### СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 3

1. Предмет и методы изучения онкологии 5

2. История развития онкологии 8

3. Уход за больными со злокачественными новообразованиями 10

3.1. Профилактика и ранняя диагностика рака. 11

3.2. Уход за больными со злокачественными новообразованиями. 12

4. Наиболее распространенные виды раковых опухолей

4.1. Рак молочной железы 15

4.2. Рак легкого 18

5. Методы лечения 22

Используемая литература 27

Введение

Давно уже стала крылатой медицинская заповедь “здоровье надо беречь смолоду”. Смысл этой народной мудрости многие из нас, к сожалению, постигают лишь в зрелые, а нередко и в престарелые годы. Не секрет, что здоровые люди часто не осознают этого своего преимущества и в конце концов расплачиваются за такое легкомыслие. Основным фактором сохранения здоровья, продолжительности жизни человека, его физической и творческой работоспособности является здоровый образ жизни в самом широком его толковании. Сохранение и поддержание здоровья на должном уровне – важнейшая задача каждого государства. И особенно оно нуждается в здоровом потомстве. Но ведь именно от нас, от состояния нашего здоровья зависит и здоровое будущее нашей планеты. От этого зависит и демографическая политика государства в самом широком смысле этого понятия. А демографические процессы, как известно, не протекают автоматически, и их ресурсы не являются неисчерпаемыми. Они всецело зависят от нас с Вами – отцов и матерей, тех, кто уже ими стал или собирается стать.

Страна нуждается в здоровом потомстве. И об этом еще двести с лишним лет хорошо сказал М.В. Ломоносов, обращаясь к первым студентам впервые открываемого отечественного университета: « О каких материях сегодня рассуждать будем?… Рассуждать будем о главном – о здоровье народа российского. В сохранении и размножении его состоит могущество и богатство всего государства, а не обширность тщетной без обитателей». Эти слова, естественно, можно отнести к любому государству, его народу. Россияне за последние десятилетия все меньше заботятся о своем здоровье и стали относиться к нему еще снисходительнее.

Мы стали чаще болеть и раньше умирать.

Сокращается продолжительность жизни, падает рождаемость. Такие процессы становятся опасными для нашего государства. С этим мириться уже нельзя.

Представители передовой общественности хорошо осознавая опасность, стараются теми или иными способами прервать эту паталогическую цепочку. Здесь намечаются определенные успехи. Так, например, девизом недавно созданного некомерческого фонда Vis Vitalis стало: «Пять лет – за пять лет». Смысл призыва: увеличить среднюю продолжительность жизни россиян на пять лет в течении ближайших пяти лет.

Об одном начинании этого фонда в июле 1996 г. писали «Известия». В течении двух недель в девять многолюдных местах Москвы прохожим предлагали бесплатно померить артериальное давление . Две трети тех, кто согласился это сделать , составили женщины, при том, что смертность от сердечно- сосудистых заболеваний выше у мужчин.Следовательно, «сильный пол» равнодушнее к своему здоровью. У 22-х процентов обследованных давление оказалось повышенным, то есть свыше 160/ 90 мм рт.ст.Многие из них об этом и не подозревали.Знают и регулярно измеряют свое давление 36% опрошенных. Измеряли давление последний раз более года назад 26 %, а 40 % не знают о своем давлении. При этом немногим более 35 % опрошенных не собираются посещать врача, предпочитая самолечение, а 15 % вообще не намерены обращать внимание на повышенное давление. И такая нерадостная статистика характерна для людей, страдающих не только сердечно-сосудистой патологией, но и многими другими заболеваниями систем дыхания, пищеварения, мочеотделения. Как же нам здесь можно говорить о здоровье нашей нации? Этот пробел нужно ликвидировать. Людей необходимо тем или иным способом научить заботиться о своем здоровье. По даным ряда социалистических исследований, прроведенных как у нас, так и за рубежом, состояние здоровья от уровня здравоохранения только на 30%.

1. ПРЕДМЕТ И МЕТОД ИЗУЧЕНИЯ ОНКОЛОГИИ

Онкология (от греч. Onros – вздутость, logos –наука) - наука, изучающая причины возникновения, механизмы развития и клинические проявления опухолей и разрабатывающая метолды их диагностики, лечения и профилактики.

Наиболее удачное определение понятия опухоли дал Н.Н. Блохин: « … опухолевые заболевания представляют собой особый вид патологии, широко распространненный в природе, характеризующейся безудержным и относительно автономным ростом и размножением клеток в очаге заболевания. Однако злокачественная клетка передает свои свойства и способность к росту всем последующим поколениям клеток. При этом отмечается анаплазия тканей, т.е. возврат ее к более примитивному типу. Характерным для злокачественных опухолей является также инфильтративный рост и метастазирование».

Многие исследователь под термином «опухоль» понимают все доброкачественные и злокачественные опухоли, другие только рак. Одни к опухолям относят саркому, злокачественные заболевания крови и кроветворных органов, другие считают термин «рак» более точным и называют так все злокачественные новообразования. Нередко одну и ту же опухоль называют раком, опухолью, новообразованием, бластомой.

Опухоль, новообразование – neoplasma (от греч. Neos –новый, plasma –нечто образованное, сформулированное), бластома ( от греч. Blastos-росток)-синонимы, не дающие представления об исходной тканевой принадлежности опухоли. Поэтому, учитывая многообразие опухолей, характер их происхождения, необходимо придерживаться единой терминологии.

Рак (carcinoma, cancer, эпителиома злокачественная)- злокачественная опухоль, возникающая из эпителиальной ткани, которая происходит из экто- и энтодермы.

Саркома ( от греч.sarx -мясо,плоть и – oma –опухоль)- злокачественное новообразование, исходящее из той или иной разновидности соединительной ткани-производство среднего зародышевого листка (мезодермы). Соединительная ткань входит в составсвязок, фасций, мышц,костей, выполняет в организме трофическую,пластическую, защитную и механическую (опорную) функции.

Опухоли, происходящие из эпителиальной и соединительной ткани одновременно, принято называть карциносаркомами, или саркокарциномами.

Необходимо строго отграничивать опухоли истинные-доброкачесвенные (аденома, липома, миома, остенома и пр.) и злокачественные (карцинома, миосаркома, остеосаркома и пр.)- от опухолеподобных и опухольсимулирующих заболеваний, таких как хронические воспалительные заболевания, гематома, киста и пр.

Установлено,что опухоль является результатом длительной повторной патологической регенерации и неравномерной очаговой усиленной пролиферации клеточных элементов. Осаобенность этих реакций заключается в том, что они протекают бесконечно и могут заканчиваться только со смертью организма.Кроме того, регенерация и пролиферация могут осуществляться всеми видами тканей. Сущность опухолевого роста заключается в специфическом нарушении формообразовательных процессов и физиологических механизмов, регулирующих развитие тканей, а следовательно, их функции и структуры.Приобретенные клеткой новые качества передаются новому поколению клеток.

Изучая рак кожи, вызванный воздействием дегтя,клинически и в эксперименте было установлено, что очаги пролиферации, а затем и опухоли возникают и в других областях организма (мультицентрично), занимая большие участки. Это было подтверждено патолого-анатомически.

Исследованиями А.А. Богомольца (1927,1931) и его учеников доказано, что угнетение соединительной ткани предшествует клиническому проявлению опухоли. Этому способствует, например, хроническая интоксикация, вызванная внешними факторами или хроническим заболеваниями, а также пожилой возвраст.

Опухолевый прцесс нельзя рассматривать как местный процесс, так как он протекает при перестройке обмена веществ,изменении и наруени функции эндокринных органов, соединительной ткани и центральной нервной системы. Поэтому опухолевый, в том числе и злокачественный, рост не является чем-то случайным, навязанным организму из вне. Наоборот, способность к опухолевому росту присуща организму. Следовательно, как утверждает Р.Е.Кавецкий, надо говорить не о раке или опухоли, а о раковой болезни, что соответствует современным представлениям.

Существует два метода изучения причин и механизмов развития новообразований – клинико-статистический (эпидемиологический) и экспериментальный.

Клинико-статистический метод очень громоздкий и сопряжен с большими затратами времени, необходимыми для проведения исследований с его помощью и получения научно достоверных результатов, так как за это время большое число исследуемых погибают. Примером этому могут служить исследования канцерогенного действия рентгеновского излучения и препаратов радия, некоторых химических канцерогенов и гормонов на организм человека.

При помощи клинико-статистического метода изучают влияние условий труда, быта, характера питания населения опрделенного района, области, страны в целом, климата, особенностей помышленности, производственных вредностей на возникновение и развитие опухолей, заболеваемость, обусловленную ими.

Экспериментальный метод имеет практически неограниченные возможности; с его помощью можно воспроизводить опухоль у животных за короткий промежуток времени.

Экспериментальные модели опухоли позволяют изучать условия и этапы опухолевого процесса под воздействием отдельных канцерогенов и их компонентов, этапы развития предраковых состояний и рака в зависимости от условий существования животных, разрабатывать методы его профилактики и лечения.

2. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ОНКОЛОГИИ

Описания злокачественных новообразований относят к глубокой древности. Их можно встретить в папирусах Древнего Египта и манускриптах Индии еще за 2000 лет до нового летоисчесления. Однако наиболее полно опухоли описаны Гиппократом (460-377 г. до н.э.), которому принадлежит первая попытка классифицировать их. Он разделял опухоли на две категории – присущие человеку и неприсущие, а последние – на заживающие и незаживающие. Все они, по его мнению, возникали вследствие неправильного смешения соков организма – черной и желтой желчи, слизи и крови.

Цельс (30 г. до н.э.) впервые описал метастазы рака молочной железы в регионарных лимфатических узлах. Гален (131-203 г. н.э.) указывал на частые поражния раком не покрытых одеждой частей тела-кожи, губ. Кроме того, он описал рак молочной железы, матки и прямой кишки. В отношении причин возникновения опухолей Гален придерживался взглядов Гиппократа.

В ХУ11 в. Декарт высказал предположение, что опухоли возникают вследствие уплотнения и коагуляции лимфы. Это предположение основывалось на знании механизмов крово- и лимфообращения, открытых У.Гарвеем (1628) и М.Мальпигием (1651). Только примерно через 100 лет Гюнтер (1728-1794) высказал мнение, что большинство опухолей вознкает вследствие травмы.

Изобретение микроскопа способствовало дальнейшему развитию науки об опухолях. Так, в 1801 г. М.Биша, а затем И.Мюллер (1838) отмечали, что опухоли имеют клеточное строение, и различали в них строму и паренхиму. Однако они еще не видели связи опухоли с организмом и считали, что опухолевые клетки внезапно появляются среди здоровых клеток органа. Вскоре Ж.Крювелье (1792-1874) высказал мысль о том, что для развития опухоли необходим определенный период, в течение которого нормальные клетки должны пройти стадию «канцероматозной дегенерации».

Таким образом, впервые было высказано предположение, что опухоли развиваются по определенным стадиям.

Мощным толчком в развитии экспериментальной и клинической онкологии явилась теория раздражения Р.Вирхова (1853), согласно которой опухоли возникают вследствие травмирования (раздражения) внешними факторами. Р Вирхов доказал, что опухолевая клетка организма происходит только из клетки,положив этим начало естественно-научному подходу к решению важной проблемы опухолевого роста. Вскоре ученик Р. Верхова Тирш доказал, что раковая опухоль исходит из эпителия, а саркома из соединительной ткани. Д. Ганземан (1891), придерживаясь учения Вирхова, подтвердил, что опухолевая клетка – это клетка организма, морфологически отличающаяся от здоровой снижением дифференцировки, а физиологически – независимостью роста. Следовательно, в основе развития опухоли лежит анаплазия, которая возникает вследствие асимметрии деления клеток.

1. УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

Опухолевые заболевания бывают доброкачественными и злокачественными. Доброкачественная опухоль имеет капсулу, отграничивающую ее от окружающих тканей, очень медленно растет и легко поддается лечению. Некоторые доброкачественные опухоли иногда озлокачествляются: темное пигментное пятно может превратится в самую злокачественную опухоль – меланому; полип желудка – в рак.

Для злокачественных опухолей характерны: отсутствие капсулы, неудержимый рост с прорастанием в соседние ткани, метастазирование (перенос опухолевых клеток с током лимфы или опухоли на том же месте после ее удаления), кахексия (общее истощение).

Злокачественные опухоли из эпителиальной ткани называют раком, а из соединительной – саркомой.

Степень тяжести злокачественного опухолевого процесса принято обозначать стадиями. Стадия I – небольших размеров поверхностная язва или опухоль, не прорастающая в глубжележащие ткани и не сопровождающаяся пораженном близлежащих региональных лимфатических узлов. Лечение, проводимое в этой стадии, наиболее успешно.

Во II стадии опухоль уже прорастает окружающие ткани, имеет небольшие размеры и дает метастазы в ближайшие лимфатические узлы. Малая подвижность и крупный размер опухоли наряду с поражениями региональных лимфатических узлов характерны для III стадии заболевания. В этой стадии еще возможно провести лечение, особенно с помощью комбинированных методов, но результаты его хуже, чем в I и II стадиях. В IV стадии имеется обширное распространение опухоли с глубоким прорастанием в окружающие ткани с метастазами не только в региональные лимфатические узлы, но и в отдаленные органы, выраженная кахексия. В этой стадии только у небольшого числа больных химиотерапевтический и лучевой методы лечения позволяют добиться длительно клинического эффекта. В остальных случаях приходится ограничиваться симптоматическим или паллиативным лечением. Только при своевременном распознавании злокачественных опухолей можно рассчитывать на успех лечения, иначе прогноз становится крайне неблагоприятным.

Существует группа заболеваний, на фоне которых чаще всего возникают злокачественные опухоли, - это так называемые предраковые состояния. Рак языка или губы развивается чаще всего на местах белых пятен или длительно не заживающих трещин слизистой оболочки; рак легкого – на месте хронических воспалительных процессов, а рак шейки матки – на месте ее эрозии. В начальных стадиях некоторые формы рака протекают почти бессимптомно, и больные часто не обращаются за врачебной помощью. Так, рак молочной железы в начальной стадии представляет собой лишь небольшой узелок, который иногда не дает никаких ощущений и обнаруживается случайно.

3.1. Профилактика и ранняя диагностика рака.

Проведение бесед, обеспечение населения научно-популярной литературой, брошюрами по профилактике раковых заболеваний, плакатами, организация фотовитрин, в которых показаны характерные черты рака и предраковых заболеваний; регулярные профилактические осмотры являются мощными средствами профилактики и мероприятиями по раннему выявлению злокачественных опухолей. Помимо общих мероприятий, проводимых поликлиниками, медико-санитарными частями следует регулярно проводить осмотры лиц среднего и пожилого возраста с целью выявления предраковых состояний и ранних форм рака. Массовая флюорография, гинекологические осмотры на производстве позволяют выявить ранние формы рака легкого и, женских половых органов. Регулярные профилактические рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта у больных, страдающих хроническими заболеваниями желудка, кишечника, помогают вовремя выявить предраковые заболевания и их пре6дупреждение. Привлечение больных к обследованию и госпитализации их не позднее чем через 10 дней после установления диагноза содействует улучшению результатов лечения. Кроме взятия на учет, обследования и лечения, важное место занимает многолетнее наблюдение за больными после проведения лечения.

3.2. Уход за больными со злокачественными новообразованиями.

Особенностью ухода за больными со злокачественными новообразованиями является необходимость особого психологического подхода. Нельзя допускать, что бы больной узнал истинный диагноз. Терминов «рак», «саркома» следует избегать и заменить их словами «язва», «сужение», «уплотнение» и т.д. во всех выписках и справках, выдаваемых на руки больным, диагноз тоже не должен быть понятным для больного. Выражения: «неоплазма» или «neo», бластомы или «bl», тумор или «Т», а особенно «cancer» или «er» настолько стали понятны больным, что их следует избегать.

Онкологические больные имеют очень лабильную, уязвимую психику, что необходимо иметь в виду на всех этапах обслуживания этих больных.

Надо стараться отделить больных с запущенными опухолями от остального потока больных. Особенно важно это при рентгенологическом обследовании, так как обычно здесь достигается максимальная концентрация больных, отобранных для более глубокого обследования. Из этих же соображений желательно, чтобы больные с начальными стадиями злокачественных опухолей или предраковыми заболеваниями не встречали больных, имеющих рецидивы и метастазы. В онкологическом стационаре вновь прибывших больных не следует помещать в те палаты, где есть больные с поздними стадиями заболевания. Если необходима консультация со специалистами другого медицинского учреждения, то вместе с больным направляется врач или медицинская сестра, которые и перевозят документы. Если такой возможности нет, то документы посылают по почте на имя главного врача или выдают родственникам больного. Следует быть особенно осторожным в беседе не только с больными, но и с их родственниками.

В том случае, если не удалось произвести радикальную операцию, больным не следует говорить правду о ее результатах. Близких больного следует предупредить о безопасности злокачественного заболевания для окружающих. Нужно принять меры против попыток больного лечиться знахарскими средствами, которые могут привести к самым непредвиденным осложнениям.

При наблюдении за онкологическими больными большое значение имеет регулярное взвешивание, так как падение массы тела является одним из признаков прогрессирования болезни. Очень важно, что бы взвешивание больных производилось не только в стационаре, но и на амбулаторном приеме в онкологических кабинетах поликлиники. Регулярное измерение температуры тела позволяет выявить предполагаемый распад опухоли, реакцию организма на облучение. Данные измерения массы тела и температуры должны быть зафиксированы в истории болезни или амбулаторной карте. Необходимо обучить больного и родственников мероприятиям гигиенического характера. Мокроту, которую часто выделяют больные, страдающие раком легких и гортани, собирают в специальные плевательницы с хорошо притертыми крышками. Плевательницы нужно ежедневно мыть горячей водой и дезинфицировать 10-12% раствором хлорной извести. Для уничтожения зловонного запаха в плевательницу добавляют15-30 мл. скипидара. Мочу и испражнения для исследования собирают в фаянсовое или резиновое судно, которое следует регулярно мыть горячей водой и дезинфицировать хлорной известью. При метастатических поражениях позвоночника, нередко возникающих при раке молочной железы или легких, назначают постельный режим и подкладывают под матрац деревянный щит во избежания патологических переломов костей. При уходе за больными, страдающими неоперабельными формами рака легких, большое значение имеют пребывание на воздухе, неутомительные прогулки, частое проветривание помещения, так как больные с ограниченной дыхательной поверхностью легких нуждаются в притоке чистого воздуха.

Важен правильный режим питания. Больной должен получать пищу, богатую витаминами и белками, не менее 4-6 раз в день, при чем следует обращать внимание на разнообразие и вкусовые качества блюд. Придерживаться каких-либо специальных диет не следует, нужно лишь избегать чрезмерно горячей или очень холодной, грубой, жаренной или острой пищи. Больных с запущенными формами рака желудка следует кормить более щадящей пищей (сметана, творог, отворная рыба, мясные бульоны, паровые котлеты, фрукты и овощи в размельченном или протертом виде и др.). Во время еды обязателен прием 1-2 столовых ложек 0,5-1% раствора хлористоводородной кислоты. Выраженная непроходимость твердой пищи у больных с неоперабельными формами рака кардиального отдела желудка и пищевода требует назначения калорийной и богатой витаминами жидкой пищи ( сметана, сырые яйца, бульоны жидкие каши , сладкий чай, жидкое овощное пюре и др.). Иногда улучшению проходимости способствует следующая смесь: спирт-ректификат 96% - 50 мл., глицерин – 150 мл. ( по одной столовой ложке перед едой). Прием указанной смеси можно комбинировать с назначением 0,1% раствора атропина по 4-6 капель на столовую ложку воды за 15-20 мин до еды. При угрозе полной непроходимости пищевода, следует иметь поильник и кормить его только жидкой пищей. В этом случае часто приходится пользоваться тонким желудочным зондом, проводимым в желудок через нос.

При наружном расположении опухолей к месту кровотечения следует приложить гемостатическую губку, наложить давящую повязку и холод. При распадающихся опухолях прямой кишки имеется опасность профузного кровотечения, которое может потребовать срочной госпитализации больного для перевязки подчревных сосудов и переливания крови. Опасность кровотечения велика и при опухолях матки и влагалища, особенно после проведенного ранее безуспешного лучевого лечения, когда на месте первичного очага имеется распадающаяся опухоль. Таким больным противопоказаны спринцевания, которые могут вызвать кровотечения. Начало кровотечения требует тугой тампонады влагалища, а при нарастании кровотечения показана срочная госпитализация для оперативного лечения.

1. НАИБОЛЕЕ РАССПРОСТРАНЕННЫЕ ВИДЫ РАКОВЫХ ОПУХОЛЕЙ.

4.1. Рак молочной железы.

Заболеваемость раком молочной железы возрастает быстрыми темпами. Опухоль, еще недавно занимавшая у женщин четвертое место по частоте, сейчас вышла на первое. Полагают, что рост заболеваемости обусловлен часто возникающими у женщин гормональными и обменными нарушениями.

При типичной узловой форме ведущим и часто единственным признаком рака является безболезненное уплотнение в ткани железы. Другие симптомы в большинстве случаев отсутствуют. Поэтому многие больные обнаруживают опухоль случайно. К сожалению, такая диагностика иногда оказывается запоздалой.

Существуют два пути раннего распознавания рака: регулярное самообследование и обязательное обследование молочных желез при профилактических осмотрах и при обращении женщин с любыми заболеваниями на амбулаторный прием.

Лечение рака молочной железы – проблема достаточно сложная. Комплекс используемых лечебных мероприятий состоит из сочетания хирургического вмешательства с лучевой терапией и лекарственным лечением. Отдаленные результаты при ранних стадиях благоприятны, но совершенствование методов распознавания и лечения рака молочной железы позволяет надеяться на их дальнейшее улучшение.

Заболеваемость. Рак молочной железы у женщин в развитых странах является самой частой злокачественной опухолью, тогда как у мужчин он встречается очень редко. По данным ВОЗ, у женщин на долю рака молочной железы в 1980г. приходилось 22,9% от общего числа злокачественных новообразований.

Стандартизованные показатели заболеваемости наиболее высоки в США (87,0- 100,0 на 100000 женского населения), Канаде, Швейцарии, Израиле, Франции, Австралии. В большинстве европейских и южноамериканских стран уровень заболеваемости колеблется от 30,0 до 50,0 на 100000 женщин . Заболеваемость раком молочной железы ниже в развивающихся странах, где это опухоль занимает второе место по частоте после рака шейки матки.

В СССР на долю рака молочной железы в 1986г. приходилось 15,5% от общего числа злокачественных опухолей у женщин и около 8% среди лиц обоего пола. У женщин в СССР стандартизированный показатель заболеваемости раком молочной железы (27,4 на 100000 населения в 1986 г.) почти в полтора раза превышал показатели заболеваемости раком кожи и желудка и в два раза – раком шейки матки.

Количество заболевших и уровень заболеваемости неуклонно возрастает. За 15 лет (1970-1985) число зарегистрированных больных увеличилось в двое.

На территории СССР рак молочной железы был расспространен неравномерно. Заболеваемость наиболее высока была в Эстонии (34,8 на 100000 населения), Латвии , на Украине; значительно ниже - Туркменской (13,7 на 100000 населения), Таджитской , Узбедской и других среднеазиатских республиках.

Наивысший уровень заболеваемости отмечен у женщин 60-69 лет, не опухоль нередко возникает у людей более молодого возраста. В практической работе чаще встречаются больные раком молочной железы в возрасте 40-49 лет и 50-59 лет. По возрастному составу больные раком молочной железы моложе, чем больные раком других органов.

Жалобы. Рак молочной железы обычно не причиняет неприятных субъективных ощущений. Как правило, единственной жалобой больных является наличие опухолевидного образования или уплотнения в молочной железе. Чаще всего его обнаруживают случайно сами больные или медицинские работники. Опухоль постепенно увеличивается, но иногда размеры ее не меняются в течении нескольких месяцев. Уплотнения не увеличивается перед менструацией в отличие от некоторых форм мастопатии.

У некоторых больных при раке наблюдаются выделения из соска, но последние встречаются редко и обусловлены сопутствующей кистозной мастопатией.

Учитывая, что при ранних стадиях рака отсутствуют другие жалобы и объективные признаки, кроме наличия опухоли, врач широкого профиля обязан каждую женщину с уплотнением любых размеров в молочной железе незамедлительно направить на консультацию к онкологу.

Объективные данные. При объективном обследовании врач должен оценить особенности опухоли, состояние кожи, соска и региональных лимфатических узлов.

Характеристика опухоли. Узловой рак молочной железы представляет собой безболезненное плотное образование различных размеров, иногда величиной с горошину и меньше. Опухоль чаще имеет округлую или неправильную форму, относительно равномерно растет во всех направлениях. Переднезадней размер ее такой же или несколько меньше бокового. Образно говоря, рак молочной железы напоминает камешек. В этом заключается основное отличие рака от узловой мастопатии, которая прощупывается в виде плоского участка с неувеличенным переднезадним размером .

Поверхность раковой опухоли бугриста. При некотором навыке бугристость опухоли удается легко отличить от зернистости, которой характеризуется мастопатия. Если опухоль небольших размеров, обноружить бугристость поверхности не удается. В таких случаях нужно тщательно исследовать нижний край образования, неровность его является характерным признаком злокачественного новообразования.

Опухоль, не прорастающая грудную стенку, подвижна. Незначительное ограничение подвижности обусловлено тем, что новообразование смещается вместе с окружающей паренхимой железы. В этом заключается одно из основных отличий рака от фиброаденомы. Последняя характеризуется совершенно свободной подвижностью (как будто «катается в масле»).

Кожные симптомы иногда обусловлены прямым прорастанием опухоли в кожу или подкожную клетчатку, но чаще – инфильтрацией раковыми клетками куперовских связок. Различают симптомы морщинистости, площадки, втяжение и лимонной корки. При прорастании кожи может возникнуть изъявление, в начале поверхностное, постепенно углубляющееся. Раковая язва не очень глубока, гораздо плотнее окружающих тканей, имеет подрытые выступающие над поверхностью кожи края и неровное дно. Покрытое грязноватым налетом.

Симптомы со стороны соска связаны с прорастанием опухолью крупных выводных протоков или разрушением мышечных элементов соска и ограничение его подвижности.

1. заболеваемость раком молочной железы возрастает. В развитых странах опухоль у женщин занимает 1-е место по частоте
2. рак молочной железы – гормонально зависимая опухоль. Нарушение функции яичнтков и гипофиза играет важную роль в возникновении рака.
3. Факторами риска рака молочной железы являются гормональные нарушения, несбалансированное избыточное питание, отягощенная наследственность и ряд соматических заболеваний.
4. мерами профилактики рака молочной железы являются излечение хронических заболеваний придатков, дисгормональных заболеваний молочных желез, рациональное питание, излечение соматических заболеваний, способствующих возникновению опухоли.

4.2. Рак легкого

Рак легкого. Широко распространенная привычка к курению и условия жизни в развитых странах привели к быстрому росту заболеваемости раком легких. Начиная с 1985 г. эта опухоль в СССР вышла на первое место по частоте среди всех злокачественных новообразований и из проблемы чисто медицинской стала проблемой социальной.

Распознавание рака легкого представляет значительные трудности. Клинические проявления разнообразны. Ведущего симптома, отличающего его от других легочных поражений, не существует, поэтому нередки диагностические и тактические ошибки, которые являются причиной безуспешного лечения многих больных. Для установления правильного диагноза и излечения больного необходимы совместные усилия врачей разных специальностей: терапевтов, хирургов, ренгелогов и онкологов.

Заболеваемость. В большинстве развитых стран рак легкого является наиболее распространенным злокачественным новообразованием. Уровень заболеваемости особенно высок в Англии, Шотландии, Сша, Бельгии, Голландии, Венгрии. В СССР рак легкого вышел на первое место по частоте в 1985г. Заболеваемость этой опухолью в 1986г. составила 29,5 на 100000 населения. Среди всех злокачественных опухолей на долю рака легкого приходилось 15,7 %. Заболеваемость и смертность от рака легкого возрастают. В Советском Союзе в 1980г. заболеваемость выросла по сравнению с 1970г. у мужчин на 43,5%, а у женщин на 27,2%.

Возрастно-половые особенности. Мужчины заболевают раком легкого в 7-10 раз- чаще, чем женщины. В СССР у мужчин рак легкого еще в 1977г. стал самой частой злокачественной опухолью, в 1986г. на его долю приходилось 26% от общего числа злокачественных новообразований у мужчин. У женщин рак легкого занимает пятое место по частоте.

Заболеваемость повышается пропорционально возрасту. У мужчин в 60-69 лет уровень заболеваемости в 60 раз выше, чем у лиц 30-39-летнего возраста.

Способствующие факторы. Наиболее важным фактором, способствующим возникновению рака легкого, является курение. В табачном дыме содержится большое количество канцерогенных веществ, в том числе полициклические ароматические углеводороды, нитрозосоединения, ароматические амины, соли тяжелых металлов, радиоактивный полоний, инсектициды и другие вещества.

Возникающие при курении смолы с высоким содержанием канцерогенных веществ оседают на эпителии бронхов. Длительное воздействие канцерогенов при многолетнем курении ведет к нарушению структуры и функции эпителия бронхов, к метаплации цилиндрического эпителия в многослойный плоский и способствует возникновению злокачественной опухоли. Курение служит причиной рака легкого примерно в 90% случаев. Смертность курильщиков от рака легкого значительно выше, чем некурящих. Вероятность возникновения рака повышается пропорционально стажу курения и количеству выкуриваемых сигарет. Имеет значение характер употребляемых табачных изделий. Наибольшей опасностью подвергаются курильщики сигарет из дешевых сортов табака без фильтра. Риск заболевания несколько снижается при употреблении папирос и существенно уменьшается при курении трубки и сигар.

Табачный дым представляет опасность не только для курильщика, но и для окружающих. У членов семьи курильщика рак легкого возникает в 1,5 раза чаще, чем в некурящих семьях. «Пассивное курение» повышает вероятность рака легкого почти в такой же мере, как курение трубки или сигар.

Важным фактором, способствующим возникновению рака легкого, является задымленность воздуха крупных городов. Играют роль быстро увеличивающееся количество автотранспорта, дымовые выбросы заводов и фабрик, испарения асфальтовых покрытий улиц. Поскольку в сельской местности атмосфера менее загрязнена, уровень заболеваемости раком легкого среди сельских жителей несколько ниже, чем среди городских.

Имеют значение профессиональные вредности: мышьяк, асбетовая пыль, хром и никель. Лица, длительно работающие с указанными веществами, заболевают раком легкого чаще, чем остальное население.

В возникновении опухоли немалую роль играет состояние бронхов и легких. Предрасполагают к раку легкого хронические воспалительные процессы в бронхах и легочной паренхиме, рубцовые изменения после перенесенного в детстве туберкулеза, очаги пневмоскалероза.

Профилактика. Важнейшей профилактической мерой является борьба с курением. Лицам, не имеющим возможности отказаться от курения, рекомендуется не докуривать сигареты до конца, так как в последней трети скапливается наибольшее количество канцерогенных веществ.

Другим направлением в профилактике рака легкого является снижение концентрации канцерогенных веществ и смол в табачном дыме. Это достигается улучшением технологии изготовления табачных изделий, а также применением специальных фильтров.

Риск рака легкого снижается при курении сигарет с низким содержанием смолистых веществ. Содержание смол в сигаретах, выпускаемых в нашей стране и Болгарии, превышает рекомендуемый ВОЗ допустимый уровень.

Вероятность возникновения опухоли снижается при рациональном питании с регулярным употреблением свежих овощей, содержащих витамин А и его предшественники-каротиноиды. Механизм благоприятного воздействия витамина А окончательно не выяснен. Предполагают, что он способчствует востановлению целости эпителия дыхательных путей. Протекторное действие его проявляется в снижении заболеваемости лиц мало и средне курящих, но не оказывает влияние при интенсивном курении.

1. в развитых странах рак легкого занимает 1-е место по частоте. Заболеваемость им возрастает.
2. у мужчин рак легкого встречается в 7-10 раз чаще, чем у женщин.
3. основными факторами, способствующими возникновению рака легкого, являются курение, техногенное загрязнение атмосферного воздуха и профессиональные вредности.

5. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Методы обследования. В диагностике онкологических заболеваний большое значение имеет анамнез заболевания и жизни. Хорошо собранный анамнез позволяет иногда выявить ранние стадии заболевания, а так же предраковое состояние. Наследственное предрасположение так же имеет значение для диагностики.

Объективное обследование включает осмотр больного, причем особое внимание уделяют лимфатическим узлам. При ощупывании опухоли нужно определить ее границы, подвижность, связь с окружающими органами и тканями, болезненность и консистенцию. Всех женщин ч онкологическими заболеваниями полагается подвергнуть бимануальному гинекологическому обследованию для исключения патологии со стороны женских половых органов и вторичного поражения опухолью органов малого таза. В диагностике злокачественных заболеваний большое значение имеет лабораторное исследование. Скрытая кровь в выделениях (кал, моча, мокрота) является часто симптомом рака.

Рентгенологическое исследование играет большую роль при опухолях многих органов. Производятся рентгеноскопия, рентгенография и томографическое исследование, которое позволяет получить послойное изображение органа.

Значительное место в онкологии занимают методы эндоскопии. В настоящее время широко применяются эзофагогастродускопия, лапароскопия, бронхоскопия, ректоскопия, цистоскопия, кольпоскопия и т.д. При этих методах представляется возможным не только осмотреть опухоль глазом, но и взять мазок, смыв, а также произвести биопсию. Взятый для биопсии материал направляют в лабораторию с запиской, в которой указаны фамилия больного, его инициалы, год число , месяц рождения, номер истории болезни или амбулаторной карты, из какого органа взят кусочек ткани и предполагаемый диагноз. При направлении недопустимо неточное оформление документации, так как это может привести к серьезным ошибкам в лечении больных, ибо результаты гистологического исследования определяют тактику дальнейшего лечения больного.

Широко применяется пункционная биопсия, производимая толстой иглой или троакаром (опухоли мягких тканей, костей). Столбик материала, полученный при этом, подвергается обычному микроскопическому исследованию. Результаты микроскопического исследования определяют обьем хирургического вмешательства. Например, все опухоли молочной железы подвергаются секторальной резке со срочной биопсией. При подтверждении рака производится радикалиная мастэктомия (удаление молочной железы). Цитологическое исследование получило большое применение в диагностике злокачественных новообразований. Производят исследование пунктатов из опухолей, опухолевидных образований, лимфатических узлов, внутренних органов (печень, селезенка, почки и т.д.), а также различных секретов и экскретов. Пункция производится с соблюдением всех правил асептики. Из материала, полученного при пункции, готовится мазок, который высушивают, окрашивают и исследуют под микроскопом.

Производятся также исследования отпечатков с поверхности ран, опухоли, смывов слизистых оболочек, раневых поверхностей.

Различают лучевое, хирургическое и терапевтическое лечение опухолей. В ряде случаев применяется комбинированное лечение (например, операция в сочетании с облучением). Кроме того, в онкологии есть сочетанный метод лечения, при котором применяются разные лечебные средства, принципиально схожие по виду воздействия на опухолевый процесс. И, наконец, существует комплексный метод, когда применяются все три вида лечения.

При лучевом лечении больных (наружное его применение) возникают повреждения кожи. Может наступить покраснение(эритема), которое соответствует ожогу I степени. В случае получения очень большой дозы облучения наступает отслойка наружных слоев кожи и, наконец, омертвение ее, соответствующее ожогу III степени.

При уходе за этими больными весьма важное значение имеет профилактика инфицирования лучевой язвы. В большинстве же случаев появляется умеренный дерматит. Общим для всех местных лучевых реакций является их благоприятный исход. Для ликвидации местных реакций применяются различные мази, эмульсии и кремы, в состав которых входят эмульсия алоэ или тезана, линол, цигерол, гексерол, масло ягод облепихи, витамины А, Е, высококачественные жиры. При реакции слизистой оболочки прямой кишки или влагалища указанные препараты вводят в виде микро клизм и тампонов. Через несколько недель воспаление полностью исчезает, хотя надолго сохраняется пигментация данного участка кожи. Более серьезные лучевые поражения, как индуративный отек, требуют длительного специального лечения.

Больные должны своевременно проводить рентгеноскопию, так как пропуск процедур может отрицательно сказаться на результатах лечения. При проведении глубокой рентгеноскопии особенно тщательно наблюдают за картиной крови и общим состоянием больного. Общая слабость, быстрая утомляемость, тошнота, рвота, головная боль, расстройство функции кишечника, потеря аппетита, повышение температуры тела в отдельных случаях означают начало лучевой болезни.

При распространении ракового процесса по всему организму в виде метастазов, при неоперабельных опухолях, локализующихся в жизненно важных органах, единственно возможным может быть лечение химиопрепаратами и гормонами.

Лучевая терапия, а также химиотерапия могут создать условия для выполнения в дальнейшем и хирургической операции. Так, при раке молочной железы проведение курса лучевой терапии вызывает исчезновение метастазов в подмышечных лимфатических узлах и дает возможность проведения хирургической операции. При тяжелых раковых поражениях пищевода проведение лучевой терапии или химиотерапии способствует восстановлению прохождения пищи по пищеводу. При метастазах в лимфатические узлы средостенения, которые сдавливают легкие и сосуды, проведение курса лучевой терапии уменьшает сдавление сосудов, что снижает отек тканей и улучшает функцию дыхания.

Следует отметить особую склоннось к образованию пролежней у больных со злокачественными заболеваниями.

Среди хирургического вмешательства по поводу опухолей различают радикальные, которые могут быть выполнены при удалимой (операбельной) опухоли и отсутствии отдаленных метастазов, и паллитивные, которые избавляют больного от страданий, причиняемых растущей опухолью, а также частично или полностью восстанавливают функции пораженного органа. Например, при некоторых опухолях желудка, затрудняющих прохождение пищи, наложение обходного соустья между желудком и тонкой кишкой спасает больного от рвоты и голодания.

Метастатический плеврит, который часто возникает при неоперабельных опухолях легких и молочной железы, служит показанием для пункции плевры и откачивания жидкости из плевральной полости для того, чтобы облегчить страдания больного.

Подготовка онкологического больного к паллиативной операции не отличается от подготовки к сложным общехирургическим операциям. Однако больные с опухолями часто бывают истощены, а время на их подготовку и обследование ограничено. Поэтому особое значение для таких больных имеют переливание крови, режим усиленного питания, продолжительный сон.

Больные с рецидивами, метастазами, не подлежащие оперативному и лучевому лечению, получают симптоматическое (лекарственное) лечение, направленное на уменьшение страданий больного и главным образом болей. Лечение в большинстве случаев осуществляется на дому, так как длительность жизни некоторых больных с распространенными формами злокачественных опухолей, не подлежащих радик5альному лечению, достигает иногда от 1 года до 3 лет. Поэтому симптоматическое лечение и организуемый медицинскими работниками уход за такими больными должны быть рассчитаны на более или менее длительный срок и направлены на укрепление общего состояния, борьбу с болями, бессонницей и кровотечениями из распадающейся опухоли при максимальном щажении психики больного и поддержании в нем надежды на выздоровление. Регулярное посещение больного для выполнения назначений (подкожные инъекции, перевязки и др.), проведение контроля за его содержанием и питанием необходимы при осуществлении симптоматического лечения. Широкое распространение получила реабилитация онкологических больных, особенно при болезнях и дефектах опорно-двигательного аппарата.

Сущность медицинской реабилитации заключается в восстановлении утраченных или ослабленных функциональных или психологических способностей больного, в развитии компенсаторных механизмов путем хирургического, медикаментозного и курортного лечения.

Профессиональная реабилитация состоит в обучении лиц, утративших трудоспособность, новым профессиям, доступным им по состоянию здоровья. Под социальной реабилитацией понимается рациональное трудоустройство.

Используемая литература:

1. Справочник домашнего врача /1999 г. / Казьмин В.Д.

2. Онкология /для студ.мед.институтов/ 1992 г. Трапезников Н.Н. Шайн А.А.

3. Онкология 1989 г. С.М. Слинчак А.И. Миляновский И.А. Клименко

4.Справочник мед.сестры по уходу 1999 г. /под редакцией академика РАМН

Н.П.Палеева