

**Пухлини. Етіологія, патогенез.  
Доброякісні і злоякісні пухлини.  
Гістогенетична, морфологічна,  
клінічна і міжнародна (TNM) класифікації.  
Клінічні групи онкологічних хворих.  
Клінічні прояви. Методи діагностики.  
Принципи лікування**

***Методичні вказівки  
до практичних занять та самостійної роботи  
студентів 3-го курсу II та IV медичних факультетів  
з дисципліни "Загальна хірургія"***

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**Харківський національний медичний університет**

**Пухлини. Етіологія, патогенез.**  
**Доброякісні і злоякісні пухлини.**  
**Гістогенетична, морфологічна,**  
**клінічна і міжнародна (TNM) класифікації.**  
**Клінічні групи онкологічних хворих.**  
**Клінічні прояви. Методи діагностики.**  
**Принципи лікування**

***Методичні вказівки***  
***до практичних занять та самостійної роботи***  
***студентів 3-го курсу II та IV медичних факультетів***  
***з дисципліни "Загальна хірургія"***

Затверджено Вченою радою ХНМУ.  
Протокол № 3 від 20.05.2020.

**Харків**  
**ХНМУ**  
**2020**

Пухлини. Етіологія, патогенез. Доброякісні і злоякісні пухлини. Гістогенетична, морфологічна, клінічна і міжнародна (TNM) класифікації. Клінічні групи онкологічних хворих. Клінічні прояви. Методи діагностики. Принципи лікування : метод. вказ. до практ. занять та самост. роботи студентів 3-го курсу II та IV мед. фак-тів з дисципліни "Загальна хірургія" / упоряд. В. О. Сипливий, А. Г. Гузь, Д. В. Євтушенко та ін. – Харків : ХНМУ, 2020. – 20 с.

Упорядники    В. О. Сипливий  
                      А. Г. Гузь  
                      Д. В. Євтушенко  
                      В. В. Доценко  
                      Г. Д. Петренко  
                      О. Г. Петюнін  
                      С. В. Грінченко  
                      В. І. Робак  
                      В. О. Курбатов  
                      О. В. Євтушенко

Кількість годи – 2.

## ОБҐРУНТУВАННЯ ТЕМИ

За даними ВООЗ щорічно у світі помирає від злоякісних пухлин 5 млн людей, з них 1,5 млн в Європі. В переважній більшості країн світу серед причин смерті рак займає друге місце після серцево-судинних захворювань. З огляду на нестандартну онкологічну ситуацію лікар будь-якого фаху повинен вміти виявляти онкологічну настороженість і володіти знаннями про сучасні методи попередження, діагностики та лікування злоякісних пухлин.

## МЕТА ЗАНЯТТЯ

### Вивчити(теоретичні питання):

1. Визначення пухлини.
2. Сучасні погляди на причини і розвиток пухлин.
3. Ознаки доброякісної та злоякісної пухлини.
4. Класифікація пухлин.
5. Критерії для формування клінічних груп онкологічних хворих.
6. Клінічні прояви доброякісних і злоякісних пухлин.
7. Сучасні способи інструментальної діагностики при онкологічному процесі.
8. Принципи лікування.
9. Різновиди хірургічних операцій при онкологічному захворюванні (радикальна, паліативна, симптоматична).

### Вміти:

- 1) правильно збирати анамнез захворювання;
- 2) проводити фізикальне обстеження хворих з онкопатологією.

### Практичні навички

- 1) асистувати під час перев'язок оперованих онкохворих;
- 2) замінити кало- і сечоприймач;
- 3) провести пальцеве обстеження прямої кишки;
- 4) провести обстеження молочних залоз.

## ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИХІДНОГО РІВНЯ ЗНАНЬ-УМІНЬ

Дисципліна	Знати	Вміти
	Забезпечуючі дисципліни	
Анатомія (нормальна, топографічна)	Анатомія людини, хірургічна анатомія	Визначити анатомічну локалізацію пухлин
Гістологія	Будова нормальних тканин	Розпізнати гістологічну структуру тканин
Патологічна анатомія	Патологічні ознаки пухлин різної локалізації. Характерні зміни тканин при ураженні їх патологічним процесом. Екзоендофітний ріст пухлин	Виявити макро- та мікроскопічні ознаки передракових та онкозахворювань

Дисципліна	Знати	Вміти
	Забезпечуючі дисципліни	
Патологічна фізіологія	Патогенез пухлинного процесу	
Фармакологія	Хіміотерапія пухлинних захворювань	

## ЗМІСТ ТЕМИ

Онкологія – галузь медицини, що вивчає причини, механізми розвитку і клінічні прояви пухлин, а також розробляє методи їх діагностики, профілактики та лікування.

Пухлина або бластома – це атипове новоутворення тканини, що відрізняється безмежністю росту, недоцільністю, відносною автономністю і прогресією.

Передпухлинні (передбластомні) стани – дисплазії, які характеризуються клітинною атипією, ненормальним диференціюванням, дезорганізацією архітекτονіки, збільшенням числа мітозів, гіперплазією і метаплазією клітин:

- облігатні передбластомні стани, на основі яких завжди або в більшості випадків виникає злоякісне захворювання;
- факультативні передбластомні стани, на основі яких злоякісні захворювання розвиваються відносно рідко, але частіше, ніж у здорових людей.

Причини розвитку пухлин (захворювання поліетіологічне): мутації, індуковані несприятливими факторами зовнішнього середовища і способом життя (75–70 %):

- екзогенні канцерогени – фізичні, хімічні, біологічні;
- ендогенні канцерогени – гормони і їх метаболіти;
- спонтанні мутації – 15–20 %;
- спадкова патологія генома – 5–10 %;
- порушення нейрогуморальної, імунної систем і метаболізму в організмі, які є фоном для виникнення пухлин.

На даний час єдиної теорії виникнення пухлин не існує. Прихильники вірусної теорії вважають, що пухлинний ріст спричиняється специфічними вірусами. Експериментально створені моделі онкологічних захворювань у тварин. Згідно з цією теорією канцерогенні речовини відіграють другорядну роль, викликаючи в тканинах зміни, що сприяють розвитку вірусної хвороби. Пізніше ця теза переросла в вірусно-генетичну теорію раку.

Згідно з поліетіологічною теорією, до виникнення пухлин призводять не окремі фізичні, хімічні та біологічні подразники, а їх сумарна дія на організм. Провідна роль відводиться патологічній регенерації тканин, яка виникає при повторній несприятливій дії подразника. Засновником теорії хронічного подразнення був Р. Вірхов.

Певне значення в розвитку пухлин надається природженим і конституційним факторам (генетична схильність, ендокринні порушення, залишки

ембріональних тканин). Прихильники ембріонального походження пухлин вважають, що пухлини утворюються з ембріональних клітин, котрі тривалий час знаходилися в стані анабіозу. В результаті дії хімічного або механічного подразника починається їх стрімкий ріст з утворенням пухлини.

#### *Особливості росту пухлини:*

А. Експансивний ріст (більш характерний для доброякісної пухлини): у вигляді екзофітного вузла із чіткими межами, що виступає у просвіт порожнистого органа, або розташовується у товщі паренхіматозного і росте, розсовуючи навколишні тканини; при розпаді пухлини утворюється виразка.

Б. Інфільтративний ріст (більш характерний для злоякісної пухлини): інвазивний, ендофітний ріст без чітких меж вглиб і по стінці органа, проростаючи та руйнуючи нормальні тканини; при розпаді формується виразково-інфільтративна пухлина.

В. Апозиційний ріст (характерний для десмоїдів передньої черевної стінки): ріст за рахунок непластичної трансформації нормальних клітин у пухлинні.

#### **Особливості метастазування пухлин:**

А. Лімфогенне метастазування найбільш характерне для раку, метастази в першу чергу виявляються в регіонарних лімфатичних вузлах.

Б. Гематогенне метастазування найбільш характерне для сарком – метастази в першу чергу виявляються в легенях і печінці.

В. Імплантанційне (контактне) метастазування – злущування клітин із первинної пухлини з осіданням і ростом метастазів по очеревині і плеврі.

Г. Змішаний характер метастазування, характерний для більшості злоякісних пухлин.

Злоякісна пухлина – це особлива патологічна форма проліферації клітин, спричиненої спонтанними чи індукованими змінами генома клітини, що характеризується схильністю до неконтрольованого росту, незавершеної диференціації, а також до інвазії та деструкції прилеглих тканин і формування віддалених метастазів.

#### **Класифікація пухлин за клінічним перебігом:**

– доброякісні пухлини – зрілі новоутворення з перевагою тканинного атипізму, які відрізняються безмежним експансивним (розсуваючим тканини) ростом, чітко відмежовані від навколишніх тканин, гістологічно нагадують тканину, з якої походять, і які, як правило, не метастазують і не мають загального впливу на організм, але можуть піддаватися малігнізації;

– злоякісні пухлини – незрілі новоутворення з перевагою клітинного атипізму, які відрізняються безмежним інфільтративним (проростають крізь навколишні тканини) ростом, метастазуванням і значною відмінністю від тканини, з якої вони походять, значно впливають на організм.

#### **Класифікація пухлин за гістогенезом:**

– пухлини епітеліальної тканини;

– пухлини сполучної тканини;

- пухлини м'язової тканини;
- пухлини судин;
- пухлини меланінутворюючої тканини;
- пухлини нервової системи та оболонки мозку;
- гемобластози;
- тератоми.

### **Класифікації онкологічних захворювань**

#### **Система TNM**

T (tumor, первинна пухлина) – розміри та ступінь місцевого поширення. Виділяють: T<sub>x</sub>, T<sub>0</sub>, T<sub>is</sub>, T<sub>1-4</sub>

N (nodulus, регіонарні лімфатичні вузли) – відсутність чи наявність метастазів, ступінь їхнього ураження.

M (metastasis, віддалені метастази) – наявність чи відсутність віддалених метастазів.

G – диференціація пухлини:

G 1 – високодиференційована; G 2 – помірно диференційована; G 3 – низькодиференційована; G 4 – недиференційована.

R – резидуальна (залишкова) пухлина: R<sub>x</sub> – недостатньо даних для визначення р/п; R<sub>0</sub> – р/п відсутня; R 1 – залишкова пухлина визначається лише мікроскопічно; R 2 – пухлина визначається макроскопічно (візуально, пальпаторно).

#### **Клініко-анатомічна класифікація**

Доклінічна стадія (0) – T<sub>is</sub>, пухлина не проростає базальної мембрани.

1-а клінічна стадія – T невеликих розмірів, яка знаходиться в межах тканини органа, де вона виникла. Відсутні регіонарні та віддалені Mts.

2-а клінічна стадія – T дещо більших розмірів, без виходу за межі органа. N та M не визначаються; або розміри і поширеність як у 1-й клінічній стадії, проте є поодинокі N.

3-я клінічна стадія – T дещо більших розмірів, ніж у 2-й клінічній стадії, наявні N, проте без проростання в сусідні анатомічні структури і без M.

4-а клінічна стадія – наявні M, навіть без даних про N.

#### **Клініко-статистична класифікація**

Група 1а – усі хворі, в яких лікар запідозрив рак.

Група 1б – усі хворі з передраковими станами.

Група 2 – хворі на рак із визначеним діагнозом, що потребують відповідного лікування.

Група 2а – хворі, лікування яких має бути радикальним.

Група 3 – практично здорові люди, які пройшли радикальне лікування і в даний час не мають ознак наявності пухлини.

Група 4 – хворі з первинно-задавленим процесом, або ті, у кого лікування виявилось неефективним.

## **Діагностика та принципи лікування онкологічних захворювань**

Спеціальність "Онкологія" видалилась з маси медичних дисциплін в силу революційного прориву в галузі знань про патогенез та лікування неопластичних процесів. Сучасний терапевт чи хірург загального профілю не спроможні забезпечити повноцінного лікування онкологічного хворого, що потребує спеціального діагностичного, інструментального, фармакологічного забезпечення та постійного наукового пошуку. Досягнути терапевтичного ефекту при онкологічному захворюванні можна при умові комплексного лікування пацієнтів. Воно полягає у впливі на злоякісний процес різними засобами: шляхом оперативного втручання, хіміотерапії, променевої терапії, гормонотерапії, імунотерапії та психосоціальної терапії. При цьому вибір методу лікування здійснюється індивідуально. Залежно від гістологічної структури та ступеня диференціації пухлини, її локалізації, тривалості та поширеності онкопроцесу, імунного статусу організму застосовуються різні методи лікування – ізольовано або в комбінації. Ефективність онкологічних методів лікування залежить від своєчасної діагностики та терапевтичних заходів на інших етапах медичної допомоги. Слід пам'ятати, що пацієнти з новоутворами рідко зразу попадають під нагляд онкологів. Клінічна симптоматика онкологічних захворювань на ранніх фазах малоінформативна, і первинно пацієнти попадають під нагляд лікарів інших спеціальностей. Вирішення такої проблеми можливе при умові тісної співпраці лікарів всіх профілів з онкологами. Вирішальну роль повинні грати принципи "онконастороженості" та володіння всіма медиками необхідним об'ємом онкологічних методів діагностики та лікування, що забезпечує наступність у наданні допомоги хворим.

### **Принципи діагностики онкологічних захворювань**

Діагностика онкозахворювань передбачає використання методик клінічного, лабораторного та інструментального обстеження. Діагностична тактика при неопластичних процесах мусить бути комплексною і не повинна базуватись на принциповому пошуку маніфестних проявів захворювання, оскільки вони нерідко є свідченням запущеності процесу. При підозрінні на новоутвір слід дотримуватись принципу "онконастороженості", що дозволяє своєчасно виявити патологію на ранніх стадіях, або ж її заперечити після проведення діагностичної програми.

### **Діагностика онкологічних захворювань**

#### *Об'єктивні дані*

Синдром загальної інтоксикації, що найбільш виражений у пізніх стадіях раку, виникає через порушення злоякісною пухлиною азотистого і вуглеводного обміну, ферментного і гормонального балансу. Проявляється безпричинною загальною слабкістю, втомлюваністю, зниженням працездатності протягом від кількох тижнів до місяців, прогресуючою втратою



маси тіла, стійким порушенням чи зниженням апетиту, відразу до окремих видів їжі, апатією, втратою інтересу до навколишнього середовища.

Даний симптомокомплекс об'єднаний терміном "синдром малих ознак", при наявності якого лікар зобов'язаний подумати про злоякісне новоутворення і провести спеціальне обстеження для підтвердження або виключення цього припущення. Інтоксикаційний синдром найбільш виражений при раку стравоходу, шлунка, підшлункової залози, печінки, легенів і відсутній при зовнішніх локалізаціях пухлини.

Синдром компресії виникає через тиск пухлини на нервові стовбури, що оточують органи і тканини, проявляється поступово наростаючим і постійним болем, що спочатку виникає періодично, має тупий або нюючий характер, але з часом посилюється. Біль є одним із провідних симптомів при раку підшлункової залози, шлунка, печінки, пухлинах нирок і саркомах кісток.

Синдром "плюс-тканини" – візуалізація пухлин та проліферації тканин (лейкоплагії, папіломи, поліпи, аденоми, невуси тощо).

Синдром патологічних виділень – поява патологічних виділень з травного тракту, піхви, молочної залози, бронхів.

Синдром порушення функції – непрохідність порожнистих органів, функціональна недостатність органів.

#### *Інструментальна діагностика*

Ендоскопічні методи – візуалізація пухлини шляхом езофаго-, бронхо-, гастро-, колоно-, цисто-, лапароскопії тощо, Рентгенологічні методи, ультразвукове дослідження, комп'ютерна томографія – виявлення синдромів ущільнення та деструкції тканин, деформації трубчатих і порожнинних органів, порушення функції органів.

#### *Морфологічна діагностика*

Мазки-відбитки: морфологічний препарат, отриманий шляхом контакту між поверхнею пухлини та предметним склом.

Пункційна цитологія: отримання матеріалу для морфологічного дослідження шляхом пункції голкою.

Біопсія: патогістологічне дослідження видаленої пухлини або її частини (після пункції або ексцизії).

#### *Лабораторна діагностика*

Нема лабораторних реакцій, які дозволяють поставити діагноз раку на початковій стадії. При пухлинах шлунково-кишкового тракту можливі анемія, лімфоцитопенія, при гематологічних захворюваннях – зміни в морфологічному складі крові.

#### *Радіоізотопна діагностика.*

Виявлення шляхом сканування порушення поглинання радіоактивних ізотопів ураженими тканинами (йоду – печінкою, щитовидною залозою, ртуті – нирками, стронцію – кістками та ін.).

### *Імунологічна діагностика*

Виявлення карциноембріонального антигену при раку товстої кишки, &-фетопротеїну при первинній гепатомі чи карциномі яєчників або простат-специфічного антигену при раку простати.

### **Хірургічне лікування онкологічних хворих**

Лікувальний вплив на онкологічний процес в організмі здійснюється різними шляхами. Один з таких шляхів полягає у впливі на злоякісний процес з допомогою хірургічної операції. Ефективність оперативного лікування злоякісних пухлин залежить від дотримання онкологічних принципів – абластики, антиблаستي, зональності, футлярності.

Під абластикою в хірургії злоякісних пухлин розуміють такий спосіб оперування, при якому видаляють всі пухлинні елементи в межах здорових тканин. Для досягнення абластичності хірургічних операцій слід дотримуватись основних методик оперування – зональності та футлярності.

Поняття "зональність хірургічного втручання" представляє собою такі оперативні методики, при яких враховується особливості поширення первинної пухлини (Т) та передбачуваних або виявлених метастазів пухлини в регіонарні лімфатичні вузли (N). Отже, радикальні операції з дотриманням принципу зональності можна виконати при I та II стадіях процесу, для III стадії досягнення радикалізму є малоімовірим.

Поняття "зональності" невідривне від поняття "футлярності", тобто проведення втручання в межах анатомічних фасціально-жирових та серозно-жирових футлярів як анатомічних бар'єрів, що відмежовують поширення пухлини. Тобто орган або його частина, уражені пухлиною, та регіонарні лімфатичні вузли повинні видалятися одним блоком, обмеженим названими анатомічними футлярами. Основна сучасна проблема в лікуванні онкологічних захворювань полягає в необхідності оперативних втручань частіше в II та III стадіях, коли процес вийшов за межі основного вогнища та дав метастази в лімфатичні регіонарні вузли. Злоякісні клітини в таких випадках знаходяться в лімфатичних та венозних судинах і під час операції створюються умови для обсіменіння ранової поверхні. Виникає небезпека імплантації клітин пухлини в тканини під час виконання самої операції. Тому паралельно з дотриманням принципів абластики при виконанні онкологічних операцій необхідно дотримуватись принципів антиблаستي. По аналогії з асептикою методи антиблаستي полягають у заходах щодо зменшення пухлинних елементів в рані та їх знищенні. До таких заходів належать регіонарна перев'язка венозних судин, що відводять кров від пухлини, перев'язка трубчастих органів вище та нижче пухлини, обкладання ураженого пухлиною органа марлевими салфетками, часта заміна рукавиць та інструментів. До сучасних методів належить контрастна лімфографія, яка дозволяє добре візуалізувати лімфатичні судини та вузли під час операції, здійснювати їх перев'язку та лімфаденектомію. Ефектив-

ність антибластики посилюється при застосуванні електроножа та електрокоагуляції під час онкологічних операцій.

Оперативне лікування онкологічних хворих представлено різними видами втручань. Залежно від об'єму видалення ураженого органа розрізняють резекції, екстирпації, ампутації.

*Резекція* – видалення частини органа з відновленням або без відновлення його неперервності.

Екстирпація – повне видалення всього органа, ураженого онкопроцесом.

Ампутація – відсічення органа або частини тіла (наприклад, молочної залози, кінцівки).

#### *Принципи хірургічної техніки*

У випадках високодиференційованих пухлин з відносно невисоким ступенем злоякісності і без метастазування допустима техніка локальної ексцизії. Частіше радикальні операції доводиться виконувати за технікою, яка в англійській літературі називається Block Dissection, тобто йдеться про операції з дотриманням принципів зональності та футлярності.

Залежно від мети операції виділяють радикальні, паліативні симптоматичні втручання. Оперативне лікування онкологічних хворих залежить від термінів та запущеності процесу, тому може мати різну мету. Залежно від мети переслідує оперуючий хірург застосовується певний вид оперативних втручань, які носять спеціальні назви: радикальні, паліативні та симптоматичні операції. Під радикальними операціями розуміють втручання, мета яких повністю видалити пухлину, уражені або можливо уражені лімфатичні вузли та шляхи метастазування – лімфатичні та кровоносні судини. Кінцева мета радикальної операції – повне видалення та профілактика генералізації пухлинного процесу. Результатом таких операцій мало би бути повне одужання хворих. Досягнути повноцінного видалення онкологічно уражених антомічних структур можливо при I та II стадіях раку, виконуючи так звані звичайні радикальні операції. Приклади таких втручань: гастректомія або субтотальна резекція шлунка, правобічна або лівобічна геміколектомія, нефректомія, пульмонектомія, екстирпація прямої кишки. Виконати операцію з дотриманням принципу зональності та футлярності в III і тим більше в IV стадії раку важко і частіше просто неможливо. В таких ситуаціях інколи виконують так звані комбіновані радикальні операції, при яких крім операції на основному органі виконують повне або часткове видалення другого органа, куди проростає основна пухлина, або де містяться метастази. Прикладом таких операцій можуть бути гастректомія з резекцією лівої долі печінки або поперечно-ободової кишки, геміколектомія з резекцією печінки. Отже, радикальні операції належать до втручань, які відповідають принципам абластики та антибластики.

*Паліативні операції* полягають у видаленні первинної пухлини з залишенням неоперабельних метастазів. При таких операціях усуваються непрохідність, кровотечі зменшуються інтоксикація та створюються передумови для наступного променевого та медикаментозного лікування. Прикладом можуть служити резекції шлунка та кишок.

*Симптоматичні операції* полягають у ліквідації провідного патологічного симптому, який призводить до смерті хворого. Основна пухлина та метастази при цьому залишаються, а операція зводиться до накладання обхідних анастомозів та зовнішніх фістул при непохідностях травної системи або до зупинки кровотеч. Прикладами таких втручань є гастро-, ентеро-, колостомії, ентероентеростомії, ілеотрансверзостомія, перев'язка та прошивання кровоточивих судин і т. п.

*Променева терапія* злоякісних пухлин. В основі терапевтичного ефекту іонізуючої радіації на злоякісні пухлини лежить ряд факторів. Не всі нормальні тканини однаково чутливі до дії іонізуючої радіації.

1. Чим вище регенеративна здатність тканини, тобто чим вище й мітотична активність та ступінь диференціації, тим чутливіша вона до променевої терапії. Ряд чутливості до променевої терапії виглядає наступним чином: кровотворна тканина, епітеліальна, сполучна, м'язова, нервова, тому і чутливість пухлин до іонізуючої радіації буде так само залежати від виду тканини, з якої вони походять.

2. Чим краще васкуляризована пухлина, тим вища її чутливість до опромінення.

3. Чим недосконаліша структура та функціональні особливості пухлинних клітин, тим більше вони будуть пошкоджуватись іонізуючою радіацією.

Променева енергія для лікування злоякісних пухлин застосовується у вигляді рентгенівських променів, гама- та бета-променів, а також корпускулярної енергії.

Застосування іонізуючої радіації може супроводжуватись ускладненнями – розвитком виразок у зоні опромінення та променевою хворобою.

### **Хіміотерапія злоякісних пухлин**

Хіміотерапія злоякісних пухлин полягає в застосуванні препаратів, які згубно впливають на клітини новоутворень. В основі дії таких медикаментів лежить вибіркова чутливість пухлин до їх дії. Однак завжди слід пам'ятати, що ефективна курсова доза хіміопрепарату пригнічує функції систем організму, що може проявлятися залежно від препарату лейко- та тромбоцитопенією, анорексією, поносами, нудотою, блюванням, пошкодженням печінки з розвитком жовтяниці, порушеннями психіки, алергічними реакціями. Тому призначення такої терапії повинно здійснюватись індивідуально, з урахуванням користі та шкоди від такої терапії. Біль-

шість хіміопрепаратів застосовується в лікуванні системних онкологічних захворювань (ретикульози, лейкози).

### **Гормонотерапія онкологічних захворювань**

Гормонотерапія застосовується в комбінації з іншими методами лікування при деяких формах раку, зокрема, при раку молочної та передміхурової залози. Такі пухлини є гормонзалежними, і введення в організм гормону протилежної статі гальмує розвиток онкопроцесу. Тому при раку молочної залози в доклімактеричному періоді вводять чоловічі статеві гормони, в постклімактеричному періоді – жіночі. При раку передміхурової залози введення жіночих статевих гормонів також затримує розвиток пухлини.

### **Імунотерапія онкологічних захворювань**

Імунотерапія онкологічних захворювань належить до зовсім нових методів лікування, дуже перспективних, але ще не достатньо вивчених та апробованих. Основою для втручання в систему імунного захисту організму при злоякісних процесах лежить ряд факторів. По-перше, самі онкологічні захворювання виникають на фоні імунних порушень в системі так званих природних відерних клітин і мононуклеарних фагоцитів. По-друге, комбіноване лікування злоякісних пухлин із застосуванням променевої та хіміотерапії призводить само по собі до розвитку імунодефіцитних станів, що може проявлятися залежно від препарату лейко- та тромбоцитопенією, анорексією, поносами, нудотою, блюванням, пошкодженням печінки з розвитком жовтяниці, порушеннями психіки, алергічними реакціями. Тому призначення такої терапії повинно здійснюватись індивідуалізовано, з врахуванням користі та шкоди від такої терапії. Більшість хіміопрепаратів застосовується в лікуванні системних онкологічних захворювань (ретикульози, лейкози).

До препаратів, які мають позитивний імуномодулюючий ефект при різних злоякісних онкологічних захворюваннях належать інтерферон, індометацин, левамизол, циметидин, бактерійні та грибові препарати, лімфоцитарна маса, що містить Т-хелпери. Є спроби створення та апробації специфічних вакцин, що містять антигенні детермінанти певних пухлин.

### **Психосоціальна терапія онкологічних захворювань**

Пацієнти, які перенесли онкологічні операції, нерідко потребують такого методу лікування, який називається психосоціальна терапія. На фоні лікування онкологічних захворювань у пацієнтів виникають психологічні та соціальні адаптаційні проблеми. Вони полягають в необхідності жити в умовах інвалідизації та психологічної напруженості через непевність у прогнозі захворювання. Соціальна терапія полягає в допомозі оволодіння навичками при самообслуговуванні протезів, калоприймачів, стом тощо без шкоди для повноцінного існування в людському середовищі.

Психотерапія може проводитись по-різному. При відомому для пацієнта діагнозі проводиться роз'яснювальна робота, яка повинна зняти у хворого психічну домінанту про некурабельність онкозахворювань і мобілізувати його на боротьбу з недугою, яку нерідко вдається повністю вилікувати. Пацієнт повинен по можливості позбавитись комплексу неповноцінності, викликаного у нього косметичним дефектом, наявністю сечо- або кало-приймача, трахеостоми, протезу тощо. При важких за давнини онкозахворюваннях часто в силу деонтологічних міркувань пацієнт не знає діагнозу свого захворювання. Психотерапія в таких випадках має полягати в мінімізації психологічних страждань аж до фіналу захворювання. До проведення психосоціальної терапії можуть залучатись психіатри та психологи.

На завершення слід наголосити, що лікування онкологічних хворих повинне бути комплексним та індивідуалізованим. Частіше комбінуються різні методи лікування, рідше застосовується монотерапія. Найбільш частою комбінацією є поєднання оперативного втручання з хіміо-, гормоно-, або променевою терапією. Нерідко до названого терапевтичного комплексу додаються імуномодулюючі препарати для боротьби з імунодефіцитними станами. Обов'язковою умовою повноцінного лікування онкозахворювань є профілактика і правильне лікування так званих передракових захворювань та співпраця лікарів різної спеціалізації з онкологами.

### ***АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ПУХЛИН***

**I етап** – вивчення анамнестичних даних. Вивчаються скарги (біль, дискомфорт, кашель, нудота, ускладнення дихання, задишка, блювання та ін.). Анамнез захворювання. Анамнез життя.

**II етап** – проведення об'єктивних досліджень: огляду, пальпації, перкусії, аускультатії.

**III етап** – використання додаткових методів дослідження – лабораторних: аналіз крові, сечі, мокроти, змивів, блювотної маси; інструментальних: рентгенологічне дослідження, ендоскопія, біопсія, гістологічні дослідження.

**IV етап** – визначення характеру пухлини, її поширення; ця робота ведеться на підставі даних обстеження і знання класифікації пухлин.

**V етап** – формування діагнозу; у діагнозі повинні знайти відображення локалізація, розмір пухлини, поширеність процесу, що вкладається в розуміння клінічної стадії.

#### **Дослідження молочних залоз**

Має бути обов'язково порівняльним. Порівняльний огляд молочних залоз проводять спочатку з опущеними, а потім із піднятими руками. Оцінюють симетричність, розміри, форму молочних залоз, стан шкірних покривів, форму соска, його вираженість (втягнутий, конічний, циліндричний, бородавчастий), наявність виділень (їх характер), ерозій, виразок, стан

ареоли. Проводячи пальпацію як у вертикальному, так і в горизонтальному положенні, визначають ступінь розвитку підшкірної жирової клітковини, характер, пружність залози, її часточок, наявність ущільнень, пухлин, їх розміри, локалізацію по квадрантах, рухомість, консистенцію, відношення до оточуючих тканин, болючість. Слід відзначити, що втягнутий сосок, наявність симптому так званої "лимонної шкірки" у разі спроби взяти шкіру залози в складку, виділення із сосків є ознаками злоякісних новоутворень. Почервоніння шкіри, набряк, болючість та флюктуація свідчать про гнійно-септичну патологію залози. Дослідження молочних залоз завершують пальпацією регіонарних лімфатичних вузлів.

### **Дослідження прямої кишки**

Проводять у класичних п'яти положеннях: у колінно-ліктьовому, у положенні на спині, стоячи, в положенні лежачи на лівому боці, в позі "сидячого орла". Дослідження прямої кишки дозволяє вивчити не тільки стан заднього проходу, прямої кишки, сфінктера, але й отримати дані про стан матки, передміхурової залози, сечового міхура, кісток таза, навколопрямокишкової клітковини. Після введення пальця досліджують слизову оболонку заднього проходу, сфінктер, стінку прямої кишки. Болючість задньої стінки прямої кишки вказує на запальний процес малого таза; нависання, інфільтрація передньої стінки свідчать про наявність абсцесу, ексудату або крові. Під час пальцевого дослідження виявляють пухлини прямої кишки, захворювання передміхурової залози, матки.

## **СИСТЕМА НАВЧАЛЬНИХ ЗАВДАНЬ**

**1.** У хворої 35 років під час онкопрофогляду виявлено новоутворення у правій молочній залозі. Пухлина розміром 2 × 3 см, не зрощена з оточуючими тканинами, гладка, безболісна. Онкологом встановлений діагноз: фіброаденома правої молочної залози. Яка подальша лікувальна тактика в таких ситуаціях? Вкажіть передракові захворювання молочної залози.

Відповідь. Хворій показано оперативне лікування – секторальна резекція, передраковим захворюванням молочної залози є мастопатія.

**2.** У жінки 60 років проведено секторальну резекцію лівої молочної залози. Через 2 міс після операції з'явилась виразка з сірим дном. Шкіра навколо неї набрякла, гіперемована, пальпується щільний безболісний інфільтрат. Підпахвинні лімфовузли зліва збільшені. Про яке захворювання можна подумати?

Відповідь. Рак молочної залози.

**3.** Під час операції у хворого виявлено пухлину, яка перекиває вихідний відділ шлунка, виявлено метастази в печінку, парааортальні лімфовузли. Пухлина видалена, накладено гастроентероанастомоз за Більрот 2. Яку операцію виконано?

Відповідь. Паліативну.

4. Хвора 28 років звернулася до ендокринолога з приводу збільшення щитовидної залози. При пальпації та ультразвуковому дослідженні виявлений вузол у правій частці. Який метод дослідження в подальшому дозволить обрати правильну лікувальну тактику у хворой? В чому може полягати тактика лікування після встановлення діагнозу?

Відповідь. Дослідження гормонів щитовидної залози, після чого рішення про оперативне лікування.

5. Хворий, госпіталізований з підозрою на кишкову непрохідність, відмічає у себе схуднення (12 кг за 2 міс), слабкість, періодично кров у калі. Про яку причину непрохідності слід подумати хірургу? Які діагностичні заходи можна застосувати для підтвердження діагнозу?

Відповідь. Пухлину товстої кишки. Потрібно виконати іригографію.

6. До хірурга в поліклініку на прийом звернулася пацієнтка 65 років, зі скаргами на утруднене проходження твердої їжі та ковтання. Вимушена перейти на рідкі страви. Яке захворювання найчастіше розвивається?

Відповідь. Рак стравоходу.

7. Під час профілактичного обстеження в жіночій консультації у пацієнтки при пальпації молочних залоз виявили ущільнення розміром 0,5 см у діаметрі у верхньому квадранті правої молочної залози. Яке обстеження слід провести першочергово?

Відповідь. Мамографію. Загальноклінічний аналіз крові, УЗД молочних залоз.

8. Хворий 63 років госпіталізований до хірургічного відділення каретою швидкої допомоги з діагнозом: гостра кишкова непрохідність. Під час операції в ділянці печінкового кута товстої кишки виявлена циркуляторно розташована пухлина, що різко звужує просвіт, поверхня її нерівна, дрібноворсинчаста, з крововиливами та вогнищевими некрозами. Віддалених метастазів не виявлено. Проведено правосторонню геміколектомію. Який вид операції виконано?

Відповідь. Радикальну.

9. Хворий 57 років звернувся до лікаря зі скаргами на пухлину спини в міжлопатковій ділянці, що постійно травмувалася під час роботи (газоварник) грубою тканиною одягу. Об'єктивно: пухлина м'якої консистенції, відмежована від оточуючої тканини, не зв'язана зі шкірою, зміщується при пальпації. Про яке захворювання можна подумати? Яку операцію слід виконати та чому?

Відповідь. Діагноз: ліпома спини, операція – видалення ліпоми.

10. У хворой 67 років діагностовано пухлину голівки підшлункової залози, порушення венозного відтоку із деяких органів черевної порожнини, механічну жовтяницю, виявлено метастази в печінку, парааортальні лімфовузли. Була виконана операція холецистоєюностомія. Яку операцію виконано?

Відповідь. Симптоматичну.



11. В шкірі виявлена щільна, рухома, чітко відмежована від оточуючих тканин пухлина. На розрізі вона білого кольору, представлена волокнистою тканиною. Мікроскопічно – хаотично переплетені колагенові волокна, клітин мало. Назвіть пухлину.

Відповідь. *Фіброма.*

12. При гістологічному дослідженні новоутворення шкіри виявлено: паренхіма сформована з покривного епітелію зі збільшеною кількістю шарів. Строма разом з розростаннями епітелію формує сосочки. Вкажіть вид атипізму.

Відповідь. *Тканинний.*

13. У жінки 46 років під час паліативної операції з приводу раку шлунка встановлена наявність крукенбергівських метастазів в яєчники ("крукенбергівський рак яєчників"). Який зі шляхів метастазування призвів до ураження яєчників?

Відповідь. *Лімфогенний ретроградний.*

14. У хворого 75 років з позачервної клітковини видалена пухлина розмірами 16×8×6 см. Мікроскопічно: анаплазовані жирові клітини з ознаками клітинного атипізму, поліморфізму. Зустрічаються величезні спотворені клітини, що мають у цитоплазмі жирові краплинки. Який найбільш імовірний діагноз?

Відповідь. *Ліпосаркома.*

### **КОРОТКІ МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ ДО РОБОТИ СТУДЕНТІВ НА ПРАКТИЧНОМУ ЗАНЯТТІ**

Підкреслити значення теми заняття для подальшого вивчення дисципліни і професійної діяльності лікаря з метою формування мотивації для цілеспрямованої навчальної діяльності. Ознайомити студентів з конкретними цілями та планом заняття.

Провести стандартизований (тестовий) контроль початкового рівня підготовки студентів.

Після вивчення даної теми студенти повинні мати уявлення про онкозахворювання, їх різновиди, класифікації, клінічний перебіг та загальні принципи діагностики і лікування.

## Методика проведення заняття та організаційна структура заняття

### Технологічна карта заняття

№	Етап заняття	Навчальний час, хв	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Оснащення	
1	<p>Визначення початкового рівня знань.</p> <p>Постановка навчальних цілей та мотивація.</p> <p>Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Визначення, характеристика пухлин.</li> <li>2. Методи діагностики пухлин.</li> <li>3. Теорії онтогенезу.</li> <li>4. Класифікації пухлин.</li> <li>5. Передракові захворювання, зв'язок онкології з іншими медичними дисциплінами.</li> <li>6. Методи діагностики онкозахворювань.</li> <li>7. Методи хірургічного лікування в онкології</li> </ol>	45	Індивідуальне опитування, вирішення ситуаційних завдань	Таблиці: "Класифікації пухлин", "Методи хірургічного лікування в онкології". Тести, ситуаційні завдання	Навчальна кімната
2	<p>Вирішення навчальних завдань теми:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Постановка діагнозу захворювання, з урахуванням стадії і клінічної групи.</li> <li>2. Обговорення та оцінка результатів терапії і конкретних питань клінічних особливостей діагностики і диференційної діагностики, лікування.</li> <li>2. Участь під час перев'язок оперованих онкохворих</li> </ol>	25	Практичний тренінг. Індивідуальний контроль навичок	Хворі в хірургічному відділенні клініки	Хірургічне відділення

3	Визначення вихідного рівня сформованості знань та вмінь. Підведення підсумків. Контроль та корекція рівня професійних вмінь та навичок. Домашнє завдання (основна і додаткова література за темою)	20	Тести. Задачі	Тести. Задачі. "Короткі" методичні вказівки до роботи на практичному занятті	Навчальна кімната
---	--	----	------------------	--	-------------------

### ЗАПИТАННЯ ДЛЯ КОНТРОЛЮ ЗНАТЬ

1. Визначення, характеристика пухлин.
2. Передракові захворювання.
3. Методи діагностики пухлин.
4. Теорії онтогенезу.
5. Особливості росту і метастазування пухлин.
6. Основні клінічні прояви злоякісних і доброякісних пухлин, диференційна діагностика.
7. Класифікації пухлин: клінічна, за гістогенезом, міжнародна класифікація, класифікація пухлин по стадіях.
8. Методи обстеження хворих зі злоякісними і доброякісними новоутвореннями.
9. Методи лікування хворих зі злоякісними та доброякісними пухлинами.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Загальна хірургія : підручник / С. Д. Хімич, М. Д. Желіба, І. Д. Герич та ін. ; за ред. С. Д. Хімича, М. Д. Желіби. – 3-є вид., перероб. і доп. – Київ : ВСВ "Медицина", 2018. – 608 с.
2. Загальна хірургія : підручник / за ред. Я. С. Березницького, М. П. Захараша, В. Г. Мішалова, В. О. Шідловського. – Вінниця : Нова Книга, 2018. – 344 с.
3. Курс лекцій з загальної хірургії : навч.-метод. посібник / О. І. Дронов, В. О. Сипливий, І. О. Ковальська та ін. / за ред. О. І. Дронова, В. О. Сипливого, І. О. Ковальської та ін. – 2-е вид., допов. – Київ : МВЦ "Медіаформ", 2011. – 487 с.
4. Оцінка важкості стану хірургічного хворого / В. О. Сипливий, О. І. Дронов, К. В. Конь, Д. В. Євтушенко. – Київ : "Майстерня книги", 2009. – 128 с.
5. Сборник тестов по общей хирургии : учеб. пособие / В. А. Сипливый, Г. Д. Петренко, А. Г. Гузь и др. – Харьков : ХНМУ, 2014. – 156 с.
6. Антибиотики и антибактериальная терапия в хирургии / В. А. Сипливый, А. И. Дронов, Е. В. Конь, Д. В. Евтушенко. – Киев, 2006. – С. 94–99.
7. Загальна хірургія : вибрані лекції / за ред. Б. І. Дмитрієва. – Одеса : Вид-во Одеського медуніверситету, 1999. – 356 с.
8. Гребенев А. Л. Основы общего ухода за больными / А. Л. Гребенев, А. А. Шептулин. – Москва : Медицина, 1991. – 256 с.
9. Волколаков Я. В. Общая хірургія / Я. В. Волколаков. – Рига : Медицина, 1989. – 616 с.
10. Петров С. П. Общая хирургия / С. П. Петров. – Санкт-Петербург : изд-во "Лань", 1999. – 672 с.
11. Методика обстеження хірургічного хворого / за ред. М. О. Ляпіса. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. – 168 с.
12. Черенько М. П. Загальна хірургія / М. П. Черенько, Ж. М. Ваврик. – 2-е вид., доп. – Київ : Здоров'я, 2004. – 616 с.
13. Хирургические операции / И. Я. Мокшонов, П. В. Гарелин, О. И. Дубовин и др. – Минск, 2004. – 413 с.
14. Онкологія Б. Т. Білінський, Ю. М. Стернюк, Я. В. Шпарик та ін. – Львів : Медицина світу, 1998. – 272 с.
15. Онкологія / под ред. Д. Красчиато. – Москва : Переплет, 2008. – 1039 с.

*Навчальне видання*

**Пухлини. Етіологія, патогенез.  
Доброякісні і злоякісні пухлини.  
Гістогенетична, морфологічна,  
клінічна і міжнародна (TNM) класифікації.  
Клінічні групи онкологічних хворих.  
Клінічні прояви. Методи діагностики.  
Принципи лікування**

***Методичні вказівки***

***до практичних занять та самостійної роботи  
студентів 3-го курсу II та IV медичних факультетів  
з дисципліни "Загальна хірургія"***

Упорядники      Сипливий Василь Олексійович  
                         Гузь Анатолій Гаврилович  
                         Євтушенко Дмитро Васильович  
                         Доценко Володимир Васильович  
                         Петренко Григорій Дмитрович  
                         Петюнін Олексій Геннадійович  
                         Грінченко Сергій Володимирович  
                         Робак Всеволод Ігорович  
                         Курбатов Вадим Олексійович  
                         Євтушенко Олександр Васильович

Відповідальний за випуск

В. О. Сипливий



Редактор Е. Є. Дєпрінда

Коректор С. В. Рубцова

Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 1,3. Зам. № 20-33945.

---

**Редакційно-видавничий відділ  
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022  
izdatknmurio@gmail.com**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.