**ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ОНКОЛОГИИ.**

**План:**

1. Общие сведения об опухолях
2. Клиника опухолей
3. Диагностика опухолей
4. Предраковые заболевания
5. Лечение опухолей
6. Клиническая картина опухолей:
	* соединительной ткани
	* мышечной, сосудистой и нервной тканей
	* эпителиального происхождения
7. Организационные вопросы онкологической помощи

Учение об опухолях выделено в хирургии в самостоятельный раздел под названием **онкология**. Onkos в переводе с греческого означает опухоль. Основной задачей онкологии являются исследования в области онкогенеза, диагностики, лечения и профилактики опухолей.

**Опухолью** называется патологическое образование, возникающее самопроизвольно, без явно видимых причин, вследствие размножения клеточных элементов самого организма, отличающихся полиморфизмом, недефференцированностью и органоидностью строения, характеризующееся анатомической и функциональной автономностью прогрессирующего роста.

Существуют различные классификации опухолей в зависимости от принципа, положенного в основу их деления: морфолого-гистологического или клинического. Остановимся на некоторых из них.

**По морфолого-гистологическим** классификациям все новообразования в зависимости от характера ткани, из которой развивается опухоль, делят на эпителиальные, эндотелиальные, соединительные, мышечные, сосудистые и нервные.

В зависимости от гистологической сложности построения опухоли делят на **простые**, **смешанные** и **сложные**. Простые состоят из одной ткани, например, мышечной, фиброзной; смешанные – из двух и боле тканей, например, фибромиома; сложные опухоли повторяют строение органа, например, гипернефрома (опухоль из надпочечниковой железы), хорионэпителиома (опухоль из ворсинчатой части плода) и т.д.

В зависимости от большей или меньшей зрелости клеток опухоли разделяют на **зрелые (дифференцированные**) и **незрелые (недифференцированные**). В зрелых опухолях клетки мало отличаются по своему строению от исходной ткани и эти опухоли, как правило, растут **экспансивно.** Незрелые опухоли значительно отличаются от клеток ткани, из которых они растут, и рост их чаще **инфильтративный**.

По клиническому течению различают опухоли **доброкачественные** и **злокачественные**.

Отличительными признаками **доброкачественных** опухолей является то, что гистологически они незначительно отличаются от материнской ткани (т.е. это зрелые формы). растут доброкачественные опухоли медленно, порой достигая огромных размеров, в виде замкнутой в капсуле массы или резко отграничиваясь от окружающих структур. Они на прорастают окружающие ткани, а раздвигают и оттесняют их (экспансивный рост). Доброкачественные опухоли обычно не изъявляются, не дают метастазов, не рецидивируют, не расстраивают общего состояния больных. Иногда даже может наступить самоизлечение. Эти опухоли представляют опасность лишь тогда, когда они оказывают механическое давление на органы и вызывают анатомические или функциональные расстройства: атрофию, сдавление сосудов, нервов, раздражение и боли, порой даже угрожая жизни.

Для **злокачественных** опухолей характерен резкий морфологический атипизм (незрелые формы). растут они не как одно целое, а в виде инфильтрующих отпрысков, корней, клещей рака, откуда и произошло это название. Рост злокачественных опухолей быстрый. Постоянно прогрессирующий, относительно независимый (автономный) от макроорганизма. Злокачественные опухоли нерезко отграничены, как правило прорастают и разрушают окружающие ткани. Могут достигать больших размеров. Но это наблюдается редко. Они часто изъявляются, рецидивируют после лечения, дают метастазы (одиночные или множественные). Метастазирующие опухолевые клетки переносятся по лимфатическим и кровеносным сосудам (по току лимфы и крови или ретроградно), а также контактным и имплантационным путем. Злокачественные опухоли вызывают резкий упадок сил, кахексию (истощение). Самоизлечения практически не наблюдается и без лечения больные погибают.

Рабочей (**клинической**) классификацией злокачественных опухолей является деление их по стадиям. Эта классификация учитывает размер и степень распространения опухоли, наличие метастазов в различных группах лимфоузлов. Различают I, II, III и IV стадии опухолей. IV стадия рака любой локализации не подлежит радикальному оперативному лечению.

В настоящее время распространена классификация опухолей, разработанная Международным союзом классификации, по системе TNM (tumor, nodulus, metastasis). Система TNM оценивает распространенность опухоли (T), степень поражения регионарных лимфатических узлов (N) и возможные отдаленные метастазы (М).

Символ Т (тумор, опухоль) – первичная опухоль для большинства локализаций имеет 7 вариантов:

Т0 – первичная опухоль не определяется (не выявляется с помощью исследования), хотя имеются метастазы опухоли;

Tis – преинвазивная карцинома (carcinoma in situ) – опухоль располагается в пределах слоя возникновения («внутриэпителиальный рак», неинфильтрующая внутрипротоковая карцинома молочной железы).

Т1 – маленькая опухоль (в зависимости от органа до 1 см, но не боле 2 см в диаметре), ограниченная пределами исходной ткани;

Т2 – небольшая опухоль (в зависимости от органа от 2 до 5 см в диаметре), не выходящая за пределы пораженного органа;

Т3 – опухоль размерами более 5 см, выходящая за пределы пораженного органа, прорастающая серозные оболочки и капсулы;

Т4 – опухоль любых размеров, прорастающая в соседние органы и ткани.

Тx – опухоль, величина и границы которой не могут быть точно определены.

Символ N (нодулюс, узел) – указывает на поражение лимфатических узлов, имеет 5 вариантов.

Nx – недостаточно данных, чтобы определить объем (степень) поражения лимфатических узлов;

N0 – нет признаков поражения лимфатических узлов;

N1 – поражение одного регионарного лимфатического узла диаметром в наибольшем измерении меньше 3 см, на расстоянии от первичной опухоли до 3 см;

N2 – поражение одного или нескольких лимфатических узлов, диаметром меньше 3 см, но располагающихся на расстоянии больше 3 см от первичной опухоли или одного узла диаметром 3-6 см;

N3 – поражение одного регионарного лимфатического узла диаметром более 6 см или нескольких узлов диаметром 3-6 см, располагающихся на расстоянии более 3 см от первичной опухоли.

Символ М (метастазы) – указывает на наличие отдаленных метастазов, вследствие гематогенной или лимфогенной диссиминации. Метастазирование в нерегионарные (юкстарегионарные) лимфатические узлы рассматривается как отдаленные метастазы.

Гематогенный (венозный) путь метастазирования из систем верхней и нижней полых вен чаще всего приводит к поражению легких, в портальной системе – печени.

Символ М имеет три значения:

* Mx – недостаточно данных для установления вероятности отдаленных метастазов;
* М0 – признаков отдаленных метастазов нет;
* М1 – имеются единичные или множественные отдаленные метастазы.

Все сочетания Т1-4 N0-3 M0-1 дают 32 категории, что совершенно не приемлемо для практики, поэтому применяется группировка больных по стадиям. Принцип определения стадии заболевания злокачественной опухоли может быть сформулирован только в общей форме.

**I стадия** – маленькая или набольшая опухоль, не выходящая за пределы пораженного органа при отсутствии регионарных метастазов. По системе TNM к первой стадии относятся Т1-2 N0M0 (T1 N0 M0; T2 N0 M0).

**II стадия** – маленькая или небольшая опухоль, не выходящая за пределы пораженного органа при наличии одиночного регионарного лимфатического метастаза. По системе TMN ко второй стадии относятся: T1-2 N1 M0 (T1 N1 M0; T2 N1 M0).

**III стадия** – опухоль, выходящая за пределы пораженного органа, прорастающая серозные оболочки и капсулы или небольшая опухоль с наличием множественных регионарных метастазов. По системе TNM к третьей стадии относятся все сочетания, включающие Т1-3 N0-3 M0, не вошедшие в I и II стадии (Т1 N2 M0; T1N3 M0; T2 N2 M0; T2 N3 M0; T3 N0 M0; T3 N1 M0; T3N2 M0; T3 N3M0).

**IV стадия** – опухоль больших размеров, прорастающая в соседние органы и ткани или опухоль любого размера при наличии отдаленных метастазов.

По системе TNM к четвертой стадии относятся все сочетания, включающие N1-4 T0-3 M0-1, не вошедшие в предыдущие стадии (T1 N0 M1; T1 N1 M1; T1 N2 M1; T1 N3 M1; T2 N0M1; T2 N1 M1; T2 N2 M1; T2 N3 M1; T3 N0 M1; T3 N1 M1; T3 N2 M1; T3 N3 M1; T4 N0 M0; T4 N1 M0; T4 N2M0; T4 N3M0; T4 N0M1; T4 N1M1; T4 N2M1; T4 N3M1).

Глубина инвазии стенки полого органа определяется символом «Р», имеющим 4 значения: Р1 – опухоль поражает только слизистую оболочку; Р2 – опухоль распространяется на подслизистый и мышечный слои; Р3 – опухоль распространяется на соседние структуры.

Приведенная классификация вполне укладывается при диагностике рака пищевода, желудка и легких. Для других локализаций группировка TNM по стадиям может несколько отличаться.

Следует иметь в виду, что размеры опухоли, определяющие, в какой-то степени, стадию заболевания – величина относительная. Так, для желудка и глаза величина опухоли, равная 2 см в диаметре, в первом случае маленькая опухоль, во втором – очень большая.

При постановке диагноза нередко возникает сомнение по поводу стадии заболевания. При одиночных опухолях выбирается более низкий показатель TNM, так как это ориентирует чаще всего на радикальное лечение.

При наличии множественных синхронных опухолей стадия определяется по наивысшей категории Т и N среди всех имеющихся опухолей.

Система TNM позволяет согласовать действия хирургов, радиотерапевтов в группировании по стадиям случаев заболевания опухолями, позволяет соблюсти принцип сравнимости.

**Клиника** опухолей определяется, с одной стороны, характером опухоли – доброкачественностью или злокачественностью, размером ее и т.д.; с другой стороны, локализацией опухоли, то есть появлением симптомов со стороны тех органов и тканей, где она развивается. Поэтому изложение частных клинических симптомов возможно только в курсе частной хирургии (онкологии), т.е. при изложении заболеваний по органам, например, при изложении клинической картины рака щитовидной железы, легкого, желудка, толстой кишки и т.д.

**Распознавание** опухолей, особенно злокачественных, является ответственной задачей любого врача, так как лишь при раннем правильном диагнозе можно ожидать благоприятных результатов лечения.

Основными **жалобами** больных с опухолями являются: боли, нарушение функции или изменение формы органа, «беспричинное» ухудшение общего состояния: слабость, апатия, отсутствие аппетита, похудание и т.д.

Боли появляются обычно лишь тогда, когда опухоль вызывает сдавление и раздражение нервных сплетений, корешков, если она проросла нерв или произошло ее изъявление.

Чаще больные жалуются на нарушение функции или изменение формы того или иного органа. Например, при раке грудной железы их беспокоит втянутость соска, морщинистость кожи, увеличение железы за счет прощупываемой опухоли в ней. При раке желудка – слабость, апатия, отвращение к мясной пище, тошнота, рвота. При раке прямой кишки – запоры, кровь в кале. При раке матки – кровянистое отделяемое из влагалища, при раке грудной железы – кровянистое отделяемое из соска, при рае почке, мочевого пузыря – гематурия и др.

Нарушение общего состояния больного, похудание, потеря аппетита, общая слабость должны навести врача на мысль, не вызывается ли это состояние растущей в организме опухолью.

**Анамнез** позволяет установить причину новообразования (травма, воспаление, вре6дные привычки и др.), давность его появления и характер роста в последующем. Если существовавшая в течение многих лет опухоль начала быстро расти, то это часто является симптомом перерождения доброкачественной опухоли в злокачественную.

**Объективные исследования**:

Они предполагают как изучение **местного** процесса, так и в обязательном порядке обследование всего организма. При местном исследовании определяется величина опухоли, ее форма, характер поверхности, консистенция, подвижность, состояние лимфоузлов, отношение к органу, в области которого она располагается. Обследование же всего организма позволяет, во-первых, убедиться в отсутствии **метастазов**, во-вторых, выявить сопутствующую патологию и оценить общее состояние больного, его выносливость с целью выбора адекватного метода лечения.

**Лабораторные исследования:**

У больных со злокачественными новообразованиями нередко при общем анализе крови выявляется снижение количества эритроцитов, гемоглобина, повышение СОЭ; при общем анализе мочи констатируется факт микрогематурии. При подозрении на меланому важно определение меланина в моче. Ценную информацию привносит определение белков в крови, ферментов (лактатдегидрогеназы), специфических ферментов печени (щелочная и кислая фосфатаза), содержание креатина, мочевины, сахара в крови, гормонов (возможно повышение при опухолях поджелудочной железы, половых желез).

**Рентгенологическая диагностика**

является одним из основных методов распознавания опухолей: рентгенологические исследования легких, скелета (первичная опухоль, метастазы), а также полых органов, кровеносных (ангиография) и лимфатических сосудов.

**Эндоскопические исследования**

В доступных для манипуляции органах позволяют выявить ранние формы опухолей. Производится эндоскопия носа, ротоглотки, бронхов, грудной и брюшной полостей, средостения, пищевода, желудка, кишечника и мочевого пузыря. Эти исследования могут быть дополнены биопсией путем отсасывания, выкусывания или взятия материала тонкой иглой для последующего цито- и гистологического исследования.

**Биопсия** производится для определения гистологического, а в некоторых случаях и ферментативно-химического или иммуно-гистологического характера опухоли в виде эксцизии или взятия материала специальной иглой. Часто пользуются срочным (во время операции) гистологическим исследованием биопсийного материала. Химическое исследование тканей опухоли может быть проведено не адреналин (опухоли надпочечников) и стероидные рецепторы (рак молочной железы). Точность пункционной биопсии повышается, если она производится под контролем **ультразвукового** или **компьютерно-томографического** исследования.

**Электронная микроскопия** применяется при диагностике недифференцированных и низкодифференцированных опухолей, например, при аденокарциномах, мелкоклеточных карциномах, меланомах аллантоиса. Здесь основанием для заключения могут служить изменения органелл и гранул секрета.

**Цитологическая диагностика**

Основывается на исследовании мазков, приготовленных из материала, взятого с поверхности опухоли (эксфолиативная, аспирационная, браш-биопсия), доступной для прямого или эндоскопического осмотра (изо рта, из влагалищной части шейки матки, слизистой бронхов, желудка, прямой кишки) или из содержащей клетки жидкости (из плевральной или брюшной полостей, мочи, спинномозговой жидкости, мокроты, желудочного сока и секрета молочных желез).

**Радиоизотопная диагностика**

Производится с помощью не оказывающего вредного влияния и имеющего короткий период полураспада радионуклида в соответствующей дозе. Для диагностики опухолей применяются сцинтиграфия щитовидной железы, почек, печени, поджелудочной железы, легких, головного мозга, костей и др. для этих целей используют препараты, содержащие 131 J, 99 Tc, 67 Ga, 75 Se-метионин, 111 Jn, 87 Sr, 32 P, 18 Fe и др., меченый изотопом альбумин.

**Иммунологическая диагностика**опухолей, как метод еще разрабатывается, но, вероятно, приобретет большое значение.

**Ультразвуковой метод** сканирования органов применяется при выявлении опухолей печени, поджелудочной железы, почек, молочных желез, щитовидной железы.

**Компьютерная томография**.

С ее помощью можно исследовать все анатомические области тела и все органы. На поперечных томографах (срезах тела) удается выявить даже незначительные изменения в интенсивности поглощения рентгеновских лучей и, благодаря этому, определять локализацию и размеры опухолей черепа и мозга, органов шеи, легких, печени, поджелудочной железы, почек, органов малого таза. Под контролем компьютерной томографии с большой точностью может быть произведена пункционная биопсия опухоли.

**Ядерно-магнитно-резонансная томография.**

Мощное электромагнитное излучение (радиоволны), поданное извне на исследуемый участок тела, вызывает изменение ориентировки ядер водорода (протонов) и отклонение их от оси их вращения. Возникшее таким образом резонансное магнитное излучение от изучаемого объекта регистрируется и обрабатывается на компьютере, который затем строит изображение поперечного или сагиттального среза тела, отражающее распределение протонов (ядер водорода) и изменение их активности в этой области. По внешнему виду ЯМР-томограмма похожа на компьютерную рентгеновскую томограмму. В отличие от последней ЯМР-томограмма дает представление о форме, локализации и в известной мере о химическом строении опухоли. С помощью этого метода исследуют головной мозг, легкие, печень, поджелудочную железу, почки и другие органы.

Все указанные методы исследования предполагают **раннюю** или, вернее, **своевременную** диагностику опухолей, особенно злокачественных. Это обусловлено тем, что успехи лечения опухолей и результаты его зависят от того, в какой стадии развития обнаружена опухоль. Отчасти поэтому все врачи, а не только хирурги, должны быть хорошо знакомы с признаками так называемых **предраковых** заболеваний.

Предраковое заболевание 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** предраковых заболеваний:

а) облигатные предраки

* доброкачественные опухоли (полипы, миксомы, хондромы);
* наследственный интестинальный полипоз;
* пигментно-пятнистые полипы тонкой кишки;
* пигментная ксеродерма;
* проолиферирующая мастопатия;
* папиллома молочных протоков;
* аденоматозная гиперплазия эндометрия;
* лейко- и эритроплакии;

б) факультативный предрак с умеренной склонностью к дегенерации:

* язва желудка;
* хронический холецистит;
* свищи при хроническом остеомиелите;
* ожоговые рубцы;
* рентгеновские дерматозы;
* язвенный колит;
* атрофический гастрит;
* воспаление губ (хейлит).

В качестве **пресаркоматозов** могут рассматриваться рубцы после ожогов, а также соединительно-тканные реакции на имплантацию искусственных материалов.

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

В **лечении** больных с опухолями должны участвовать различные специалисты: терапевты, хирурги, радиотерапевты, морфологи, гинекологи и др.

В каждом конкретном случае заболевания выбирается индивидуальный план лечения.

**Хирургические методы лечения**являются ключевыми, наиболее важными методами. Они направлены на удаление опухоли с помощью иссечения **скальпелем, электроножом, лучом лазера** или разрушение ее с **помощью холода**.

Различают операции **радикальные**, **условно радикальные** и **паллиативные**. Под **радикальной** операцией понимают операцию, при которой полностью удаляется основная опухоль (часто целиком с органом, из которого она исходит) вместе со всеми регионарными лимфатическими узлами. Микроскопически видимых остатков опухоли в организме при этом не остается.

Под **паллиативными** понимают операции, устраняющие основные, наиболее тягостные симптомы заболевания, чаще всего непроходимость полых органов.

К условно-радикальным операциям относят такие, при которых полностью удаляется основной очаг опухоли без гарантированного удаления лимфатических узлов или отдаленных метастазов, и при этом сохраняется большая вероятность развития рецидива.

Оперативные вмешательства при опухолях в обязательном порядке предполагают соблюдение принцип **абластики** и **антибластики**.

Под **абластикой** понимают метод оперирования, с помощью которого предупреждается рассеивание злокачественных клеток в организме. Абластичность операции достигается созданием широкого доступа к опухоли, удалением ее в пределах здоровых тканей, бережным отношением к тканям, частым мытьем рук по ходу операции, сменой перчаток, перевязкой венозных сосудов и полых органов, применением электрокоагуляции для остановки кровотечения из мелких сосудов, использованием электроножа, соблюдением принципа зональности и анатомической футлярности хирургических вмешательств.

Под **антибластикой** понимают методы борьбы с оставшимися в организме опухолевыми клетками. Различают **химическую** и **лучевую антибластику**. **Химическая** антибластика, например, может проводиться 700 спиртом или настойкой йода, которые разрушают злокачественные опухолевые клетки. **Лучевая** антибластика сводится к воздействию ионизирующих излучений, что достигается, например, внутрибрюшинным введением радиоактивного коллоидного золота Au 198, а также наружным и внутритканевым облучением.

Оперативное удаление опухоли не исключает, а при определенных показаниях предполагает применение **химиотерапии**, **лучевой терапии** и **гормонотерапии**.

**Противоопухолевыми** (химиотерапевтическими) препаратами называют соединения, способные тормозить деление клеток. Они действуют как на опухолевые, так и на здоровые клетки. К химиотерапевтическим препаратам относят так же, как эмбихин, ТиоТЭФ, циклофосфан, сарколизин, фторбензотэф, метотрексат, 6-меркаптопурин, фторацил, а также противоопухолевые антибиотики: винбластин, винкристин, оливомицин, рубомицин, митомицин, брунеомицин и др.

В широком понимании химиотерапия включает также гормонотерапию, иммунотерапию, болеутоляющие средства.

Оперативное удаление опухоли нередко предполагает применение **лучевой терапии,** как перед, так и после операции. Основной целью лучевой терапии является полное разрушение клеток путем воздействия как на основной очаг, так и на регионарные лимфатические узлы. Успешное лучевое лечение основывается на том, что клетки злокачественных опухолей более чувствительны к ионизирующему излучению, чем здоровые, и в том, что злокачественные клетки после облучения теряют способность к репаративным процессам.

**Гормональные** терапевтические средства назначаются для профилактики рецидивов рака молочной и щитовидной желез после хирургического лечения, при лечении рака предстательной железы, лейкоза, лимфогранулематоза и в других случаях.

Различают 4 группы гормональных лекарственных средств: андрогены, эстрогены, кортикостероиды и тиреоидные гормоны.

Антигенность опухолей, обусловленных физическими, химическими или вирусными антигенами позволяет применять иммунотерапию их за счет применения клеточных и цитотоксических иммунных защитных реакций. С этой целью рекомендуются следующие мероприятия:

1. Активная иммунизация, например, облученными убитыми клетками опухоли;
2. Пассивная иммунизация, например, противолимфоцитарной сывороткой, иммуноглобулинами, изолированными антителами, комплементом;
3. Адаптивная иммунотерапия, например, стимулирующими иммунными клетками или иммунноактивными фракциями;
4. Неспецифическая активация иммунной системы, например, БЦЖ, Corynebacterium parvum, дрожжевыми экстрактами и динитрохлорбензолом
5. Применение интерферона

Иммунотерапия онкологических заболеваний пока мало разработана.

В настоящее время проводятся работы по использованию вирусов, вызывающих разрушение тканей опухоли.

Особое место в лечении больных, особенно с запущенными формами злокачественных опухолей занимает, так называемая, **симптоматическая терапия**. Она направлена на устранение или уменьшение болей, подавление кашля, предупреждение или лечение вторичных кровотечений, устранение анорексии и т.д.

Под **комбинированным** лечением понимают применение двух методов терапии, под **комплексным** – трех и более.

**Клиническая характеристика отдельных видов опухолей**

1. **Опухоли соединительной ткани.**

К доброкачественным опухолям соединительной ткани относят фиброму, липому, хондрому, остеому.

**Фиброма** – опухоль, состоящая из волокнистой соединительной ткани с небольшим количеством веретенообразных соединительно-тканных клеток, сосудов и эластичных волокон. Различают **плотные** и **мягкие** фибромы, **единичные** и **множественные**. В зависимости от комбинаций фибромы с опухолями других видов образуются фибромиомы, фиброаденомы, фибролипомы, фибросаркомы. Фибромы наблюдаются везде, где имеется соединительная ткань.

Клинически фиброма представляет собой отграниченную, часто плотную, эластичную бугристую или гладкую опухоль с медленным ростом. Фибромы остаются подвижными даже достигнув больших размеров, они нередко вызывают сдавление и атрофию тканей, а также редко вызывают боли и нарушение функций.

Наиболее часто они встречаются в коже в виде небольших узлов. Сюда относят мягкие и твердые бородавки, моллюски, первичные келоиды и кожные изменения при нейрофиброматозе. **Нейрофиброматоз**, или **болезнь Реклингаузена**, представляет собой системное заболевание фиброзных элементов нервов, характеризующееся наличием множественных фибром, пигментации кожи и опухолей нервов. Эта триада симптомов образует полную развитую форму. Чаще же встречаются неполные формы, например, изолированные плотные узлы, расположенные на чувствительных нервах.

В слизистых оболочках чаще встречаются полипы, сидящие на ножке в носу, носоглотке, гортани, в области десен (эпулиды).

Лечение – оперативное.

**Липома**(жировая опухоль) – опухоль, построенная по типу нормальной жировой ткани, окруженная тонкой капсулой. Липомы чаще всего локализуется в виде одиночных узлов в подкожной клетчатке на шее, спине передней брюшной стенке, бедре, предплечье; реже могут локализоваться под фасциями, под слизистыми, внутримышечно, в брыжейке кишок, ретроперитонеально, в семенном канатике. При пальпации определяется их дольчатый характер, мягко-эластичная консистенция, четкая отграниченность.

Лечение – оперативное.

Хондрома – опухоль, состоящая из хрящевой ткани. Хондромы имеют вид единичный или множественных бугров, плотных или твердых по консистенции. По локализации в кости различают хондромы центральные (в толще кости) и **периферические** (с наружной поверхности кости, не поражая последнюю). Хондромы нередко бывают множественными, чаще развиваются в фалангах пальцев, метакарпальных и метатарзальных костях, а также в трубчатых костях, тазу, лопатке, реже в других костях. Хондромы представляют опасность перерождения в хондросаркому, поэтому их рекомендуется удалять.

Остеома – отграниченная, исходящая из кости и состоящая из костной ткани костная опухоль. Встречается она редко. Различают две формы остеомы: **компактную** и **губчатую**. Чаще всего опухоль располагается в костях черепа, таза и иногда в длинных трубчатых костях. Растет опухоль чрезвычайно медленно. Обнаруживается случайно, либо по достижении больших размеров с симптомами сдавления близлежащих сосудов и нервов. Опухоль плотной консистенции, с гладкой поверхностью, шаровидной или пирамидальной формы, безболезненная, неподвижная. Рентгенологически – кортикальный слой опухоли представляет собой продолжение коркового слоя кости, реакция со стороны периоста и эндоста отсутствует, контуры опухоли четкие.

Лечение – оперативное.

**ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ (САРКОМЫ).**

**К ним относятся липосаркомы, фибросаркомы, ангиосаркомы, лимфосаркомы, остеогенные саркомы, злокачественные саркомы, злокачественные остеобластокластомы, паростальные саркомы, саркому Юинга, ретикулосаркому и др. (около 100 наименований).**

Термин «саркома» известен с очень давних пор и связан с внешним сходством злокачественных опухолей, развивающихся из соединительной ткани, с видом рыбьего мяса.

Для большинства случаев сарком характерно появление опухолевого образования, увеличивающегося в зависимости от темпов роста либо медленно (в течение месяцев), либо быстро (в течение недель). Некоторое время саркома растет, не вызывая изменений окружающих тканей. Лишь позднее, когда она или соседние органы вовлекаются в патологический процесс, появляются симптомы, свидетельствующие о поражении костей, суставов, нервных столбов, мышц и т.д.

Для саркомы мягких тканей характерна склонность к инфильтративному росту, прорастанию в ближайшие анатомические образования, кожу, кости, нервы, сосуды, что проявляется соответствующими симптомами. Первый признак саркомы мягких тканей – появление опухоли, не имеющей четких очертаний, иногда боли. Температура над опухолью не отличается от температуры окружающих тканей. Чаще всего саркомы мягких тканей локализуются на конечностях в области больших мышечных массивов (бедро, тазовый и плечевой пояс). Для сарком костей характерно появление болей, не стихающих в **ночное время**, нарушение функций конечности, появление припухлости. Появление клинических симптомов зависит от темпа роста опухоли. Наличие пальпируемой опухоли является поздним симптомом саркомы кости, нередко осложняющимся патологическим переломом.

Лечение – комплексное. Основной метод лечения оперативный, но довольно широко применяются лучевая терапия, лечение противоопухолевыми средствами.

1. **опухоли мышечной, сосудистой и нервной ткани**.

**Миома** – доброкачественная опухоль, развивающаяся из мышечной ткани. Опухоль, возникающую из поперечно-полосатой мускулатуры, называют **рабдомиомой**, из гладкой – **лейомиомой**. Миомы растут медленно, имеют плотно-эластичную консистенцию, подвижны, отграничены от окружающих тканей, безболезненны. Так как миомы находятся в толще мышц и не причиняют больным беспокойства, они уже к моменту обращения пациентов к врачу обычно довольно значительных размеров.

Лечение – хирургическое (удаление опухоли вместе с капсулой).

**Ангиомы** – доброкачественные опухоли, растущие из кровеносных (гемангиомы) или лимфатических (лимфангиомы) сосудов.

Клиническая картина гемангиомы отличается двумя основными признаками: болью и наличием припухлости (опухоли). Консистенция ее мягко- или плотноэластическая. Если опухоль связана с крупным артериальным сосудом, то она может пульсировать и тогда над ней выслушивается сосудистый шум. Окраска над опухолью различная и зависит от глубина залегания и роста гемангиомы. При неглубокой локализации опухоли окраска кожи над ней может переходить от синюшного до ярко-багрового цвета, при сдавливании гемангиома уменьшается в размерах, а окраска кожи становится менее интенсивной. Боли при гемангиоме, как правило, свидетельствуют о далеко зашедшем процессе, поражающем глубокие мышечные ткани и нервы.

**Лимфангиомы** встречаются реже гемангиом. Развиваются они в мышцах языка, губ, щек, шеи, в брыжейке кишок. Представляют собой различной величины эластичные образования желтоватой окраски, безболезненные.

Лечение гемангиом – оперативное, криотерапия, лазеротерапия.

**Глиома** – опухоль центральной нервной системы, происходящая из клеток различных видов глии. Встречается как в головном, так и в спинном мозге. Симптоматика проявляется в зависимости от локализации опухоли и степени сдавления мозга. К общим симптомам при локализации опухоли в головном мозге относятся головные боли, рвота, головокружение, нарушение зрения и психики.

Лечение – оперативное.

**Невринома** – опухоль, возникающая из шванновских клеток оболочки нервов. Локализуется по ходу нервных стволов. Опухоль растет медленно в виде одного или нескольких четко отграниченных плотных болезненных при надавливании узлов.

Лечение – оперативное.

**Ганглионеврома** – опухоль, развивающаяся из ганглиев симпатической нервной системы, чаще в брюшной или грудной полости. Опухоль имеет фиброзный вид, плотная на ощупь.

Лечение – оперативное.

1. **ОПУХОЛИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ.**

К доброкачественным опухолям эпителиального происхождения относятся: папиллома, аденома, дермоид.

**Папиллома** (полип) – четко отграниченная опухоль на тонкой ножке или на широком основании, обычно небольших размеров. Встречаются папилломы на коже, слизистых рта, анального отверстия, кишечника, мочевого пузыря и т.д. поверхность их неровная, мелко- или крупнозернистая, иногда ворсинчатая. Папилломы могут быть различной окраски – от белой до грязно-коричневой; как одиночными, так и множественными.

Лечение – оперативное или электрохирургическое.

Аденома – опухоль, развивающаяся из железистого эпителия и встречается в молочных, щитовидных, предстательных железах, яичниках, почках и т.д. Пальпаторно – аденома представляет собой плотное округлое безболезненное образование различной величины.

Лечение – оперативное, электрокоагуляция.

Дермоид (дермоидная киста) – опухоль, происходящая из эмбриональных зачатков эктодермы. Дермоидные кисты содержат в своем просвете сальные массы, волосы, зубы, чешуйки ороговевшего эпидермиса. Встречаются дермоиды в области бровей, крыльев носа, в переднем средостении, на шее, в области копчика, реже в других местах. Основное осложнение дермоидов – нагноение их. Локализуясь в средостении, они могут сдавливать сердце, сосуды.

Лечение – оперативное.

К злокачественным опухолям эпителиального происхождения относится рак (carcinoma, cancer) – новообразование, обладающее инфильтрирующим и разрушающим ткани ростом.

В виде первичной опухоли рак может быть во всех органах, где имеются эпителиальные элементы.

Раковые опухоли редко достигают очень больших размеров. На коже или слизистых развитие рака начинается с образования плотного инфильтрата, который быстро изъявляется и образует характерные язвы с плотными краями и дном. В глубоких тканях и органах рак начинает развиваться в виде бугристых плотных инфильтратов, которые незаметно переходят в окружающую ткань.

При наружных формах рака основным симптомом его является опухоль, язва, постепенное разрушение тканей. При раке внутренних органов происходят структурные изменения органа и нарушение его функций. Иногда функциональные дефекты являются главной жалобой больных и первым симптомом болезни. Наиболее частым местом развития рака являются кожа лица, нижняя губа, слизистая рта, язык, грудная железа, пищевод, желудок, толстая кишка, матка.

Лечение – комбинированное или комплексное.

**Первичным звеном** практической онкологической сети являются онкологические кабинеты, которые входят в состав городских поликлиник и центральных районных больниц. Одной из задач онкокабинета является диспансеризация больных с предопухолевыми заболеваниями, со злокачественными новообразованиями и после излечения от них.

Онкологические больные, находящиеся на диспансерном учете, распределяются на следующие клинические группы.

В целях унификации учета, анализа распространенности и частоты онкологических заболеваний, а также определения эффективности онкологической:

Группа Iа - больные с подозрением на злокачественное заболевание. Больные данной группы подлежат углубленному обследованию в течение не более 14 дней и по мере установления диагноза они переводятся в другую группу или снимаются с учета.

Группа Iб - больные с предопухолевыми заболеваниями и доброкачественными опухолями. Пациенты данной группы подлежат диспансеризации и оздоровлению (санации). По количеству больных, взятых на учет и количеству снятых с учета после излечения, определяется интенсивность и эффективность работы каждого специалиста и учреждения по медицинской профилактике злокачественных новообразований.

Группа II - больные со злокачественными заболеваниями, подлежащие специальным методам лечения (гемобластозы).

Группа IIа - больные со злокачественными опухолями, подлежащие радикальному лечению.

Группа III - практически здоровые люди, излеченные от злокачественной опухоли, находящиеся на диспансерном учете не менее 5 лет.

Группа IV - больные со злокачественными опухолями в поздних стадиях заболевания, когда показано паллиативное или симптоматическое лечение.

Все больные, у которых впервые установлен диагноз злокачественного новообразования, подлежат обязательной регистрации. При обнаружении злокачественной опухоли у больного или при выявлении ее аутопсии, врач любого медицинского учреждения обязан оформить «Извещение» по учетной форме №281 и в трехдневный срок направить его в онкологический диспансер. Контроль за больным проводится по форме №30 (контрольная карта диспансерного наблюдения). На больного злокачественной опухолью, находящегося на стационарном лечении в любом медицинском учреждении, заполняется «Выписка из истории болезни» (форма №27-онко). После выписки или смерти больного «Выписка из истории болезни» направляются в онкодиспансер по месту жительства.

И, наконец, на всех больных с запущенной злокачественной опухолью, относящихся к последней, IV стадии заболевания, составляют специальный протокол (учетная форма №248).

Онкологические больные состоят на диспансерном учете пожизненно.

Контрольные вопросы •

1. Восстановление ткани взамен утраченной • • • называется \_\_\_\_\_\_\_.

 2. Переход одного вида ткани в другой называется \_\_\_\_\_\_\_\_.

 3. Увеличение массы органа может происходить за счет процессов \_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_.

 4. Замещение поврежденной ткани соединительной тканью называется \_\_\_\_\_

. 5. Уменьшение объема клеток, ткани, органа называется \_\_\_\_\_\_\_.

6. Виды репаративной регенерации \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_.

 7. Повышенное кровенаполнение органа в связи с затруднением оттока крови - это \_\_\_\_\_\_\_.

 8. Скопление жидкости в коже и подкожной клетчатке называется \_\_\_\_\_\_\_.

9. Пропотевание крови через стенку сосуда называется \_\_\_\_\_\_.

10. Перелом трубчатых костей может быть причиной \_\_\_\_\_\_ эмболии.

11. Строение опухоли

12. Типы роста опухолей По клиническому течению

13. Внешний вид опухоли

14. Гиперплазия?

15. Этиология опухоли?

**Список используемой литературы**

Бохман Я. В. Руководство по онкогинекологии; Медицина - М.,

 Веснин А. Г., Семенов И. И. Атлас лучевой диагностики опухолей опорно-двигательного аппарата. Часть 2. Опухоли мягких тканей; Невский Диалект - М.,

Ганцев Ш. Х. Амбулаторно-поликлиническая онкология: моногр. ; ГЭОТАР-Медиа - М.,

Давыдов М. И., Нормантович В. А. Новые подходы в комбинированном лечении рака; Медицина - М.,

 Елисеева О. И. Лечение хронических и онкологических заболеваний. Часть 1. Инфекция и вирусы - угроза жизни человека; ИГ "Весь" - М.

Клиническая онкогинекология. В 3 томах. Том 3; Практическая медицина – М.

**ССЫЛКА НА ЭЛЕКТРОННУЮ БИБЛИОТЕКУ https://www.юрайт.ru**