


Онкологія: підручник

Про книгу

У підручнику викладено питання організації онкологічної допомоги в Україні, методи обстеження онкологічних хворих і принципи діагностики новоутворень. Описано епідеміологію, етіологію, патогенез, клінічні ознаки онкологічних захворювань, їх діагностику, лікування, особливості спостереження і догляду за пацієнтами, прогноз, диспансерне спостереження, скринінг. Висвітлено можливі ускладнення в онкологічній клініці і методи надання допомоги. Розглянуто симптома-тичне лікування і методи надання допомоги пацієнтам у разі давнених форм раку. Подано матеріал з питань етико-деонтологічної роботи з онкологічними пацієнтами і їхніми рідними. Акцентовано увагу на ролі фельдшера у виявленні онкологічних хворих та профілактиці злоякісних новоутворень.  Для студентів вищих медичних навчальних закладів I—III рівнів акредитації.

**В.В. СЕВІДОВ
Н.М. КАСЕВИЧ**

ОНКОЛОГІЯ

За редакцією
доктора медичних наук,
професора, заслуженого
лікаря України **В.П. БАШТАНА**

*Третє видання,
виправлене*

ЗАТВЕРДЖЕНО
МОЗ України як підручник
для студентів вищих медичних
навчальних закладів I–III рівнів
акредитації

**КИЇВ
ВСВ «МЕДИЦИНА»
2015**

УДК 616-006

ББК 55.6я73

С31

Автори:

В.В. Севідов — лікар вищої категорії, головний лікар Кременчуцького обласного онкологічного диспансеру;

Н.М. Касевич — викладач-методист Кременчуцького медичного коледжу ім. В.І. Литвиненка

Рецензенти:

В.П. Баштан — д-р мед. наук, проф., заслужений лікар України;

К.В. Гайовий — головний лікар Полтавського обласного онкологічного диспансеру, лікар вищої категорії

Севідов В.В.

С31 Онкологія : підручник / В.В. Севідов, Н.М. Касевич ; за ред. проф. В.П. Баштана. — 3-є вид. виправл. — К. : ВСВ “Медицина”, 2015. — 232 с.

ISBN 978-617-505-396-6

У підручнику викладено питання організації онкологічної допомоги в Україні, методи обстеження онкологічних хворих і принципи діагностики новоутворень. Описано епідеміологію, етіологію, патогенез, клінічні ознаки онкологічних захворювань, їх діагностику, лікування, особливості спостереження і догляду за пацієнтами, прогноз, диспансерне спостереження, скринінг. Висвітлено можливі ускладнення в онкологічній клініці і методи надання допомоги. Розглянуто симптоматичне лікування і методи надання допомоги пацієнтам у разі за давних форм раку. Подано матеріал з питань етико-деонтологічної роботи з онкологічними пацієнтами і їхніми рідними. Акцентовано увагу на ролі фельдшера у виявленні онкологічних хворих та профілактиці злоякісних новоутворень.

Для студентів вищих медичних навчальних закладів I—III рівнів акредитації.

УДК 616-006

ББК 55.6я73

Навчальне видання

Севідов Володимир Васильович

Касевич Ніна Микитівна

ОНКОЛОГІЯ

Підписано до друку 16.03.2015 р. Формат 60×90 1/16. Папір офсет.

Гарн. Таймс. Друк офсет. Ум. друк. арк. 14,5.

Зам.

ВСВ “Медицина”

01030, м. Київ, вул. Стрілецька, 28.

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру видавців,

виготівників і розповсюджувачів книжкової продукції

ДК № 3595 від 05.10.2009.

Тел.: (044) 581-15-67, 234-36-63. E-mail: med@society.kiev.ua

ISBN 978-617-505-396-6

© В.В. Севідов, Н.М. Касевич, 2011, 2015

© ВСВ “Медицина”, 2015

Зміст

Передмова	5
Організація онкологічної допомоги в Україні	6
Епідеміологія злоякісних пухлин	7
Методи обстеження онкологічних хворих та принципи діагностики злоякісних новоутворень	9
Рак стравоходу	12
Рак шлунка	18
Рак ободової та прямої кишки (колоректальний рак)	24
Рак печінки	31
Рак підшлункової залози	36
Рак легень	40
Рак грудної залози	46
Злоякісні пухлини шкіри	53
Меланома	57
Передракові захворювання шкіри	64
Передмеланомні зміни шкіри	64
Саркоми м'яких тканин	66
Саркоми кісток	70
Лімфогранульоматоз	73
Рак шийки матки	76
Трофобластичні пухлини матки	84
Пухирний занесок	84
Хоріокарцинома	86
Рак яєчників	89
Рак нирок	94
Рак сечового міхура	97
Рак передміхурової залози	101
Рак яечка	104
Рак щитоподібної залози	108
Пухлини головного та спинного мозку	113
Пухлини головного мозку	113
Пухлини спинного мозку	117
Пухлини щелепно-лицевої ділянки	119
Передракові захворювання ротової порожнини	119
Передракові захворювання червоної облямівки губ	120
Наявність клінічних ознак злоякісних пухлин щелепно-лицевої ділянки	123
Злоякісні пухлини губи	126
Злоякісні пухлини язика та слизової оболонки ротової порожнини	130
Злоякісні пухлини щелеп	134
Злоякісні пухлини верхньої щелепи	134

Злоякісні пухлини нижньої щелепи	139
Злоякісні пухлини слинних залоз	141
Злоякісні пухлини шиї	145
Злоякісні пухлини носової частини глотки	145
Злоякісні пухлини ротової частини глотки	149
Злоякісні пухлини гортанної частини глотки	152
Злоякісні пухлини гортані	153
Особливості харчування онкологічних хворих	158
Можливі ускладнення в онкологічній клініці.	163
Інфекційні ускладнення в онкологічній клініці	163
Взаємозв'язок тромботичних ускладнень і онкологічних захворювань	164
Профілактика й лікування променевиx реакцій і ускладнень.	167
Симптоматичне лікування й паліативна допомога	170
Паліативне лікування онкологічних хворих із метастатичним ураженням кісток.	170
Больовий синдром в онкохворих	173
Корекція шлунково-кишкових ускладнень в онкологічних хворих	177
Профілактика злоякісних онкологічних захворювань	184
Психологічні проблеми при догляді за онкологічними хворими	187
Особливості етико-деонтологічної роботи з онкологічними пацієнтами.	192
Роль фельдшера у ранньому виявленні злоякісних новоутворень	197
Тестовий контроль рівня теоретичних знань	204
Ситуаційні задачі для перевірки кінцевого рівня знань	220
Короткий словник медичних термінів.	229
Список літератури	232

ПЕРЕДМОВА

Захворюваність населення на злоякісні новоутворення невинно зростає в усьому світі, у тому числі і в Україні. У Японії в структурі смертності онкологічні захворювання посідають перше місце, в Україні — друге після захворювань серцево-судинної системи. Зі зростанням захворюваності на злоякісні новоутворення також збільшуються соціально-економічні втрати суспільства, у тому числі у зв'язку з великими затратами на надання медичної допомоги онкологічним хворим. Ефективність лікування хворих зі злоякісними пухлинами в сучасних умовах залежить передусім від їх ранньої та своєчасної діагностики. При ранньому розпізнаванні раку у 75 % випадків вдається забезпечити тривалий і стійкий клінічний ефект лікування, але рівень діагностики злоякісних новоутворень і до сьогодні залишається низьким.

Амбулаторній ланці, у тому числі і фельдшерам, відводиться значна роль у профілактиці і лікуванні раку, чим і зумовлена актуальність створення сучасного підручника з онкології для студентів (спеціальність “Лікувальна справа”) вищих медичних закладів I—III рівнів акредитації.

Основна методична мета підручника — підготувати майбутніх фахівців із питань протиракової освіти, у зв'язку з чим у підручнику викладено:

- організацію онкологічної допомоги в Україні;
- епідеміологію злоякісних пухлин;
- методи обстеження онкологічних хворих та принципи діагностики новоутворень;
- етіологію, патогенез, клінічні ознаки онкологічних захворювань, їх діагностику, лікування, диспансерне спостереження;
- сучасну класифікацію злоякісних пухлин;
- особливості харчування онкологічних хворих;
- можливі ускладнення в онкологічній клініці і надання допомоги;
- симптоматичне лікування і надання паліативної допомоги онкологічним хворим у разі давнених форм раку;
- особливості етико-деонтологічної роботи з онкологічними пацієнтами і їх рідними;
- роль фельдшера у виявленні хворих зі злоякісними новоутвореннями;
- профілактика злоякісних новоутворень.

Для закріплення матеріалу після кожної теми подано контрольні запитання, які допоможуть студентам визначити ступінь засвоєння ними навчального матеріалу.

Наприкінці підручника вміщено тестові завдання та ситуаційні задачі з метою провести остаточний контроль рівня знань студентів.

Сподіваємось, що цей підручник сприятиме покращанню якості навчання студентів і проведенню ефективнішої протиракової боротьби в Україні.

Автори висловлюють щирю подяку колегам за допомогу у створенні підручника — за дозвіл використовувати матеріали їхніх підручників, монографій, посібників.

Організація онкологічної допомоги в Україні

В Україні створено єдину систему організації онкологічної служби, яка має державну, обласні та периферійні ланки. У Міністерстві охорони здоров'я України передбачено посаду головного онколога, який очолює організаційні та методичні заходи, яких уживають у межах країни. Методичне керівництво онкологічною службою України здійснює Інститут раку Академії медичних наук України.

В обласних центрах функціонують онкологічні центри та обласні онкологічні диспансери — спеціалізовані лікувально-профілактичні заклади для надання онкологічної допомоги населенню. Основні завдання обласних онкологічних диспансерів:

- ❑ надання спеціалізованої кваліфікованої поліклінічної, стаціонарної консультативної і лікувальної допомоги населенню;
- ❑ організаційно-методичне керівництво онкологічними та лікувально-профілактичними закладами загальної мережі у своїх регіонах;
- ❑ систематичний аналіз захворюваності та смертності в регіоні, з'ясування причин пізньої діагностики й розроблення заходів щодо їх усунення;
- ❑ диспансеризація груп ризику;
- ❑ спеціалізація та підвищення кваліфікації медичних працівників онкологічної служби;
- ❑ санітарно-освітня робота.

Як правило, обласні онкологічні диспансери мають організаційно-методичне відділення, поліклінічно-диспансерне відділення, профільні клінічні відділення — хірургічне, радіологічне, гінекологічне, відділення пухлин голови та шиї, хіміотерапевтичне та ін. Крім того, в диспансерах передбачено відділення рентгено- та радіонуклідної діагностики, ендоскопічної, ультразвукової діагностики, клінічні й цитологічні лабораторії та ін. На базі багатьох базових онкологічних диспансерів працюють кафедри онкології. Кафедри разом із базовими онкологічними диспансерами реалізують широкомасштабні плани розвитку онкологічної науки і практики, здійснюють підготовку студентів, удосконалюють знання лікарів із питань онкології, забезпечують належний професійний рівень базової установи, упроваджують у практику досягнення онкологічної науки і проводять наукові дослідження.

В Україні функціонують два науково-дослідних інститути онкологічного та радіологічного профілю, 45 онкологічних диспансерів (у тому числі 21 обласний і один загальнодержавний), онкологічний центр у Києві, 700 онкологічних кабінетів.

У МОЗ України вважають, що лікування онкологічних хворих (за невеликим винятком) має здійснюватись лише в онкологічних закладах у зв'язку зі складністю лікування та необхідністю застосовувати комплексні методи лікування (хірургічний, променевий, хіміотерапевтичний). Встановлено, що тривалість життя хворих, які лікувались в онкодиспансерах, у 2—2,5 разу більша, ніж тих, які лікувались в загальній лікарняній мережі.

Злоякісні новоутворення — одна з найважливіших медико-біологічних та соціально-економічних проблем не лише в Україні, а й в усьому світі. Захворюваність і смертність від злоякісних новоутворень постійно зростають у зв'язку з нестабільним економічним станом, несприятливою екологічною ситуацією і значним старінням населення.

Епідеміологія злоякісних пухлин

Онкоепідеміологічна ситуація в Україні та окремих її регіонах на ґрунті даних довгострокового моніторингу характеризується безперервним зростанням онкологічної захворюваності населення. На сьогодні ризик захворюваності на рак становить для чоловіків понад 26 %, для жінок — 17 %, тобто протягом життя у кожного четвертого чоловіка і кожної шостої жінки відзначається імовірність захворіти на рак.

Слід зауважити, що:

- рак є причиною більше ніж 15 % усіх смертей в Україні, поступається лише смертності від серцево-судинних захворювань;
- 35 % серед померлих від злоякісних пухлин — особи працездатного віку;
- злоякісні новоутворення є причиною більше ніж 25 % усіх випадків інвалідизації населення.

Аналіз динаміки захворюваності на окремі нозологічні форми свідчить про стале поширення захворювання на рак щитоподібної залози, передміхурової залози, шкіри.

Досить швидкими темпами зростає захворюваність на злоякісні новоутворення ротової порожнини та глотки у чоловіків.

Ефективність лікування хворих зі злоякісними пухлинами в сучасних умовах залежить передусім від їх ранньої та своєчасної діагностики. Фатальність онкологічного захворювання найбільшою мірою зумовлена пізнім його виявленням. Проте якість діагностики злоякісних новоутворень залишається низькою і на сьогодні.

Останніми роками було впроваджено автоматизовану систему оброблення інформації про онкологічних хворих, яка дає змогу своєчасно і пов-

ніше використовувати на базі комп'ютерів дані онкологічної статистики як у галузі управління медичною службою, так і в плані наукової роботи.

Таким чином, онкологічна служба побудована за диспансерним принципом, суворо окреслено її функції та завдання, які спрямовані на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію онкологічних хворих, а також на диспансерне спостереження за ними після проведеного лікування.

Слід підкреслити, що, враховуючи напружену онкологічну ситуацію в Україні, до системи протиракової боротьби мають бути залучені не тільки онкологічні, а й усі лікувально-профілактичні заклади.

Протиракову боротьбу в Україні регламентують основні директивні документи з онкології:

- Наказ МОЗ України “Про заходи подальшого покращення й розвитку онкологічної допомоги населенню” від 30.12.92 р. № 208;
- Наказ МОЗ України “Про створення національного канцер-реєстру України” від 22.06.96 р. № 10;
- Відомча інструкція “Рекомендації з обсягу необхідних діагностичних досліджень при основних формах злоякісних новоутворень”, затверджена наказом МОЗ України від 1992 р.;
- Відомча інструкція “Інструкція з питань формування і диспансерного спостереження груп підвищеного ризику захворювань злоякісними новоутвореннями і хворих попередніми (передпухлинними) захворюваннями”, затверджена наказом МОЗ України від 07.04.86 р. № 192.

Методи обстеження онкологічних хворих і принципи діагностики злоякісних новоутворень

Під час проведення профілактичних оглядів із метою виявити передпухлинні захворювання і ранні форми злоякісних пухлин потрібно насамперед дослідити органи, які найчастіше уражуються злоякісними пухлинами.

Фізикальне обстеження. Починаючи огляд шкіри, звертають увагу на наявність тріщин, які тривалий час не гояться, виразок, пігментних плям, на довгочасно існуючі екзематозні висипання, бородавки, що активно ростуть, вузлики, ущільнення шкіри, особливо професійні кератози. Таких хворих слід обстежити в дерматологічних лікувальних закладах, за потреби — із проведенням морфологічної верифікації.

Під час огляду порожнини рота слід звертати увагу на виразки слизової оболонки, що довго не гояться, тріщини червоної облямівки губ, білі цупкі шорсткі плями слизової оболонки рота або губ. У разі безуспішного лікування цих елементів ушкодження впродовж 7—10 днів хворого направляють на консультацію до онколога.

Асиметрія обличчя, деформація альвеолярного (коміркового) відростка і твердого піднебіння, нижнього краю очної ямки, зміна розмірів і форми повікової щілини, екзофтальм дають підставу запідозрити новоутворення верхньої щелепи.

Обов'язковим є визначення стану регіонарних лімфатичних вузлів.

Рентгенологічні методи дослідження. Рентгенодіагностика посідає одне із чільних місць у виявленні пухлин і базується на симптомах, що визначають точну локалізацію, форму, розміри окремих органів та патологічного вогнища. Крім традиційних методів дослідження — рентгеноскопії та рентгенографії — нині застосовують томографію, зокрема комп'ютерну, а також рентгенологічні методи із застосуванням штучного контрастування: ангіографію, пневмографію, лімфографію, сіалографію, гайморографію.

Рентгенологічне дослідження, проведене в динаміці спостереження після лікування, дає змогу оцінити його ефективність, своєчасно виявити рецидив і вирішити питання про подальшу лікувальну тактику.

Ендоскопічні дослідження. Фібробронхоскопія, фіброгастродуоденоскопія, фіброколоноскопія, цитоскопія, гістероскопія (ендометричне дослідження порожнини матки) — найдостовірніші інструментальні методи дослідження, які дозволяють виявити пухлини бронхів, стравоходу, шлунка, дванадцятипалої кишки, сечового міхура, ендометрію матки та підтвердити діагноз морфологічно.

Комп'ютерна томографія (КТ) належить до найсучасніших методів променевої діагностики і має значні переваги над звичайним рентгенологічним дослідженням:

- такий метод на порядок чутливіший, ніж звичайна рентгенографія;
- за допомогою КТ отримують чітке зображення органів і пухлини виключно в тій площині, в якій проводять дослідження, без накладання прилеглих структур;
- КТ дає змогу робити точні виміри досліджуваних об'єктів;
- КТ дає можливість не тільки вивчати стан певного органа, а й визначати його взаємовідношення з прилеглими тканинами й органами.

Діагностично-інформативну цінність КТ можна підвищити методом контрастування відповідних органів, систем чи тканин.

Магнітно-резонансна (ядерна) томографія (МРТ). Принцип отримання МР-томограм базується на можливості зміни реакції ядер водню (яких дуже багато в організмі людини) у відповідь на застосування радіочастотних імпульсів у стабільному магнітному полі. Це дає змогу отримати відповідний сигнал і використати його для побудови томографічного зображення. Метод вважається нешкідливим для організму людини. Пухлини голови та шийі, навіть діаметром до 1 см, збільшені лімфатичні вузли диференціюють краще, ніж на комп'ютерній томограмі. Проте тканинні харак-

теристики МР-томограм не дають змоги впевнено диференціювати злоякісні новоутворення від доброякісних.

Позитронно-емісійна томографія (ПЕТ) — новітній унікальний метод радіоізотопної діагностики. Принцип роботи ПЕТ заснований на використанні радіоактивних ізотопів у мінімальних, нешкідливих для організму дозах. В організм людини вводять невелику кількість радіоактивного препарату. Він засвоюється тканинами і випромінює специфічні промені, які сканер передає через спеціальні датчики в комп'ютер. Після детального аналізу комп'ютер будує зображення.

Головна перевага ПЕТ — можливість отримувати не тільки зображення внутрішніх органів, а й оцінювати їх функцію і метаболізм. Таким чином, за допомогою позитронної томографії вдається виявити хворобу на ранньому етапі, ще до прояву клінічних симптомів.

Особливу роль ПЕТ відіграє в онкології, кардіології і неврології, де рання діагностика захворювань є особливо важливою.

ПЕТ — одна з найдоцільніших методик для виявлення пухлинного ураження деяких локалізацій, а також віддалених метастазів.

Унікальною особливістю ПЕТ є здатність виявити пухлинний процес в організмі задовго до того, як він може бути виявлений за допомогою КТ, МРТ, УЗД. У разі низки локалізацій пухлинного процесу (шкіра, лімфатична система, легені, підшлункова залоза) точність діагностики наближається до 100 %.

Впровадження надшвидких кристалів із високою роздільною здатністю дало змогу отримати на ПЕТ-сканерах тривимірні зображення всього тіла, що сприяє точнішій діагностиці пухлин, оптимальному плануванню променевої терапії за рахунок зниження розсіяної дози і максимальному збереженню здорових тканин навколо пухлини.

Метод не набув поки що великого поширення через високу вартість і певні технічні вимоги, які зумовлені використанням для сканування радіофармпрепаратів короткої дії.

Ультразвукове дослідження (УЗД). Принцип дії УЗ-апаратів базується на реєстрації та аналізі ультразвукових променів, що відбилися від межі двох середовищ із різною акустичною щільністю. Метод дає змогу реєструвати ехосигнали на межі тканин, які мало відрізняються за акустичною щільністю, тому він інформативніший при дослідженні м'яких тканин та паренхіматозних органів, ніж традиційне рентгенологічне дослідження. Особливо широко метод застосовують для діагностики пухлин щитоподібної залози, грудних залоз, лімфовузлів, слинних залоз, печінки, нирок, матки та яєчників, передміхурової залози. Метод дешевий, практично не шкідливий для здоров'я. УЗ-апаратура дуже поширена в лікувальних закладах.

Радіонуклідні дослідження. В основі цих методів лежить принцип нерівномірного розподілу введених із діагностичною метою радіонуклідів як у самій пухлині, так і в прилеглих тканинах. Наприклад, сполуки фосфору активно включаються в ракову клітину у зв'язку з підвищеною активністю обмінних процесів у тканинах із високою мітотичною активністю. Згадана активність є основою діагностики злоякісних процесів шкіри (^{32}P), кісток, слинних залоз (^{99}Tc), щитоподібної залози (^{131}I).

Залежно від характеру отриманої інформації, що зумовлено як локалізацією досліджуваного органа, так і видом випромінювання, усі методи радіонуклідної діагностики можна поділити на дві основні групи:

- *радіографія (сканування)* дає інформацію про топографічні особливості досліджуваного об'єкта, його форму, розміри, функціональні особливості;
- *радіометрія* дає можливість проводити вимірювання рівня накопичення радіофармпрепарату в самій пухлині і для порівняння — у здорових тканинах або в симетричних інтактних тканинних ділянках тіла людини.

Термографія — перспективний, економний і нешкідливий метод дослідження. Застосування методу ґрунтується на виявленні термоасиметрії (гіпер- або гіпотермічних ділянок). Метод дає змогу проводити топічну діагностику патологічних процесів, оцінювати ефективність здійсненого консервативного лікування. За різницею температур можна розрізнити запальні вогнища, доброякісні та злоякісні процеси.

Цитологічне дослідження. Для цитологічного дослідження пунктів матеріал беруть за допомогою стерильного сухого шприца з голкою. Після уколу голки в патологічне вогнище виконують декілька всмоктувальних рухів, потім вміст виштовхують поршнем на 2—3 сухих предметних скельця. Іншим предметним скельцем цей вміст перетворюють на тонкий мазок. Якщо матеріал отримано у вигляді рідини (серозної, геморагічної та ін.), то негайно в рідину додають розчин натрію цитрату з розрахунку 1 мл на 10 мл рідини. Промивні води, трансудати, ексудати необхідно відправляти на дослідження в повному об'ємі.

З ерозивних або виразкових поверхонь шкіри, слизової оболонки матеріал отримують за допомогою мазка, мазка-відбитка, зіскрібка.

Правильно взятий матеріал і виконане цитологічне дослідження забезпечують достовірність діагнозу на 78—90 %.

Біопсія — прижиттєве видалення шматочка тканини для діагностичного патогістологічного дослідження. Це найточніший метод діагностики пухлин, зокрема їхніх ранніх стадій. Біопсія дає змогу діагностувати й інші процеси — доброякісні пухлини, запальні процеси, гіперпластичні утворення. Біопсія необхідна для уточнення вже встановленого клінічного діагнозу та проведення диференціальної діагностики. Повторна біопсія

дає можливість відстежити морфологічну динаміку патологічного процесу під впливом на нього лікувальних засобів, оцінити ефективність лікування.

Будучи одним із найточніших методів діагностики пухлин, біопсія все ж іноді дає неправильні результати (унаслідок недотримання правил узяття матеріалу або неточної інтерпретації морфологічного препарату). У таких випадках біопсію слід повторити.

РАК СТРАВОХОДУ

Епідеміологія. Рак стравоходу становить 2—3 % від усіх злоякісних новоутворень різних органів, а серед захворювань стравоходу сягає 90 %. У розрахунку на 100 тис. населення захворюваність на рак стравоходу в Україні становить 4,3—4,5 випадку. Частіше хворіють чоловіки (78 %). Найвища захворюваність відмічається у віковій групі 60—79 років. Щороку діагностують понад 2 тис. нових випадків раку стравоходу.

У деяких регіонах світу (Китай, країни Центральної Азії, Туреччина, Іран, північ Франції та Росії, Фінляндія) захворюваність на рак стравоходу і смертність надзвичайно високі. Якщо в Україні захворюваність становить 4,3 випадку на 100 тис. населення, то у Північному Ірані — 184 випадки на 100 тис. населення.

Відповідно до стадії захворювання визначають і прогноз лікування. Найсприятливіший прогноз при 0 і I стадії, коли стійкого виліковування можна досягти приблизно у 90 % хворих. При II і III стадії прогноз уже гірший, але шанси на позитивні результати лікування є. При IV стадії вилікувати рак стравоходу і навіть досягти тривалої ремісії (зупинити розвиток хвороби) практично неможливо.

Етіологія і чинники ризику. Причини виникнення раку стравоходу до цього часу недостатньо вивчено, але уже відомі деякі чинники, які, без сумніву, відіграють суттєву роль у розвитку цієї хвороби:

- хронічна дія на слизову оболонку стравоходу різних подразнювальних речовин: постійне споживання гострої, гарячої їжі; зловживання міцними спиртними напоями; довготривале куріння, при якому проковтується слина, що містить продукти згорання тютюну; вплив харчових канцерогенів (нітрати, нітрити);
- генетичні чинники: сімейний онкологічний анамнез; вроджений короткий стравохід, особливо в поєднанні з гіперкератозними нащаруваннями на долонях, підошових поверхнях стоп і папіло-

матозом стравоходу, який у 40—70 % випадків може перероджуватися в рак;

- анатомічні відхилення: грижі стравохідного отвору діафрагми, короткий стравохід;
- хронічні запальні процеси: каустичний езофагіт (хронічні опіки слизової оболонки, утворення стриктур); стравохід Берретта — синдром, що виникає внаслідок розростання в нижній третині стравоходу шлункового епітелію і проявляється хронічним запаленням;
- синдром Пламмера — Вінсона: дисфагія, залізодефіцитна анемія, атрофічний глосит і езофагіт, спленомегалія;
- термічні опіки слизової оболонки стравоходу.

Патологічна анатомія. У клінічній практиці найпоширенішими є:

- *екзофітний, або вузловий, рак*, — 60 % усіх випадків. У початковій стадії поверхня пухлини зерниста, іноді з точковими крововиливами. Більші вузли нагадують цвітну капусту, поверхня яких іноді вкривається виразками і кровоточить. У за давнених випадках вузол набуває форми блюдця з розпадом і виразкою в центрі та валоподібним підвищенням з боків;
- *ендофітний, або виразковий, рак* — 30 % усіх випадків раку стравоходу. У ранній стадії має вигляд плоского вузла білуватого кольору, розташованого у товщі слизової оболонки і підслизового прошарку. Вузол швидко звирає, виразка легко кровоточить. При цій формі рано настає дисфагія, оскільки пухлина швидко поширюється циркулярно і розвивається спазм стравоходу;
- *склерозивна (циркулярна) форма* спостерігається у 10 % випадків. Пухлина розвивається на слизовій оболонці і повільно росте в циркулярному напрямку. Визначається інфільтрація слизової і м'язової оболонок стравоходу клітинами пухлини. Виразка утворюється пізно внаслідок вторинного езофагіту.

Метастазування відбувається в основному лімфогенним шляхом у регіонарні лімфатичні вузли.

Рак шийної частини рано метастазує в клітковинні простори шиї та надключичних ділянок.

Рак грудної частини метастазує в лімфовузли середостіння і навколостравохідну клітковину.

Для раку середнього і нижнього сегментів грудної частини типовими є метастази в лімфовузли малого чепця (сальника). Печінка уражується метастазами приблизно у 20 % випадків, легені — у 10 %, інші органи черевної порожнини і кістки уражуються рідше.

Клінічна класифікація раку стравоходу за системою TNM**T — первинна пухлина**

Tx — недостатньо даних для оцінки первинної пухлини

T0 — первинна пухлина не визначається

Tis — преінвазивна карцинома

T1 — пухлина інфільтрує базальну мембрану (основну перетинку) або підслизовий прошарок

T2 — пухлина інфільтрує м'язову оболонку

T3 — пухлина інфільтрує адвентицію

T4 — пухлина поширюється на прилеглі структури

N — регіонарні лімфатичні вузли

Nx — не досить даних для оцінки регіонарних лімфатичних вузлів

N0 — немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів

N1 — наявні метастази регіонарних лімфатичних вузлів

M — віддалені метастази

Mx — недостатньо даних для визначення віддалених метастазів

M0 — віддалені метастази не визначаються

M1 — наявні віддалені метастази

Групування за стадіями

Стадія 0 Tis N0 M0

Стадія I T1 N0 M0

Стадія IIa T2, T3 N0 M0

Стадія IIb T1, T2 N1 M0

Стадія III T3 N1 M0 T4 будь-яке N M0

Стадія IV будь-яке T будь-яке N M1

Стадія IVa будь-яке T будь-яке N M1a

Стадія IVb будь-яке T будь-яке N M1b

Клінічна картина. Початкові симптоми захворювання — дискомфорт під час і після їди, втрату апетиту, нездужання, незначну втрату маси тіла тощо — як правило, не пов'язують з онкологічним анамнезом. У 90 % пацієнтів дисфагія (утруднене просування їжі по стравоходу) є тією першою скаргою, з якою вони звертаються до медичного персоналу. Однак цей симптом свідчить про значне локальне поширення процесу. Дисфагія швидко прогресує і вже через декілька тижнів хворий ковтає лише невелику кількість рідини, тверда і густа їжа не проходить зовсім. У 50 % пацієнтів дисфагію супроводжує одиофагія (болісне ковтання). Ознаками раку стравоходу є також підвищена саливація, відчуття дертя за грудниною, нудота, зригування, неприємний запах із рота, неприємний присмак.

За вираженістю виділяють дисфагію чотирьох ступенів.

1. *Початковий ступінь* — порушення акту ковтання при проходженні твердої їжі.

2. *Компенсований ступінь* — труднощі при проходженні напіврідкої їжі.

3. *Субкомпенсований ступінь* — труднощі при проходженні рідини.

4. *Некомпенсований ступінь* — не проходить навіть рідка їжа.

При дисфагії загальний стан хворого прогресивно погіршується, нарастають виснаження, зневоднювання, виникають ускладнення (кровотечі, стравохідно-трахейні і стравохідно-бронхові нориці, прорив пухлини, що розпадається, у середостіння, плевру, перикард, легені), що призводять до розвитку недокрів'я, абсцесу легень, медіастиніту, гнійного перикардиту, емпієми плеври.

Діагностика. Ендоскопічне дослідження включає езофагоскопію з біопсією або взяттям пунктату, мазків-зіскрібків із поверхні пухлини для гістологічного та цитологічного дослідження.

Рентгенологічне дослідження проводять для уточнення ступеня поширення раку стравоходу. Поєднання ендоскопічного і рентгенологічного методів дослідження дає змогу встановити локалізацію пухлини і протяжність ураження стінки стравоходу, що важливо при плануванні оперативного втручання.

Також використовують УЗД органів черевної порожнини, КТ органів грудної клітки, лапароскопію, діагностичну лапаротомію.

Диференціальну діагностику проводять із такими хворобами стравоходу, як кардіоспазм, доброякісні пухлини, виразки, туберкульоз, сифіліс, актиномікоз; звуження стравоходу при рефлюкс-езофагіті або при грижах стравохідного отвору діафрагми, рубцевій стриктурі після термічних або хімічних опіків; дивертикули стравоходу.

Лікування раку стравоходу може бути хірургічним, променевим або комбінованим.

Радикальному хірургічному лікуванню підлягають пацієнти із I—II стадіями захворювання. П'ятирічна виживаність у них після резекції стравоходу становить 20—25 %.

У разі локалізації пухлини в черевній і грудній частині стравоходу здійснюють одномоментну резекцію стравоходу і кардії з накладанням внутрішньогрудного анастомозу між стравоходом і шлунком.

При раку шийної частини стравоходу перевагу віддають променевій терапії. З метою поліпшити віддалені методи лікування застосовують комбінований метод, який включає передопераційну променеву терапію і радикальну операцію.

ridmi
ТВІЙ УЛЮБЛЕНИЙ КНИЖКОВИЙ

КУПИТИ