

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Заведующий кафедрой

Д.м.н., профессор Зуков Руслан Александрович

Реферат на тему:

Особенности онкохирургии.

Выполнил:

Клинический ординатор

Гаджиев Эльвин Дашдамир оглы

 *Гаджиев Э.Н.*

Проверил:

Кафедральный руководитель ординатора

К.м.н., доцент Гаврилюк Дмитрий Владимирович

Красноярск, 2020

Оглавление:

1. Введение
2. Основная часть
3. Заключение
4. Список использованной литературы

Введение.

В клинической онкологии используют следующие варианты лечения:

- комбинированное лечение - применение у одного больного двух однонаправленных методов лечения (например, локальное воздействие на опухоль путем выполнения радикальной операции с последующим курсом лучевой терапии);
- комплексное лечение - применение локального и системного методов воздействия на опухоль (например, хирургического и лекарственного лечения).
- Отдельно выделяют сочетанный вариант лечения, подразумевающий одновременное применение принципиально однородных методов с различным механизмом действия (например, сочетание дистанционного и внутритканевого облучения).

Лечение онкологических больных может быть радикальным, паллиативным и симптоматическим. Радикальным называется такой вид лечения, после проведения которого в организме больного не выявляются клинические, рентгенологические, эндоскопические и морфологические признаки опухолевого процесса. После выполнения паллиативного лечения в организме больного сохраняются проявления опухолевого заболевания. При проведении симптоматического лечения все мероприятия направлены только на устранение тягостных или угрожающих жизни симптомов и осложнений заболевания.

Хирургическое удаление опухоли, с которым в основном связывают надежды онкологические больные, играет основную роль в лечении солидных злокачественных опухолей. Операция бывает наиболее эффективной, когда опухоль имеет локализованный характер, но немало больных, живущих длительное время после операции, выполненной по поводу злокачественной опухоли с метастазами.

Хирургическое вмешательство не вызывает патологических изменений в свободных от опухоли тканях в отдаленном периоде, что представляет собой его преимущество. Однако, следует учесть, что в некоторых случаях радикальности операции достигают в ущерб косметическим и функциональным результатам.

При некоторых онкологических заболеваниях хирургическое вмешательство можно выполнять и с профилактической целью. Так, при аденоматозном полипозе толстой кишки (семейный полипоз) колэктомия позволяет предупредить рак толстой кишки, а у пациенток-носителей гена BRCA1 оправдана мастэктомия для профилактики рака молочной железы, а при синдроме множественной эндокринной неоплазии для профилактики медуллярного рака щитовидной железы прибегают к тиреоидэктомии.

Основная часть.

Как правило, хирург является первым специалистом, к которому обращается больной, страдающий злокачественным новообразованием. Кроме того, в процессе лечения онкологического пациента возникает необходимость в хирургическом вмешательстве для морфологической верификации диагноза, определения степени распространения опухолевого процесса, для реализации паллиативных задач и т.п. Проведение морфологического исследования позволяет выбрать адекватный объем хирургического вмешательства, а также предоставляет юридические основания для выполнения в случае необходимости калечащей операции.

Для планирования хирургического лечения важно знать биологические особенности опухоли. Поведение опухоли не укладывается в жесткие рамки и нередко бывает парадоксальным, что затрудняет определение характера и объема хирургического вмешательства. Существует три основных пути распространения злокачественной опухоли: прорастание (инфильтрация) соседних тканей, лимфогенный и гематогенный. Для большинства опухолей характерны все три пути, хотя один из них может оказаться преобладающим. Особенности хирургического вмешательства зависят от типа опухоли.

Хирургические вмешательства подразделяются на диагностические и лечебные.

Диагностические операции (тонкоигольная и трепанобиопсия, ножевая биопсия, видеоассистированные операции) выполняются для верификации диагноза и определения степени распространения опухолевого процесса. Выделяют биопсии лимфатических узлов, опухоли (молочной железы, конечностей, ЖКТ, дыхательных путей).

Лечебные операции подразделяются на радикальные, условнорадикальные или циторедуктивные и паллиативные.

В онкологической практике приняты понятия, характеризующие общие показатели хирургической активности:

1. Операбельность. Понятие операбельности включает так называемые общие критерии, определяющие состояние больного, его возраст, сопутствующие заболевания, функциональные резервы жизненно важных органов, принципиально позволяющие выполнить операцию, а также критерии, характеризующие опухоль и опухолевый процесс в целом. К ним относятся локализация опухоли, анатомо-функциональные нарушения в пораженном органе, степень распространения опухоли, наличие отдаленных метастазов, тип роста опухоли и ее гистологическое строение. Состояние, исключающее возможность проведения хирургического лечения, принято называть иноперабельностью. Решение вопроса о возможности выполнения радикального оперативного вмешательства должно приниматься только после тщательного обследования больного, желательно в условиях стационара.

2. Резектабельность. В отличие от операбельности под резектабельностью понимается техническая возможность удаления опухоли с учетом степени ее распространения, т.е. глубины поражения органа, наличия регионарных и отдаленных метастазов. Резектабельность опухоли определяется клинически, с помощью дополнительных методов обследования и интраоперационно.

Радикальные операции предусматривают радикализм по отношению к первичной опухоли и ее регионарным метастазам. После выполнения радикальной операции в организме не остается опухолевых очагов, определяемых клиническими, рентгенологическими, эндоскопическими или морфологическими методами.

Выделяют:

1) стандартные радикальные операции, при которых удаляют основную опухоль и близлежащие зоны ее метастазирования в лимфатическую систему;

2) расширенные операции, при которых увеличивается объем удаления зон регионарного метастазирования за счет смежных анатомических областей;

3) комбинированные или мультиорганные операции; в результате таких вмешательств удаляют часть органа или полностью другой орган, в которые произошла инвазия первичной опухоли.

Объем оперативного вмешательства определяется локализацией опухоли, стадией заболевания и анатомическим типом роста. При экзофитно растущих, четко отграниченных опухолях допустимо расширение показаний к операции вплоть до комбинированных резекций. При инфильтративном характере роста опухоли расширение показаний к органосохранному оперативному лечению обычно неоправданно.

Радикальное удаление первичной опухоли должно удовлетворять принципам абластики, антибластики, зональности, футлярности.

Абластика является основным принципом радикального хирургического лечения злокачественных новообразований, заключающимся в резекции пораженного органа в пределах здоровых тканей. К основным приемам абластики относятся в первую очередь исключение грубых манипуляций с пораженными органами и тканями, острая препаровка скальпелем или электроножом, предварительное лигирование венозных сосудов, смена инструментов и перчаток после удаления опухоли перед реконструктивным этапом, тщательный гемостаз, хорошее дренирование раны в послеоперационном периоде и т.п. При адекватном выполнении этих мероприятий значительно уменьшается риск попадания опухолевых клеток в рану, их имплантация в здоровые ткани и распространение по кровеносному руслу. Однако рассеивание некоторого количества злокачественных клеток в ране может происходить, несмотря на соблюдение правил абластики, поэтому обеспечение радикализма оперативного вмешательства должно включать комплекс антибластических мер.

Антибластика представляет собой ряд мероприятий, направленных на уничтожение и удаление оставшихся в операционном поле опухолевых клеток. К ним относятся: обильное орошение и промывание раны раствором фурацилина, 3 % раствором перекиси водорода, пред-, интра- и послеоперационное облучение операционного поля.

Принцип **зональности** базируется на знании особенностей местного распространения опухоли и ее метастазирования в регионарные лимфатические узлы. Операции при злокачественных опухолях различных локализаций предусматривают удаление пораженного органа и клетчатки с лимфатическими узлами в зонах регионарного метастазирования.

Лимфаденэктомией (лимфодиссекцией) называется иссечение регионарных к удаляемому органу лимфатических узлов и сосудов. Впервые такой подход был предложен более 100 лет назад W.S. Halsted при хирургическом лечении рака молочной железы. Тот факт, что лимфатические узлы и сосуды служат проводником и временным барьером опухолевой генерализации, и предположение, что их раннее хирургическое иссечение может обеспечить излечение, послужили главными предпосылками к выполнению регионарных лимфаденэктомий при злокачественных опухолях разных органов. В то же время широкое иссечение клетчатки с лимфатическими коллекторами достоверно увеличивает частоту осложнений. При раке молочной железы лимфодиссекция часто сопровождается длительной лимфореей, инфицированием раны, а также отеком конечности, болевыми ощущениями, утратой работоспособности, общим дискомфортом. При раке желудка расширенная лимфодиссекция увеличивает количество абсцессов в ложе удаленной селезенки, случаев панкреатита, панкреатических свищей. Все это нередко приводит к инвалидизации больных, не говоря уже об увеличении продолжительности пребывания их в стационаре и увеличении стоимости лечения. В то же время при тщательном гистологическом исследовании удаленных во время лимфодиссекции тканей часто не находят злокачественных клеток, т.е. объем операции превышает необходимый. Поэтому возникло стремление выполнять лимфодиссекцию не профилактически, а при наличии метастазов.

Концепция развития сторожевых лимфатических узлов связана с учением о лимфогенном метастазировании различных опухолей органов и тканей. Она возникла на основе новейших достижений в области анатомии и функции лимфатической системы, в частности методов исследования внеорганных путей транспорта лимфы. Концепция сторожевых лимфатических узлов может быть объяснена упорядоченным строением путей оттока лимфы от определенных зон разных органов и перекрестным метастазированием при блокаде опухолевыми тромбами части из них - в отдаленные группы узлов. В последнем случае до известной степени нарушается принцип автономности лимфатических сегментов пораженного опухолью органа, и дренаж патологических тканей осуществляется в разных направлениях. В нормальных условиях лимфатические сегменты до известной степени анатомически и физиологически клинически обособлены.

Сторожевой узел не обязательно поражается метастазами, но если у больного есть лимфогенные метастазы, то именно сторожевой узел поражается метастазами в первую очередь.

Принцип **футлярности** предполагает удаление опухоли в едином блоке со всеми анатомическими структурами фасциального футляра, в котором она находится. Соблюдение этого принципа особенно важно при удалении сарком мягких тканей, распространяющихся преимущественно вдоль фасций, которые выполняют функцию естественных барьеров для опухоли.

Паллиативные операции не удовлетворяют всем требованиям радикального удаления опухоли, после их выполнения в организме больного остаются неликвидированные очаги опухоли. Основной целью паллиативных операций являются предотвращение тяжелых осложнений опухолевого процесса (перфорации полого органа, стеноза его просвета, кровотечения из опухоли или магистральных сосудов) и улучшение качества жизни больного. В ряде случаев данный метод хирургического лечения сопровождается увеличением продолжительности жизни. Паллиативные операции могут быть циторедуктивными и симптоматическими. *Циторедуктивные операции* обеспечивают относительно полную или частичную циторедукцию, что позволяет в дальнейшем проводить адъювантное лучевое или лекарственное лечение. *Симптоматические операции* представляют собой хирургические вмешательства, при которых не предпринимаются попытки воздействовать на опухолевый процесс. Эти операции выполняют с целью устранения того или иного ведущего патологического симптома, зачастую представляющего непосредственную угрозу жизни больного (непроходимость ЖКТ, кровотечение из опухоли и др.).

С современных позиций основной смысл выполнения паллиативных вмешательств заключается в профилактике фатальных осложнений и улучшении качества жизни.

Операции по поводу метастазов опухоли.

У больных с одиночными, а в некоторых случаях – с некоторыми метастазами следует рассмотреть возможность их удаления. Иногда больные с одиночными метастазами в легкое, печень или головной мозг живут относительно долго, но перед тем как их оперировать следует обсудить их перспективы всей бригадой, взвесить ожидаемую пользу от операции и риск связанных с ней осложнений и учесть мнение и пожелания больного и членов его семьи.

Внедрение новых хирургических технологий, роботизированных хирургических техник, с одной стороны, позволило расширить спектр показаний к выполнению органосохраняющих вмешательств в онкологии, с другой – увеличить долю радикальных операций при местно-распространенных и метастатических злокачественных новообразованиях, ранее считавшихся неоперабельными.

Важный этап в обеспечении хороших послеоперационных результатов – скоординированная работа мультидисциплинарной бригады высококлассных специалистов.

Заключение.

Радикальное хирургическое лечение злокачественных новообразований на ранних стадиях позволяет в большинстве случаев добиться прекрасных результатов. Кроме того, небольшой объем опухоли даст возможность применять менее агрессивный, чем стандартный хирургический подход, без ущерба для выживаемости.

Залогом достижения удовлетворительных результатов является рациональное определение показаний, сроков и объема операции, основанное на правильной верификации диагноза и адекватном стадировании опухолевого процесса, а также соблюдении основных принципов онкохирургии, к которым относятся:

- 1) онкологическая адекватность: мобилизация «острым путем» по принципу «от сосуда к пораженному органу», правильная последовательность мобилизации с целью профилактики интраоперационной диссеминации опухолевых клеток, профилактический принцип моноблочной лимфодиссекции;

- 2) максимальная безопасность: правильный выбор оперативного доступа и объема хирургического вмешательства, рациональные приемы мобилизации и обработки смежных органов, формирование надежных анастомозов;

- 3) высокая функциональность: выбор рационального метода пластики, формирование технически простых антирефлюксных анастомозов.

Список использованной литературы:

1. М.И. Давыдов, Ш.Х. Ганцев "Онкология" 2014 г.
2. Справочник по онкологии под редакцией Дж. Кэссиди, Д. Биссета, М.Пэйн 2014 г.
3. Б.Е. Петерсон, В.И. Чиссова «Атлас онкологических операций» 2013 г.
4. Н.Н. Александров «Справочник по хирургической онкологии» 2012 г.
5. Н.В. Барыкина «Справочник по хирургии» 2015 г.
6. И.И. Каган, С.В. Чемезов «Топографическая анатомия и оперативная хирургия» 2013 г.
7. В.И. Ищенко, А.В. Матвеев, В.В. Усов «Хирургия органов брюшной полости» 2017 г.