

**Ташкентский Педиатрический Медицинский  
Институт**

**Курс Онкологии**

**Тема лекции:**

**Организация онкологической помощи населению в  
Узбекистане. Современные аспекты канцерогенеза.  
Вопросы деонтологии в онкологии.**

**Лектор: д.м.н., проф. Хакимов Г.А.**

**Ташкент - 2009**

Тема  
лекции  
:  
Организация  
онкологической  
помощи  
и  
населению  
в  
Узбекистане.  
Современные  
аспекты  
канцерогенеза.  
Вопросы  
деонтолог

## **ии в онкологии.**

**2 часа.**

**Цель лекции:** Обучить студента принципам взаимосвязи городских лечебных учреждений, участковых врачей с онкологами-специалистами. Заполнение учетно-отчетной документации. Принципы деонтологии в онкологии.

### **План лекции:**

1. Введение.
2. Организация онкологической помощи населению в Узбекистане.
3. Современные аспекты канцерогенеза.
4. Вопросы деонтологии в онкологии.

### **Содержание лекции:**

Онкологическая служба нашей республики формировалась как составная часть онкологической службы Советского Союза и по настоящий день следует положениям советской онкологической службы. Еще до окончания войны 30.04.1945 года правительство СССР издало постановление о восстановлении онкологической службы. Этим постановлением в основу организации онкологической помощи было положено создание строго районированной сети онкологических учреждений.

Онкологическая сеть. В настоящее время онкологическая сеть нашей республики имеет следующую принципиальную структуру: Республиканский Онкологический Научный Центр является головным учреждением всей онкологической службы Узбекистана. В областных центрах имеются онкологические диспансера, а также имеется Ташкентский Городской Онкологический Диспансер для оказания онкологической помощи населению города Ташкента. Диспансер функционально является вспомогательными учреждениями РОНЦ. Онкологический диспансер является лечебно-профилактическим учреждением, в задачу которого входит обеспечение населения специализированной стационарной и поликлинической помощью.

Весьма важной функцией онкодиспансера является организационно-методическое руководство мероприятиями по борьбе с раковыми заболеваниями в области. Сюда входит санитарно-просветительная пропаганда, организация профилактических осмотров, контроль за лечением больных раком и предраковыми заболеваниями в учреждениях общей лечебной сети, подготовка по онкологии врачей общей сети, разбор запущенных случаев рака.

Онкологический диспансер состоит из двух основных подразделений – стационара и диспансерно-поликлинического отделения.

Поликлиника онкологического диспансера осуществляет прием больных с подозрением на наличие опухоли или предопухолевыми заболеваниями, амбулаторное лечение этих групп больных и диспансерное наблюдение за больными, прошедшими лечение по поводу злокачественных опухолей.

Больные злокачественными опухолями находятся на диспансерном учете и наблюдении в онкологических учреждениях с момента установления диагноза злокачественной опухоли и до смерти. На диспансерном учете и наблюдении онкологических диспансеров находятся все больные злокачественными опухолями вне зависимости от того, где они лечились – в онкологическом учреждении или в больницах общей лечебной сети.

В целях систематизации учета и диспансерного наблюдения все онкологические больные подразделяются на 4 клинические группы:

**Группа Ia** – больные с подозрением на рак.

**Группа Ib** – больные с предопухолевыми заболеваниями

**Группа II** – больные злокачественными опухолями, подлежащие специальному лечению.

**Группа IIa** – больные злокачественными опухолями, подлежащие радикальному лечению.

**Группа III** – больные злокачественными опухолями, прошедшие радикальное и специальное лечение.

**Группа IV** – больные с далекозашедшим опухолевым процессом, подлежащие симптоматическому лечению.

Приведенная классификация широко используется в практике учета и диспансеризации больных злокачественными опухолями.

Все онкологические диспансеры, РОНЦ, кабинеты общих больниц и поликлиник ежегодно представляют в органы здравоохранения отчеты о больных злокачественными опухолями. Эти отчеты содержат три основных раздела: контингенты больных, взятых на учет и состоящих на учете, сведения об умерших от злокачественных опухолей и сведения о лечении больных злокачественными опухолями.

Первичным звеном онкологической сети является онколог поликлиники, который работает на базе общей поликлиники и административно подчиняется главному врачу поликлиники.

Районный онколог проводит: первичный или консультативный прием больных, организует госпитализацию больных злокачественными опухолями, осуществляет учет и диспансеризацию больных проживающих на территории района, проводит лечение больных по согласованию или по назначению онкологического диспансера. Районному онкологу отводится основная роль в организации противораковых мероприятий в своем районе.

**Современные теории канцерогенеза** в настоящее время является одним из бурно развивающихся направлений в онкологии. Эту проблему исчерпать не могут даже современные руководства. Хотя наши знания касательно аспектов канцерогенеза требуют дополнительно огромных научных изысканий, но уровень изученного позволяет в некоторой степени выделить группы повышенного риска, прогнозировать течение ракового процесса, оценивать эффективность терапии, применять методы индицирования нормализации раковых клеток, что является дополнением к цитотоксической терапии. Все эти позиции делают рассматриваемую проблему актуальной.

По информации экспертов ВОЗ смертность от онкологических заболеваний занимает 3 место после сердечно-сосудистых заболеваний и смертности от

травматического генеза. Ежегодно от злокачественных новообразований в мире погибает около 6 млн. людей, т.е. каждые 5 секунд в мире умирало 967 человек. К 2020 году ожидается увеличение выявления новых случаев рака и смерти от него соответственно 9 – 15 млн ежегодно.

Согласно сведениям международного агентства по изучению рака в Лионе к настоящему моменту наиболее часто злокачественные опухоли поражают легкие, желудок, толстую и прямую кишку, печень, молочную железу, пищевод, ротоглотку, шейку матки.

Этиология онкологических заболеваний.

1. Табакокурение провоцирует развитие рака легкого у 85% мужчин и 46% женщин в развивающихся странах уже выше – уже выше соответственно 91% и 62%.
2. Употребление за последние 30 лет в индустриально развитых странах пищи, богатой витаминами, а также свежих фруктов и овощей привело к тому, что рак желудка в 2/3 всех наблюдений встречается в развивающихся странах. Поэтому большая часть риска развития опухолей желудка в развитых странах отводится *Helicobacter Pylori*.
3. Потребление продуктов, бедных пищевыми волокнами, красного мяса, повышенная калорийность пищи вдохновляет развитие колоректальных карцином во многих регионах мира. Но существуют и генетические предпосылки развития опухолей этих локализаций – диффузный семейный полипоз, синдром Гарднера-Турко. Нарушение гормональной регуляции увеличивает риск этого варианта рака у женщин с опухолью эндометрия.
4. Более половины всех случаев рака молочной железы диагностируется в индустриально развитых странах, что зависит от стиля жизни и гормонально обусловленных факторов риска развития заболевания, к которым относятся постменопаузальное ожирение и злоупотребление пищей, богатой животными жирами.
5. Табак и алкоголь, особенно в комбинации, является наиболее важными факторами риска развития рака пищевода и ротоглотки. Курение ассоциируется с

возникновением карциномы эзофага у 45% мужчин и 11% женщин. Около 85% случаев рака пищевода и 75% карцином ротоглотки регистрируется в развивающихся странах.

6. передающиеся посредством полового контакта вируса папилломы человека причина развития рака шейки матки у 95% заболевших.

7. За счет вируса В и С вероятность развития рака печени возрастает в 2 раза. Эти облигатные канцерогены и афлотоксин В<sub>1</sub>, сочетающиеся с гепатитом В ассоциируется с 83% гепатоцеллюлярного рака.

Помимо перечисленного выше развитию злокачественных новообразований благоприятствуют:

1. Профессиональные факторы 4%.
2. Загрязнение окружающей среды 2%.
3. Побочные продукты производства 1%.
4. Медицинские процедуры и лекарственные препараты 1%.
5. Геофизические факторы 3%.

Среди профессиональных факторов риска доказана роль:

- Распыляемых инсектицидов (мышьяк) в развитии рака легкого
- Обогащение (рафинирование, очищение) никеля в возникновении опухолей параназальных синусов.
- Процесса хромирования в рождении рака легкого.
- Переработка сланца и нефти (полинуклеонарных ароматических гидрокарбонатов) в происхождении рака мошонки.
- Производство винилхлорида в индукции рака печени.
- Экспозиции 2-нафтиламина во время добычи газа с учащением заболеваемости рака желчного пузыря.
- Изготовление шин (бензола) в возникновении лейкозией.

Таким образом, на сегодня при различных онкологических формах карцином уже выделена целая гамма факторов, этиологическое значение которых установлено или предполагается достаточно определено. Это с одной стороны.

С другой – такое многообразие этиологических факторов демонстрирует поликаузализм и существование различных патогенетических форм рака различных локализаций, что, в свою очередь позволяет считать вопрос о их патогенетическом полиморфизме закрытым.

Концепция полиморфизма не отвечает на вопрос, как отличающийся по многим свойствам внешние и внутренние факторы приводят к возникновению злокачественных новообразований, т.е. они не раскрывают механизм общего знаменателя, нивелирующего или унифицирующего разнообразие канцерогенов.

Считается, что опухолевые клетки образуются из обычных клеток с нарушенной дифференцировкой, а формирование неоплазм обусловлено возникновением нерегулируемого роста клеток, т.е. туморогенез – это своеобразная карикатура на гистогенез и пролиферацию.

Традиционная общепринятая схема трансформации, состоит в том. Что в ее первой фазе – инициации, происходят необратимые изменения генома клетки. На втором этапе – промоции, идет последовательное, постепенное превращение частично малигнизированной клетки, в опухолевую с присущей ей биологическими чертами и пролиферацией последней с формированием опухоли.

Экспериментальные данные убедительно свидетельствуют о многостадийности онкогенеза, т.е. о том, что злокачественная трансформация не происходит как единовременный процесс. Математические расчеты показывают, что для этого требуются по крайней мере 1-3 (при врожденном генетическом дефекте) или 4-7 дополнительных воздействий на латентные промежуточные клетки. Экстраполируя сказанное, можно предполагать, что для рождения карцином у человека также необходимы изменения не менее 6-10 генетических факторов.

Таковыми могут быть:

- Точечные мутации в кодирующих и регуляторных областях онко- и антионкогенов.
- Амплификация (увеличение числа копий онкогенов).
- Активация генов под влиянием промоторов.

- Утрата отдельных аллелей и генных локусов в результате делеции и хромосомных перестроек.
- Модуляция экспрессий генов на уровне транскрипции и трансляции.

Большинство генетических исследований подтверждают, что опухоли развиваются из одной клетки. Таковыми являются клетки самого глубокого внутреннего базального слоя или иначе стартовой зоны эпителия, способные размножаться и перемещаться на поверхность, где они становятся специализированными, а затем подвергаются иволютивным изменениям.

При воздействии канцерогенного фактора начальные повреждения одного или несколько генов камбиальной соматической клетки могут возникнуть в одной или одновременно нескольких пролиферативных единицах, создавая опухолевое поле, что, в дальнейшем иногда может проявиться как мультицентрически рост злокачественного новообразования.

Обычно при ранних стадиях опухоли выявляются определенное количество мутаций, передающихся из поколения в поколение в виде расширяющего спектра адаптивного генетического хауса.

#### Деонтология в онкологии

В онкологии как ни в одной из других областей медицины создаются наиболее драматичные ситуации, требующие к себе самого бережного, тактичного и мужественного отношения в выполнении этой трудной и благородной задачей врачу и медицинской сестре отводится большая роль.

Небольшое по абсолютному количеству число онкологических заболеваний приводит к тому, что большинство дети, родители и близкие больного не знают о возможности возникновения новообразования у человека. Отсутствие даже минимальных сведений доступных для близких об опухолях создает такое положение, когда сообщение о том что у их близкого человека имеется опухолевидное образование, застаёт близких, как правило врасплох. Это связано еще с тем, что в большинстве случаев злокачественная опухоль обнаруживаются тогда, когда больной выглядит относительно здоровым. И когда детям, близким

больного окончательно сообщают что у их отца или матери злокачественная опухоль, это сообщение воспринимается в семье как катастрофа.

Следует всегда помнить, что от первой встречи с родителями, детьми, близкими больного со злокачественной опухолью зависит, как сложатся взаимоотношения между врачом, медицинской сестрой и родителями в дальнейшем. А эти отношения важны для успешного лечения и ухода за ребенком. Близкие больного, узнав о предполагаемом диагнозе, начинают выяснять у окружающих (и часто в первую очередь у медицинской сестры) все, что касается заболевания их близкого. Они сомневаются в диагнозе, они не могут поверить, что их отец или мать (муж, жена, дети) могут заболеть злокачественной опухолью. Многие из них начинают метаться от врача к врачу, некоторые обращаются к различным знахарям и экстрасенсам. Другая часть поверив в диагноз, сразу «опускает руки», отказывается от проведения диагностических процедур и от лечения. Мы врачи всегда должны помнить, что близкие заболевшего больного сами становятся в известном смысле больными людьми. Иногда на глазах меняется их отношение к окружающим, особенно к мед-персоналу. Они становятся раздражительными, иногда несправедливыми, грубыми. А мы, врачи и медсестры, должны быть выдержанные, мужественные, добрые и сильные чем убитые горем близкие больного. Нужно уметь многое прощать им, понимая, какое горе переживают близкие больного.

Уже в этот период, когда близкие больного впервые узнают о диагнозе, медсестра становится участницей отношений, возникающих между ними и врачом. Вопросы, которые близкие задают медсестрам (дети, муж, жена и т.п.) могут быть самыми неожиданными, и большинстве случаев медсестра должна отослать близких за разъяснениями к врачу, но не всегда уйдешь от этих вопросов особенно тогда, когда их задают сами больные. Во всех случаях, однако, ответы должны быть согласованы с врачом.

Во время лечения возможны улучшения, ухудшения, даже летальный исход больного и родственники или близкие больного должны быть предупреждены заранее. Возможны побочные эффекты лучевой и химиотерапии, осложнение

лечения о которых близкие больного должны быть предупреждены. Во всех случаях не надо преувеличивать успех и отнимать надежду при неудаче. Нужно убедить родственников больного принимать, каждый прожитый день больного как победу, никогда нельзя отнимать последнюю «каплю надежды» у близких больного, в самых тяжелых случаях заболевания.

В терминальной стадии заболевания врач и медсестра должны быть не только с умирающим больным, но и рядом с его семьей; она нередко нуждается в их помощи и поддержке. Это самый тяжелый час в нашей жизни и работе, но необходимо сделать все для того, чтобы облегчить горе родственников. Нередко при этом они нуждаются в медицинской помощи (необходимо иметь и применять в таких случаях успокаивающие и сердечные средства).

Все деонтологические проблемы, возникающие в онкологии могут быть успешно решены лишь в том случае, если в клинике для больного со злокачественными опухолями работает коллектив единомышленников. В клинике, где лечатся онкологические больные, должны работать беззаветно любящие больных людей, способные как никто другой к сопереживанию, оптимистичные по натуре.