

ЛЕКЦІЯ 4

ТЕМА: ОНКОПАТОЛОГІЇ ТА ЇХ КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ

Зміст

1. Рак шлунка, особливості клінічного перебігу.
2. Рак легенів, особливості клінічного перебігу.
3. Рак молочної залози, особливості клінічного перебігу.

Рак шлунка. В етіології раку шлунка має значення вплив факторів зовнішнього середовища. Рівень захворюваності має зворотну залежність від деяких гідрохімічних умов: нестача кобальту, магнію, нікелю, ванадію, надлишок кальцію, міді, цинку, хрому в ґрунті.

Клінічна симптоматика

I. Рак шлунка з проявом загальних розладів, перш за все з симптомами "синдрому малих ознак" О.І.Савицького:

1. Немотивована загальна слабкість, підвищена втомлюваність, зниження працездатності.
2. Зниження апетиту, відраза до улюбленої їжі, особливо м'ясної - відносно пізній симптом.
3. Явище шлункового дискомфорту - втрата фізіологічного задоволення від їжі, швидке насичення нею.
4. Втрата ваги.
5. Психічна і фізична депресія, апатія.

II. Рак шлунка із перевагою місцевих проявів на фоні маловиражених загальних симптомів (50-90% всіх випадків). Спостерігають декілька форм:

а) гастралгічна форма найбільш властива для виразково-інфільтративних пухлин. Домінуючим симптомом є біль різкого характеру (постійний чи пов'язаний з прийняттям їжі);

б) диспептична форма. Для неї характерне порушення апетиту та функціональні шлункові розлади;

в) стенотична форма характерна для ураження пілоричного або кардіального відділів шлунка. На перший план виступають симптоми порушення проходження їжі: дисфагія, відрижка, блювота. В зв'язку з цими явищами виникає швидка втрата ваги, зниження загального м'язевого тону, тургору шкіри.

III. Рак шлунка з клінічним перебігом під маскою інших захворювань (атипові форми):

1. Анемічна форма. Характеризується гіпохромною анемією, спостерігається при екзофітних пухлинах.
2. Фебрильна форма характеризується немотивованою постійною гарячкою.
3. Ентероколітична форма супроводжується проносом.
4. Рак кардіального відділу шлунка з перебігом під маскою ішемічної хвороби серця.

IV. Метастатична форма раку шлунка проявляється віддаленими метастазами раніше ніж основною пухлиною;

1. Асцитична форма.
2. Печінкова форма (збільшення печінки, жовтяниця).
3. Інші форми раку шлунка.

V. Безсимптомний рак шлунка зустрічається рідко (1-2%). Тільки детальне дослідження хворого може виявити ознаки раку.

Слід наголосити, що клінічні прояви РШ не є патогномонічними, і співпадають з клінікою непухлинної патології, специфічні прояви виникають у випадках прогресуючої злоякісної пухлини. Будь-який пацієнт віком більше 40 років із скаргами на диспепсію повинен бути обстежений ендоскопічне, позаяк шанс захворіти на РШ розцінюється, як 1:50.

Рак легенів. На сьогодні метаплазію епітелію слизової бронхів розглядають як патогенетичний фон виникнення раку. Подібні зміни слизової оболонки бронхів спостерігаються при хронічних запальних захворюваннях легенів. Це дозволило віднести до передракових станів легенів хронічний бронхіт, хронічну пневмонію, пневмосклероз, бронхоектатичну хворобу та деякі форми хронічного туберкульозу. Але в той же час хронічні бронхіти та хронічна пневмонія розглядаються не тільки як передрак, але і як захворювання, що існують паралельно з пухлинним процесом, маскують, приховують його початкові прояви. Помічено збільшення випадків виявлення раку легенів після епідемій грипу. Проте немає достатніх підстав ставитись до грипу, як передраку. Імовірніше, що приховані безсимптомні форми раку легенів у окремих хворих виявляють більш чітко після перенесення грипу.

Рак легенів належить до найбільш розповсюджених форм злоякісних пухлин людей у розвинутих країнах. Серед чоловіків РЛ займає перше місце в структурі онкозахворюваності, у жінок 8. При розгляді причин смертності від злоякісних новоутворень рак легенів посідає 1 місце.

Рак легенів зустрічається переважно в віці понад 50 років. Частіше хворіють чоловіки. До етіологічних факторів у 80% відносять зовнішні фактори: забруднення атмосферного повітря промисловими викидами та відпрацьованими газами двигунів внутрішнього згорання в поєднанні з палінням тютюну.

Патоморфологія. Метастазування раку легенів відбувається в основному лімфогенним та гематогенним шляхом або змішаним.

Першим етапом лімфогенного метастазування раку легенів, є легеневі та бронхолегеневі лімфатичні вузли, розташовані по ходу сегментарних та часткових бронхів та судин до воріт легенів, а також під плеврою між долями. Другим етапом є лімфатичні залози, розташовані у воротах легені. Межа між цими двома групами лімфатичних залоз умовна. Третім етапом лімфогенного метастазування є лімфатичні залози середостіння, серед яких виділяють групу біфуркаційних, нижніх трахеобронхіальних та паратрахеальних залоз. Подальший лімфогенний шлях метастазування раку легенів іде в ділянку надключичних, шийних, рідше аксиллярних лімфатичних вузлів.

Гематогенно рак легенів може метастазувати в печінку, кістки (довгі трубчаті та плоскі), плевру з появою ексудату, або без, головний мозок, рідше - в наднирки, шкіру, перикард, протилежну легеню.

Клінічна картина раку легенів надзвичайно різноманітна, тому виділити якісь симптоми, специфічні виключно для даного захворювання важко. Тільки на основі сукупності ряду ознак можливо запідозрити рак легенів в кожному конкретному випадку та провести необхідне обстеження хворого.

Кашель спостерігається у 70-90% хворих - найбільш частий і ведучий симптом раннього раку легенів. Виділення крові при цьому, звичайно, є незначним і легенева кровотеча спостерігається рідко.

Біль - в грудях займає серед симптомів раку легенів друге місце і відмічається у 60-70% хворих. Для ранніх стадій розвитку захворювання більш характерні є постійні, але слабо інтенсивні болі. Біль - тупий, ниючий, не чітко локалізований.

Нерідко в цих випадках хворі пов'язують його з захворюванням печінки (при локалізації процесу в правій легені), або серця (при лівосторонньому процесі). В зв'язку з тим, що інтенсивність болю не велика хворі можуть навіть не звертати на нього уваги в період бадьорості. Лише по мірі розвитку захворювання і при проростанні пухлини в міжребер'я або середостіння біль набуває великої інтенсивності і стає нестерпним.

Лихоманка - також спостерігається у багатьох хворих (60-70%) і нерідко буває єдиним проявом захворювання. Клінічно все проявляється ознаками бронхіту і пневмонії, що може носити гострий, підгострий або рецидивуючий характер. В зв'язку з цим лихоманка може носити різноманітний характер - частіше субфебрильний, але спостерігаються високі підйоми температури ремітуючого або постійного характеру.

Задишка при фізичному навантаженні, як ранній симптом раку легенів, спостерігається приблизно у 40% випадків.

Слабкість, підвищена втома спостерігається в більш ніж половині випадків хворих на рак легенів і є наслідком токсичного впливу пухлини на організм хворого.

Рак молочної залози. відноситься до найбільш розповсюджених форм злоякісних пухлин. У жінок він займає друге місце після раку матки і третє місце у структурі загальної ракової захворюваності. В США рак молочної залози посідає перше місце серед ракових захворювань і складає 21,8 %. В Японії захворюваність на рак молочної залози в 10 раз менша.

Найчастіше хвороба уражає жінок віком від 40 до 50 років. Відмічено, що у жінок, у яких був короткий лактаційний період, або які зовсім не годували дітей грудьми рак молочної залози виявляється у 75 %. У молодих жінок він характеризується більш високим потенціалом метастазування і злоякісним перебігом. Часто відмічається спадкова схильність до захворювання (у мами та доньки). Права і ліва молочні залози уражаються однаково часто.

За клінічними перебігом розрізняють наступні форми: вузлова, дифузна, маститоподібна, бешихоподібна, внутрішньопроотоковий рак, панцирний рак, рак Педжета, рак додаткової молочної залози.

Основними клінічними проявами раннього РМЗ слід вважати наявність пальпованого ущільнення в тканині молочної залози, виділення з соска, появу болісності в одній із залоз під час менструації та дискомфорт при фізичних вправах. За даними Американської асоціації мамологів, у 96% випадків також відзначаються порушення менструального циклу. На ранніх стадіях грамотно проведене клінічне обстеження: облік анамнестичних даних, огляд молочних залоз, ретельно і правильно проведена пальпація – в ряді випадків перевищують інші, високої вартості методи дослідження. На підставі клініки захворювання вдається поставити правильний діагноз у 83,6% хворих. Той факт, що багато жінок не маючи відношення до медицини, самі виявляють у себе невеликі пухлини, вказує на те, що це ще більш доступно для лікаря, який володіє методикою пальпації молочної залози. Таким чином, клінічна діагностика РМЗ досить ефективна. Слід лише вміло використовувати її як найбільш економічний, масовий і легкого виконання метод виявлення цього тяжкого захворювання. Клінічна діагностика РМЗ базується на оцінці скарг та анамнестичних відомостей, даних огляду і пальпації молочної залози та регіонарних лімфатичних вузлів. При вивченні анамнезу необхідно з'ясувати строки появи перших ознак захворювання і темп їх розвитку, чи були операції на молочній залозі, сімейне положення, сексуальну функцію, вік при першій вагітності

та перших пологах, вік появи менструальної функції, строки її закінчення, вік при останній вагітності, число вагітностей та абортів, наявність гінекологічних захворювань, указання на травми молочної залози в анамнезі, перенесені післяпологові мастити.

Метастазування проходить лімфогенним або гематогенним шляхом. Метастази можуть виникати в будь-якому органі, однак особливо часто спостерігаються в печінці (60,7 %), легенях (51,9 %), віддалених лімфовузлах (41 %), кістковій системі (37,9 %), в головному мозку(13,3 %).

Рекомендована література

Базова

1. Білинський Б. Т. Онкологія : [підручник] / Б. Т. Білинський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак. – К. : Здоров'я, 2004. – 528 с.
2. Энциклопедия клинической онкологии. Руководство для практикующих врачей / Давыдов М.И., Вышковский Г.Л и др. / Под общ. редакцией М.И.Давыдова., Г.Л.Вышковского. - М.: РЛС – 2005, 2004. – 1536с.
3. Вибрані лекції з клінічної онкології: навч. посібник / за ред. акад. АМН України проф. Г.В. Бондаря і проф. С.В. Антіпової. – Луганськ: ВАТ «Луганська обласна друкарня», 2009. – 560 с.
4. Ганцев Ш.Х. Онкология: учебник / Ш.Х. Ганцев. – М.: ООО «Медицинское информа- ционное агентство», 2004. – 516 с.

Допоміжна

1. Практическая онкология: избранные лекции / Под ред. С.А. Тюляндина, В.И. Моисеенко. – С.-П., 2004. – 785 с.
2. Онкологія / За ред. В.П.Баштана, А.Л.Одабаш'яна, П.В.Шелешка. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 316 с.
3. Справочник по онкологии / Под ред. С.А.Шалимова, Ю.А.Гриневича, Д.В.Мясоева. - Киев, Здоров'я. - 2000. – 559 с.

Контрольні питання.

- Назвати симптоми пухлин легень
- Охарактеризувати клінічну симптоматику при пухлинах у шлунку
- Яким чином відбувається метастазування при пухлинах молочної залози
- Описати основні клінічні прояви раннього РМЗ
- Описати характер болю, як клінічного симптому при пухлинах легень