



Опухоли

Кафедра общей хирургии КБГУ
к.м.н., доцент Теувов А.А.

Онкология – учение об истинных опухолях.

- Опухолью - называется новообразование в организме, который характеризуется автономностью, аплазией, инфильтративным ростом и метастазированием.

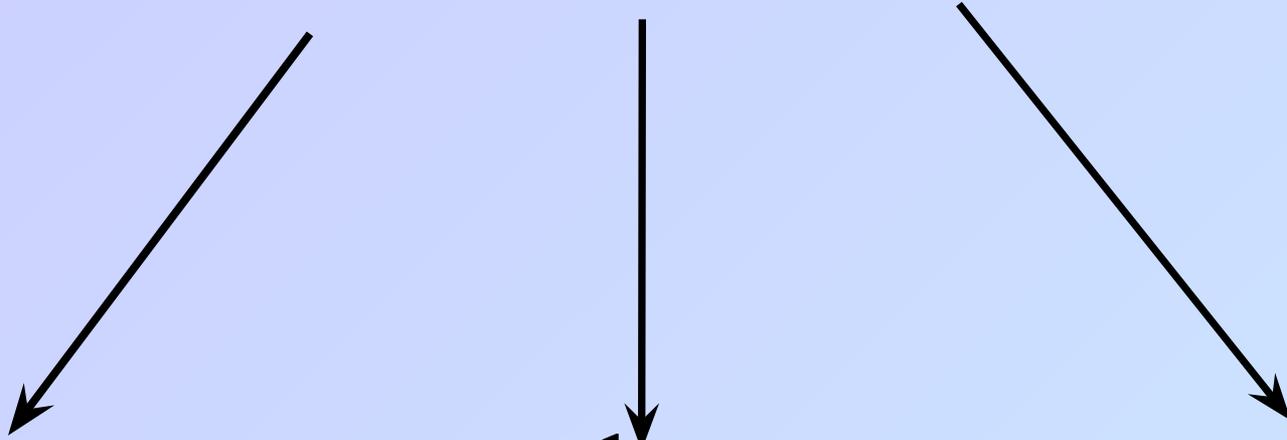
Аплазия- это изменения морфологической структуры(размеров, кол-ва и строения органелл) и функции клеток (уменьшение или полная утрата функции органа).

Автономность- выход из под контроля, неуправляемое деление клеток.

Метастазирование – это способность опухолевых клеток проникать в середину(meta-середина). Этот процесс может идти гематогенным, лимфогенным, имплантационным путем.

Инфильтративный рост – способность опухолевых клеток прорастать и разрушать окружающие здоровые ткани

Инфильтративный рост



ЭНДОФИТНЫМ

ЭКЗОФИТНЫМ

СМЕШАННЫМ

Теории происхождения опухолей

- канцерогенная;
- вирусно- генетическая теория;
- полиэтиологическая.

Канцерогенная теория

- Эндогенные;
- Экзогенные.

Вирусно-гентическая теория

- 1 вариант-** разрушение вируса и гибель самой клетки, поэтому развитие опухоли не происходит;
- 2 вариант-** геном вируса внедряется в геном клетки хозяина и трансформирует, в результате чего эта клетка превращается в опухолевую.

Полиэтиологическая теория

- радиация,
- УФ- лучи,
- химические в-ва,
- вирусы и т.д.

Пути развития опухоли

- если иммунная система организма функционирует в полную силу, этот опухолевый зачаток распознается, уничтожается и элиминируется из организма;
- если опухолевый зачаток и защитные силы организма уравниваются друг друга, то первый находится в «дремлющем» состоянии, которая может начать развиваться при ослаблении защитных сил организма;
- если организм беззащитен, то опухолевый зачаток, не встречая препятствия со стороны иммунной системы, быстро развивается.

Классификация доброкачественных опухолей

- ЛИПОМА,
- фиброма,
- МИОМА,
- хондрома и др.

Классификация злокачественных опухолей

- опухоли эпителиального происхождения – рак
- опухоли соединительнотканного происхождения – саркома



Международная классификация TNM

- T(tumor) - величина и местное распространение опухоли;

T0 – признаки первичной опухоли отсутствуют

Tis (in situ) – внутриэпителиальная опухоль

T1 – опухоль небольших размеров (до 2 см), расположенная на поверхности органа или в толще (органа) железы без врастания в окружающие ткани, или опухоль, занимающая один сегмент (легкого) или менее 1/2 окружности канала (прямая кишка).

T2 - опухоль небольших размеров (2 см), но с инфильтрацией более глубоких слоев тканей, или переходящая на соседние анатомические отделы органа, но без нарушения смещаемости данного органа или его размеров.

T3 – опухоль, прорастающая в глубину органа с частичной ограниченной его смещаемостью, или занимающая более половины окружности (для полых органов), или занимающая более одной анатомической области.

T4 – опухоль, выходящая за пределы органа с полным ограничением смещаемости.



• N(nodes) – наличие и характеристика метастазов в регионарных лимфатических узлах.

Nx – недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов;

N0 – нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов;

N1 – единичные метастазы в регионарные лимфоузлы;

N2 – множественное поражение регионарных лимфатических узлов;

N3 – метастазы в отдаленные лимфоузлы.

- M(metastasis) — наличие отдаленных метастазов.

M0 —отдаленных метастазов нет

M1 — отдаленные метастазы есть (хотя бы один)

- G (grade, generation) – степень злокачественности.

Gx — степень дифференцировки не может быть установлена;

G1 — высокая степень дифференцировки;

G2 — средняя степень дифференцировки;

G3 — низкая степень дифференцировки;

G4 — недифференцированные опухоли.

• P (penetration) – степень прорастания стенки полого органа.

P1 - поражение только слизистой оболочки,

P2 - прорастание подслизистого слоя,

P3 - мышечного слоя до субсерозы,

P4 - на всю глубину стенки, включая серозную оболочку или выход за ее пределы.

Клиническая классификация

0 стадия — carcinoma in situ;

I стадия – опухоль локализована, занимает ограниченный участок, обычно до 2 см, не выходящая за пределы пораженного органа, без метастазов в лимфоузлы и другие органы;

II стадия – опухоль несколько больших размеров (2—5 см), не распространяется за пределы органа, возможны одиночные метастазы в регионарные лимфатические узлы.

III стадия – опухоль больших размеров с распадом, прорастает всю стенку органа, а иногда и окружающие ткани, или опухоль меньших размеров со множественными метастазами в регионарные лимфатические узлы.

IV стадия – прорастание опухоли в окружающие органы, в том числе неудалимые (аорта, полая вена и т. д.), или опухоль любых размеров с отдаленными метастазами.

Клинические отличия доброкачественных и злокачественных опухолей

Характеристика	Доброкачественная опухоль	Злокачественная опухоль
Рост	медленный	быстрый
Поверхность	гладкая	Бугристая
Граница	четкая	нечеткая
Консистенция	мягкоэластическая плотноэластическая	каменистой плотности деревянистой плотности
Подвижность	сохранена	может отсутствовать
Связь с кожей	отсутствует	определяется
Нарушение целостности кожи	отсутствует	может быть изъязвление
Регионарные лимфоузлы	Не изменены	могут быть увеличены, безболезненные, плотные

Общие принципы диагностики злокачественных опухолей

- Ранняя диагностика;
- Онкологическая
предрасположенность;
- Гипердиагностика.

Предраковые заболевания

- **Облигатный предрак** — заболевания, на почве которых всегда или в большинстве случаев, если их не лечить, возникает рак. К таким заболеваниям относят **каллезную язву желудка, ригидный антральный гастрит, полипы, полипоз желудка.**
- **Факультативный предрак** — **хронические заболевания желудка, при которых рак развивается относительно редко, но чаще, чем у здоровых людей. Это хронический атрофический гастрит, болезнь оперированного желудка, пернициозная анемия, болезнь Менетрие и др.**

Диагностика злокачественных опухолей

1. Синдром «плюс-ткань»
2. Синдром патологических выделений
3. Синдром нарушения функции органа
4. Синдром малых признаков

Виды ранней диагностики:

- Ранняя — диагноз злокачественного новообразования установлен на стадии рак *in situ* или в I клинической стадии заболевания.
- Своевременная — диагноз поставлен на II и в некоторых случаях на III стадии процесса.
- Поздняя — установление диагноза на III-IV стадии онкологического заболевания.

Онкологическая предрасположенность

при обследовании любого пациента
и выяснении клинических
симптомов врач любой
специальности должен либо
исключить возникшее подозрение,
либо подтвердить.

Принцип гипердиагностики

- при диагностике злокачественных новообразований во всех сомнительных случаях принято выставлять более грозный диагноз и предпринимать более радикальные способы лечения.

Специальные методы диагностики

- ЭНДОСКОПИЯ,
- рентгенография,
- УЗИ,
- лабораторные данные,
- биопсии с последующим гистологическим исследованием и цитологическое исследование.

Лечение доброкачественных опухолей

Показания к операции

- Постоянной травматизации опухоли;
- Нарушение функции органа;
- До операции нет абсолютной уверенности в том, что опухоль не является злокачественной;
- Косметические дефекты.

Лечение злокачественных опухолей

Существует три способа лечения злокачественных опухолей:

- Хирургический
- Лучевая терапии
- Химиотерапия

Онкологические принципы:

- абластика
- антибластика
- зональность
- футлярность

- **Абластика** — комплекс мер по предупреждению распространения во время операции опухолевых клеток.
- **Антибласстика** — комплекс мер по уничтожению во время операции отдельных клеток опухоли, оторвавшихся от основной её массы.

- **Зональность** – при операции по поводу злокачественного образования необходимо не только удалить его, но и убрать всю зону, в которой могут находиться отдельные раковые клетки.
- **Футлярность** – лимфатические сосуды и узлы, по которым возможно распространение опухолевых клеток, располагаются в клетчаточных пространствах, поэтому необходимо удаление клетчатки всего фасциального футляра вместе с фасцией.

Задача лучевой терапии: уничтожение опухолевого очага с восстановлением на его месте тканей, обладающих нормальными свойствами обмена и роста

Основные способы лучевой терапии:

- внешнее облучение – используют установки для рентгенотерапии и телегамматерапии;
- внутриполостное облучение – источник излучения приближен к месту расположения опухоли;
- внутритканевое облучение – применяют специальные иглы и трубочки с радиоизотопными препаратами, которые хирургическим путём устанавливают в ткани.

Осложнения лучевой терапии:

- **местные:** реактивный эпидермит, лучевой дерматит, лучевой индуративный отёк, лучевые некротические язвы;
- **общие** – общие расстройства, являющиеся проявлением лучевой болезни

Химиотерапия – воздействие на опухоль различными фармакологическими средствами.

- цитостатики;
- антиметаболиты;
- противоопухолевые антибиотики;
- иммуномодуляторы;
- гормональные препараты.

- **Цитостатики** – тормозят размножение опухолевых клеток, угнетая их митотическую активность.
- **Антиметаболиты** – вещества действующие на обменные процессы в опухолевых клетках.
- **Противоопухолевые антибиотики** - вещества, вырабатываемые микроорганизмами, прежде всего актиномицетами, обладают противоопухолевым действием.

- **Иммуномодуляторы** – применяются наиболее широко последнее время, особенно при гипернефроидном раке почки
- **Гормональные препараты** – применяется при гормонозависимых опухолевидных новообразованиях.

Комбинированное и комплексное лечение

- **Комбинированное лечение** — когда сочетают два метода лечения.
- **Комплексное** - при сочетании трёх и более методов лечения.

- **Показания** к тому или иному способу лечения или их комбинацию устанавливают в зависимости от стадии опухоли, её локализации и гистологической структуры.
- **Показателем эффективности** лечения злокачественных новообразований является 5-ти летняя выживаемость.