


Лекция № 21 – 22

Частная онкология



 Кафедра внутренних болезней
Дисциплина пропедевтика клинических
дисциплин

Цель и задачи дисциплины

Цель изучения дисциплины «Пропедевтика клинических дисциплин» - формирование важных профессиональных навыков обследования больного с применением клинических и наиболее распространенных инструментально-лабораторных методов исследования; выявление симптомов и синдромов как основ клинического мышления, характеризующих морфологические изменения органов и функциональные нарушения отдельных систем в целом.

Задачи дисциплины:

- приобретение студентами знаний основных клинических симптомов и синдромов заболеваний внутренних органов и механизмов их возникновения;

обучение студентов методам непосредственного исследования больного (расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации), обеспечивающими формирование профессиональных навыков обследования больного;

- обучение студентов важнейшим методам лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний внутренних органов;

- формирование представлений об основных принципах диагностического процесса

- обучение студентов оформлению медицинской документации (истории болезни)



Наиболее распространённые онкологические заболевания

Наиболее распространённые типы онкологических заболеваний у мужчин и женщин*

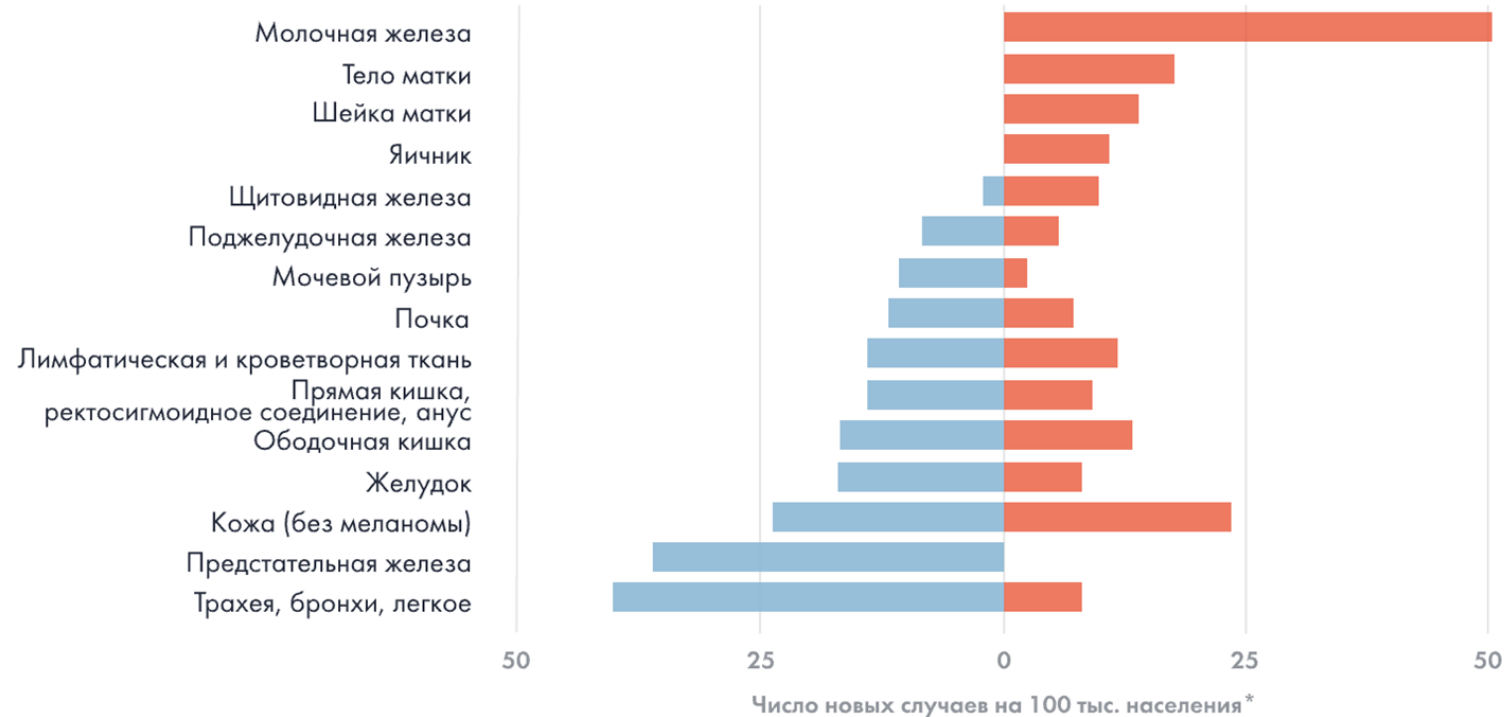
Группа	Онкологические заболевания
Мужчины	Предстательная железа Легкое Колоректальный Мочевой пузырь Меланома Почки
Женщины	Молочная железа Легкое Колоректальный Маточный Меланома Неходжкинская лимфома



Наиболее распространённые онкологические заболевания

Заболееваемость раком в России в 2021 году

Топ-10 локализаций для **мужчин** и **женщин**



* Стандартизованный показатель
Источник: МНИОИ им. П. А. Герцена





План лекции

1. Рак молочной железы
2. Рак шейки, тела матки и яичников
3. Рак предстательной железы, мочевого пузыря и почки
4. Рак щитовидной железы
5. Рак легкого
6. Меланома





1. Рак молочной железы





Пути оттока лимфы от молочной железы

1. Подмышечный путь. В норме по этому пути оттекает около 97% лимфы в поверхностные (располагаются на поверхностной фасции) и глубокие (в жировой клетчатке подмышечной полости и на ее стенках) **подмышечные лимфоузлы**.
2. Подключичный путь от верхних и задних отделов железы в **подключичные** лимфоузлы.
3. Парастернальный путь из медиальной части железы в **парастернальные** лимфоузлы.
4. Межреберный путь от задних и наружных отделов молочной железы по ходу межреберных артерий в **парастернальные или лимфатические сосуды тел позвонков**.
5. Позадигрудный путь из центрального и медиального отделов железы к **медиастинальным и далее к бронхопульмональным узлам**.
6. Перекрестный путь. Движение лимфы происходит по кожным и подкожным лимфатическим сосудам грудной стенки к **противоположным подмышечным узлам**.
7. Путь Героты. Отток лимфы происходит через сосуды области эпигастрия в предбрюшинную клетчатку, средостение и печень.



Патогенетические формы проявления рака молочной железы

- 1. Гипотиреоидная форма** – рак молодых (4,3 %), встречается в возрасте 15 – 32 лет. Особенности: гипотиреоз, раннее ожирение, месячные до 12 лет, часто встречаются фолликулярные кисты яичников и гиперплазия ткани . Быстрое развитие, метастазы.
- 2. Яичниковая форма** имеет место у 44 % женщин. Опухоль связана с функцией яичников (родами, фиброаденоматозами). Мульти центрический рост, лимфогенное диссеминование.
- 3. Гипертензионно-надпочечниковая** (39,8 %) – больные 45 – 64 лет, страдают ожирением, повышением возрастного уровня холестерина, кортизола, гипертонической болезнью. Характерны фибромиомы матки, диабет. Преобладают диффузно-инфильтративные формы.
- 4. Старческая, или гипофизарная** (8,6 %) встречается у женщин в глубокой менопаузе. Процесс длительное время локализован, метастазирование протекает медленно.
- 5. Опухоль на фоне беременности и лактации.** Прогноз крайне неблагоприятный в связи с повышением уровня пролактина и гормона роста.



Размер опухоли T

T1 – опухоль до 2 см в наибольшем измерении.

- T1mic (микроинвазия) – опухоль до 0,1 см в наибольшем измерении.
- T1a – опухоль до 0,5 см в наибольшем измерении.
- T1b – опухоль до 1 см в наибольшем измерении.
- T1c – опухоль до 2 см в наибольшем измерении.

T2 – опухоль до 5 см в наибольшем измерении.

T3 – опухоль более 5 см в наибольшем измерении.

T4 – опухоль любого размера с прямым распространением на грудную стенку или кожу. Грудная клетка включает ребра, межреберные мышцы, переднюю зубчатую мышцу, но без грудных мышц.



Метастазы в лимфоузлы N

N0 – нет признаков поражения регионарных лимфатических узлов.

N1 – метастазы в смещаемых подмышечных лимфатических узлах на стороне поражения;

N2 – метастазы в подмышечных лимфатических узлах, фиксированных друг с другом, или клинически определяемые метастазы во внутренних лимфатических узлах молочной железы на стороне поражения

N3 – метастазы в подключичных лимфатических узлах; или метастазы в надключичных лимфатических узлах на стороне поражения

– N3a – метастазы в подключичных лимфатических узлах.

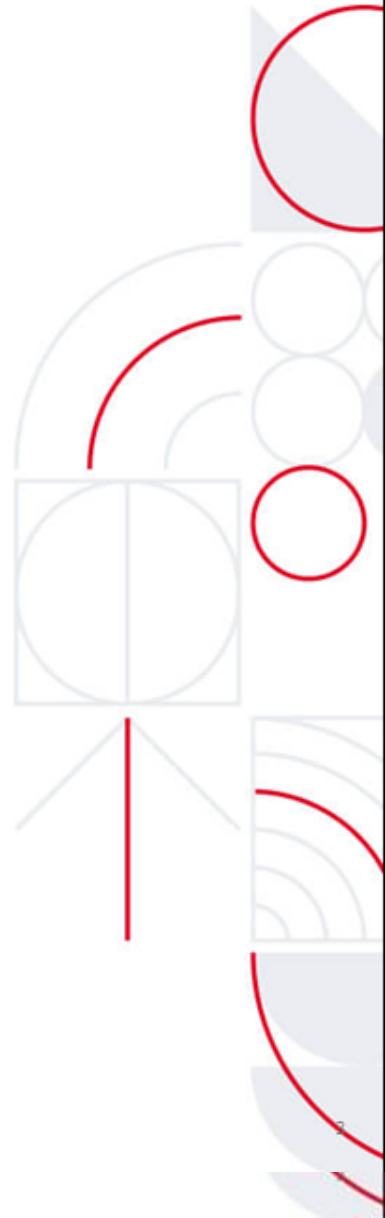
– N3b – метастазы во внутренних лимфатических узлах молочной железы на стороне поражения.

– N3c – метастазы в надключичных лимфатических узлах.



Клинические стадии рака молочной железы

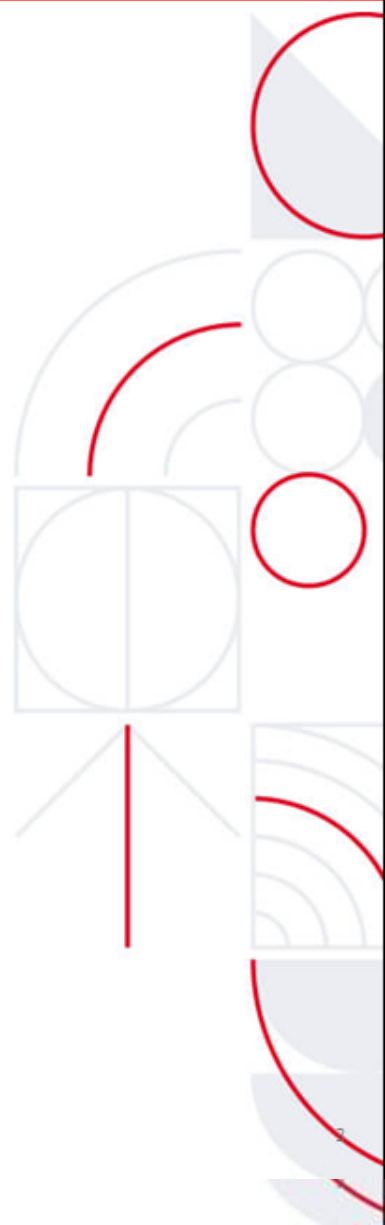
Стадия	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
II a	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
II b	T2	N0	M0
	T2	N1	M0
III a	T3	N0	M0
	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
III b	T2	N2	M0
	T3	N1,N2	M0
IV	T4	N0, N1, N2	M0
	Любая T	N3	M0
	Любая T	Любая N	M1





Клинические формы рака молочной железы

1. Узловая.
2. Диффузная инфильтративная:
 - 1) отечно-инфильтративная;
 - 2) воспалительная (инфламаторная):
 - а) маститоподобная;
 - б) рожеподобная Панцирная.
3. Рак в протоке.
4. Рак Педжета.





Узловая форма

- Наиболее часто встречаемая среди других форм рака молочной железы (75 – 80 %). На ранних стадиях опухоль обычно не причиняет неприятных субъективных ощущений. Единственной жалобой, как правило, является наличие безболезненного плотного опухолевидного образования или участка уплотнения в том или ином отделе железы, чаще в верхне-наружном квадранте. При пальпации можно определить «минимальный» рак – около 1 см.
- Узел при пальпации чаще безболезненный, без четких контуров, плотной консистенции, ограниченно подвижный вместе с окружающей железистой тканью.
- Даже при небольших (до 2 см) при поверхностном расположении можно определить симптом «морщинистости» (втяжения кожи над опухолью). При центральном расположении опухоли даже при незначительных размерах можно заметить втяжение соска и отклонение его в сторону.

Узловая форма

В запущенных случаях отмечается отек и инфильтрация кожи – симптом «лимонной корки», различного рода деформации ткани железы, заметное на глаз втяжение кожи над опухолью – симптом «умбиликации», отечность ареолы и уплощение соска – симптом Краузе, прорастание и изъязвление кожи, втяжение и фиксация соска и т. д. Отмечаются признаки метастатического поражения регионарных лимфатических узлов: наличие одиночных плотных, увеличенных, безболезненных узлов или в виде конгломератов.



СИМПТОМ «ЛИМОННОЙ КОРКИ»





Диффузные формы рака молочной железы

Общими признаками для этих форм является триада:

1. Отек кожи и ткани железы.
2. Кожная гиперемия и гипертермия.
3. Значительная местная распространенность, неблагоприятный прогноз.





Отечно-инфильтративный рак

Характеризуется наличием безболезненного или слегка болезненного плотного инфильтрата без четких границ, занимающего большую часть железы. Молочная железа при этом увеличена в размерах, кожа отечная, гиперемирована в складку, собирается с трудом, имеет вид «апельсиновой корки» за счет блокады лимфатических путей опухолевыми эмболами или сдавления опухолевым инфильтратом. Отек наиболее выражен на ареоле и окружающих тканях. В подмышечной впадине нередко определяются плотные лимфатические узлы, сливающиеся в конгломерат.



Воспалительный (инфламативный) рак.



Маститоподобный рак.

В отличие от отечно-инфильтративного рака более выражены симптомы кожной гиперемии и гипертермии. Молочная железа увеличена в размерах, отечна, напряжена, инфильтрирована, горячая на ощупь. В толще железы прощупывается болезненный инфильтрат, кожа над ним гиперемирована, синюшная.

Рожеподобный рак.

При рожеподобном раке молочной железы кожа резко гиперемирована, с неровными фестончатыми краями в виде «языков пламени» за счет распространения опухолевых клеток по лимфатическим капиллярам и сосудам – раковый лимфангоит. Отек кожи, гиперемия и гипертермия приобретают наибольшую степень выраженности.

Панцирный рак.

Это сравнительно редко встречающаяся форма, протекает длительно, торпидно. Панцирный рак характеризуется обширной опухолевой инфильтрацией как самой ткани железы, так и покрывающей ее кожи. Процесс может выходить за пределы молочной железы и распространяться на грудную клетку, а также на другую молочную железу. Проявляется сморщиванием, уплотнением и уменьшением в размерах молочной железы. Изменения кожи напоминают панцирь: появляется множество мелких сливающихся опухолевых узлов, кожа становится плотной, пигментированной и плохо смещается.



Рак Педжета



Рак Педжета – внутрипротоковый эпидермотропный рак молочной железы, возникающий из устьев крупных выводных млечных протоков соска. Болезнь Педжета имеет различное клиническое течение: наиболее часто на первый план выступает поражение соска и ареолы, реже вблизи соска определяется опухоль, а изменения соска носят вторичный характер. Больные ощущают в области соска чувство жжения, покалывания и умеренный зуд. В начальной стадии на соске и ареоле появляются чешуйки, поверхностные эрозии, незаживающие трещины. Сосок увеличен в объеме, уплотнен, отмечается также отечность ареолы. Кожа имеет красноватый цвет, местами она представляется зернистой, как бы лишенной эпидермиса.

Рак Педжета



С течением времени сосок уплощается, разрушается и на его месте образуется изъязвленная поверхность, далее процесс распространяется на ареолу. Вид молочной железы меняется: на месте соска и ареолы образуется изъязвленная дискообразная поверхность, возвышающаяся над уровнем кожи с валикообразными краями. В дальнейшем процесс распространяется эксцентрически, захватывая все новые участки. В ткани молочной железы можно уже четко пропальпировать опухолевидное образование.



Диагностика РМЖ

1. симптом умбиликации - появление ямочки; симптом площадки; симптом «морщинистости» (за счет укорочения куперовых связок, вовлеченных в опухоль)
2. симптом «лимонной корки» (за счет вторичного внутрикожного лимфостаза вследствие блокады лимфатических путей регионарных зон или вследствие эмболии опухолевыми клетками глубоких кожных лимфатических сосудов);
3. гиперемию кожи над опухолью (проявление специфического лимфангита);
4. симптом Краузе: утолщение складки ареолы (вследствие отека из-за поражения опухолевыми клетками лимфатического сплетения подареолярной зоны);
5. симптом Прибрама (при потягивании за сосок опухоль смещается за ним);
6. симптом Кенига: при прижатии молочной железы ладонью плашмя опухоль не исчезает;
7. симптом Пайра: при захватывании железы двумя пальцами слева и справа кожа не собирается в продольные складки, а образуется поперечная складчатость.



Диагностика РМЖ





Дополнительные методы обследования

1. Маммографическое исследование – высокоэффективный метод при распознавании и дифференциальной диагностике заболеваний, играющий большую роль в диагностике рака молочной железы. Точность метода 80%, обнаруживает опухоли до 1 см.
2. Дуктография (галактография или контрастная маммография). Осуществляется после введения контрастного вещества в молочные протоки. Показана при наличии выделений из соска любого характера и цвета, но особенно при значительном их количестве и кровянистом характере.
3. По данным УЗИ молочных желез можно выявить в молочной железе патологический очаг, его локализацию, форму и размеры. Однако эффективно УЗИ лишь у молодых женщин, у которых хорошо развита железистая ткань.
4. Цитологический метод диагностики рака молочной железы позволяет судить о процессе до начала лечения, когда требуется максимально достоверное подтверждение клинического диагноза.
5. Инцизионная биопсия – взятие кусочка ткани на цитологическое и гистологическое исследование.



2. Рак шейки, тела матки и яичников.

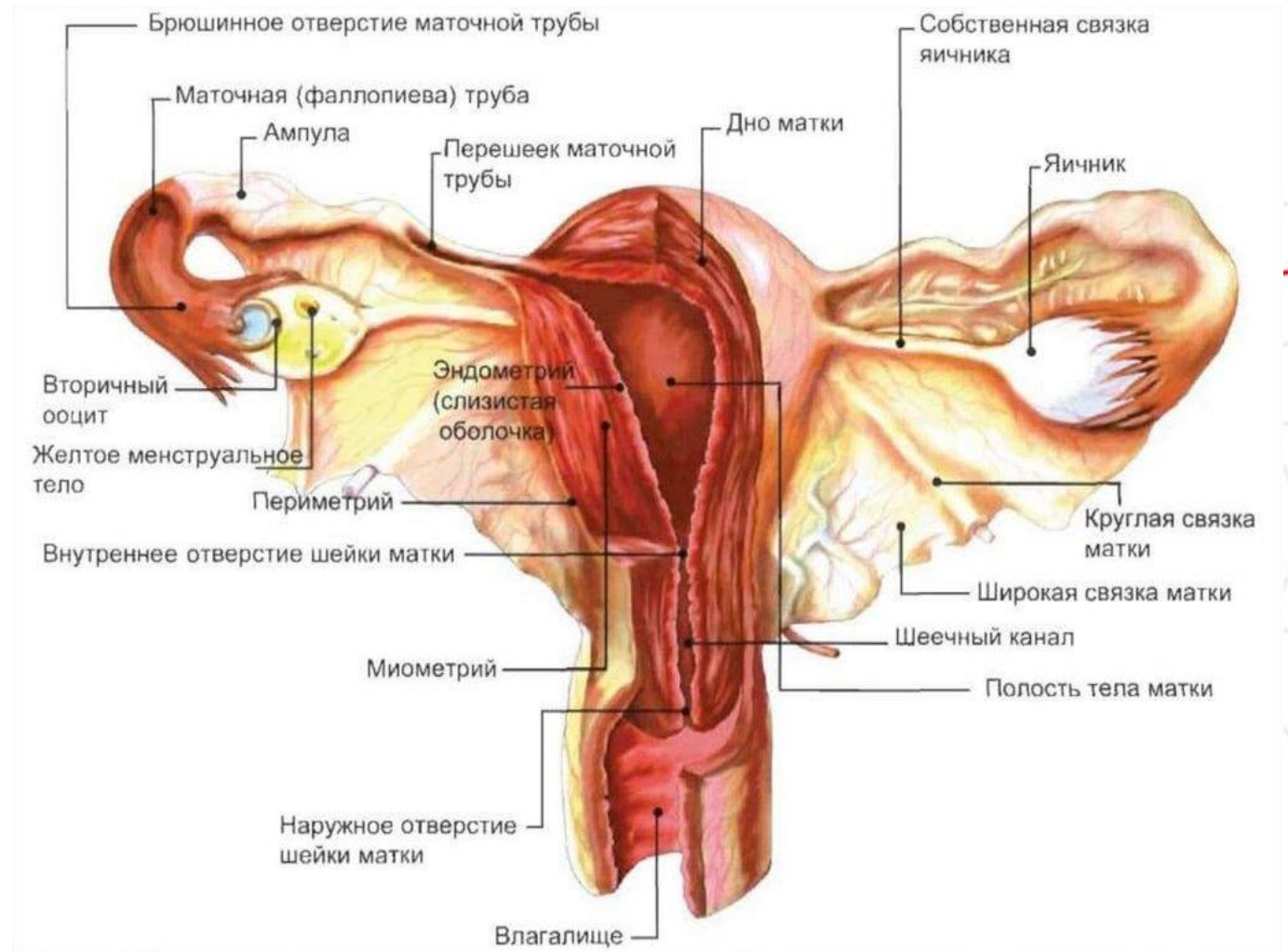




Анатомия внутренних женских половых органов

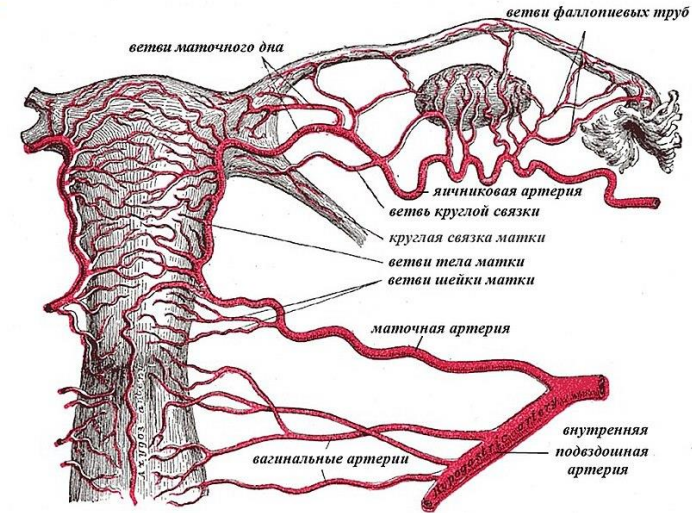
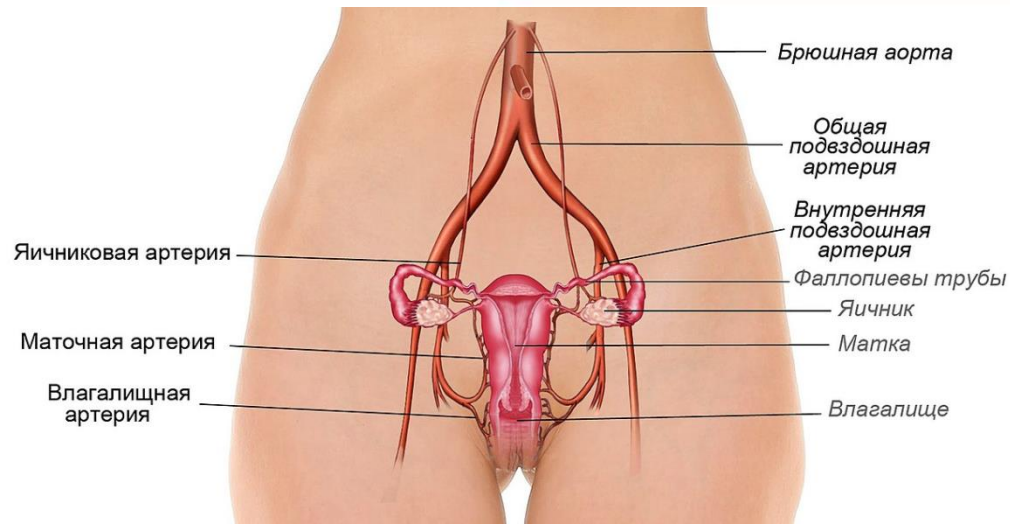
Поддерживающий (опорный) аппарат внутренних половых органов образует группа мышц и фасций дна таза.

Подвешивающий аппарат образован круглыми и широкими связками матки.





Анатомия внутренних женских половых органов



К р о в о с н а б ж е н и е матки осуществляется двумя маточными артериями (внутренняя подвздошная), яичниковыми артериями (брюшная аорта), и артериями круглой связки матки (артерия Сэмсона, является ветвью нижней надчревной артерии – наружная подвздошная).

Лимфатические узлы располагаются в виде цепочек на протяжении от уровня начала маточной артерии (от внутренней подвздошной) до уровня начала нижней брыжеечной артерии (от аорты).

Лимфоотток от внутренних женских половых органов

Лимфа от наружных половых органов и нижней трети влагалища, идут к паховым лимфатическим узлам, от средней верхней трети влагалища и шейки матки:

1. Висцеральные лимфатические узлы около матки (в связках матки)
2. Узлы расположенные по ходу внутренних и общих подвздошных сосудов и под местом бифуркации общей подвздошной артерии на наружную и внутреннюю.
3. Узлы среди общих подвздошных узлов и узлов, расположенных в области бифуркации аорты.
4. Лимфатические узлы располагаются чаще всего: справа — на передней поверхности нижней полой вены и реже кнаружи от нее, слева — у левой полуокружности аорты или непосредственно на ней (парааортальные лимфоузлы).

От верхней трети матки — вдоль широкой маточной связки, сливаясь с яичниковыми лимфатическими сосудами, и впадают в нижние поясничные лимфатические узлы.



Симптомы рака шейки матки

1. Боль – локализуется в области крестца, поясницы, прямой кишки и внизу живота. При распространенном раке с поражением параметральной клетчатки и тазовых лимфатических узлов боль может иррадиировать в бедро;
2. Кровотечения (чаще контактные); Бели – серозные, кровянистые, могут иметь неприятный запах в связи с присоединением инфекции. Происхождение белей связано с повреждением лимфатических сосудов растущей опухолью;
3. Частые позывы к мочеиспусканию(при переходе рака шейки матки на мочевой пузырь); Упорные циститы (в связи с нарушением сократительной деятельности мочевого пузыря и неполном его опорожнении при мочеиспускании);
4. Гидро- и пионефроз (вследствие сдавления мочеточника);
5. Запоры, появление в кале крови и слизи, развитие прямокишечно-влагалищного свища (при поражении опухолью прямой кишки).



Диагностика рака шейки матки:

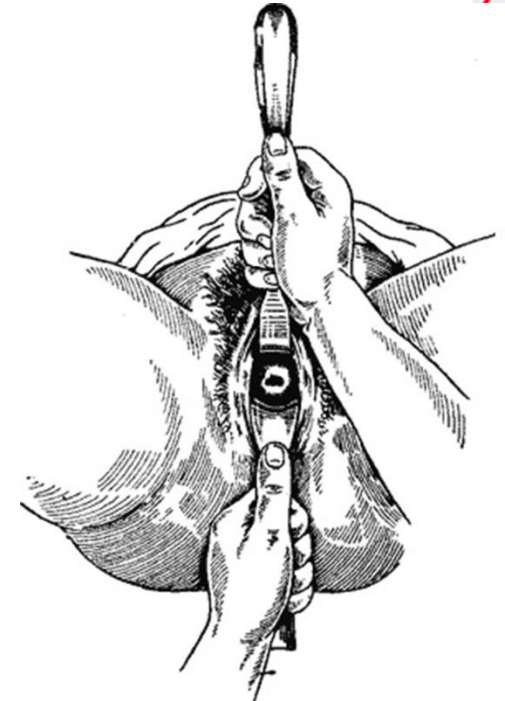
Осмотр шейки матки в зеркалах (для предотвращения травмирования шейки матки, пораженной раковой опухолью, следует обнажать ее с помощью ложкообразного зеркала и подъемника):

- При микроинвазивном раке шейки матки определяются на шейке матки изменения типа нежной или грубой лейкоплакии, «эрозии», гипертрофии влагалищной части шейки матки;
- При экзофитной форме клинически выраженного рака шейки матки обнаруживаются бугристые образования красноватого цвета нередко с участками некроза в виде налета серого цвета. При прикосновении к опухоли возникает кровотечение;
- При эндофитной форме клинически выраженного рака шейки матки шейка матки увеличена, имеет плотную консистенцию, может быть изъязвлена в области наружного зева;

Диагностика рака шейки матки:

Осмотр шейки матки в зеркалах (для предотвращения травмирования шейки матки, пораженной раковой опухолью, следует обнажать ее с помощью ложкообразного зеркала и подъемника):

- При микроинвазивном раке шейки матки определяются на шейки матки изменения типа нежной или грубой лейкоплакии, «эрозии», гипертрофии влагалищной части шейки матки;
- При экзофитной форме клинически выраженного рака шейки матки обнаруживаются бугристые образования красноватого цвета нередко с участками некроза в виде налета серого цвета. При прикосновении к опухоли возникает кровотечение;
- При эндофитной форме клинически выраженного рака шейки матки шейка матки увеличена, имеет плотную консистенцию, может быть изъязвлена в области наружного зева;





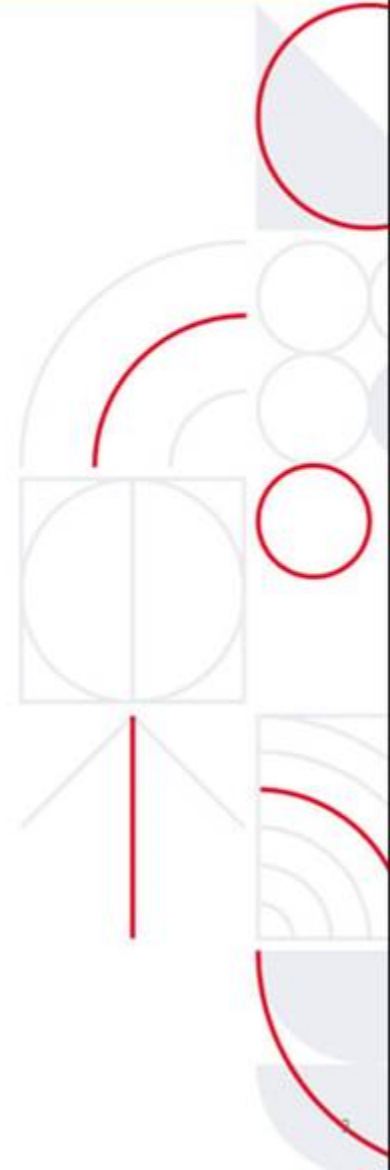
Эрозия (поверхностный дефект слизистой)



Здоровая шейка матки

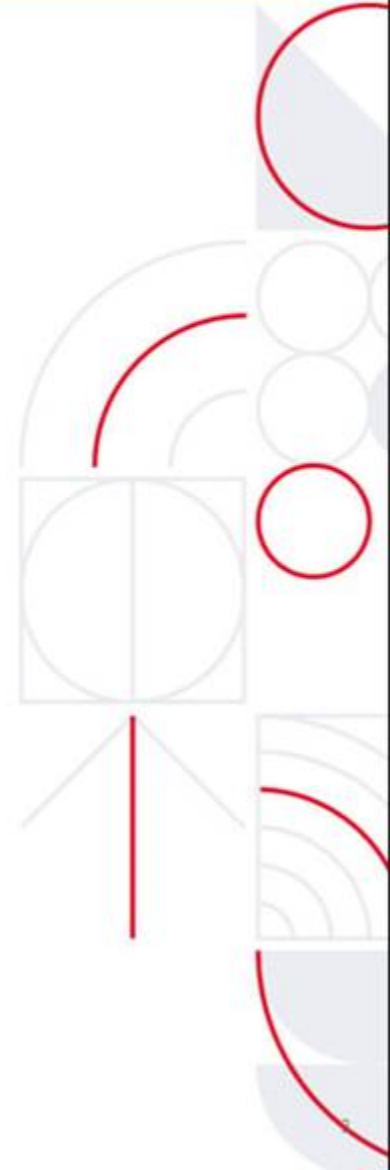
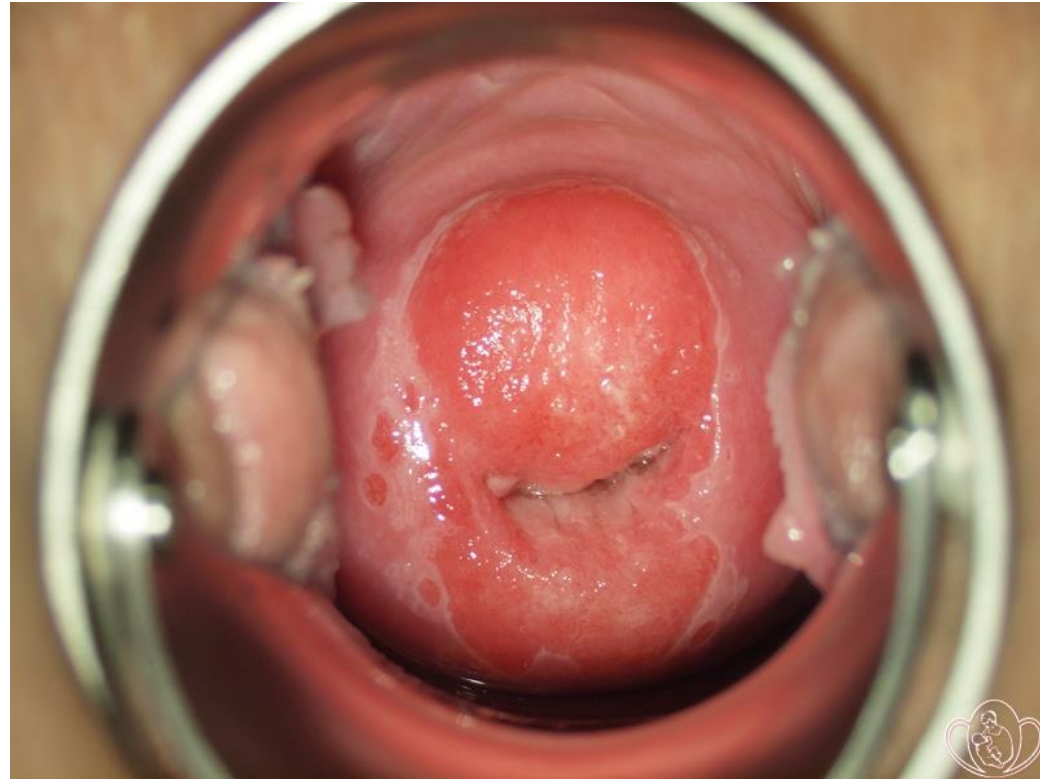


Эрозия шейки матки



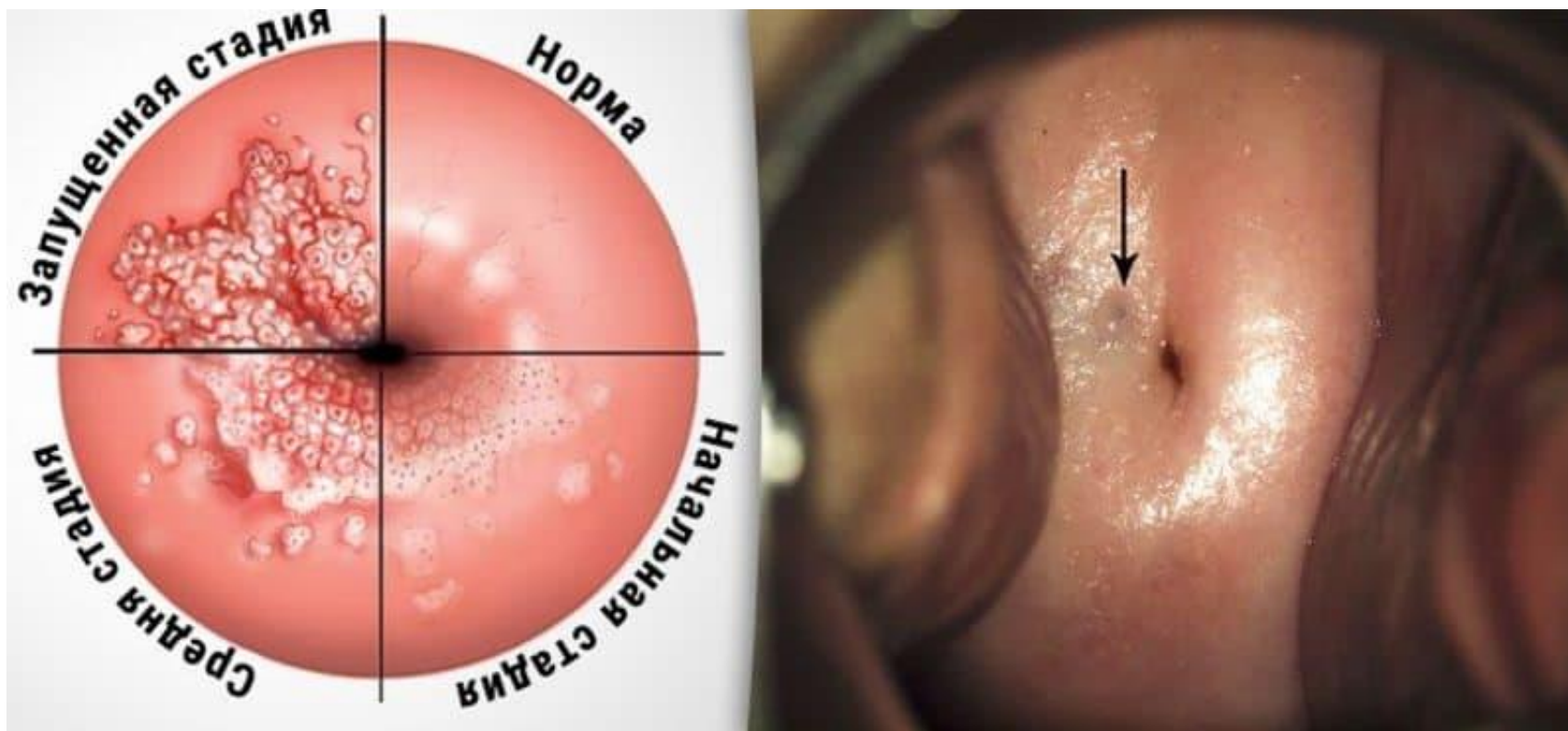


Эктопия эктропион (выворот)





папилломатоз





ПОЛИПЫ



Рис. 2. Полип шейки матки.



ПОЛИП ШЕЙКИ МАТКИ



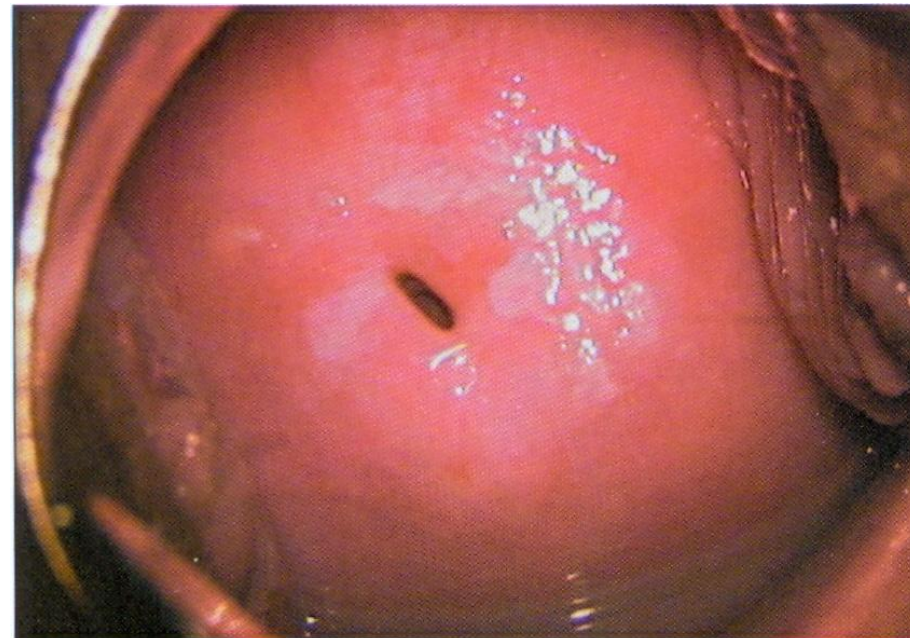
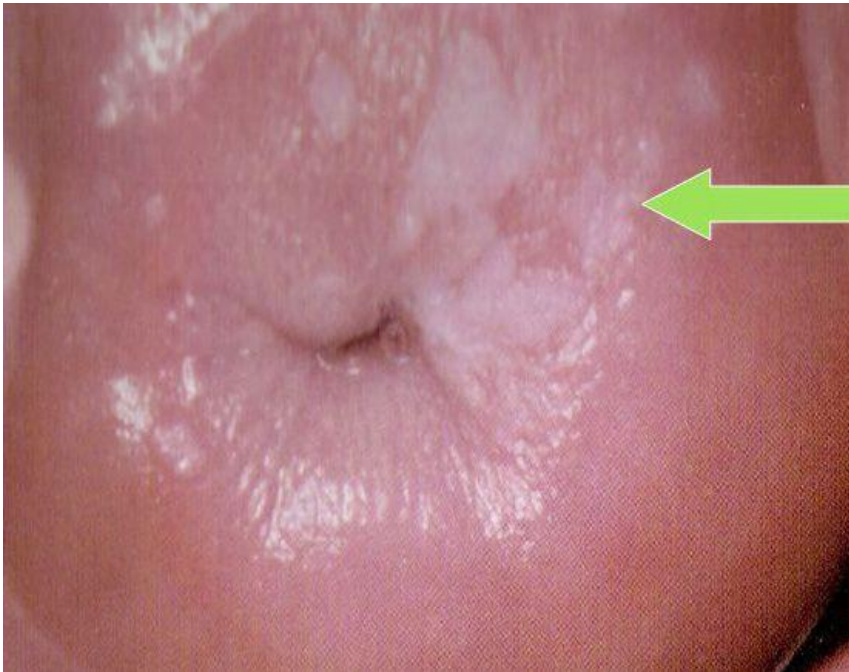
ОСМОТР С ПОМОЩЬЮ ЗЕРКАЛ



ПРОДОЛЬНЫЙ РАЗРЕЗ



Лейкоплакия (ороговением (утолщением) клеток верхних и подлежащих слоев эпителия)

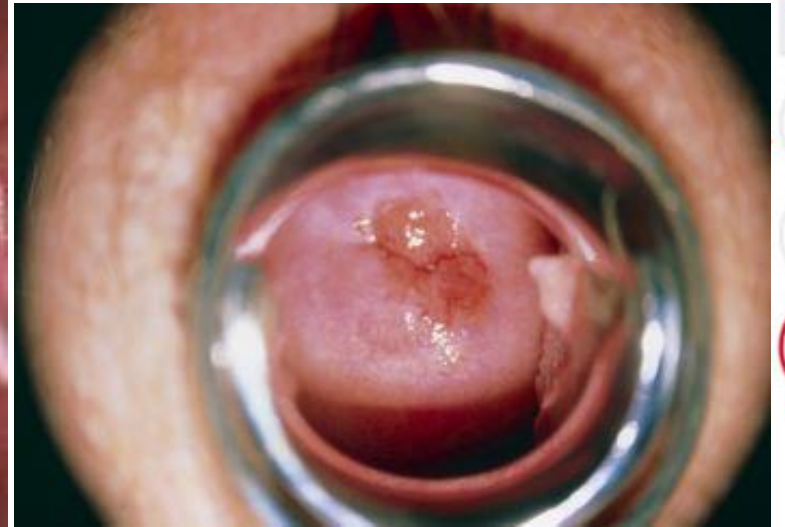


Лейкоплакия шейки матки





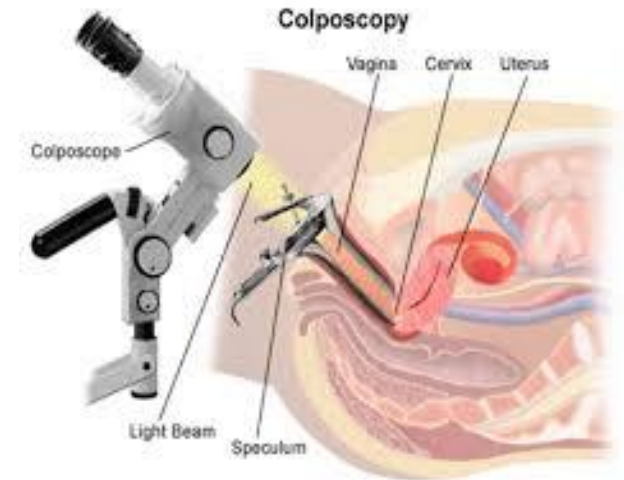
Рак шейки матки



Диагностика

1. Кольпоскопия:

- При микроинвазивном раке шейки матки обнаруживается картина атопического эпителия;
 - При клинически выраженном раке шейки матки определяются образования желто-красного цвета с четко-видимыми по периферии атипическими кровеносными сосудами;
 - Для эндофитной формы опухоли характерен вид кратера с неровными краями, бородавчатым дном, покрытым некротическими массами;
2. Цитологическое исследование;
3. Цервикоскопия;



Кольпоскопия это гинекологический метод исследования с проведением прицельного и детального осмотра шейки матки при помощи микроскопа.

Классификация рака шейки матки: по стадиям:

0 стадия – преинвазивный рак, эпителий морфологически не отличающихся от раковых, но без признаков инфильтративного роста, атипические клетки):

I стадия

- а стадия – опухоль ограничена шейкой матки с инвазией в строму не более 3мм; диаметр опухоли не превышает 1см (микроинвазивный рак);
- б стадия – опухоль ограничена шейкой матки с инвазией более 3мм;

II стадия

- а стадия – рак инфильтрирует влагалище, не переходя на его нижнюю треть, и/или распространяется на тело матки;
- б стадия – рак инфильтрирует параметрий на одной или обеих сторонах, не переходя на стенку таза;

Классификация рака шейки матки: по стадиям:

III стадия

- а стадия – рак инфильтрирует нижнюю треть влагалища и/или имеются метастазы в придатках матки, регионарные метастазы отсутствуют;
- б стадия – рак инфильтрирует параметрий на одной или обеих сторонах до стенки таза и/или имеются регионарные метастазы в лимфатических узлах таза, и/или определяются гидронефроз и нефункционирующая почка, обусловленные стенозом мочеточника;

IV стадия

- а стадия – рак прорастает мочевой пузырь и/или прямую кишку;
- б стадия – определяются отдаленные метастазы за пределами таза.

Классификация по системе TNM

Tis – преинвазивный рак;

T1 – рак, ограниченный шейкой матки;

T2 – рак, распространяющийся за пределы шейки матки, но не достигающий стенок таза, и/или рак, вовлекающий стенки влагалища без распространения на ее нижнюю треть, и/или рак, переходящий на стенку матки;

T3 – рак, инфильтрирующий нижнюю треть влагалища и/или параметров до стенок таза;

T4 – рак, выходящий за пределы малого таза или инфильтрирующий слизистую оболочку мочевого пузыря или прямой кишки;

Классификация по системе TNM

N – регионарные лимфатические узлы таза:

N0 – метастазы в регионарных лимфатических узлах не выявляются;

N1 – выявляются метастазы в регионарных лимфатических узлах;

N2 – пальпируется фиксированное уплотнение на стенке таза при наличии свободного пространства между ним и первичной опухолью;

Прогноз при раке шейки матки определяется стадией заболевания, при I стадии 5-летняя выживаемость составляет 90-98%; при II стадии - 55- 60%, при III стадии - 30-40%, при IV - менее 10%.

Рак тела матки

Рак тела матки – это злокачественное гормональнозависимое заболевание, которое встречается в возрасте от 50 лет и старше и является заболеванием климактерического периода, менопаузы и старости. Однако следует отметить, что в молодом возрасте рак тела матки не является большой редкостью. Среди злокачественных новообразований женских половых органов рак тела матки занимает одно из ведущих мест, а в последнее время, как в нашей стране, так и за рубежом отмечается рост больных раком тела матки. Наиболее часто встречаются аденокарциномы.

Факторы канцерогенеза:

1. Увеличивается продолжительность жизни женщины.
2. Возросла частота эндокринных заболеваний.
3. В лечебной практике широко применяется необоснованная гормональная терапия, в том числе с использованием эстрогенных препаратов.

Рак тела матки

Первый вариант (гормонозависимый) встречается в 60–70% случаев и характеризуется многообразием и глубиной проявлений химической гиперэстрогении в сочетании с нарушениями жирового и углеводного обмена (ожирение, гипертоническая болезнь, сахарный диабет).

Второй вариант (автономный) наблюдается у 30-40% больных. Эндокринные нарушения выражены нечетко или вообще отсутствуют. Характерно сочетание фиброза стромы яичников и атрофии эндометрия, на фоне которой возникают полипы, атипичная гиперплазия и рак.

Рак тела матки метастазирует в основном лимфатическим путем, реже - гематогенным и имплантационным - через маточные трубы, собственные связки яичника и яичник (пристеночная брюшина, большой сальник).

По характеру роста опухоли различают экзофитную, эндофитную и смешанные формы.

Классификация рака тела матки

I стадия - опухоль ограничена телом матки, регионарные метастазы не определяются.

- а - опухоль ограничена эндометрием.
- б - инвазия в миометрий до 1 см,
- в - инвазия в миометрий более 1 см, но нет прорастания серозной оболочки.

II стадия - опухоль поражает тело и шейку матки, регионарные метастазы не определяются.

III стадия - опухоль распространяется за пределы матки, но не за пределы малого таза.

- а - опухоль инфильтрирует серозную оболочку матки, и/или метастазы в придатки матки, и/или в регионарные лимфоузлы.
- б - опухоль инфильтрирует клетчатку таза и/или имеются метастазы во влагалище.

IV стадия - опухоль распространяется за пределы малого таза и/или имеется прорастание мочевого пузыря и/или прямой кишки или имеются отдалённые метастазы.

Симптомы рака тела матки

Первый симптом - патологические бели гноевидного или кровянистого характера. Кровяные выделения из половых путей по интенсивности бывают: в виде мажущих выделений; в виде серозно-кровяных выделений; иногда обильные. Как правило, имеют контактный характер или появляются после физической нагрузки.

Второй симптом - боли, которые в ранних стадиях носят схваткообразный характер, что связано с сокращениями миометрия и опорожнением матки от скопившейся в ней крови или гноевидной жидкости (гематометра, пиометра), отток которой в результате обтурации внутреннего зева шейки матки затруднены. После таких схваткообразных болей появляются патологические выделения из матки - гной и кровь.

При поздних стадиях боли постоянные, особенно интенсивны по ночам, связаны со сдавлением раковым инфильтратом нервных сплетений в малом тазу. При переходе процесса на мочевой пузырь и прямую кишку появляются симптомы нарушения функции этих органов.

Третий симптом – увеличение матки при бимануальном исследовании (округлой формы, слегка болезненна, ограничено подвижна).

Диагностика рака тела матки

- При общем осмотре больной обращают внимание на рост, массу, АД, сахар крови, состояние паховых лимфатических узлов.
- При гинекологическом исследовании с помощью зеркал обращают внимание на состояние слизистой влагалища и шейки матки, так как процесс протекает на фоне абсолютной или относительной гиперэстрогении, что обуславливает наличие у пожилой женщины складчатой сочной слизистой.
- При бимануальном исследовании матка плотная, увеличена. Двуручное влагалищно-абдоминальное исследование дополняется ректальным для определения наличия в параметрии инфильтратов.
- Высокоинформативным является УЗИ, МРТ органов брюшной полости и малого таза.
- Для ранней диагностики рака тела матки большое значение имеет цитологическое исследование аспирата из полости матки, проводимое у больных группы повышенного риска в амбулаторных условиях.
- Высокоинформативным методом диагностики является радиоизотопное исследование

Миома и рак тела матки

- Несколько десятков лет назад миома матки считалась предраковым состоянием. При обнаружении у женщины миоматозных узлов опухоль удаляли вместе с маткой.
- Миома опухоль, развивающейся в мышечном слое матки, имеет доброкачественный характер и не содержит раковых клеток. Ученые не обнаружили связи между наличием миоматозных узлов и вероятностью развития онкологических заболеваний. Если в матке появляется саркома, то она развивается сама по себе. Она встречается в 30 раз реже, чем любые другие раковые опухоли.
- К гистерэктомии (полному удалению органа) прибегают, если количество узлов слишком велико, быстрый рост с гиперпластическими процессами в угрожающими озлокачествлением.



Рак яичников

Рак яичников встречается в любом возрасте, но чаще у женщин от 40 до 60 лет.

Злокачественные опухоли могут образовываться из эпителиальной ткани яичников (раки, аденокарцинома), из соединительной ткани яичников (саркома), из ткани, покрывающей фолликул, и зернистого слоя фолликула (злокачественная текобластома), из гоноцитов (семиома), из соединительной ткани яичников (тератобластома), метастатические злокачественные опухоли (рак Крукенберга).

Характерен быстрый рост, метастатическое поражение большого сальника, распространение опухоли по париетальной и висцеральной брюшине. Часто метастазы отмечаются в парааортальных и надключичных лимфатических узлах, пупке, печени, на плевре.

5-летняя выживаемость на первой стадии — 90%. При распространенных, при третьей стадии мы имеем 15% случаев, а при четвертой — всего 5%.

Клиническая картина злокачественных опухолей яичников:

В ранний период заболевания:

- боль внизу живота;
- общая слабость, повышенная утомляемость;
- иногда тошнота и рвота;
- запор, чередующийся с поносом;
- чувство распирания в подложечной области;
- чувство тяжести внизу живота;

Клиническая картина злокачественных опухолей яичников:

В поздние стадии:

- постоянная боль;
- увеличение живота за счёт асцита;
- может быть выпот в плевральных полостях;
- появление признаков сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности;
- отеки на нижних конечностях.

Диагностика злокачественных опухолей яичников:

1. Клиническая картина - пальпаторное определение в малом, тазу опухолей различной консистенции с бугристой поверхностью, ограниченно подвижных; асцит; выпот в плевральных полостях и другое.
2. Ультразвуковое исследование брюшной полости;
3. Компьютерная томография брюшной полости;
4. Цитологическое исследование содержимого, полученного при пункции брюшной полости через задний свод влагалища;
5. Лапароскопия;
6. Иммунологическое исследование - определение опухолевого ассоциированного антигена СА-125;
7. Методы исследования, уточняющие состояние смежных органов - ирригоскопия, экскреторная урография.

Клиническая классификация злокачественных опухолей яичников

1 стадия (опухоль ограничена яичниками):

- а — опухоль ограничена одним яичником, асцита нет, с отсутствием прорастания или разрыва капсулы или с таковыми;
- б — опухоль ограничена обоими яичниками, с отсутствием прорастания или разрыва капсулы или с таковыми;
- в — опухоль ограничена одним или обоими яичниками, но при наличии очевидного асцита или определяются раковые клетки в смывах.

2 стадия (опухоль поражает один или оба с распространением на область таза):

- а - распространение и/или метастазы на поверхности матки и/или труб;
- б - распространение на другие ткани таза, включая брюшину и матку;

Клиническая классификация злокачественных опухолей яичников

3 стадия (распространение на один или оба яичника с метастазами по брюшине за пределами таза и/или метастазы в забрюшинных лимфатических узлах):

- а – микроскопические метастазы по брюшине
- б - макрометастазы по брюшине меньше или равные 2см;
- в - метастазы по брюшине более 2см и/или метастазы в регионарных лимфатических узлах.

4 стадия (распространение на один или оба яичника с отдаленными метастазами. При наличии выпота в полости плевры должны быть положительные цитологические находки, чтобы отнести случаи к стадии 4. Метастазы в паренхиме печени соответствуют стадии).

Профилактика опухолей женской половой сферы

- Своевременное выявление и лечение предраковых состояний: железистой гиперплазии эндометрия, аденоматозных полипов, ановуляторных маточных кровотечений и др.
- Систематические профилактические осмотры женщин с обязательным УЗИ периодические цитологические исследования мазков, полученных при аспирации содержимого полости матки у женщин группы риска по развитию рака тела матки.
- Профилактика инфекций передающихся половым путем.
- Контроль гормональной терапии.



3. Рак предстательной железы, мочевого пузыря и почки



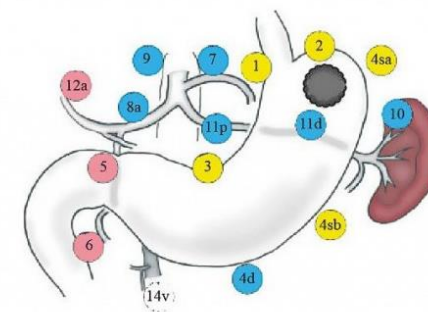


Пути оттока лимфы от пищевода

1. Рак шейного отдела пищевода метастазирует в глубокие шейные лимфатические узлы,
2. рак верхнегрудного и среднегрудного отделов пищевода поражает метастазами параэзофагеальные, трахеобронхиальные и задние средостенные лимфоузлы;
3. рак нижнегрудного и брюшного отделов распространяется в поддиафрагменные, параэзофагеальные, паракардиальные лимфатические узлы, а также в лимфоузлы вдоль малой кривизны желудка и левой желудочной артерии. Кроме того, встречаются метастазы в лимфоузлы малого сальника, вдоль левой желудочной артерии и в шейные и надключичные лимфоузлы.

Пути оттока лимфы от желудка

1. Первыми поражаются регионарные лимфатические узлы (близлежащие к желудку), которые расположены вдоль малой и большой кривизны, поэтому при гастрэктомии по поводу рака, желудок удаляется с малым и большим сальниками.
2. Отдаленные лимфогенные метастазы возникают в лимфоузлах во печени, парааортальных, паховых и других.
3. При раке желудка известны характерные для него ретроградные лимфогенные метастазы. К ним относятся метастазы в надключичный узел слева (вирховская железа), в лимфоузлы параректальной клетчатки (шницлеровские метастазы), двухсторонние метастазы в яичники (крукенберговские метастазы).

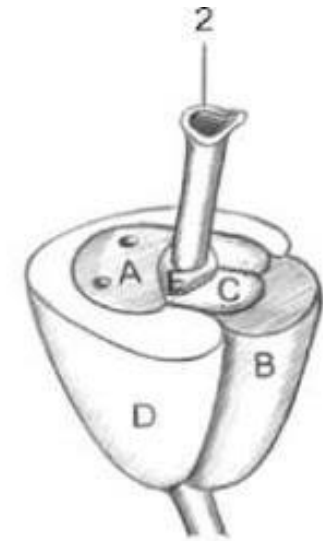
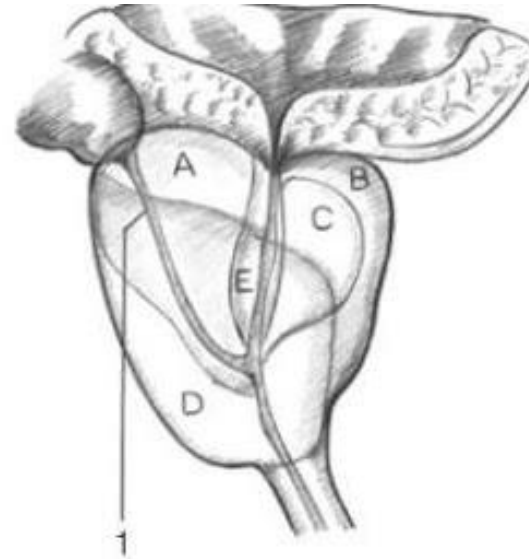


- – лимфатические узлы категории N1
- – лимфатические узлы категории N2
- – лимфатические узлы категории N3

Рис. 5. Распределение регионарных лимфатических узлов по категориям при поражении верхней трети желудка.

Анатомия предстательной железы

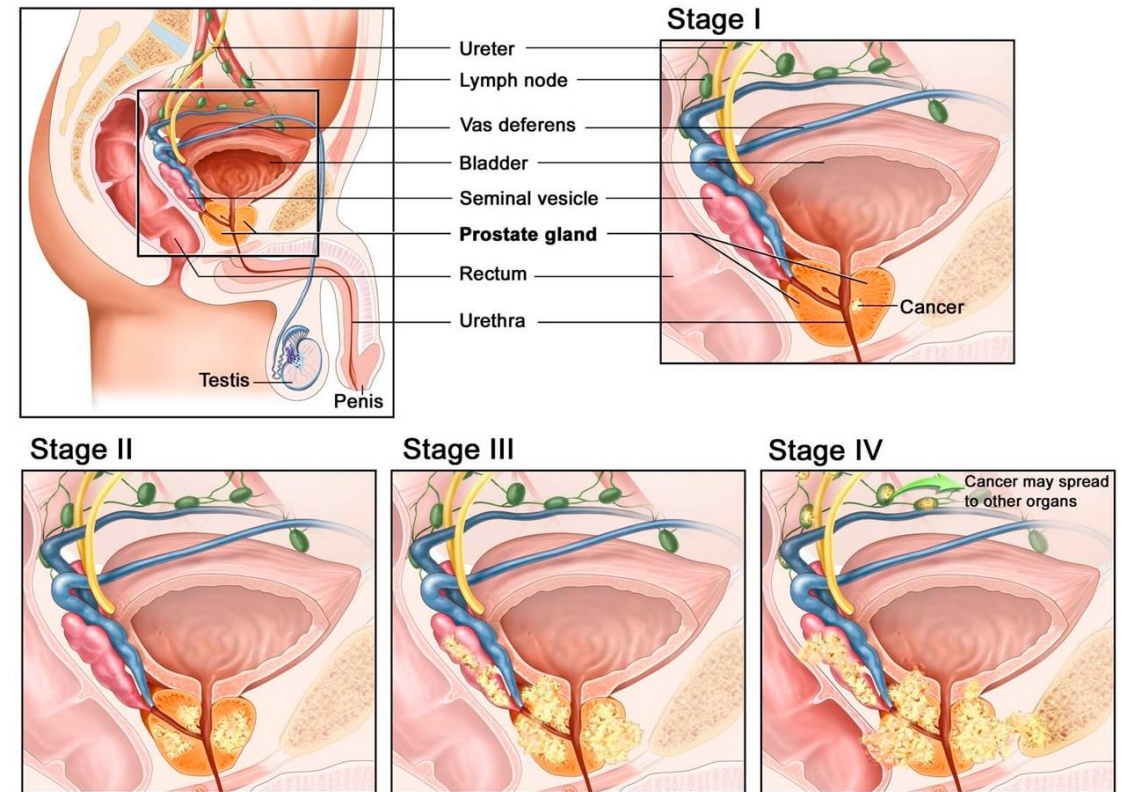
1. **Центральная зона** окружает семявыносящие протоки на их пути от основания (5 % РПЖ)
2. **Периферическая зона** - пальпируемая часть железы через прямую кишку (70-80 % РПЖ).
3. **Переходная зона** - участки, которые располагаются по бокам от простатической уретры на уровне семенного бугорка. Самой частой патологией этой зоны является ДГПЖ. (20 % РПЖ).
4. **Парауретральная зона** - располагаются между простатической уретрой и проксимальным гладкомышечным сфинктером мочевого пузыря.
5. **Фибромускулярная зона** занимает переднюю поверхность простаты и состоит преимущественно из мышечной ткани. РПЖ в двух зонах не развивается.



по J. McNeal: А - центральная; В - фибромускулярная; С - переходная; D - периферическая; Е - парауретральная зона.
1 - семявыделительный проток;
2 - простатическая часть мочеиспускательного канала

Пути оттока лимфы от мочевого пузыря и предстательной железы

1. Лимфатические сосуды мочевого пузыря, предстательной железы, семенных пузырьков впадают в лежащие возле мочевого пузыря лимфатические узлы, а также в прямокишечные и внутренние подвздошные узлы.
2. Отводящие лимфатические сосуды яичек, яичников располагаются рядом с питающими их артериями и впадают в поясничные лимфатические узлы.



Для ПЖ регионарные лимфоузлы - расположенные ниже разветвления общих подвздошных артерий.

РПЖ

- В структуре онкологической заболеваемости среди мужского населения в мире он занимает третье место, в России - четвертое, уступая только раку легкого, желудка и кожи.
- Возникновение и рост РПЖ связаны с дисбалансом половых гормонов в процессе старения мужского организма. Андрогенная стимуляция служит одним из пусковых механизмов в развитии заболевания. Подтверждением тому является отсутствие случаев заболеваемости РПЖ у кастрированных мужчин (евнухов).
- В развитии опухоли основную роль играет тестостерон, который в клетках предстательной железы под воздействием фермента 5- α -редуктазы превращается в значительно более функционально активный андроген дегидротестостерон.
- К основным факторам риска РПЖ относятся возраст, генетическая предрасположенность и особенности питания.

ДГПЖ и РПЖ

- РПЖ и ее ДГПЖ развиваются из разных отделов предстательной железы, представляют собой разные по сути и локализации заболевания одного органа, поэтому удаление доброкачественной гиперплазии не является профилактикой РПЖ.
- В патогенезе РПЖ важную роль играют так называемые переходные состояния: простатическая интраэпителиальная гиперплазия и атипичная пролиферация желез. Они характеризуются дисплазией разной степени выраженности, нарушением структуры эпителия и считаются предраковыми заболеваниями.
- Простатическая интраэпителиальная неоплазия (ПИН) представляет собой пролиферацию секреторного эпителия простатических протоков и ацинусов (в пределах эпителиального слоя), у этой категории пациентов при повторной биопсии в 30-90 % случаев выявляется РПЖ.

Классификация РПЖ (TNM)

T 1 - опухоль не определяется клинически посредством пальцевого ректального исследования или методами получения диагностического изображения, только морфологически после ТУР, или при пункции ПЖ по поводу высокого ПСА

T 2 - опухоль ограничена предстательной железой

T2a - опухоль занимает не более половины одной доли;

T2b - опухоль занимает более половины одной доли;

T2c - опухоль локализуется в обеих долях;

T 3 - опухоль прорастает за пределы капсулы предстательной железы

T3a - экстракапсулярное распространение опухоли;

T3b - экстракапсулярное распространение опухоли с инвазией семенных пузырьков;

T 4 - опухоль неподвижна или распространяется в отличные от семенных пузырьков прилежащие структуры: шейку мочевого пузыря, наружный сфинктер, прямую кишку, мышцу поднимающую анус и/или стенку таза.

Симптоматика и клиническое течение РПЖ

1. Сдавливание опухолью мочеиспускательного канала приводит к сдавлению уретры. Она проявляется учащенным, затрудненным мочеиспусканием, слабой струей мочи и чувством неполного опорожнения мочевого пузыря. Периодически возникает острая задержка мочеиспускания.
2. Боли в промежности, крестце, над лоном, в головке полового члена,
3. Гемоспермией, гематурией и эректильной дисфункцией.
4. Сдавливание устьев и предпузырных отделов мочеточников приводит к развитию гидроуретеронефроза, хронического пиелонефрита и хронической почечной недостаточности.
5. Вовлечение в опухолевый процесс стенки прямой кишки вызывает сужение его просвета, проявляющееся тенезмами и запорами.

Симптоматика и клиническое течение РПЖ

Излюбленной локализацией метастазов РПЖ является костная ткань, прежде всего кости таза, позвоночника, ребер, черепа. Метастазы вызывают упорные, интенсивные боли, которые в ряде случаев могут быть единственным и первым признаком заболевания. Реже метастазирование происходит в легкие, печень, головной мозг. В результате поражения лимфоузлов развиваются лимфостаз и отек нижних конечностей. Паралегия свидетельствует о компрессии спинного мозга.

Симптомы РПЖ появляются лишь на поздних стадиях заболевания. Для выявления его ранних форм требуется активная диагностическая позиция, то есть использование скрининга заболевания. Он заключается в широком профилактическом осмотре мужского населения старше 50 лет с выяснением факторов риска заболевания (наследственность, особенности питания и др.), проведении пальцевого ректального исследования простаты, взятии крови для определения ПСА и УЗИ.

Диагностика РПЖ

При Т 2 выявляются небольшие очаговые плотные участки в предстательной железе.

Последняя может быть асимметрична и увеличена за счет сопутствующей ДГПЖ.

Частое сочетание этих заболеваний обуславливает тот факт, что больные обращаются к урологу по поводу вызванных ДГПЖ расстройств мочеиспускания, а РПЖ выявляется во время обследования.

При Т 3 – 4 опухоль определяется в виде плохо смещаемых плотных бугристых участков различных размеров. На более поздних стадиях она занимает всю предстательную железу, приобретает каменистую плотность, лишена подвижности, распространяется на семенные пузырьки и может при прорастании в стенку прямой кишки ограничивать ее подвижность и суживать просвет кишки.

Диагностика РПЖ

ПСА. Рекомендуется определять ПСА до пальцевого ректального исследования предстательной железы.

Высокие значения ПСА указывают на вероятность РПЖ, но не означают, что у больного имеется данное заболевание. Даже при ПСА менее 4 нг/мл вероятность развития РПЖ колеблется от 10 до 20 %, а в диапазоне так называемой серой зоны - от 4 до 10 нг/мл - он выявляется в 30-35 %. При превышении ПСА 10 нг/мл риск выявления РПЖ возрастает до 60-65 %.

PSA 3 (Prostate cancer antigen 3) - продукт гена DD3, гипер-экспрессия которого определяется в 95 % опухолевых клеток. Он обнаруживается в моче больных с РПЖ, полученной после массажа предстательной железы и является специфическим маркером РПЖ и позволяет со значительно большей точностью отобрать пациентов для выполнения биопсии простаты.

При исследовании эякулята может обнаруживаться большое количество эритроцитов (**гемоспермия**).

Основными методами визуализации предстательной железы являются различные модификации **УЗИ, КТ, МРТ**, которые помогают установить окончательный диагноз и стадию заболевания.

Диагностика РПЖ

Окончательно установить диагноз и стадию РПЖ позволяет мультифо-кальная биопсия предстательной железы специальной иглой через прямую кишку под контролем трансректального ультразвукового датчика.

Количество вколов и полученного биопсийного материала варьирует от 12 до 14.

Трансректальная биопсия позволяет установить патоморфологический диагноз, определить объем, распространенность и степень дифференцировки опухоли.

Показаниями к первичной биопсии простаты являются:

- ПСА более 4 нг/мл, скорость прироста ПСА более 0,75 нг/мл в год и время удвоения его менее 12 мес.
- выявление подозрительных участков при пальцевом ректальном исследовании, наличие гипоэхогенных зон при трансректальной сонографии.

Рак мочевого пузыря

- Рак мочевого пузыря - второе по частоте злокачественное заболевание органов мочевой системы после рака предстательной железы, составляет 3-4 % всех новообразований человека. Мужчины болеют раком мочевого пузыря примерно в 3-4 раза чаще женщин.
- Рак мочевого пузыря - понятие, объединяющее различные по своим биологическим свойствам новообразования, однако более 70 % случаев приходится на прогностически благоприятные поверхностные, высокодифференцированные опухоли. В настоящее время это заболевание рассматривают с позиций концепции «опухолевого поля», согласно которой канцерогенез - следствие генетической нестабильности эпителиальной выстилки приводящей к неопластической трансформации в различных отделах мочевых путей от почечной лоханки до мочеиспускательного канала. Этим можно объяснить случаи мультифокального поражения мочевого пузыря и высокую (до 70 %) частоту рецидивирования поверхностного рака после радикального хирургического лечения.

Стадии рака мочевого пузыря

Tis - карцинома in situ, плоская опухоль.

T1 - опухоль врастает в соединительную ткань подэпителиального слоя.

T 2 a - опухоль врастает в поверхностный слой детрузора, b - опухоль врастает в глубокий слой детрузора.

T 3 a - опухоль врастает в околопузырную клетчатку микроскопически, b - опухоль врастает в околопузырную клетчатку макроскопически.

T 4 a - опухоль врастает в предстательную железу, матку или влагалище, б - опухоль врастает в стенку таза или брюшную стенку.

Опухоли категории Tis, Ta и T1 относят к категории поверхностных новообразований, карциномы с большей глубиной врастания в стенку мочевого пузыря и распространением за его пределы называют инвазивными.

Симптомы рака мочевого пузыря

Гематурия - наиболее частый и ранний признак рака мочевого пузыря который отмечают 60-80 % больных. Терминальная гематурия чаще всего наблюдается при расположении опухоли в шейке мочевого пузыря и возникает вследствие травматизации при сокращении мочевого пузыря в конце акта мочеиспускания. Маленькая опухоль может вызвать макрогематурию, сопровождающуюся тампонадой мочевого пузыря сгустками крови, что требует экстренного оперативного вмешательства, а крупные, инфильтрирующие стенку мочевого пузыря новообразования могут проявляться лишь микрогематурией.

Частота эпизодов макрогематурии значительно варьирует и после однократного проявления может не повторяться несколько месяцев или лет. Это затрудняет своевременное обнаружение заболевания. При запущенных и распадающихся опухолях мочевого пузыря гематурия обычно имеет постоянный характер, а ее интенсивность может привести к угрожающей жизни больного кровопотере.

Симптомы рака мочевого пузыря

Дизурия - болезненное или сопровождающееся дискомфортом, обычно с резью или жжением мочеиспускание. Часто возникает при расположении опухоли в области треугольника Льево

Обструктивные симптомы могут свидетельствовать о частичном перекрытии опухолью внутреннего отверстия мочеиспускательного канала или ее распространении на простатический отдел уретры у мужчин. При присоединении цистита, а также сопутствующей ДГПЖ, мочеиспускание становится не только учащенным, но и затрудненным. Выраженность дизурии значительно возрастает при присоединении инфекции мочевых путей и распаде опухоли. При этом моча может содержать гной и кусочки некротизированной опухолевой ткани, приобретает щелочную реакцию и зловонный запах.



Симптомы рака мочевого пузыря

Боли у больных раком мочевого пузыря не всегда связаны с актом мочеиспускания. Чаще всего они локализируются в надлобковой области и, как правило, свидетельствуют о значительном местном распространении злокачественного процесса.

Иррадиация болей в промежность, половые органы, крестец, бедро указывает на поражение нервных узлов, а боли в поясничной области обычно связаны со сдавлением опухолью устьев мочеточников с последующим развитием гидроуретеронефроза и присоединением пиелонефрита.

При атаке пиелонефрита отмечают повышение температуры тела, ознобы. Двусторонний гидронефроз приводит к развитию почечной недостаточности, которая может сопровождаться жаждой, тошнотой, сухостью во рту, потерей аппетита и другими симптомами. Хронический пиелонефрит - часто встречающееся осложнение у больных раком мочевого пузыря, занимает первое место среди причин смерти при этом заболевании.

При распространении ракового процесса на расположенные рядом органы (влагалище, прямую кишку) может происходить образование мочевых свищей с соответствующей локализацией и клинической симптоматикой.

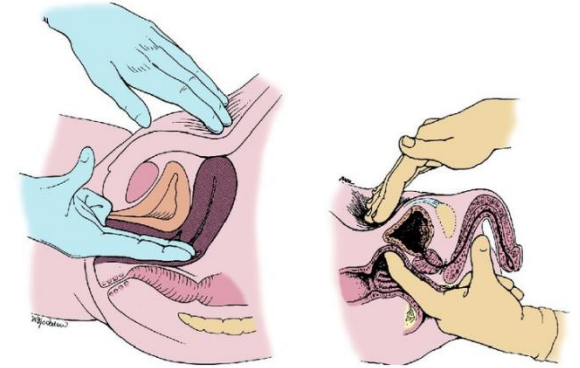
Диагностика рака мочевого пузыря

Оценка жалоб больного и сбор анамнеза позволяют при наличии характерных симптомов заподозрить наличие рака мочевого пузыря, а также предположительно судить о длительности течения и распространенности заболевания.

Бимануальная пальпация мочевого пузыря - обязательный метод исследования при подозрении на наличие инвазивного рака. Ее выполняют при опорожненном мочевом пузыре через прямую кишку у мужчин и влагалище у женщин, при этом другая рука врача располагается над лоном. Характерным признаком инвазивных новообразований является наличие плотного инфильтрата в области мочевого пузыря, а при местном распространении рака в паравезикальную клетчатку и органы малого таза инфильтрат становится неподвижным.

Бимануальная пальпация мочевого пузыря

- позволяет диагностировать крупные опухоли, конкременты мочевого пузыря, конкременты, инородные тела, большие дивертикулы и **изменения паравезикальной клетчатки.**



Диагностика рака мочевого пузыря

- Цитологическое исследование осадка мочи у больных с подозрением на рак мочевого пузыря позволяет с высокой специфичностью (около 80 %) выявить опухолевые клетки. ВТА-тест (bladder tumor antigen); NMP-22-тест (nuclear matrix protein) и другие, основанные на иммуногистохимических реакциях.
- Экскреторная урография - метод дает представление о функциональной способности почек, проходимости мочевых путей, динамике опорожнения почечной лоханки и мочеточников. Примерно у 10 % больных раком мочевого пузыря встречаются переходно-клеточные опухоли верхних мочевых путей. Ретроградной (восходящей) цистографии мочевой пузырь заполняют жидким рентгеноконтрастным веществом с помощью катетера. При этом можно получить более четкое изображение новообразования мочевого пузыря, а также выявить пузырно-мочеточниковый рефлюкс. УЗИ, КТ, МРТ.
- Цистоскопия с трансуретральной биопсией стенки мочевого пузыря вместе с опухолью - заключительный этап и ведущий метод диагностики у больных с подозрением на опухоль мочевого пузыря.

Рак почки

В зависимости от локализации все новообразования почки можно разделить на опухоли почечной паренхимы и опухоли почечной лоханки. По гистологическому строению выделяют доброкачественные и злокачественные опухоли. Последние встречаются значительно чаще.

В связи с клинической значимостью и особыми подходами к лечению выделяют двусторонние опухоли почек, опухоли единственной почки и вторичные (метастатические) опухолевые поражения.

Опухоли почечной паренхимы.

Злокачественные опухоли: почечно-клеточный рак, саркома, нефробластома (опухоль Вильмса).

Опухоли почечной лоханки.

Злокачественные опухоли: переходно-клеточный рак, плоскоклеточный рак, слизисто-железистый рак, саркома.

У взрослых самой частой опухолью почки является почечно-клеточный рак, а у детей - нефробластома (опухоль Вильмса).

Классификация рака почки

T1 - опухоль до 7,0 см, ограничена почкой.

а - опухоль 4 см и меньше.

б - опухоль больше 4 см, меньше 7 см.

T2 - опухоль больше 7,0 см, ограничена почкой.

T3 - опухоль распространяется на крупные вены, надпочечники или околопочечные ткани, но в пределах фасции Героты

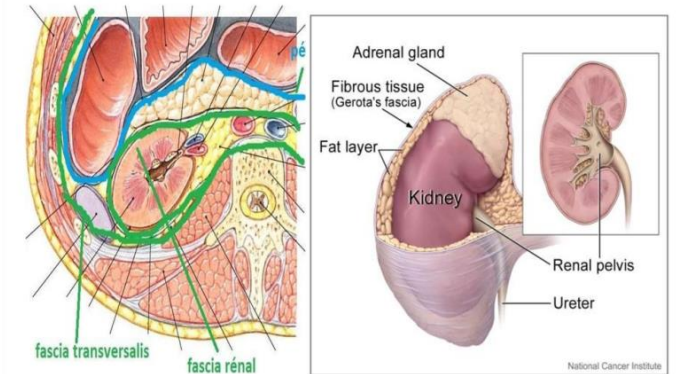
а - опухоль распространяется на надпочечники или околопочечные ткани, но в пределах фасции Героты.

б - распространение опухоли на почечную вену, полую вену, ниже диафрагмы.

с - распространение опухоли на полую вену, выше диафрагмы.

T4 - опухоль распространяется за пределы фасции Героты.

Фасция Герота (почечная фасция, *fascia renalis*) — фасция, окружающая почку и образующая вокруг нее и жировой капсулы фасциальную, или наружную, капсулу.



Классификация рака почки N M

Регионарными лимфатическими узлами являются паракавальные, парааортальные, а также расположенные в области ворот почки. Именно эти лимфатические узлы поражаются в первую очередь, поэтому при выполнении радикальной нефрэктомии обязательно нужно проводить ревизию регионарных лимфатических узлов.

Отдаленные метастазы наблюдаются почти у половины больных с опухолью почки.

Метастазами поражаются в первую очередь органы с обильным кровоснабжением, имеющие тесную связь своей венозной системы с венозной системой почки.

Самая частая локализация отдаленных метастазов - легкие, далее следуют кости, печень, мозг.

Нередко отдаленные метастазы появляются через много лет после удаления первичного очага при нефрэктомии. Кроме этого факта, отмечены случаи самопроизвольного исчезновения метастазов в легкие после удаления пораженной опухолью почки.

Симптомы рака почки

Макрогематурия. Ее причины - прорастание опухолью чашек и лоханки, а также разрушение почечных сосудов разрастающейся опухолевой массой и разрыв форникальных вен. Кровь в моче обычно появляется, казалось бы, на фоне полного здоровья, и так же внезапно макрогематурия прекращается.

При обтурации мочеточника сгустками крови может нарушаться отток мочи из почки, при этом возникают боли разной интенсивности вплоть до почечной колики.

Боль в поясничной области может быть связана с растяжением фиброзной капсулы почки вследствие отека почечной ткани, прорастания ее опухолью, с натяжением почечных сосудов. Выраженность боли варьирует в широком диапазоне: от незначительной до весьма существенной на поздних стадиях опухолевого процесса.

NB. Гематурия при опухоли почки называют «предболевой», в отличие, например, от «постболевой» при мочекаменной болезни.

Симптомы рака почки

Пальпируемое образование в поясничной области определяется на поздних стадиях заболевания.

Обычно удастся прощупать опухоль, исходящую из нижнего полюса почки. При этом пальпируемый участок почки бугристый, плотный, чаще всего безболезненный. У тучных пациентов не всегда возможна пальпация даже значительно увеличенной почки. Пальпацию необходимо проводить в положениях больного на спине, на боку, стоя.

Варикоцеле - расширение вен семенного канатика вследствие сдавления нижней полой или левой почечной вены увеличенными лимфатическими узлами или прорастающей опухолью. При этом происходит ретроградный сброс венозной крови через яичковую вену. Появление варикоцеле у пациентов среднего и старшего возрастов, как и развитие варикоцеле с правой стороны, - основание для тщательного исследования почек на предмет выявления опухоли.

Общие симптомы рака почки

Лихорадка чаще всего субфебрильная, постоянная и продолжительная. Повышение температуры тела связано с выделением опухолью токсичных веществ, лихорадка редко сопровождается ознобами или достигает 38-39°C.

Анемия не связанная с кровотечением или гемолизом, цветовой показатель обычно в норме. Препараты железа чаще всего неэффективны. Причина анемии при опухоли почки - угнетающее влияние на эритропоэз выделяемых опухолью токсичных веществ.

Паранеопластический эритроцитоз связан с усилением выработки эритропоэтина опухолью или неизменной почечной паренхимой вследствие гипоксии.

Артериальная гипертензия связанная с повышением продукции ренина в пораженной опухолью почке.

Гиперкальциемия, похудание, слабость, снижение аппетита, ухудшение сна, вызываемые интоксикацией продуктами опухолевого метаболизма.

Диагностика рака почки

Ультразвуковое исследование имеет исключительное значение в диагностике опухолей почки. Признак опухоли почки - изменение контура почки за счет образования тканевой акустической плотности.

Наличие гипоэхогенных участков в этом новообразовании свидетельствует о процессах опухолевого распада. **КТ, МРТ.**

При обзорной рентгенографии почек можно выявить изменение контура почки за счет выпячивания опухолевого образования. Экскреторная урография позволяет обнаружить характерные для опухолевого поражения почки признаки, а также оценить функцию противоположной почки. Последнее весьма важно, поскольку основной метод лечения опухоли почки - нефрэктомия.

Ангиография (аортография и селективная почечная ангиография). Расширение почечной артерии с пораженной стороны, наличие участков повышенной васкуляризации, изменение сосудистого рисунка - наличие беспорядочных, разных по величине и форме скоплений контраста в опухолевой ткани.

Диагностика рака почки

Ультразвуковое исследование имеет исключительное значение в диагностике опухолей почки. Признак опухоли почки - изменение контура почки за счет образования тканевой акустической плотности.

Наличие гипоэхогенных участков в этом новообразовании свидетельствует о процессах опухолевого распада. **КТ, МРТ.**

При обзорной рентгенографии почек можно выявить изменение контура почки за счет выпячивания опухолевого образования. Экскреторная урография позволяет обнаружить характерные для опухолевого поражения почки признаки, а также оценить функцию противоположной почки. Последнее весьма важно, поскольку основной метод лечения опухоли почки - нефрэктомия.

Ангиография (аортография и селективная почечная ангиография). Расширение почечной артерии с пораженной стороны, наличие участков повышенной васкуляризации, изменение сосудистого рисунка - наличие беспорядочных, разных по величине и форме скоплений контраста в опухолевой ткани.



4. Рак щитовидной железы



Рак щитовидной железы

Рак щитовидной железы — это онкологическое заболевание, при котором злокачественная опухоль располагается в структуре щитовидной железы. Образование развивается в результате онкологической трансформации эпителиальных клеток железы (фолликулярных или парафолликулярных).

Гистологические формы рака (определяют прогноз для больного):

1. Папиллярный (около 76%) – имеет самое доброкачественное течение
2. Фолликулярный (около 14%) - хуже и далее еще хуже прогноз
3. Медуллярный (около 5-6 %)
4. Недифференцированный и анапластический рак (около 3,5-4%) – 5 месяцев от обнаружения
5. Саркома, лимфома, фибросаркома, эпидермоидный рак, метастатический рак составляют 1-2 % от всех злокачественных новообразований щитовидной железы.

Классификация рака щитовидной железы

T1 – опухоль размером до 2 см в наибольшем измерении, ограниченная тканью ЩЖ; а – опухоль размером <1 см, ограниченная тканью ЩЖ; б – опухоль размером более 1, но менее 2 см в диаметре,

T2 – опухоль размером более 2, но не более 4 см в наибольшем измерении, ограниченная тканью ЩЖ;

T3 – опухоль размером >4 см в наибольшем измерении, ограниченная тканью ЩЖ, или любая опухоль с минимальным распространением за пределы капсулы (в *m. sternothyroid* или мягкие ткани около ЩЖ);

а – опухоль размером >4 см, ограниченная тканью ЩЖ; б – любого размера опухоль с макроскопическим распространением за пределы капсулы ЩЖ с инвазией только в подподъязычные мышцы;

T4 – массивное распространение опухоли за пределы капсулы ЩЖ;

Симптомы рака щитовидной железы

1. Пальпируемый узел в щитовидной железе, увеличение железы
2. Увеличением лимфоузлов на шее
3. Охрипlostью и огрубением голоса из-за давления опухоли на нерв гортани,
4. Затрудненностью в глотании и дыхании из-за сдавливания опухолью пищевода или трахеи.

Функции щитовидной железы, как правило, остаются в пределах нормы и лишь при значительных размерах опухоли могут развиваться гипотиреоз и умеренный тиреотоксикоз (значительно реже). Когда в опухолевый процесс вовлекается сосудисто-нервный пучок, на коже появляется густая сеть резко расширенных вен.

В иных случаях первые клинические признаки рака щитовидной железы являются уже результатом его метастазирования в легкие, кости или реже в головной мозг и надпочечники.

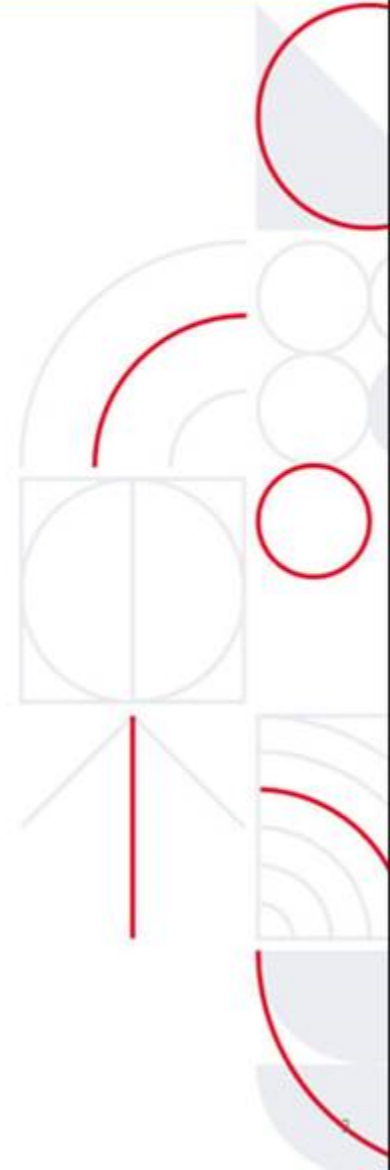
Диагностика рака щитовидной железы

1. осмотр щитовидной железы онкологом и отоларингологом, оценку клинической картины
2. УЗИ в силу своей безопасности и большой пропускной способности широко применяется при профилактических осмотрах и позволяет выявить узловые образования в щитовидной железе, не обнаруживаемые при пальпации, а также выполнить прицельную биопсию узла.
3. радиоизотопное (полуфункциональное) исследование щитовидной железы. При этом очаг опухоли представляется в виде дефекта накопления изотопа.
4. биохимические исследования (определение уровня гормонов, участвующих в регуляции активности щитовидной железы – ТТГ, Т3, Т4).
5. биопсию щитовидной железы с последующим гистологическим и иммунохимическим лабораторным исследованием материала (основной метод верификации рака).



Домашнее задание

- Изучить литературу по данной теме
- Повторить конспект лекции





Список литературы

Основная литература:

1. Пропедевтика внутренних болезней. Гребенев А. Л., 6-е изд. М., 2015.
2. Пропедевтика внутренних болезней. Мухин Н.А., Моисеев В.С., изд. дом ГЕОТАР-МЕД. М., 2017.
3. Пропедевтика внутренних болезней. Учебное пособие. Под ред. Шамова И. А., М., 2017.

Дополнительная литература:

1. Черезов А. Е. Общая теория рака: тканевый подход. Изд-во МГУ, 1997.- 252 с.



Спасибо за внимание.