



**АОУ СПО РК «Петрозаводский базовый
медицинский
колледж»**

Онкология

Дисциплина: Хирургия
Специальность: Акушерское дело
Выполнила: Живая В.О., 321 гр.

Петрозаводск, 2014



Опухоль

- патологическое образование, самостоятельно развивающееся в органах и тканях, отличающееся автономным ростом, полиморфизмом и атипией клеток.

Основные свойства опухолей:

- **Автономный рост** – опухолевый рост не подлежит воздействию регуляторных механизмов (нервная и эндокринная регуляция, иммунная система и др.), т.е. не контролируется организмом.
- **Полиморфизм и атипия** – трансформировавшись, клетки начинают размножаться быстрее, при этом происходит нарушение дифференцировки клеток, что ведет к атии (морфологическому отличию от клеток ткани, из которой они произошли) и полиморфизму (наличию в опухоли разнородный клеток). Чем менее дифференцированные клетки в опухоли, тем быстрее и агрессивнее ее рост.



Основные теории происхождения опухолей

- **Теория раздражения Р.Вирхова** – злокачественные опухоли чаще возникают в тех органах, где ткани чаще подвергаются травматизации
- **Теория зародышевых зачатков Д.Конгейма** – под влиянием определенных факторов зачатки, находящиеся в латентном состоянии, начинают расти, приобретая опухолевые свойства
- **Регенерационно-мутационная теория Фишер-Вазельса** – воздействие патологических факторов на регенерирующие ткани
- **Вирусная теория Л.А.Зильбера** – вирус, внедряясь в клетку, на генном уровне нарушает процессы регуляции деления
- **Иммунологическая теория** – нарушение идентификации и уничтожения трансформированных клеток иммунной системой.



Современная полиэтиологическая теория происхождения опухолей

- Канцерогенные факторы:
 - Механические : частая, повторная травматизация тканей с последующей регенерацией
 - Химические: местное и общее воздействие химических веществ
 - Физические: УФО, ионизирующее облучение
 - Онкогенные вирусы: вирус Эпштейна-Барр, вирус Т-клеточного лейкоза

Само по себе воздействие канцерогенных факторов не вызывает новообразования. Для возникновения опухоли необходимо наличие генетической предрасположенности и определенного состояния иммунной и нейрогуморальной систем

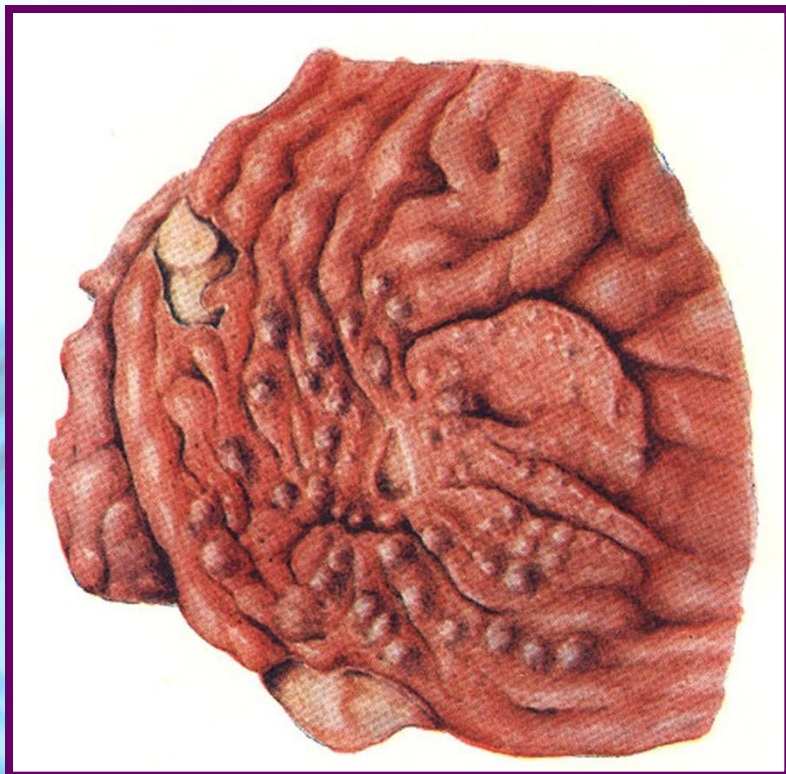


Отличия доброкачественных и злокачественных опухолей

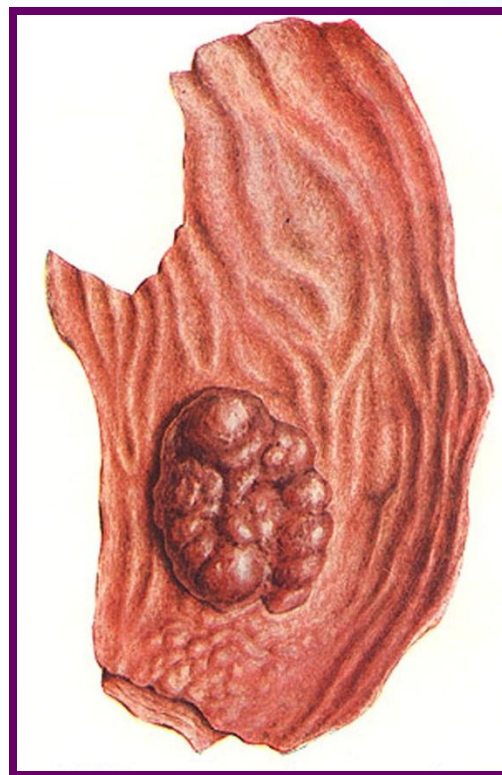
доброкачественные опухоли	злокачественные опухоли
клетки аналогичны клеткам ткани, из которой развились	атипия и полиморфизм
рост экспансивный	рост инфильтрирующий
не дают метастазов	склонны к метастазированию
практически не дают рецидивов	склонны к рецидивированию
не оказывают влияния на общее состояние (за исключением редких форм)	вызывают интоксикацию, кахексию



Инфильтрирующий рост



Экспансивный рост



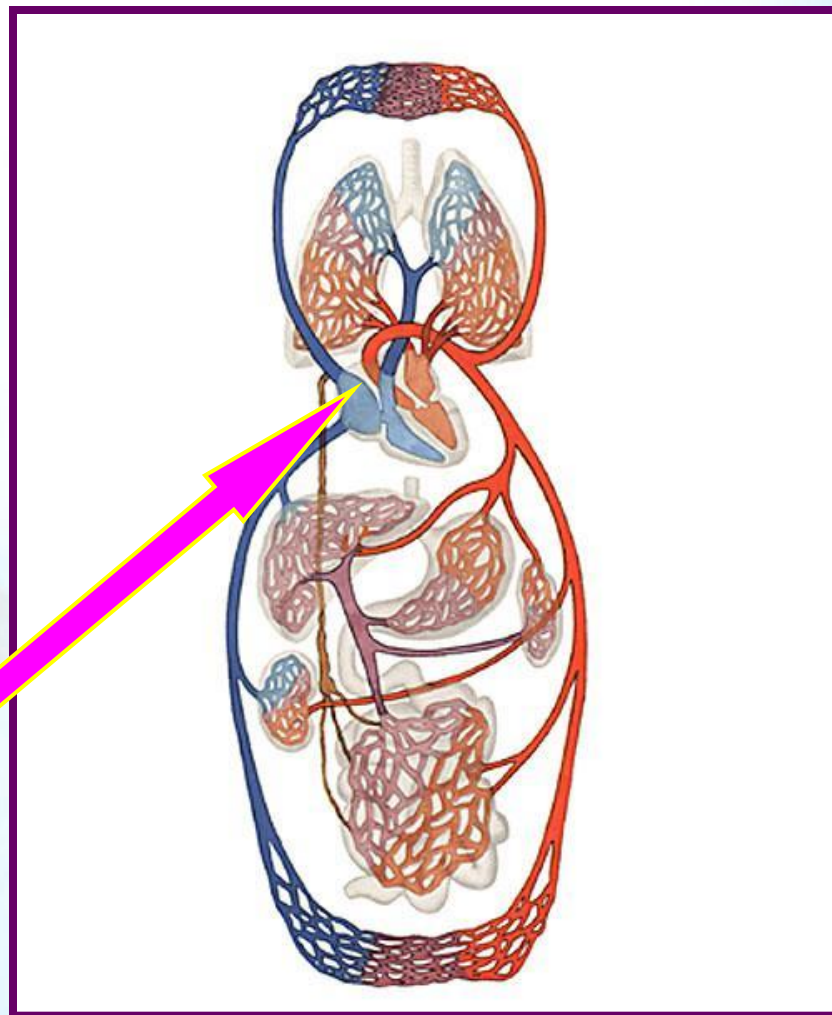


Местные различия

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 лимфатические узлы	не изменены	могут быть увеличены, безболезненные, плотные

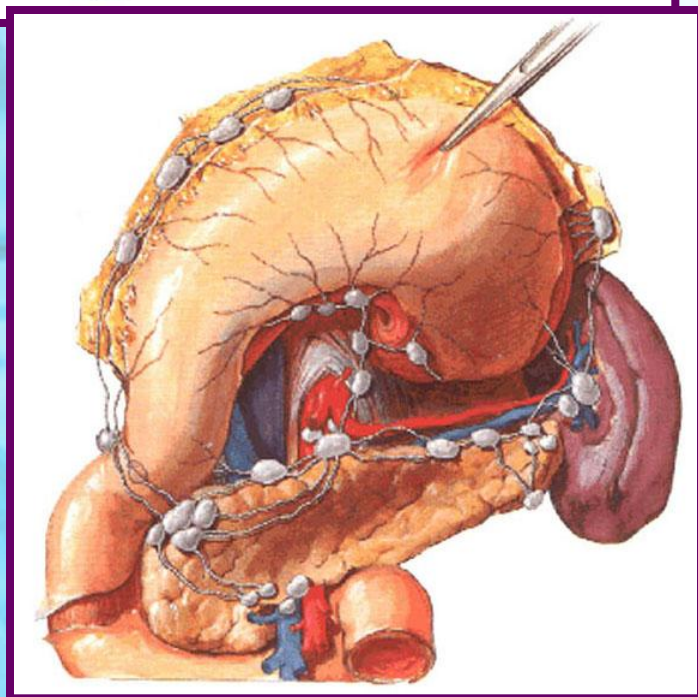
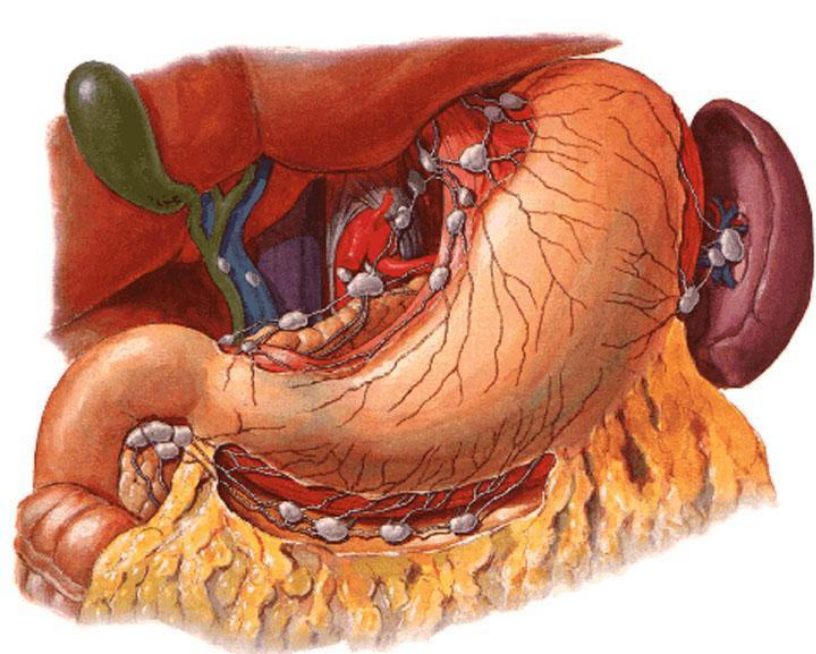


ГЕМАТОГЕННОЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ

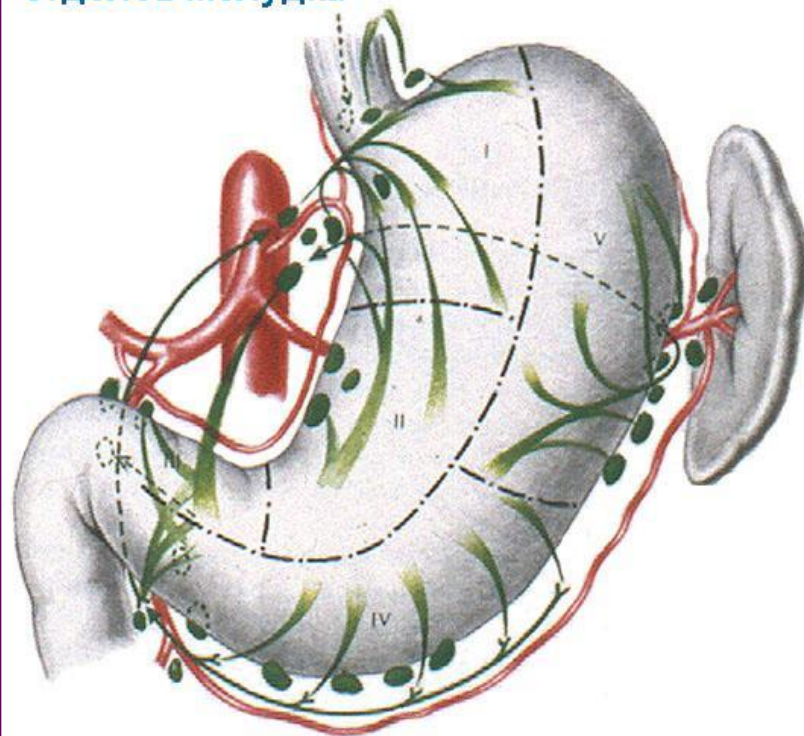


ЛИМФОГЕННОЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ

СИСТЕМЕ



Пути лимфоотока от различных
отделов желудка





Клиника злокачественных опухолей:

- **Синдром «плюс-ткань»** - обнаружение непосредственно в зоне расположения новой дополнительной ткани
- **Синдром патологических выделений** – при прорастании опухолью кровеносных сосудов появляются кровянистые выделения. При развитии вокруг опухоли воспаления, а также при слизееобразующей форме рака возникают слизистые или слизисто-гнойные выделения
- **Синдром нарушения функции органа**
- **Синдром малых признаков** – слабость, утомляемость, повышение температуры, похудание, плохой аппетит, анемия, повышение СОЭ – раковая интоксикация.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ СОСКА

при липогранулеме

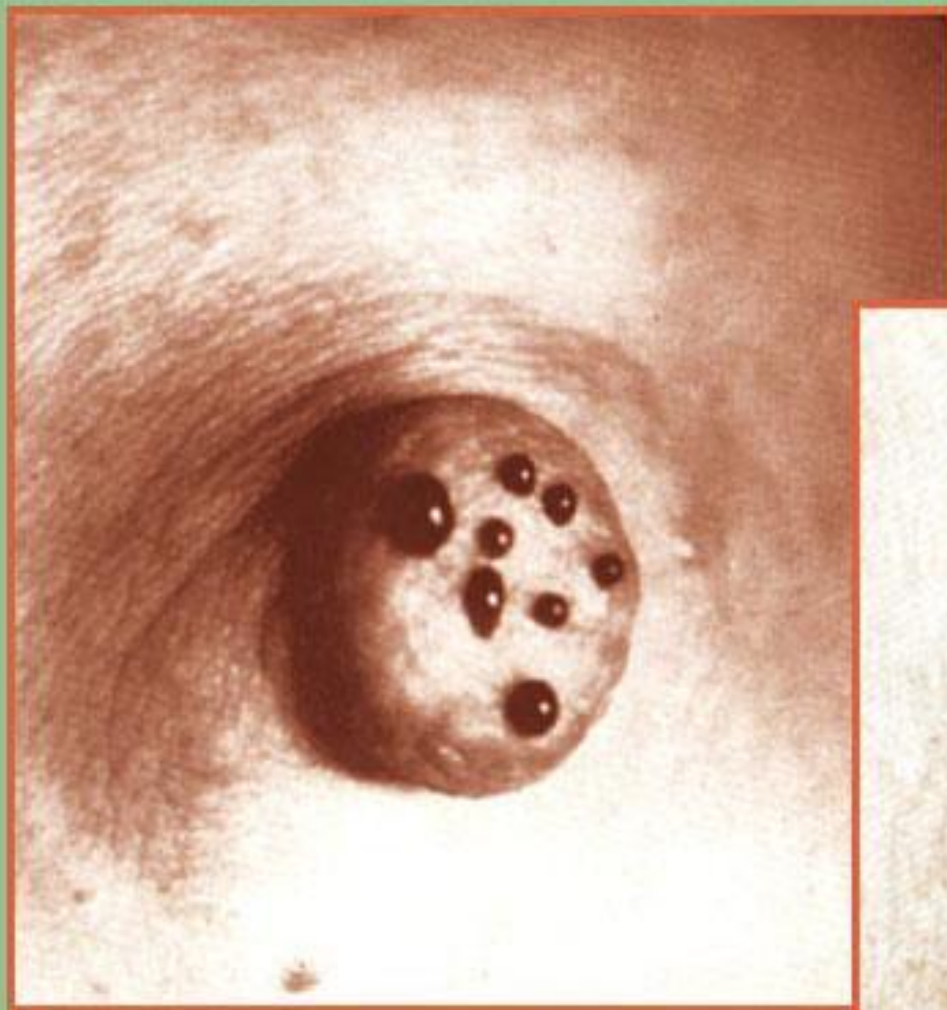


при раке
молочной железы



ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ СОСКА

при папилломатозе
молочных протоков



при внутрипротоковой
папиллеме



Диагностика:

- **Ранняя** – установление диагноза на стадии *in situ* и I клинической стадии заболевания – адекватное лечение приводит к полному выздоровлению
- **Своевременная** – диагноз поставлен на II и в некоторых случаях на III стадии процесса – полное излечение возможно только у части больных, у других наблюдается прогрессирование процесса
- **Поздняя** – диагноз установлен на III-IV стадии – малая вероятность или невозможность излечения пациента



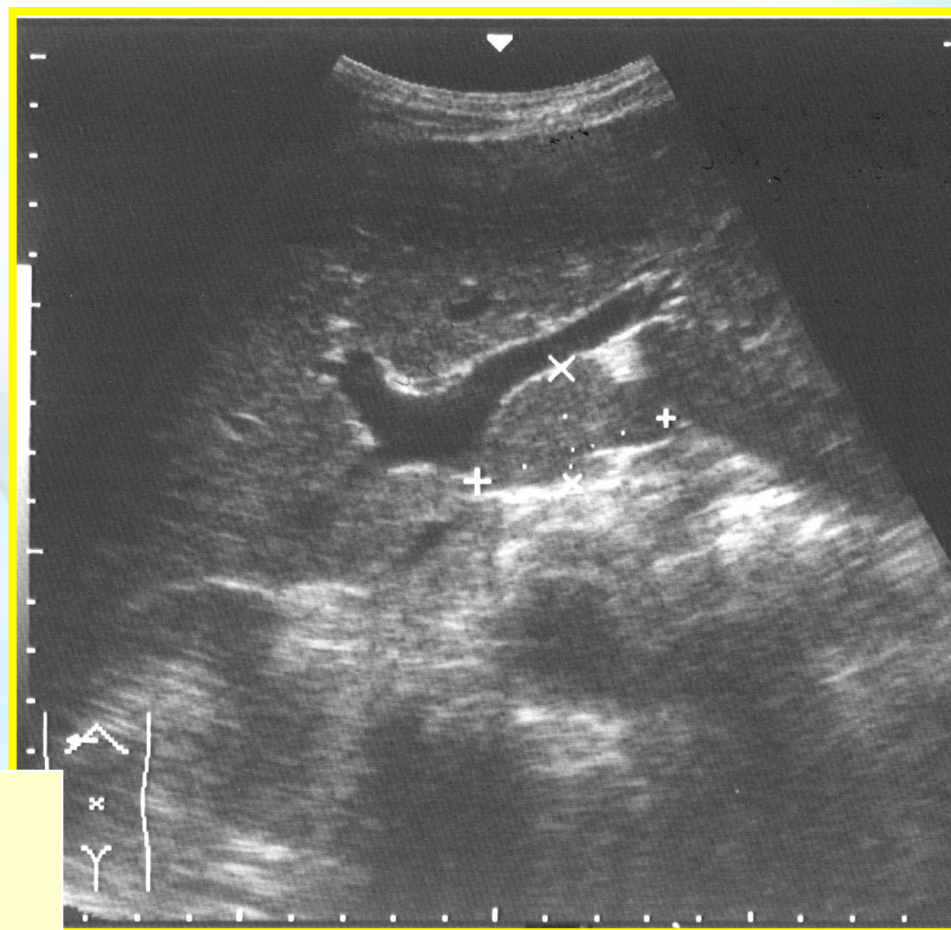
Методы исследования:

- УЗИ
- Рентгенография
- Компьютерная томография, МРТ
- Эндоскопия
- Биопсия с гистологическим и цитологическим исследованием
- Радиоиммунный и иммуноферментный методы определения опухолевых маркеров



ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

УЗИ

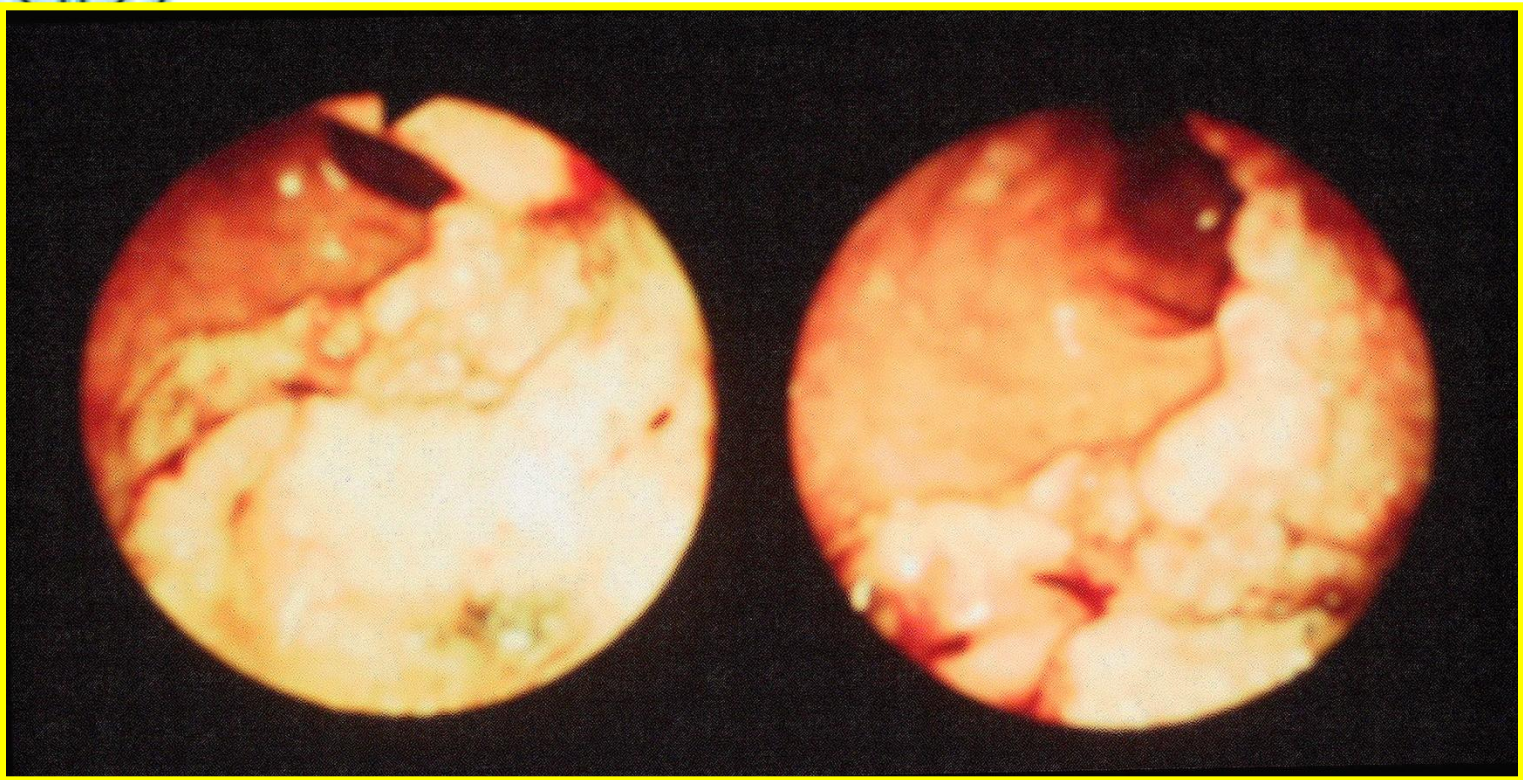


**Метастаз в
воротах печени**



ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

ФИБРОГАСТРОСКОПИЯ

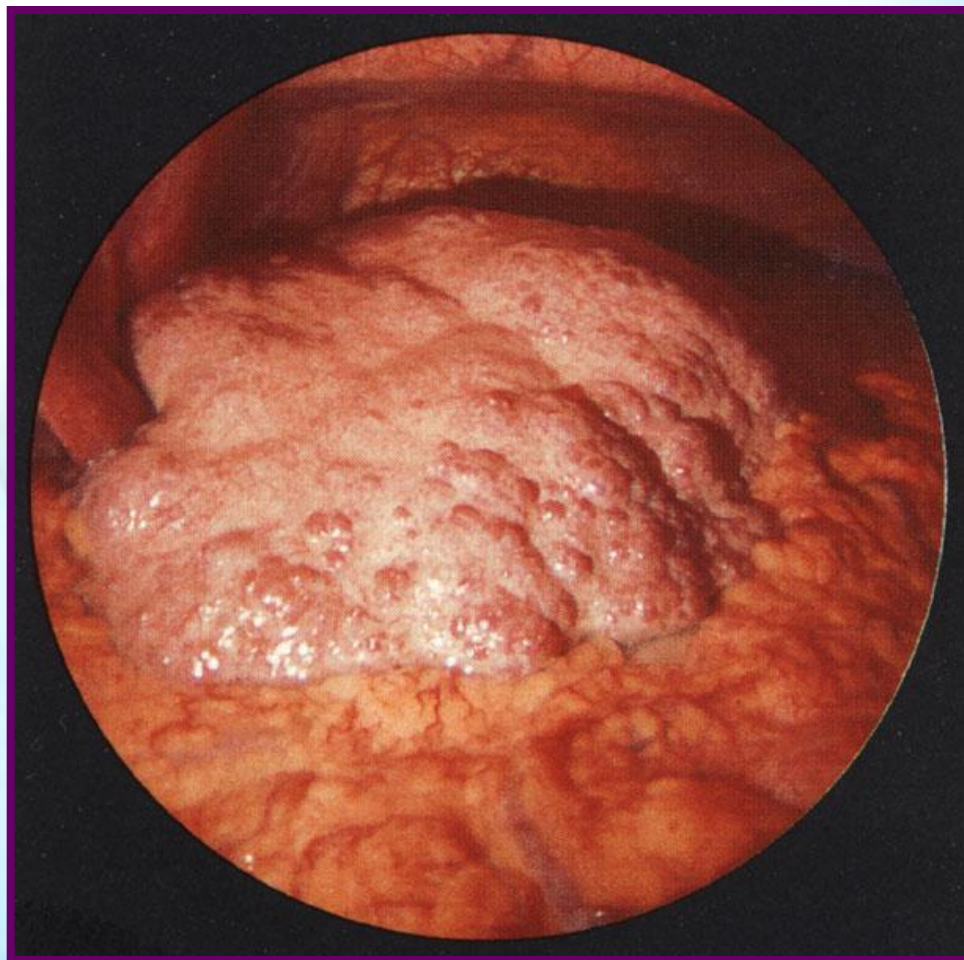




ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

ЛАПАРОСКОПИЯ

Метастазы
в паренхиме
печени





Эндоскопия

Рак желудка





МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

- ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
- ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ
- ХИМИОТЕРАПИЯ
- ГОРМОНОТЕРАПИЯ
- ИММУНОТЕРАПИЯ

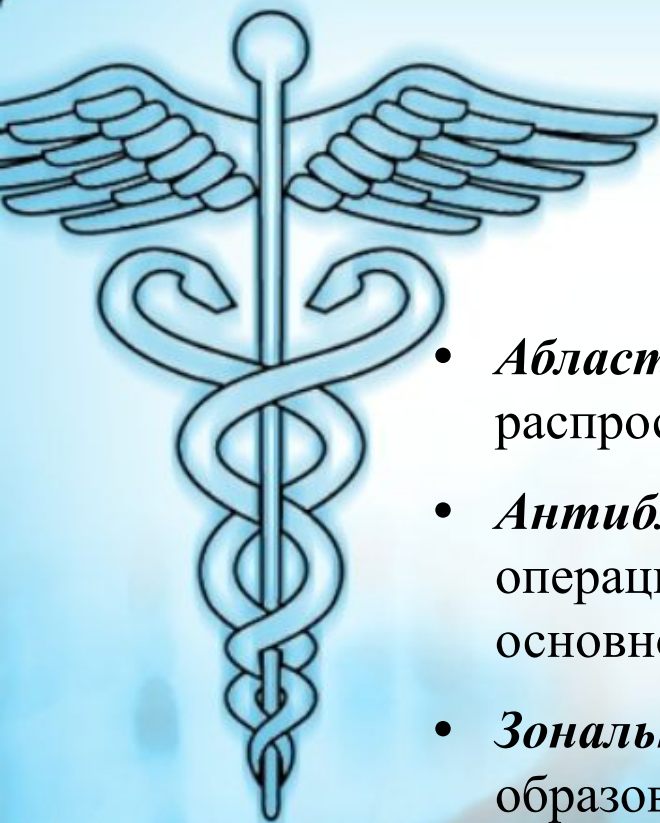
Осложнения лучевой терапии:

МЕСТНЫЕ:

- Реактивный эпидермит
- Лучевой дерматит
- Лучевой индуративный отек
- Лучевые некротические язвы

ОБЩИЕ (лучевая болезнь):

- Слабость
- Потеря аппетита, тошнота, рвота
- Тахикардия, одышка
- Лейкопения, тромбоцитопения, анемия



Принципы хирургического лечения:

- **Абластика** — комплекс мер по предупреждению распространения во время операции опухолевых клеток.
- **Антибластика**- комплекс мер по уничтожению во время операции отдельных клеток опухоли, оторвавшихся от основной ее массы.
- **Зональность**- необходимо удалять не только опухолевое образование, но и всю зону, в которой могут быть раковые клетки.
- **Футлярность** — для большей радикальности необходимо удаление лимфатических узлов вместе с клетчаткой всего фасциального футляра, желательно вместе с фасцией.



Оценка эффективности лечения

- Показатель эффективности – 5-летняя выживаемость:
 - если в течение 5 лет после лечения пациент жив, рецидива и метастазирования не наступило, то прогрессирование процесса в дальнейшем маловероятно. Пациента считают выздоровевшим от рака.



Классификация ТМН

- **T (tumor)** – величина и местное распространение опухоли;
- **N (node)** – наличие и характеристика метастазов в регионарных лимфатических узлах;
- **M (metastasis)** – наличие отдаленных метастазов;
- **G (grade)** – степень злокачественности;
- **P (penetration)** – степень прорастания стенки полого органа (только для опухолей желудочно-кишечного тракта)



TNM-клиническая классификация (например, для рака желудка)

T – первичная опухоль

- T_x – недостаточно данных для оценки первичной опухоли**
- T₀ – первичная опухоль не определяется**
- T_{is} – преинвазивная карцинома (интраэпителиальная опухоль без прорастания собственной пластинки слизистой оболочки)**
- T₁ – опухоль инфильтрирует стенку желудка
до подслизистого слоя**
- T₂ – опухоль инфильтрирует стенку желудка
до субсерозной оболочки**
- T₃ – опухоль прорастает серозную оболочку без инвазии
в соседние структуры**
- T₄ – опухоль распространяется на соседние структуры**



N – регионарные лимфатические узлы

- Nx – недостаточно данных для оценки регионарных
лимфатических узлов**
- N0 – нет признаков метастатического поражения
лимфатических узлов**
- N1 – имеются метастазы в 1-6 лимфатических узлах**
- N2 – имеются метастазы в 7-15 лимфатических узлах**
- N3 – имеются метастазы более, чем в 15 лимфатических
узлах**



М – отдаленные метастазы

Mx – недостаточно данных для оценки

M0 – нет признаков отдаленных

метастазов

M1 – имеются отдаленные метастазы



Рак желудка

Группировка по стадиям

Стадия 0 - TisN0M0

Стадия IA - T1N0M0

Стадия IB - T1N1M0, T2N0M0

Стадия II - T1N2M0, T2N1M0, T3N0M0

Стадия IIIA - T2N2M0, T3N1M0, T4N0M0

Стадия IIIB - T3N2M0

**Стадия IV - T4N1-3M0, T1-3N3M0,
любые T и N при M1**



G – степень злокачественности:

- G_1 – опухоли низкой степени злокачественности (высокодифференцированные)
- G_2 – опухоли средней степени злокачественности (низкодифференцированные)
- G_3 – опухоли высокой степени злокачественности (недифференцированные)



P – степень прорастания стенки полого органа:

- P_1 – опухоль в пределах слизистой оболочки
- P_2 – опухоль прорастает в подслизистую оболочку
- P_3 – опухоль прорастает мышечный слой (до серозного)
- P_4 – опухоль прорастает серозную оболочку и выходит за пределы органа



Спасибо за внимание!