

---

# Оглавление

Предисловие к изданию на русском языке .....	8
Предисловие к изданию на английском языке .....	9
Благодарность .....	10
Авторы .....	11
Список сокращений и условных обозначений .....	17
<b>Глава 1.</b> Опухоли надпочечников ( <i>Моска Хамиди, Михаил Н. Маврос, Кэрен Девон, Гириш С. Кулкарни, Кельвин Х.Л. Лоу, Дэвид Р. Урбах, Джули Холлет, Джесс Д. Пастернак</i> ) .....	20
<b>Глава 2.</b> Рак фатерова сосочка ( <i>Лоуренс Лоу, Николас Латчана, Шива Джайараман, Шон Клири, Кэрл Энн Э. Моултон</i> ) .....	42
<b>Глава 3.</b> Рак анального канала ( <i>Тайлер Р. Черсни, Эдвард Вайс, Моника К. Кжизановска, Али Хосни, Джеймс Брайерли, Александра М. Иссон</i> ) .....	49
<b>Глава 4.</b> Рак молочной железы ( <i>Дэвид В. Лим, Лу Инь, Дженис Р. Мулкахи, Наама Германн, Хайюн (Элиз) Мин, Жан-Франсуа Буало, Марк Корриган, Тулин Сил, Александра М. Иссон, Джейми М. Эскаллон, Ральф Джордж, Клэр Холлоувэй, Джоан Э. Липа, Дэвид Р. МакКриди</i> ) .....	73
<b>Глава 5.</b> Холангиокарцинома ( <i>Николас Латчана, Шон Клири, Кэрл Энн Э. Моултон</i> ) .....	137
<b>Глава 6.</b> Колоректальный рак ( <i>Сепер Корасани, Аман Пуни, Усман Хамид, Роберт Грайф, Шейди Ашамалла, Файез А. Кереши, Нэнси Н. Бэкстер</i> ) .....	148
<b>Глава 7.</b> Метастазы колоректального рака в печени ( <i>Михаил Н. Маврос, Шива Джайараман, Мелани Э. Тсанг, Пол Дж. Караниколас, Элис К. Вэй</i> ) .....	170
<b>Глава 8.</b> Десмоидные фибромы и взрывающаяся дерматофибросаркома (Дарье—Феррана) ( <i>Рики Джрири, Самир Фазих, Брендэн К. Диксон, Абха А. Гупта, Ребекка Э. Глэдди</i> ) .....	189
<b>Глава 9.</b> Рак пищевода ( <i>Николас Девод, Ваибхав Гупта, Ирэн Шломовитц, Джонатан К. Йенг, Майкл Ко, Гейл Дарлинг</i> ) .....	204

<b>Глава 10.</b> Рак желчного пузыря ( <i>Николас Девод, Натали Г. Коберн, Мелани Э. Тсанг</i> ) .....	226
<b>Глава 11.</b> Рак желудка ( <i>Мохаммадали Корасани, Савтадж С. Бар, Натали Г. Коберн</i> ) .....	243
<b>Глава 12.</b> Гастроинтестинальные стромальные опухоли ( <i>Дарио Каллегаро, Ричард Кириш, Альбируни Р. Абдул Разак, Файез А. Кереш, Кэрол Дж. Сваллоу</i> ) .....	270
<b>Глава 13.</b> Гериатрическая онкохирургия ( <i>Тайлер Р. Чесни, Назер АльКирины, Шаббир М. Х. Алибхай</i> ).....	305
<b>Глава 14.</b> Гепатоцеллюлярная карцинома ( <i>Блейн Амир Сайед, Шива Джайараман, Кельвин Х. Л. Лоу, Элис К. Вэй, Пол Д. Григ, Гонзало Саписочин</i> ).....	326
<b>Глава 15.</b> Опухоли без выявленного первичного очага ( <i>Джессика Богач, Кристин Эльзер, Савтадж С. Бар</i> ) .....	340
<b>Глава 16.</b> Меланома ( <i>Андреа М. Ковелли, Хайюн (Элиз) Мин, Дэвид Р. МакКриди, Николь Дж. Лук Гонг, Джоан Э. Липа, Тереза М. Петрелла, Фрэнсис К. Райт. Хайюн (Элиз) Мин внесла технический вклад в создание настоящего раздела</i> ) .....	352
<b>Глава 17.</b> Карцинома Меркеля ( <i>Андреа М. Ковелли, Энтони М. Джошуа, Джоан Э. Липа, Маркус О. Батлер, Лора Снелл, Александр Сан, Фрэнсис К. Райт</i> ) .....	400
<b>Глава 18.</b> Нейроэндокринные опухоли — желудка, тонкой кишки и поджелудочной железы ( <i>Мохаммадали Корасани, Кельвин Х. Л. Лоу, Стен Майерхог, Симрон Сингх, Ангела Ассаль, Юджин Сих, Мойзес Кукир, Джули Холлет</i> ).....	412
<b>Глава 19.</b> Немеланомный рак кожи ( <i>Дэвид В. Лим, Лу Инь, Дженнифер М. Ракз, Энтони Майкл Джошуа, Вейдид В. К. Абадир, Маркус О. Батлер, Джоан Э. Липа, Александр Сан, Фрэнсис К. Райт</i> ) .....	463
<b>Глава 20.</b> Паллиативная хирургия ( <i>Эрин М. Сэдлер, Ананд Говиндараджан, Люси К. Хилайер, Александра М. Иссон</i> ).....	477
<b>Глава 21.</b> Рак поджелудочной железы ( <i>Кристофер Р. Шуберт, Кэрол-Энн Э. Моултон, Али Хосни, Грейни М. О'Кейн, Стивен Гэллинджер</i> ) .....	500
<b>Глава 22.</b> Опухолевые поражения брюшины ( <i>Джессика Богач, Андреа МакКарт, Даниэль Бишоф, Ананд Говиндараджан</i> ).....	524
<b>Глава 23.</b> Рак прямой кишки ( <i>Рики Джрири, Шейди Ашамалла, Маркус Дж. Бумштайн, Уиллиам Чу, Эрин Кеннеди, Питер К. Стотланд</i> ).....	548

---

<b>Глава 24.</b> Неорганные опухоли забрюшинной локализации и саркома мягких тканей конечностей ( <i>Дарио Каллегаро, Самир Фазих, Чарльз Кэттон, Брендэн К. Диксон, Питер К. Фергюсон, Абха А. Гупта, Ребекка Э. Глэдди</i> ) .....	572
<b>Глава 25.</b> Опухоли щитовидной железы ( <i>Моска Хамиди, Кэрен Девон, Лорн Ротштайн, Джесс Д. Пастернак</i> ).....	597
Предметный указатель.....	610

Список литературы в электронном виде  
размещен по ссылке  
<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970475737-EXT.html>



---

# Предисловие к изданию на русском языке

Уважаемые коллеги!

Развитие методов диагностики и онкологическая настороженность в обществе становятся основой для ежегодного роста выявления опухолевой патологии. Большинство пациентов поступают не сразу к специалисту-онкологу. Первыми врачами могут быть терапевты и хирурги общей сети. Трудно быть компетентным во всех областях не только медицины, но даже в одном из ее направлений — онкологии: разбираться в особенностях дифференциальной диагностики, лечения и мониторинга при опухолевых заболеваниях. Поэтому ежедневно мы осуществляем поиск необходимой нам информации, что зачастую требует много времени.

Наши канадские коллеги провели большую работу, чтобы алгоритмизировать лечебные стратегии для широкой линейки разнообразных опухолей, приведя необходимые данные по практическим классификациям, диагностике, особенностям лечебной тактики и хирургии. Они также дали информацию о факторах прогноза и выживаемости. После каждой главы имеется библиография, которая может быть полезна для более углубленного изучения приведенных данных. Считаю важным и то, что авторы представили опыт Университета Торонто.

Эта книга является прекрасным справочным пособием для практической работы, когда необходимо быстро и всеобъемлюще получить необходимую информацию для принятия решения.

Уверен, что книга будет интересна студентам и молодым специалистам для знакомства сразу с большой линейкой нозологий. Понятная логика представления материала повысит эффективность его восприятия.

Рябов Андрей Борисович,  
доктор медицинских наук, профессор,  
заместитель генерального директора  
ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России по хирургии,  
руководитель отдела торакоабдоминальной онкохирургии  
МНИОИ им. П.А. Герцена — филиала ФГБУ  
«НМИЦ радиологии» Минздрава России

---

## Предисловие к изданию на английском языке

Уважаемые коллеги, с большим удовольствием представляю вам третье издание «Руководства по оперативной онкологии Университета Торонто». Настоящая книга — это объединенный труд участников стипендиальных программ Университета Торонто по направлениям оперативной онкологии молочных желез, общей онкологии, гепатопанкреатобилиарной хирургии с применением трансплантационных и минимально инвазивных технологий, а также наших коллег в области терапевтической онкологии, лучевой терапии, пластической и торакальной хирургии, инвазивной радиологии, дерматологии, гериатрии и патофизиологии.

Данное издание — краткое и удобное в применении практическое руководство, которое окажется полезным для клинических специалистов, ординаторов, штатных сотрудников, которым необходима актуальная информация об оперативном лечении злокачественных новообразований. Несмотря на то что наиболее пристальное внимание уделено хирургическим методикам лечения пациентов с опухолевой патологией, в книгу также включены разделы, посвященные аспектам химио- и лучевой терапии применительно к хирургическим алгоритмам лечения в сочетании с неинвазивными локальными техниками, что находит отражение в нашей текущей практической деятельности.

Настоящее издание дополнено тремя новыми разделами: это гериатрическая оперативная онкология (данная область приобретает все большее значение в нашей практике), рак пищевода и опухоли невыявленной первичной локализации.

Я искренне благодарен авторам и редакторам прошлых и нынешнего изданий за многочасовой труд, направленный на создание этого руководства, а также предыдущих его версий. Выражаю признательность всем за приложенные усилия.

С благодарностью,  
Фрэнсис К. Райт, доктор медицины,  
член Королевской коллегии хирургов Канады (MD, Med, FRCSC)  
Торонто, провинция Онтарио, Канада

# 1

## Опухоли надпочечников

### Глава

Моска Хамиди, Михаил Н. Маврос, Кэрен Девон,  
Гириш С. Кулкарни, Кельвин Х.Л. Лоу, Дэвид Р. Урбах,  
Джули Холлет, Джесс Д. Пастернак

### Инциденталома надпочечников

#### Основные сведения

Инциденталома — опухоль надпочечника (-ов), выявленная при радиологическом обследовании не по поводу надпочечниковой патологии. Определяемая таким образом опухоль надпочечника не ограничена никакими функциональными рамками, строгими критериями тканевой принадлежности и т.д. Как правило, это понятие относится к образованиям величиной 1 см и более. На основании патологоанатомических исследований было установлено, что встречаемость клинически бессимптомных опухолей надпочечника составляет 2,1%, при этом данный показатель возрастает до 7% среди лиц в возрасте 70 лет и старше. Однако в литературных обзорах указывают частоту возникновения инциденталом от 1 до 5% [1–3]. Данные тканевые формации могут быть разделены на функциональные и нефункциональные доброкачественные новообразования, а также злокачественные опухоли. Более 80% инциденталом могут быть отнесены к нефункциональным опухолевым образованиям, среди которых преобладают кортикальные аденомы как наиболее часто встречающиеся инциденталомы. Порядка 5% остальных опухолей вызывают скрытый или явный синдром Кушинга, еще 5% составляют феохромоцитомы, 1% представлен альдостерономами, в то время как <5% приходится на адренокортикальный рак (АКР), а 2,5% — на очаги метастатического поражения [4] (см. блок-схему 1.1).

**Блок-схема 1.1.** Дифференциальная диагностика новообразований надпочечников

<b>Функциональные опухоли</b>	Феохромоцитома	Кортизолпродуцирующая аденома	Альдостерома	Первичная гиперплазия надпочечников
<b>Нефункциональные новообразования</b>	Аденома	Миелолипома	Киста	Ганглионеврома
<b>Злокачественные новообразования</b>	АКР	Метастазы	—	—

## Алгоритм обследования [4]

- В случае если при диагностической визуализации надпочечника в последнем обнаружено тканевое новообразование, пациенту назначают углубленное обследование с целью прояснения следующих ключевых позиций, которые позволят определиться с дальнейшей тактикой лечения.
  - Оценка функциональной активности опухоли (в частности, гиперсекреции надпочечниковых гормонов).
  - Оценка риска злокачественности опухоли.
- Прояснение этих вопросов должно начинаться с детального сбора анамнеза и физикального обследования больного. Во время осмотра следует обращать особое внимание на симптомы избыточной секреции гормонов, а также на факт злокачественного заболевания в анамнезе.
- Для подтверждения функциональной природы опухоли необходим биохимический анализ. Наконец, требуется детальное изучение заключения того диагностического исследования, при котором опухоль была выявлена, и его повторение при необходимости (рис. 1.1).

## Диагностическая визуализация

- Визуализирующие методики необходимы для дифференциальной диагностики различных типов опухолей надпочечников, представленных в блок-схеме 1.1. Большинство данных опухолей описываются в заключениях компьютерной томографии (КТ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ) [2].
- Протокол КТ-сканирования надпочечников, включающий в себя бесконтрастную фазу, а также фазы раннего и позднего контрастирования, позволяет выявить аденомы и выделить среди прочих опухоли с высоким содержанием липидов [2].
- Несмотря на то что формальный протокол исследования надпочечников позволяет дифференцировать аденому, феохромоцитому, метастатические очаги поражения и, возможно, АКР, данная методика не может заменить рутинный биохимический анализ [4].
- Для того чтобы установить диагноз при поражении надпочечников, врачи лучевой диагностики применяют ряд параметров визуализации, в том числе накопление и выведение контраста, а также расчет плотности в единицах Хаунсфилда для различных типов опухолей (табл. 1.1).
  - Определение размера опухоли может помочь в оценке риска малигнизации, так как более крупные новообразования с большей частотой перерождаются в рак, нежели малые.
  - Специфические критерии, повышающие вероятность озлокащивания, включающие размер опухоли  $>4-6$  см по данным КТ-снимков, плотность  $\geq 10$  единиц Хаунсфилда, продолжительное выведение контраста ( $<40\%$  за 15 мин), кальцификацию, неровные края либо инвазию в окружающие структуры, относят к признакам малигнизации [4, 5].
  - Как правило, злокачественные опухоли быстро накапливают контраст и медленно его выводят в противоположность аденомам, в которых выведение первого происходит быстро [5].



**Рис. 1.1.** Алгоритм обследования и тактика лечения в отношении инциденталомы надпочечников [23, 24]