

## **Онкологические заболевания**

### **Методические указания для студентов по изучению темы**

Выполните задания самостоятельной работы в объеме, определённом преподавателем. В назначенный преподавателем срок сдайте самостоятельную работу для проверки.

#### **Задания**

I. Прочитайте текст «Деление онкологических больных на клинические группы».

II. Составьте и запишите конспект текста «Деление онкологических больных на клинические группы» для монологического высказывания.

III. Прочитайте текст «Классификация методов лечения в онкологии».

IV. Составьте и запишите конспект текста «Классификация методов лечения в онкологии» для монологического высказывания.

### **Деление онкологических больных на клинические группы**

В соответствии с инструкцией по регистрации и ведению учета больных злокачественными новообразованиями в Российской Федерации, утвержденной приказом МЗ РФ № 135 от 19.04.1999г. «О совершенствовании системы государственного ракового регистра», все больные злокачественными новообразованиями (в том числе с новообразованиями в стадии *in situ*) регистрируются онкологическими учреждениями, диспансерами, диспансерными учреждениями, кабинетами по месту постоянного жительства пациентов. Весь контингент больных злокачественными новообразованиями, взятых на диспансерный учет для наблюдения в онкологических учреждениях, в зависимости от необходимости и возможности применения различных методов специального лечения и облегчения ведения учета распределяют на 4

группы. Принадлежность больного к той или иной клинической группе при постановке на учет определяется на основании результатов обследования. В зависимости от результатов лечения и динамики развития онкологического процесса клиническая группа больного может меняться.

К I-а клинической группе относят больных с неясной клинической картиной, при наличии подозрения на заболевание злокачественным новообразованием.

Сроки диспансеризации контингента больных I-а клинической группы соответствуют 10 дням со дня взятия на учет с заболеванием, подозрительным на злокачественное новообразование, что достаточно для проведения углубленного обследования пациента с целью установления окончательного диагноза. При подтверждении диагноза злокачественного новообразования больного переводят в другую клиническую группу, при опровержении диагноза пациента снимают с учета.

К I-б клинической группе относят больных с предопухолевыми заболеваниями, называемыми предраками (*факультативный* и *облигаторный*).

*Факультативный предрак* – это патологическое состояние, на основе которого может развиваться рак. Наблюдают больных с факультативным предраком специалисты по профилю в зависимости от поражения органа.

*Облигаторный предрак* – это предопухолевое патологическое состояние, которое характеризуется высокой частотой озлокачествления. Наблюдают таких больных врачи-онкологи. При хирургическом лечении предопухолевых заболеваний строго обязательным является гистологическое исследование удаленного очага. После проведения радикального лечения предракового заболевания больные подлежат активному диспансерному наблюдению в течение двух лет, после чего, при отсутствии рецидива заболевания, их снимают с диспансерного учета.

Ко II клинической группе относят больных злокачественными новообразованиями, которые в результате применения современных схем

лечения могут быть полностью избавлены от злокачественного новообразования, а также больных, у которых может быть достигнута длительная ремиссия.

В составе II клинической группы выделяется подгруппа II-а – больные, подлежащие радикальному лечению. Под радикальным лечением следует понимать применение современных методов лечения опухолевого процесса, направленных на полное излечение больного от опухоли. Во II-б клиническую подгруппу следует относить больных с ограниченным развитием опухолевого процесса (в основном, I и II стадии заболевания).

К III клинической группе относят больных, являющихся практически здоровыми лицами, находящимися под динамическим наблюдением онкологического учреждения после проведенного по радикальной программе лечения злокачественного новообразования. Пациенты этой группы в случае возникновения у них рецидивов заболевания или метастазирования новообразования переводятся во II клиническую группу для проведения специального лечения (хирургического, лучевого и др.) или в IV клиническую группу, если проведение специального лечения не показано в связи с распространенностью процесса.

Сроки диспансеризации больных III клинической группы: в течение первого года после проведенного специального лечения – 1 раз в 3 месяца, в течение второго года после проведенного специального лечения – 1 раз в 6 месяцев, в дальнейшем пожизненно – 1 раз ежегодно, если нет специальных показаний для интенсивного режима наблюдения.

К IV клинической группе относят больных с распространенными формами злокачественного новообразования, радикальное лечение которых уже невозможно, даже в том случае, если им намечено проведение хирургического, комбинированного, комплексного и других видов лечения с паллиативной (симптоматической) целью.

В IV клиническую группу входят больные, которые ранее входили во II клиническую группу, но не получили специального лечения по

различным причинам (отказ от лечения, тяжелое соматическое состояние и т.д.).

Больных IV клинической группы наблюдают участковые врачи, консультируют врачи-онкологи.

### **Классификация методов лечения в онкологии**

Лечение онкологических больных представляет собой одну из наиболее сложных проблем в медицине.

*Классификация методов лечения в онкологии.*

А. Хирургический метод, лучевая терапия, лекарственный метод (химиотерапия, гормонотерапия, иммунотерапия).

Б. Радикальные, паллиативные, симптоматические.

*Радикальные методы* лечения направлены на полное излечение больного от злокачественного новообразования и могут быть применены в тех случаях, когда опухолью не достигнута определенная критическая масса.

*Паллиативное лечение* – комплекс лечебных мероприятий, направленных на улучшение качества жизни онкологического больного, при этом опухоль в силу распространенности процесса или из-за наличия противопоказаний удалить радикально не представляется возможным или же она удаляется частично.

*Симптоматическое лечение* онкологических больных направлено на устранение симптомов злокачественного новообразования. С этой целью больным проводится терапия, направленная на ликвидацию болевых ощущений, восстановление кислотно-щелочного и электролитного баланса, устранение гиповолемии, а также антибактериальная, противовоспалительная, дезинтоксикационная терапия и др.

*Комбинированное лечение* – использование двух методов воздействия на опухоль.

*Комплексное лечение* – это применение трех и более методов воздействия на опухоль.

### Хирургическое лечение

К основополагающим принципам хирургического лечения относятся следующие: принципы радикализма, абластики и антибластики.

*Принцип радикализма* – это удаление первичного очага, отступая от видимых границ опухоли т.е. в пределах здоровых тканей и регионарных лимфатических узлов с окружающей сетчаткой. Выполнение этих условий необходимо для предотвращения рецидива заболевания, т.к. на некотором расстоянии от первичного очага в пределах визуально неизмененных тканей могут находиться микрометастазы. Границы резекции опухоли с захватом здоровых тканей в среднем составляют от 3 до 8 см.

*Абластика* представляет комплекс мероприятий, направленных на предотвращение попадания в операционную рану опухолевых клеток и гематогенной диссеминации. Для реализации этого принципа необходимо, прежде всего, придерживаться бережной тактики хирургических манипуляций, ни в коем случае не рассекать опухоль, не кусковать ее, а стремиться к удалению единым блоком с окружающими тканями, в тех случаях, когда опухоль кистозного строения с жидкостным содержимым, следует путем максимального бережного обращения с ней предотвратить излитие ее содержимого в операционную рану, опухоль при этом можно обкладывать стерильными салфетками. Составляющими частями принципа абластики является смена перчаток и инструментов, тщательный гемостаз; предпочтительней производить электрокоагуляцию мелких сосудов, использовать лазерные плазменные скальпели. Для удаления раневого содержимого в послеоперационном периоде устанавливаются дренажи. Предоперационную лучевую терапию и химиотерапию, которые направлены на девитализацию опухолевых клеток, также можно отнести к комплексу абластических мероприятий.

*Антибластика* представляет собой комплекс мероприятий, направленных на уничтожение и удаление опухолевых клеток, которые могли попасть или попали в послеоперационную рану. С этой целью используют промывание последней растворами антисептиков, например, фурацилина, спиртом 70 % концентрации, 3 % раствором перекиси водорода, изотоническим раствором хлорида натрия. Послеоперационный курс лучевой терапии на зоны первичного очага и регионарного метастазирования или химиотерапии также отвечает принципу антибластики.

При выполнении хирургических операций в онкологии существуют понятие *операбельности и резектабельности*.

*Операбельность* – это термин, подразумевающий возможность проведения радикального хирургического лечения конкретному пациенту. Операбельными или неоперабельными является пациент, но не опухоль. Это понятие основывается как на стадии опухоли, так и на функциональном состоянии органов и систем организма конкретного больного. Так больной раком ободочной кишки II стадии с острой почечной недостаточностью является неоперабельным, хотя опухоль резектабельна.

*Резектабельность* – это наличие технических возможностей и условий для хирургического удаления опухоли. Резектабельность опухоли зависит, прежде всего, от стадии процесса.

С совершенствованием возможностей лекарственного и лучевого методов лечения в онкологии всё большую роль приобретают нерадикальные операции, к разновидностям которых относятся паллиативные и симптоматические операции.

*Паллиативные операции* – это циторедуктивные аналоги радикальных операций, в результате которых по техническим причинам в организме остаются опухолевые массы (часть первичной опухоли, не удаленные регионарные лимфатические узлы, единичные отдаленные метастазы).

Симптоматические операции выполняются при нерезектабельных опухолях, при наличии противопоказаний к выполнению радикальных оперативных вмешательств. Целью такого рода операций является не излечение пациента, а обеспечение ему максимально комфортных условий для жизни путём ликвидации мучительных симптомов, обусловленных преимущественно местным воздействием опухоли на соседние органы и ткани. В качестве примера симптоматических операций можно привести наложение обходных анастомозов при непроходимости органов ЖКТ, обусловленной ростом опухоли.

#### **Список используемой литературы:**

1. Русский язык и специальность: Учебное пособие по русскому языку для иностранных студентов 5 курса англоязычного отделения (на материале текстов по специальности) / А. Н. Стаценко, Н. В. Гончаренко, О. П. Игнатенко [и др.]. Том Часть 2. – Волгоград: Волгоградский государственный медицинский университет, 2014. – 136 с.