

Онкология в хирургии



Понятие об онкологии

Онкология — раздел медицины, изучающий доброкачественные и злокачественные опухоли, механизмы и закономерности их возникновения и развития, методы их профилактики, диагностики и лечения.



Определение



Опухоль – избыточное очаговое разрастание видоизмененной (атипичной) ткани, не являющееся пороком внутриутробного развития или результатом патологической



Актуальность

- Ежегодно в мире регистрируется более 6 000 000 случаев рака
- Онкологическая заболеваемость составляет в среднем 250-400 на 100 000
- Число случаев смерти от рака желудка – около 600 000 ежегодно
- Число случаев смерти от рака легкого – около 600 000 ежегодно
- Число случаев смерти от рака молочной железы – около 250 000 ежегодно

МУЖЧИНЫ		ЖЕНЩИНЫ	
Простата	32 %	Молочная железа	32 %
Легкие	16 %	Легкие	13 %
Колоректальная область	12 %	Колоректальная область	13 %
Мочевой тракт	9 %	Матка	8 %
Кровотворная ткань	7 %	Кровотворная ткань	6 %

Структура злокачественных опухолей в США по данным 1994 г.

Этиология



- **1) Физико-химическая теория.** Автор теории немецкий ученый **Рудольф Вирхов**— 1855 год. опухоли вызываются длительным повреждающим действием физических и химических факторов. Примеры – рак в рубце после ожога, многочисленные профессиональные раки, паразитарные инфекции, гормональные раки, раки при курении, действии радиоактивных веществ, стронция, кобальта и других факторов
- **2) Вирусная и вирусно-генетическая теория.** Автор – советский ученый **Лев Зильбер**– вторая половина 20 века. По этой теории главным фактором, который вызывает превращение нормальной клетки в раковую клетку является онкогенный вирус, который встраивается в геном клетки. А все остальные физические и химические факторы действуют только как активаторы вируса.
- **3) Дизонтогенетическая теория.** Автор — немецкий ученый **Конгейм**, 19 век. По данной теории считается, что источником опухоли являются пороки развития тканей с наличием эмбриональных клеток. Именно эмбриональные клетки затем превращаются в раковые клетки. Эта теория имеет ограниченное значение. Так как только небольшая группа опухолей имеет чисто эмбриональное происхождение. Примером такой опухоли может быть дермоидная киста яичника. Опухоль представляет собой полость. Стенкой полости является кожа(дерма). Внутренняя поверхность полости покрыта эпидермисом и содержит придатки кожи – сальные, потовые железы и волосяные фолликулы. Снаружи располагается подкожно-жировая клетчатка. В полости дермоидной кисты накапливаются жировые массы, пучки волос, а в стенке могут находиться зачатки зубов.

Классификация

1. По типу роста опухолей

1.1. По клиническому течению

- Доброкачественные
- С местно-деструктирующим ростом
- Злокачественные

1.3. По числу первичных центров роста

- Уницентрический
- Мультицентрический

1.2. По отношению к окружающим тканям

- Экспансивный
- Аппозиционный
- Инвазивный (инфильтрирующий, деструктирующий)

1.4. По отношению к полостям органов

- Экзофитный
- Эндофитный

Классификация по гистогенезу:



Источник	Доброкачественные	Злокачественные
2.1. Эпителиальные	Аденомы Папилломы	Карциномы (раки)
2.2. Из тканей мезенхимального происхождения (соединительнотканнные)	Фибромы Остеомы Хондромы, Липомы и др.	Саркомы (например, остеосаркома)
2.3. Меланоцитарные	Пигментные невусы	Меланомы
2.4. Опухоли нервной системы и оболочек ЦНС	Неврилемомы Менингиомы	Глиобластомы и др.
2.5. Гемобластозы (опухоли системы крови)	-	Лейкозы Лимфомы
2.6. «Тератомы» (дизэмбриологические опухоли)	Тератомы	Тератобластомы

По стадии прорастания и распространения процесса (TNM) G:

Признак	Индекс	Значение
T (tumor)	T0	Атипичные клетки есть, но нет инвазивного роста
	Tis	Карцинома in situ
	T1	Инвазия только в подслизистый слой
	T2-3	Инвазия через мышечные слои
	T4	Прорастание через всю стенку органа
	Tx	Первичная опухоль не выявлена
N (nodes)	N0	Нет метастазов в регионарных лимфатических узлах
	N1...3...	1, 2, 3... лимфогенных метастаза
M (metastases)	M0	Нет гематогенных метастазов
	M1...3...	1, 2, 3... отдаленных (гематогенных) метастаза
	Mx	Отдаленные метастазы не выявлены, но вероятны
G (grade)	G1...4	Высоко- умеренно-низкодифференцированная опухоль

Пути метастазирования



- Гематогенный
- Лимфогенный
- Имплантационный (контактный, интраканаликулярный)

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ



Доброкачественные	Признак	Злокачественные
Шаровидная, овоидная	Форма	Неправильная, неопределенная
Мягкая, эластичная	Консистенция	Чаще плотная
Отчетливые	Границы	Нечеткие
Характерно	Наличие псевдокапсулы	Нехарактерно
Экспансивный	Тип роста	Инфильтративный или аппозиционный
Нет	Прорастание в соседние органы	Характерно
Нет	Некрозы/ изъязвления	Да
Нет	Метастазы	На определенной стадии
Не редкость	Множественность	Редкость
Бывают	Рецидивы	Характерны

Диагностика

1

Опухоль или не опухоль?



Признаки тканевого атипизма

2

Опухоль злокачественная?



Признаки клеточного атипизма

3

Гистогенез опухоли?



Иммуногистохимическое исследование

Диагностика в хирургии



- Синдром «малых онкологических признаков»
- Синдром «+ ткань»
- Синдром патологических выделений
- Синдром нарушенных функций
- Скрининговые методики – это флюорографическое исследование и визуальное выявление рака наружных локализаций (кожи, полости рта, прямой кишки, молочной железы, наружных половых органов).

Диагноз



Необходимо установить:

- имеется ли вообще опухоль или же то, что представляется опухолью, является в действительности патологическим изменением тканей или органа, вызванным какой-либо другой причиной (сифилис, туберкулез, эхинококк и т. д.)
- характер опухоли — доброкачественный или злокачественный
- локализация опухоли
- наличие или отсутствие метастазов
- операбельность или неоперабельность опухоли

Необходимым элементом планирования лечения онкологического больного является достоверный диагноз, который включает в себя:



- - морфологическое подтверждение злокачественного характера заболевания (гистологическое или цитологическое);
- - локализацию опухоли в пораженном органе;
- - форму роста опухоли;
- - гистологическую структуру опухоли, степень дифференцировки
- - степень местного и общего распространения опухоли
- - оценку общего состояния больного

Хирургическое лечение



- радикальное
- комбинированное
- паллиативное
- расширенное



Показания к хирургическому лечению



- Постоянная травматизация опухоли
- Нарушение функции органа
- Нет уверенности в доброкачественности
- Косметические дефекты

Хирургические операции в клинической онкологии имеют некоторые особенности, что отличает онкологическую хирургию от общей хирургии:



- **Радикальные операции** предусматривают не только удаление пораженного опухолью органа или его части, но и одновременное удаление одним блоком регионарных лимфатических узлов (лимфаденектомия).
- **Комбинированными операциями** являются хирургические вмешательства, при которых в блок тканей и органов, которые удаляются вместе с регионарным лимфатическим аппаратом, включают также соседние органы или их части, втянутые в опухолевый процесс.
- **Расширенными операциями** считают хирургические вмешательства когда стандартный объем тканей, которые удаляются, увеличивается за счет соседних органов в одном блоке с регионарными лимфоузлами 2-3 этапа метастазирования.
- **Паллиативные операции** - опухоль удаляется в пределах здоровых тканей, в онкологии применяются и паллиативные оперативные вмешательства, в результате которых часть опухоли или даже вся опухоль остается, а операция направленная лишь на облегчение условий существования организма и тех тяжелых симптомов, которые вызывает эта опухоль.

Принципы хирургического лечения:



- **1) абластики.**

Во время операции необходимо неукоснительно соблюдать абластику, как и асептику. Абластичность операции – это предупреждение распространения опухолевых клеток по здоровым тканям. С этой целью опухоль резецируют в пределах здоровых тканей, не затрагивая опухоль. С целью проверки абластичности после выполнения резекции проводят экстренное цитологическое исследование мазка-отпечатка с остающейся после резекции поверхности. Если опухолевые клетки обнаруживаются, объем резекции увеличивают;

- **2) зональности.**

Это удаление близлежащей клетчатки и регионарных лимфатических узлов. Объем лимфодиссекции определяют в зависимости от распространенности процесса, но всегда нужно помнить, что радикальное удаление лимфоузлов приводит к возникновению лимфостаза после операции;

- **3) антибластики.**

Это уничтожение местно распространенных опухолевых клеток, которые в любом случае рассеиваются при оперативном вмешательстве. Это достигается путем обкалывания окружности патологического очага противоопухолевыми препаратами, регионарной перфузии ими же.