

Иркутский Государственный Медицинский Университет  
Кафедра Общей хирургии с курсом урологии

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

# ОСНОВЫ ОНКОЛОГИИ

Мультимедийное учебное пособие  
для внеаудиторной работы студентов медицинских вузов

Под общей редакцией профессора Белобородова В.А.  
Коллектив авторов

Иркутск, 2009

# Коллектив авторов

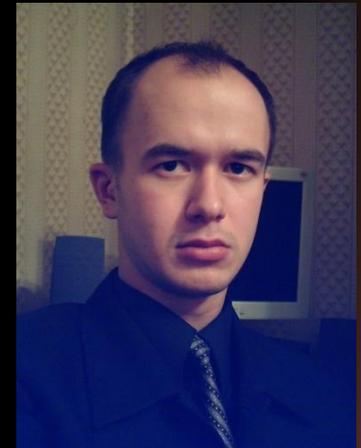
## Редактор серии:

- ▣ Заведующий кафедрой Общей хирургии с курсом урологии, доктор медицинских наук, профессор Белобородов Владимир Анатольевич



## Составители:

- ▣ Заведующий кафедрой Общей хирургии с курсом урологии, доктор медицинских наук, профессор Белобородов Владимир Анатольевич
- ▣ Студент V курса лечебного факультета Куимов Павел Александрович



# Введение

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

Учение об истинных опухолях занимает значительное место среди проблем познания патологических процессов и уже давно выделилось в специальную дисциплину – **онкологию** (онкос – опухоль, логос – наука). Однако знакомство с основными понятиями, принципами диагностики и лечения опухолей необходимо каждому врачу.

Онкология занимается изучением только истинных опухолей в отличие от ложных (увеличение объёма тканей вследствие отёка, гиперфункции и рабочей гипертрофии, на фоне изменения гормонального статуса, локального скопления жидкости



# Терминология

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

В современной онкологии употребляется ряд терминов и понятий, важных для характеристики новообразований и выработки дальнейшей лечебно-диагностической тактики.

Остановимся на некоторых, часто употребляемых терминах:

- ▣ [Опухоль, новообразование, неоплазма, бластома](#)
- ▣ [Рост](#)
- ▣ [Опухоль доброкачественная](#)
- ▣ [Опухоль злокачественная](#)
- ▣ [Метастаз](#)
- ▣ [Рецидив](#)

Однако они не всегда полностью раскрывают суть процесса.



[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

## Опухоль, новообразование, неоплазма, бластома

- ▣ это патологический процесс, представленный новообразованной тканью, в которой изменения генетического аппарата клеток приводят к нарушению регуляции их роста и дифференцировки.
- ▣ термин, говорящий о возникновении в органе или тканях нечто нового, несвойственного и ненужного организму человека. Он не несёт в себе данных о злокачественности или доброкачественности, нейтрален и требует уточнения. Близким к нему является определение — опухоль.



[назад](#)

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

## Рост

- ▣ увеличение массы органа или участка ткани за счёт увеличения количества и размера клеток и неклеточных образований.

На сегодняшний день различают:

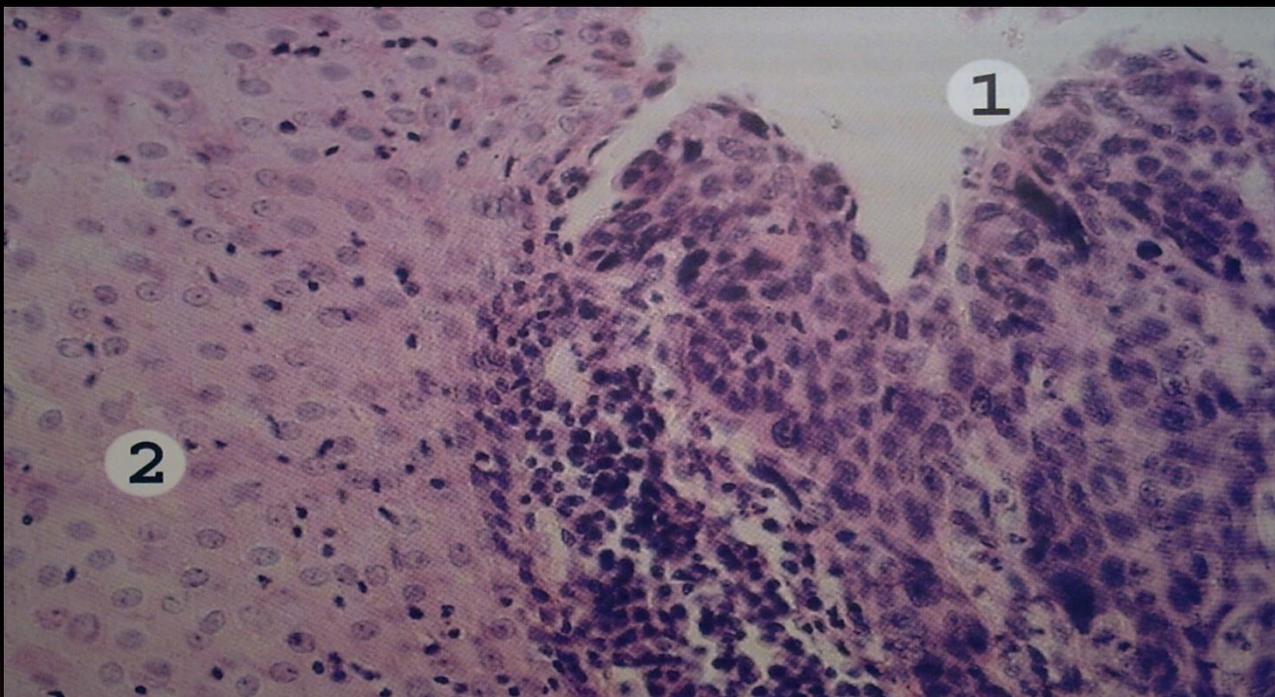
- ▣ атипический рост, при котором клетки утрачивают свои нормальные морфологические и функциональные признаки;
- ▣ деструктивный рост (инвазивный, инфильтративный), характеризующийся разрушением структуры окружающих тканей и органов;
- ▣ при экзофитном росте опухоль растет на поверхность органа (внутрь или наружу, если он полый),
- ▣ при эндофитном поражении опухоль распространяется вглубь органа, или внутритеночно;
- ▣ экспансивный рост отесняет раздвигает и сдавливает окружающие ткани, тогда как интерстициальный рост происходит преимущественно внутри ткани.

[назад](#)

## Атипичический рост

*Микропрепарат:* Плоскоклеточный рак пищевода (без ороговения)

- (1) – опухоль состоит из тяжей и пластов атипичного плоского эпителия, которые прорастают подслизистый слой и врастают в мышечную оболочку (1). Хорошо видны признаки клеточного атипизма: клетки полиморфны, их ядра гиперхромны, обнаруживаются фигуры патологических митозов, встречаются двуядерные клетки. В опухоли не происходит ороговения.
- (2) – сохраннный эпителий.



## Деструктивный (инвазивный, инфильтративный) рост

Макропрепарат: Диффузный рак желудка

Стенка желудка (особенно слизистый и подслизистый слои) диффузно утолщена во всех отделах. На разрезе видно, что её прорастает серо-розовая плотная ткань.

Слизистая оболочка неровная, её складки различной толщины; серозная оболочка утолщена, плотная, бугристая. Просвет желудка сужен



## Экзофитный рост

*Микропрепарат:* Грибовидный рак желудка

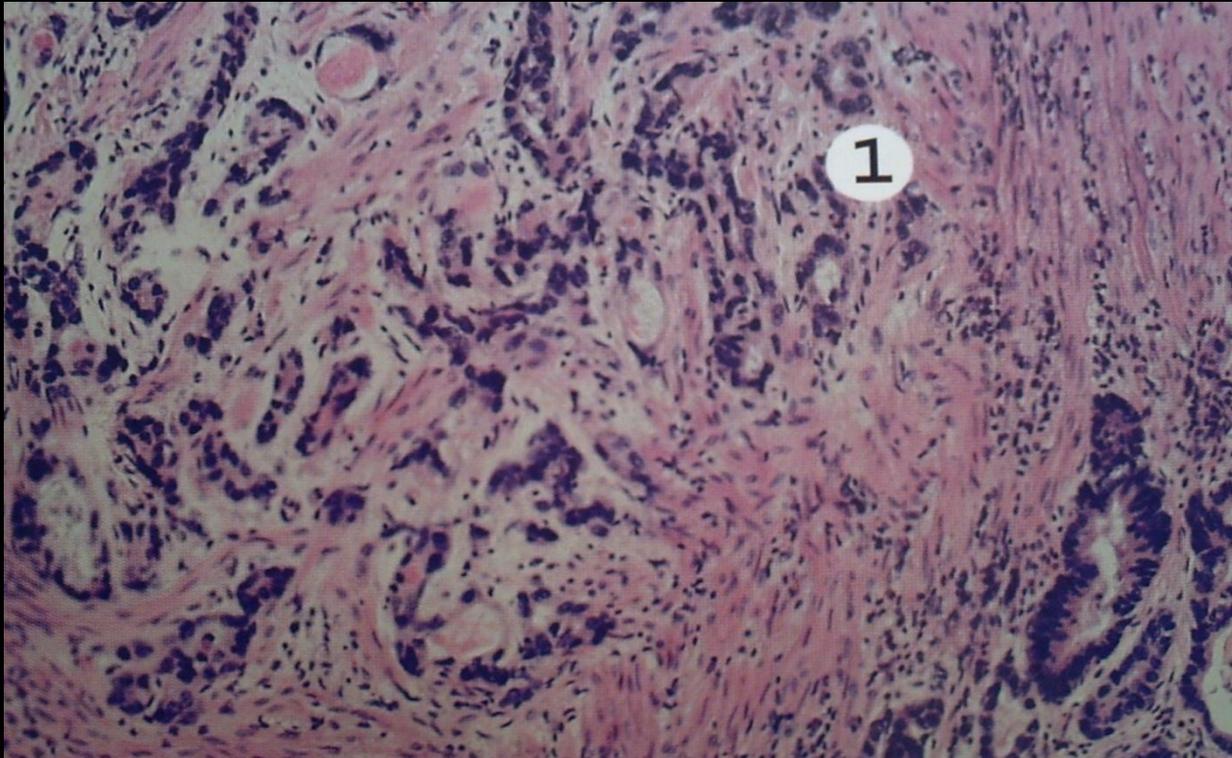
Под лупой опухоль имеет вид узловатого, широкого, плоского образования на коротком широком основании. На поверхности опухоли – эрозии и фибринозно-гнойные наложения.



## Эндофитный рост

Микропрепарат: Аденокарцинома желудка

В стенке желудка разрастания атипичных железистых структур различной величины и формы, построенных из атипичных полиморфных клеток (1). Ядра крупные, гиперхромные.



## Экспансивный рост

*Макропрепарат:* Кавернозная гемангиома печени

Под капсулой располагается несколько узлов багрово-синюшного цвета с чёткими границами, губчатого вида на разрезе



[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

## **Опухоль доброкачественная (tumor benignus)**

обладает преимущественно экспансивным  
ростом, не разрушает ткани и не даёт, как правило, метастазов.



[назад](#)

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

## Опухоль злокачественная (tumor malignus)

обладает инфильтративным ростом, прорастает в окружающие ткани, разрушает их, способна к метастазированию.

Кроме того, злокачественно переродившаяся ткань (клетки) обладает рядом свойств, к ним относятся:

- ▣ **анаплазия** — дедифференцировка клетки (биологическая, биохимическая, морфологическая)
- ▣ **относительная автономность**
- ▣ **метаболический, энергетический, физико-химический атипизм**
- ▣ **клеточный атипизм**
- ▣ **неограниченный рост**
- ▣ **способность к метастазированию**



[назад](#)

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

## Метастаз

(μεταστασις; греч. перемещение) — очаг опухолевого или воспалительного процесса, развившийся в результате переноса клеток, микроорганизмов и т.п. из другого очага этого процесса в этом же организме.

Метастазы делятся на

- ▣ **регионарные**
- ▣ **ближайшие**
- ▣ **отдалённые**
- ▣ **лимфогенные**
- ▣ **гематогенные**
- ▣ **имплантационные** или контактные (возникшие из прямого переноса клеток на здоровые ткани)
- ▣ **ортоградные метастазы** - возникают по ходу тока крови или лимфы (греч. ортоσ - прямой, лат. gradiog - идти)
- ▣ **ретроградные метастазы** — возникают в направлении, обратном току лимфы или крови(лат. retro - назад).



[назад](#)

# Терминология

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

## Рецидив

(лат. *recidivus* - возрождающийся, возобновляющийся) в применении к злокачественному процессу — повторное появление опухоли после её удаления или другого способа лечения.

Различают продолженный, возобновлённый рост, новый рост и др.



[назад](#)

# Статистические данные

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

**Статистические  
данные**

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

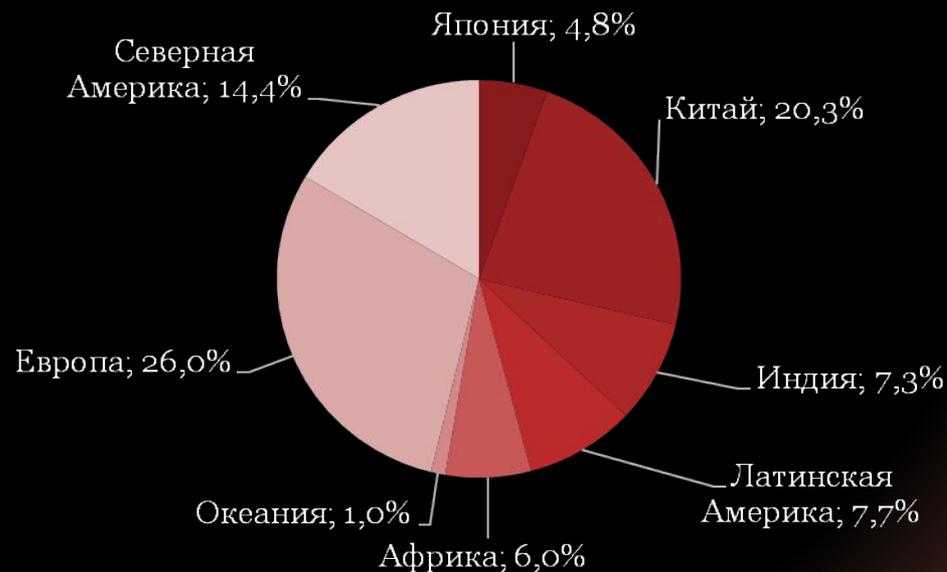
[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

Злокачественные новообразования различных локализаций — одни из самых распространенных в мире. Ими поражаются от 6,0 до 37% населения в зависимости от расы, пола, возраста, континента и др. факторов.

Риск заболеть остаётся чрезвычайно высоким. Так, для лиц достигших 40 лет на протяжении последующих 20 лет он составляет 1 из 12, а в возрасте 60 лет и старше — уже у 1 из 3-х человек.

**Заболеваемость**



[далее](#)

# Статистические данные

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

В России регистрируется более 450000 вновь заболевших, а абсолютное количество больных с 1993 по 2005 гг. увеличилось на 11,3%. Среди причин смерти в стране злокачественные новообразования занимают второе место после сердечно-сосудистых заболеваний.

## Смертность



[назад](#)

[далее](#)

# Статистические данные

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

**Статистические  
данные**

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

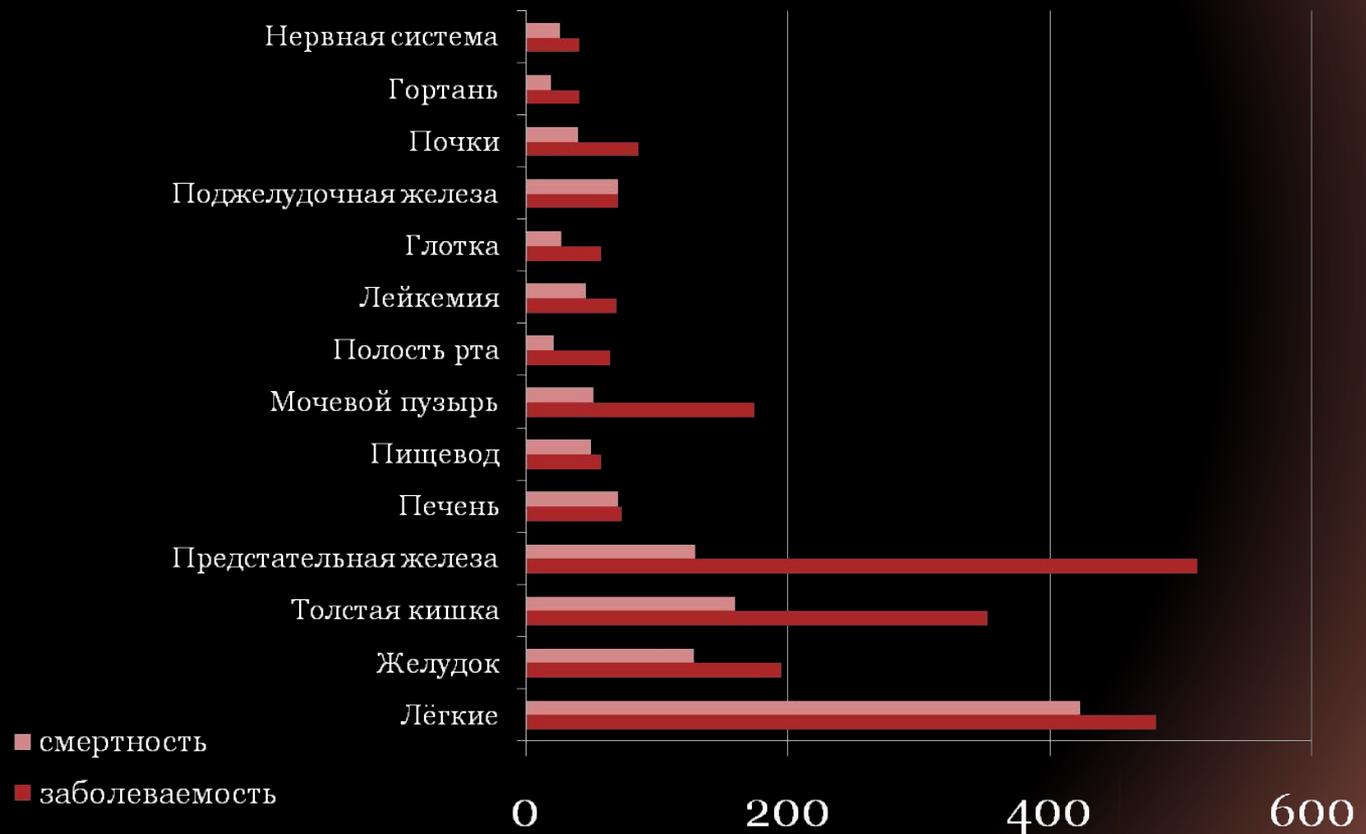
[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

Поражаются различные органы и ткани человека и, в первую очередь, лёгкие, желудок, толстая и прямая кишка, молочные железы, как в развитых, так и в развивающихся странах.



[назад](#)

# Этиология и патогенез

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

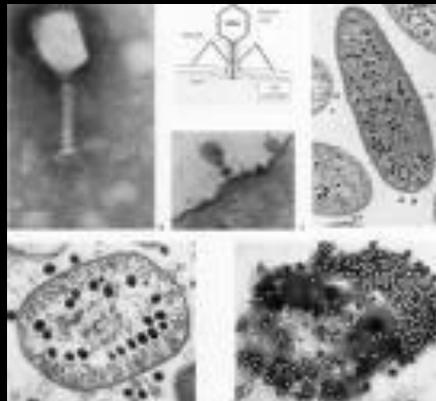
[Литература](#)

▣ [Онкогенез](#)

▣ [Возраст и пол в канцерогенезе](#)

▣ [Наследственность и злокачественный рост](#)

▣ [Генетическая концепция](#)



# Этиология и патогенез

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

## Онкогенез

Наличия признаков злокачественности ещё недостаточно для понимания сложного процесса трансформации «нормальных» клеток в опухолевые. По современным данным канцерогенез представляет собой многоуровневый, многошаговой процесс, в котором многочисленные экзо- и эндогенные факторы — носители прямых и косвенных канцерогенов, изначально оказывают влияние на все ткани, органы и системы человеческого организма. В мире насчитывается громадное количество факторов, оказывающих негативное влияние на организм в целом и его структуры, в частности. Различают химические, радиационные, вирусные канцерогены. Важно подчеркнуть, что многочисленные экзогенные факторы, как содержащиеся в окружающей среде (воздух, вода), так и поступающие с пищей и лекарствами, могут оказывать прямое и опосредованное действие на ткани и отдельные системы организма (иммунную, эндокринную и др.).

Реализация злокачественной трансформации происходит не по упрощённой схеме: экспозиция — рак, а значительно сложнее. В механизме канцерогенеза играет роль не только время воздействия агента, но и ряд других факторов.

Кроме экзогенных факторов канцерогенеза существуют и другие, эндогенные влияния. К ним относятся, прежде всего, различные хронические дегенеративно-воспалительные заболевания человека, которые изменяют как структуру пораженных органов, создавая «матрицу» для будущего онкопроцесса, так и защитные системы, в первую очередь, иммунную и другие.

Примером тканевых изменений могут служить атрофический гастрит, хронический вирусный гепатит «С», хронические воспалительные процессы в лёгких и т.п.

С другой стороны, хорошо известно, что многие хронические заболевания, в том числе сахарный диабет II типа, угнетают иммунную систему. Канцерогенами могут являться и продукты нарушения обмена (гормоны, некоторые аминокислоты, свободные радикалы, холестерин, жёлчные кислоты и т.п.). Экзо- и эндогенные факторы часто воздействуют на человека одновременно, синергично, ускоряя процессы онкогенеза.

[назад](#)

# Этиология и патогенез

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

## Возраст и пол в канцерогенезе

Заболеваемость злокачественными новообразованиями многократно (в 5-20 раз) увеличивается с возрастом, что связано с рядом естественных изменений в организме (старение), а также с потерей функциональной полноценности органов и систем. Кроме того, важное значение имеет накопление ряда хронических заболеваний, создающих местный и общий фон, способствующий злокачественной трансформации клеток.

Половые особенности канцерогенеза обусловлены как генно-биологическими, эндокринными различиями, так и особенностями образа жизни, питания, привычек и т.п. Для мужчин характерна высокая заболеваемость раком лёгкого, желудка, предстательной железы, мочевого пузыря, а для женщин — опухолями молочной железы, яичников, матки.

# Этиология и патогенез

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

## Наследственность и злокачественный рост

Существует ряд опухолевых процессов, возникновение которых прослеживается в поколениях одной и той же семьи. К наиболее часто встречающимся семейным раковым синдромам относятся: семейный аденоматозный полипоз, семейный рак желудка, папиллярный и непиллярный рак почки и др.

Вместе с тем, возможность наследственного генеза злокачественных новообразований невелика и колеблется в пределах 2-10%, находясь в большой зависимости от других канцерогенных факторов.

Кроме наследственной предрасположенности, следует учитывать возможное влияние расовой и (или) этнической принадлежности человека. В современном мире межрасовые и межэтнические различия в значительной мере нивелируются, однако, отмечено, что ряд злокачественных поражений встречается у одних народов чаще, чем у других. Этнические особенности образа жизни, питания, привычек могут оказывать негативное влияние на возникновение рака (постоянное жевание некоторых растений, частая травматизация тканей, инсоляция и др.).

[назад](#)

# Этиология и патогенез

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

## Генетическая концепция

Генетическая концепция подразумевает, что популяция опухолевых клеток берёт начало от одной единственной клетки, подвергшейся мутации с последующей ей злокачественной трансформацией. Это положение является краеугольным камнем современной онкологии — **моноклональной теории развития опухолей**, а сам процесс условно разделяется на четыре этапа:

1. инициация (лат. *injicere* — возбуждать);
2. промоция (лат. *promotio* — продвижение);
3. конверсия (лат. *conversio* — превращение);
4. прогрессия (лат. *progressio* — возрастание).

На стадии инициации происходят первичные мутации в генах клетки, создающие изменения в синтезе ДНК. Одним из важнейших является переход протоонкогена и активный онкоген.

В стадии промоции происходит дальнейшие изменения клеток. Они начинают размножаться, создавая критическую массу- клеток и высвобождая их из-под тканевого контроля. В этой стадии клетки являются ещё пренеопластическими.

На стадиях злокачественной конверсии (малигнизации) и прогрессии пренеопластические клетки трансформируются в клетки злокачественного фенотипа. На этой стадии они приобретают главное свойство способность к неконтролируемому росту и метастазированию.

[назад](#)

## Некоторые канцерогены и локализация вызываемых ими злокачественных опухолей

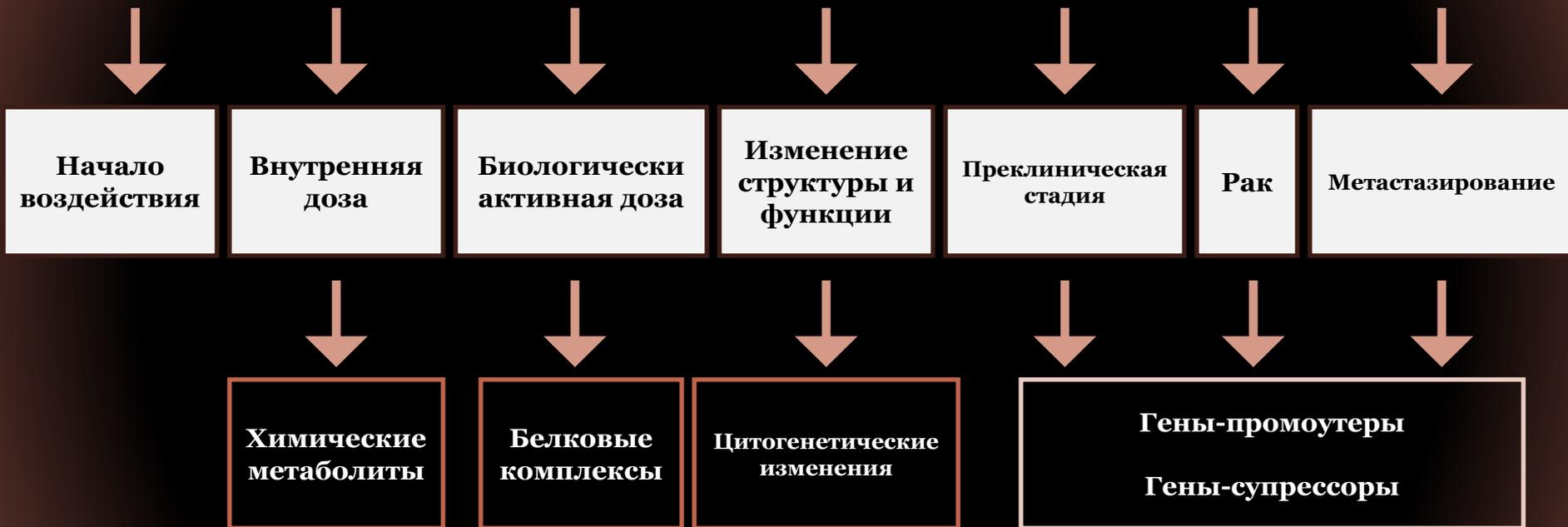
Злокачественные новообразования	Экзо- канцерогены	Вирусы, микробы
Печень	афлатоксины В1	вирусы гепатитов В. С
Желудок, кишечник, легкие, плевра	нитрозосоединения, асбест	Helicobacter pylori (?)
Мочевой пузырь., лёгкие, ротоглотка	полициклические ароматические углеводороды (табак, бетель, копчености)	Вирус Эбштейна-Барр
Легкие, печень, кожа	металлы и их соединения (хром, никель, бериллий, цинк, свинец, медь, мышьяк)	
Печень	ароматические амины	
Мочевой пузырь	анилиновые красители	
Лейкемии	этиленоксид, бензидин	вирус Т-клеточной лейкемии
Опухоли различной локализации	пестициды	
Шейка матки, вульва		вирус папилломы человека (HPV)

### Виды ионизирующего излучения и злокачественный рост

Вид излучения	Локализация поражения
Ультрафиолетовое излучение UVB (260 - 320 нм) UVA (320 — 400 нм)	Плоскоклеточный рак. базальноклеточная карцинома Меланома кожи ??
Ионизирующая радиация (рентген-, гамма-лучи, альфа-, бета-частицы, протоны, нейтроны)	лейкемии, рак щитовидной железы, легких, кишечника (прямое, общее, опосредованное действие)

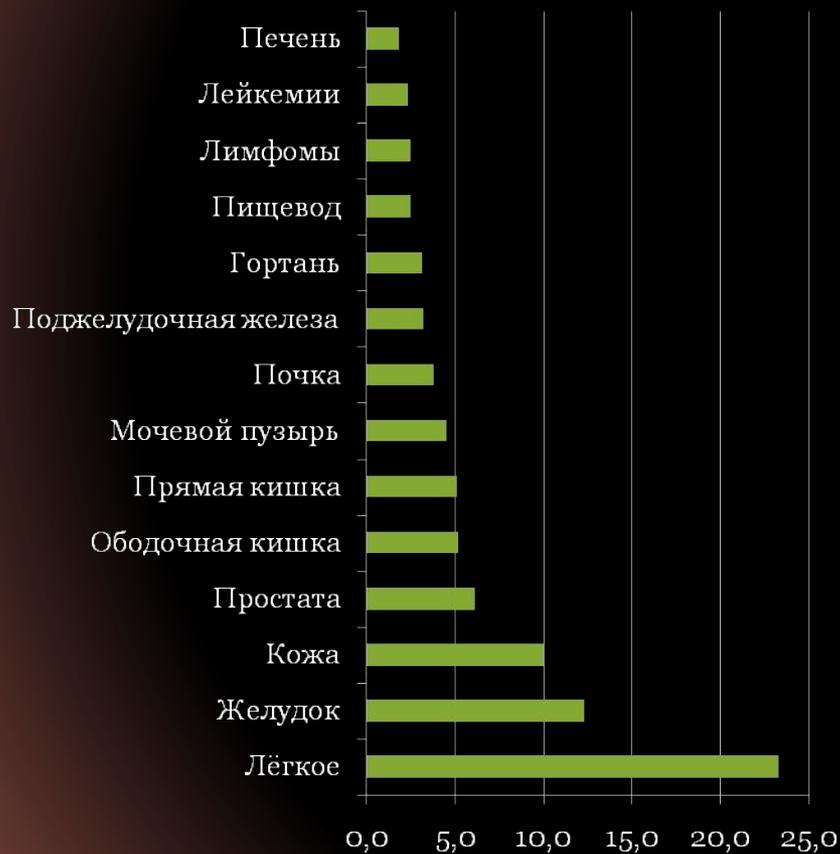
## Этапы и последствия действия канцерогенов

# ЭКЗОКАНЦЕРОГЕНЫ



# Половые особенности заболеваемости злокачественными новообразованиями (Россия, 2002), все возрасты (%)

## Мужчины



## Женщины



# Классификация

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

## Номенклатура

В большинстве названий опухолей в качестве корня слова фигурирует название органа или ткани, к которому добавляется суффикс «ома»; например, гепатома, менингиома, невринома, липома, фиброма и т. д. Однако есть исключения, касающиеся злокачественных опухолей:

- ▣ Карцинома (рак) – злокачественная опухоль из эпителиальной ткани
- ▣ Саркома – злокачественная опухоль из неэпителиальной ткани

## Классификация

Наиболее проста и вместе с тем важна во многих отношениях традиционная классификация, в которой все новообразования сгруппированы в два класса в зависимости от характера роста: доброкачественные и злокачественные опухоли. В ряде случаев их дифференцировка возможна при клиническом обследовании, в другой ситуации, заключение может быть дано только при проведении специальных методов исследования.

[далее](#)

# Классификация

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

## Классификация по степени дифференцировки

Несмотря на увеличение объёма ткани (гиперплазию), клетки доброкачественных опухолей сохраняют почти нормальный фенотип, в частности обычной для данной ткани признаки гистологической дифференцировки. Однако последняя меняется при злокачественном росте. В этой связи чрезвычайно распространена **гистологическая градация злокачественных новообразований по степени дифференцировки паренхимы**.

Выделяют три варианта:

- ▣ **G1 – высокодифференцированные опухоли:** паренхима новообразования ближе всего к нормальной паренхиме; клеточный атипизм и полиморфизм в ней, как правило, выражены слабо, склонность к росту, инвазии и метастазированию низкая. Течение опухолевого процесса более благоприятно.
- ▣ **G2 – умереннодифференцированные опухоли.**
- ▣ **G3 – низкодифференцированные опухоли:** паренхима новообразованной ткани значительно отличается от нормальной; клеточный атипизм, полиморфизм, склонность к росту, инвазии и метастазированию выражены максимально. Уровень злокачественности высокий.
- ▣ **G4 – недифференцированная опухоль**
- ▣ **Gx – степень дифференцировки невозможно определить**

Типировать опухоли по степени гистологической дифференцировки трудно. Чётких количественных критериев для такого разделения нет, но для разных новообразований существуют соответствующие рекомендации.

[назад](#)

[далее](#)

# Классификация

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

## Классификация TNM

При диагностике злокачественных опухолей крайне важно оценить стадию их инвазии. Для этого пользуются классификацией, отражающей **стадии прорастания и распространения процесса** и получившей название staging system TNM.

TNM является широко известной общепринятой классификацией злокачественных опухолей. Данная классификационная система разработана для всех органов. Периодически Международный противораковый союз (UICC) издаёт её новую редакцию. В 2002 г. опубликовано новое издание TNM (TNM-6), которое предлагают применять в ежедневной практической работе во всех странах мира с 1 января 2003 г.

В этой системе литерой T (tumor) обозначается протяжённость местной инвазии в зоне основного опухолевого узла. Литерой N (nodus) – вовлечение в метастатический процесс регионарных лимфатических узлов. Литерой M (metastasis) – наличие отдалённых гематогенных метастазов.

Для примера приведём TNM – классификацию [рака желудка](#) Для примера приведём TNM – классификацию рака желудка, [тонкой](#) Для примера приведём TNM – классификацию рака желудка, тонкой и [толстой кишки](#) Для примера приведём TNM – классификацию рака желудка, тонкой и толстой кишки, [анального канала](#) Для примера приведём TNM – классификацию рака желудка, тонкой и толстой кишки, анального канала и [печени](#).

[назад](#)

[далее](#)

# Классификация

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

## Клиническая классификация

При клинической классификации все основные параметры злокачественного новообразования (размер первичной опухоли, прорастание в окружающие ткани и органы, наличие регионарных и отдалённых метастазов) рассматривают в совокупности.

Выделяют четыре стадии заболевания:

- i. опухоль локализована, занимает ограниченный участок, не прорастает стенку органа, метастазы отсутствуют
- ii. опухоль умеренных размеров, не распространяется за пределы органа, возможны одиночные метастазы в регионарные лимфатические узлы
- iii. опухоль больших размеров, с распадом, прорастает всю стенку органа или опухоль меньших размеров со множественными метастазами в регионарные лимфатические узлы
- iv. Прорастание опухоли в окружающие органы, в т.ч. неудалимые (аорта, полая вена и др.), или любая другая опухоль с отдалёнными гематогенными метастазами.

И в этом случае для каждого органа разработана соответствующая классификация, публикуемая параллельно с TNM-классификацией.

[назад](#)

### Т - Первичная опухоль

- ▣ ТХ - Недостаточно данных для оценки первичной опухоли
- ▣ Т<sub>0</sub> - Первичная опухоль не определяется
- ▣ Т<sub>is</sub> - Carcinoma in situ: внутриэпителиальная опухоль без инвазии базальной мембраны
- ▣ Т<sub>1</sub> - Опухоль инфильтрирует базальную мембрану и подслизистый слой
- ▣ Т<sub>2a</sub> - Опухоль инфильтрирует мышечный слой
- ▣ Т<sub>2b</sub> - Опухоль инфильтрирует субсерозный слой
- ▣ Т<sub>3</sub> - Опухоль прорастает серозную оболочку (висцеральную брюшину) без инвазии в соседние структуры
- ▣ Т<sub>4</sub> - Опухоль распространяется на соседние структуры

#### Примечания:

1. Опухоль может прорасти мышечный слой, втягивая желудочно-толстокишечную и желудочно-печёночную связки или большой, или малый сальник без перфорации висцеральной брюшины, которая покрывает эти структуры. В этом случае опухоль классифицируется как Т<sub>2</sub>. Если есть перфорация висцеральной брюшины, покрывающей связки желудка или сальника, то опухоль классифицируется как Т<sub>3</sub>.
2. Соседними структурами желудка являются селезёнка, поперечная ободочная кишка, печень, диафрагма, поджелудочная железа, брюшная стенка, надпочечники, почки, тонкая кишка, забрюшинное пространство.
3. Внутристеночное распространение на двенадцатиперстную кишку или пищевод классифицируется по самой глубокой инвазии при всех локализациях, включая желудок.

### Н - Регионарные лимфатические узлы

Регионарными лимфатическими узлами являются лимфатические узлы вдоль малой и большой кривизны, левой желудочной, общей печёночной и селезёночной артерий, чревного ствола, а также гепатодуоденальные.

- ▣ NX - Недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов
- ▣ N<sub>0</sub> - Нет признаков поражения регионарных лимфатических узлов
- ▣ N<sub>1</sub> - Имеются метастазы в 1-6 регионарных лимфатических узлах
- ▣ N<sub>2</sub> - Имеются метастазы в 7-15 регионарных лимфатических узлах
- ▣ N<sub>3</sub> - Имеются метастазы в больше, чем 15 регионарных лимфатических узлах

### М - Отдалённые метастазы

- ▣ MX - Недостаточно данных для определения отдалённых метастазов
- ▣ M<sub>0</sub> - Отдалённые метастазы не определяются
- ▣ M<sub>1</sub> - Имеются отдалённые метастазы

## TNM Клиническая классификация рака тонкой кишки

### T - Первичная опухоль

- ▣ TX - Недостаточно данных для оценки первичной опухоли
- ▣ T<sub>0</sub> - Первичная опухоль не определяется
- ▣ T<sub>is</sub> - Carcinoma in situ: внутриэпителиальная опухоль без инвазии базальной мембраны
- ▣ T<sub>1</sub> - Опухоль инфильтрирует базальную мембрану и подслизистый слой
- ▣ T<sub>2</sub> - Опухоль инфильтрирует мышечный слой
- ▣ T<sub>3</sub> - Опухоль прорастает через мышечный слой в субсерозный слой или в неперитонизированные околмышечные ткани (мезентерий, ретроперитонеум\*) с распространением не больше, чем на 2 см
- ▣ T<sub>4</sub> - Опухоль проникает через висцеральный перитонеум или непосредственно распространяется на другие органы или структуры (включая другие петли тонкой кишки, мезентерий или ретроперитонеум больше, чем на 2 см и брюшную стенку; только для двенадцатиперстной кишки — прорастание в поджелудочную железу)

\*Неперитонизированными околмышечными тканями являются, для подвздошной и тощей кишок, часть мезентерия; а для двенадцатиперстной в областях, где серозная оболочка отсутствует, часть ретроперитонеума.

### N - Регионарные лимфатические узлы

Регионарными узлами для двенадцатиперстной кишки являются панкреато-дуоденальные, пилорические, печёночные (вокруг холедоха, пузырьные, воротные) и верхние мезентериальные. Регионарными узлами для подвздошной и тощей кишок являются мезентериальные узлы, в т. ч. верхние мезентериальные и, только для терминального отдела, илеоколические, включая узлы позади слепой кишки.

- ▣ NX - Недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов
- ▣ N<sub>0</sub> - Нет признаков поражения регионарных лимфатических узлов
- ▣ N<sub>1</sub> - Метастазы в регионарных лимфатических узлах

### M - Отдалённые метастазы

- ▣ MX - Недостаточно данных для определения отдалённых метастазов
- ▣ M<sub>0</sub> - Отдалённые метастазы не определяются
- ▣ M<sub>1</sub> - Имеются отдалённые метастазы

## Т - Первичная опухоль

- TX - Недостаточно данных для оценки первичной опухоли
- T<sub>0</sub> - Первичная опухоль не определяется
- T<sub>is</sub> - Carcinoma in situ: внутрислизистая опухоль или инвазия базальной мембраны\*
- T<sub>1</sub> - Опухоль инфильтрирует подслизистый слой
- T<sub>2</sub> - Опухоль инфильтрирует мышечный слой
- T<sub>3</sub> - Опухоль проникает через мышечный слой в субсерозный слой или в ткань перитонизированных областей вокруг ободочной и прямой кишок
- T<sub>4</sub> - Опухоль непосредственно распространяется на соседние органы или структуры\*\* и/или прорастает висцеральную брюшину\*\*\*

\*T<sub>is</sub> включает случаи, когда опухолевые клетки размещены в железистой части базальной мембраны (интраслизистально или внутри слизистой) без распространения через мышечный слой слизистой оболочки в подслизистый слой.

\*\*Прямое распространение при T<sub>4</sub> обозначает распространение на другие сегменты ободочной и прямой кишок путём прорастания сером, например, врастания слепой кишки в сигмовидную.

\*\*\*Опухоль, которая макроскопически прилежит к другим органам или структурам, классифицируется как T<sub>4</sub>. Однако, если в месте контакта при микроскопическом исследовании опухоль не определяется, то она должна классифицироваться как T<sub>3</sub>. Подстадии V и L должны применяться для определения наличия (V<sub>1</sub> и L<sub>1</sub> — микроскопическая инвазия, V<sub>2</sub> и L<sub>2</sub> — макроскопическая инвазия) или отсутствия инвазии кровеносных и лимфатических сосудов.

## N - Регионарные лимфатические узлы

Регионарными узлами для различных сегментов толстой кишки являются такие:

- | Сегмент                      | Регионарные узлы                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| □ Слепая кишка               | Периколические, впереди и сзади слепой кишки, а также вдоль подвздошно-кишечной, правой ободочной артерий                                                                                                                                                          |
| □ Восходящая кишка           | Периколические, а также вдоль подвздошно-кишечной, правой и средней ободочной артерий                                                                                                                                                                              |
| □ Печёночный угол            | Периколические, а также вдоль правой и средней ободочной артерий                                                                                                                                                                                                   |
| □ Поперечная ободочная кишка | Периколические, а также вдоль средней ободочной артерии                                                                                                                                                                                                            |
| □ Селезёночный угол          | Периколические, а также вдоль средней и левой ободочной, нижней брыжеечной артерий                                                                                                                                                                                 |
| □ Нисходящая кишка           | Периколические, а также вдоль левой ободочной, нижней брыжеечной и сигмовидной артерий                                                                                                                                                                             |
| □ Сигмовидная кишка          | Периколические, а также вдоль нижней брыжеечной, сигмовидной и сигмовидной брыжеечной артерий                                                                                                                                                                      |
| □ Ректосигмовидный отдел     | Периколические и периректальные, а также вдоль левой ободочной, сигмовидной брыжеечной, нижней брыжеечной, верхней прямокишечной (геморроидальной) и средней прямокишечной (геморроидальной) артерий                                                               |
| □ Прямая кишка               | Периректальные, а также вдоль нижней брыжеечной, латеральной подвздошной, внутренней подвздошной, подвздошного выступа (Герота), верхней прямокишечной (геморроидальной), средней прямокишечной (геморроидальной) и нижней прямокишечной (геморроидальной) артерий |
- NX - Недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов
  - N<sub>0</sub> - Нет признаков поражения регионарных лимфатических узлов
  - N<sub>1</sub> - Имеются метастазы в 1-3 регионарных лимфатических узлах
  - N<sub>2</sub> - Имеются метастазы в 4 и больше регионарных лимфатических узлах

Примечание: Опухолевый узел размером более 3 мм в диаметре в околостоловакишечной или околопрямокишечной жировой ткани без гистологических признаков резидуального лимфатического узла в опухолевой ткани классифицируется как метастаз в регионарные лимфатические узлы. Однако опухолевые узлы размером до 3 мм в диаметре классифицируются в категории T как непосредственное распространение опухоли, т.е. T<sub>3</sub>.

## M - Отдалённые метастазы

- M<sub>X</sub> - Недостаточно данных для определения отдалённых метастазов
- M<sub>0</sub> - Отдалённые метастазы не определяются
- M<sub>1</sub> - Имеются отдалённые метастазы

## **TNM Клиническая классификация рака анального канала**

### **T - Первичная опухоль**

- ▣ TX - Недостаточно данных для оценки первичной опухоли
- ▣ T<sub>0</sub> - Первичная опухоль не определяется
- ▣ T<sub>is</sub> - Carcinoma in situ
- ▣ T<sub>1</sub> - Опухоль размером 2 см или меньше в максимальном измерении
- ▣ T<sub>2</sub> - Опухоль размером более 2 см, но не больше 5 см в максимальном измерении
- ▣ T<sub>3</sub> - Опухоль более 5 см в максимальном измерении
- ▣ T<sub>4</sub> - Опухоль любого размера, которая прорастает в соседний орган (органы), например, влагалище, мочеиспускательный канал, мочевого пузырь\*

\*Прорастание только в мышцу (мышцы) сфинктера не классифицируется как T<sub>4</sub>

### **N - Регионарные лимфатические узлы**

- ▣ Регионарными лимфатическими узлами являются периректальные, внутренние подвздошные и ингвинальные лимфатические узлы.
- ▣ NX - Недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов
- ▣ N<sub>0</sub> - Нет признаков поражения регионарных лимфатических узлов
- ▣ N<sub>1</sub> - Метастазы в периректальный узел (узлы)
- ▣ N<sub>2</sub> - Односторонние метастазы во внутренний подвздошный и/или ингвинальный лимфатический узел (узлы)
- ▣ N<sub>3</sub> - Метастазы в периректальные и ингвинальные и/или двухсторонние внутренние подвздошные и/или ингвинальные лимфатические узлы

### **M - Отдалённые метастазы**

- ▣ MX - Недостаточно данных для определения отдалённых метастазов
- ▣ M<sub>0</sub> - Отдалённые метастазы не определяются
- ▣ M<sub>1</sub> - Имеются отдалённые метастазы

## **TNM Клиническая классификация рака печени**

Классификация относится только к первичному гепатоцеллюлярному и холангиоцеллюлярному (внутрипечёночные жёлчные пути) раку.

### **T - Первичная опухоль**

- ▣ TX - Недостаточно данных для оценки первичной опухоли
- ▣ T<sub>0</sub> - Первичная опухоль не определяется
- ▣ T<sub>1</sub> - Солитарная опухоль без инвазии в сосуды
- ▣ T<sub>2</sub> - Солитарная опухоль с инвазией в сосуды или множественные опухоли, ни одна из которых не больше 5 см
- ▣ T<sub>3</sub> - Множественные опухоли размером более 5 см в максимальном измерении или поражение основной ветки воротной или печёночной вены (вен)
- ▣ T<sub>4</sub> - Опухоль (опухоли), которая непосредственно распространяется на прилегающие органы, кроме жёлчного пузыря, или опухоль (опухоли) с перфорацией висцеральной брюшины

### **N - Регионарные лимфатические узлы**

Регионарными лимфатическими узлами являются лимфатические узлы ворот печени (в т. ч. размещённые в гепатодуоденальной связке).

- ▣ NX - Недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов
- ▣ N<sub>0</sub> - Нет признаков поражения регионарных лимфатических узлов
- ▣ N<sub>1</sub> - Имеются метастазы в регионарных лимфатических узлах

### **M - Отдалённые метастазы**

- ▣ MX - Недостаточно данных для определения отдалённых метастазов
- ▣ M<sub>0</sub> - Отдалённые метастазы не определяются
- ▣ M<sub>1</sub> - Имеются отдалённые метастазы

## Отличия доброкачественных и злокачественных новообразований

Признаки опухоли	Доброкачественные опухоли	Злокачественные опухоли
Характер роста:	Экспансивный.	Инвазивный (инфильтрующий)
— в плотных тканях	Граница с неизменной тканью четкая; окружающая ткань может быть сдавлена	Граница с неизменной тканью неопределенная, ткань может быть разрушена
— в трубчатых и полых органах	Экзофитный (направленный в просвет органа)	Эндофитный (направленный в толщу стенки органа и за пределы стенки). Часто встречается язвенно-инфильтративный рост
Темп роста	Медленный	Быстрый
Метастазы	Отсутствуют	Часто развиваются
Гистологические признаки:		
— тканевая атипия	Имеется	Имеется
— степень гистологической дифференцировки	Высокая, часто соответствует норме	Различная
— клеточный атипизм и полиморфизм (плеоморфизм)	Отсутствуют	Представлены в той или иной степени
— повышенная митотическая активность клеток	Обычно отсутствует	Часто имеется
— наличие зон некроза	Как правило, отсутствуют	Нередко встречаются

## Разновидности доброкачественных и злокачественных новообразований

Строение паренхимы опухоли	Доброкачественные опухоли	Злокачественные опухоли
Из клеток одного тканевого вида		
Эпителии		
- покровные	Папиллома	Карциномы разных видов
- железистые и протоковые	Аденома, цистаденома	Аденокарцинома
- почечного типа	Тубулярная аденома	Почечно-клеточный рак
- печёночного типа	Аденома	Гепатоцеллюлярный рак
Мезенхимальные ткани		
- фиброзная	Фиброма	Фибросаркома
- жировая	Липома	Липосаркома
- хрящевая	Хондрома	Хондросаркома
- костная	Остеома	Остеосаркома
- сосудистая	Ангиома	Ангиосаркома
- гладкомышечная	Лейомиома	Лейомиосаркома
Скелетные мышцы	Рабдомиома	Рабдомиосаркома
Нейроэктодермальные ткани		
- шванновские клетки	Нейрофиброма, невринома (шваннома)	Нейрофибросаркома (злокачественная шваннома)
- оболочки мозга	Менингиома	Злокачественная менингиома
- меланоциты	Неvus	Меланома
Из клеток более чем одного тканевого вида		
Эпителиальные и мезенхимальные клетки	Полиморфная аденома или смешанная опухоль слюнной железы Филлоидная аденома молочной железы	Злокачественная смешанная опухоль слюнной железы
Зародышевые клетки	Тератома	Злокачественная тератома Дисгерминома яичников Семинома яичек
Плацента	Пузырный занос	Хориокарцинома

# Клиника и диагностика

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

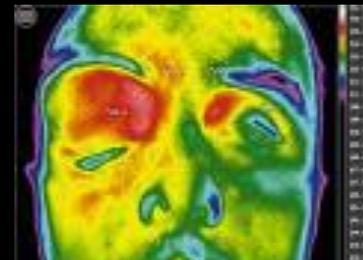
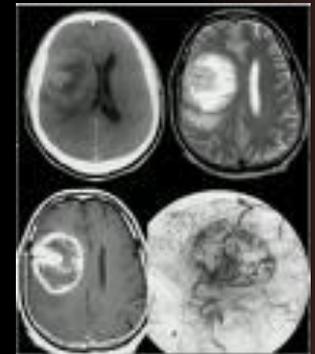
[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

Клиника и диагностика доброкачественных и злокачественных новообразований отличается, что связано с их различным влиянием на окружающие органы и ткани, да и организм больного в целом.

- ▣ [Особенности диагностики доброкачественных опухолей](#)
- ▣ [Диагностика злокачественных новообразований](#)

Кроме того, в онкологии существует [понятие о своевременности диагностики](#), что определяет выбор оптимального пути лечения и прогноз.



# Клиника и диагностика

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

## Особенности диагностики доброкачественных опухолей

Диагностика доброкачественных образований строится исключительно на местных симптомах, признаках наличия самой опухоли. Часто больные обращают внимание на появление какого-то образования сами. При этом опухоли обычно медленно увеличиваются в размерах, не причиняют боли, имеют округлую форму, чёткую границу с окружающими тканями, гладкую поверхность. Беспокоит в основном наличие самого образования. Лишь иногда появляются признаки нарушения функции органа (полип кишки приводит к обтурационной кишечной непроходимости; доброкачественная опухоль головного мозга, сдавливая окружающие ткани, приводит к появлению неврологической симптоматики; аденома надпочечника за счёт выброса в кровь гормонов приводит к артериальной гипертензии и т.д.)

Диагностика доброкачественных опухолей не представляет особых трудностей, как правило, но не всегда. Сами по себе они не могут угрожать жизни больного. Возможную опасность представляет лишь нарушение функции органов, которое отмечается при некоторых локализациях образований, но это, в свою очередь, довольно ярко манифестирует заболевание.



# Клиника и диагностика

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

**Клиника и  
диагностика**

[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

## Особенности диагностики злокачественных опухолей

Диагностика злокачественных новообразований достаточно трудна, что связано с разнообразными клиническими проявлениями этой патологии. В клинике злокачественных опухолей можно выделить четыре основных синдрома:

- [Синдром «плюс-ткань»](#)
- [Синдром патологических выделений](#)
- [Синдром нарушений функции органа](#)
- [Синдром малых признаков](#)



# Клиника и диагностика

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

## Особенности диагностики злокачественных опухолей

Синдром «плюс-ткань»

Новообразование может обнаруживаться непосредственно в зоне расположения как новая, дополнительная ткань – «плюс-ткань». Этот симптом просто выявить при поверхностной локализации опухоли (в коже, подкожной клетчатке, мышцах), а также на конечностях. Иногда доступными пальпации оказываются опухоли, расположенные в брюшной полости.

Кроме того, признак «плюс-ткань» может быть определён с помощью специальных методов исследования: эндоскопии (торакоскопия, лапароскопия, эзофагогастроскопия, колоноскопия, бронхоскопия, цистоскопия и др.), рентгеновского или эхосонографического исследования и т.д. При этом может визуализироваться сама опухоль или определяются характерные для «плюс-ткани» симптомы (дефект наполнения желудка при рентгеноконтрастном исследовании желудка, например).



# Клиника и диагностика

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

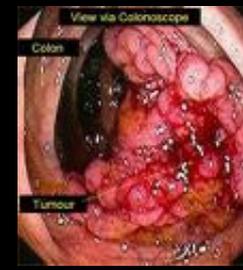
[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

## Особенности диагностики злокачественных опухолей

Синдром патологических выделений

При наличии злокачественной опухоли вследствие прорастания ею кровеносного сосуда довольно часто имеют место кровянистые выделения или кровотечение. Так, рак желудка может вызвать желудочное кровотечение, опухоль матки – маточное кровотечение или мажущие кровянистые выделения, при раке молочной железы характерным признаком является серозно-геморрагическое отделяемое из соска, для рака лёгкого характерно кровохарканье, при прорастании плевры – образование геморрагического выпота в плевральной полости, при раке прямой кишки возможны прямокишечное кровотечение, при опухоли почки – гематурия. Если вокруг опухоли развивается воспаление или обнаруживается слизееобразующая форма рака, то появляются слизистые или слизисто-гнойные выделения (при раке прямой кишки, например).



[назад](#)

# Клиника и диагностика

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

**Клиника и  
диагностика**

[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

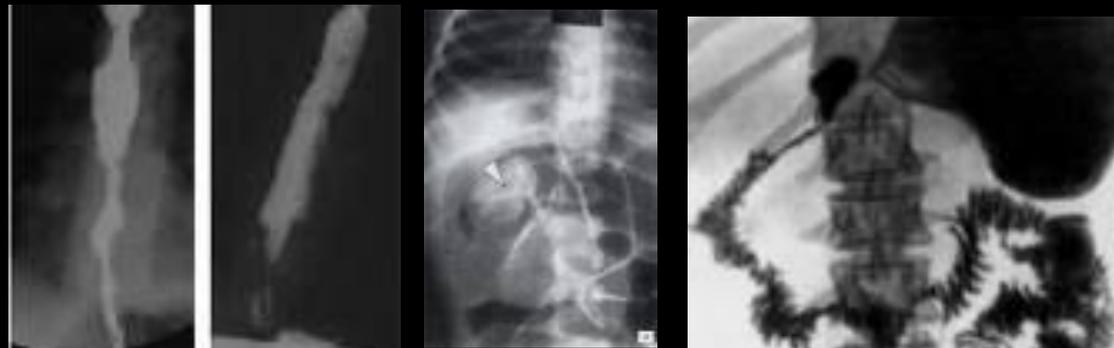
[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

## Особенности диагностики злокачественных опухолей

Синдром нарушений функции органа

Само название синдрома говорит о том, что его проявление весьма разнообразны и определяются локализацией самой опухоли и функцией органа, в котором она находится. Для образований кишечника характерны признаки кишечной непроходимости. Для опухоли желудка – диспептические расстройства (тошнота, рвота, изжога и проч.). У больных раком пищевода ведущим симптомом является дисфагия. Указанные симптомы неспецифичны, но часто встречаются у больных со злокачественными новообразованиями.



[назад](#)

# Клиника и диагностика

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

## Особенности диагностики злокачественных опухолей

Синдром малых признаков

Больные со злокачественными новообразованиями часто предъявляют жалобы, не вполне объяснимые. Отмечаются слабость, утомляемость, повышение температуры тела, похудение, плохой аппетит (характерно отвращение к мясной пище), выявляются анемия, увеличение СОЭ. Перечисленные симптомы объединены в синдром малых признаков (описан впервые Савицким А.И.)

В некоторых случаях этот синдром появляется на довольно ранних стадиях заболевания и может быть единственным его проявлением. Чаще он появляется при прогрессировании онкопроцесса, являясь по существу проявлением так называемой раковой интоксикации. Больные в этом случае имеют характерный вид: со сниженной массой тела (до кахексии), тургор ткани снижен, кожа бледная иктеричная, ввалившиеся глаза. Обычно такой внешний вид свидетельствует о наличии у них запущенного заболевания.



[назад](#)

# Клиника и диагностика

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

Выяснение клинических симптомов опухоли и применение специальных диагностических методов важны для постановки в кратчайшие сроки диагноза злокачественного новообразования и выбора оптимального пути лечения.

В онкологии существует понятие о своевременности диагностики. В связи с этим выделяют следующие её виды:

- ▣ **Ранняя** – диагноз злокачественного новообразования установлен на стадии carcinoma in situ или на I клинической стадии заболевания. При этом подразумевается, что адекватно проводимое лечение должно привести к выздоровлению пациента.
- ▣ **Своевременная** – диагноз установлен на II или в некоторых случаях на III стадии процесса. При этом предпринятое лечение позволяет полностью излечить пациента от онкологического заболевания, но добиться этого удаётся только у части больных, тогда как другие в ближайшие месяцы погибнут от прогрессирования процесса.
- ▣ **Поздняя** – диагноз установлен на III-IV стадии онкологического заболевания, что свидетельствует о принципиальной невозможности излечения больного и по существу предопределяет его дальнейшую судьбу.

Из сказанного ясно, что **чем ранее диагностировано наличие онкологического процесса у больного, тем раньше может быть начато специфическое лечение и тем благоприятнее прогноз. При этом целенаправленное лечение должно быть начато в течение 2 нед с момента постановки диагноза.**

[назад](#)

# Принципы лечения

Главная

Введение

Терминология

Статистические  
данные

Этиопатогенез

Классификация

Клиника и  
диагностика

Принципы  
лечения

Прогноз

Контроль знаний

Литература

Лечебная тактика по отношению к доброкачественным и злокачественным опухолям различается, что прежде всего определяется инфильтрирующим ростом, склонностью к рецидивированию и метастазированию последних.

## **Лечение доброкачественных опухолей**

Основным и, в подавляющем большинстве случаев, единственным способом лечения доброкачественных новообразований является хирургический. Лишь в лечении гормонзависимых опухолей вместо или вместе с хирургическим методом применяют гормональную терапию.

## **Лечение злокачественных опухолей**

Лечение злокачественных опухолей является более сложной задачей.

Существует три способа лечения злокачественных новообразований:

- ▣ Хирургический метод
- ▣ Лучевая терапия
- ▣ Химиотерапия

При этом основным, безусловно, является хирургический метод.

В процессе лечения больного можно сочетать основные методы лечения злокачественных опухолей.

# Принципы лечения

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы  
лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

## Лечение доброкачественных опухолей

Показания к операции.

При лечении доброкачественных новообразований важным является вопрос о показании к операции, т.к. доброкачественные опухоли, не несущие угрозы для жизни пациента, не всегда должны быть обязательно удалены. Если у больного длительное время существует доброкачественная опухоль, не причиняющая ему никакого вреда, и в то же время есть противопоказания к хирургическому лечению, то оперировать больного не целесообразно.

Оперативное лечение показано при:

- ▣ **Постоянной травматизации опухоли:** например, опухоль волосистой части головы, повреждаемая при расчёсывании; образование на шее в области воротника и т.п.
- ▣ **Нарушение функции органа:** лейомиома желудка может нарушать эвакуацию, доброкачественная опухоль бронха может полностью перекрыть его просвет, феохромоцитома за счёт выброса катехоламинов приводит к некупируемой артериальной гипертензии; аденома гипофиза, продуцирующая тиреотропный гормон, - к вторичному гипертиреозу, и т.д.
- ▣ **Отсутствие достаточных данных в пользу доброкачественности опухоли.** В этих случаях операция кроме лечебной функции выполняет ещё и роль эксцизионной биопсии. Так, например, при новообразованиях щитовидной или молочной железы больных оперируют потому, что при подобной локализации вопрос о злокачественности опухоли может быть решён только после срочного интраоперационного гистологического исследования.
- ▣ **Косметические дефекты.** Это прежде всего касается опухолей на лице и шее. Положение не требует комментариев.

Хирургическая операция должна быть проведена с соблюдением определённых принципов.

[назад](#)

# Принципы лечения

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы  
лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

## Лечение доброкачественных опухолей

Принципы хирургического лечения

Под хирургическим лечением доброкачественных опухолей понимают полное её удаление в пределах здоровых тканей. При этом образование должно быть удалено целиком, а не по частям, и вместе с капсулой, при наличии последней.

Иссечённое новообразование подлежит обязательному гистологическому исследованию (срочному или плановому). Учитывая то, что после удаления доброкачественной опухоли рецидивы (при радикальном удалении опухоли) и метастазы не развиваются, операция полностью излечивает пациента.



[ВИДЕО](#)

[назад](#)

# Принципы лечения

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы  
лечения](#)

[Прогноз](#)

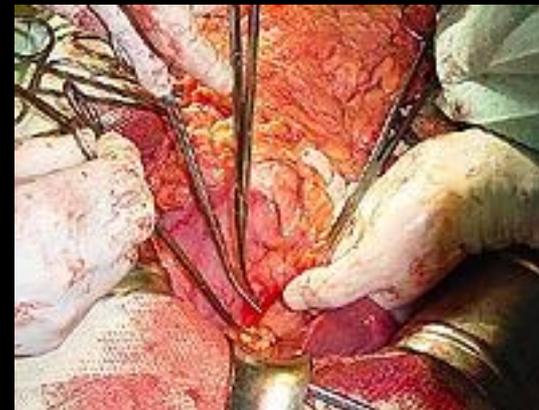
[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

## Лечение злокачественных опухолей

Удаление злокачественного новообразования — наиболее радикальный, а при некоторых локализациях и единственный метод лечения. В отличие от операций при доброкачественных опухолях, здесь недостаточно просто удалить образование. При удалении злокачественного новообразования необходимо соблюдать так называемые онкологические принципы:

- ▣ [абластика](#)
- ▣ [антибластика](#)
- ▣ [зональность](#)
- ▣ [футлярность](#)



# Принципы лечения

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы  
лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

**Абластика – комплекс мер по предупреждению распространения во время операции опухолевых клеток:**

- ▣ разрезы выполнять только в пределах здоровых тканей
- ▣ избегать механического травмирования ткани опухоли
- ▣ как можно быстрее перевязать венозные сосуды, отходящие от образования
- ▣ перевязать тесемкой полый органа выше и ниже опухоли (предупреждение миграции клеток по просвету)
- ▣ удалить опухоль единым блоком с клетчаткой и регионарными лимфатическими узлами
- ▣ перед манипуляциями с опухолью ограничить рану салфетками
- ▣ после удаления опухоли поменять (обработать) инструменты и перчатки, сменить ограничивающие салфетки



[назад](#)

# Принципы лечения

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы  
лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

**Антибластика** — комплекс мер по уничтожению во время операции отдельных клеток опухоли, оторвавшихся от основной ее массы (могут лежать на дне и стенках раны, попадать в лимфатические или венозные сосуды и в дальнейшем быть источником развития рецидива опухоли или метастазов).

Выделяют физическую и химическую антибластику.

**Физическая антибластика:**

- использование электроножа
- использование лазера
- использование криодеструкции
- облучение опухоли перед операцией и в раннем послеоперационном периоде

**Химическая антибластика:**

- обработка раневой поверхности после удаления опухоли 70° спиртом
- внутривенное введение противоопухолевых химиопрепаратов на операционном столе
- регионарная перфузия противоопухолевыми химиотерапевтическими препаратами



[назад](#)

# Принципы лечения

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы  
лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

## Зональность

При операции по поводу злокачественного новообразования нужно не только удалить его, но и **убрать всю зону, в которой могут находиться отдельные раковые клетки**, — принцип зональности. При этом учитывают, что злокачественные клетки могут находиться в тканях вблизи опухоли, а также в отходящих от нее лимфатических сосудах и регионарных лимфатических узлах.

При экзофитном росте (опухоль на узком основании, а большая ее масса обращена к внешней среде или к внутреннему просвету — полиповидная, грибовидная форма) нужно отступить от видимой границы образования 5-6 см. При эндофитном росте (распространение опухоли по стенке органа) от видимой границы следует отступить не менее 8—10 см. Вместе с органом или его частью единым блоком необходимо удалить и все лимфатические сосуды и узлы, собирающие лимфу из этой зоны (при раке желудка, например, следует удалить весь большой и малый сальник).

В соответствии с принципом зональности при большей части онкологических операций удаляют весь орган или большую его часть (при раке желудка, например, возможно выполнение лишь субтотальной резекции желудка (оставление  $\frac{1}{5}$  -  $\frac{1}{s}$  его части у пищевода) или экстирпации желудка (полное его удаление).

Радикальные хирургические вмешательства, выполненные с соблюдением всех онкологических принципов, отличаются сложностью, большим объемом и травматичностью.

Даже при небольшой по размерам эндофитно растущей опухоли тела желудка производят экстирпацию желудка с наложением эзофаго-энтероанастомоза. При этом единым блоком вместе с желудком удаляют малый и большой сальник, а в некоторых случаях и селезенку.

При раке молочной железы единым блоком удаляют молочную железу, большую грудную мышцу и клетчатку с подмышечными, над- и подключичными лимфатическими узлами.

Наиболее злокачественная из всех известных опухолей меланома требует широкого иссечения кожи, подкожной клетчатки и фасции, а также полного удаления регионарных лимфатических узлов (при локализации меланомы на нижней конечности, например, — паховых и подвздошных). При этом размеры первичной опухоли обычно не превышают 1-2 см.

[назад](#)

# Принципы лечения

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы  
лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

## Футлярность

Лимфатические сосуды и узлы, по которым возможно распространение опухолевых клеток, располагаются в клетчаточных пространствах, разделенных фасциальными перегородками. В связи с этим для большей радикальности необходимо удаление клетчатки всего фасциального футляра, желательнее вместе с фасцией.

Ярким примером соблюдения принципа футлярности является операция по поводу рака щитовидной железы. Последняя удаляется экстракапсулярно (вместе с капсулой, образованной висцеральным листком IV фасции шеи), при том что из-за опасности повреждения п. laryngeus recurrens и околощитовидных желез удаление ткани щитовидной железы при доброкачественном ее поражении обычно выполняют интракапсулярно.

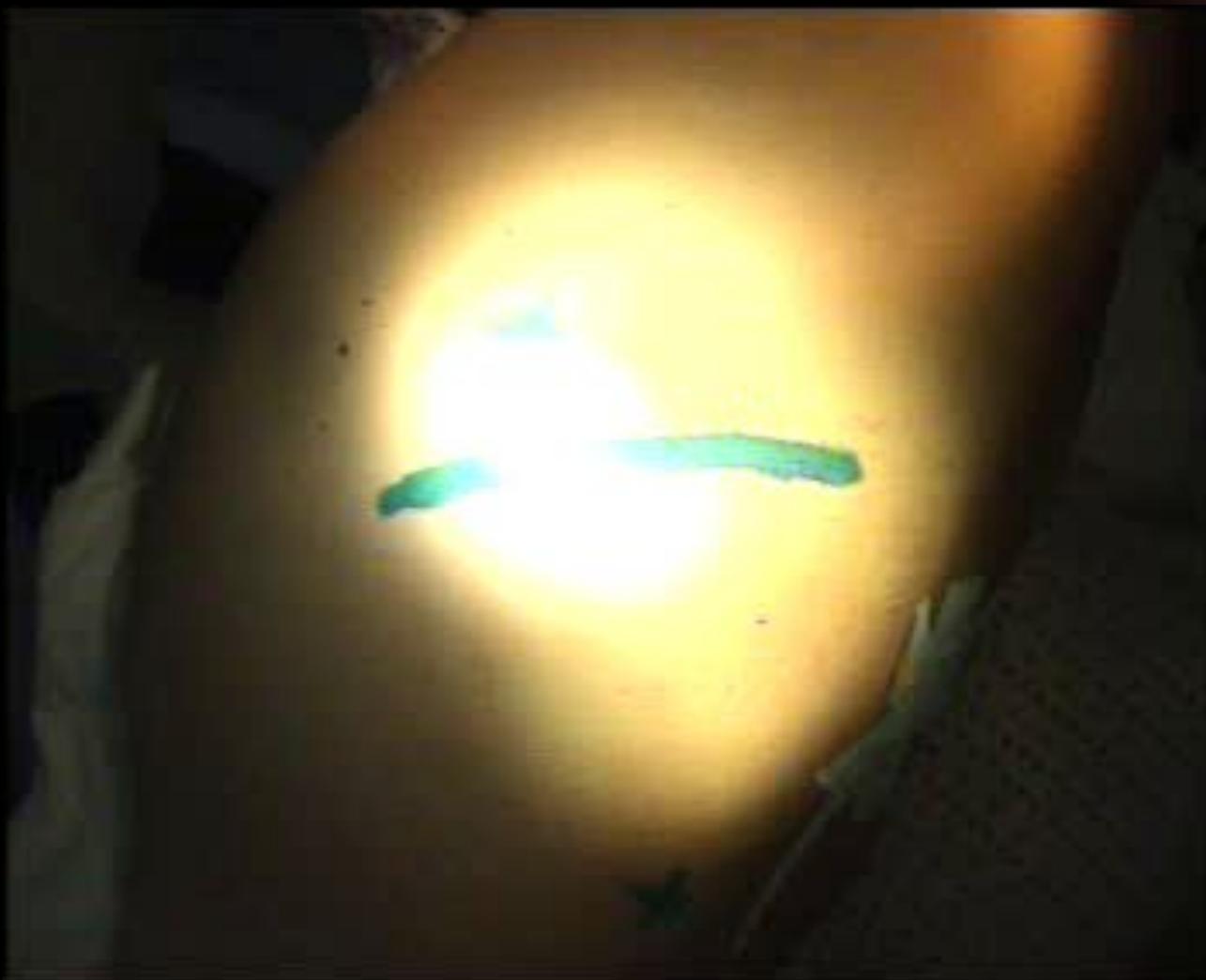
При злокачественных новообразованиях наряду с радикальными применяются паллиативные и симптоматические хирургические вмешательства. При их выполнении онкологические принципы либо не соблюдаются, либо выполняют не в полном объеме. Подобные вмешательства производят для улучшения состояния и продления жизни пациента в тех случаях, когда радикальное удаление опухоли невозможно из-за запущенности процесса или тяжелого состояния больного.

Например, при распадающейся кровоточивой опухоли желудка с отдаленными метастазами выполняют паллиативную резекцию желудка, достигая улучшения состояния больного за счет прекращения кровотечений и уменьшения интоксикации. При раке поджелудочной железы с механической желтухой и развивающейся печеночной недостаточностью накладывают обходной билиодигестивный анастомоз, ликвидирующий нарушение оттока желчи и т. д.

В некоторых случаях после паллиативных операций на оставшуюся массу опухолевых клеток воздействуют лучевой или химиотерапией, достигая излечения пациента.

[назад](#)

**Операция: левосторонняя адреналэктомия по поводу опухоли  
левого надпочечника**



## Операция: удаление опухоли щитовидной железы



# Принципы лечения

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы  
лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

## Основы лучевой терапии

Применение лучевой энергии для лечения онкологических больных основано на том, что быстро размножающиеся клетки опухоли с большей интенсивностью обменных процессов более чувствительны к воздействию ионизирующего излучения.

Задачей лучевого лечения является уничтожение опухолевого очага с восстановлением на его месте тканей, обладающих нормальными свойствами обмена и роста. При этом действие лучевой энергии, приводящее к необратимому нарушению жизнеспособности клеток опухоли, не должно достигать такой же степени влияния на окружающие ее нормальные ткани и организм больного в целом. Существуют различные методики проведения лучевой терапии Задачей лучевого лечения является уничтожение опухолевого очага с восстановлением на его месте тканей, обладающих нормальными свойствами обмена и роста. При этом действие лучевой энергии, приводящее к необратимому нарушению жизнеспособности клеток опухоли, не должно достигать такой же степени влияния на окружающие ее нормальные ткани и организм больного в целом. Существуют различные методики проведения лучевой терапии. Как у достаточно агрессивного метода у лучевой терапии существуют специфические осложнения.

### Чувствительность опухолей к облучению

Различные виды новообразований по-разному чувствительны к лучевой терапии.

**Наиболее чувствительны** к облучению соединительнотканые опухоли с круглоклеточными структурами: лимфосаркомы, миеломы, эндотелиомы. Высокочувствительны отдельные виды эпителиальных новообразований: семинома, хорионэпителиома, лимфоэпителиальные опухоли глоточного кольца. Локальные изменения при таких видах опухолей довольно быстро исчезают под воздействием лучевой терапии.

В достаточной степени реагируют на облучение опухоли с гистологическим субстратом покровного эпителия: рак кожи, рак губы, рак гортани и бронхов, рак пищевода, плоскоклеточный рак шейки матки. Если при этом облучение применяют при небольших размерах опухоли, то с уничтожением первичного очага может быть достигнуто стойкое излечение пациента.

**В наименьшей степени подвержены лучевому воздействию** различные формы железистого рака (аденокарциномы желудка, почки, поджелудочной железы, кишечника), высокодифференцированные саркомы (фибро-, мио-, осте-, назад хондросаркомы), а также меланобластомы. В таких случаях облучение может быть

# Принципы лечения

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы  
лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

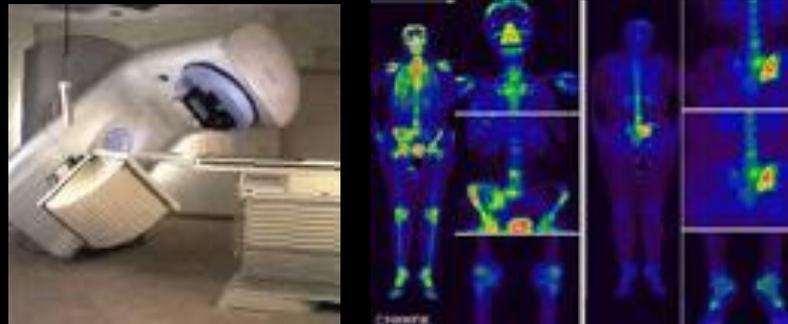
## Основные способы лучевой терапии

В зависимости от места нахождения источника излучения выделяют три основных вида лучевой терапии: внешнее облучение, внутрисполостное облучение и внутритканевое облучение.

При **внешнем облучении** используют установки для рентгенотерапии и телегамматерапии (специальные аппараты, заряженные радиоактивными  $\text{Co}^{60}$  и  $\text{Cs}^{137}$ ). Лучевую терапию применяют курсами, выбирая соответствующие поля и дозу облучения. В настоящее время **внешняя рентгенотерапия и телегамматерапия** являются наиболее распространенными методами лучевого лечения злокачественных новообразований.

**Внутрисполостное облучение** позволяет приблизить источник излучения к месту расположения опухоли. Источник излучения через естественные отверстия вводят в мочевой пузырь, полость матки, полость рта, добиваясь максимальной дозы облучения опухолевой ткани.

Для **внутритканевого облучения** применяют специальные иглы с радиоизотопными препаратами, которые хирургическим путем устанавливают в тканях. Иногда радиоактивные капсулы или иглы оставляют в послеоперационной ране после удаления злокачественной опухоли. Своеобразным методом внутритканевой терапии является лечение рака щитовидной железы препаратами  $\text{I}^{131}$ : после поступления в организм большого йода кумулируется в щитовидной железе, а также в метастазах ее опухоли (при высокой степени дифференцировки).



[назад](#)

# Принципы лечения

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы  
лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

## Возможные осложнения лучевой терапии

Лучевая терапия — далеко не безобидный метод. Все его осложнения можно разделить на местные и общие.

**Местные осложнения.** Развитие местных осложнений связано с неблагоприятным влиянием облучения на здоровые ткани вокруг новообразования и прежде всего на кожу, являющуюся первым барьером на пути лучевой энергии. В зависимости от степени повреждения кожи выделяют следующие осложнения.

- ▣ **Реактивный эпидермит**
- ▣ **Лучевой дерматит**, с исходом в атрофию кожи в месте поражения
- ▣ **Лучевой индуративный отек**
- ▣ **Лучевые язвы**, не склонны к заживлению
- ▣ **Радиоиндуцированный рак** – наиболее грозное осложнение, не рецидив (!) опухоли, практически не поддается лечению.

Профилактика указанных осложнений заключается прежде всего в правильном выборе полей и дозы облучения.

**Общие осложнения.** Применение лучевого лечения может вызывать общие расстройства, являющиеся проявлениями лучевой болезни. Ее клиническими симптомами являются слабость, потеря аппетита, тошнота, рвота, нарушения сна, сердцебиение и одышка.

**В наибольшей степени повреждаются органы кроветворения, прежде всего костный мозг.** При этом в периферической крови наблюдаются лейкопения, тромбоцитопения и анемия. Поэтому на фоне лучевой терапии необходимо не реже 1 раза в неделю производить клинический анализ крови. В некоторых случаях неуправляемая лейкопения служит причиной уменьшения дозы облучения или вообще прекращения лучевой терапии.

Для уменьшения указанных общих расстройств применяют стимуляторы лейкопоэза, переливание крови и ее компонентов, витамины, высококалорийное питание.

[назад](#)

# Принципы лечения

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы  
лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

## Основы химиотерапии

Химиотерапия — воздействие на опухоль различными фармакологическими средствами. По своей эффективности она уступает хирургическому и лучевому методу. Исключение составляют системные онкологические заболевания (лейкоз, лимфогранулематоз) и опухоли гормонозависимых органов (рак молочной железы, яичника, предстательной железы), при которых химиотерапия высокоэффективна. Химиотерапию обычно применяют курсами в течение длительного времени (иногда в течение многих лет).

Различают следующие группы химиотерапевтических средств:

- ▣ Цитостатики (Циклофосфан, Лофенал, Пафенцил)
- ▣ Антиметаболиты (Метотрексат, Меркаптопурин, Флударабин)
- ▣ Противоопухолевые антибиотики (Идарубицин, Митомицин)
- ▣ Иммуномодуляторы (Интерлейкины, Интерфероны)
- ▣ Гормональные препараты



[назад](#)

# Принципы лечения

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы  
лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

## Понятие о комбинированном и комплексном лечении

В процессе лечения больного можно сочетать основные методы лечения злокачественных опухолей. Если у одного пациента применяют два метода, говорят о *комбинированном* лечении, если все три — о *комплексном*.

Показания к тому или иному способу лечения или их комбинации устанавливаются в зависимости от стадии опухоли, ее локализации и гистологической структуры.

Примером может служить лечение различных стадий рака молочной железы:

- I. стадия (и рак *in situ*) — достаточно адекватного хирургического лечения
- II. стадия — комбинированное лечение: необходимо выполнить радикальную хирургическую операцию (радикальная мастэктомия с удалением подмышечных, над- и подключичных лимфатических узлов) и провести химиотерапевтическое лечение
- III. стадия — комплексное лечение: вначале применяют облучение, затем выполняют радикальную операцию с последующей химиотерапией
- IV. стадия — мощная лучевая терапия с последующей операцией по определенным показаниям

[назад](#)

# Прогноз

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы лечения](#)

**Прогноз**

[Контроль знаний](#)

[Литература](#)

Прогноз при онкопатологии определяется суммой различных факторов, как относящихся к самому больному (возраст, наличие сопутствующей патологии и проч.), так и характеризующих сам опухолевый процесс (форма, локализация, распространение и т.д.). Важное значение уделяется своевременности диагностики и начала специфического лечения.

**При доброкачественных новообразованиях** в большинстве случаев прогноз благоприятный. При соответствующем радикальном лечении (главным образом, оперативном) наступает полное выздоровление, рецидивы не возникают. Однако, необходимо учитывать возможные осложнения.

**Прогноз при злокачественных новообразованиях** определяется при ретроспективном анализе нозологических форм, подобных той, что имеется у конкретного больного. Количественным выражением этого является пятилетняя выживаемость – число больных, выживших в течение 5 лет после постановки диагноза, проведённого лечения. Например, если не обнаружено метастазов, шансы на излечение большинства видов рака составляют более 50 %, часто 70-80 % и более; шансы на излечение рака кожи без метастазов около 95 %. Важными исключениями являются рак лёгких (шансы на излечение около 20 %) и рак поджелудочной железы (шансы менее 10 %). Если метастазы обнаружены рядом с опухолью, прогноз ухудшается. Прогноз ещё хуже, если метастазы обнаружены вдали от опухоли. В этом случае шансы на излечение составляют примерно от 3 до 30 процентов, в зависимости от вида рака.

# Контроль знаний

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

**Контроль знаний**

[Литература](#)

[НАЧАТЬ  
ТЕСТИРОВАНИЕ](#)

О своевременной диагностике в онкологии говорят, когда:

- ▣ Диагноз установлен на III стадии опухолевого процесса, в результате лечения больной выздоровел
- ▣ Диагностирована I стадии опухолевого процесса
- ▣ Диагноз установлен на II стадии опухолевого процесса, в результате лечения больной выздоровел
- ▣ Диагностировано наличие осложнений опухолевого процесса, не имеющих клинического проявления

О своевременной диагностике в онкологии говорят, когда:

- ▣ Диагноз установлен на III стадии опухолевого процесса, в результате лечения больной выздоровел
- ▣ Диагностирована I стадии опухолевого процесса
- ▣ Диагноз установлен на II стадии опухолевого процесса, в результате лечения больной выздоровел
- ▣ Диагностировано наличие осложнений опухолевого процесса, не имеющих клинического проявления

**ОТВЕТ ВЕРНЫЙ**

СЛЕДУЮЩИЙ ВОПРОС

О своевременной диагностике в онкологии говорят, когда:

- ▣ Диагноз установлен на III стадии опухолевого процесса, в результате лечения больной выздоровел
- ▣ Диагностирована I стадии опухолевого процесса
- ▣ Диагноз установлен на II стадии опухолевого процесса, в результате лечения больной выздоровел
- ▣ Диагностировано наличие осложнений опухолевого процесса, не имеющих клинического проявления

**ОТВЕТ НЕВЕРНЫЙ**

СЛЕДУЮЩИЙ ВОПРОС

Принцип зональности в хирургическом лечении злокачественных новообразований подразумевает:

- ▣ Удаление опухолевого узла, регионарных лимфоузлов и окружающих тканей единым блоком
- ▣ Удаление всех обнаруженных в зоне опухолевого роста лимфатических узлов
- ▣ Удаление опухолевого узла с максимально быстрой перевязкой сосудов
- ▣ Удаление опухолевого узла в пределах здоровых, свободных от перерождённых клеток тканей

Принцип зональности в хирургическом лечении злокачественных новообразований подразумевает:

- ▣ Удаление опухолевого узла, регионарных лимфоузлов и окружающих тканей единым блоком
- ▣ Удаление всех обнаруженных в зоне опухолевого роста лимфатических узлов
- ▣ Удаление опухолевого узла с максимально быстрой перевязкой сосудов
- ▣ Удаление опухолевого узла в пределах здоровых, свободных от перерождённых клеток тканей

**ОТВЕТ ВЕРНЫЙ**

СЛЕДУЮЩИЙ ВОПРОС

Принцип зональности в хирургическом лечении злокачественных новообразований подразумевает:

- ▣ Удаление опухолевого узла, регионарных лимфоузлов и окружающих тканей единым блоком
- ▣ Удаление всех обнаруженных в зоне опухолевого роста лимфатических узлов
- ▣ Удаление опухолевого узла с максимально быстрой перевязкой сосудов
- ▣ Удаление опухолевого узла в пределах здоровых, свободных от перерождённых клеток тканей

**ОТВЕТ НЕВЕРНЫЙ**

СЛЕДУЮЩИЙ ВОПРОС

В основу TNM-классификации злокачественных опухолей положена оценка:

- ▣ Степени недостаточности функции поражённого органа
- ▣ Глубины инвазии и степени диссеминации опухолевого процесса
- ▣ Степени поражения регионарных лимфатических узлов
- ▣ Лабораторных показателей как отражения уровня «раковой интоксикации»

В основу TNM-классификации злокачественных опухолей положена оценка:

- ▣ Степени недостаточности функции поражённого органа
- ▣ Глубины инвазии и степени диссеминации опухолевого процесса
- ▣ Степени поражения регионарных лимфатических узлов
- ▣ Лабораторных показателей как отражения уровня «раковой интоксикации»

**ОТВЕТ ВЕРНЫЙ**

СЛЕДУЮЩИЙ ВОПРОС

В основу TNM-классификации злокачественных опухолей положена оценка:

- ▣ Степени недостаточности функции поражённого органа
- ▣ Глубины инвазии и степени диссеминации опухолевого процесса
- ▣ Степени поражения регионарных лимфатических узлов
- ▣ Лабораторных показателей как отражения уровня «раковой интоксикации»

**ОТВЕТ НЕВЕРНЫЙ**

СЛЕДУЮЩИЙ ВОПРОС

Верно ли утверждение, что доброкачественная доброкачественные новообразования никогда клинически себя не проявляют и не имеют осложнений:

- ▣ Да
- ▣ Нет

Верно ли утверждение, что доброкачественная доброкачественные новообразования никогда клинически себя не проявляют и не имеют осложнений:

- ▣ Да
- ▣ Нет

**ОТВЕТ ВЕРНЫЙ**

СЛЕДУЮЩИЙ ВОПРОС

Верно ли утверждение, что доброкачественная доброкачественные новообразования никогда клинически себя не проявляют и не имеют осложнений:

- ▣ Да
- ▣ Нет

**ОТВЕТ НЕВЕРНЫЙ**

СЛЕДУЮЩИЙ ВОПРОС

Моноклональная теория развития опухолей подразумевает, что:

- ▣ Все клетки данной опухоли, её метастазов происходят из одной злокачественно переродившейся клетки
- ▣ Все клетки данной опухоли происходят из одной злокачественно переродившейся клетки, её метастазы – из другой
- ▣ Все клетки данной опухоли, её метастазов обладают одинаковыми гистологическими, гистохимическими и иммуногистологическими показателями
- ▣ Все клетки данной опухоли, её метастазов происходят из одной ткани, подвергшейся действию определённых канцерогенов

Моноклональная теория развития опухолей подразумевает, что:

- ▣ Все клетки данной опухоли, её метастазов происходят из одной злокачественно переродившейся клетки
- ▣ Все клетки данной опухоли происходят из одной злокачественно переродившейся клетки, её метастазы – из другой
- ▣ Все клетки данной опухоли, её метастазов обладают одинаковыми гистологическими, гистохимическими и иммуногистологическими показателями
- ▣ Все клетки данной опухоли, её метастазов происходят из одной ткани, подвергшейся действию определённых канцерогенов

**ОТВЕТ ВЕРНЫЙ**

СЛЕДУЮЩИЙ ВОПРОС

Моноклональная теория развития опухолей подразумевает, что:

- ▣ Все клетки данной опухоли, её метастазов происходят из одной злокачественно переродившейся клетки
- ▣ Все клетки данной опухоли происходят из одной злокачественно переродившейся клетки, её метастазы – из другой
- ▣ Все клетки данной опухоли, её метастазов обладают одинаковыми гистологическими, гистохимическими и иммуногистологическими показателями
- ▣ Все клетки данной опухоли, её метастазов происходят из одной ткани, подвергшейся действию определённых канцерогенов

**ОТВЕТ НЕВЕРНЫЙ**

СЛЕДУЮЩИЙ ВОПРОС

Использование метода диатермокоагуляции при удалении полипа (железистой аденомы) толстой кишки направлено на:

- ▣ Профилактику рецидива опухолевого роста
- ▣ Уничтожение опухолевых клеток в зоне вмешательства (антибластика)
- ▣ Профилактику гематогенного метастазирования опухолевых клеток
- ▣ При использовании данного метода одновременно с удалением опухолевого узла осуществляется гемостаз

Использование метода диатермокоагуляции при удалении полипа (железистой аденомы) толстой кишки направлено на:

- ▣ Профилактику рецидива опухолевого роста
- ▣ Уничтожение опухолевых клеток в зоне вмешательства (антибластика)
- ▣ Профилактику гематогенного метастазирования опухолевых клеток
- ▣ При использовании данного метода одновременно с удалением опухолевого узла осуществляется гемостаз

**ОТВЕТ ВЕРНЫЙ**

СЛЕДУЮЩИЙ ВОПРОС

Использование метода диатермокоагуляции при удалении полипа (железистой аденомы) толстой кишки направлено на:

- ▣ Профилактику рецидива опухолевого роста
- ▣ Уничтожение опухолевых клеток в зоне вмешательства (антибластика)
- ▣ Профилактику гематогенного метастазирования опухолевых клеток
- ▣ При использовании данного метода одновременно с удалением опухолевого узла осуществляется гемостаз

**ОТВЕТ НЕВЕРНЫЙ**

СЛЕДУЮЩИЙ ВОПРОС

У больного заподозрен периферический рак правого лёгкого. Обязательным диагностическим мероприятием является:

- ▣ Гистологическое исследование биоптата
- ▣ Выявление антинулеарных антител в периферической крови
- ▣ Выявление очаговых изменений, похожих на метастазы, в паренхиматозных органах
- ▣ Проведение фиброгастроскопии с прижизненной микроскопией

У больного заподозрен периферический рак правого лёгкого. Обязательным диагностическим мероприятием является:

- ▣ Гистологическое исследование биоптата
- ▣ Выявление антинулеарных антител в периферической крови
- ▣ Выявление очаговых изменений , похожих на метастазы, в паренхиматозных органах
- ▣ Проведение фиброгастроскопии с прижизненной микроскопией

**ОТВЕТ ВЕРНЫЙ**

СЛЕДУЮЩИЙ ВОПРОС

У больного заподозрен периферический рак правого лёгкого. Обязательным диагностическим мероприятием является:

- ▣ Гистологическое исследование биоптата
- ▣ Выявление антинулеарных антител в периферической крови
- ▣ Выявление очаговых изменений , похожих на метастазы, в паренхиматозных органах
- ▣ Проведение фиброгастроскопии с прижизненной микроскопией

**ОТВЕТ НЕВЕРНЫЙ**

СЛЕДУЮЩИЙ ВОПРОС

Для злокачественной опухоли характерно всё нижеперечисленное, кроме:

- ▣ Клеточный атипизм
- ▣ Деструктивный рост
- ▣ Наличие метастазов
- ▣ Наличие капсулы
- ▣ Хорошее кровоснабжение
- ▣ Быстрый рост

Для злокачественной опухоли характерно всё нижеперечисленное, кроме:

- ▣ Клеточный атипизм
- ▣ Деструктивный рост
- ▣ Наличие метастазов
- ▣ Наличие капсулы
- ▣ Хорошее кровоснабжение
- ▣ Быстрый рост

**ОТВЕТ ВЕРНЫЙ**

СЛЕДУЮЩИЙ ВОПРОС

Для злокачественной опухоли характерно всё нижеперечисленное, кроме:

- ▣ Клеточный атипизм
- ▣ Деструктивный рост
- ▣ Наличие метастазов
- ▣ Наличие капсулы
- ▣ Хорошее кровоснабжение
- ▣ Быстрый рост

**ОТВЕТ НЕВЕРНЫЙ**

СЛЕДУЮЩИЙ ВОПРОС

У больного диагностирована липома левой лопаточной области. Ваша лечебная тактика?

- ▣ Иссечение опухолевого узла в пределах здоровых тканей
- ▣ Короткофокусная рентгенотерапия на опухолевый узел
- ▣ Иссечение опухолевого узла в пределах здоровых тканей с курсом пред- и послеоперационной химиотерапии
- ▣ Иссечение опухолевого узла в пределах здоровых тканей, курс дистанционной  
Иссечение опухолевого узла в пределах здоровых тканей, курс дистанционной  
γИссечение опухолевого узла в пределах здоровых тканей, курс дистанционной γ-  
терапии в послеоперационном периоде, курс химиотерапии

У больного диагностирована липома левой лопаточной области. Ваша лечебная тактика?

- ▣ Иссечение опухолевого узла в пределах здоровых тканей
- ▣ Короткофокусная рентгенотерапия на опухолевый узел
- ▣ Иссечение опухолевого узла в пределах здоровых тканей с курсом пред- и послеоперационной химиотерапии
- ▣ Иссечение опухолевого узла в пределах здоровых тканей, курс дистанционной  $\gamma$ -терапии в послеоперационном периоде, курс химиотерапии

**ОТВЕТ ВЕРНЫЙ**

СЛЕДУЮЩИЙ ВОПРОС

У больного диагностирована липома левой лопаточной области. Ваша лечебная тактика?

- ▣ Иссечение опухолевого узла в пределах здоровых тканей
- ▣ Короткофокусная рентгенотерапия на опухолевый узел
- ▣ Иссечение опухолевого узла в пределах здоровых тканей с курсом пред- и послеоперационной химиотерапии
- ▣ Иссечение опухолевого узла в пределах здоровых тканей, курс дистанционной  $\gamma$ -терапии в послеоперационном периоде, курс химиотерапии

**ОТВЕТ НЕВЕРНЫЙ**

СЛЕДУЮЩИЙ ВОПРОС

У больного диагностирована фибросаркома средостения. Опухолевый узел удалён хирургическим путём. В послеоперационном периоде больному проведён курс химиотерапии и дистанционной  $\gamma$ -терапии. Через 4 года в области послеоперационного рубца (в зоне ранее проводимого облучения) - опухолевидное образование. При гистологическом исследовании установлено, что строение исследуемой ткани совпадает со строением первичного опухолевого узла.

Как следует расценивать данную ситуацию?

- ▣ Речь идёт о радиоиндуцированном раке
- ▣ Речь идёт о рецидиве опухолевого роста
- ▣ Речь идёт о появлении новой опухоли
- ▣ Нет правильного ответа

У больного диагностирована липома левой лопаточной области. Ваша лечебная тактика?

- ▣ Иссечение опухолевого узла в пределах здоровых тканей
- ▣ Короткофокусная рентгенотерапия на опухолевый узел
- ▣ Иссечение опухолевого узла в пределах здоровых тканей с курсом пред- и послеоперационной химиотерапии
- ▣ Иссечение опухолевого узла в пределах здоровых тканей, курс дистанционной  $\gamma$ -терапии в послеоперационном периоде, курс химиотерапии

**ОТВЕТ ВЕРНЫЙ**

СЛЕДУЮЩИЙ ВОПРОС

У больного диагностирована липома левой лопаточной области. Ваша лечебная тактика?

- ▣ Иссечение опухолевого узла в пределах здоровых тканей
- ▣ Короткофокусная рентгенотерапия на опухолевый узел
- ▣ Иссечение опухолевого узла в пределах здоровых тканей с курсом пред- и послеоперационной химиотерапии
- ▣ Иссечение опухолевого узла в пределах здоровых тканей, курс дистанционной  $\gamma$ -терапии в послеоперационном периоде, курс химиотерапии

**ОТВЕТ НЕВЕРНЫЙ**

СЛЕДУЮЩИЙ ВОПРОС

Использование во время операции по поводу злокачественного новообразования лазерного скальпеля, обработка раневой поверхности спиртом направлено на:

- ▣ Профилактику кровотечения в послеоперационном периоде
- ▣ Профилактику инфекционных осложнений
- ▣ На уничтожение опухолевых клеток в зоне опухолевого роста
- ▣ На уничтожение опухолевых клеток в области операционной раны

Использование во время операции по поводу злокачественного новообразования лазерного скальпеля, обработка раневой поверхности спиртом направлено на:

- ▣ Профилактику кровотечения в послеоперационном периоде
- ▣ Профилактику инфекционных осложнений
- ▣ На уничтожение опухолевых клеток в зоне опухолевого роста
- ▣ На уничтожение опухолевых клеток в области операционной раны

**ОТВЕТ ВЕРНЫЙ**

СЛЕДУЮЩИЙ ВОПРОС

Использование во время операции по поводу злокачественного новообразования лазерного скальпеля, обработка раневой поверхности спиртом направлено на:

- ▣ Профилактику кровотечения в послеоперационном периоде
- ▣ Профилактику инфекционных осложнений
- ▣ На уничтожение опухолевых клеток в зоне опухолевого роста
- ▣ На уничтожение опухолевых клеток в области операционной раны

**ОТВЕТ НЕВЕРНЫЙ**

СЛЕДУЮЩИЙ ВОПРОС

У больного диагностирован рак пищевода. Выполнена хирургическая операция, параллельно больной получил курс химиотерапии. О каком варианте лечения идёт речь?

- ▣ Комплексном
- ▣ Сочетанном
- ▣ Комбинированном
- ▣ Симультанном

У больного диагностирован рак пищевода. Выполнена хирургическая операция, параллельно больной получил курс химиотерапии. О каком варианте лечения идёт речь?

- ▣ Комплексном
- ▣ Сочетанном
- ▣ Комбинированном
- ▣ Симультанном

**ОТВЕТ ВЕРНЫЙ**

[Закончить тестирование](#)

У больного диагностирован рак пищевода. Выполнена хирургическая операция, параллельно больной получил курс химиотерапии. О каком варианте лечения идёт речь?

- ▣ Комплексном
- ▣ Сочетанном
- ▣ Комбинированном
- ▣ Симультанном

**ОТВЕТ НЕВЕРНЫЙ**

[Закончить тестирование](#)

# Литература

[Главная](#)

[Введение](#)

[Терминология](#)

[Статистические  
данные](#)

[Этиопатогенез](#)

[Классификация](#)

[Клиника и  
диагностика](#)

[Принципы лечения](#)

[Прогноз](#)

[Контроль знаний](#)

**Литература**

Основная:

- ▣ Гостищев В.К. Общая хирургия: учебник для студентов мед. вузов (3-е издание).- М., изд-во «ГЭОТАР-Медиа», 2002. – 608 с.
- ▣ Петров С.В. Общая хирургия: учебник (2-е издание).- СПб, 2005. – 768 с. – (Серия «Национальная медицинская библиотека»)

Дополнительная:

- ▣ Пальцев М.А., Пономарёв А.Б., Берестова А.В. Атлас по патологической анатомии. – 3-е изд., стереотипное. – М.: Медицина, 2007. – 432 с.
- ▣ Пальцев А.М., Аничков Н.М. Патологическая анатомия: учебник. Том 1. Общий курс. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2005. – 304 с.
- ▣ Классификация TNM опухолей. Справочник онколога. – Русскоязычный вариант под. ред. Я.В.Шпарык. - 6-е изд., доп. – Австрия: EBEWE Pharma, 2002. - 122 с.