

Синдром новообразования

Характер роста и клинического течения различных видов опухолей позволяет их разделить на:

1. Доброкачественные
 - растут медленно
 - окружены капсулой
 - не прорастают, а отодвигают ткани
 - не дают метастазы
 - не рецидивируют
2. Злокачественные
 - не имеют капсулы
 - характер роста инфильтративный
 - рост их нарушает обмен веществ
 - дают метастазы
 - могут рецидивировать

Опухолевый атипизм: структурный (тканевой и клеточный), обменный и функциональный.

Истинные опухоли имеют ряд особенностей, отличающие их от опухолевидных образований (воспалительный инфильтрат, киста и т.д.):

1. При устранении причины, породивших опухоль рост ее не прекращается. Он выходит из-под регулирующего действия организма (автономия роста), начинается безудержный неконтролируемый прирост опухолевой массы. И тем не менее, развитие злокачественных опухолей продолжается несколько лет.
2. Опухолевые свойства могут возникать в клетках любых тканей организма, способных к размножению и дифференцировке. Став опухолевыми, они передают свойства своим прямым клеточным потомкам.

В быстрорастущих опухолях прирост клеточной массы опережает скорость вставания сосудов. Опухоль быстрее растет по периферии то время как в центре наблюдается омертвление опухолевой массы, в связи с чем среди опухолевых элементов встречается много клеток в состоянии дегенерации и некроза.

Характеристика

Опухоли из соединительной ткани

Доброкачественные: липома, остеома, фиброма.

Злокачественные: саркома и лимфосаркома.

Опухоли из мышечной, сосудистой и нервной ткани

Доброкачественные: Миома, ангиома, невринома.

Злокачественные: Миосаркома, нейросаркома

Опухоли эпителиального происхождения

Доброкачественные: Аденома, папиллома.

Злокачественные : Рак

Этиологическое значение в развитии опухоли имеют следующие факторы:

- физические: хроническая травма, лучевые воздействия
- химические: канцерогены (сажа, асбест, выхлопные газы, промышленные дымы), экзогенные и эндогенные
- онкогенные вирусы (бородавки и папилломы)
- мутации – перестройка структуры и/или количества хромосом, могут быть из-за перечисленных выше факторов, могут быть спонтанными с перерождением в злокачественные клетки.

Основным условием возникновения опухоли является снижение антибластомной резистентности, в какой-то степени – наследственная предрасположенность.

Предраковые заболевания

Установлено, что часть опухолей возникает на фоне длительных воспалительных заболеваний или доброкачественных новообразований, которые называют предопухолевыми:

так при хроническом анацидном гастрите, каллезной язве, полипах желудка со временем может развиваться рак желудка;

Хронические бронхиты, рецидивирующая пневмония – рак легкого;

Хронический язвенный колит, проктит, аолипоз – рак прямой кишки;

Мастопатия – рак молочной железы;

Хронический вирусный гепатит В и С;

Узловой зоб – рак щитовидной железы;

Ворсинчатые полипы мочевого пузыря – рак м.п.;

Эррозии и дисплазия шейки матки – рак ш.м.

Основной клинический признак перехода заболевания в рак – изменение характера ощущений, уже известных больному.

Онкологическую настороженность должны вызывать:

1. Повторные кровотечения и бели
2. Узелки или уплотнения в молочной железе или других органов
3. Незаживающие раны
4. Продолжительное нарушение функции кишечника и мочевого пузыря
5. Длительная охриплость, кашель
6. Продолжительное расстройство пищеварения и глотания
7. Изменение бородавок или родимых пятен – схема “УДАР”:
 - Ускорение роста
 - Диаметр более 6 мм
 - Ассиметрия, неправильные очертания
 - Разноцветность, изменение цвета одного из участков

Клиника

Доброкачественные опухоли чаще не вызывают жалоб, нередко обнаруживаются случайно. Рост медленный, общее состояние не страдает. Имеет округлое и дольчатое строение. Подвижна, регионарные лимфоузлы не увеличены, пальпация безболезненна.

Злокачественные опухоли в начале своего развития бессимптомны, затем появляются неспецифические жалобы:

- нарушение общего состояния, слабость, потеря тонуса в работе, снижение аппетита, тошнота, апатия – вызываются опухолевой интоксикацией ;
- снижение массы тела связано не только с интоксикацией и потерей аппетита, но и с нарушениями всех видов обмена и расстройств гормонального статуса, всасывания и переваривания пищи.
- Повышение температуры тела;
- Опухоли, прорастающие в нервные стволы, вызывают мучительные боли.

В зависимости от степени выраженности симптомов, характеризующих распространение, различают несколько стадий заболевания. Система TNM позволяет объективно судить о стадии.

Символ T (TUMOR) означает состояние первичной опухоли, именно – площадь и глубину ее распространения.

1. T₀ – первичная опухоль не определяется, распознаются только её метастазы.
2. T₁ – опухоль диаметром до 2 см, расположенная на поверхности органа или в его толще без врастания в окружающие ткани.
3. T₂ – опухоль диаметром до 2 см, но с инфильтрацией более глубоких слоев тканей или переходящая на соседние анатомические области без нарушения смещаемости пораженного органа.
4. T₃ – опухоль более 2 см, прорастающая в глубину органа или переходящая на соседние ткани с частично ограниченной смещаемостью органа.
5. T₄ – опухоль, переходящая на соседние органы с полным органичением их смещаемости.

Символ N (Nodulus) означает увеличение регионарных лимфоузлов, в которых подозревается или распознается метастаз.

1. N₀ – лимфатические узлы не определяются.
2. N₁ – один или несколько увеличенных лимфоузлов.
3. N₂ – группа увеличенных лимфоузлов, спаянных между собой, но смещаемых по отношению к окружаемым тканям.
4. N₃ – группа метастатических лимфоузлов, несмещаемых или расположенных в более отдаленных областях регионарного метастазирования.

Символ M (Metastasis) – отдаленные лимфо- и гематогенный метастазы.

1. M₀ – метастазы не определяются.
2. M₁ – метастазы обнаружены.

Символ P – для степени прорастания полого органа (для органов ЖКТ).

1. P₁ – рак, инфильтрирующий только слизистую оболочку.
2. P₂ – рак, инфильтрирующий подслизистый слой.
3. P₃ – рак, инфильтрирующий мышечную оболочку и распространяющийся до субсерозного слоя.
4. P₄ – рак, инфильтрирующий серозную оболочку или выходящий за ее пределы.

Опухоли могут распространяться локально (инфильтрация или разрастание) и лимфогенно или гематогенно (метастазирование). Оказывают местное и общее воздействие.

Местные: рост опухоли в полые опухоли может вызывать обтурацию и нарушение пассажа содержимого. Опухоль гортани – удушье, опухоль бронха – ателектаз, опухоль пищевода – дисфагия, опухоль привратника – рвота, опухоль кишечника – кишечная непроходимость. Могут быть боли различной интенсивности, кашель, выпотной плеврит, диарея.

Общие: истощение и нарушение обмена веществ вследствие токсического воздействия продуктов метаболизма опухоли; лихорадка, иммунная депрессия.

Диагностика

Цитологический метод – исследование мазков-отпечатков на наличие атипичных клеток.

Гистологический метод – биопсия пункционная, при эндоскопии, трепанобиопсия (специальной иглой можно получить массу ткани).

Рентгенологический метод – обзорная, контрастная, томография, ЯМР.

УЗИ, ФГС, лапароскопия.

Лечение

Химиотерапия (алкилирующие, антиметаболиты, антимитотические), цитостатики, гормональная терапия, противоопухолевые антибиотики.

Применяют в лечении диссеминированных опухолей и множественных метастазах, не поддающихся хир. и лучевому лечению.

Препараты действуют в основном на делящиеся клетки опухоли, поэтому чем быстрее растет опухоль – тем выше ее чувствительность к химиотерапии. В результате мутации может возникнуть резистентность к противоопухолевым лекарственным средствам. Как правило, для лечения опухолей назначают комбинацию препаратов (полихимиотерапия). При этом каждый из препаратов должен быть активным в отношении данной опухоли и иметь разные механизмы действия. Назначают химиотерапию как до хирургического (для повышения операбельности опухоли), так и после – адьювантная терапия. Цель ее – разрушить отдаленные мелкие метастазы тем предотвратить метастазы и продлить жизнь больному. Все химиопрепараты имеют выраженные побочные токсические действия:

- поражение ЖКТ – тошнота, рвота;
- поражение костного мозга – анемия, лейко-, тромбоцитопения;
- поражение кожи и слизистых – стоматит, алопеция;
- поражение сердца, легких, почек.

При полихимиотерапии побочные действия суммируются. Иногда возможна регионарная химиотерапия – перфузия органа р-ром п/опух. препарата.

Лучевая терапия (при воздействии излучения происходит ионизация воды с образованием свободных радикалов, которые изменяют структуру ДНК, разрушают митохондрии, нарушают синтез белка, подавляя способность клетки к делению).

Хирургическое вмешательство по возможности раннее и радикальное. Удаляется весь орган или его часть, а также регионарные лимфоузлы. Могут

возникнуть состояния, требующие неотложного вмешательства: перфорация, непроходимость, кровотечение. Чаще используют комбинированное лечение.

РАК ЖЕЛУДКА

Желудок поражается наиболее часто из всех органов ЖКТ. В зависимости от локализации, структурных особенностей степени распространенности процесса, скорости роста, наличия метастазов клиническая картина может быть разной.

В зависимости от локализации могут быть дисфагия, нарушение эвакуации, боли при прохождении пищи, с иррадиацией болей в грудину или левую руку.

Характерен синдром малых признаков:

1. Появление общей слабости, утомляемости, снижения работоспособности
2. Прогрессирующее снижение массы тела без видимых причин, снижение аппетита, быстрая насыщаемость, отвращение к некоторым видам пищи
3. Снижение интереса к окружающему, апатия, психическая депрессия
4. Явление желудочного дискомфорта, т.е. снижение удовлетворения от принятой пищи, ощущение распирания, тяжесть в эпигастрии, отрыжка, боли в животе.
5. Стойкая анемия

Диагноз ставится на основании рентгенографии с барием, но чаще на ФГС, обязательно делают биопсию.

Лечение : резекция желудка или гастрэктомия.

РАК ПРЯМОЙ КИШКИ

Предрасполагающими являются колиты, язвы, полипы.

Проявления:

1. Неприятные ощущения в области заднего прохода и крестца
2. Тенезмы
3. Запоры, диарея
4. Кровь и слизь в кале
5. Тупая боль при дефекации

При поражении сфинктера – сильные боли, если опухоль растет в просвет кишки – лентовидная форма кала, может быть картина острой кишечной непроходимости. Диагноз ставится на основании пальцевого исследования, ректороманоскопии, колоноскопии и ирригографии – снимок после клизмы с барием.

Лечение

Комплексное, хирургическое – экстирпация, наложение стомы.

Предоперационная подготовка

1. Инфузия (в т.ч. плазма)
2. За два дня бесшлаковая диета
3. Кишечник очищают с помощью слабительных и клизм (высокие ежедневно пять дней)
4. Орошение кишечника антибиотиками два дня
5. Деконтаминация кишечника
6. Диета, богатая белками и витаминами.

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В возникновении РМЖ имеют значение гормональные факторы: опухоль чаще встречается у нерожавших, перенесших много аборт, страдающих хронич воспалит заболев яичников, а также у женщин с ранним (до 13 лет) началом менструаций , поздними первыми родами и поздним наступлением менопаузы. У женщин в 40-45 лет, если раньше, протекает более злокачественно.

Имеет значение и генетическая предрасположенность – риск заболевания аьше, если у ближайших родственников был РМЖ или ЖПО. Риск повышен у женщин с сахарным диабетом, атеросклерозом, ГБ, имеющих избыточную массу тела. Предопухолевыми заболеваниями считают узловую мастопатию . Современные гормональные контрацептивы снижают риск развития РМЖ.

РМЖ дает метастазы. Лимфогенные - в подмышечной, подключичной, надключичной областях в т.ч. с противоположной стороны, в область ворот печени, паховой области. Гематогенные – в кости, легкие, печень, головной мозг, плевру, брюшину, кожу.

Чаще встречается узловой рак. Обнаруживается случайно, в половине случаев в верхне-наружном квадранте железы. Опухоль безболезненная, плотная, переднезадний размер такой же, как боковой, в отличие от мастопатии, который ощущается в виде плоского участка. Обычно подвижна. М.б деформация железы, кровянистые выделения из соска.

Рак Педжета возникает из переходного эпителия на границе протоков с кожей. Вследствие нарушения питания эпидермиса появляются чешуйки, сухие и мокнущие корки, затем поверхностные эрозии или трещина, язва с валикообразными краями. Появляется втяжение соска.

Диагностика

КТ, маммография, может быть пункция

Лечение

Хирургическое лечение (секторальная резекция молочной железы, мастэктомия с удалением регионарных лимфоузлов).

Осложнения

Слоновость – лимфостаз с больной стороны
ОЧЕНЬ ВАЖНО САМООБСЛЕДОВАНИЕ !