

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ім. М.І. ПИРОГОВА**

ЗАТВЕРДЖУЮ

**Завідувач кафедри
дитячої хірургії**

проф. Конопліцький В.С.

“30” серпня 2024р.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

Практичне заняття

Тема: «ДОБРОЯКІСНІ ТА ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН».

ВІННИЦЯ

Тривалість заняття: 2 години

Мета: Важливість вивчення теми «Доброякісні та злоякісні новоутворення м'яких тканин у дітей» зумовлена великою частотою і поширеністю цієї патології у всіх вікових групах дитячого населення. Небезпека цих захворювань полягає у тому, що вони можуть привести не тільки до інвалідизації, а й привести до смерті хворого.

І. ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№№ зп	Р о з д і л и	Час у хвилинах
		Т В
1.	Вступ. - Ознайомити інтернів з класифікацією новоутворень м'яких тканин	5 хв.
2.	Основний етап. Викладення матеріалу за планом: 1.Актуальність теми заняття «Доброякісні та злоякісні новоутворення м'яких тканин». 1.Гемангіоми – Вроджені утворення, які виникають із судин. Це група дизембріоплазій, або істинних гемангіом. 2.Лімфангіома - природжена доброякісна пухлина, яка утворюється з лімфатичних судин. Інколи пухлина містить новоутворені кісти. За будовою розрізняють прості, дифузні, печеристі та кістозні лімфангіоми. 3.Пігментні пухлини - це пухлини утворені скупченням пігментних клітин в епідермісі та дермі, в основі яких лежать зміни ембріонального характеру. 4.Папілома - доброякісна пухлина, яка походить зі шкіри та являє собою розростання покривного епітелію. 5.Дермоїдна кіста або дермоїд - це утворення, що виникає із залишків ембріональних клітин. 6.Атерома - сальна кіста, утворюється внаслідок закупорювання вивідної протоки сальної залози та локалізується переважно на волосистій частині голови. 7.Ліпома - доброякісна пухлина, яка виникає з жирової тканини. 8.Фіброма - пухлина, яка виникає зі сполучної тканини. Частіше зустрічають фіброми шкіри, рідше - підшкірної основи. 9.Келоїд- розростання фіброзної тканини, яке найчастіше виникає на місці післяопераційних рубців або після опіків. 10.Нейрофіброматоз - хвороба Реклінгхаузена характеризується наявністю вузликових утворень вздовж шкірних нервових стовбурів. 11.Тератома - це пухлина, яка має складну будову. У тератомі виявляють різні тканини, які є похідними усіх зародкових листків. 12.Рабдоміосаркома - це одна із найнебезпечніших пухлин м'яких тканин, які часто зустрічаються у дитячому віці. Пухлина характеризується наявністю злоякісних мезенхімальних елементів.	70 хв.

3.	Висновок: - Підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання слухачів	10 хв.
----	---	--------

II. МЕТОДИЧНІ МАТЕРІАЛИ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

Гемангіоми – це новоутворення, які найчастіше зустрічаються у дітей і переважно локалізуються на шкірі. Існує декілька класифікацій цих новоутворень. У клінічній практиці найбільш зручно користуватися класифікацією Г.А. Федореєва, згідно з якою розрізняють гемангіоми істинні (капілярні, кавернозні, гілкуваті) та несправжні (плоскі, зірчасті, піококові гранулеми, медільні плями). Слід відзначити, що термін «гемангіома» доцільно вживати для визначення групи судинних дизембріоплазій, або істинних гемангіом, у той час як несправжні, тобто судинні аномалії, правильніше відносити до групи невусів.

Більшу частину гемангіом виявляють уже при народженні, інші – пізніше, переважно в перші тижні і місяці життя. Локалізація пухлини може бути різною, однак найтипівішими є розташування їх на обличчі та інших відкритих ділянках тіла. Нерідко гемангіоми бувають множинними. Найчастіше виявляються в дівчаток. Розміри гемангіом надзвичайно різноманітні – від малих (площею не більше ніж 1 см²), до великих (площею 100- 150 см² і більше).

Капілярні гемангіоми мають такі основні клінічні форми: поверхнева, підшкірна, змішана. У першому випадку пухлина яскраво-малинового або темно-червоного кольору, дрібногорбкувата, розташована на поверхні шкіри та має чіткі контури. Її характерною ознакою є здатність змінювати забарвлення (бліднішати) під час надавлювання. Іноді така гемангіома протягом короткого часу з маленької плями перетворюється на велику пухлину, її збільшення відбувається головним чином уздовж поверхні, рідше в глибину тканин. У разі підшкірного розміщення межі пухлини не завжди легко визначити, вона вкрита незміненою шкірою, через яку іноді просвічуються судини синього кольору. У разі змішаної форми більша частина пухлини розташована в підшкірній основі, тільки незначна ділянка шкіри охоплена пухлинним процесом.

Поряд зі швидким збільшенням у розмірах нерідко можна спостерігати його відсутність, а також зворотний розвиток гемангіом.

Кавернозні гемангіоми нині розглядають як наслідок прогресування (розвитку) природжених капілярних гемангіом характерний для дітей віком понад 3-5 років. У ряді випадків появу кавернозних гемангіом можна пов'язати з травмою. Кавернозні гемангіоми, як і капілярні, бувають різних розмірів.

Гілкуваті гемангіоми зустрічаються значно рідше інших форм. Вони складаються з клубків переплєтених між собою артерій і вен різного калібру. Захоплюють глибше розташовані тканини, включаючи м'язи та кістки.

Розпізнавання гемангіом, як правило, не становить труднощів, їх необхідно диференціювати з іншими судино подібними утвореннями (несправжніми гемангіомами).

Так звані **плоскі гемангіоми** (ангіоматозні, або судинні, невуси) – це плями, що нагадують розлите вино й розташовуються на обличчі та інших ділянках шкіри, слизових оболонках. Вони мають різну величину, інколи займають половину обличчя, колір їх – від блідо-червоного до темно фіолетового. Звичайно вони не підвищуються над поверхнею шкіри, не зникають під час натискання, а лише бліднуть. Незважаючи на відсутність збільшення в розмірах та поверхнєве розташування, ці новоутворення створюють косметичний дефект, самовільно ніколи не зникають.

Плоскі гемангіоми іноді важко відрізнити від інших утворень, рожевого кольору, що локалізуються по середній лінії лоба, на спинці носа або потиличній ділянці. Коли дитина спить або перебуває в спокійному стані, ці плями ледь помітні або відсутні, під час крику або напруження забарвлення їх стає яскравішим. Вони, як правило, виникають спонтанно у віці 1-го року. Лікування не потребують.

Зірчасті гемангіоми (павукоподібний невус) зустрічаються значно частіше у дітей віком 3 – 10 років і локалізуються у верхніх частині обличчя. Зовнішній вигляд їх відповідає назві. Виявляється невелика за розмірами (декілька) пляма рожевого кольору, від неї відходить сітка дрібних капілярів. Надавлювання на центральну частину призводить до запустіння капілярних судин. Прогресуючого збільшення в розмірах не відзначають, але у зв'язку з розташуванням на відкритих ділянках шкіри зірчасті гемангіоми викликають занепокоєння у батьків з косметичних міркувань.

Піококові гранульоми не бувають природженими, частіше з'являються у дітей середнього та старшого віку. Це грануляційна тканина з великою кількістю судин, появу якої інколи пов'язують з інфікуванням у разі незначної травми, але істинна причина виникнення цих утворень остаточно не з'ясована.

Клінічно спочатку виявляють на поверхні шкіри пляму діаметром близько 1 мм, через декілька тижнів вона перетворюється на папілому розмірами 0,5*0,5 см. Забарвлення її змінюється та стає темно-багряним. Поверхня спершу гладенька, але з ростом пухлина вкривається кірочкою. Гранульома легко травмується і при цьому сильно кровоточить. Кровотеча може припинитися, але через декілька днів виникає знову. Такі цикли повторюються неодноразово, і тоді хворі звертаються до лікаря

Тактика лікування

Відомо, що більшості гемангіом властива здатність до самовільного зникнення, але це виражено неоднаковою мірою у різних видів новоутворень. Тому дуже важливо вирішити питання про термін початку лікування. Якщо в процесі спостереження відсутнє прогресуюче збільшення або з'являються ознаки самовільного зникнення (ущільнення, блідість), дитину залишають на диспансерному спостереженні. Лікарські огляди доцільно проводити щомісячно протягом перших 6 міс., потім 1 раз на 2-3 міс або рідше. Якщо виникає сумнів щодо можливості спонтанного зникнення пухлини, у випадках швидкого росту гемангіоми, за кровотечі, а також при стійких кавернозних та гілкуватих формах хворого слід направити до стаціонару. Індивідуально вирішується питання лікування з косметичних міркувань.

Лікування проводять суворо диференційовано з врахуванням виду, локалізації, розмірів, характеру перебігу, віку хворого.

Лікування проводять суворо диференційовано з урахуванням виду гемангіоми, її локалізації та розмірів, характеру клінічного перебігу, віку хворого. Нині найбільшого поширення отримали такі методи лікування:

1. Хірургічний;
2. Ін'єкційний;
3. Кріотерапія;
4. Електрокоагуляція;
5. Променеве лікування.

Хірургічний метод полягає у висіканні новоутворення. Його застосовують, якщо гемангіома розташовується на закритих частинах тіла волосистій частині голови. Ін'єкційний метод (склерозивна терапія) – це введення лікарської речовини у товщу пухлини та навколишні тканини. Його застосовують, якщо пухлину неможливо або недоцільно видаляти хірургічним шляхом або за допомогою інших методів лікування. Прикладом подібної ситуації є локалізація гемангіоми на повіках, у товщі губи, на кінчику носа. Зі склерозивних препаратів найпоширенішим є 70 % етиловий спирт або розчин преднізолону в кількості до 1 мл. Уведення їх у тканини спричинює асептичне запалення та трамбування судин, розвиток сполучної тканини, припинення розростання пухлини.

Кріотерапію (лікування холодом, заморожування снігом, CO₂) застосовують під час лікування невеликих за розмірами, розташованих поверхнево гемангіом.

Електрокоагуляція показана під час лікування зірчастих гемангіом та піококових гранулом. У деяких випадках її можна застосовувати при малих (не більше ніж 0,5 см у

діаметрі) капілярних та кавернозних гемангіомах, а також для видалення залишків пухлини після інших методів лікування.

Існує методика променевого лікування поверхнево розташованих пухлин із застосуванням короткофокусної рентгенотерапії.

Комбіноване лікування в одночасному або послідовному використанні оперативного та консервативного методів. Практично можливе поєднання: видалення пухлини й склерозивна терапія або інші. У деяких випадках застосовують комбінацію консервативних методів.

Лімфангіома – природжена доброякісна пухлина, яка утворюється з лімфатичних судин. Інколи пухлина містить новоутворені кісти. За будовою розрізняють прості, дифузні, печеристі та кістозні лімфангіоми. Частіше спостерігають поєднання зазначених видів, коли пухлина містить багато порожнин різних розмірів, які наповнені прозорою лімфатичною рідиною.

Клінічна картина. З'являється лімфангіома відразу після народження або в перші місяці життя. Вона локалізується переважно на бічній поверхні шиї, у пахвинній ділянці. Рідше пухлина розташовується на грудній клітці та кінцівках. На відміну від гемангіом, лімфангіоми збільшуються повільно, паралельно з ростом дитини.

Лімфангіома – це патологічне утворення. Шкіра над пухлиною не змінена, інколи розтягнена, через неї просвічується рідина жовтуватого кольору. Під час пальпації пухлина безболісна, м'якої консистенції, визначається флуктуація, особливо у випадку кістозних та печеристих лімфангіом. Іноді можна визначити декілька кіст. Закономірності збільшення пухлини у розмірах виявити не вдається. У ряді випадків вона довго не збільшується, інколи зненацька починає рости. Більшість пухлин на обличчі та шиї утворюють косметичні дефекти, а в ряді випадків спричиняють функціональні розлади. Лімфангіома язика є найчастішою причиною так званої макрогосії, за якої язик збільшується в розмірах, він не вміщується в ротовій порожнині. У клініці спостерігають нечітку мову, утруднення жування та ковтання, постійну травму язика зубами. Кістозні та печеристі лімфангіоми шиї інколи сягають великих розмірів та можуть здавлювати життєво важливі органи – стравохід, трахею.

Нерідким та важким ускладненням лімфангіоми є її запалення. Інфекція проникає по лімфатичних судинах. Якщо розвивається запалення, пухлина збільшується, вона стає болючою, більш щільною, з'являється гіперемія шкіри. Загальний стан погіршується, особливо у маленьких дітей. Після пункції або розтину лімфангіоми запальний процес не

завжди вдається ліквідувати повністю, тому що інфікуються окремі маленькі кісти. Лімфангіому треба диференціювати з ліпомою. Остання відрізняється щільнішою консистенцією. У сумнівних випадках діагноз встановлюють після діагностичної пункції.

Лікування лімфангіоми хірургічне. Якщо виникають функціональні порушення, запалення, виконують пункцію та видаляють вміст пухлини, але це тимчасовий, екстрений захід. Звичайно лімфангіому рекомендують видаляти у віці понад 6 місяців. У деяких випадках ефективною є склерозивна терапія. Променева терапія неефективна.

Пігментні пухлини, утворенні скупченням пігментних клітин у епідермісі та дермі, у дітей спостерігають досить часто. Такі пухлини переважно доброякісні та мають назву пігментних природжених плям або невусів. Іноді виникають і злоякісні новоутворення – меланоми.

Пігментні плями у дитячому віці мають природжений характер та, як правило, існують з народження. Рідко вони з'являються пізніше, 5 – 10 років. Такі плями можуть бути поодинокими та множинними.

Клінічно – це різко обмежені чорнувато-коричневі утворення, в одних випадках плоскі, в інших дещо випуклі, шорсткі. Деякі плями мають вигляд бородавчастого розростання, злущуються, часто вкриті волоссям. Розміри та локалізація пігментних невусів різні. Іноколи зустрічаються пухлини, що займають велику площу поверхні на обличчі, кінцівках, тулубі.

Перебіг пігментних плям доброякісний, вони повільно збільшуються в розмірах і до моменту статевої зрілості їх ріст припиняється. У цей період виникає небезпека злоякісного переродження невусу в меланому. Остання обставина визначає лікувальну тактику щодо пігментних плям (раннє лікування).

Лікування пігментного невусу принципово хірургічне. Видалення невеликої плями проводять у віці понад 1 рік з обов'язковим патогістологічним дослідженням. Характерною особливістю у дітей є те, що навіть за умови початкової малігнізації невусу, що спостерігається дуже рідко, його висічення повинно бути радикальним. Прогноз сприятливий. У випадку уражень великих розмірів у деяких випадках проводять багатоетапну операцію. Дитину необхідно консультувати у онколога.

Меланоми у дітей зустрічаються дуже рідко. У віці 13 – 15 років підвищується небезпека утворення меланом.

Клінічна картина. Меланома відрізняється від пігментного невусу забарвленням: блідо-коричневим, з особливо синюшним відтінком. Навколо плями утворюється вінець, який відрізняється блідістю порівняно з пухлиною та здоровою шкірою. Прилеглі тканини дещо інфільтровані.

Лікування меланоми проводять шляхом широкого висікання, застосовують хіміотерапію та променеву терапію. Прогноз у дітей більш сприятливий, ніж у дорослих. Обов'язкова консультація онколога.

Папілома – доброякісна пухлина, яка походить зі шкіри та являє собою розростання покривного епітелію. Локалізується вона на різних ділянках: на голові, біля рота, у пахвинних ямках, навколо відхідника та ін. Пухлина має невеликі розміри (від декількох міліметрів до 1 – 2 см у діаметрі) та різну форму: круглу, довгасту, кільцеподібну. Більшість папілом має вузьку ніжку, деякі розташовані на широкій основі. Забарвлення їх блідо-рожеве. Скарг немає. Інколи спостерігається відрив її та незначну кровотечу. Злоякісного переродження пухлини у дітей не відзначають.

Лікування. Виконують висікання або електрокоагуляцію пухлини. Прогноз сприятливий.

Дермоїдна кіста, або дермоїд, – це утворення, що виникає з залишків ембріональних клітин. Стінка кісти складається із сполучної тканини, висланої зсередини багат шаровим плоским епітелієм, який аналогічний епідермісу, а порожнина заповнена сальною масою з домішками лусочок епідермісу. Типовими місцями розташування дермоїдів є верхній край ока, біля внутрішнього або зовнішнього кута ока, ділянка яремної ямки, завушна ділянка, волосиста частина голови.

Клінічна картина. Утворення виявляють у ранньому віці у вигляді округлого або дещо витягнутого щільного кулькоподібного утворення, розташованого під шкірою. Звичайно за розмірами воно не перевищує розмірів лісового горіха, рухливе та не спаяне з шкірою. Пальпація дермоїдної кісти болісна. Розпізнавання дермоїдної кісти не становить труднощів. Якщо кіста локалізується в ділянці кореня носа, її слід диференціювати з мозковою грижею. Для останньої характерне сплюснення перенісся та неправильне широке розташування очей, її напруження під час крику, пульсація, рентгенологічно відзначають дефект кістки. Дермоїди, які локалізуються на шії, диференціюють із природженими серединними та бічними кістами. Відмінними ознаками останніх є феномен зміщення їх догори під час ковтальних рухів.

Лікування дермоїдної кісти хірургічне. На відмінну від інших пухлин, зокрема від ангіом, за дермоїдної кісти роблять не окреслюючий розріз, а прямий уздовж шкірної складки. При цьому кісту вилущують разом з оболонкою переважно тупим шляхом.

Атерома (сальна кіста) утворюється внаслідок закупорювання вивідної протоки сальної залози та локалізується переважно на волосистій частині голови. У місцях, де відсутні сальні залози (долонна поверхня кисті, підошвна поверхня стори) атероми не утворюються. У дітей сальна кіста частіше виникає в період статевого дозрівання.

Клінічна картина. Атерома являє собою округле підшкірне утворення невеликого розміру (1 – 2 см у діаметрі), котре підвищується над рівнем шкіри. Під час уважного огляду можна виявити на її верхівці невелику ямку. Під час пальпації пухлина щільна, безболісна. Вона легко зміщується разом зі шкірою. Інколи з пухлини спонтанно виділяється салоподібна маса з неприємним запахом. Атерома може інфікуватись, тоді виділення набувають гнійного характеру. Після закриття отвору протоки атерома формується знову.

Лікування атероми хірургічне, відповідно до показань. Операцію виконують за відсутності ознак запалення. Проводять веретеноподібний розтин, щоб видалити частину фіксованої шкіри. Кісту необхідно видаляти разом з капсулою, бо залишки останньої є причиною рецидиву.

Ліпома – доброякісна пухлина, яка виникає з жирової тканини. Спостерігається у дітей старшого віку, локалізується на спині, плечовій ділянці, грудній стінці. Розміри пухлини можуть бути різними.

Клінічна картина. Ліпома має м'яку тістувату консистенцію, безболісна, без чітких меж. Ростає повільно. Скарг немає.

Лікування хірургічне. Невелику за розмірами пухлину видаляють через окреслюючий розріз, висікають надлишок шкіри.

Фіброма – пухлина, яка виникає зі сполучної тканини. Частіше зустрічають фіброми шкіри, рідше – підшкірної основи. У дітей фіброма зустрічається у віці понад 1 рік.

Клінічно це округле або дещо витягнуте утворення невеликих розмірів, безболісне, під час пальпації легко зміщується відносно підлеглих тканин. Рoste фіброма повільно, межі пухлини чіткі. Шкіра над нею не змінена.

Лікування оперативне. Пухлину висікають окреслюючим розміром.

Келоїд – розростання фіброзної тканини, яке найчастіше виникає на місці післяопераційних рубців або після опіків. У деяких випадках він утворюється після закритої травми. Причини його утворення не з'ясовані. Вважають, що це результат індивідуальної реакції тканини на їх пошкодження або на стороннє тіло (у тому числі на операційні шви).

Клінічна картина. Колоїд – це утворення рожевого кольору, хрящової щільності, не має нормального малюнку шкіри, болісне. З прилеглими тканинами не спаяне. Перебіг безсимптомний, але інколи виникає свербіж та біль, особливо внаслідок стикання з одягом.

Лікування за показаннями. Доцільно спершу призначити фізіотерапевтичні процедури (електрофорез), котрі можуть дати позитивний ефект. Показане застосування лідази, скловидного тіла. Видалення патологічного утворення проводять, якщо колоїд є косметичною вадою або викликає скарги хворого. До його висічення ставляться дуже обережно, бо колоїд часто виникає знову на тому самому місці.

Нейрофіброматоз (хвороба Реклінгхаузена) характеризується наявністю вузликів утворень уздовж шкірних нервових стовбурів. Це захворювання виникає частіше у пубертатний період, інколи проявляється у ранньому дитинстві.

Клінічна картина нейрофіброматозу складається з двох головних ознак: коричневої пігментації, що нагадує природжені пігментні плями, та наявності нейроглиом уздовж нервових стовбурів. Прояви захворювання не завжди класичні, можуть спостерігатись різні варіанти. У більшості легких випадках патологічний процес суворо локалізований. Під шкірою в одному місці виявляють конгломерат щільних, преплетених між собою тяжів, пігментація шкіри виражена незначно. За більшого ураження пігментація охоплює більшу площу, частіше локалізується на обличчі та шії, у підшкірній основі визначають множинні розсіяні щільні тяжі. У деяких випадках виникає гіпертрофія органа, який охоплений процесом (наприклад, вуха), що пов'язано з лімфостазом. Спостерігається множинний нейрофіброматоз на різних ділянках тіла.

Лікування. Радикального методу лікування хвороби Реклінгхаузена не існує. Якщо процес локалізований, інколи буває сприятливий результат після видалення пухлини, за розсіяного процесу лікування неефективне.

Гангліон (гідрома) – доброякісна пухлиноподібна кіста сухожилкової піхви, яка виникає внаслідок хронічного асептичного запалення. Кіста містить густу слизову рідину. Гангліон частіше розташовується вздовж тильної поверхні кисті біля променево-зап'ясткового суглоба. Це невелике за розмірами, округле або овальне утворення, дещо підвищується над рівнем шкіри. Гангліон звичайно нерухомий, безболісний, щільноеластичної консистенції. По досягненні 1,5 – 2 см у діаметрі кіста більше не росте. Функціональних порушень не спричинює, скарг немає, але інколи виникає повільний біль.

Діагностика гангліону досить проста. Подібна до нього за походженням та клінічним перебігом гідрома – також кістозне утворення, яке локалізується у підколінній ямці й може досягати великих розмірів.

Лікування гангліону хірургічне за відповідними показаннями (збільшення у розмірах, біль). Пункцію або розсікання кісти (наприклад, у променево-зап'ястковій ділянці) можна використати як лікувальний метод, але вони дають тимчасовий ефект.

Радикальним є хірургічне втручання з висіченням кісти разом з оболонкою.

Бородавки – це доброякісні відмежовані розростання епідермісу. Збудником є фільтрівний вірус. Бородавки можуть з'являтися не тільки на поверхні шкіри, а також на слизових оболонках порожнини рота і носа. У дітей бородавки виникають часто, характерною їх ознакою є те, що вони з'являються відразу у декількох членів сім'ї, у дітей одного дитячого колективу, школи, інтернату. Розрізняють звичайні та ювенільні плоскі бородавки.

Звичайні бородавки розташовуються переважно на пальцях, рідше – на обличчі, шиї, статевому члені. Це щільні вузлики рожевого або жовтувато-воскового кольору, мають круглу або овальну форму, розміром від голівки шпильки до горошини. Як правило, вони розташовуються ізольовано на широкій основі, інколи зливаються в досить великі горбисті бляшки. Поверхня їх шорстка, вкрита сосочками. Дуже болючі бородавки, які розташовані під нігтем та на підшві.

Ювенільні плоскі бородавки з'являються здебільшого на тильній поверхні рук та на обличчі у вигляді плоских, дещо підвищених папул, які мають блідо-фіолетовий або червоний колір.

На пальцях бородавки внаслідок забруднення можуть бути бурого кольору, вкриваються тріщинами, стають болісними. Нерідко бородавки зникають спонтанно протягом декількох місяців.

Лікування. Існують різні методи лікування бородавок: пластирі, кріотерапія, електрокоагуляція. У деяких випадках добрий ефект можна отримати від уведення під бородавку 0,5 – 1 мл розчину новокаїну за Б.В. Огнєвим. Після видалення 1 – 2 бородавок інші за короткий час набувають тенденції до зворотного розвитку.

Тератома – це пухлина, яка має складну будову. У тератомі виявляють різні тканини, які є похідними усіх зародкових листків. Органоїдні тератоми містять частини тіла плода, а інколи й сам плід. Якщо в тератомі є ділянки ембріональної тканини, виникає небезпека її подальшого росту та малігнізації в тератобластоми. Тератома зустрічається у 25 % з усіх дітей з пухлинами. Дівчатка хворіють частіше, ніж хлопчики.

Клініка та діагностика. Тератоми локалізуються у різних відділах грудної порожнини, яєчниках, за очеревинному просторі. Найчастіше зустрічаються крижово-куприкові тератоми, які локалізуються між куприком та прямою кишкою. Межі пухлини не завжди чіткі. Якщо тератома великих розмірів, можливе її поширення в тазову ділянку, здавлювання прямої кишки та сечового міхура з розладами акту дефекації та сечовипускання.

Пальпаторно можна виявити ділянки нерівномірної щільності, кістозні утворення та включення. Шкіра над ними не змінена, іноді спостерігається оволосіння, пігментація, шкірні рудименти, розширення судин. Рентгенологічне дослідження дає змогу в деяких випадках виявити в пухлині ділянки осифікації або кісткові включення. Пальцьове дослідження прямої кишки допомагає визначити локалізацію пухлини.

Найтяжчим ускладненням є її малігнізація з метастазуванням. Ознаками злоякісного переродження є швидкий ріст пухлини, поява венозного малюнку, погіршення загального стану дитини. Об'єктивним та достовірним критерієм може бути позитивна проба Абелева-Татарінова (в крові знаходять ембріональний білок α -протеїн).

Діагноз тератоми звичайно не ставить труднощів. Її слід диференціювати зі спинномозковою грижею, за якою майже завжди виникають периферійні неврологічні розлади з порушенням функції тазових органів, а рентгенологічно виявляють розщеплення дужок хребців.

Лікування тератоми тільки хірургічне. Його необхідно проводити якомога раніше, бажано до 6-місячного віку, коли немає злоякісного переродження тератоми. Ці діти потребують постійного диспансерного нагляду для своєчасного виявлення рецидиву або метастазів пухлини.

Рабдоміосаркоми є однією з найнебезпечніших пухлин м'яких тканин, які часто зустрічаються у дитячому віці. Пухлина характеризується наявністю злоякісних мезенхімальних елементів. Іноді виникають труднощі диференційної діагностики. Тому правомірно діагностувати злоякісну ембріональну саркому. Але в типових випадках залежно від гістологічної будови виділяють чотири типи рабдоміосарком: ембріональний, ботриїдний, альвеолярний, плеоморфний. Останній гістологічний варіант характерний для дорослих, а в дитячому віці зустрічається дуже рідко.

Ембріональний тип рабдоміосаркоми частіше локалізується в ділянках голови та малого тазу. Типовою локалізацією ботриїдного варіанта є сечівник, сечовий міхур, піхва. Альвеолярну рабдоміосаркому звичайно виявляють у ділянці тулуба та кінцівок. Частіше рабдоміосаркому, як і ангіогенну саркому, спостерігають у дітей віком до 5 років, синовіальну саркому та фібро саркому частіше діагностують у дітей старшого віку.

Клініка. Кожна з сарком має особливості клінічної картини, але для всіх характерна схильність до інфільтративного росту, проростання в анатомічні утворення, які розташовані поруч (кістки, нервові стовбури, судини), схильність до рецидивування та метастазування. Темпи росту пухлин можуть бути як повільними, так і швидкими.

У початковій стадії ознаки захворювання часто відсутні, пухлину звичайно виявляють випадково. Загальний стан хворих довгий час задовільний. У випадку бурхливого росту новоутворення, розпаду пухлини та приєднанні вторинної інфекції стан хворого стає важким, підвищується температура тіла, з'являються ознаки інтоксикації, виснаження, в аналізах крові відзначають збільшення ШОЕ, гіперлейкоцитоз із зсувом формули вліво.

Якщо пухлина локалізується в ділянці тулуба та кінцівок, її можна виявити під час зовнішнього огляду хворого. Шкіра над пухлиною блискуча, напружена, інколи має виражений венозний малюнок. Пальпаторно визначають локальне підвищення температури. Під час пальпації виявляють щільне, круглої форми утворення з чіткими контурами. Звичайно воно досить легко зміщується в поперечному напрямку разом з ураженим м'язом, але не зміщується в повздовжньому.

Дуже рідко першим симптомом є тупий, ниючий біль, що посилюється під час натискання на пухлину. У випадку, коли пухлина проростає в кістку, біль стає постійним. Якщо вона розташована поблизу від нервових стовбурів та сплетень, біль стає інтенсивним та з'являються ознаки невриту або плекситу. Якщо пухлина знаходиться поблизу магістральних судин, можуть виникати ціаноз та набряк кінцівки, ослаблення периферійного пульсу. Для злоякісних пухлин не є типовим проростання в судини та нерви, частіше вони здавлюються чи відтискаються нею.

Діагностика. Клінічні ознаки саркоми м'яких тканин не дають змоги точно встановити діагноз.

Обстеження хворих починають з оглядової рентгенограми ділянки розташування пухлини. За допомогою рентгенологічного дослідження можна визначити локалізацію утворення, його структуру, наявність включень, форму, розміри, контури та взаєморозташування. Чіткі контури свідчать про експансивний ріст та вказують на наявність капсули коло пухлини. Нечіткість контурів зумовлена найчастіше інфільтративним проростанням в навколишні тканини. Оглядова рентгенограма дає інформацію про зв'язок утворення з кістками. У деяких випадках пухлина, яка палькується, є м'якотканним компонентом кісткової саркоми. Вторинні кісткові зміни в рвзі саркоми м'яких тканин досить типові.

Якщо пухлина локалізується на кінцівках, вторинні зміни в кістках мають вигляд вогнища остеолізу різної величини й форми. Але практично ніколи за вторинної деструкції кісток унаслідок саркоми м'яких тканин рентгенологічно не визначають симптом „козирка”, який характерний для злоякісних пухлин кісток. Реакція кісток на патологічний процес у м'яких тканинах може бути у вигляді періостальних розростань, атрофії від здавлювання, деформації кісток.

Для диференційної діагностики використовують ангиографію. Головне місце в діагностиці пухлин м'яких тканин займають цитологічне та гістологічне дослідження.

Вивчають клітинний склад та гістогенетичну належність пухлини. Під час обстеження таких хворих необхідно про пальпувати регіонарні лімфатичні вузли, за підозри на їх ураження необхідно провести морфологічне обстеження. Рентгенологічне дослідження органів грудної клітки, УЗД органів черевної порожнини та за очеревинного простору дають змогу виявити метастази в печінці, легенях та за очеревинних лімфатичних вузлах.

Диференційну діагностику саркоми м'яких тканин слід проводити з доброякісними пухлинами, які розташовуються здебільшого на шкірі, мають чіткі контури та капсулу.

Лікування. Під час лікування саркоми м'яких тканин використовують у різних комбінаціях хірургічний, променевий та медикаментозний методи. Вибір комбінації залежить від стадії процесу.

Розрізняють такі стадії захворювання:

I стадія – локалізована пухлина, котру видалити радикально.

II стадія – локалізована пухлина, яку видалити в межах здорових тканин не вдається, або з метастазами в регіонарні лімфатичні вузли, які повністю видаляють разом з пухлиною.

III стадія – пухлина з метастазами в регіонарні лімфатичні вузли, яку неможливо повністю видалити.

IV стадія – пухлина з віддаленими гематогенними та лімфатичними метастазами.

Усім хворим після радикальних операцій призначають протипухлинну хіміотерапію декількома препаратами з різним механізмом дії. Іноді її проводять у передопераційний період. Променеве лікування виконують після нерадикальних операцій, якщо є метастази в регіонарні лімфатичні вузли.

Прогноз у дітей з саркомою м'яких тканин залежить від гістологічного типу пухлини, локалізації та стадії захворювання. На I-II стадіях комплексне лікування дає змогу досягти стійкої ремісії у 70% хворих.

III. КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ ДЛЯ СЛУХАЧІВ

1. Які розрізняють гемангіоми за класифікацією Г.А. Федорєва?
2. Тактика ведення пацієнтів з гемангіомою.
3. Яка актуальність хірургічного лікування лімфангіом?

4. Яка відмінність між меланомою та пігментними пухлинами шкіри?
5. Методи лікування папілом.
6. Особливості хірургічного лікування атероми.
7. Лікування ліпони малих розмірів.
8. Які причини виникнення келоїда?
9. Яка клінічна картина нейрофіброматозу I типу?
10. Причина виникнення бородавок у дітей.
11. Які основні гістологічні типи рабдоміосаркоми?

IV. УМОВИ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ (апаратура, ілюстративні матеріали)

1. Хірургічні інструменти
2. Дерматоскоп.
3. Прилади та апарати для іммобілізації.
4. Історії хвороб.
5. Результати аналізів.
6. Рентгенограми.
7. Результати загально-клінічних методів обстеження.
8. Результати УЗД.

V. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Література

Основна:

1. Онкодерматология: Атлас: учебное пособие / И.А. Ламоткин. – М., 2021. – 878с.
2. Дерматологія: текст і кольорові ілюстрації: 7-е видання / Девід Дж.Гоукроджер, Майкл Р. Арден-джонс. 2023. – 184с.

VI. ХАРАКТЕР І ОБСЯГ РОБОТИ СЛУХАЧІВ З ДАНОЇ ТЕМИ ПОЗА РОЗКЛАДОМ ЦИКЛУ:

1. Самостійна робота лікаря інтерна в різних підрозділах наукових медичних бібліотек.
2. Самостійне вивчення лікарем інтерном літератури за темою семінарського заняття в мережі Internet з залученням шнтернет ресурсів.

3. Поглиблене вивчення фактичного матеріалу за темою семінарського заняття на суміжних циклах (оперативної хірургії та топографічної анатомії, рентгенології, педіатрії, інфекційних хвороб, загальної хірургії тощо).

Дати затвердження і перегляду методичної розробки	№ протоколу методичного засідання кафедри	Підпис зав. кафедри

Розробник:

**доктор філософії, асистент кафедри
дитячої хірургії ВНМУ Пасічник О. В.**

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ім. М.І. ПИРОГОВА

ЗАТВЕРДЖУЮ

**Завідувач кафедри
дитячої хірургії**

проф. Коноплицький В.С.

“30” серпня 2023р.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

Практичне заняття

Тема: «ПУХЛИНИ КІСТОК»

ВІННИЦЯ

Тривалість заняття: 2 години

Мета: Діагностика захворювань пухлинної природи у дітей є складною міждисциплінарною проблемою, актуальною для дитячих хірургів і педіатрів. Особливу увагу слід приділити злоякісним новоутворенням кісток, які мають несприятливий прогноз для життя пацієнта.

І . ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№№ зп	Р о з д і л и	Ч а с у х в и л и н а х
		Т В
1	Вступ. - Ознайомити інтернів з класифікацією видів пухлин кісток.	5 хв.
2	Основний етап. Викладення матеріалу за планом: 1. Остеома – доброякісна пухлина кісткової тканини. 2. Остеоїд-остеома – доброякісна пухлина кістки остеогенного походження, яка часто зустрічається у дітей та має характерний клінічний перебіг. 3. Остеохондрома – кістково-хрящовий екзостоз. Захворювання відносять до груп епіфізарних дисплазій. 4. Фіброзна дисплазія кістки – хвороба. Брайцева-Ліхтенштейна – Належить до пухлин подібних захворювань кісток. 5. Остеогенна саркома – надзвичайно злоякісна первинна пухлина кісток. Остеогенна саркома розвивається з поліпотентної сполучної тканини. 6. Саркома Юінга – належить до пухлин скелета неостеогенного походження. Її основу складає не остеогенна, а ретикулоендотеліальна тканина, що заповнює кістковомозковий простір.	70 хв.
3	Висновок: - Підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання слухачів	10 хв.

ІІ. МЕТОДИЧНІ МАТЕРІАЛИ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

Остеома – це доброякісна пухлина кісткової тканини. Остеома буває природженою, може розвиватись у декількох кістках одночасно. Переважно локалізується у кістках черепа та скелета обличчя, а також у кінцевих фалангах великих пальців стоп. За кістковою структурою розрізняють компактні, губчасті та змішані форми остеом.

Клініка та діагностика.

Для остеомі характерні дуже повільні темпи росту, найчастіше декілька років. Пухлина часто підвищується над рівнем прилеглих тканин. Під час пальпації остеома щільна, нерухома, помірно болюча. Якщо пухлина росте в місцях проходження судинно-

нервових стовбурів, можуть виникати периферійні розлади. Якщо остеома локалізується в кістках черепа й проростає через його внутрішню пластинку, можливі функціональні вогнищеві мозкові розлади і головні болі. Під час рентгенологічного дослідження виявляють додаткову кісткову тканину з чіткими рівними контурами без явищ деструкції чи остеопорозу. У разі локалізації остеоми на нігтьовій фаланзі визначають трабекулярність губчастої кістки, з якої складається остеома. У довгих кістках остеома вражає переважно метафаз і діафіз.

На рентгенограмах структура остеом завжди компактна, однорідна. Під час гістологічного дослідження в пухлині виявляють компоненти звичайної кісткової тканини, які позбавлені остеогенної структури.

Диференційна діагностика в типових випадках не ставить труднощів. Остеому диференціюють від остеїд-остеом, юнацьких кістково-хрящових екзостозів, осифікуючої гематоми, остеомієліту, параосальної саркоми. Крім того, обов'язково враховують дані анамнезу, клінічних та рентгенологічних ознак.

Лікування хворих з остеомою хірургічне. Операцію показано за наявності болю, великих за розмірами пухлин, неврологічних розладів. Пухлину видаляють у межах здорових тканин з обов'язковим видаленням покривного окістя. Якщо пухлина недостатньо радикально видалена, можливі рецидиви.

Прогноз остеоми сприятливий. Пухлина не малігнезує, рідко утворюються деформації.

Остеїд-остеома – доброякісна пухлина кістки остеогенного походження, яка часто зустрічається у дітей та має характерний клінічний перебіг. Найчастіше вона локалізується в ділянці стегнової, гомілкових, плечової кісток, рідше – в інших місцях скелета.

Клініка та діагностика. Для остеом характерні дуже повільні темпи росту, найчастіше декілька років. Пухлина часто підвищується над рівнем прилеглих тканин. Під час пальпації остеома щільна, нерухома, помірно болюча. Якщо пухлина росте в місцях проходження судинно-нервових стовбурів, можуть виникати периферійні розлади. Якщо остеома локалізується в кістках черепа й проростає через його внутрішню пластинку, можливі функціональні вогнищеві мозкові розлади й головний біль. Під час рентгенологічного дослідження виявляють додаткову кісткову тканину з чіткими рівними контурами без явищ деструкції або остеопорозу. У разі локалізації остеоми на нігтьовій фаланзі визначають трабекулярність губчастої кістки, з якої складається остеома. У довгих кістках остеома вражає переважно метафіз та діафіз. На рентгенограмах структура остеом завжди компактна, однорідна. Під час гістологічного дослідження в пухлині виявляють компоненти звичайної кісткової тканини, які позбавлені остеогенної структури.

Диференційна діагностика в типових випадках не становить труднощів. Остеому диференціюють від остеїд-остеом, юнацьких, кістково-хрящових екзостозів, осифікуючої гематоми і кефалогематоми, остеомієліту, параосальної саркоми. Крім того, обов'язково враховують дані анамнезу, клінічних та рентгенологічних ознак.

Лікування хворих з остеомою хірургічне. Операцію показано за наявності болю, великих за розміром пухлин, неврологічних розладів. Пухлину видаляють у межах здорових тканин з обов'язковим видаленням покривного окістя. Якщо пухлина недостатньо радикально видалена, можливі рецидиви.

Прогноз остеоми сприятливий. Пухлина не малігнізується, рідко утворюється деформації.

Остеоїд-остеома – доброякісна пухлина кістки остеогенного походження, яка часто зустрічається у дітей та має характерний клінічний перебіг. Найчастіше вона локалізується в ділянці стегнової, гомілкових, плечової кісток, рідше – в інших місцях скелета.

Клініка та діагностика. Скарги дітей з остеоїд-остеомою характерні та однотипні. Хворі страждають від сильного різкого болю ниючого характеру, який не вщухає в стані спокою й посилюється в ночі. Біль локалізується відповідно до вогнища ураження. У випадку ураження кісток з невеликим шаром м'яких тканин можна виявити незначну припухлість, місцеве почервоніння та підвищення температури шкіри. Під час зовнішнього огляду патологію виявити не вдається. Виснажливий біль сприяє порушенню функції кінцівки та атрофії м'язів. Рентгенологічна картина остеоїд-остеоми має характерні особливості. Тканину пухлини виявляють у вигляді вогнища просвітлення в кістці, "гнізда пухлини" діаметром до 1 см, круглої або овальної форми. У ньому можуть візуалізуватися щільні кісткові включення. У типових випадках "гніздо" завжди обмежено зоною щільної склеротичної кістки, іноді його можна не виявити на звичайних рентгенограмах. Тому необхідно провести рентгенологічне дослідження в іншому режимі роботи апарата у додаткових проекціях ураженої кістки або виконати томографію, комп'ютерне дослідження.

У деяких випадках, якщо остеоїд-остеома локалізується в ділянці метафіза – гіперостоз, за відсутності гнізда може симулювати остеогенну саркому, бо зона склерозу виходить за межі кіркового шару кістки. У процесі диференційної діагностики остеоїд-остеоми пункційна біопсія неінформативна, бо практично не можливо отримати для дослідження тканину з "гнізда пухлини" на тлі виражено обмеженого склерозу. Заключним методом діагностики у таких випадках є відкрита біопсія з резекцією ураженого відділу кістки разом з "гніздом пухлини". Кісткову пластику утвореного кісткового дефекту звичайно не проводять. Обов'язково виконують морфологічне дослідження видаленої тканини.

Диференційну діагностику остеоїд-остеоми в першу чергу проводять з хронічним склерозуючим остеоїдітом за типом Гарре, кістковим абсцесом Броді, а також з остеогенною саркомою, саркомою Юінга, туберкульозом, остеомою, посттравматичним періоститом.

Лікування хворих з остеоїд-остеомою полягає тільки в хірургічному видаленні пухлини. Прогноз остеоїд-остеоми сприятливий. Після нерадикального видалення тканини "гнізда пухлини" можливі рецидиви захворювання.

Остеохондрома, або кістково-хрящовий екзостоз, у дитячому віці зустрічається дуже часто. Може виникати в будь-якій кістці, що формується з хряща, особливо на стегновій та великій гомілковій кістках, навколо колінного суглоба. Розростання остеохондроми починається в дитячому та юнацькому віці, а закінчується в процесі осифікації епіфізарних пластинок. Захворювання відносять до груп епіфізарних дисплазій.

Клініка та діагностика. Кістково-хрящеві екзостози бувають поодинокі та, рідше, множинні. З'являється щільне утворення, яке розташоване на кінці кістки поблизу зони росту. Екзостоз чітко відмежований від прилеглих м'яких тканин, під час пальпації твердий, безболісний. Розміри екзостозу можуть бути різні. Здебільшого їх виявляють під

час огляду хворого. Шкіра над ним не змінена. У деяких випадках екзостоз випадково знаходять під час рентгенологічного дослідження. Інколи у хворого може бути виявлене новоутворення або з'явитися біль внаслідок перелому екзостозу. При його розростанні можуть виникнути як первинні, так і вторинні деформації та ускладнення. По досягненню великих розмірів екзостозу можуть з'являтися нервові розлади, пов'язані зі здавлюванням нервових стовбурів.

Рентгенологічно екзостоз має щільну кісткову ніжку, витягнуте тіло, що складається з губчастої кістки та обвапнованого хряща. Інколи він має широку основу, новоутворення ніби розпластане на кістці (так званий пагорбкоподібний екзостоз).

Диференційну діагностику проводять головним чином з остеомою або екхондромою. При болючих екзостозах може виникнути підозра на остеогенну саркому. В діагностиці захворювання вирішальним є рентгенологічне дослідження.

Множинні кістково-хрящові екзостози в деяких випадках можуть нагадувати осифікуючий міозит. Крім того, під час диференційної діагностики захворювання слід пам'ятати про можливість виникнення осифікуючої гематоми після травм у випадку, коли гематома сполучається з кісткою.

Лікування хворих з кістково-хрящовими екзостозами тільки хірургічне. Видаленню підлягають екзостози, які викликають занепокоєння, біль, нервово-судинні захворювання. Під час оперативного втручання обов'язковим є видалення всього екзостозу разом з окістям до неушкодженої компактною кістки. Кісткова пластика утвореного дефекту кістки звичайно не потрібна.

Прогноз остеохондроми сприятливий, але треба пам'ятати, що своєчасно в дитячому віці неліковані екзостози можуть спричинити серйозні ускладнення, які пов'язані із виникненням деформації кінцівок. Крім того, рідко, але може виникати малігнізація процесу.

Фібозна дисплазія кістки – хвороба Брайцева-Ліхтенштейна – належить до пухлино подібних захворювань кісток. Це системне захворювання скелета, яке пов'язане не тільки з порушенням та уповільненням остеогенезу на певній стадії ембріонального розвитку, а також з його спотворенням. Сутність фіброзної дисплазії полягає у функціональних відхиленнях кістковотворних процесів мезенхіми в ембріональний період. Спостерігають як одновогнещеву моноосальну, так і поліосальну форму.

Клініка фіброзної дисплазії, незалежно від форми захворювання, характеризується поступовим початком. Хворий скаржиться на біль, який інколи може бути досить сильний. У деяких випадках спочатку звертають увагу на припухлість. Найхарактернішим симптомами захворювання є деформація кінцівок, кульгавість та патологічні переломи. Останні в подальшому можуть повторюватися. На рентгенограмі вогнище розрідження виникає як у метафізах, так і в діафізарних відділах кісток та має вигляд вогнища з неоднорідною за щільністю структурою, що нагадує матове скло. Воно відмежоване від нормальної кістки щільною склеротичною облямівкою. При великих за розмірами вогнищах кістка має колбоподібно роздутий вигляд зі стоншеним кортикальним шаром.

Диференційну діагностику фіброзної дисплазії проводять з кістковими кістами, остеобластокластою. Крім клінічних даних, вирішальними є рентгенологічне та гістологічне дослідження. Поліосальну форму необхідно диференціювати з паратиреоїдною остеодистрофією.

Лікування. При появі деформації нижніх кінцівок у дітей з фіброзною дисплазією, патологічних переломів проводять хірургічне лікування. Доцільно видаляти патологічне вогнище шляхом часткової або сегментарної резекції ураженої ділянки кістки залежно від поширення новоутворення. Потім виконують кісткову алопластику утвореного дефекту. Якщо вогнище локалізується в ділянці діафіза, проводять алопластику за типом в'язки хмизу. Якщо патологічне вогнище знаходиться поблизу епіфізарних зон росту, дефект заміщують голчастими алотрансплантатами, щоб запобігти подальшому порушенню росту кінцівки (за методом нашої клініки – П.Т. Сягайло, В.І. Глушко, В.А. Дігтяр). Термін гіпсової іммобілізації після таких операцій з приводу фіброзної дисплазії може сягати 1 року. У разі виникнення несправжніх суглобів проводять лікування за допомогою апарата Ілізарова.

Прогноз фіброзної дисплазії кістки сприятливий. Але треба пам'ятати, що відомі випадки переродження фіброзної дисплазії в злоякісну пухлину, особливо у дорослих.

Остеогенна саркома – надзвичайно злоякісна первинна пухлина кісток. За частотою вона займає одне з перших місць серед усіх злоякісних пухлин. В основному уражуються діти віком понад 5 років. Остеогенна саркома розвивається з поліпотентної сполучної тканини. Переважними клітинними елементами є остецити, які здатні до малігнізації. Залежно від її локалізації в межах кістки розрізняють центральні, медулярні остеосаркоми, параосальні (юстакортикальні) остеосаркоми, множинний остеосаркоматоз та остеосаркоми м'яких тканин.

Остеогенна саркома виникає переважно в ділянці метафізів довгих трубчастих кісток, рідше у діафізі та плоских кістках. Найчастіше уражується дистальний метафіз стегнової кістки та проксимальний метафіз великої гомілкової кістки, а також плечова кістка. Для остеогенних сарком типовим є ураження тільки однієї кістки. Метастазування в інші кістки зустрічається рідко.

Клініка. На початку захворювання клініка остеогенних сарком досить невиразна. Перший симптом, звичайно, біль, який не пов'язаний з рухами кінцівки та виникає в стані спокою; його інтенсивність досить швидко наростає, біль стає постійним, виснажливим, непокоїть як удень, так і вночі. Найбільш інтенсивний біль виникає, якщо пухлина розташовується в кістках гомілки. Ріст остеогенних сарком надзвичайно швидкий. З'являється набряк м'яких тканин та шкіри, припухлість, визначають пухлину щільної консистенції, розширюються підшкірні вени, підвищується місцево температура, порушується функція кінцівки. Інколи під час надавлювання на пухлину чути хруст, виникають патологічні переломи.

На початку захворювання загальний стан дітей страждає мало. Через 3 – 4 міс. пухлина досягає великих розмірів, унаслідок її розпаду може підвищуватися температура тіла до 38 – 39 °С. У разі бурхливого перебігу остеогенної саркоми підвищення температури тіла, а також місцева гіперемія можуть викликати підозру на остеомієліт. Нерідко діти та батьки вказують на попередню травму, її вважають чинником, що сприяє активізації та дисемінації пухлинного процесу. Метастази при остеогенній саркомі з'являються рано, переважно в легенях.

Діагностика. Головна роль у діагностиці остеогенної саркоми належить рентгенологічному дослідженню. Розрізняють три види остеосарком: остеолітична форма – крайовий та центральний варіанти; змішана форма – крайовий, центральний та периферійний (однобічний, циркулярний) варіанти; остеопластична форма – центральний та периферійний (однобічний, циркулярний) варіанти.

Рентгенологічні ознаки остеогенної саркоми безпосередньо не пов'язані з особливостями клінічного перебігу захворювання та не впливають на прогноз та вибір методу лікування. Поділ остеогенної саркоми на види необхідний для диференційної діагностики та є умовним.

У початкових стадіях захворювання, коли хворі скаржаться на непостійний біль, рентгенологічно відзначають плямисті вогнища деструкції літичного характеру та ущільнення з нечіткими контурами в ділянці метафіза.

Однією з найхарактерніших рентгенологічних ознак остеогенної саркоми вважають наявність реактивного періоститу, визначається цибуле подібний гіперостоз у вигляді козирка або трикутної шпори, розташованої під кутом до поздовжньої осі кістки (козирок, або трикутник Кордмана). Другим симптомом, який свідчить про поширення пухлинного процесу за межі кістки, є спікули – тонкі голчасті обвапнення, розташовані перпендикулярно до осі кістки. Вони найбільше виражені при остеобластичному виді остеогенної саркоми.

Поширення пухлинного процесу на прилеглі тканини призводить до утворення ділянки осифікації різних розмірів та щільності. Осифікація м'якотканинного компонента остеогенної саркоми частіше відбувається при остеопластичному та змішаному видах пухлини. Межі м'якотканинного компонента на рентгенограмах достовірно встановити важко. Тому необхідно використовувати комп'ютерну томографію, ангіографію.

Необхідно підкреслити, що навіть у типових випадках клініко-рентгенологічний діагноз остеогенної саркоми обов'язково повинен бути підтверджений за допомогою морфологічного дослідження. Тому всім хворим необхідно проводити пункційну біопсію (трепанобіопсію) або відкриту біопсію пухлини.

Для виявлення метастазів до плану обстеження хворих на остеогенну саркому включають рентгенографію легенів у прямій та бічній проекціях, УЗД і сканування печінки.

Диференційну діагностику остеогенної саркоми проводять з саркомою Юінга, хондросаркомою, злоякісною формою остеобластокластоми, еозинофільною грануломою, аневризмальною, кістою кістки. Інколи остеосаркому диференціюють від захворювань непухлинного походження – підокісної гематоми, осифікуючого міозиту, остеомієліту.

Лікування остеогенної саркоми комбіноване. Воно складається з оперативного втручання та протипухлинної хіміотерапії. Передопераційну хіміотерапію проводять для профілактики легеневих метастазів та зменшення в розмірах м'якотканинного компонента. Радикальним хірургічним лікуванням є ампутація кінцівки. Останнім часом у випадках, коли це технічно можливо, виконують органозберігаючі операції з використанням алопластики, ендопротезування. Обов'язковим є проведення післяопераційної профілактичної хіміотерапії.

Прогноз остеогенної саркоми несприятливий. Комбінований підхід до її лікування дає змогу досягнути дворічного виживання приблизно в 50 % хворих.

Саркома Юінга належить до пухлин скелета неостеогенного походження. Її основу складає не остеогенна, а ретикулоендотеліальна тканина, що заповнює кістково-мозковий простір. Саркома Юінга, або злоякісна мезенхімома кістки, у дітей зустрічається майже у 3 рази рідше, ніж остеогенна саркома. Частіше страждають діти віком 10 – 14 років, але може виникати у дітей до 5 років. Переважно уражуються діяфізи довгих трубчастих кісток, можливе розташування пухлини в метафізі та навіть на епіфізі, але вона не переходить на суглоб. Серед плоских кісток частіше уражуються кістки таза та ребра.

Клініка саркоми Юінга характеризується порушенням загального стану, підвищенням температури тіла до 38 – 39 °С, появою болю в ураженому відділі кістки. Виникає припухлість та місцеві ознаки запального процесу: шкіра червоніє, стає гарячою на дотик, може визначатися флюктуація. Перелічені ознаки саркоми Юінга можуть симулювати остеомієліт. Особливістю перебігу пухлини є чергування періодів ремісій та рецидивів, які можуть повторюватися декілька разів на рік. Потім захворювання різко прогресує.

Рентгенологічна картина саркоми Юінга досить поліморфна. Деструкція кістки може виявлятися утворенням діафізарних дрібних вогнищ, розсіяного плямистого остеопорозу. Різко виражена реакція у вигляді багатошарового періоститу – так званий гіперостоз з цибуле подібним малюнком. Інколи може спостерігатися симптом періостального козирка та голчастий періостит. Рентгенологічно визначають тінь м'якотканинного компонента.

Диференційна діагностика саркоми Юінга досить складна завдяки поліморфності клініко-рентгенологічних проявів. У першу чергу її проводять з гострим та хронічним остеомієлітом, остеогенною саркомою, ретикулосаркомою.

Лікування. Відомо, що саркома Юінга високочутлива до променевої та хіміотерапії, що відрізняє її від інших злоякісних пухлин кісток. Тому поєднанням променевої та поліхіміотерапії можна досягти стійкої ремісії під час лікування пухлини, а інколи й її метастазів. Саркома Юінга схильна до поширення по кістково-мозковому каналу та метастазування у першу чергу в регіонарні лімфатичні вузли й кістки черепа та хребта. Тому опромінюють не тільки місце ураження, а всю кістку та регіонарні лімфатичні вузли. Поряд з опромінюванням необхідно проводити поліхіміотерапію. Оперативне втручання в комплексному лікуванні пухлини Юінга не знайшло широкого застосування у зв'язку зі значним поширенням патологічного процесу вздовж кістки, високою чутливістю до променевої терапії та дії цитостатиків, ранньою генералізацією незалежно від радикальності проведеної операції. Такі втручання, як ампутація або екзартикуляція кінцівок, виконують за відсутності ефекту від консервативної терапії, за наявності синдрому болю або кровотечі з виразок пухлини.

Прогноз саркоми Юінга несприятливий. Комбіноване хіміо-променеве лікування дає змогу досягти трирічного виживання приблизно в 50 % хворих дітей.

III. КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ ДЛЯ СЛУХАЧІВ

12. Класифікація захворювань середостіння.
13. Класифікація пухлин середостіння.
14. Методи діагностики судинних пухлин середостіння
15. Ускладнення тимоми.
16. Який основний метод лікування пухлин середостіння.

IV. УМОВИ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ (апаратура, ілюстративні матеріали)

9. Хірургічні інструменти
10. Історії хвороб.
11. Результати аналізів.
12. Рентгенограми.
13. Результати загально-клінічних методів обстеження.
14. Результати УЗД.

V. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Література

Основна:

3. Онкологія: Підручник / Г.В.Бондарь, А.І.Шевченко, І.Й.Галайчук., 2019. - 441– 472с.
4. Хірургія дитячого віку / За ред. В.І.Сушка. – К.: Здоров'я, 2002. – 704 с.
5. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А. Опухоли и кисты грудной полости у детей. – М., 1975.

VI. ХАРАКТЕР І ОБСЯГ РОБОТИ СЛУХАЧІВ З ДАНОЇ ТЕМИ ПОЗА РОЗКЛАДОМ ЦИКЛУ:

4. Самостійна робота лікаря інтерна в різних підрозділах наукових медичних бібліотек.
5. Самостійне вивчення лікарем інтерном літератури за темою семінарського заняття в мережі Internet з залученням шнтернет ресурсів.
6. Поглиблене вивчення фактичного матеріалу за темою семінарського заняття на суміжних циклах (оперативної хірургії та топографічної анатомії, рентгенології, педіатрії, інфекційних хвороб, загальної хірургії тощо).

Дати затвердження і перегляду методичної розробки	№ протоколу методичного засідання кафедри	Підпис зав. кафедри

Розробник:

**доктор філософії, асистент кафедри
дитячої хірургії ВНМУ Пасічник О. В.**

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ім. М.І. ПИРОГОВА

ЗАТВЕРДЖУЮ

**Завідувач кафедри
дитячої хірургії**

проф. Коноплицький В.С.

“30” серпня 2023р.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

Практичне заняття

Тема: «МАМОЛОГІЯ ДИТЯЧОГО ВІКУ ».

ВІННИЦЯ

Тривалість заняття: 2 години

Мета: За даними різних авторів, ті чи інші захворювання молочних залоз мають місце у 40 – 80 % жінок дітородного віку. Мастопатії до даного часу залишаються найпоширенішими захворюваннями молочних залоз, які спостерігаються у 60 – 90 % жіночого населення. Актуальність даного захворювання полягає в тому, що воно в 3 – 5 разів підвищує ризик виникнення раку молочних залоз, який продовжує займати перше місце в структурі причин смертності жінок від онкологічних захворювань в нашій країні та Світі. В структурі запальних захворювань молочних залоз преволує гострий лактаційний мастит, частка якого становить 0,5 – 1 % від всіх гнійно-септичних захворювань.

І . ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№№ зп	Р о з д і л и	Ч а с у х в и л и н а х
		Т В
1	Вступ. - Ознайомити інтернів з основними причинами та факторами ризику виникнення запальних, дисгормональних та пухлинних захворювань молочної залози, варіанти перебігу та способи її лікування.	5 хв.

2	<p>Основний етап. Викладення матеріалу за планом:</p> <p>1.Актуальність теми заняття «Мамологія дитячого віку».</p> <p>1. Мастит – це запальне захворювання молочних залоз, що має гострий перебіг та стає причиною значного дискомфорту. Основні симптоми цього захворювання – гострий біль в грудях, почервоніння шкіри в цій області, підвищення температури тіла та порушення загального стану.</p> <p>2. Мастопатії – група захворювань молочної залози, при яких змінюються кількісні взаємовідношення залозистої, жирової і сполучної тканини, спостерігається гіперплазія епітелію, посилена продукція секрету, розширення дрібних протоків із утворенням мікрокіст, гіперплазія та фіброз сполучної тканини, формування великих кіст та вузлових проліфератів.</p> <p>3. Рак молочної залози — це захворювання, що виникає через переродження здорових клітин в тканинах грудної залози на злоякісні клітини під дією різноманітних етіологічних чинників. Характерною біологічною ознакою РМЗ є відносно повільний ріст первинної пухлини, але вираження її здатність до раннього лімфогенного та гематогенного метастазування. Тобто розповсюдження ракових клітин на лімфатичні вузли та внутрішні органи.</p>	70 хв.
3	<p>Висновок:</p> <p>- Підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання слухачів</p>	10 хв.

II. МЕТОДИЧНІ МАТЕРІАЛИ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

Мастит – це гостре запальне захворювання молочної залози.

Найчастіше причиною виникнення лактаційного маститу є висхідне її інфікування неспецифічною гноєрідною мікрофлорою (стафілококи, стрептококи, кишкова паличка). Вхідними воротами інфекції є мікротравми сосків. Інфікування також можливе шляхом гематогенного чи лімфогенного поширення інфекції з інших органів. Виникненню лактаційного маститу суттєво сприяє порушення відтоку молока.

Класифікація:

1.За перебігом захворювання:

- Гострий мастит;
- серозний;
- інфільтративний (абсцедуючий);
- флегмонозний;
- гангренозний;
- Хронічний мастит;
- гнійний;

- негнійний;

2. За видом інфекційного чинника:

- неспецифічний мастит (збудники стафілокок, стрептокок);
- специфічний мастит (туберкульозний, сифілітичний);

3. За площею ураження:

- Двобічний;
- Однобічний (правобічний, лівобічний);
- галактофорит (запалення молочних протоків);
- ареоліт (запалення залоз навколососкового кільця);
- поверхневий мастит (запалення локалізується над строною залози безпосередньо під шкірою);
- ретроамарний мастит (зона запалення локалізується під глибоким листком капсули молочної залози);

4. За кількістю вогнищ запалення:

- Монофокальний;
- Поліфокальний;

Клінічні прояви: Початок розвитку маститу слід диференціювати від гострого застою молока, що часто передуює його виникненню. Початок захворювання гострий, хвора скаржиться на різкий біль та набряк молочної залози, спостерігається підвищення температури тіла до 38 – 39 °С. Вражена молочна залоза збільшена в розмірах, шкіра над зоною інфільтрату гіперимована, спостерігається розширення підшкірних вен, тріщини на сосках, регіонарні лімфатичні вузли збільшені та чутливі при пальпації. Серозна фаза розпочинається раптово з болей в ділянці залози та підвищення температури тіла. При огляді залоза збільшена в об'ємі, конур її збережений, пальпація – болюча. Подальше прогресування захворювання призводить до виникнення інфільтративної форми. Молочна залоза збільшена, набрякла, шкіра над інфільтратом гіперимована, при пальпації визначається різко болючий інфільтрат без чітких меж. З'являються головні болі, безсоння, гіпертермія до 39 – 40 °С. Абсцедування інфільтрату характеризується наростанням всіх клінічних проявів захворювання та розм'якшенням інфільтрату з утворенням флюктуації. Для флегмонозного маститу характерна гіпертермія до 40 °С з лихоманкою, молочна залоза різко збільшена в об'ємі, шкіра над нею набрякла, блискуча, гіперимована. Спостерігається ранній регіонарний лімфаденіт. Для гангренозного маститу характерний вкрай важкий стан хворої. Температура тіла досягає 40 – 41 °С, пульс 120 – 130 на хв. Молочна залоза різко збільшена в об'ємі, шкіра над нею гіперимована набрякла з ділянками некрозів та наявністю міхурів з гнійним вмістом.

Консервативне лікування: На початковому етапі гострого маститу показано консервативне лікування, до якого відноситься:

- імобілізації молочної залози;
- усунення лактостазу та венозного застою в молочній залозі. Показане відсмоктування молока аспіратором, масаж молочної залози. Зціжене аспіратором молоко може бути застосоване для вигодовування дитини лише після пастеризації.
- антибіотикотерапія;

швидко прогресуючий мастит є показом до медикаментозного пригнічення лактації. З цією метою застосовують бромокриптин (парлодел), гормональні препарати, обмеження прийому рідини.

Хірургічне лікування: Показанням до оперативного лікування є наявність абсцедування. Операція виконується під загальним наркозом.

Варіанти розрізів:

- радіальний – при підшкірній на інтрамамарній локалізації абсцесів;
- дугоподібний – по краю ареоли. Оптимальний для розкриття параареоларних абсцесів;
- по перехідній складці під молочною залозою – при ретромамарному маститі.

Оперативний прийом включає радикальне розкриття, дренування гнійників, видалення некротичних тканин, налагодження проточного дренування.

Мастопатії – група захворювань молочної залози, при яких змінюються кількісні взаємовідношення залозистої, жирової і сполучної тканини, спостерігається гіперплазія епітелію, посилена продукція секрету, розширення дрібних протоків із утворенням мікрокіст, гіперплазія та фіброз сполучної тканини, формування великих кист та вузлових проліфератів.

Етіологія: Важливу роль в етіопатогенезі даного захворювання відіграють розлади нейро-гуморальної регуляції функції молочних залоз.

Доцільно виділяти наступні фактори ризику виникнення мастопатій:

1. спадковість – наявність даного захворювання у родичів по материнській лінії;
2. запальні захворювання придатків матки;
3. захворювання щитоподібної залози;
4. захворювання печінки;
5. цукровий діабет, ожиріння;
6. травми молочних залоз;

Класифікація:

Дифузні:

- **фіброзно-кистозна форма (хвороба Шіммельбуша)** – ущільнення без чітких контурів, часто передує раку молочної залози;
- **аденозна форма (хвороба Реклю)** – фіброзна тяжистість із вузловими утвореннями, рак молочної залози виникає рідко;
- **фіброзна форма;**
- **епітеліоз.**

Локалізовані:

- **вузлова форма;**
- **солітарна киста;**
- **внутріпротокова папілома (хвороба Мінца, кровоточивий сосок, цистаденопапілома)** – особливо повинно насторожити припинення виділень, часто передує раку молочної залози;
- **фіброаденома** – вузол з чіткими контурами у молодих жінок. В рак не перероджується.

- **Фелоїдна (листовидна) фіброаденома** – виникає в будь-якому віці. Швидко розвивається. Перероджується у фібросаркому.

Клініка: Дифузні мастопатії клінічно проявляються болісним набуханням молочних залоз, яке посилюється в передменструальний період. Можуть бути виділення з сосків, що нагадують молозиво. В міру прогресування захворювання болі стають менш інтенсивними та на перший план виступає формування обмежених ущільнень в одній чи обох молочних залозах. При пальпації молочної залози визначається ущільнення з нерівною поверхнею, болісність та тяжистість тканини молочної залози.

Вузлова мастопатія характеризується наявністю в одній чи обох молочних залозах постійних вогнищ ущільнення, незалежно від фази менструального циклу.

Лікування: Лікування дифузної мастопатії спрямоване на нормалізацію функції залоз внутрішньої секреції, лікування запальних захворювань статевих органів та припинення проліферативних процесів в молочній залозі.

При вузловій формі мастопатії показане оперативне лікування – секторальна резекція молочної залози з гістологічним дослідженням.

Рак молочних залоз - це злоякісна пухлина, що формується в залозистій тканині (дольковий рак) або протоках молочних шляхів (протоковий рак) під впливом мутацій генів BRCA1, BRCA2, ATM, PTEN та/або TP53

Клінічні прояви: Існують три основні клінічні форми РМЗ: вузлова форма, дифузна форма та хвороба Педжета. Вузлова форма є найбільш частою і складає близько 95% серед усіх РМЗ. Дифузний РМЗ (запальна форма, екземоподібний рак, мастітоподібна форма) складає близько 5 % серед усіх випадків РМЗ. Найбільш рідкісним видом є хвороба Педжета, особливо рак *in situ*, який може виникнути у протоках соска.

Симптоми: У більшості випадків ранній РМЗ розвивається безсимптомно. Однак у частини випадків пухлини вже можуть бути видимі на мамограмі ще до того, як з'являться клінічні прояви. Для того, щоб виявити клінічні симптоми раку, самим жінкам дуже важливо слідкувати за змінами зовнішнього вигляду, чутливості, форми та структури своїх молочних залоз. Особливо необхідно звертати увагу на такі зміни:

1. Поява нових ущільнень, оскільки у багатьох жінок і у нормі бувають «комковаті» груди. При утворенні, яке пальпується, симптомами вузлової форми РМЗ є наявність твердих та грубих вогнищ ущільнення з нерівними та нечіткими контурами. Існують також шкірні симптоми вузлового РМЗ: над ущільненням при натисканні з'являється зморшкуватість шкіри, площадка чи воронкоподібне втягнення (симптом втягнення шкіри у формі пупка), бугристість, чи поява нових складок.

2. Болючість соска, потовщений сосок, патологічні виділення із соска, втягнення соска, симптом "ракетки" (еліпсоподібна ареолярна область). Ці симптоми можуть зустрічатися як при вузловій, так і при дифузній формі РМЗ. При раку Педжета виникає виразка соска та ареолярної області.

3. Збільшення залози, поява пухлини у аксилярній ділянці, а також деформація залози. При дифузній формі виявляють зміни шкіри, залоза стає горячою, гіперемованою («запальний» рак), залоза може бути набрячною, нагадує шкірку лимона (симптом «лимонної шкірки»).

4. Одним із симптомів раку може бути також усихання сосків. Особливо небезпечно виділення із сосків крові.

5. Болі у залозі (рідко є симптомом РМЗ).

Основними клінічними проявами ранніх стадій захворювання є наявність ущільнення, що пальпується у тканині молочної залози, поява болючості у одній із залоз

під час менструації, дискомфорт при фізичних вправах, виділення із соска. При прогресуванні процесу з'являються симптоми умбілікації шкіри, втягнення соска, площадки та ін.

Діагностика: Діагностика пухлиноподібних утворень грудних залоз зазвичай починається з того моменту, коли сама жінка у процесі самообстеження, чи лікар при клінічному обстеженні молочних залоз виявляють вогнищеве ущільнення. У інших випадках пухлина виявляють при мамографії. Хоча при мамографії також можуть не візуалізуватися від 10% до 15% раків, деякі з яких достатньо великих розмірів. Для підтвердження діагнозу необхідно виконати наступні обстеження: Клінічне обстеження молочних залоз – дуже важлива частина оцінки стану молочних залоз. Однак виявити при клінічному обстеженні новоутворення в тканині залози менше 1 см дуже складно. Переважно тільки при поверхнево розміщених пухлинах пальпаторно можливо виявити вузол діаметром 0,5 см. Обстеження необхідно виконувати у двох положеннях пацієнтки - сидячи (стоячи) та лежачи. Залозу необхідно пальпувати бімануально, подушечками трьох пальців круговими рухами по спіралі, починаючи із ареолярної зони у напрямку до периферії. У жінок у преклімактеричному періоді клінічне обстеження бажано виконувати на 7 – 10-й день після першого дня менструального циклу, так як фізіологічна комковатість та болочість у цей період виражені мінімально.

Мамографія є одним з провідних методів первинної діагностики РМЗ, який дозволяє діагностувати пухлини розмірами від 5-10 мм. Вірогідність методу складає 75 – 95%, його застосування при клінічній діагностиці РМЗ дозволяє виявити пухлини 1 стадії в 50 – 70% випадків. При непідвладних пальпації пухлинах мамографія дозволяє виявити захворювання у 18 – 33% випадків. Незважаючи на високу ефективність, метод має ряд недоліків: - неможливість диференціальної діагностики кісти і солідного утворення, - променеве навантаження на пацієнтку, яке підвищує ризик виникнення пухлини в майбутньому, - складність виявлення пухлини на фоні мастопатії або при дослідженні залоз у молодих жінок зі щільним залозистим фоном, в яких залозистий трикутник перекриває тінь пухлини, – не завжди можливо одержати зображення осередків в аксилярній зоні. Тому мамографію рекомендується застосовувати у молодих жінок тільки при високій ймовірності наявності злоякісної пухлини.

Ультразвуковий метод дослідження (УЗД молочної залози) Ультразвуковий скринінг показаний для виявлення доброякісних утворень діаметром понад 1 см. При цьому УЗД належить вирішальна роль в діагностиці кіст, де точність методу досягає 98-100%. Відносними недоліками УЗД є: неможливість визначити наявність кальцинатів, складність дослідження у разі великої кількості жирової тканини, низька інформативність методу при розмірах патологічного утворення менше 1 см в діаметрі. Нешкідливість УЗД дає можливість контролювати розмір пухлини та лімфатичних вузлів після проведеного лікування. За літературними даними, точність ультразвукової діагностики у виявленні раку молочної залози не перевищує 87%. Ультразвукова томографія на сьогоднішній день є головним неінвазивним методом візуалізації рідиноутримуючих об'ємних утворень. Чутливість методу за зведеними даними, складає 94—100%. Мінімальні розміри кісти, які виявляються при УЗД - 2 мм. У випадках, коли УЗД і мамографія доповнюють одне одного, точність діагностики досягає 98%.

Термографія молочних залоз широко застосовується в клінічній практиці для диференціальної діагностики в складних випадках, однак її діагностична цінність у плані виявлення РМЗ невелика.

Пункційна (аспіраційна) біопсія відіграє вирішальну роль у діагностиці утворень молочної залози. При непідвладних пальпації утвореннях пункція виконується під контролем УЗД або мамографа, з подальшим цитологічним дослідженням одержаного

матеріалу. При пункційній біопсії можливе також маркування непідвладних пальпації пухлин за допомогою так званих «якорів», що дозволяють під час операції чітко ідентифікувати зону, яка підлягає видаленню.

Трепан-біопсія дозволяє одержати стовпчик тканини, доступний гістологічному дослідженню, визначити рецепторний статус пухлини і вивчити тканинні маркери. В процесі неоад'ювантного або паліативного лікування трепан-біопсія дозволяє вивчити лікувальний патоморфоз пухлини. Розроблені численні пристрої для трепан-біопсії, у тому числі з вакуумним приводом, що дозволяють при мінімальній травмі оточуючих тканин одержувати максимальну кількість матеріалу. З-поміж ускладнень методу слід відзначити нечасті кровотечі і гематоми, що, як правило, не потребують термінового оперативного втручання. Для мінімізації ускладнень дослідження краще проводити під контролем УЗД або мамографа.

Цитологічне дослідження виділень з сосків виконується при наявності патологічних виділень. При відсутності верифікації діагнозу прийнято дослідження повторювати тричі. Цитологічне дослідження виділень з сосків у ряді випадків дозволяє установити діагноз при ранніх формах протокових карцином, коли іншими доступними методами візуалізувати пухлину не вдається за можливе. Деякими авторами запропоновано метод дуктального лаважу з наступним цитологічним дослідженням відокремлюваного, однак через трудомісткість і високу вартість методу, останній є радше методом уточнення, доступним у великих мамологічних центрах, ніж методом скринінгу. Цінним діагностичним дослідженням є дуктографія, яка дозволяє виявити і локалізувати внутрішньопотокові утворення, у тому числі карциноми на ранніх стадіях. За контраст використовують водорозчинні контрастні речовини. Протипоказаннями до такого дослідження є запальні процеси в молочних залозах, особливо у зоні сосково-ареолярного комплексу, а також запальні форми РМЗ, тому що при цьому відбувається розповсюдження пухлинних клітин по протоках.

Додаткові методи дослідження застосовуються з метою уточнюючої діагностики і коректного стадіювання процесу: - КТ та МРТ використовуються для діагностики віддалених метастазів у легені, органи черевної порожнини; - радіоізотопна скінтиграфія скелету застосовується для виявлення кісткових метастазів; - черезгрудинна флебографія може використовуватись для візуалізації ураження загрудинних лімфатичних вузлів; - радіоізотопна лімфосцинтіографія застосовується для візуалізації уражених метастазами регіонарних лімфатичних вузлів, у тому числі інтраопераційно; - інтраопераційна відеоретростерноскопія - інтраопераційне візуальне дослідження ретростернальних лімфатичних вузлів.

Хірургічне лікування РМЗ як і раніше, залишається одним з основних методів комплексної терапії РМЗ і базується на двох основних вимогах: радикалізм операції і дотримання принципів абластики та антиабластики. Не викликає сумніву необхідність операції при первинному раку молочної залози, але питання про тип хірургічного втручання дискутується. На сьогодні більшість онкологів відмовилась від виконання розширених мастектомій на ранніх стадіях захворювання, разом з тим доведено, що радикальні секторальні резекції з моно- або різноблоковою пахвовою лімфаденектомією у ряді випадків супроводжуються раннім рецидуванням і метастазуванням. Загальновідомо, що при виборі обсягу хірургічного втручання необхідно дотримуватись чітких показань і протипоказань, враховуючи наявність або відсутність мультицентричного пухлинного росту; співвідношення розміру пухлини і розміру молочної залози; локалізацію пухлини і зв'язок з оточуючими тканинами; патогенетичну форму; гістологічну структуру пухлини; необхідність і можливість комбінованого і комплексного лікування і т.і. При пухлинах розміром більше 3 см в діаметрі, органозберігаючі оперативні втручання слід вважати протипоказаними. Види сучасних хірургічних втручань при РМЗ:

1. Лампектомія (секторальна резекція) з лімфаденектомією пахвових лімфатичних вузлів (1-го і 2-го рівня) і післяопераційним опроміненням застосовуються у разі невеликих пухлин (менше 4 см) та інтрадуктальних карцином.

2. Проста мастектомія (операція Маддена) включає видалення молочної залози з навколососковою зоною і видаленням лімфатичних вузлів 1-го рівня.

3. Модифікована радикальна мастектомія (операція Пейті) включає видалення молочної залози, малого грудного м'яза, клітковини з лімфатичними вузлами пахової, підключичної і підлопаткової зон (виживання і частота рецидивів при цій операції такі самі як при мастектомії за Холстедом, а косметичний дефект значно менший).

4. Радикальна мастектомія за Холстедом - включає видалення молочної залози, великого і малого грудних м'язів, клітковини з лімфатичними вузлами пахової, підключичної і підлопаткової зон.

5. Велика радикальна мастектомія (операція Урбана-Холдіна) включає видалення парастернальних лімфатичних вузлів. Операція показана при великих або медіально розташованих пухлинах з наявністю внутрішньо-грудних (парастернальних) метастазів. Високий ризик інтраопераційної летальності.

6. Операції щодо реконструкції молочної залози виконують одночасно з мастектомією або другим етапом після повного загоєння первинної операційної рани. Численні клінічні дослідження показали, що видалення або збереження регіонарних лімфатичних вузлів має вплив на частоту місцевих рецидивів, але практично не впливає на 5- і 10 річне виживання.

На даний час прийнято вважати, що згідно с сучасною теорією Фішера, РМЗ вже на ранніх стадіях може бути фактично дисемінованим захворюванням, тому усі хворі з операбельним РМЗ повинні одержувати додаткове лікування. Подальший прогрес у терапії раку молочної залози пов'язують з впровадженням комплексного лікування, яке включає, крім хірургічного і променевого, ще і хіміо- та гормонотерапію. У разі необхідності лікування доповнюють імунотерапією, ензимотерапією, кріовпливом, гіпертермією, гіперглікемією, лазерною терапією, застосуванням адаптогенів, колонієстимулюючих факторів, модифікаторів хіміопроменевої терапії. Додаткові лікувальні методи дають можливість по-новому підійти до проведення хіміопроменевої терапії, інтенсифікувати режими лікування, підвищити ефективність стандартних методик терапії РМЗ.

ІІІ. КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ ДЛЯ СЛУХАЧІВ

17. Мастит?
18. Тактика ведення пацієнтів з маститом.
19. Покази до хірургічного лікування маститу?
20. Класифікація мастопатій?
21. Клінічні прояви мастопатій.
22. Методи діагностики мастопатій.
23. Рак молочної залози ?
24. Клінічні прояви РМС ?
25. Діагностика РМС ?
26. Хірургічне лікування ?

IV. УМОВИ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ (апаратура, ілюстративні матеріали)

15. Хірургічні інструменти
16. Прилади та апарати для діагностичної візуалізації
17. Історії хвороб.
18. Результати аналізів.
19. Рентгенограми, КТ.
20. Результати загально-клінічних методів обстеження.
21. Результати УЗД.

V. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Література

Основна:

1. Рак в Україні, 2020-2021 рік/ Бюлетень Національного реєстру України. Видання №23. Київ – 2022.
2. Кузіна М.І. Хірургічні хвороби // М. „Медицина”,- 2002,- 426 с.
3. Семиглазов, В.Ф. Опухоли молочной железы (лечение и профилактика) / В.Ф. Семиглазов, К.Ш. Нургазиев, А.С. Арзуманов. – Алматы: Полиграф сервис, 2001. – 344 с.
4. Assessment of hormone receptor status in breast cancer / R. Horii [et al.] // Pathol. Int. – 2007. – Vol. 57, № 12. – P. 784–790.
7. Breast cancer management. Application of evidence to patient care / JM. Nabholz [et al.] // UK: Martin Dunitz Ltd. – 2000. – 569 p.
5. Estrogen receptor alpha (ER α) mRNA copy numbers in immunohistochemically ER α positive-, and negative breast cancer tissues / I. Poola [et al.] // BMC Cancer. – 2007. – Vol. 7. – P. 56.
6. Hormone receptor status, tumor characteristics, and prognosis: a prospective cohort of breast cancer patients / L.K. Dunnwald [et al.] // Breast Cancer Res. – 2007. – Vol. 9, № 1. – P. R6.

VI. ХАРАКТЕР І ОБСЯГ РОБОТИ СЛУХАЧІВ З ДАНОЇ ТЕМИ ПОЗА РОЗКЛАДОМ ЦИКЛУ:

7. Самостійна робота лікаря інтерна в різних підрозділах наукових медичних бібліотек.
8. Самостійне вивчення лікарем інтерном літератури за темою семінарського заняття в мережі Internet з залученням шнтернет ресурсів.
9. Поглиблене вивчення фактичного матеріалу за темою семінарського заняття на суміжних циклах (операційної хірургії та

топографічної анатомії, рентгенології, педіатрії, інфекційних хвороб, загальної хірургії тощо).

Дати затвердження і перегляду методичної розробки	№ протоколу методичного засідання кафедри	Підпис зав. кафедри

Розробник:

**доктор філософії, асистент кафедри
дитячої хірургії ВНМУ Пасічник О. В.**

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ім. М.І. ПИРОГОВА

ЗАТВЕРДЖУЮ

**Завідувач кафедри
дитячої хірургії**

проф. Коноплицький В.С.

“30” серпня 2023р.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

Практичне заняття

Тема: «ПУХЛИНИ СЕРЕДОСТІННЯ»

ВІННИЦЯ

Тривалість заняття: 2 години

Мета: Важливість вивчення теми « Пухлини середостіння » зумовлена великою частотою і поширеністю цієї патології у всіх вікових групах дитячого населення. Небезпека цих захворювань полягає у тому, що вони можуть привести не тільки до інвалідизації, а й привести до смерті хворого.

І . ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№№ зп	Р о з д і л и	Ч а с у х в и л и н а х
		Т В
1	Вступ. - Ознайомити інтернів з класифікацією видів пухлин середостіння.	5 хв.
2	Основний етап. Викладення матеріалу за планом: 1.Актуальність теми заняття «Доброякісні та злоякісні новоутворення м'яких тканин». 1.Гемангіоми – Вроджені утворення,які виникають із судин. Це група дизембріоплазій, або істинних гемангіом. 2.Лімфангіома - природжена доброякісна пухлина,яка утворюється з лімфатичних судин. Інколи пухлина містить новоутворені кісти. За будовою розрізняють прості, дифузні, печеристі та кістозні лімфангіоми.. 3.Пігментні пухлини - це пухлини утворені скупченням пігментних клітин в епідермісі та дермі, в основі яких лежать зміни ембріонального характеру. 4.Папілома - доброякісна пухлина, яка походить зі шкіри та являє собою розростання покривного епітелію. 5.Дермоїдна кіста або дермоїд - це утворення,що виникає із залишків ембріональних клітин. 6.Атерома - сальна кіста, утворюється внаслідок закупорювання вивідної протоки сальної залози та локалізується переважно на волосистій частині голови. 7.Ліпома - доброякісна пухлина,яка виникає з жирової тканини. 8.Фіброма - пухлина,яка виникає зі сполучної тканини. Частіше зустрічають фіброми шкіри,рідше - підшкірної основи. 9.Келоїд- розростання фіброзної тканини, яке найчастіше виникає на місці післяопераційних рубців або після опіків. 10.Нейрофіброматоз - хвороба Реклінгхаузена характеризується наявністю вузликових утворень вздовж шкірних нервових стовбурів. 11.Тератома - це пухлина,яка має складну будову. У тератомі виявляють різні тканини,які є похідними усіх зародкових листків. 12.Рабдоміосаркома - це одна із найнебезпечніших пухлин м'яких тканин,які часто зустрічаються у дитячому віці. Пухлина характеризується наявністю злоякісних мезенхімальних елементів.	70 хв.

3	Висновок: - Підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання слухачів	10 хв.
---	---	--------

II. МЕТОДИЧНІ МАТЕРІАЛИ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

Пухлини середостіння

Серед торакальних хворих великий відсоток становлять діти з захворюваннями середостіння, які підлягають хірургічному лікуванню.

Хірургія середостіння – дуже складний розділ хірургії, що обумовлено особливостями анатомії, складностями хірургічних доступів, важкістю діагностики.

Великий внесок у розвиток торакальної хірургії зробили анатоми, починаючи з М.І. Пирогова, потім ціла плеяда відомих вчених. Так, В.І. Руднєв визначив межі переднього середостіння й розділив його на верхнє й нижнє, Д.С. Морозов виділив особливу зв'язку – lig. enterpleurale inferior, яка є частиною внутрішньогрудної фасції та відіграє роль у відокремленні запальних процесів у середостінні. А.В. Мельников описав взаєморозташування легенів і середостіння, Д.А. Жданов дослідив будову лімфатичної системи.

Суттєву роль у розвитку хірургії середостіння відіграла розробка сучасних методів знеболювання, а також нових хірургічних доступів, засобів профілактики й лікування післяопераційних ускладнень, що сприяло зниженню летальності та забезпечило хороші віддалені результати оперативного лікування.

Середостіння – простір, який знаходиться всередині грудної порожнини між правою й лівою плеврою. З боків воно обмежене правим і лівим листками плеври, ззаду – грудним відділом хребта й ребрами, спереду – грудниною, знизу – діафрагмою. Верхньої межі немає, воно переходить у міжфасційні простори шиї. Верхнім рівнем середостіння вважають верхній край рукоятки груднини.

Середостіння умовно поділяють на переднє й заднє, межею є умовна фронтальна площина, проведена через центр обох коренів легенів.

У середостінні містяться дуже важливі органи: у передньому – висхідна частина аорти та дуга аорти з гілками (лівою загальною сонною і лівою підключичною артерією), дві безіменні вени й верхня порожниста вена в місці впадіння її в праве передсердя, легеневі артерії й вени, серце з перикардом, загруднинна залоза, обидва діафрагмальні нерви, лімфатичні вузли, трахея, початкові відділи часткових бронхів. У задньому середостінні знаходяться стравохід, непарна й напівнепарна вени з міжребровими венами, пограничні стовпи симпатичного нерва й черевні нерви, лімфатичні вузли, клітковина.

Середостіння у дітей відносно широке, тому клініка здавлювання його органів розвивається поступово. Воно у дітей дуже рухоме в процесі дихання, оскільки клітковина й зв'язки, які фіксують органи, розвинуті недостатньо, тому в разі різних патологічних процесів легко виникає його зміщення.

Захворювання середостіння класифікують таким чином:

1. Вади розвитку органів середостіння.
2. Запальні процеси.
3. Травматичні пошкодження.
4. Захворювання середостіння як ускладнення іншої патології органів середостіння.
5. Пухлини та кісти середостіння.

Перші 4 групи захворювань розглядають у відповідних розділах. Пухлинам і кістам середостіння останнім часом приділяють велику увагу. Раніше цю патологію діагностували дуже рідко. Вперше пухлину середостіння описав Берхааве (Boerhaave) 1712 р., а 1810 р. Рубіно (Rubino) – дермоїдну кісту. Оперативне лікування почало застосовуватися з XIX ст., поступово набуло поширення і, незважаючи на кількість післяопераційних ускладнень і летальність, його виконують у повному обсязі.

За зведеною статистикою на основі матеріалу 16 авторів (Б.Я. Лук'янченко та ін.) частота пухлин становить 0,55 – 3 %.

За характером пухлини поділяють таким чином: природжені кісти – 22,3 %, нейрогенні пухлини – 15,8 %, медіастинальний зоб – 5,2 %, тимоми – 2,1 %, перикардальні кісти – 2,8 %, злоякісні пухлини – 23,6 % (серед них лімфогранулематоз – 14%, лімфосаркоми – 2 %).

Локалізацію пухлин і кіст середостіння представлено на схемі Е.О. Степанова. У задньому середостінні знаходяться нейрогенні пухлини, у передньому, ближче до центру, – бронхогенні та ентерогенні кісти, судинні утворення, ближче дотрону – тератодермоїдні пухлини, ліпоми, ціломічні кісти перикарда, тимоми.

Класифікація пухлин та кіст середостіння у дітей:

1. Неврогенні (зрілі й незрілі).
2. Судинні утворення (лімфангіоми, гемангіоми).
3. Бронхогенні кісти.
4. Ентерогенні кісти (подвоєння травної системи).
5. Тератодермоїдні утворення.

6. Тимоми.

7. Целомічні кісти перикарда.

8. Ліпоми.

Патогенез. Доброякісні пухлини й кісти середостіння в основному природженого характеру й формуються на різних етапах внутрішньоутробного розвитку. В.Р. Брайцев подібні утворення називав дизонтогенетичними.

Нейрогенні пухлини пов'язані з порушенням розвитку периферійної та вегетативної частин нервової системи. Вони бувають різного ступеня зрілості. Менш зрілі утворюються із симпатичної частини – нейробластоми, гангіонейробластоми, зрілі – гангліонейроми, із оболонки нервових стовбурів – нейриноми, із епіневрію й периневрію – нейрофіброми (складають більшість пухлин).

Дермоїдні кісти і тератоми виникають у зв'язку з порушеннями розвитку епідермісу (епідермальні кісти), усіх шарів шкіри (дермоїдні кісти), а також двох чи трьох зародкових листків (тератоми).

Виникнення *бронхогенних кіст* пов'язане з неправильним диференціюванням первинної кишки в період її поділу на дихальну та стравохідну трубки.

Утворення *ентерогенних кіст* пов'язане з вадами розвитку кишкової трубки (її подвоєнням).

Судинні пухлини – гемангіоми, лімфангіоми, лімфогемангіоми – формуються теж як вади розвитку, тільки кровоносних і лімфатичних судин.

Целомічні кісти перикарда є результатом порушення процесу злиття ембріональних лакун у місці формування перикардіального целома.

Злоякісне переродження спостерігають в основному при пухлинах загруднинної залози. Незрілі нейрогенні пухлини відносять до групи потенційно злоякісних.

Загальний відсоток злоякісних і незрілих пухлин серед усіх медіастинальних утворень становить 2 %.

Клініка. Клінічна картина й перебіг захворювання залежать від величини, характеру, локалізації й морфологічної характеристики пухлини. Клініка складається з симптомів здавлювання та руйнування тканин і органів грудної порожнини й симптомів інтоксикації. Часто пухлини й кісти середостіння можуть перебігати безсимптомно, в інших випадках з'являються загальні симптоми: ціаноз, асфіксія, стридорне дихання. У клінічній картині з'являються ознаки, характерні для кожної пухлини.

Нейрогенні пухлини: у разі зрілих форм – клінічна картина виникає, якщо пухлина великих розмірів; при незрілих – у дітей 1 року життя, бо вони виробляють

адреноподібні речовини з розвитком катехоламінової інтоксикації. Це проявляється нападами задухи, підвищенням температури тіла, диспептичними розладами, прогресивним збільшенням маси тіла, наростаючою загальною слабкістю, характерним розвитком анізокорії, симптому Горнера, порушенням потовиділення, зміною дермографізму, погіршенням зору, болем у грудях за ходом міжребрових нервів. При пухлинах за типом піскового годинника можливі паралічі нижніх кінцівок, зниження черевних рефлексів. Для діагностики визначають вміст катехоламінів у крові, проводять рентгенографію середостіння (тінь у задньому середостінні), комп'ютерну томографію.

Судинні пухлини завжди розташовуються в ділянці великих судин трахеї, тому в першу чергу викликають її здавлювання, при цьому виникає синдром здавлювання верхньої порожнистої вени. Одною з діагностичних ознак є випинання над вирізкою груднини або ключиці, яке змінює свою величину синхронно з диханням. Це утворення може пульсувати. Здавлювання трахеї проявляється кашлем, ціанозом, болем у грудях, парезом голосових зв'язок.

Діагноз до операції встановити важко. Допомагає рентгенографія (утворення має чіткі контури, овальну або циклічну форму), пневмомедіастинографія. А.П. Лебедев вказує на такий характерний симптом судинної пухлини, як її гроноподібну форму, яка змінює свої контури в такт дихання.

Бронхогенні кісти частіше мають безсимптомний перебіг, для них більш характерні ознаки здавлювання трахеї: напади кашлю, стенотичне дихання, симптоми здавлювання стравоходу.

У діагностиці, крім рентгенографії середостіння, має значення обстеження трахеї й стравоходу.

Ентерогенні кісти рідко мають безсимптомний перебіг, розвиваються явища компресії та залучення в процес прилеглих тканин. Якщо в стінці кишки знаходять клітини слизової оболонки шлунка, які виробляють соляну кислоту, то можливе утворення виразки стінки, що призводить до таких ускладнень, як кровотеча, пенетрація, перфорація, вторинна гнійна інфекція. Для остаточного діагнозу має значення гістологічне дослідження.

Тератодермоїдні утворення мають тривалий клінічний перебіг. Для них більш характерними є порушення гемодинаміки, деформація грудної клітки. У разі прориву їх у бронх хворий викашлює кашкоподібні сальні маси й волосся.

Характерні біль, іноді кинджальний, який зменшується під час нахилу тулуба вперед і у вертикальному положенні, головний біль, біль у суглобах і кінцівках, задуха і

кашель у вигляді нападів, особливо вночі, загальна слабкість, підвищена втомлюваність, свербіж шкіри.

Методи обстеження як і за всіх пухлин середостіння. На рентгенограмі видно неоднорідне затемнення, іноді кісткові включення. Остаточна діагностика можлива тільки після операції, коли проводять верифікацію пухлини.

Ліпома, фіброма, хондрома ростуть повільно й спочатку не мають ніяких симптомів, з часом з'являються неприємні відчуття, біль у грудях. Переродження у ліпосаркому буває рідко. Діагностика складна, застосовують ті самі методи, що й за всіх пухлин середостіння. Під час пневмомедіастинографії характерний симптом частковості.

Тимоми – пухлини загруднинної залози – складають 5 – 10 % усіх новоутворень, ростуть повільно, у разі великих розмірів вони здавлюють безіменні вени, що утруднює відтік крові по венозній системі голови й шиї і проявляється набряком і ціанозом обличчя, розширенням і напруженням вен шиї, крововиливами у склери. Симптоми міастенії більш характерні для дорослих, у дітей зустрічаються дуже рідко.

Тимоми доволі часто можуть малігнізуватися, у такому разі спостерігають їх швидкий ріст і швидко розвиваються явища здавлювання органів середостіння.

Диференційну діагностику проводять з тимомегалією, яка на рентгенограмі має трикутну тінь і на видиху збільшується.

Целомічні кісти перикарда. Термін був запропонований Ламбером у 1946 р. Зустрічається доволі рідко. Являє собою тонкостінне утворення, наповнене прозорою жовтуватою або безбарвною рідиною – "кіста із джерельної води", іноді сполучається з перикардом за допомогою тонкої ніжки.

Клінічна картина у 30 % випадків відсутня або проявляється незначним тупим болем у грудях, серці, задуюю, кашлем, загальною слабкістю. У деяких хворих кіста проявляється раптовими явищами здавлювання органів середостіння, аорти.

Важливим у діагностиці є рентгенологічне дослідження. Форма тіні овальна, недостатньо щільна, контури її тіні чіткі, часто пульсують.

Під час диференційної діагностики треба пам'ятати про аневризму аорти, пухлини легені, діафрагмальну грижу. У таких випадках допомагає діагностичний пневмоторакс з подальшою рентгенографією.

Лікування пухлин і кіст середостіння тільки оперативне після встановлення діагнозу. У випадках, коли відзначають швидко наростаючі гемодинамічні й дихальні порушення, операцію проводять у невідкладному порядку. Оперативний доступ залежить від розташування утворення. Якщо пухлина локалізується у задньому середостінні,

застосовують задньобічний розріз уздовж міжребрового проміжку, у разі локалізації в передньому середостінні – бічний або передньобічний доступ.

Післяопераційні ускладнення – пневмоторакс, гемоторакс, медіастиніт, емфізема середостіння. У післяопераційний період призначають антибіотикотерапію, серцево-судинні препарати, заходи, спрямовані на поліпшення дихальної функції легенів і профілактику післяопераційної пневмонії. З метою профілактики емфіземи та медіастиніту рекомендують дренувати середостіння. Віддалені результати оперативного лікування здебільшого сприятливі, якщо пухлина доброякісна або за умови раннього оперативного лікування злоякісних пухлин.

III. КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ ДЛЯ СЛУХАЧІВ

27. Класифікація захворювань середостіння.
28. Класифікація пухлин середостіння.
29. Методи діагностики судинних пухлин середостіння
30. Ускладнення тимоми.
31. Який основний метод лікування пухлин середостіння.

IV. УМОВИ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ (апаратура, ілюстративні матеріали)

22. Хірургічні інструменти
23. Бронхоскоп.
24. Історії хвороб.
25. Результати аналізів.
26. Рентгенограми.
27. Результати загально-клінічних методів обстеження.
28. Результати УЗД.

V. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Література

Основна:

1. Онкологія: Підручник / Г.В.Бондарь, А.І.Шевченко, І.Й.Галайчук., 2019. - 286–324с.
2. Хірургія дитячого віку / За ред. В.І.Сушка. – К.: Здоров'я, 2002. – 704 с.
3. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А. Опухоли и кисты грудной полости у детей. – М., 1975.

VI. ХАРАКТЕР І ОБСЯГ РОБОТИ СЛУХАЧІВ З ДАНОЇ ТЕМИ ПОЗА РОЗКЛАДОМ ЦИКЛУ:

10. Самостійна робота лікаря інтерна в різних підрозділах наукових медичних бібліотек.
11. Самостійне вивчення лікарем інтерном літератури за темою семінарського заняття в мережі Internet з залученням шнтернет ресурсів.
12. Поглиблене вивчення фактичного матеріалу за темою семінарського заняття на суміжних циклах (оперативної хірургії та топографічної анатомії, рентгенології, педіатрії, інфекційних хвороб, загальної хірургії тощо).

Дати затвердження і перегляду методичної розробки	№ протоколу методичного засідання кафедри	Підпис зав. кафедри

Розробник:

**доктор філософії, асистент кафедри
дитячої хірургії ВНМУ Пасічник О. В.**