

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Запорізький державний медичний університет

**«Рекомендовано»**

на методичній нараді кафедри  
загальної хірургії та доглядом за  
хворими

**Завідувач кафедри**

д.мед.н., проф. \_\_\_\_\_ Ганжий В.В.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2013р.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ**

ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ  
ПРИ ПІДГОТОВЦІ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

Анаеробна та гостра специфічна хірургічна інфекція

Навчальна дисципліна	Загальна хірургія
Модуль №	2
Змістовий модуль №	3
Тема заняття № 29	Пухлини.
Курс	3
Факультет	Медичний

## 1. Актуальність теми.

Різноманітні пухлини досить розповсюджені серед населення. Вчення про істинні пухлини вже давно виділилось у спеціальну дисципліну – онкологію. Онкологія – це наука про пухлини, запобігання їм, виявлення, лікування. Перші відомості про пухлини знаходимо ще в австралопітеків, які жили 1 млн. років тому.

З середини ХХ століття пухлинні захворювання стали масовими і на сьогодні займають 2-ге місце (15-25%) серед причин смерті, поступаючись тільки серцево-судинним захворюванням. При цьому переживають 5-річний рубіж після постановки діагнозу злякисних пухлин біля 40% людей. Онкологічна захворюваність у світі неухильно зростає, особливо у осіб працездатного віку, і становить серед чоловіків 330-350 випадків, а серед жінок – 190-200 випадків на 100000 населення. Серед чоловіків 1 місце займає рак легенів, серед жінок – рак молочної залози.

Забруднення навколишнього середовища, постаріння населення є однією з найважливіших ознак у сучасній медицині. В країнах Західної Європи більше 50% населення – це люди у віці за 65 років і більше. За останні 20 років кількість людей у цьому віці зросла в 2,1 рази. Це також проблема багатьох аспектів соціального життя.

Загальними принципами діагностики є рання діагностика, онкологічна настороженість та гіпердіагностика. Надійна профілактика ще не можлива, рання діагностика пухлин є винятком у зв'язку з безсимптомним перебігом. Значно переважають за давності форми пухлин, тому лікування досить запізніле і неефективне.

Значно більше розповсюджені доброякісні пухлини які розвиваються з усіх відомих тканин людини. Діагностикою і їх лікуванням займаються хірурги загальнохірургічних відділень. Як діагностика так і лікування ряду доброякісних пухлин нерідко несвоєчасна. Втім отримані результати діагностики та лікування більшості доброякісних пухлин знаходяться на

належному рівні. Однак, деякі питання залишаються ще остаточно не вирішеними.

## **2. Конкретні цілі:**

### **Знати:**

- визначення терміну „пухлина”;
- основні властивості пухлини;
- відмінності в структурі захворювання у чоловіків та жінок;
- теорії походження пухлин;
- класифікацію пухлин на дві основні групи та їх назви;
- вплив на загальний стан пацієнта доброякісних та злоякісних пухлин;
- міжнародну класифікацію TNM;
- стадії злоякісних пухлин;
- клінічні групи злоякісних пухлин;
- основні клінічні синдроми злоякісних пухлин;
- загальні принципи діагностики злоякісних пухлин;
- спеціальні методи діагностики злоякісних пухлин;
- показання до операції при доброякісних пухлинах та їх об’єм;
- способи лікування злоякісних новоутворень.

### **Вміти:**

- відрізнити основні принципові ознаки доброякісних та злоякісних пухлин;
- додержуватись правил поведінки медичного персоналу у перев’язочній, операційній;
- за даними клінічної картини відрізнити доброякісну від злоякісної пухлини;
- обстежити хворих на різні види пухлин;
- проводити догляд за хворими;
- підготуватись до операції у пацієнтів на онкологічну патологію;
- визначити ділянки де можуть локалізуватися віддалені метастази злоякісної пухлини;

- виконати та оцінити отримані дані пальцевого обстеження прямої кишки.

**3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція).**

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Нормальна анатомія	Описати анатомічну будову легенів, шлунку, тонкої, ободової та прямої кишок, печінки, підшлункової залози, жовчного міхура.
2. Оперативна хірургія	Описати оперативні втручання, що можуть виконуватись при хірургічному лікуванні доброякісних та злоякісних пухлин.
3. Фармакологія	Описати механізм дії цитостатиків, антиметаболітів, протипухлинних антибіотиків, імуномодуляторів, гормональних препаратів.
4. Патофізіологія	Описати патофізіологічні процеси в організмі, що відбуваються за наявності злоякісного та доброякісного процесів.
5. Гістологія	Описати гістологічну картину раку, саркоми, ліпоми, фіброми.
6. Патологічна анатомія	Описати макроскопічну картину раку легенів, шлунку, тонкої, ободової та прямої кишки, печінки, підшлункової залози та жовчного міхура.

**4.Завдання для самостійної праці під час підготовки до заняття.**

**4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:**

Терміни	Визначення
1. Онкологія	Oncos - пухлина, logos – вчення. Вчення про пухлини, запобігання їм, виявлення, лікування.
2. Пухлина	Патологічне утворення, що самостійно розвивається в органах та тканинах, відрізняється автономним ростом, поліморфізмом та атипією клітин.
3. Пухлинна трансформація	Придбання пухлиною властивостей, коли клітини перетворюють отримані зміни у свої внутрішні властивості, які потім наслідуються наступному потомству клітин.
4. Рак	Злоякісна пухлина епітеліального походження.
5. Саркома	Злоякісна пухлина сполучнотканинного походження.
6. Метастазування злоякісних пухлин	В процесі росту пухлини окремі клітини можуть відриватися і попадати у інші орган та тканини і спричиняти там ріст вторинної дочірньої пухлини.
7. Передракові захворювання	Хронічні захворювання на фоні яких різко зростає частота утворення злоякісних пухлин.
8. Абластика	Комплекс мір, що попереджає розповсюдження злоякісних пухлинних клітин під час операції.
9. Антибластика	Комплекс мір, по знищенню під час операції окремих клітин злоякісної пухлини, що відірвались від основної

10. Зональність	маси. Під час операції необхідно вибрати разом з новоутворенням всю зону в якій можуть знаходитися окремі ракові клітини.
11. Футлярність	Необхідно видалити клітковину всього фаціального футляру з фасцією, де знаходяться лімфатичні судини та вузли по яких можливе розповсюдження пухлинних клітин.

#### 4.2. Теоретичні питання до заняття:

- охарактеризувати автономний ріст пухлини;
- визначити поліморфізм та атипію клітин;
- охарактеризувати основні теорії походження злоякісних пухлин;
- назвати ділянки куди може відбутися віддалене метастазування;
- що таке регіонарні метастази;
- охарактеризувати основні клінічні синдроми злоякісних пухлин;
- знати групи ризику захворювань злоякісними пухлинами;
- об'єм операцій у пацієнтів з доброякісними пухлинами;
- знати принципи хірургічного лікування злоякісних пухлин;
- знати можливості променевої терапії;
- знати можливості хіміотерапії;
- встановити показання до комбінованого та комплексного лікування у пацієнтів на злоякісні пухлини;
- знати організацію допомоги онкологічним хворим.

#### 4.3. Практичні роботи, які виконуються на занятті:

- визначити показання до хірургічного лікування доброякісних пухлин;
- визначити рентгенологічну семіотику раку шлунка при рентгеноскопії шлунку та дванадцятипалої кишки;

- надати інтерпретацію отриманим результатам лабораторно-біохімічних аналізів хворим на рак шлунка, ободової кишки, виразкової хвороби;
- ознайомитися з рентгенеміотикою саркоми стегна та диференціювати її від остеомієліту;
- оцінити результати додаткових методів дослідження у хворих на доброякісні та злоякісні пухлини;
- назвати показання та види радикальних, паліативних та сануючих операцій за наявності злоякісних новоутворень;
- участь у перев'язках хворим з новоутвореннями.

### **Зміст теми.**

Основними властивостями злоякісних пухлин є автономний ріст, поліморфізм та атипія клітин.

На сьогодні існує 6 теорій походження злоякісних пухлин:

- А) теорія подразнення Р. Вірхова.
- Б) теорія зародишевих зачатків Д. Конгейма.
- В) Вірусна теорія Л. А. Зільбера.
- Г) Імунологічна теорія.
- Д) Поліетіологічна теорія.

Причинами розвитку пухлин є:

- Мутації, індуковані несприятливими факторами зовнішнього середовища і способом життя - 70-75 %:
  - 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 метаболізм, що є фоном для утворення пухлин.

Розрізняють:

А. Доброякісні пухлини – додають суфікс - ома до назви тканини з якої виникла пухлина (фіброма, ліпома і т.д.).

### Б. Злоякісні пухлини:

- рак (cancer, carcinoma) розвивається з залозового або покривного епітелію;

- саркома розвивається з сполучної тканини. До неї відносять мезенхімальні пухлини (sarcoma – від грец. sarcos – м'ясо) – osteosarcoma, angiosarcoma тощо.

### Особливості росту пухлин:

#### А. Експансивний характерний для доброякісної пухлини.

- виглядає як екзофітний вузол (виступає у просвіт порожнистого органа, у товщі паренхіматозного органа росте розсовуючи навколишні тканини);

- при розпаді пухлини утворюється виразка.

#### Б. Інфільтративний – більш характерний для злоякісної пухлини.

- інвазивний, ендофітний ріст без чітких меж вглиб та по стінці органа, руйнує нормальну тканину;

- при розпаді утворюється виразково-інфільтративна пухлина.

В. Апозиційний ріст (характерний для дермоїдів передньої черевної стінки).

- ріст за рахунок непластичної трансформації нормальних пухлин у пухлинні.

### Класифікація пухлин.

#### I. За клінічним перебігом:

- доброякісні;
- злоякісні.

II. За гістогенезом – пухлини епітеліальної тканини, сполучної, м'язової, судин, меланіотвірної, нервової системи та оболонок мозку, гемобластози, тератоми.

III. Міжнародна класифікація TNM. Визнана у всьому світі. Її критеріями є:



а) Т (tumor) – характеризує величину і місцеве розповсюдження пухлини.

Розрізняють:

$T_x$  - приміняють коли розміри та ступінь інвазії пухлини оцінити неможливо;

$T_0$  – ознаки первинної пухлини відсутні;

$T_{is}$  (in situ) - внутрішньоепітеліальна пухлина;

$T_{1,2,3,4}$  - різні для різних локалізацій, відображають розміри пухлини або різний ступінь інвазії в стінку органа.

б) N (nodus) відображає зміни в регіонарних лімфатичних вузлах:

$N_x$  – оцінити наявність метастазів у лімфатичних вузлах неможливо;

$N_0$  – метастази в лімфатичних вузлах не визначаються;

$N_{1,2,3}$  – різні для різних локалізацій, відображають ступінь віддаленості лімфатичних вузлів з метастазами від первинних пухлини або різну їх кількість;

в) М (metastasis) – вказує на наявність або відсутність віддалених метастазів:

$M_x$  – оцінити наявність віддалених метастазів неможливо;

$M_0$  – віддалені метастази не виявлені;

$M_1$  – є віддалені метастази.

г) G (gradus) – вказує на ступінь диференціювання пухлинної тканини:

$G_1$  – високодиференційована пухлина;

$G_2$  – помірнодиференційована пухлина;

$G_3$  – низькодиференційована пухлина;

$G_4$  – недиференційована пухлина.

г) Р (penetration) – використовується лише для пухлин порожнистих органів та вказує на ступінь проростання стінки:

$P_1$  – пухлина знаходиться в слизовій оболонці;

$P_2$  – пухлина проростає підслизову оболонку;

$P_3$  – пухлина проростає м'язову оболонку;

$P_4$  – пухлина проростає серозну оболонку і виходить за межі органа.

#### IV. Класифікація за стадіями:

I стадія – пухлина , як правило, не більше 3см. Метастази відсутні.

II стадія – пухлина більше ніж 5 см, проростає глибокі шари стінки органа. Можуть бути поодинокі рухомі регіонарні метастази.

III стадія – пухлина більше ніж 5 см, поширюється за межі органа, але не проростає суміжні органи, можуть бути поодинокі регіонарні метастази; наявність множинних регіонарних метастазів незалежно від розмірів пухлини;

IV стадія – проростання пухлини в суміжні органи, або наявність віддалених метастазів, навіть якщо первинну пухлину не знайдено.

#### V. Клінічні групи хворих. Використовують для диспансеризації.

Ia – підозра на злоякісну пухлину;

Iб – передпухлинні захворювання;

IIa – потреба в радикальному лікуванні;

IIб – потреба в продовженні лікування;

III – після радикального лікування, перебування в ремісії;

IV – потреба в симптоматичному лікуванні.

Основні синдроми злоякісних пухлин:

A) Синдром „плюс-тканина”.

B) Синдром патологічних виділень.

B) Синдром порушення функції органу.

Г) Синдром малих ознак.

Д) Синдром компресії.

Е) Синдром деструкції.

Ж) Синдром обтурації.

З) Паранеопластичний синдром.

Слід проводити диференціальну діагностику доброякісних пухлин від злоякісних.

Використовують додаткові методи дослідження в діагностиці пухлин:

Лабораторні дослідження (загальний аналіз крові, біохімічні показники, коагулограма), рівень гормонів і пухлинних маркерів в крові (РЕА, АФП, СА 19-9 та ін.);

Спеціальні методи обстеження (рентгенографія, ендоскопія, УЗД, КТ, МРТ, радіонуклідна діагностика, ангіографія, термографія, біопсія з подальшим гістологічним дослідженням і цитологічним дослідженням та ін.).

Загальним принципом діагностики злоякісних новоутворень є: рання діагностика, онкологічна перед настороженість, гіпердіагностика.

Профілактичному обстеженню підлягають люди групи ризику, праця яких пов'язана з впливом канцерогенних факторів та хворих на передракові захворювання.

#### Принципи лікування.

I. Доброякісні пухлини лікують оперативно за показаннями: постійна травматизація пухлин, порушення функції органа, до операції немає абсолютної впевненості, що пухлина не є злоякісною, косметичні дефекти. За наявності довгого існування доброякісної пухлини та тяжкої супутньої патології.

II. Злоякісні пухлини лікують за принципами:

- морфологічно підтверджений діагноз;
- без морфологічного діагнозу, якщо пухлина знаходиться у важкодоступному місці, або якщо стан хворого не дозволяє виконати патоморфологічне дослідження.

На сьогодні є наступні способи лікування злоякісних новоутворень: хірургічний, променева терапія, хіміотерапія, гормонотерапія, імунотерапія, хіміорадіомодифікатори, симптоматична терапія.

Етапи лікування: підготовчий, антибластомний, відновний.

Показання до хірургічного лікування злоякісних пухлин є абсолютними якщо встановлений діагноз. Абсолютним протипоказанням є дисемінація процесу на серозних оболонках і генералізації процесу.

Принципи хірургічного лікування злоякісних пухлин: Абластика, антибластика, зональність, футлярність.

Види операцій при злоякісних пухлинах:

А) Діагностична лапаротомія.

Б) Пробна лапаротомія.

В) Лікувальні лапаротомії:

- радикальні втручання;
- розширені радикальні втручання;
- комбіновані радикальні втручання;
- паліативні операції;
- санувальні операції.

Променева терапія показана при наявності радіочутливої пухлини.

Основними принципами променевої терапії є:

- примінення в радикальному лікуванні як самостійно так і з іншими методами лікування;
- при паліативному лікуванні;
- призначається до-, під час та після операції або хіміотерапії.

Загальні принципи гормонотерапії з метою пригнічення продукції власних гормонів:

А) види гормонотерапії:

- адитивна – додаткове введення гормонів в дозах, що перевершують фізіологічні;
- аблативна – пригнічення утворення гормонів хірургічним, променевим і ендокринним шляхом.

Б) Показання – гормонально-чутливі пухлини молочної залози, ендометрія, передміхурової залози, щитоподібної залози; гормонально незалежні лімфопроліферативні захворювання.

### **Матеріали для самоконтролю.**

А. Тестові завдання для самоконтролю:

1. Антеградним метастазом є:

- а) метастаз Шніцлера;
  - б) метастаз Вірхова;
  - в) перігастральний метастаз;
  - г) метастаз в селезінку;
  - д) метастаз Крукенберга.
2. У чоловіків найчастіше розвивається рак:
- а) передміхурової залози;
  - б) легенів;
  - в) шкіри;
  - г) шлунка;
  - д) прямої кишки.
3. У жінок за частотою на 1 місці знаходиться:
- а) саркома стегна;
  - б) рак матки;
  - в) рак молочної залози;
  - г) рак шкіри;
  - д) рак печінки.
4. G (gradus) з міжнародної класифікації TNM характеризує:
- а) інтоксикацію;
  - б) інвазію стінки шлунково-кишкового тракту;
  - в) ступінь злоякості;
  - г) імунодепресію;
  - д) одужання.
5. Гематурія при пухлині нирки характеризує:
- а) показання для променевої терапії;
  - б) синдром „плюс-тканина”;
  - в) синдром порушення функції органа;
  - г) синдром патологічних виділень;
  - д) синдром „малих ознак”.

6. У хворого з підозрою на рак ободової кишки в які терміни треба встановити або виключити діагноз?

- а) 7 діб;
- б) 21 доба;
- в) 14 діб;
- г) 30 діб;
- д) 2 місяці.

7. Що символізує собою символ „Т” з міжнародної класифікації TNM?

- а) наявність місцевих метастазів;
- б) „Tumor”;
- в) необхідність традиційного лікування;
- г) місцеве поширення первинної пухлини;
- д) злоякісний процес.

#### Б. Задачі для самоконтролю.

1. У поліклініку до хірурга звернулась жінка 29 років зі скаргами на новоутворення правої молочної залози. Під час пальпації діагностована не болюча, щільна пухлина розміром 6x5 см, поверхня бугриста, малорухома. Встановіть попередній діагноз. Перелічіть додаткові методи обстеження, які допоможуть встановити діагноз.

2. Хворому 72 років з попереднім діагнозом гостра кишкова непрохідність виконана серединна лапаротомія. Після ревізії визначений стенозуючий рак сліпої кишки, метастаз у 6 сегмент печінки, гостра товстокишкова непрохідність. Встановіть діагноз за класифікацією TNM. Визначте оптимальний об'єм операції.

3. Після обстеження у пацієнта встановлений діагноз „Рак підшлункової залози, множинні метастази у печінку, жовтяниця. Асцит. Кахексія”. Сформулюйте діагноз за класифікацією TNM, стадією. Визначте клінічну групу. Виберіть об'єм оптимальної операції.

4. У пацієнта 56 років виникла підозра на рак шлунка. Діагноз підтверджений під час ФЕГДС з біопсією. Які ще додаткові методи

дослідження треба виконати для встановлення розповсюдженості патологічного процесу?

5. Хворий 67 років страждає на ліпоматоз – множинні ліпоми по всьому тілі. Чи підлягає він оперативному лікуванню? Якщо так, в якому об'ємі?

#### Література.

1. Хірургія. Т.1. Підручник з загальної хірургії / За ред. Я. С. Березницького, М. П. Захараша, В. І. Мішалова, В. О. Шідловського. – Дніпропетровськ: РВА „Дніпро-VAL”, 2006. – С. 250-257.
2. Загальна хірургія / За ред. С. П. Жученка, М. Д. Желіби, С. Д. Хіміча. К.: Здоров'я, 1999. – С. 431-460.
3. Петров С. В. Общая хирургия: учебное пособие / С. В. Петров: 3-е изд. перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медис, 2007. – С. 740-767.
4. Загальна та невідкладна хірургія з доглядом за хворими / За ред. І. Ф. Сирбу, О. С. Никоненко, О. В. Губки: навчальний посібник для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації та лікарів-інтернів. – Запоріжжя: „Час”, 2008. – С. 188- 198.
5. Хирургические болезни в гериатрии (Избранные лекции) /Под ред. Б. С. Брискина, С. Н. Пузина, Л. Н. Костюченко. – М.: БИНОМ, 2006. – С. 288-296.
6. Шевчук Д. А. Общая хирургия: конспект лекций / Д. А. Шевчук. – Ростов н/Д: Феникс, 2007. – 256с.
7. Чернов В. Н. Уход за хирургическими больными: учебное пособие / В. Н. Таранов, И. И. Таранов, А. И. Маслов. – М.: ИКЦ „МарТ”, Ростов н/Д: „МарТ”, 2004. – 224с.