

РЕФЕРАТ

з предмету - Медсестринство в онкології
на тему: «Злоякісні пухлини м'яких тканин і кісток.»

Виконала: студентка групи 4 м/с А

Галушка Марина

Викладач: Рикачевський О. В.

Вінниця 2014

План:

1. Етіологія.
2. Клініка.
3. Злоякісні пухлини м'яких тканин.
4. Злоякісні пухлини кісток.
5. Діагностика.
6. Лікування.
7. Особливості догляду.
8. Профілактика.

Причини:

У чим більш несприятливих умовах знаходиться клітина, тим більша ймовірність виникнення помилок при її діленні. Травматизація шкіри, слизових оболонок або інших тканин організму будь-якими механічними чи хімічними подразниками веде до збільшення ризику виникнення пухлини в цьому місці. Саме це визначає підвищену питому вагу в захворюваності на рак тих органів, слизова яких піддається найбільш інтенсивному природному навантаженню: рак легень, шлунка, товстого кишечника й ін. Подразнення слизової бронхів тютюновим димом, слизової стравоходу й шлунка грубою і гострою їжею, травмування щільним калом ампули прямої кишки й заднього проходу і т.д. веде до предраківих захворювань і ще більше підвищує ризик виникнення рака. Постійно травмовані родимки чи рубці, тривалонезагоювані виразки так само ведуть до інтенсивного клітинного ділення в несприятливих умовах і підвищення цього ризику. В розвитку деяких пухлин важливе значення мають генетичні фактори. Серед відомих "генетичних" пухлин - ретинобластома, невусна базально-клітинна карцинома, трихоепітеліома, множинний ендокринний аденоматоз, феохромоцитома, медулярний рак щитовидної залози, парагангліома, поліпоз товстої кишки. Необхідно однак підкреслити, що механізм дії зовнішніх канцерогенних факторів на клітину остаточно не з'ясований. Роль вірусів у розвитку пухлин у людини залишається суперечливою.



Класифікація

Злоякісні пухлини м'яких тканин (мезенхімальні пухлини):

- Фібросаркома
- Міосаркома
- Ліпосаркома
- Лімфосаркома
- Ангіосаркома

Злоякісні пухлини м'яких тканин (нейрогенні пухлини):

- Хордома
- Хемодектома
- Гангліонейробластома

Злоякісні пухлини кісток:

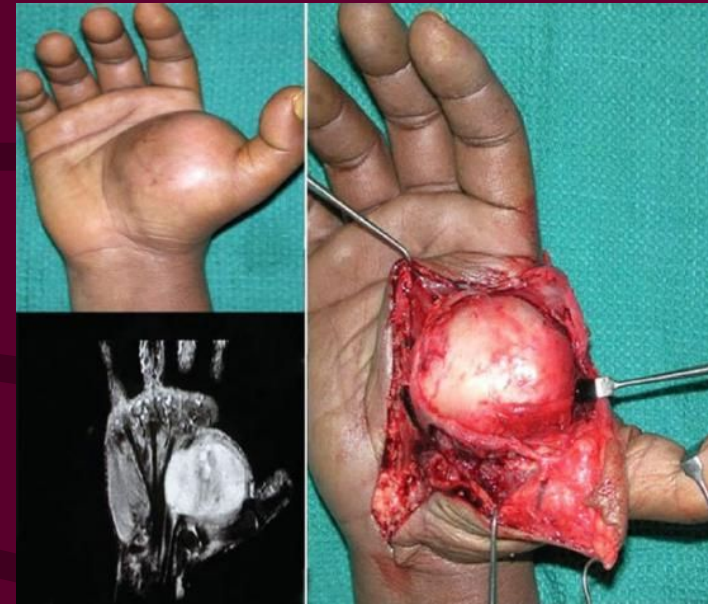
- Хондросаркома
- Остеогенна саркома

Фібросаркома

Рідкісна злоякісна пухлина волокнистої сполучної тканини, зазвичай виникає в глибоких тканинах (м'язах, фасціях, сухожиллях) і відрізняється швидким метастазуванням. Підшкірна клітковина уражається лише при фібросаркомах, розвинулися в попередньо пошкоджених тканинах. Раніше фібросаркома вважалася найбільш часто діагностується м'якотканинних веретенноклеточною саркомою, проте надалі в структурі останньої стали виділяти злоякісні фіброзні гістіоцитомі, фіброматоз і реактивні процеси. Частота фібросаркоми в структурі злоякісних пухлин шкіри становить 50%.

Розвиток фібросаркоми не залежить від статі. Пухлина може з'явитися в будь-якому віці, але найбільш часто в 40-50 років. Розвиток її у дорослих пов'язують з впливом іонізуючої радіації.

Фібросаркома вражає будь-які ділянки шкіри, найчастіше вона виникає на нижніх кінцівках, в першу чергу на стопах, рідше - на голові і тулубі. Вона може розвиватися у глибині нормальної шкіри або на тлі атрофічних рубців після червоного вовчача, радіодерматита, пігментного ксеродерма, а також вогнищ нейрофіброматозу або вибухаючої дерматофібросаркоми.



Клінічні прояви фібросаркоми неспецифічні. На ранньому етапі розвитку це зазвичай щільний підшкірний вузол, синювато-коричневого кольору, шкіра над, яким втягується в процес лише при виразці, агресивно протікає процес. Метастази в навколишні тканини виникають рано. На відміну від інших злоякісних новоутворень, вони мають гематогенний характер, уражаються головним чином легені, рідше - кістки. Особливо високий ризик метастазування рецидивуючих пухлин.



Макроскопічно фібросаркома виглядає, як добре відмежована або псевдоінкапсулірована пухлина.

При мікроскопічному дослідженні видно, що фібросаркома складається з пучків веретеноподібних або круглих клітин, розділених волокнами колагену і має інфільтративний і деструктивний ріст. Строма пухлини може бути багата волокнами і містити осередки міксоматозного перетворення (міксосаркома).



Перебіг фібросаркоми відрізняється швидким ростом пухлини з раннім виразкуванням, рецидивуванням і метастазуванням. Основним прогностичним критерієм є стадія пухлини. При низько диференційованій фібросаркомі є підвищений ризик рецидивування і метастазування. Фібросаркоми у немовлят відрізняються більш сприятливим перебігом, але рецидивування також підвищує ймовірність агресивного перебігу.

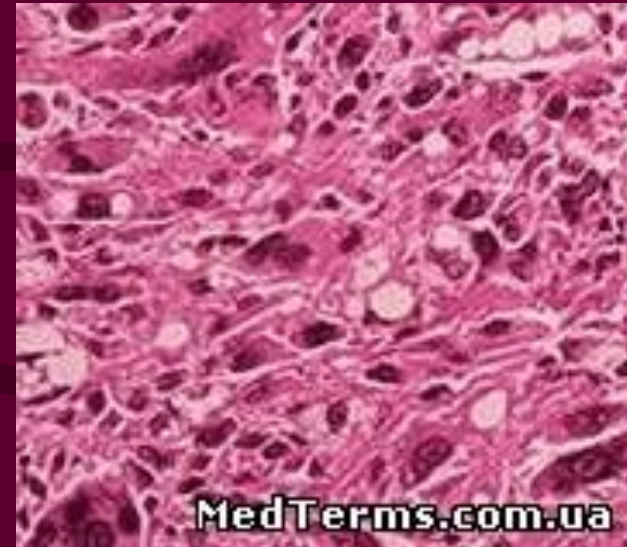
Міосаркома

Злоякісна пухлина м'язової тканини. Розрізняють рабдоміосаркому (походить з поперечносмугастих м'язів) і лейоміосаркому (виникає з гладеньких м'язів). Частота міосаркоми невелика - від 2-4 до 14-20%. Дещо частіше вона спостерігається у чоловіків середнього і похилого віку. Пухлина уражає переважно кінцівки, але може виникати в різних місцях. Вона щільної або щільно-еластичної консистенції, розміщується глибоко в товщі м'яких тканин, обмежено рухома або нерухома, без чітких контурів. Ріст пухлини швидкий, нерідко вона проростає в шкіру, розпадається з утворенням грибоподібних вузлів. Міосаркома рано метастазує гематогенним шляхом.

Діагностують її за даними цитологічного й гістологічного дослідження.

Лікування полягає в широкому висіченні пухлини разом з оточуючими м'язами. При локалізації міосаркоми в дистальних відділах кінцівок показана ампутація.

Прогноз несприятливий.



Ліпосаркома

Злоякісна пухлина, що складається з мезенхімальних клітин, що мають тенденцію до диференціювання в жирові клітини.

Основна клітина ліпосаркоми - ліпобласт, бере початок від недиференційованої мезенхімальної клітини.

Частота ліпосаркоми (по відношенню до м'якотканинних сарком) становить 10-20%. Пухлина зазвичай виникає в середньому і літньому віці, значно частіше у чоловіків.

Етіологія ліпосаркоми вивчена недостатньо. Іноді пухлина розвивається на тлі ліпоми або поблизу нейрофібром, що послужило підставою припускати її зв'язок з нейрофіброматозом. У ряді випадків відзначається зв'язок між розвитком ліпосаркоми і попередньої механічної травмою, променевою терапією. Незважаючи на виявлення в тканини ліпосаркоми екстроген-позитивних рецепторів, роль стероїдних гормонів в її розвитку не доведена.

Клінічно пухлина проявляється дифузним інфільтратом або вузлом діаметром до 20 см. Найбільш часто локалізується в області нижніх кінцівок, в першу чергу в їх проксимальних відділах. Зазвичай воно розташовується між і навколо поперечносмугастих м'язів, іноді - в підшкірній жировій клітковині.

Дещо рідше уражається заочеревинний простір, ще рідше - пахова область, сідниці і гомілки, лише в окремих випадках - області голови і шиї, молочна залоза, порожнина рота, великі статеві губи, кисті, стопи. Описано також множинні ліпосаркоми.

Найчастіше пухлина безсимптомна. Біль відзначається тільки в 15-20% випадків ліпосарком кінцівок. Більш рідкісними симптомами ліпосаркоми нижньої кінцівки є рецидивуючий флебіт або тромбоз глибоких вен, набряк кінцівки, лихоманка. Хворі з заочеревинними пухлинами можуть звертатися з пальпуючою пухлиною, дифузним збільшенням живота, що супроводжується хворобливістю, загальними скаргами чи симптомами, пов'язаними з здавленням внутрішньочеревних органів.

Характерною ознакою ліпосаркоми є наявність зрілих жирових клітин і незрілих, атипових клітин-ліпобластів, що володіють веретеноподібними ядрами. В їх цитоплазмі є краплі жиру, які виявляються при забарвленні свіжозаморожених тканин суданом. Пухлинні клітини можуть містити також муцин. Для виявлення ліпобластів і капілярної мережі використовують фарбування *reticulum silver*. Внутрішньоклітинний глікоген можна ідентифікувати за допомогою позитивної реакції при використанні реактиву Шиффа.



Лімфосаркома

Злоякісна пухлина, морфологічним субстратом, якої є клітинні елементи лімфатичної тканини. Спостерігається в будь-якому віці і локалізується переважно в лімфатичних вузлах, однак нерідко уражуються внутрішні органи і кістковий мозок. Існують декілька морфологічних варіантів лімфосаркоми: нодулярна, лімфоцитарна, лімфобластна, лімфоплазмоцитарна, імунобластна.

Клініка залежить від локалізації пухлини й поширеності процесу. Захворювання розпочинається зі збільшення одного або групи лімфатичних вузлів. Вузли щільні, безболісні, не зв'язані між собою і оточуючими тканинами. При прогресуванні процесу лімфатичні вузли утворюють щільні, малорухомі конгломерати, які можуть проростати в шкіру, нерви, судини і розпадатися. При ураженні лімфатичних вузлів середостіння нерідко розвивається синдром стиснення верхньої порожнистої вени (набряк шиї і верхньої половини тулуба, акроціаноз, задишка). Збільшення лімфатичних вузлів у черевній порожнині призводить до стиснення кишок і розвитку кишкової непрохідності.

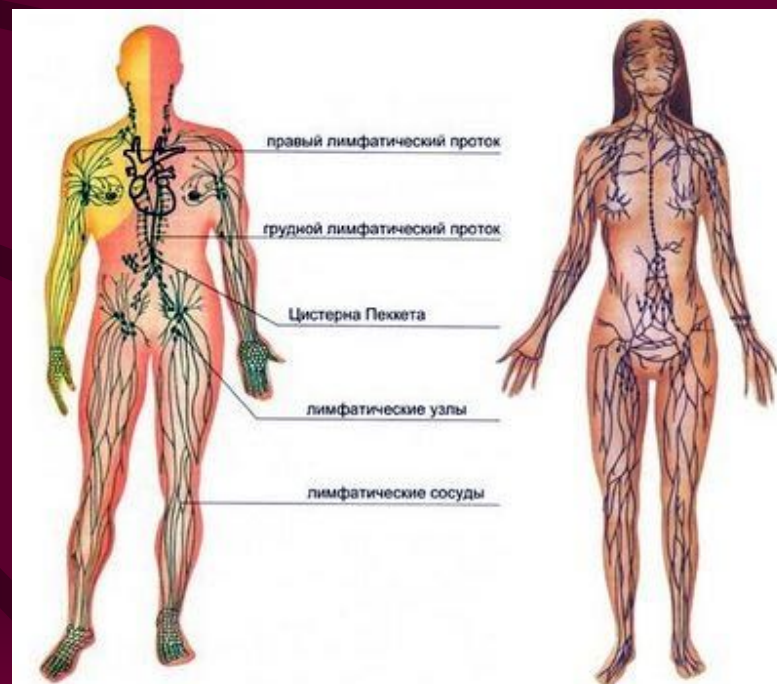
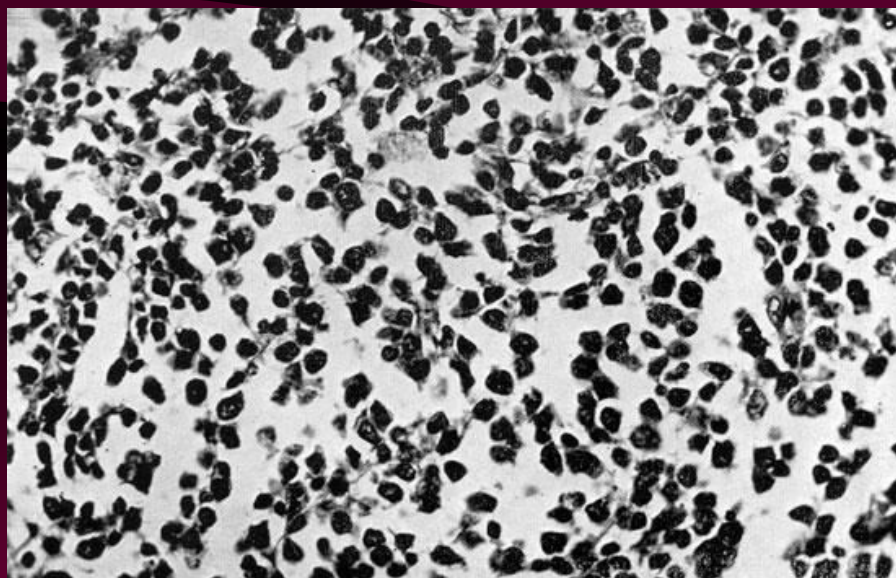


Вирішальним у діагностиці лімфосаркоми є цитологічне і гістологічне дослідження пухлини.

Лікування лімфосаркоми: лімфосаркома дуже чутлива до променевої терапії та хіміотерапії. Хворі з локальними формами хвороби отримують гамма-терапію. При поширеному процесі застосовують хіміопрепарати (адриаміцин, циклофосфан, вінбластин, вінкрисин, метотрексат, преднізолон).

Хірургічне лікування проводять при ізольованих ураженнях травного каналу і селезінки.

Комбіноване хіміо-променеве лікування дає змогу досягти повної регресії пухлини у 80-85 % хворих з тривалістю ремісії 40-45 міс.



Ангіосаркома

Пухлина, що походить з ендотелію і перітелія судин, вкрай злоякісна і часто метастазує.

До цієї групи пухлин за своїм гістогенезом відноситься і саркома Капоші. Ангіосаркома вельми рідкісна хвороба, зустрічається з однаковою частотою, вражаючи чоловіків і жінок, переважно у віці 40-50 років. Улюбленою локалізацією є кінцівки (особливо нижні).

Головними причинами розвитку ангіосарком вважаються лімфостаз, канцерогени. А також судинні чинники: зниження місцевого імунітету і частий вплив радіації. До інших причин відносять: хронічний ідіопатичний гемахроматоз, хвороба Реклінгаузена.

Загальні симптоми ангіосарком: анемія, анорексія, лихоманка, інтоксикація, загальна слабкість. Крім загальних симптомів, ангіосаркомам властива симптоматика з боку печінки, яка виражається в наступному: болі в животі, гепатомегалія (збільшення печінки), асцит, жовтяниця. В 25% випадків ангіосаркоми печінки розвивається кровотеча в черевну порожнину.

Клініка і діагностика: зазвичай хворий промацує пухлина в товщі тканин. Пухлинний вузол м'якої, еластичної консистенції, немає чітких кордонів, погано зміщується. Пухлина росте швидко, інфільтрує навколишні м'язи і венозні судини, що іноді призводить до утворення набряку, схильна до виразки. На відміну від інших злоякісних пухлин м'яких тканин ангіосаркоми часто (40-50% випадків) метастазують в регіонарні лімфатичні вузли.

Характерним є гематогенне метастазування в легені, внутрішні органи (печінка, нирки і тд.) і кістки.



Хордома

Рідко зустрічається новоутворення, вважається, що вона походить з залишків нотохорди (ембріонального попередника скелета), але достовірних доказів цього поки що не виявлено.

Пухлина локалізується переважно в крижово-куприковій сегменті хребта або ж в потилично-базиллярній області черепа.

Клінічні прояви захворювання можуть бути різноманітні, їх вираженість і тип визначаються переважно локалізацією новоутворення. Як правило, клініка обумовлена ураженням нервів, які виникають при зростанні пухлини. Так, наприклад, локалізація патологічного вогнища в поперекової області призведе до розвитку болю в попереку, парезам кінцівок, при виражених пухлинах страждає функція тазових органів. Так само при зростанні пухлини спостерігається типова клініка ракової інтоксикації.

Рентгенологічно для хорду характерна наявність дефекту кісткової тканини, іноді з перегородками.

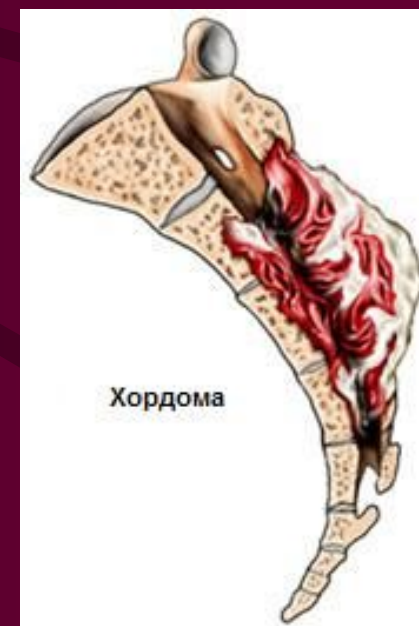
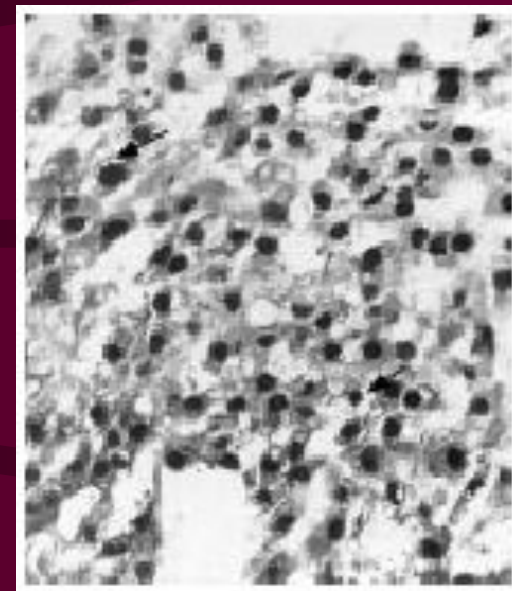
Підтверджує діагноз біопсія і наступне гістологічне дослідження.



Лікування переважно хірургічне, необхідно повне висічення пухлини разом з капсулою. При неповному висіченні висока ймовірність рецидивів і гематогенного метастазування.

Променева терапія малоефективна і використовується переважно з паліативної метою.

Прогноз умовно несприятливий, в залежності від типу пухлини. При агресивних формах захворювання п'ятирічна виживаність не перевищує 30%, при менш агресивних формах термін життя складає в середньому 5-10 років.

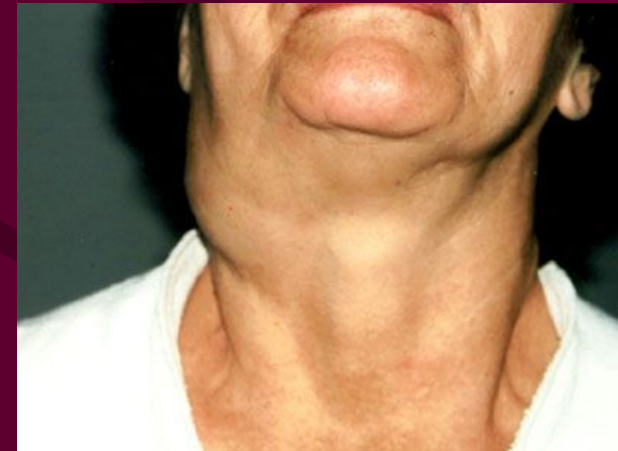


Хемодектома

Пухлина, яка виникає з каротидної залози, розташованої в місці біфуркації сонної артерії. Значно рідше хемодектома розвивається з блукаючого нерва. Каротидна хемодектома частіше є доброякісним новоутворенням.

Клінічна картина і діагностика: вузол щільної консистенції з гладкою поверхнею, зміщується тільки в горизонтальному напрямку. Вузол тісно прилягає до загальної сонної артерії. У міру зростання пухлина розсовує внутрішню і зовнішню сонні артерії. Обволікаючи ці судини, хемодектома може привести до їх звуження, але повного порушення кровотоку зазвичай не настає. Злоякісний варіант хемодектоми характеризується швидким ростом і регіонарним метастазуванням.

Лікування при злоякісній хемодектомі необхідно хірургічне видалення пухлини в спеціалізованій клініці судинного профілю.



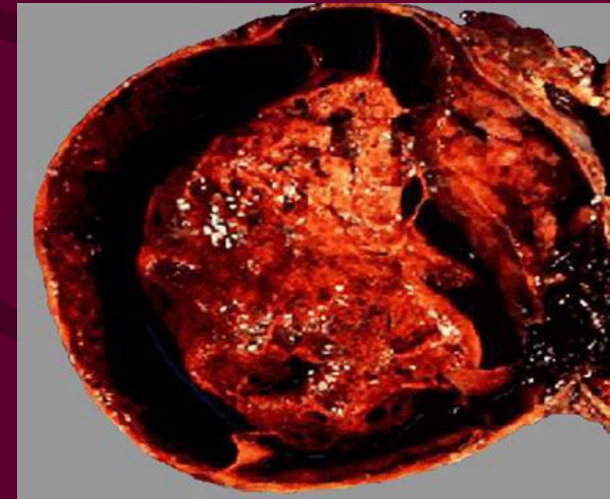
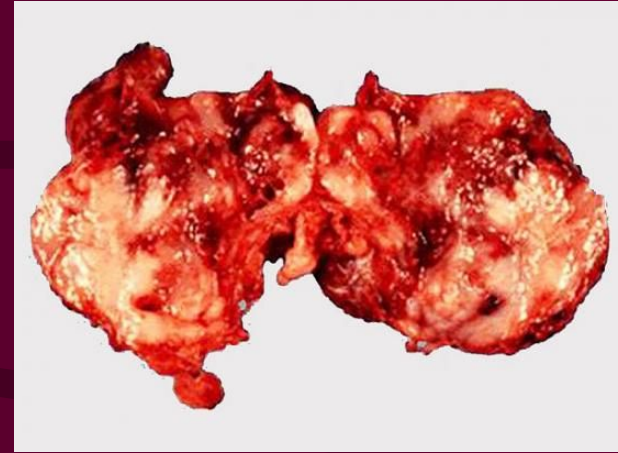
Гангліонейробластома

Злоякісний варіант гангліоневроми, пухлина, яка містить як нейробласти, так і гангліозних клітини на різних стадіях диференціювання, яка утворюється шляхом трансформації клітин нейробластоми. Гангліонейробластома часто зустрічаються в дитячому віці. Причини розвитку гангліонейробластома не встановлені.

До основних клінічних проявів нейробластоми відносяться: пухлина в черевній порожнині, набряк, схуднення, болі в кістках, зумовлені метастазами, анемія, лихоманка, діарея.

Діагностика: гангліонейробластома полягає в виявленні високих концентрацій дофаміну, норадреналіну і простагландинів в сироватці та сечі. Методи візуалізації - на 50% рентгенограм черевної порожнини виявляються паравертебральні кальцифікати, спостерігається також розтягнення петель кишечника. При ультразвуковому обстеженні (УЗД) і КТ зазвичай вдається виявити новоутворення.

Прогноз більш сприятливий, ніж при нейробластомі.



Хондросаркома

Злоякісна пухлина, становить 7,6—13% випадків усіх первинних злоякісних пухлин кісток. Виникає в осіб віком понад 30 років, частіше в чоловіків.

Основною локалізацією хондросарком є довгі кістки (дистальний кінець стегна, проксимальний кінець великогомілкової кістки, тазові кістки, ребра, лопатки, хребці). На відміну від хондром, хондросаркома дуже рідко уражує дрібні кістки і пальці.

Відносно кістки виділяють центральну та периферичну пухлину. Крім первинних хондросарком скелета виділяють вторинні, як наслідок малігнізації хондроматозу, кістково-хрящових екзостозів та хвороби Педжета.

Клінічно хондросаркома проявляється болем, особливо нічним, появою припухлості в зоні ураження, яка поступово збільшується (ріст хондросаркоми поступовий). Пальпаторно пухлина не болюча, з нерівною горбистою поверхнею. М'які тканини над нею спаяні, нерухомі, межа пухлини не пальпується. Хондросаркома дає пізні метастази.

Рентгенологічно при центральній хондросаркомі в кістці візуалізується вогнище деструкції з нерівними контурами. На місцях деструкції кістки на фоні просвітлення проявляються щільні тіні звапнення чи скостеніння, що формує її крапчастий малюнок. При руйнуванні кортикального шару на рентгенограмах видно ущільнену тінь у м'яких тканинах, яка вростає в прилеглу структуру м'язів зі звапненими вкрапленнями.

Периферійні хондросаркоми на рентгенограмах мають вигляд розташованих на кістці м'якотканинних ущільнень із вкрапленнями кісткових та звапнених включень. Ущільнені м'якотканинні тяжі проникають у прилеглі тканини.

Лікування: комплексне хірургічне з хіміотерапією.



Остеогенна саркома

Первинна дуже злоякісна пухлина, що виникає в кістках з недиференційованих мезенхімальних клітин і характеризується пухлиноподібними розростаннями елементів кісткової тканини — кісток і проміжної кісткової речовини.

Інколи остеогенна саркома з'являється на тлі хвороби Педжета, фіброзної дисплазії, хондроматозу кісток, кістково-хрящових екзостозів.

Остеогенна саркома, як правило, солітарна пухлина, що розвивається в дітей та осіб юнацького віку, тобто у період найбільш інтенсивного росту скелета і переважно в чоловіків. Остеогенна саркома локалізується в метаепіфізарних кінцях стегнової та великогомілкової кісток, кістках таза, лопатках, хребцях, кістках кистей, стоп, обличчя. У більше ніж 65% випадків остеогенні саркоми виникають у віці 20—30 років, несподівано, інколи причиною їх появи вважають травму.

Клінічно остеогенна саркома проявляється болем, особливо нічним, інтенсивність якого постійно наростає, не зникає в стані спокою і не пов'язаний з функцією кінцівки. Потім з'являється припухлість, болюча при пальпації. Шкіра, м'які тканини над нею ущільнюються, стають нерухомими, межі пухлини не диференціюються. Локально над пухлиною температура шкіри підвищена, на шкірі — розширена венозна сітка. Збільшується ШОЕ, часто відмічається підвищення температури тіла (субфебрилітет). Пухлина швидко росте. На пізніх стадіях хворий худне, наростає анемія, трапляються патологічні переломи. У сироватці крові здебільшого виявляється підвищення рівня лужної фосфатази, який нормалізується після видалення пухлини, але з появою метастазів знову підвищується. Метастази поширюються гематогенним шляхом на ранніх стадіях (у першу чергу — в легені). Збільшуються регіонарні лімфатичні вузли, перебіг остеогенної саркоми дуже швидкий, прогноз несприятливий. Більшість хворих помирають у перші два роки після операції.

Рентгенологічні прояви остеогенної саркоми залежать від її будови, локалізації в кістці, переважання остеопластичних чи остеокластичних чинників, характеру періостальної реакції.

При центральній локалізації на рентгенограмах візуалізується вогнище з невираженими контурами. Що ближче розташована пухлина до кортикального шару, то більше з'являється реактивних періостальних розростань у вигляді спікул, які розміщуються променеподібно, перпендикулярно або дещо під кутом щодо поверхні кістки. Типовою для остеогенної саркоми ознакою є періостальні козирки або трикутники Кодмана — реактивні періостальні розростання біля краю патологічного вогнища без відшарування окістя.

На пізніх стадіях саркома проростає в кортикальний шар та інфільтративно в прилеглі м'які тканини, поширюючись по довжині кістки кістковомозковим каналом. Виявити межу пухлини в м'яких тканинах або в самій кістці рентгенологічно неможливо.

При остеосклеротичній формі саркоми у вогнищі ураження видно щільне, масивне пухлиноподібне розростання, в якому безладно розміщені структури кісткової щільності. Періостальна саркома має вигляд щільної пухлини з поступовим ростом і супроводжується здебільшого постійним болем, В анамнезі причину пухлини часто пов'язують з отриманою травмою.

На рентгенівському знімку візуалізуються горбисті кісткові маси однорідної щільності, які охоплюють більшу частину кістки по окружності. Щільність пухлітні на периферії менше виражена. Контури її нерівні, горбисті. У середині пухлини нерідко виявляються вогнища просвітлення, утворені фіброзними та хрящовими ділянками. Інколи пухлина має трабекулярну будову.

Лікування — хірургічне. Прогноз несприятливий. Хворі через 9—18 міс. помирають унаслідок метастазування.



Діагностика

- анамнез
- клінічне обстеження (огляд, пальпація, аускультація тощо)
- лабораторна діагностика
- інструментальна діагностика:
УЗД, ендоскопічне дослідження, рентгенологічне дослідження, комп'ютерна томографія
- морфологічна діагностика:
біопсія (ексцизійна, інцизійна, трепанобіопсія, щипцева), гістолгічне дослідження.



Лікування

Існують три основних методи лікування:

- хірургічний
- променева терапія
- медикаментозна терапія (хіміо- і гормонотерапія).

Вибір методу лікування залежить від морфологічної будови, стадії і локалізації пухлини. В лікуванні злоякісних пухлин м'яких тканин і кісток застосовують переважно комбінований метод, який включає оперативне втручання і хіміотерапію. Хірургічний метод полягає в широкому висіченні пухлини разом з навколишніми тканинами або ампутацію кістки.

Особливості догляду

Значні труднощі виникають при догляді за хворими, які перенесли ампутацію нижньої кінцівки з приводу злоякісної пухлини. Вже сам факт перебування в онкологічній клініці є сильною психологічною травмою для хворого. До високої емоційної напруги приєднується сильна психологічна травма. Для цього потрібно бути надзвичайно уважним і надавати психологічну допомогу.

Пізнє протезування після протезування призводить до втрати моторних навичок ходьби, атрофія м'язів, у зв'язку з чим хворому доведеться тратити багато часу і сил, щоб навчитись ходити за допомогою протеза.

Основне завдання догляду в післяопераційний період полягає у наданні допомоги хворому в адаптації до нових умов життя. При неускладненому перебігу післяопераційного періоду під кінець 2-ї доби хворому дозволяють вставати з ліжка. Ця процедура здійснюється за допомогою лікаря-куратора, медичної сестри та методиста лікувальної фізкультури.

Перші кроки з милицями здійснюють в ранньому післяопераційному періоді тільки після того, як лікар переконався у здатності хворого зберігати рівновагу при стоянні, опираючись на милиці. Весь цей час медична сестра повинна допомагати хворому.

Профілактика

Головне завдання профілактики злоякісних пухлин зводиться до активного виявлення і лікування хворих передпухлинними захворюваннями й виявленню та лікуванню хворих на рак у ранніх стадіях. Більшість онкологічних захворювань піддаються лікуванню при їхньому своєчасному виявленні.

До одного з найбільш ефективних методів ранньої діагностики й профілактики злоякісних пухлин варто віднести, насамперед, профілактичні медичні огляди населення. Досвід показав, що диспансерний метод є найбільш ефективним.

Він дозволяє активно боротися із захворюваннями такими шляхами:

- 1) активного виявлення хворих, особливо в ранніх стадіях захворювання;
- 2) узяття на облік окремих груп здорових і хворих та активного спостереження за ними;
- 3) своєчасного й планомірного застосування лікувальних і профілактичних заходів для попередження рецидивів захворювання, якнайшвидшого відновлення здоров'я й працездатності;
- 4) з'ясування факторів зовнішнього середовища, що впливають на стан здоров'я людини, проведення заходів щодо покращення умов праці й побуту, працевлаштування відповідно до стану здоров'я.

Література

1. В.І Дрижак, М.І. Домбрович «Медсестринство в онкології» “Укрмедкнига” 2001 ст. 66-70
2. Б.Т. Білинський, Н.А. Володько «Онкологія» “Медицина світу” 1998 ст. 100-118
3. І.Й. Галайчук «Клінічна онкологія» “Укрмедкнига” 2003 ст. 50-69
4. Ю.М. Стернюка, Я.В. Шпарика «Онкологія» “Здоров'я” 2004 ст. 86-99
5. <http://www.eurolab.ua>
6. <http://www.ukrreferat.com>