистим некротичним дном і гнійними виділеннями.

б) **бородавчаста форма** .

2. Ендофітний ріст:

а) **виразкова форма** – глибока неправильної форми виразка з нерівним дном і піднятим вивернутим краєм.

б) **виразково – інфільтративна** – некроз → розпад тканин → дефект губи → перехід на нижню щелепу, виникають метастази в лімфатичних вузлах підборіддя, підщелепній ділянці, шиї.

ДІАГНОСТИКА.

1 – огляд

2 – пальпація

3 – цитологія відбитків із пухлинної виразки і пунктиту лімфатичних вузлів.

ЛІКУВАННЯ.

Залежить від стадії і форми росту пухлини.

1. Хірургічне (резекція нижньої губи).
2. Променева терапія первинного вогнища.
3. Цитостатичний метод.

Пухлини слизової оболонки порожнини рота.

20% - дно порожнини рота.

Рідше - слизова оболонка щік, піднебіння.

Передракові стани:

1. Хвороба Боуена – особлива форма дискератозу проявляється наявністю на слизовій оболонці блідо – рожевих або темно – червоних пляшок чіткої форми над поверхнею слизової оболонки. Поверхня гладка або шорстка, можуть виникати бородавчасті розрощення, кірочки, виразки. Перероджується в рак.

2. Лейкоплакія – плоскі, білясті ділянки слизової оболонки різноманітної форми, гладенькі і м'які при пальпації.

3. Лейкокератоз – розростання плоского епітелію, різні за розміром і формою білясті ділянки, ущільнені. Поверхня має бородавчастий вигляд, можливі тріщини та ерозії.

4. Хронічні виразки, тріщини.

5. Папіломатоз - сосочкові розростання сполученої тканини, вкриті багат шаровим плоским епітелієм. Епітелій папілом схильним до ороговіння, часто супроводжується запальними свищами, виразкуванням і некрозом.

ДІАГНОСТИКА.

1. Клінічні обстеження.
2. Морфологічні дослідження.

ЛІКУВАННЯ.

1. Хірургічний метод висічення.
2. Кріодеструкція.
3. Електрокоагуляція патологічного вогнища.

Злоякісні пухлини.

(різні види плоско – клітинного раку і саркоми).

КЛІНІКА.

Спочатку з'являються безболісні вузли, тріщини, виразки. Пізніше – біль, іррадіює в голову, вухо, виски, підвищується слиновиділення, гнильний запах.

ДІАГНОСТИКА.

1. Огляд.
2. Анамнез.
3. Морфологічне дослідження мазків, відбитків виразкової поверхні.
4. Біопсія.

ЛІКУВАННЯ.

1. Хірургічне.
2. Променева терапія.
3. Хіміотерапія.

Рак язика.

50% - рак язика від всіх пухлин слизової оболонки рота.

1-е місце чоловіки 40-50 років.

Локалізується в середній третині бокової поверхні і в корні язика.

Передракові стани:

1. Лейкоплакія.
2. Хронічні виразки.

КЛІНІКА.

1. З'являється щільний болючий інфільтрат.
2. Пізніше – виразка з виступаючим валоподібним краєм.
3. Метастазує в лімфатичні вузли підборіддя, шиї, підщелепу.

ДІАГНОСТИКА.

1. Огляд.

2. Пальпація.

3. Цитологічне, гістологічне дослідження біопсійного матеріалу.

ЛІКУВАННЯ. Комбінований метод.

I-II стадіях раку проводять передопераційну променеву терапію.

Через 2тижні → гемі резекція язика,

ще через 2-3тижні → видалення регіонарних лімфатичних вузлів.

III стадія - променева терапія первинного вогнища і видалення лімфатичних вузлів, м. б. субтотальна резекція язика і резекція нижньої щелепи.

IV стадія – паліативна дистанційна гамма терапія + полі хіміотерапія.

Догляд.

Для годування вводять постійний назогастральний зонд.

Рак гортані.

Чоловіки 40-60 років.

Захворюваність 4,4 – 4,6 на 100 тис. населення.

95% усіх злоякісних пухлин – плоско – клітинний рак.

Передракові стани:

- папіломи
- фіброми
- дискератозу.

Форми росту пухлин:

- папілярна
- вузловата
- інфільтративна.

Залежно від локалізації пухлини поділяються:

1. Вестибулярні (надгортанні, черпалово – надгортанні складки).

Клініка. 1. Відчуття стороннього тіла в глотці.

2. Біль, який віддає в вухо.

2. Пухлини голосових складок.

Клініка.

- Захриплість голосу
- Афонія
- Порушення дихання
- Порушення ковтання.

3. Підскладкові пухлини.

Клініка – порушення дихання, задишка.

ДІАГНОСТИКА.

1. Фіброларингоскопія.

2. Комп'ютерна томограма гортані.

3. Біопсія.

ЛІКУВАННЯ.

1. Хірургічне (ларингектомія з лімфаденектомією), (трахеостома).
2. Променева терапія.
3. Хіміотерапія. Частіше застосовується комбінований метод (променева терапія + хірургічна операція).

Пухлини порожнини носа та додаткових пазух.

I. Доброякісні пухлини:

1. **Папілома** – локалізується в верхньощелепній та решітчастій пазухах.
 - Порушується носове дихання.
 - Відчуття стороннього тіла в носі.
 - Асиметрія обличчя.
 - Біль.
2. **Аденома** – на боковій стінці носа та перетинці.
3. **Фіброма.**
4. **Кровоточивий поліп.**
5. **Ангіома.**
6. **Остеома.**
7. **Хондрома.**

ДІАГНОСТИКА.

1. Огляд.
2. Передня та задня риноскопія.
3. Комп'ютерна томограма.

ЛІКУВАННЯ.

1. Хірургічне (гайморотомія, етмоїротомія).
2. Електрокоагуляція.
3. Кріодеструкція.

II. Злоякісні пухлини.

0,5% всіх злоякісних новоутворень носа чоловіки і жінки 40-70 років.

Рак гайморової пазухи.

Цилиндрома.

Саркоми.

КЛІНІКА.

Залежить від локалізації, росту та розповсюдженості процесу.

1. Утруднене дихання через ніс.
2. Гнусавість.
3. Гнійно - кров'яністі виділення.
4. Сльозотеча.
5. Припухлість.
6. Біль (іррадіює в зуби, око, щелепи, потилицю).

7. Деформація піднебіння.

8. Екзофтальм.

9. Неврологія трійчатого нерва.

ДІАГНОСТИКА.

Аспіраційна біопсія.

ЛІКУВАННЯ – КОМБІНОВАНЕ.

1. Передопераційна променева терапія в дозі 50 Грей.

2. Електровисічення через 2-3 тижні.

Прогноз несприятливий.

Рак щитоподібної залози.

1-3% злоякісних пухлин. Хворіють переважно жінки 30-60 років.

Причини:

- гормональні зрушення
- іонізуюча радіація
- 10% рак виникає на фоні вузловатого зобу.

КЛІНІКА.

- Кашель
- Захриплість
- Задишка
- Порушення акту дихання
- Метастази в легені, кістки.

ДІАГНОСТИКА.

- Огляд, пальпація
- Біопсія, цитологія
- Радіоізотопне сканування.

ЛІКУВАННЯ.

1. Хірургічне (геміструмектомія, струмектомія).

2. Променеве.

Особливості догляду:

Одне із ускладнень струмектомії є гіпопаратиреоз виникає гостро і супроводжується зниженням в крові рівня кальцію, підвищенням вмісту фосфору. Якщо кальцій знижується до 0,17 ммоль/л і нижче, розвиваються тетанічні корчі м'язів кінцівок, обличчя, рідше – тулуба. Можуть поширюватися на м'язи глотки, гортані і діафрагми, викликаючи асфіксію.

Часто виникають депресивні психози. Нерідко тетанія нагадує напади епілепсії.

Для зняття тетанічного нападу в/в вводять 5-10 мл 10% розчину хлориду кальцію + паратиреоїдний гормон.

Конспект лекції.

6. Тема: Рак шлунку, стравоходу, поперечно-обвідної кишки. Рак печінки та підшлункової залози.

План.

1. Передракові захворювання травного каналу. Діагностика. Лікування. Диспансерний нагляд.
2. Рак печінки. Класифікація, клініка, діагностика. Лікування. Механічні жовтяниці. Диференційна діагностика.
3. Рак підшлункової залози. Порядок клінічного відстеження хворих. Діагностика. Принципи лікування.
4. Особливості здійснення мед сестринського процесу при пухлинах травного каналу, печінки та підшлункової залози.

В Україні на даний час захворюваність на рак шлунку становить 30.8 (30.3 – 32.2) випадку на 100 000 населення, а смертність 15.2 на 100 000 населення.

Етіологія.

- харчування (вуглеводна їжа, недостача вітамінів, копчені, смажені страви, вживання міцних алкогольних напоїв, надмірний вміст нітратів у воді, їжі)
- куріння
- генетичні фактори.

Передракові та фактори ризику:

- антацидний гастрит, особливо з дисплазією епітелію
- дисрегенераторний (мета пластичний) гастрит
- складчастий гіперпластичний гастрит
- аденоматозні поліпи та множинний поліпоз шлунку, перніціозна анемія
- резектований шлунок
- виразки шлунку.

Особи, що належать до групи ризику, підлягають диспансерному нагляду з ендоскопічним дослідженням.

Макроскопічні форми росту пухлини.

Первинний рак:

- екзофітна форма (50-60%)
- інфільтративна форма (ендофітна) 40-50%
- змішана форма.
- Рак із поліпа.
- Рак із виразки.

Клініка.

Прояви пов'язані з локалізацією пухлини в шлунку, ступенем її поширення формою росту та ін..

- біль
- диспепсичний синдром
- дисфагія
- зниження апетиту
- зниження маси тіла
- пілоростеноз, кровотеча та ін..

Діагностика.

- ✓ Анамнез morbi.
- ✓ Рентгенологічне дослідження.
- ✓ Ендоскопічне дослідження с біопсією для морфологічного підтвердження діагнозу.
- ✓ Лапароскопія.
- ✓ КТМ, УЗД.
- ✓ Визначенням пухлинних маркерів.

Лікування.

1. Хірургічна операція – радикальне лікування раку шлунка.

Три типи операцій	→	Субтотальна резекція шлунку
	→	Гастректомія
	→	Проксимальна резекція шлунку

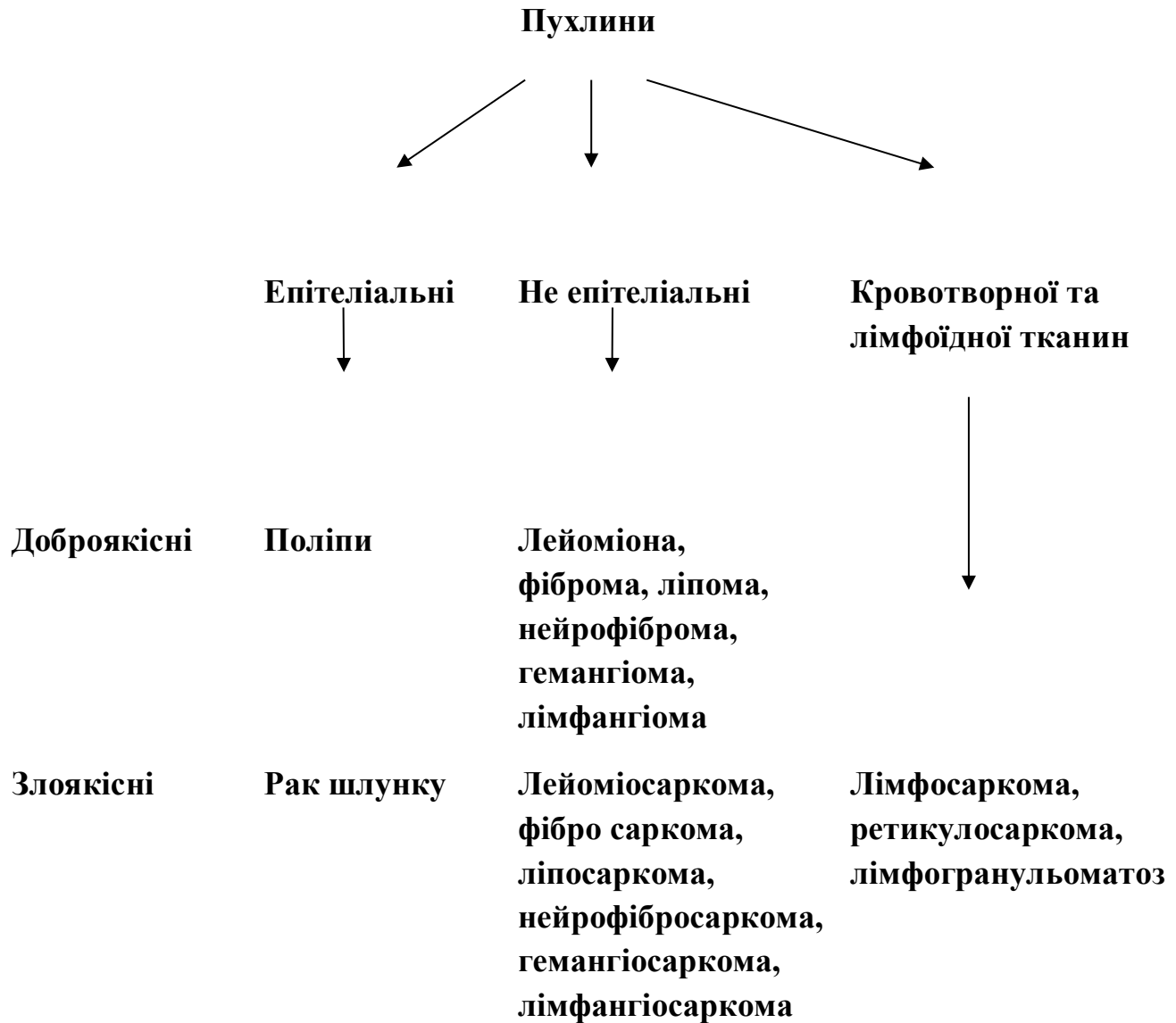
Об'єм операції повинен бути індивідуалізований залежно від локалізації пухлини, стадії, форми росту.

Паліативні резекції та гастректомії передбачають видалення шлунку з заміщенням метастазів раку, які не можна видалити.

Симптоматичні операції ліквідують головні симптоми, зумовлені пухлиною (гастроентероанастомози, гастростоми, єюностомии, перев'язки судин під час кровотеч із пухлини). Післяопераційний період характеризується порушенням обміну речовин внаслідок голодування та інтоксикації, зумовлених пухлинним процесом і операційною травмою.

2. Комбіноване лікування – операція та післяопераційна хіміотерапія.

3. Відновне лікування.



Пухлини стравоходу.

Дисфагія – перший симптом раку стравоходу.

Головними методами діагностики є рентгенологічний та ендоскопічний.

Лікування – хірургічне та променеве.

Хіміотерапія – не ефективна.

Пухлини поперечно-обвідної кишки.

Ракові клітини в кишці поширюються переважно в поперечному напрямі, по довжині кишки вони практично не проникають за видимі межі пухлини.

Симптоматика раку товстого кишечника різноманітна. Деякі симптоми наявні частіше при пухлинах правої половини (біль, анемія, диспепсичні симптоми,

пальпація пухлини, запальний процес), інші трапляються частіше при ураженні лівої половини товстого кишечника (непрохідність, ентероколіт, патологічні виділення).

Діагностика.

- аналіз калу на приховану кров (рання діагностика);
- пальцеве дослідження прямої кишки;
- ректороманоскопія;
- фіброколоноскопія;
- рентгенологічне дослідження товстого кишечника (іригоскопія).

Лікування – хірургічне та хіміотерапія.

Іригоскопія проводиться при щільному наповненні кишки сумішшю барію і після випорожнення, роздуваючи просвіт кишки повітрям. При щільному наповненні вивчають контури кишки, виявляють наявність дефектів наповнення і звуження. Після випорожнення вивчають рельєф слизової. Найбільш інформативним методом дослідження є фіброколоноскопія. При виявленні пухлини у всіх випадках треба зробити біопсію.

Підготовка товстої кишки до інструментального дослідження та операції.

1. Механічне очищення:

- сольові проносні за 3-4 дні до операції (10% $MgSO_4$ по 5-6 стол. ложки на добу)
- маніт (до 1500 мл 5% розчину за день або за 3-5 години до операції чи дослідження)
- відвар Сени
- касторове (60-80 мл) або вазелінове масло (20мл х 3 р. на добу)
- за два дні до операції ввечері та вранці очисні клізми
- тотальний ортоградний лаваж (0,9% NaCl [37°C] або розчин Рінгера – локка 10-12 л V-3 л/год)

2. Без шлакова дієта 3-4 діб.

3. Боротьба з вірулентною мікрофлорою.

РАК ПЕЧІНКИ.

Злоякісна пухлина епітеліального походження.

Рак печінки в Україні становить 1-2% серед усіх злоякісних пухлин.

Чоловіки/жінки =3:1

ЕТІОЛОГІЯ.

1. Цироз.
2. Паразитарні захворювання.
3. Вірусний гепатит типу В, С.
4. Хронічні гепатити.

Розвивається первинний і вторинний рак печінки.

I. ПЕРВИННИЙ:

1. Виникає з печінкових клітин і називається гепатоцелюлярний рак, або злоякісна гепатома. Розвивається у формі вузлів.

- Вузловий дифузний (90% усіх випадків) – множинні вузли на фоні цирозу.
- Вузловий масивний (злоякісна холангіома).

2. Виникає з епітелію жовчних ходів і називається холангіоцелюлярний, або злоякісна холангіома.

II. ВТОРИННИЙ: (метастатичний).

КЛІНІКА.

На ранніх стадіях - невиразні клінічні симптоми.

На пізніх стадіях:

- Біль, важкість в правій підреберній ділянці.
- Втрата апетиту.
- Схуднення.
- $\uparrow t^{\circ}$ (інтоксикація).
- Гепатомегалія.
- Асцит (50%) хворих).
- набряк нижніх кінцівок (явища портальної гіпертензії).
- Жовтяниця (40% хворих).
- Печінкова кома.

ДІАГНОСТИКА. Складна на ранніх стадіях.

- Визначення в крові АФП – (альфа-фетопротейн) – позитивна реакція на ембріональний білок в крові. Виявляється у 70% хворих.
- Оглядова рентгенографія черевної порожнини.
- Пункційна біопсія.
- Лапароскопія.
- УЗД.
- Сканування і застосування радіоактивних ізотопів.

ЛІКУВАННЯ.

1. Хірургічне (резекція, гепатектомія → трансплантація печінки).
2. Хіміотерапія.

РАК ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ.

Займає 1-7% серед усіх злоякісних пухлин. Частіше хворіють чоловіки після 50р. 7-10 випадків на 100тис. населення.

ЕТИОЛОГІЯ.

1. Характер харчування (жирна їжа, підвищений рівень білків, канцерогенів в продуктах харчування).
2. Гіповітаміноз.
3. Шкідливі звички.
4. Панкреатит.

ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ.

1. Хронічний панкреатит.

2. Кіста підшлункової залози.

3. Аденома.

КЛІНІКА.

Клінічна картина залежить від локалізації злоякісної пухлини.

I. ПУХЛИНА ГОЛОВКИ підшлункової залози (60%).

- Інтоксикація (слабкість, зниження маси тіла, відрижка, метеоризм).
- Біль ниюча в поперековій ділянці справа в підребер'ї.
- Жовтяниця механічна (стійка, затяжна, зеленувато – землянистого кольору).
- Симптом Курвуазьє (збільшення жовчного міхура).
- Ахолічний кал (жирний).
- Сеча темна, як темне пиво.

II. ПУХЛИНА ТІЛА (10%) та ХВОСТА (5%).

Клінічна картина дуже скудна.

- Біль в епігастрії, в пупковій ділянці, віддає в спину, поперек, плече.
(пухлина давить на сонячне сплетіння, вже велика за розміром).
- Анорексія.
- Схуднення.

ДІАГНОСТИКА.

- УЗД.
- КТ.
- Біопсія.
- Лабораторні методи (підвищення рівня трансаміназ).

ЛІКУВАННЯ.

1. Хірургічне (резекція). Післяопераційна летальність 40-60%.

2. Променева терапія (паліативний метод).

Рак підшлункової залози (1-7 % серед усіх злоякісних пухлин).

Етіологія.

- характер харчування
- нестача вітамінів
- шкідливі звички
- панкреатит
- канцерогени в продуктах харчування.

Гістологічна класифікація злоякісних пухлин є спільною для всіх пухлин травного каналу.

Локалізація раку підшлункової залози		
Головка (60%)	Тіло (10%)	Хвіст (5%)
- жовтяниця - механічна - с-м Курвуазьє - інтоксикація - свербіння шкіри	- біль в епігастрії - анорексія - схуднення	

Діагностика.

- УЗД та КТМ
- Лапаротомія та біопсія
- Дуоденографія контрасна
- Сканування
- Лабораторні данні (вищого рівня трансаміназ альдолази).

Лікування - хірургічне.

Паліативний метод – променева терапія.

Особливості догляду.

1. Догляд у післяопераційному періоді (моніторинг, туалет рани, туалет шкіри навколо рани, догляд за дренажами).
2. Харчування часте і малими порціями.
3. Дотримання дієти.
4. Уважно стежити за станом пацієнта, його активністю, самопочуттям, настроєм.

Конспект лекції.

7. Тема: Рак легень. Рак молочної залози. Злоякісні захворювання шкіри.

План.

1. Рак легень. Класифікація. Симптоматика, діагностика, клініка. Методи лікування. Реабілітація хворих.
2. Захворюваність на рак молочної залози. Класифікація. Клінічні прояви. Діагностика. Лікування.
3. Рак шкіри. Клінічна класифікація. Клініка. Діагностика. Лікування. Меланома шкіри.

Рак легень характеризується надзвичайно високою агресивністю перебігу, з раннім лімфогенним і гематогенним метастазуванням і безпосереднім проростанням пухлини в органи грудної порожнини. Статистичні показники – 40-42(48-50) на 100 тис. населення.

Причини:

- паління тютюну,
- забруднення атмосферного повітря хімічними канцерогенами,
- підвищена радіація,
- шкідливі впливи, пов'язані з виробничою діяльністю людей.

Гістологічна структура:

- А. Плоскоклітинний рак (40-50%).
- Б. Аденокарцинома (15-25%).
- В. Дрібноклітинний рак (20-25%).
- Г. Крупноклітинний рак (10-15%).

Класифікація раку легень за стадіями TNM.

Діагностика.

- ✓ Профілактичні флюорографічні огляди здорового населення.
- ✓ Анамнез.
- ✓ Фізикальні методи обстеження хворого.
- ✓ Рентгенографія.
- ✓ Цитологічне дослідження харкотиння.
- ✓ Бронхоскопія та біопсія.
- ✓ КТМ, УЗД, радіонуклідне дослідження.
- ✓ Трансторакальна пункція пухлини з цитологічним дослідженням пункт ату.
- ✓ Діагностична торакотомія.

Клініка.

Клініко-анатомічні форми раку легень

Центральний рак

Із епітелію слизової оболонки головного, проміжного та

Периферичний рак

Із клітин слизової субсегментарних бронхів і бронхіол

Атиповий рак

сегментарного
бронхів

Клінічні синдроми.

- Синдром подразнення бронха (кашель).
- Синдром патологічних виділень (харкотиння, кровохаркання).
- Температурний синдром.
- Больовий синдром.
- Функціональний синдром (задуха, пітливість, серцебиття, акроціаноз, утруднене дихання).
- Паранеопластичний синдром (ендокринно-метаболічний, нейро-м'язовий, кістково – суглобовий, дерматологічний, судинний).
- Синдром загальних ознак.

Лікування.

- хірургічне лікування,
- променева терапія (паліативний метод),
- хіміотерапія.

Під час проведення трудової експертизи береться до уваги стадія захворювання, гістологічна структура пухлини, характер лікування, професія хворого, вираженість функціональних порушень. Призначається 2 та 1 групи інвалідності.

РАК ЛЕГЕНЬ. (додатково хірургія).!!!!

За останні 20 років захворюваність на рак легені зросла у 2 рази (30 на 100 тис. населення), уражає частіше чоловіків (90%).

Причини:

1. Забрудненість повітря хімічними та радіоактивними речовинами, вугільним пилом.
2. КУРІННЯ.
3. Хронічні запальні процеси легень.
4. Спадковість.

Частіше рак легені виникає з епітелію бронхів і дуже рідко – з епітелію альвеол легень.

Розрізняють рак легень:

1. ЦЕНТРАЛЬНИЙ

(виникає з епітелію великих бронхів: головних, сегментарних)

2. ПЕРИФЕРІЙНИЙ

(з епітелію бронхів меншого калібру)

КЛІНІКА:

I. ЦЕНТРАЛЬНИЙ РАК:

1. Кашель.
2. Прожилки крові в мокротинні.
3. Гарячка.
4. Задишка.
5. Тупий біль у грудній клітці.

II. ПЕРИФЕРІЙНИЙ РАК:

1. Перебігає безсимптомно.
2. Перші прояви, коли пухлина великих розмірів.

ЗАГАЛЬНІ СИМПТОМИ:

1. Зниження працездатності.

2. Швидка стомлюваність.
3. Загальна слабкість.
4. Прогресуюче схуднення.

Розрізняють 4 стадії раку легень:

I стадія – невелика, обмежена пухлина великого бронха, метастазів немає.

II стадія – більших розмірів, не проростає в плевру, одиничні метастази у регіонарних лімфатичних вузлах.

III стадія – проростає в перикард, грудну стінку, середостіння, діафрагму.

IV стадія – поширюється на грудну стінку, середостіння, діафрагму, плевру. Регіонарні або віддалені метастази.

РАК Пенкоста (рак верхньої частки легені) – симптоми ураження плечового сплетіння:

1. НАБРЯК.
 2. БІЛЬ.
 3. СЛАБКІСТЬ.
- } У верхній кінцівці.

ДІАГНОЗ РАКУ ЛЕГЕНЬ:

1. Рентгенографія органів грудної клітки.
2. Комп'ютерна томографія.
3. Бронхоскопія.
4. Медіастиноскопія.
5. Тораскопія.
6. Біопсія лімфатичного вузла.
7. Цитологічне дослідження клітинного складу харкотиння.

ЛІКУВАННЯ:

1. Хірургічне (лобектомія, пульмонектомія).
2. Променева терапія.
3. Хіміотерапія.

Прогноз несприятливий. Хворі помирають через 1-1,5 роки.

Рак молочної залози (РМЗ).

Захворюваність 31 випадок на 100 тис. населення. (53.7 / 100 тис.) 57.4 (100тис. нас.)

Етіологія.

- ❖ ендокринні порушення.

Фактори ризику:

- ✓ спосіб життя, професія,
- ✓ соціальна, репродуктивна і лактаційна функції;
- ✓ супровідні хвороби (ожиріння, цукровий діабет, травми, захворювання молочних залоз, гінекологічні захворювання та інше);
- ✓ обтяжена спадковість.

Діагностика.

1. Самообстеження.
2. Фізикальне обстеження молочних залоз та регіонарних лімфатичних вузлів лікарем.

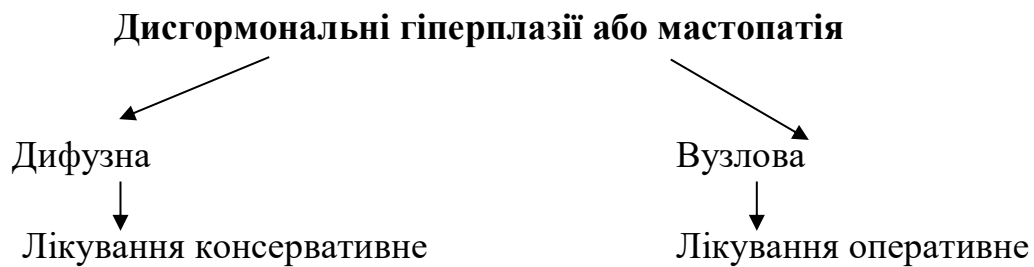
3. Інструментальне обстеження (мамографія, УЗД, термографія).
4. Морфологічне підтвердження клінічного діагнозу (пункцій на біопсія).

Передрак.

Стадійні зміни:

- гіперплазія залозних часток;
- зміни діяльності ендокринних залоз;
- порушення обміну у внутрішньочастовій сполучній тканини;
- розвиток дрібних кіст;
- проліферація епітелію;
- утворення сосочкових розростань та солідних скупчень із різкою атипією клітин.

Прорив базальної мембрани та вrostання атипового епітелію в строму завершує малігнізацію.



Клініка.

Форми:

- Початкова (непальпабельна) розмір пухлин < 1 см.
- Вузлова.
- Набрякова – інфільтративна (дифузна).
- Маститоподібна (поєднує ознаки інфільтративно - набрякової з симптомами запалення).
- Бешихоподібна (еритематозна стадія бешихи).
- Панцирний рак.
- Хвороба Педжета – пухлина виникає з епітелію великих проток залози і поширюється на сосок і в глибину залози. Карцинома Педжета клінічно нагадує прояви односторонньої екземи соска й навколососкового кружальця.
- Первинно-множинний рак.

Лікування.

Для лікування РМЗ застосовують усі відомі в онкології методи: хірургічний, променевий, медикаментозний (хіміотерапія та гормонотерапія), імунний.

У початковій доклінічній стадії та у I і II стадіях (T₁N₀M₀, T₂N₀M₀), а також у деяких випадках вузлової форми раку виконують операції у вигляді секторальної резекції або радикальної секторальної резекції молочної залози. В усіх інших випадках – радикальна мастектомія.

Променева терапія в комбінації з хіміотерапією показана, як перший етап лікування при бешихоподібних та мастоподібних формах.

Основні ускладнення лікування:

- тривала лімфорія,
- інфікування операційної рани,
- набряк верхньої кінцівки та обмеження амплітуди рухів у плечовому суглобі.
- Реабілітація хворих на РМЗ складається з медичної, соціальної і трудової.
- Запальні захворювання молочної залози. (Додатково хірургія).

NB!!! Д/З Самообстеження молочної залози.

Гострий мастит – запалення молочної залози.

Найчастіше розвивається у після пологовий період (лактаційний мастит) на 7-20-й день.

Основні збудники:

1. Стафілакоки;
2. Стрептококи;
3. Кишкова паличка.

Причини виникнення:

1. Тріщини на сосках.
2. Застій молока (лактостаз).
3. Порушення особистої гігієни.
4. Раніше перенесені інфекційні захворювання.

КЛАСИФІКАЦІЯ:

I. За локалізацією:

1. Дифузний (уражається вся молочна залоза).
2. Відмежований:
 - А. Поверхневий (субареолярний - під ареолою соска);
 - Б. У товщі молочної залози (інтрамамарний);
 - В. В молочних протоках (галактофорити);
 - Г. Ретромамарний (між задньою поверхнею залози і фасцією грудного м'яза).

II. За патоморфологічними змінами:

1. Серозна форма (початкова) – без інфільтрату.
2. Інфільтративна форма.

- | | | |
|-----------------|---|--------------------------|
| 3. Абсцедивна. | } | гнійні форми
мастити. |
| 4. Флегмона. | | |
| 5. Гангренозна. | | |

КЛІНІКА:

1. гострий початок;
2. t° тіла 39°-40°C;
3. сильний біль в молочній залозі;
4. озноб;
5. гіперемія молочної залози;
6. збільшення, напруження молочної залози;
7. болючий інфільтрат без чітких меж (при пальпації);
8. збільшення під пахвинних лімфатичних вузлів;
9. розм'якшення інфільтрату, флюктуація, гарячка, різка болючість, погіршення стану – симптом гнійної форми маститу.

ЛІКУВАННЯ:

- Серозна (початкова) форма – консервативне лікування:
- підтримувальна пов'язка з відкритим соском;
- систематичне відсмоктування молока (забороняється зціджувати молоко руками);
- обмеження рідини;
- антибіотики широкого спектра;
- сульфаніламід;
- УВЧ,УФО (в еритемних дозах);
- інфузійна і дезінтоксикаційна терапія.
- Гнійні форми запалення – **хірургічне лікування:**
 - 1) Розкриття гнійної порожнини (розрізи радіарні і дугоподібні (по складці між молочною залозою і грудною стінкою)).
 - 2) Дренування гнійної порожнини.
 - 3) Висікання гнійника, постійне промивання порожнини рани та закриття її первинними швами.
 - 4) Мастектомія.
 - 5) Антибіотико – інфузійна дезінтоксикаційна терапія.

МАСТОПАТІЇ.

Відносяться до дисгормональних гіперплазій молочної залози.

МАСТОПАТІЯ – це фіброзно – кістозне захворювання, яке характеризується проліферативними змінами в тканинах молочної залози і порушенням співвідношення епітеліального і сполучнотканинного компонентів.

КЛІНІКА:

- тупий біль в молочній залозі, який посилюється в перед менструальний період;
- ущільнення всієї молочної залози, або окремих ділянок (переважає фіброзний компонент);
- множинні, чітко відмежовані кісти (переважає кістозний компонент);
- окремі утворення без чітких меж, не зрощені зі шкірою (вузлова форма).

ЛІКУВАННЯ:

Консервативне 1. гормональне (гестагени, андрогени);
2. антипролактинові (бромокритин);
3. мікродози йоду;
4. вітаміни.

Доброякісні пухлини молочної залози.

Доброякісними пухлинами можуть бути :

1. Папіломи (з епітелію тканини);
2. Лімфангіоми з лімфатичної тканини);
3. Дермоїдні кісти;
4. Ліпоми (з жирової тканини);
5. Невроми (з нервової тканини);
6. Фіброаденома – найбільш часта форма (залозиста та сполучна тканини):
 - а) розвивається у жінок 30-35років;

- б) уражається одна чи обидві молочні залози;
- в) під час пальпації – пухлини діаметром 1-4см з чіткими межами, щільно еластичної консистенції;
- г) ріст пухлини повільний, безболісний;
- 7. Цистаденома – (внутрішньопротокова кістка);
- 8. Галактоцеле (молочна кістка) – молочна залоза збільшена в об'ємі, в її товщині пальпується пухлина округлої форми.

Лікування доброякісних пухлин:

1. Хірургічне (висічення пухлини з наступним обов'язковим гістологічним дослідженням).

Рак молочної залози.

I місце серед злоякісних пухлин у жінок.

Захворюваність 53-57 на 100 тис. населення.

5 років – 65% виживаємості.

ДОБРОЯКІСНІ ПУХЛИНИ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ.

I. Дисгормональні гіперплазії або мастопатія – це фіброзно – кістозне захворювання, яке характеризується проліферативними змінами в тканинах молочної залози і порушенням співвідношення епітеліального і сполучнотканинного компонентів.

ФОРМИ:

1. Вузлова – частіше переходить у рак

- окремі утворення без чітких меж
- тупий біль, який посилюється в передменструальний період.

2. Дифузна – множинні, чітко відмежовані кісти (переважає кістозний компонент)

- ущільнення всієї молочної залози, або окремих ділянок (переважає фіброзний компонент)
- біль за декілька днів до місячних, іррадіює в руку, плече
- виділення із соска (прозорі, брудно – зелені, коричневі).

ЛІКУВАННЯ.

1. Гормональне.

2. Антипролактиніві (бромкрептин).

3. Вітаміни.

4. При вузловій формі – можливе хірургічне лікування (секторальна резекція).

II. Фібroadенома – найбільш часта форма доброякісної пухлини.

- Жінки 30-35 років.
- Ураження однієї чи двох молочних залоз.
- Пухлина 1-4 см в діаметрі з чіткими межами, щільно еластичної консистенції.
- Ріст повільний, безболісний.

III. Папілома протоки або хвороба Мінца (кровоточивий сосок).

- IV. Папілома.
- V. Лімфангіоми.
- VI. Ліпоми.
- VII. Дермоїдні кісти.
- VIII. Невроми.
- IX. Цистаденома (внутрішньопротокова кіста).
- X. Галактоцеле (молочна кіста).

Рак молочної залози.

Клінічні форми:

1. Початкова (доклінічна) форма – розмір пухлини менше 1 см.
2. Вузловата – палькується вузол у верхньо – наружному квадраті, над вузлом зморшувата форма.
3. Дифузна форма:
 - а) набрякова інфільтративна
 - б) маститоподібна (поєднує ознаки інфільтративно – набрякової форми з симптомами запалення)
 - в) бешихоподібна
 - г) панцирний рак (інфільтрація шкіри і грудної стінки, грудна залоза ущільнюється і підтягується вгору і панцерно покриває грудну стінку).
4. **Хвороба Педжета** - це своєрідна форма РМЗ. Ураження соска і ареоли. Нерідко його приймають за екзему соска.

КЛІНІКА.

1. Процес розпочинається з появи на шкірі соска і ареоли
 - сухих лусочок ,
 - щільних кірочок,
 - тріщин,
 - поверхневих ерозій з яскраво – червоною зернистою поверхнею, що мокне.Такий стан може тривати від декількох місяців до 3 років.
2. Потім утворюється щільний вузол, інфільтрує сосок, втягуючи і деформуючи його.

ДІАГНОСТИКА.

1. Самообстеження (на 7 – й день після менструації кожного місяця – 80%).
2. Фізикальне обстеження молочної залози та регіонарних лімфатичних вузлів лікарем.
3. Інструментальне обстеження:
 - мамографія
 - УЗД

- МРТ
- термографія
- дуктографія (рентгенологічне обстеження протоки з контрастною речовиною).

4. Морфологічне підтвердження (пункційна біопсія).

ЛІКУВАННЯ. Комбіноване.

1. Хірургічне (секторальна резекція молочної залози, радикальна мастектомія).
2. Променева терапія.
3. Хіміотерапія.
4. Гормонотерапія.
5. Імунна терапія.

Основні ускладнення лікування:

- тривала лімфорія
- інфікування операційної рани
- набряк верхньої кінцівки та обмеження амплітуди рухів у плечовому суглобі
- запальні захворювання молочної залози.

Гострий мастит – запалення молочної залози. Частіше розвивається у післяпологовий період (лактаційний мастит) на 7- 20 день.

Етіологія.

- Тріщини на сосках
- Застій молока (лактостаз)
- Порушення особистої гігієни
- Хронічні інфекційні захворювання в організмі жінки.

Класифікація:

I. За локалізацією.

1. Дифузний – уражається вся молочна залоза.

2. Відмежований:

- а) субареолярний (під ореолою соска)
- б) інтрамамарний (в товщі молочної залози)
- в) ретромамарний (між задньою поверхнею залози і фасцією грудного м'яза)
- г) галактофорити (в молочних протоках).

II. За патологічними змінами:

1. Серозна форма (початкова, без інфільтрату).
2. Іфільтративна форма.
3. Абсцедивна.
4. Флегмозна.
5. Гангренозна.

Гнійні форми маститу.

Клініка.

1. Гострий початок.
2. Т° - 39-40°С.
3. Сильний біль в молочній залозі.

4. Озноб.
5. Гіперемія молочної залози.
6. Набряк, напруження молочної залози.
7. Болючий інфільтрат без чітких меж (при пальпації).
8. Збільшення підпахвинних лімфатичних вузлів.
9. Симптоми гнійного маститу:
 - розм'якшення інфільтрату,
 - флуктація,
 - гарячка,
 - різка болючість,
 - погіршення самопочуття.

ЛІКУВАННЯ.

1. Консервативне (серозна, початкова форма):
 - підтримувальна пов'язка з відкритим соском,
 - систематичне відсмоктування молока (*забороняється зціджувати молоко руками*),
 - обмеження рідини,
 - антибіотики широкого спектру дії,
 - сульфаніламідів,
 - УВЧ, УФО,
 - інфузійна і дезінтоксикаційна терапія.
2. Хірургічне (гнійні форми):
 - розкриття гнійної порожнини (розрізи радіарні і дугоподібні – по складці між молочною залозою і грудною стінкою),
 - дренування гнійної порожнини,
 - висікання гнійника , постійне промивання порожнини рани та закриття її первинними швами,
 - мастектомія,
 - антибіотики, інфузійна, дезінтоксикаційна терапія.

Рак шкіри.

У структурі онкологічної захворюваності – 10-15% усіх злоякісних новоутворень. В Україні – 35.5 випадку на 100 000 нас. (37 – наприкінці ХХ ст..)

Рак шкіри розвивається з базальних клітин багатошарового плоского епітелію шкіри. Рідше – із сальних та потових залоз. Метастазує переважно лімфогенним шляхом. Локалізується переважно на шкірі обличчя.

Форми.

- ✓ поверхнева,
- ✓ глибокопрониклива,
- ✓ капілярна.

Діагностика.

- клінічне обстеження,
- обов'язково морфологічне підтвердження.

Застосовують хірургічне, променеве та цитостатичне лікування, які на початкових стадіях рівноцінні, проте променеве частіше як більш косметичне. Вибір визначається стадією хвороби і локалізацією пухлини.

Меланома шкіри.

Пухлина виникає з пігментних клітин меланоцитів. Для неї характерна наявність скупчень пігменту меланіну, хоча можуть траплятись і без пігментні форми.

Меланома може розвиватись, як з передраку, так і з нормальної шкіри.

Меланома становить 5% від вперше виявлених злоякісних захворювань шкіри, є причиною 75% смертей, пов'язаних з новоутвореннями шкіри. Захворюваність в Україні – 3.6-4.2 випадків на 100 тис. населення.

Етіологія.

- Інсоляція!!!
- Травмування пігментних невусів.
- Гормональні зрушення, генетичні фактори.
- Особливості кліматичної зони.

Клініка.

Основні відмінності меланоми від доброякісного утвору.

Ознаки	Доброякісний утвір	Меланома
Асиметрія Краї утвору Забарвлення Діаметр Розміри	Симетричний Рівні Один відтінок < за 5 мм Постійні	Асиметрична Неправильні Кілька відтінків > за 5 мм збільшуються

Клініка.

- поверхнево-повзуча меланома,
- вузлова меланома,
- злоякісна лентигінозна,
- акральна лентигінозна (стопи, долоні, ложе нігтя).

Діагностика.

- ✓ анамнез,
- ✓ огляд,
- ✓ пальпація,
- ✓ категорично забороняється пункційна та інцизійна біопсія!

За наявністю виразкування досліджуються мазки – відбитки.

Лікування – хірургічне + хіміотерапія променева.

Конспект лекції.

8. Тема: Злоякісні пухлини м'яких тканин і кісток. Лімфогранульоматоз.

План.

1. Злоякісні пухлини м'яких тканин. Клінічні прояви, діагностика.
Реабілітація хворих.
2. Злоякісні пухлини кісток. Клінічні прояви, діагностика.
Симптоматична терапія хворих із патологічними переломами.
Лікування. Реабілітація хворих.
3. Лімфогранульоматоз у дорослих і дітей.
Клініка. Діагностика. Лікування. Реабілітація хворих.

М'які тканини – це всі неепітеліальні поза скелетні тканини тіла, за винятком ендотеліальної системи та опорних тканин внутрішніх органів.

Описано понад 30 гістологічних типів сарком м'яких тканин (група злоякісних пухлин, які виникають у сполучній тканині поза межами скелета).

Причини виникнення сарком вивчені недостатньо. Передракові стани не відомі.

Переважає більшість сарком м'яких тканин виявляється:

синдром плюс - тканини

має чітко окреслені контури

інфільтративний тип росту.

Метастази сарком м'яких тканин (СМТ) у регіональні лімфатичні вузли виникають рідко (приблизно у 5-6% хворих).

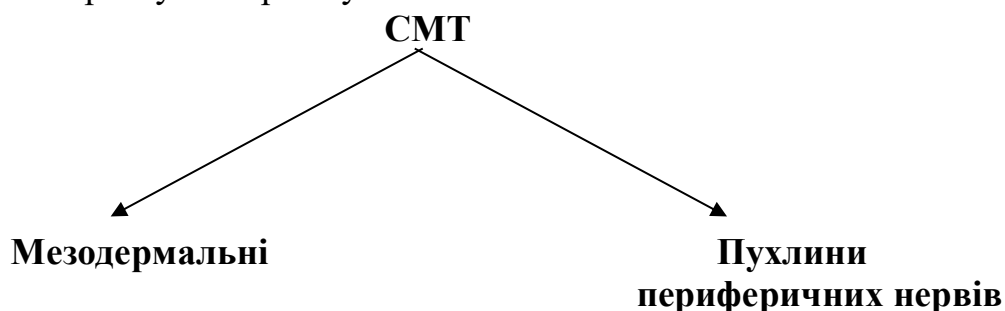
СМТ мають виражену здатність раннього гематогенного метастазування.

Три клінічні типи СМТ

із поступовим місцевим ростом і тривалим перебігом без метастазів у регіональні лімфатичні вузли

зі швидким ростом первинної пухлини, його дифузним інфільтративним характером, часто псевдо запальним, ранніми гематогенними віддаленими метастазами, короткочасним перебігом

проміжний тип росту та перебігу.



Морфологічна верифікація СМТ характеру „плюс - тканини” на підставі аспіраційної біопсії – єдиний надійний спосіб діагностики.

Лікування:

Хірургічне втручання – основний метод лікування.

Променева терапія має паліативний характер.

СМТ у дітей характеризується високою чутливістю до цитостатиків. У дорослих ад'ювантна хіміотерапія не поліпшує віддалені результати лікування.

Злоякісні новотвори кісток – це пухлини, які розвиваються з всіх тканин, що утворюють кістку.

Тріада симптомів:

болі у зоні ураження

„плюс - тканини” там же (приблизно після 2-3міс. з часу виникнення болю)

порушення функцій кінцівки.

Діагностика:

рентгенологічне обстеження

радіонуклідне дослідження

морфологічне дослідження біопсійного матеріалу.

Лікування:

Доброякісні пухлини підлягають **виключно** оперативному лікуванню. При злоякісних пухлинах обсяг хірургічного втручання залежить від:

анатомічного розташування

гістологічної будови

ступеня поширення пухлинного процесу в навколишніх м'яких тканинах загального стану хворого.

Операція повинна поєднуватись з іншими лікувальними заходами – доопераційною променевою та хіміотерапією і післяопераційною (ад'ювантною) хіміотерапією.

Під назвою „гемобластози” об'єднані злоякісні пухлини кровотворної та лімфатичної системи.

Лімфома Годжкіна (лімфогранульоматоз).

Морфологічним субстратом лімфогранульоматозу є ліморфноклітинна гранульома, утворена лімфоцитами, нейтрофілами, еозинофілами, плазматичними та ретикулярними клітинами, фіброзною тканиною.

Специфічною особливістю процесу є утворення гігантських клітин Березовського – Штернберга – Ріда.

Захворюваність в Україні приблизно 2,4 на 100тис. населення.

Міжнародна гістологічна класифікація розрізняє 4 морфологічні варіанти.

1. Лімфогістіоцитарний (лімфоїдна перевага).
2. Нодулярний склероз.
3. Змішано клітинний варіант.
4. Ретикулярний варіант і дифузійний фіброз (лімфоїдне виснаження).

Класифікація за стадіями.

I стадія (локальні форми). Ураження однієї або двох суміжних груп лімфатичних вузлів, які розташовані по один бік від діафрагми.

II стадія (регіонарні форми). Ураження двох чи більше груп лімфатичних вузлів по один бік діафрагми.

III стадія. Ураження двох або більше груп лімфатичних вузлів, які розташовані по обидва боки від діафрагми; захоплення у процес селезінки.

IV стадія (дисеміновані форми).

Екстранодальні локуси уражень (печінка, легені, кістки та ін.).

А – без симптомів

В – гарячка, профузний піт, прогресуюча втрата маси тіла

Х- масивне ураження : більше 1/3 поперечного розміру грудної клітки або більше 10 см в діаметрі лімфатичного ураження

S – ураження селезінки.

Діагностика.

1. Гістологічне дослідження (аспіраційна біопсія).

2. Ретельне обстеження з метою якомога точнішого визначення стадії захворювання.

Лікування.

Променева терапія – основний метод лікування ІА – ІІА стадій.

Комбінована хіміотерапія за схемою з урахуванням віку, загального стану та резервів його кровотворення.

Конспект лекції.

9. Тема: Рак матки. Пухлини яєчників. Трофобластична хвороба.

План.

1. Пухлини матки. Патогенез. Клініка. Діагностика. Лікування.
2. Пухлини яєчників. Патогенез. Клініка. Діагностика. Лікування.
3. Трофобластична хвороба. Патогенез. Клініка. Діагностика. Лікування.

Рак шийки матки.

Захворюваність в Україні становить 18-20 випадків на 100 тис. населення.

Фактори ризику, причини:

- Кілька статевих партнерів у жінок протягом життя (папілома, вірус людини).
- Вік, в якому почали статеве життя (незрілий епітелій).
- Венеричні захворювання.
- Інфікування вірусами герпесу та папіломи (статевий шлях зараження, конділоми).

Передракові стани (фонові стани).

- Ерозії.
- Лейкоплакії.
- Поліпи.
- Дисплазії.

КЛІНІКА.

Ранні стадії перебігають безсимптомно.

1. Біль (низ живота, попереку).
2. Уплати (лімфорея).
3. Кровотечі (кольору «м'ясних помоїв» з неприємним запахом).

Ця тріада симптомів характерна для пізнього інкрабельного раку.

Діагностика.

1. Гінекологічний огляд.
2. Цитологія мазків секрету цервікального каналу та шийки матки (надійний скринінг – тест).
3. Колькоскопія.
4. Біопсія з гістологічним дослідженням.
5. УЗД.
6. Ректальне обстеження (допомагає уточнити стадію процесу).

ЛІКУВАННЯ.

1. Хірургічне (на ранніх стадіях).
 - конізація шийки
 - ампутація шийки
 - екстирпація
 - ампутація.
2. Променева терапія (контактна та дистанційна).

Рак тіла матки.

Захворюваність становить 20-22 випадки на 100 тис. населення.

Етіологія. Причини. (Див. Рак шийки матки).

Передракові стани.

1. Атипова гіперплазія ендометрія.
2. Ендометріальні поліпи.

КЛІНІКА.

1. Кровотечі.
2. Лімforeя (уплави).
3. Біль рідко.

ДІАГНОСТИКА.

1. Біопсія з морфологічним дослідженням.
2. УЗД.
3. Гінекологічний огляд.
4. Ультрасонографія.
5. Лімфографія.

ЛІКУВАННЯ.

1. Хірургічний метод (основний).
2. Променева терапія.
3. Гормонотерапія.

Рак яєчників.

Захворюваність в Україні 15-16 випадків на 100 населення. Рак яєчників відноситься до гормонозалежних пухлин.

Причини, фонові процеси.

- Порушення гормонального балансу в системі «гіпофіз- яєчники» у бік екстрогенної гіперстимуляції.
- Порушення функції яєчників (овуляції).
- Вікові збільшення концентрації гонадотропиків у крові.
- Генетичні фактори.
- Запальні процеси.
- Довготривала гормональна контрацепція.

1. Первинний рак розвивається із покривного епітелію.

2. Вторинний – із кістоми папілярний.

3. Метастатичний (метастази раку молочної залози, ШКТ).

КЛІНІКА.

1. Рання стадія – безсимптомна.
2. Пізня – погіршення зального стану
 - швидка втомлюваність
 - слабкість
 - схуднення

- пітливість
- постійний ниючий біль внизу живота за рахунок асцити
- задишка.

Лікування.

1. Хірургічний метод (екстирпація матки з придатками)ю
2. Поліхіміотерапія.
3. Променева терапія (якщо метастази в дугласовому просторі або параметрії).

Трофобластична хвороба.

Трофобластичні пухлини матки походять із елементів плодового яйця, локалізується в матці і включають:

- 1) пухирний занесок
- 2) злоякісний занесок
- 3) хоріокарциному.

Пухирний занесок – це доброякісна трофобластична пухлина, що належить до гормонопродуктованих пухлин. Пухирний занесок має характеристики злоякісної пухлин - дає метастази в легені, спричинюючи емболію легеневих судин. Вік – репродуктивний, частіше при повторній вагітності.

Клініка.

1. Кровотеча (слабка – мазатись або сильна).
2. Виражений токсикоз.
3. Гестоз вагітних (набряки, протеїнурія, ↑АТ).
4. Швидкий ріст матки, який не відповідає терміну вагітності.
5. Збільшення яєчників (за рахунок кіст).

Діагностика пухирного занеску ґрунтується на даних клінічних, гормональних, променевих і гістологічних методів дослідження.

1. Клінічно характерними симптомами є:

- анамнез із зазначенням терміну затримки менструацій, суб'єктивних ознак вагітності і симптомів її ускладнення у вигляді переривання, раннього і пізнього гестозу;
- об'єктивний статус. Виявлення невідповідності величини матки терміну гестації, кров'янисті виділення і збільшені яєчники;
- наявність пухирців у виділеннях є важливою ознакою для підтвердження діагнозу;

2. Гормональна діагностика пухирного занеску на виявленні титру хоріонічного гонадотропіну в сечі, сироватці крові.

3. Променева діагностика включає УЗД і доплерографію, які дають змогу виявити інвазію в біометрій.

4. Гістологічному дослідженню підлягають дрібні («живі») пухирці, щільні шматочки зіскрібка, плацента.

ЛІКУВАННЯ. Основним методом лікування є видалення пухирного занеску за допомогою вакуум – аспірації і наступного вишкрібання тупою кюреткою. За наявності відповідних показань проводять профілактичну хіміотерапію з подальшим спостереженням у лікаря за вказаною схемою.

Хоріокарцинома.

Одна із найзловісніших трофобластичних пухлин жіночих статевих органів. Вона пов'язана з вагітністю, локалізується переважно в матці, у разі ектопічної вагітності локалізується в матковій трубці або яєчнику (дуже рідко).

Найчастіше розвивається після пухирного занеску, абортів, рідше – після пологів чи ектопічної вагітності.

Захворювання репродуктивного віку -25-35р.

Хоріокарцинома звичайно розвивається в ділянці імплантації плідного яйця у формі вузла подібного до згустка крові. Легко проникаючи в просвіти кровоносних судин, клітини пухлини швидко розносяться кров'ю і дають численні метастази. В легені – 45-50%, піхва та вульва – 35%, рідше печінки, нирки, травний канал, головний мозок.

Хоріокарциному називають хворобою метастазів.

Клініка. Вузлиста пухлина темно – багряного кольору, м'яка, без судин, діаметром від 0,5 до 12см. Знаходиться на внутрішній поверхні порожнини матки.

Симптоми:

1. кров'яністі виділення
2. біль
3. анемія
4. інтоксикація, гарячка
5. втрата маси тіла
6. виділення молочива із сосків
7. збільшення розмірів матки.

Діагностика трофобластичної хвороби.

1. Об'єктивне обстеження (наявність пухирців у виділеннях, невідповідність розміру матки терміну вагітності).
2. Збільшення титру хоріонічного гонадотропіну (ХГ) в сечі, в крові.
3. Гістерографія.
4. Гістологічний метод.
5. Біологічний та імунологічний.

План лікування трофобластичної хвороби залежить від морфологічної структури, вираженості клінічних симптомів поширення процесу, рівня титру ХГ, урахуванням факторів ризику.

Методи евакуації пухирного занеску:

1. Інструментальний (кюретаж або вакуум – аспірація).
2. Медикаментозний (окситоцин і простагландин).

Хірургічне лікування (екстирпація матки) при хоріокарциномі проводять за життєвими показниками (загроза кровотечі).

Хіміотерапія при хоріокарциномі – основний метод лікування. Ефективність 69-100%.

Конспект лекції.

10. Тема: Пухлини сечової і статеві систем.

План.

1. Пухлини нирок. Патогенез. Клініка. Діагностика. Лікування.
2. Рак сечового міхура. Патогенез. Клініка. Діагностика. Лікування.
3. Рак простати. Патогенез, клінічні прояви, діагностика, правила обстеження хворих. Лікування.
4. Рак статевих членів. Етіологія, клінічні прояви, діагностика, лікування.

ПУХЛИНИ НИРОК.

В структурі онкозахворювань пухлини нирок займають приблизно 2-3% (наприкінці 90-х років – 8 випадків на 100тис.).

ЕТІОЛОГІЯ вивчена ще недостатньо;

- Поліетіологічність ???
- дисбаланс статевих гормонів зокрема естрогенів
- вплив променевої енергії
- вплив хімічних речовин (праця на анілінофарбових виробництвах).

Злоякісні пухлини нирок мають круглу або овальну форму, м'яко еластичну консистенцію, розміром від кількох мм до 15-20см. Локо специфічність відсутня. Метастазує гематогенним та лімфогенним шляхом.

Клінічні прояви.

I. Загальні симптоми:

- „малі ознаки”
- підвищення температури тіла;
- анемія!, але в окремих випадках може бути поліцитемія та еритроцитоз;
- артеріальна гіпертензія.

II. Місцеві симптоми:

- біль!!!
- гематурія
- наявність пухлини, яка пальпується

Ріст пухлини, обтурація лівої ниркової, нижньої порожнистої вени та вени правого яєчка супроводиться розвитком варикоцеле.

Діагностика.

Сучасна діагностика ґрунтується на даних інструментальних досліджень:

УЗД, КТ і МРТ.

До рентгенологічних досліджень належить оглядово рентгенографія, екскреторна урографія та ретроградна пієлографія, артеріо – та венографія.

Широко використовується метод радіонуклідного дослідження нирки.

На ранніх стадіях розвитку спостерігаються:

- анемія
 - ↑↑ ШОЕ
 - гематурія
 -
 - гіпоальбумінемія
 - гіпоглобулінемія
 - підвищення рівня лужної фосфатази крові
 - підвищення активності лактат – дегідрогенази в сечі.
- } Синдром
Штауффера
(діагностична
цінність його
невисока).

ЛІКУВАННЯ.

Хірургічний метод – нефректомії променева, хіміотерапія – мають допоміжне значення. До цитостатиків пухлини нирок малочутливі. Активно розробляється імунотерапія раку нирки.

Тривалість життя не оперованих хворих до 3-х років.

Нефробластома (пухлина Вільмса) серед дітей – 30% від 1 до 4 років. Хвороба буває пов'язана з вадами розвитку сечостатевої системи.

На хромосомному рівні це пов'язано з делецією короткого плеча 11 –ї хромосоми.

Лікування – комплексне.

I ст. захворювання – одужують 90%;

II ст. захворювання – одужують 70-80%;

III ст. ----- „ ----- 40%;

IV – V ст. ----- „ ----- 10%.

РАК СЕЧОВОГО МІХУРА.

У структурі онкозахворювань на рак сечового міхура припадає близько 4%. Чоловіки хворіють приблизно в 4-5 разів частіше, ніж жінки.

Етіологія:

- куріння (приблизно 60% усіх пухлин);
- вміст пестицидів в питній воді;
- тривалий контакт аніліновими барвниками;
- припускають, що деякі пухлини спричинюються вірусами.

Папілярний рак.

Макроскопово подібний до папіломи, однак ця пухлина позбавлена ніжки і розміщена на широкій основі. Має вигляд цвітної капусти, ділянки виразкування чергуються із ділянками некрозу.

Перехідноклітинний рак має вигляд паляниці з виразковою поверхнею.

Плоско клітинний рак макроскопово має вигляд бляшки або блюдечка.

Аденокарцинома (полоїдний рак, слизовий рак) трапляється рідко.

Перехідно клітинний рак, плоско клітинний рак, аденокарциному часто класифікують як первинноінфільтруючий, або солідний рак.

ОЗНАКИ:

- ендофітний ріст;
- інтенсивне виразкування;
- запальні явища.

Розростаючись, рак сечового міхура переходить на клітковину малого тазу, пряму кишку, простату, піхву, шкіру. Метастазує переважно лімфогенним шляхом.

КЛІНІКА.

1. Гематурія (макрогематурія). Сеча має червоний колір із кров'яними згустками, які можуть спричинити тампонажу сечового міхура. Кровотеча може бути постійною або періодичною.
2. Дизурія:
 - біль,
 - утруднене сечовипускання,
 - несправжні та імперативні позиви,
 - розвиток супутнього циститу, цистопієліту,
 - розвиток нориць на пізніх стадіях.

ДІАГНОСТИКА:

- цистоскопія,
- хромоцистоскопія,
- цитологічне дослідження сечі,
- цистографія, КТ, УЗД доцільні лише при глибокому ураженні слизової оболонки стінки сечового міхура.

ЛІКУВАННЯ:

- хірургічний,
- променевий,
- цитостатичний, хіміотерапія.

Прогноз найчастіше несприятливий, п'ятирічне виживання становить 36%.

РАК ПРОСТАТИ.

2-4% - у структурі онкозахворювань.

В Україні (90-тих років) 9,3 випадків на 100тис. населення.

ЕТИОЛОГІЯ:

- гормональні впливи,
- дієта,
- сексуальні особливості,
- вміст важких металів,
- вірус?!

Має вигляд дрібних вузлів розмірами 1-1,5см, розміщених під капсулою в периферійних відділах залози. При подальшому рості пухлина може займати всю залозу і переходити на прилеглі тканини.

КЛІНІКА:

- розлади сечовиділення (часті позиви до сечовиділення, біль. Відчуття неповного випорожнення сечового міхура, затримання сечі),
- гематурія ($\approx 10\%$),
- розвиток запального процесу (цистит, пієлонефрит).

ДІАГНОСТИКА:

- дослідження через пряму кишку,
- пункційна біопсія,
- ехографія, ЯМР, УЗД,
- лімфографія,
- цистоскопія, цистопростатографія,
- (допоміжний метод),
- змін в сечі та крові немає,
- специфічний маркер є кисла фосфатаза, рівень якої в сироватці крові підвищується.

ЛІКУВАННЯ:

- хірургічні методи,
- променева терапія,
- гормоно- і хіміотерапія.

ПРОГНОЗ:

П'ятирічне виживання хворих на ранніх стадіях після радикальної операції становить 80%, після променевого лікування – 45-65%. У пізніх стадіях п'ятирічне виживання становить 10-30%.

РАК СТАТЕВОГО ЧЛЕНА.

ЕТИОЛОГІЯ – порушення особистої гігієни.

Більшість типів раку статевого члена має плоско клітинну структуру.

Захворювання спочатку нагадує запальний процес, який розвивається в ділянці передньої шкірочки статевого члена.

Згодом розвивається ущільнення, виразкування, уражаються регіонарні лімфатичні вузли.

ЛІКУВАННЯ.

Радикальним методом лікування є хірургічне втручання.

Променеве лікування застосовується при невеликих ураженнях. При неоперабельних процесах променеве лікування може дати паліативний ефект.

Хіміотерапія – малоефективна.

Список використаних джерел:

1. «Медсестринство в онкології» - Л.М. Ковальчук.
2. «Медсестринство в онкології» - В.І. Дрижак, М.І. Домбрович.