

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Общей хирургии

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЕМ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

Наименование дисциплины		Общая хирургия
Специальность		31.05.01 Лечебное дело
Форма обучения		очная
Год начала подготовки		2025
Тема 29	Занятие 2	Основы хирургии опухолей

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Общая хирургия»

Разработаны
профессором кафедры
доцентом кафедры
доцентом кафедры
ассистентом кафедры

Лаврешиным П.М.
Гобеджишвили В.К.
Владимировой О.В.
Шамировым С.В.

Обсуждена на заседании кафедры «общей хирургии»
Зав. кафедрой

Лаврешин П.М.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном процессе для обучающихся по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело 2023 года набора очной формы обучения

Руководитель ОПОП ВО, декан факультета

Никулина Г.П.

Методические указания по дисциплине «Общая хирургия» размещены в ЭИОС университета в авторской редакции

- 1. Цель** Изучение студентами теорий онкогенеза, малых клинических признаков злокачественных опухолей, методов лечения опухолей
- 2. Учебные вопросы**
1. Понятие адьювантного и неоадьювантного лечения опухолей.
 2. Лимфодиссекция.
 3. Принципы абластики и антибластики.
 4. Пути метастазирования.
 5. Клиническая классификация

3. Теоретическая часть

Аннотация

КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

В России чаще используется клиническая классификация рака по стадиям, утвержденная Министерством здравоохранения СССР в 1956 г. Эта классификация предусматривает размер и степень распространения опухоли, наличие метастазов в различных группах лимфатических узлов. Различают I, II, III и IV стадии опухоли; IV стадия рака любой локализации не подлежит радикальному хирургическому лечению.

В последние годы все большее распространение получает классификация злокачественных опухолей, разработанная Международным союзом классификации по системе TNM (tumor, nodulus, metastasis). Эта система позволяет получить более точные заключения о степени распространения определенной опухоли, образовывать сравнимые группы больных, оценивать различные методы лечения и прогнозировать отдаленные результаты.

СИСТЕМА TNM

Система TNM оценивает распространенность опухоли (Т), степень поражения регионарных лимфатических узлов (N) и возможные отдаленные метастазы (M). Составление формулы TNM основывается на детальном исследовании больного с использованием самых современных методов исследования.

При доступных для пальпации опухолях, как например, при раке молочной железы, T1 обозначает опухоль, имеющую диаметр 0—2 см, T2 — опухоль 2—5 см, T3 — больше 5 см (дополнительное обозначение показывает: а — опухоль не фиксирована к большой грудной мышце или грудной фасции, b — опухоль фиксирована к большой грудной мышце, T4—диаметр опухоли больше 5 см, в процесс вовлечена грудная стенка. Кроме того, выделяют T₀ — непальпируемая опухоль и T_{is} — преинвазивная опухоль (карцинома in situ).

При недоступных для пальпации опухолях, например, орфарингеальных, фактор T определяется по 4 анатомически определенным областям ротоглотки: T1—опухоль ограничена в одной области, T2 — опухоль поражает две области (два участка), T3—опухоль выходит за пределы ротоглотки.

При недоступных для пальпации опухолях (например, раке желудка) определение размеров осуществляется при лапаротомии или уже на удаленном препарате. В этом случае T1 означает, что рак локализуется в пределах слизистой оболочки, T2—распространяется до серозной оболочки, T3—опухоль прорастает в серозную оболочку,

T4—инфильтрирует соседние органы или занимает более одного анатомического отдела (проксимальный, тело, антральный).

В отношении поражения лимфатических узлов при раке молочной железы N0 обозначает, что подмышечные лимфатические узлы не пальпируются, N1—пальпируются подвижные подмышечные лимфатические узлы на стороне поражения, N2—пальпируются фиксированные друг с другом или с окружающими структурами лимфатические узлы, N3—пальпируются над- и подключичные лимфатические узлы или имеется отек руки. Дополнительное обозначение а показывает, что лимфатические узлы рассматриваются как не подозрительные на метастазы, b—лимфатические узлы поражены опухолью.

Отсутствие или наличие отдаленных метастазов обозначается соответственно M0 или M1. Если наличие опухоли доказывается только цитологическим исследованием содержимого полостей или выделений (например, мокроты), а другими методами опухоль не определяется, то используется понятие TX.

При раках внутренних органов в большинстве случаев оценить состояние внутрибрюшных лимфатических узлов до операции не представляется возможным. При этом используется обозначение NX.

Распределение рака на 4 стадии и по системе TNM может быть представлено следующим образом.

В СССР Н. Н. Трапезников приводит следующее сопоставление TNM со стадиями опухоли:

Стадия I—T1N0M0—опухоль ограничена пределами органа, из которого растет. Метастазов нет. Опухоль операбельна и резектабельна. Прогноз хороший, пятилетняя выживаемость до 70—90%.

Стадия II—T2N1M0—опухоль ограничена пределами пораженного органа. Метастазы в лимфатических узлах 1-го порядка. Опухоль операбельная и резектабельная, нет уверенности в ее полном удалении. На гистологических препаратах признаки микроинвазии капсулы и лимфатических сосудов. Прогноз хуже, 5-летняя выживаемость около 50%.

Стадия III—T3N2M0—опухоль больших размеров, прорастает в окружающие органы и ткани, имеются метастазы в регионарные лимфатические узлы. Опухоль в большинстве случаев нерезектабельна, прогноз плохой, 5-летняя выживаемость 15—20%.

Стадия IV—T4N3M1—независимо от размеров и распространения опухоли имеются отдаленные метастазы. Опухоль не операбельна, прогноз крайне плохой.

Для учета и диспансерного наблюдения онкологических больных в СССР выделены четыре клинические группы (не путать со стадиями!):

I группа: а) больные с подозрением на опухоль; б) больные с предопухолевыми заболеваниями. II группа — больные, нуждающиеся в специальном и радикальном лечении (нуждающиеся в паллиативном лечении в эту группу не включаются).

III группа—больные, которым проведено радикальное лечение, в данное время они практически здоровы. При появлении рецидива или метастаза этих больных переводят в группу II, если возможно радикальное лечение, или в группу IV, если радикальное лечение неосуществимо.

IV—больные с далеко зашедшими формами злокачественных опухолей, нуждающиеся лишь в симптоматическом лечении.

Система TNM позволяет согласовать действия хирургов, радиотерапевтов и химиотерапевтов в группировании по стадиям случаев заболевания опухолями, которое основывается на принципе сравнимости. Следует стремиться к тому, чтобы классификация TNM проводилась каждый раз перед, во время и после операции, а также в случаях рецидивов опухолей, при патологоанатомическом исследовании.

Увеличить ценность классификации TNM может внесение дополнительных сведений о примененных методах исследований, выражаемых через фактор С. Так, С1 означает, что оценка была дана исключительно на основании клинических методов исследований, С2—были применены специальные методы диагностики, например, эндоскопия, С3—после пробного хирургического вмешательства, С4—после оперативного удаления опухоли и ее гистологического исследования, С5—после патологоанатомического исследования.

ОПУХОЛЬ И ОРГАНИЗМ

Выраженность воздействия злокачественных опухолей на организм имеет важное значение для клинициста. Некоторые из этих воздействий имеют место и при наличии незлокачественных опухолей.

МЕСТНЫЕ ЭФФЕКТЫ

Потребность опухоли в пространственном росте может вызвать существенные функциональные нарушения и выпадения функций (например, глаза или мозга). Рост опухоли в просвете полого органа может вызвать закрытие просвета и нарушение пассажа его содержимого. Так, при опухоли пищевода это ведет к дисфагии или полной его непроходимости пищевода, опухоль привратника желудка вызывает рвоту и резкое истощение кишечника — непроходимость, мочеочника — анурию, гортани — удушье, бронха — ателектаз легочной ткани, при опухоли желчевыводящих протоков развиваются холестаза и желтуха. Некрозы опухолей могут приводить к перфорации стенок органа (пищевода, мочевого пузыря, мочеочника) или полностью либо частично разрушить орган, что при поражении жизненно важных органов может повлечь за собой смерть. Патологические переломы могут быть обусловлены разрушающими кости метастазами или первичными опухолями (иногда незлокачественными).

Кровотечения часто возникают из опухолей желудка, толстой кишки, головного мозга, бронха. При этом речь может идти о капиллярных кровотечениях из опухоли или об аррозивных кровотечениях из крупных сосудов, прорастенных опухолью. В зависимости от поражения опухолью могут возникать различной интенсивности боли, симптомы раздражения нервов и выпадения иннервации, эпилептоидные судороги (при внутричерепных опухолях), кашель (при карциномах бронхов), плевральные и перитонеальные выпоты, диарея (при раке кишечника). Застойные отеки конечностей образуются вследствие блокады лимфатических сосудов (например, при метастазах рака молочной железы в подмышечные лимфатические узлы) или венозного застоя в результате сдавления вен опухолью, а также при вторичных венозных тромбозах в области расположения опухоли или ее метастазов.

ОБЩИЕ ЭФФЕКТЫ

Злокачественный характер опухоли клинически распознается на основании отрицательного баланса обмена веществ и (часто) развития общих симптомов истощения, что может быть отнесено за счет больших потребностей опухолей в сахаре и белках и подтверждается недостаточным приемом и усвоением пищи, особенно при раках пищеварительной системы. При этой локализации опухолей нередко имеет место также блокирование всасывания пищевых веществ на уровне лимфатических узлов брюшной полости. Токсические продукты распада (токсические гормоны, токсины рака) угнетают нормальные процессы обмена веществ, к этому присоединяется истощение вследствие голодания, недостаточности переваривания и абсорбции пищи, нередко к этому присоединяются лихорадка, проявления гиповитаминозов и иммунной депрессии с ускорением роста опухоли.

Гормональные сдвиги являются результатом расположения опухолей в эндокринных железах, причем наблюдаются повышенная внутренняя секреция, например, эритропоэтинов при раке почек (полицитемия), паратгормона при аденомах

паращитовидных желез, гонадотропина при трофобластных опухолях плаценты. Пониженная внутренняя секреция наблюдается, например, при опухолях, разрушающих поджелудочную железу (сахарный диабет) или надпочечников (их недостаточность).

Гематологическим сопровождающим симптомом злокачественной опухоли нередко является «опухолевая анемия» вследствие опухолевой интоксикации или поражения костного мозга метастазами опухоли. Аналогичным образом действует и недостаток витамина В₁₂ при раке желудка. Развитию анемии способствует и постоянная микрокровопотеря из распадающейся опухоли.

Экстрамедуллярное кроветворение при далеко зашедших, разрушениях костей может вести к лейкозу и лейкомоидным реакциям, полиглобулии и появлению незрелых лимфо- и моноцитарных клеток в крови. Содержание белков в крови уменьшается за счет альбуминовой фракции альфа- и гамма-глобулинов (диспротеинемия с увеличением СОЭ). Парапротейнемия встречается при плазмоцитомах. Уровень кислой фосфатазы повышается при карциноме предстательной железы, щелочной при остеосаркомах, что выявляется при исследовании сыворотки крови.

Выделение тканевой тромбокиназы при злокачественных опухолях способствует повышению свертываемости крови, что приводит к активированию фибринолитической системы. За счет действия обоих механизмов (прокоагулянтного и фибринолитического) образуется лабильное равновесие в системе свертывания крови с большой готовностью к свертыванию, развитию диссеминированного внутрисосудистого свертывания.

На этом фоне может развиваться коагулопатия потребления, что ведет к труднокорректируемым кровотечениям. Иммунодепрессия с развивающейся вследствие этого инфекцией и предрасположенностью к ней закономерно встречаются у больных раком, особенно при локализации опухолей в лимфатической системе или костном мозге.

Неврологические симптомы. Непосредственное воздействие на нервную ткань встречается при опухолях головного и спинного мозга, опухолях спинного мозга и нервных стволов. Опосредованное влияние опухоли на нервную систему, механизм которого пока еще не выяснен, обычно состоит в развитии дистрофических (дегенеративных) изменений в виде энцефало-миелонейропатий, а также миопатий и полимиозитов.

Паранеопластические заболевания. Этим термином обозначают разнородную группу заболеваний, развивающихся под влиянием опухолевого процесса, существование онкологического и неонкологического заболеваний, их параллельное развитие. Паранеопластические заболевания возникают под влиянием изменений во внутренней среде организма онкологического больного. В происхождении их имеют значение кахексия, продукция эктопических гормонов, аутоиммунизация. Иногда это генетически обусловленные симптомокомплексы, одним из компонентов которых является опухоль, например, синдром Пейтца—Турена—Егерса (меланиновая гиперпигментация кожи пальцев и вокруг естественных отверстий, генерализованный, часто малигнизирующийся полипоз кишечника).

Паранеопластические заболевания могут развиваться в любой стадии роста опухоли. Иногда такого рода синдром представляет собой маску доброкачественно текущих заболеваний, под которой скрывается ранняя форма злокачественной опухоли. Частота паранеопластических заболеваний колеблется от 15 до 60%. Описано более 60 паранеопластических заболеваний. Этот феномен имеет в своем основании гормонообразование вне эндокринных органов, в клетках злокачественных, а иногда и незлокачественных опухолей. Указанное явление основано на том, что конструкция генов клеток организма принципиально дает возможность полипотентному синтезу, при котором гормонообразование в эндокринных клетках блокируется, а в опухолевых клетках, наоборот, высвобождается. Доказанные примеры этого образования паратормона при опухолях легких, инсулина при опухолях почек, яичников и надпочечников; образование тромбокиназоподобных веществ при опухолях

поджелудочной и слюнных желез (опасность тромбозов), АКТГ—при опухолях легких и медиастинальной области, тиреотропного гормона, при опухолях легких, поджелудочной железы, хорионкарциномах и др. Это свойство опухолей может быть использовано для обнаружения их по соответствующим гормонам (маркерам опухолей).

Паранеопластические поражения нервной системы чаще встречаются при раке легкого у мужчин в виде нервно-мышечных расстройств и периферических невритов, реже в виде дегенерации нейронов и белого вещества. В ряде случаев развиваются миопатия, миастения с преимущественным поражением мышц туловища и полимиозит.

Поражения суставов в виде гипертрофической остеоартропатии, описанной П. Мари, наблюдаются у больных раком легкого и опухолями плевры, иногда в сочетании с гинекомастией. Поражаются (утолщение) преимущественно пальцы рук.

Весьма разнообразны паранеопластические синдромы поражения кожи. Они наблюдаются наиболее часто среди всех других синдромов. *Acantosi nigricans*— папилломатозное утолщение и уплотнение, гиперпигментация и гиперкератоз кожи затылка или подкрыльцовых впадин. У больных с этим синдромом обнаруживают рак желудка, поджелудочной железы, легких, молочной железы, яичников. У больных дерматомиозитом (второй по частоте синдром) в 5—8 раз чаще, чем у сравнимой группы населения, обнаруживают рак, саркому, лимфому и лейкозы.

К дерматозам неопластической природы относят кожный зуд, эритематозные дерматозы, узловатую эритему, витилиго и другие нарушения пигментации.

РЕАКЦИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ

Иммунная система обычно предотвращает злокачественное перерождение нормальных клеток. Недостаточность или полное выпадение ее контрольной функции открывает путь для образования опухолей.

Опухолевым клеткам приписывают антигенность, с помощью которой они могут воздействовать на иммунную систему. Речь идет об антигене поверхности опухолевых клеток, так называемом антигене трансплантации (который обнаруживается при трансплантации опухолевых клеток от одного экспериментального животного к другому), а также об ассоциированных антигенах опухоли, не специфичных ни для опухоли, ни для тканей. У человека известна лишь одна опухоль со строго специфичным трансплантационным антигеном — лимфома Беркитта. При некоторых других опухолях человека также обнаруживают в крови специфичные для опухоли антигены. Это карциноэмбриональный антиген при карциноме толстой кишки и альфа-фетопротеин при раке печени и тератокарциномах половых желез.

Иммунологический ответ может включать в себя клеточные защитные реакции (иммунологически активные лимфоциты), а также циркулирующие антитела, которые продуцируются плазматическими клетками и лимфоцитами. Накопление агрессивных («убийцы», киллеры) лимфоцитов (наряду с плазматическими, а также гигантскими клетками) в пограничной между опухолью и здоровыми тканями зоне обуславливает разрушение опухолевых тканей, причем одновременно следует учитывать сопутствующее действие цитотоксических антител.

Успех иммунологической защиты, в котором преобладает действие клеточных факторов, заключается в частичном уничтожении опухолевых тканей, но это не может обеспечить полного разрушения опухоли. Соперник слишком силен!

Рост опухоли ускоряется при недостаточном образовании опухолью антигенов (особенно при начальных стадиях развития и при недифференцированных опухолях); при развитии иммунной резистентности; при иммунной депрессии за счет канцерогенов, а также при наличии блокирующих факторов в сыворотке (иммуноглобулины или комплексы антиген—антитело). Они подавляют антигены, которые локализуются на поверхности клеток, так что распознавание их антителом и иммунными клетками затрудняется.

Функциональная недостаточность иммунной системы ведет к быстрому росту опухоли. Обычно она бывает приобретенной, реже врожденной (например, при аплазии вилочковой железы). Это приводит к нарушению функциональных свойств клеток лимфатической системы. Перегруженность иммунной системы, приводящая к ее недостаточности, наблюдается при больших опухолях. Снижение активности иммунной системы имеет место при старческой инволюции, применении иммунодепрессантов и, наконец, иммунная толерантность может иметь место при внутриматочной или неонатальной вирусной инфекции.

Эксперименты по привлечению специфической иммунологической тестовой системы для ранней диагностики рака до настоящего времени оказываются безуспешными, не вышедшими из стадии клинической проверки. В качестве диагностического теста прибегают к выявлению канцероэмбрионального антигена и альфа-фетопротеина. Макрофаго-электрофоретический тест мобилизации также не гарантирует 100% надежности в выявлении рака. Его ценность к тому же не доказана.

В заключение следует заметить, что иммунологические аспекты в настоящее время представляют собой самый передовой рубеж теоретической онкологии. На этом пути предсказываются познание этиологии рака, а также возможности иммунологической профилактики опухолей, диагностики рака и его лечения с использованием методов иммунологии.

ПРОГНОЗ ПРИ ОПУХОЛЯХ

Прогноз зависит от характера опухоли (гистологической картины и степени злокачественности). Точные методы для определения этих соотношений в опухолях в настоящее время отсутствуют. Степень злокачественности зависит также от инвазивности опухолевых клеток, от темпов роста опухоли, причем обязательно должны приниматься во внимание местная реакция тканей, а также влияние гормонального и конституционального состояния организма.

Традиционное разделение на доброкачественные и злокачественные опухоли до настоящего времени полностью не осуществлено.

В соответствии с Международной классификацией ниже приводится характеристика следующих качественных признаков степени злокачественности различных опухолей.

0. Незлокачественная опухоль. Имеется четкая отграниченность от соседних тканей, отсутствует какая бы то ни было пенетрация или инвазия в них. Характерен сравнительно медленный рост. Отмечается близкое сходство с тканью, из которой или в которой развилась эта опухоль. Незлокачественные опухоли в течение ряда лет достигают своего типичного размера и лишь незначительно растут дальше. Терапевтически такие опухоли удаляют лишь после того, как они стали мешать хозяину, причиняя беспокойство или угрожая жизни.

1. Опухоль имеет неопределенный или полужлокачественный характер либо потенциально злокачественна. В таких случаях у определенного процента больных

течение ее злокачественное. Эти локально инвазивные опухоли обладают инфильтрирующим ростом и способностью вызывать деструкцию, как и раки, но значительно медленнее (годами) и редко дают метастазы. Однако склонность их к рецидивам настолько велика, что в этом отношении они очень походят на злокачественные опухоли. Злокачественность их остается ограниченной первичным очагом. Примерами таких опухолей с «низкой» злокачественностью могут служить базалиомы, аденомы бронхов, некоторые виды карциноидов, краниофарингиомы, цистаденомы, гранулезоклеточные опухоли, хондромы, гигантоклеточные опухоли костей и гемангиотелиомы. В плане лечения лучше удалять эти потенциально злокачественные опухоли в пределах здоровых тканей.

2. Карцинома *in situ*. Новообразование, находящееся в неинфильтрирующей фазе развития, не обладающее свойствами инвазивного рака, локализовано в пределах эпителиального слоя кожи, слизистых оболочек или различных желез. Принципиально все раки проходят этот период, однако в большинстве случаев он короток и поэтому практически не улавливается. С другой стороны, выявленная карцинома *in situ* еще не означает, что дело может дойти до развития инвазивного рака, например, карцинома *in situ* шейки матки долгое время остается стационарной и в 50% случаев может претерпеть обратное развитие, в то время как другая половина этих опухолей через 5—10 лет становится инвазивным раком. Некоторые авторы считают этот процент ниже (17—20), т. е. как при карциноме *in situ* предстательной железы.

Карцинома *in situ* выявляется преимущественно в шейке и теле матки, влагалище и наружных половых органах, на коже, в молочной железе, гортани, бронхах, пищеводе, желудке и желчных путях.

Клиническая картина соответствует предшествующему воспалительному заболеванию. Если карцинома *in situ* локализована в хорошо доступном для осмотра органе и возможен систематический контроль за ее состоянием, допустимо длительное врачебное наблюдение. Если же этих условий нет, показано активное хирургическое вмешательство с удалением поражения в пределах здоровых тканей.

3. Злокачественная опухоль. Такие опухоли характеризуются пенетрирующей инвазией или инфильтрацией с разрушением соседних тканей, рецидивирующим течением. При несвоевременном лечении они ведут к диссеминации клеток опухоли и метастазированию. Злокачественность колеблется в значительных пределах. Высокая степень злокачественности, как правило, бывает при низкой дифференцированности опухолевых тканей и связана с большим темпом роста, но и дифференцированные раки могут протекать как очень злокачественные.

Классификация предусматривает 4 степени злокачественности: I степень—хорошо дифференцированные, II—сравнительно хорошо дифференцированные, III—плохо дифференцированные, IV—недифференцированные (анапластические).

После клинического выявления опухолей при отсутствии лечения они в течение месяцев, редко в сроки до 2 лет, приводят к смерти. Необходимо, где это осуществимо, проводить радикальное лечение.

4. Метастазы злокачественных опухолей. Лимфогенное и гематогенное метастазирование опухоли является самым отчетливым признаком злокачественности опухолевых тканей.

Пренеоплазия (предрак) характеризуется отклонениями от нормального строения и роста эпителиальных клеток кожи и слизистых оболочек. При достаточно продолжительном (годы) сроке существования этих клеток они практически закономерно превращаются в рак.

Различают следующие формы: а) облигатные пренеоплазии (предрак) — наследственный интестинальный полипоз, пигментно-пятнистые полипы тонкой кишки, пигментная ксеродерма, пролиферирующая мастопатия, папиллома молочных протоков, аденоматозная гиперплазия эндометрия, лейко- и эритроплакии, незлокачественные опухоли (полипы, миксомы, хондромы); б) факультативный предрак (пренеоплазии) с умеренной склонностью к дегенерации: язва желудка, хронические холециститы, свищи при хроническом остеомиелите; ожоговые рубцы, рентгеновские дерматозы, язвенный колит, атрофические гастриты, воспаления губ (хейлит).

В качестве пресаркоматозов могут быть рассмотрены рубцы после ожогов и волчанки, а также соединительнотканые реакции на имплантацию искусственных материалов.

Врачебный контроль за пренеоплазиями обязателен. При развитии показано удаление их в пределах здоровых тканей.

Адювантная терапия — это лекарственная терапия после проведения радикальной операции, направленная на уничтожение отдельных микрометастазов с целью увеличения безрецидивной и общей выживаемости больных.

Неoadьювантной называют химиотерапию, которая проводится до основного лечения, как правило, хирургического. В современной онкологии ее широко применяют при раке молочных желез, кишечника, яичников, пищевода, легких, опухолях головы и шеи, а также других злокачественных новообразованиях.

Лимфодиссекция — операция по удалению лимфоузлов при злокачественных опухолях. Особенность операции заключается в удалении группы лимфоузлов вместе с окружающей их клетчаткой.

Радикальное удаление **опухоли** должно удовлетворять **принципам абластики, антиабластики**, зональности, футлярности. **Абластика** - это удаление **опухоли** в пределах здоровых тканей, исключающее попадание опухолевых клеток в рану, их имплантацию в здоровые ткани, распространение по кровеносному руслу.

Антиабластика — меры, направленные на уничтожение в ране оставшихся клеток злокачественной **опухоли**. При операциях у больных со злокачественной **опухолью**, вышедшей за пределы основного очага (Т, 3) нельзя исключить нахождение раковых клеток в лимфатических и венозных сосудах, на поверхности тканей вблизи пораженного очага или метастаза.

Задание 1

Ситуационные задачи

1. Больная З. 63 лет в течение года сама лечила "кератому" на верхней губе различными мазями. Эффекта не отметила, обратилась к врачу. Объективно: на верхней губе, ближе к правому углу рта имеется опухолевидное образование на участке 1,5 x 1,7 см, покрытое как бы корочкой, в пределах кожи, безболезненное. Регионарные лимфоузлы не увеличены. При гистологическом исследовании материала - плоскоклеточный рак.

Какое лечение предпочтительнее?

2. У больного Ю. 55 лет данными комплексного обследования (включая и гистологическое исследование) выявлена остеосаркома области правого коленного сустава, без признаков поражения паховых лимфоузлов. Какое лечение предстоит больному?

Задание 2

Тестовые задания

1. Какие из перечисленных опухолей относятся к доброкачественным?

- | | |
|-------------------|-----------|
| 1. Саркома | а)1,2,5 |
| 2. Фиброма | б)2,3,5 |
| 3. Липома | в)2,3,4 |
| 4. Аденома | г)1,4 |
| 5. Аденокарцинома | д)1,2,3,4 |

2. Из какой ткани развивается рак?

- Соединительной
- Эпителиальной
- Мышечной
- Гладкомышечной
- Фиброзной

3. Основными признаками злокачественности опухоли являются:

- | | |
|-------------------------|---------|
| 1. Метастазирование | а)1,2,4 |
| 2. Инфильтрирующий рост | б)2,3,4 |
| 3. Медленный рост | в)1,2 |
| 4. Экспансивный рост | г)3,4,5 |
| 5. Большой размер | д)2,5. |

4. Признаки доброкачественных опухолей:

- | | |
|---|---------|
| 1. Четкие границы | а)1,2,3 |
| 2. Подвижность по отношению к окружающим тканям | б)1,2,4 |
| 3. Быстрый рост | в)1,2,5 |
| 4. Анемия | г)2,3,4 |
| 5. Медленный рост | д)1,4,5 |

5. Какое общее влияние на организм оказывают злокачественные опухоли?

- | | |
|--------------------------------------|------------|
| 1. Гипопротеинемия | а) 1,3,4 |
| 2. Анемия | б) 1,2,4 |
| 3. Сдавление окружающих тканей | в) 3,4,5 |
| 4. Ускоренная СОЭ | г) 2,3,4,5 |
| 5. Сдвиг лейкоцитарной формулы влево | д) 1,2,5 |

6. Наиболее типичные виды метастазирования злокачественных опухолей?

- | | |
|---|----------|
| 1. Гематогенный | а) 1,2,3 |
| 2. Лимфогенный | б) 2,4 |
| 3. Перивазальный | в) 1,2 |
| 4. Периневральный | г) 3,4,5 |
| 5. По сухожильным и фасциальным пространствам | д) 2,4,5 |

7. Какие методы обследования относятся к эндоскопическим?

- | | |
|---------------------------|--------------|
| 1. Цистоскопия | а) 1,2,3 |
| 2. Экскреторная урография | б)1,3,4,5 |
| 3. Бронхоскопия | в) 1,3,5 |
| 4. Ангиография | г) Верно все |
| 5. Лапароскопия | д) 2,4,5. |

8. Какие методы наиболее достоверны при диагностике опухолей?

- | | |
|--|--------------|
| 1. Биохимический анализ крови | а) 1,2,3 |
| 2. Биопсия с последующим гистологическим исследованием | б) 1,4,5 |
| 3. Сахар крови | в) 2,4,5 |
| 4. Эндоскопические методы | г) Верно все |
| 5. Ультразвуковое исследование | д) 1,3,4,5 |

9. Какие опухоли развиваются из соединительной ткани?

- | | |
|--------------|------------|
| 1. Фиброма | а) 1,2,5 |
| 2. Саркома | б) 1,2 |
| 3. Рак | в) 2,3 |
| 4. Миома | г) 2,3,5 |
| 5. Лейомиома | д) 1,2,4,5 |

10. Синдром малых признаков при злокачественных новообразованиях?

- | | |
|--------------------------------------|------------|
| 1. Анемия | а) 1,2,3,4 |
| 2. Потеря в весе | б) 2,4,5 |
| 3. Отвращение к пище | в) 1,2,3 |
| 4. Повышение АД | г) 1,4,5 |
| 5. Увеличение регионарных лимфоузлов | д) 2,3,4 |

ОТВЕТЫ

1-в 2-б 3-в 4-в 5-б 6-в 7-в 8-в 9-д 10-в

4. Вопросы для собеседования

1. Как классифицировать злокачественные опухоли по системе TNM?
2. Перечислить клинические признаки доброкачественных опухолей.
3. Каковы клинические признаки злокачественных опухолей?
4. Как выполняется биопсия и цитологическое исследование?