ПУХЛИНИ ЗАОЧЕРЕВИННОГО ПРОСТОРУ

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

Заочеревинний простір - це анатомічна область, обмежена спереду дорзальним листком очеревини, ззаду - mm. psoas et mm. quadratus lumborum, розташованими на початковій частині апоневроза mm. transversus abdominis. У проксимальному напрямку дана область простягається до місця, де очеревина переходить на печінку, селезінку, відповідає Th 12 і 12-м ребрам; дистальна межа заочеревинного простору знаходиться біля promontorium. Латеральні кордону відповідають бічним кордонам mm. quadratus lumborum.

У цьому відділі топографічно орієнтовані такі органи:

- підшлункова залоза, нирки, надниркові залози, сечоводи;
- великі судинні стовбури черевної порожнини (aorta abdominalis, v. cava inferior с її парними і непарними гілками);
- pars lumbalis симпатичного стовбура і розгалуження симпатичних нервів;
- лімфатичні вузли поперекової області і cysterna chili.

Загальна класифікація пухлин заочеревинного простору:

- органні пухлини (нирок, ниркової миски, сечоводів, наднирників, підшлункової залози);
- неорганні пухлини (м'язової тканини, нервової, жирової, судинної, ембріональні);
- системні (лімфоми / лейкози);
- метастатичні (метастази раку ободової і прямої кишки, шлунка, нирки та інших пухлин).

Епідеміологія. Частота народження НЗО, за даними літератури різних років, значно варіює, при цьому простежується прямо пропорційна залежність між розвитком діагностичних методів і частотою поширення НЗО. За даними різних авторів частота виникнення НЗО становить 0,02-0,4 % або 0,03 до 0,6%. За даними сучасних авторів, частота поширення НЗО значно вища і досягає 1% від усіх злоякісних новоутворень. Таке збільшення виявлення НЗО пов'язано, очевидно, з широким впровадженням новітніх методів інструментальної діагностики. Згідно з класифікацією Міжнародного протиракового союзу, НЗО відносять до сарком м'яких тканин, і на їх частку серед усіх сарком м'яких тканин припадає 10-20 %, при цьому 14-44% з них мають доброякісний і в 60-85% - злоякісний характер. зустрічаються в будь-якому віці, але переважно в інтервалі від 40 до 60 років, при цьому у жінок вони виникають приблизно в 1,52 рази частіше, ніж у чоловіків. Розвиваються злоякісні пухлини заочеревинного простору у дорослих людей, частіше вони бувають у осіб зрілого віку, хоча цю патологію можна зустріти і в юнацькому віці.

Серед всіх заочеревинних пухлин більшість (30-55%) складають пухлини мезенхімальних тканин. Пухлини периферичної нервової симпатичної системи та гангліїв зустрічаються не дуже часто і складають до 10% всіх заочеревинних новоутворень. Вагому частку (біля 20%) всіх пухлин складають лімфоми.

Етіологія. Причини, що викликають пухлини заочеревинного простору, мало вивчені та маловідомі. Як фактори, що призводять до розвитку цієї групи пухлин можна розглядати паління, спадкові фактори, порушення ембріогенезу, забруднення навколишнього середовища, хронічні запальні процеси, радіаційне опромінення, вплив різноманітних канцерогенів, в тому числі і вірусних. Крім зовнішніх етіологічних чинників, на виникнення пухлин заочеревинного простору впливає велике число ендогенних факторів, таких як порушення нервової регуляції та гормональної діяльності, захворювання обміну речовин. Можливе і переродження доброякісних пухлин та кіст заочеревинного простору.

Патологічна анатомія. Серед злоякісних заочеревинних пухлин виділяють мезенхімальні, нейроектодермальні та дисембріогенетичні новоутворення. Визнаної гістологічної класифікації немає, тому використовують класифікацію пухлин м’яких тканин.

Заочеревинні пухлини бувають зрілі та незрілі, тобто доброякісні та злоякісні. В цьому розділі ми розглядаємо незрілі пухлини (саркоми). Найбільш точно гістогенез заочеревинних сарком відображає гістологічна класифікація, розроблена експертами ВООЗ, що викладена у розділі «Пухлини м’яких тканин» До них належать:

PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

1. Пухлини мезенхімального походження. (сполучної тканини, жирової, гладких та посмугованих м'язів, кровоносних та лімфатичних судин, синовіальної, міксоматозної, кісткової і хрящової тканин, неясного походження та інших структур).
2. Пухлини нейрогенного походження (нейрофіброми, нейролемоми, шваноми)..
3. Кісти і тератоми.
4. Пухлини тканин симпатичних нервових гангліїв (гангліонейробластома, симпатобластома, нейробластома).
5. Пухлини гетеротрофних тканин надниркова залоза і хромафінних тканин (рак кори надниркова залоза, нехромафінна парагангліома, парагангліома, феохромоцитома).
6. Новоутворення лімфоїдної системи (лімфома Годжкіна та злоякісна негоджкінська лімфома).
7. Пухлини ембріональних залишків.
8. Пухлини інших ембріональних залишків (тератоми, хордоми).

Всі ці новоутворення відносяться до солідних пухлин, які представлені одним або декількома вузлами. Клінічно проявляються неспецифічним комплексом симптомів в результаті компресії внутрішніх органів, що поступово розвивається.

Шляхи розповсюдження пухлини: пряме проростання, метастазування (лімфогенне, гематогенне), імплантаційний, змішаний шляхи. Проростання відбувається у черевну стінку, тонку та товсту кишку, нирку, підшлункову залозу.

Злоякісні пухлини заочеревинного простору метастазують частіше гематогенним шляхом. Більшість з них мають швидкий інфільтративний ріст, рано дають гематогенні метастази і є надзвичайно злоякісними.

Класифікація пухлин заочеревинного простору за системою TNM ***(2011 р., 7-ме видання)*** **аналогічна клінічній класифікації пухлин м'яких тканин.**

T – надається характеристика первинної пухлини.

N – відображається наявність метастазів у регіонарних лімфатичних вузлах.

M – відображається наявність віддалених метастазів.

G – гістопатологічна градація клітинних елементів пухлини.

Гістологічні типи пухлин

Гістологічний тип пухлини	**МКХ-10 морфологічний код**
ВКЛЮЧЕНІ	
Саркома м'яких тканин альвеоли	**9581/3**
Епітеліоїдна саркома	**8804/3**
Позакісткова хондросаркома	**9220/3**
Позакісткова остеосаркома	**9180/3**
Позакісткова саркома Юїнга	**9260/3**
Примітивна нейроектодермальна пухлина (PNET)	**9473/3**
Фібросаркома	**8810/3**
Лейоміосаркома	**8890/3**
Ліпосаркома	**8850/3**
Злоякісна фіброзна гістіоцитома	**8830/3**
Злоякісна гемангіоперицитома	**9150/3**
Злоякісна мезенхімома	**8990/3**
Нейрофібросаркома	**9540/3**
Рабдоміосаркома	**8900/3**
Синовіальна саркома	**9040/3**
Саркома без додаткових характеристик	**8800/3**
ВИКЛЮЧЕНІ	
Саркома Капоші	
Дерматофібросаркома (вибухаюча)	
Фіброматоз (десМ0їдна пухлина)	

PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Саркома, що росте з твердої мозкової оболонки, головного мозку, порожнинних або паренхіматозних внутрішніх органів (крім саркоми грудної залози)	
Ангіосаркома (агресивна саркома, виключена оскільки її природа не узгоджується із класифікацією)	
Гастроінтестинальна стромальна пухлина (має окрему класифікацію)	

Клінічна класифікація

Первинна пухлина (Т)*

Tx	Первинну пухлину неможливо оцінити
T0	Первинна пухлина не візуалізується
T1	Пухлина 5 см або менше у діаметрі у найбільшому вимірі
T1a	Поверхнева пухлина*
T1b	Глибока пухлина*
T2	Пухлина більше 5 см у діаметрі у найбільшому вимірі
T2a	Поверхнева пухлина*
T2b	Глибока пухлина*

*Примітка: *поверхнева пухлина розташована над поверхневою фасцією без інвазії фасції; глибока пухлина розташована або виключно під поверхневою фасцією; або поверхнево до фасції з інвазією фасції або з проникненням через неї. Позаочеревинні, середостінні та тазові саркоми класифікуються як глибокі пухлини.*

Регіонарні лімфатичні вузли (N)*

Nx Регіонарні лімфатичні вузли неможливо оцінити

N0 Регіонарні лімфатичні вузли без особливостей

N1 Наявні метастази у регіонарні лімфатичні вузли

*Примітка: *регіонарними лімфатичними вузлами є лімфатичні вузли відповідні до місця розташування первинної пухлини. Ураження регіонарних лімфатичних вузлів трапляється рідко і у випадку; коли статус лімфатичних вузлів не оцінений клінічно чи патогістологічно виставляється категорія N/0, а не N/x чи pN/x.*

Віддалені метастази (М)

M0 Віддалені метастази відсутні

M1 Віддалені метастази наявні

Патогістологічна класифікація

Категорії pT та pM відповідають категоріям T та N.

Гістологічна диференціація

Позакісткова саркома Юінга та примітивні нейроектодермальні пухлини класифікуються як пухлини із високим ступенем диференціації. Якщо ступінь не Можна оцінити класифікувати як низький ступінь.

Існує кілька шкал ступенів диференціації. Нижче подано співвідношення між ними.

ТММ-система (2 ступеня)	**3 ступеня**	**4 ступеня**
Низький (low)	G1	G1
		в2
Високий (high)	G2	G3
	G3	G4

PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Групування за стадіями

Стадія	**T**	**N**	**M**	G
IA	**T1a**	N0	M0	Низький ступінь
	T1b	N0	M0	Низький ступінь
IB	T2a	N0	M0	Низький ступінь
	T2b	N0	M0	Низький ступінь
IIA	T1a	N0	M0	Високий ступінь
	T1b	N0	M0	Високий ступінь
IIB	T2a	N0	M0	Високий ступінь
III	T2b	N0	M0	Високий ступінь
	Будь-яке T	N1	M0	Будь-який
IV	Будь-яке T	Будь-яке N	M1	Будь-який

Клініка. Симптоматика злоякісних пухлин заочеревинного простору з'являється іноді досить пізно. Клінічні прояви пухлини обумовлені не самою пухлиною, а відображають втягнення в процес інших органів та систем. У хворих на злоякісні пухлини заочеревинного простору слід розрізняти місцеві та загальні симптоми. Першими, як правило, з'являються місцеві ознаки хвороби.

Пухлини, що розташовані у верхньому поверсі заочеревинного простору, частіше проявляють себе шлунково-кишковим дискомфортом: почуттям болю, переповнення шлунка (швидке насичення), відрижка, нудота і навіть блювота. Пухлини, що розташовані в середньому відділі, викликають стискання товстої кишки, а тому спричиняють кишковий дискомфорт: закрепи, періодичне здуття живота, невизначений тупий біль у животі та інше.

Якщо пухлина локалізується паравертебрально або парасакрально, вона стискає нервові корінці або сусідні кістки, викликаючи больовий синдром. Такий біль локалізується в спині, попереку, з можливою іррадіацією в нижні кінцівки на зразок корінцевого болю та ішіалгій. В таких випадках може випадати больова або тактильна чутливість, іноді з'являються парестезії і рідше – парези. Паравертебральна локалізація злоякісної пухлини може викликати судинні розлади з частковим або повним стисканням венозних стовбурів, яке викликає набряк однієї або обох ніг. Компресія артеріальних магістральних судин супроводжується явищами ішемії нижніх кінцівок або інших органів.

Пухлини, що локалізуються в нижньому поверсі або пресакрально, проявляють себе компресією судин, нервів, а також прямої кишки. Стискання кишок викликає утруднений відхід газів, калу аж до гострої кишкової непрохідності. Тиск на сечовий міхур викликає дизуричні розлади, які виникають в 20-25% випадків.

Ріст пухлини призводить до розвитку різних синдромів:

1. Синдром компресії тонкої та товстої кишки: нудота, блювота, метеоризм, дискомфорт в животі, болі в животі.
2. Синдром стискання нижньої порожнистої вени (КАВА-синдром): набряк нижніх кінцівок, ціаноз слизових оболонок статевих органів, розширення підшкірних вен зовнішніх статевих органів.
3. Синдром компресійного ураження нервів, артеріальних та венозних стовбурів.
4. Синдром компресійного впливу на сечовидільну систему.
5. Синдром гострої кишкової непрохідності.
6. Деформація черевної стінки.
7. Синдром порушення загального стану: загальна слабкість, зниження апетиту, схуднення, підвищення температури тіла, пітливість.

Діагностика. Діагностика неорганних заочеревинних пухлин включає в себе комплекс заходів, починаючи з вивчення анамнестичних даних, лабораторних досліджень, а також результати різних спеціальних методів обстеження (УЗД, КТ, МРТ, пряма ангіографія, МСКТ- ангіографія), морфологічне дослідження (цитологічне, гістологічне), лапароскопія, ретроперитонеоскопія, лапаротомія, визначення онкомаркерів (альфа-фетопротеїн, хоріонічний гонадотропін), імуногістохімічне, імуноцитохімічне дослідження.

PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Основними завданнями цих методів є, з одного боку, уточнення діагнозу в максимально короткі терміни, з іншого – оцінка місцевої поширеності пухлинного процесу для визначення можливості виконання і обсягу передбачуваного оперативного втручання

М'якотканинні ретроперитонеальні пухлини

Ліпосаркома - найбільш часто зустрічається злоякісна пухлина неепітеліального генезу, переважно займає верхню частину заочеревинного простору приниркової області. У момент хірургічного втручання одиночний пухлинний вузол досягає великих розмірів, в окремих випадках ліпосаркома представлена множинними вузлами. Новоутворення цієї локалізації має гірший прогноз, ніж пухлина кінцівок (за даними Enzinger et Winslow): виживання при ліпосаркомі ретроперитонеального простору становить 39%, а кінцівок – 71%. Протягом 10 років для хворих пухлиною такого типу крива виживання падає до 4%.

Ліпома – доброякісна пухлина жирової тканини, добре диференційована. Даний тип зустрічається з частотою трохи меншою, ніж у її попередниці. Вона характеризується тими ж самими клінічними проявами, досягає великих розмірів під час діагностики і теж може бути множинною. Ліпоми заочеревинного простору є атипові або плеоморфними рисами повинні розцінюватися як злоякісні, незважаючи на те, що вони морфологічно добре диференційовані і мають гірший прогноз.

Злоякісна фіброзна гістіоцитома – друга по частоті ретроперитонеальна саркома зі сполучної тканини. Вона представлена добре диференційованими клітинами з домішкою великої кількості пінистих макрофагів і інших запальних клітин, які називаються раніше «ксантогранульоми». Запальний варіант злоякісної фіброзної гістіоцитоми може супроводжуватися лейкоцитозом в периферичної крові.

Лейоміосаркома – пухлина з гладкої мускулатури, третя за поширеністю саркома в цій області. Вона має тенденцію до масивного порожнинного розпаду або кістозної дегенерації.

Надалі слід дотримуватися наступного:

- ретроперитонеальні гладком'язові пухлини, що містять 5 або більше мітозів при високому оптичному дозволі, повинні розглядатися як лейоміосаркома;

- ретроперитонеальні пухлини розміром понад 10 см і некроз пухлинних клітин - розглядати процес як злоякісний навіть при наявності невеликої кількості мітозів.

У цих випадках прогноз, за даними різних авторів, досить поганий: 85% хворих помирають протягом 2 років з моменту встановлення діагнозу.

Лейоміома - доброякісна пухлина, яка розвивається з глад-кою мускулатури. Згідно з даними декількох досліджень, лейоміома заочеревинного простору не існує самостійно і є органної лейоміомою сечоводу.

Рабдоміосаркома представлена лише двома гістологічними типами: ембріональним і альвеолярним. Вони зустрічаються рідко і їх виділяють тільки у дітей і підлітків. Проте, рабдоміосаркома може зустрітися в будь-якому органі і системі за винятком головного мозку і кісток скелета. Хворі рабдоміосаркома мають поганий прогноз.

Диференціальний діагноз у дітей слід проводити з цілим рядом дрібноклітинних пухлин, а саме позаскелетною саркомою Юїнга, злоякісною лімфомою, нейробластомою, периферичною нейроепітеліомою, а також паравертебральною круглоклітинною пухлиною, котра визначається з топографічних структурних відносин і представляє собою пухлину гомологічну до круглоклітинної пухлини легенів і середостіння. Відмінності між цими варіантами дуже важкі для діагностики, в кожному конкретному випадку мають свої особливості навіть після ультраструктурного імуногістохімічного аналізу.

Комплексна терапія рабдоміосаркоми забезпечує пухлинну відповідь лише на 50%. У дослідженні Міжнародного комітету з вивчення рабдоміосаркоми з 101 м'якотканинних сарком 30% класифіковані як недиференційовані.

З практичних позицій ситуація з проведенням диференційованого діагнозу зводиться до наступного: є дві пухлини з виразним прогнозом і відмінностями в підході до лікування. До цієї групи належать нейробластоми і злоякісні лімфоми.

PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Очевидно, що більшість паравертебральних круглоклітинних пухлин, злоякісних дрібноклітинних, пухлин торакопульмональної зони і саркома Юїнга є прикладами периферичних нейроепітеліом.

Для ембріональної рабдоміосаркома, позаскелетної саркоми Юїнга, периферичної нейроепітеліоми, паравертебральної круглоклітинної пухлини, злоякісної круглоклітинної пухлини легенів/середостіння – терапевтичний підхід до лікування один і той же.

Рабдоміома - практично не існує пухлина цієї локалізації, проте доведені випадки, коли типові для рабдоміоми ознаки можуть мати місце у новонароджених.

Фіброматоз може зустрічатися в поєднанні з медіастинальним компонентом.

В даному випадку на противагу ідіопатичному ретроперитонеальному фіброзу має місце різко виражений запальний компонент.

Фібросаркома – одна з рідкісних пухлин заочеревинного простору. Більшість випадків, описаних в літературі, як от фібросаркома при перегляді виявилися ліпосаркомою, лейоміосаркомою або злоякісною гістіоцитомою.

Пухлини судинного генезу – гемангіома, гемангіоперицитома, лімфангіома, лімфангіоміома і ангіосаркома.

Пухлини периферичних нервів майже завжди доброякісні. Вони не так поширені в заочеревинному просторі, як в середостінні. Добре описані неврилемома і нейрофіброми. Злоякісна шваннома може залучати безпосередньо кістку і давати віддалені метастази.

Синовіальна саркома, альвеолярна м'якотканинна саркома і позаскелетна остеосаркома можуть також бути розглянуті як первинні ретроперитонеальні пухлини.

Заочеревинні неорганні пухлини відносяться до глибоко розміщених новоутворень і є окремим випадком пухлин м'яких тканин.

Лікування. ***I стадія:*** виконується хірургічне радикальне видалення в межах здорових тканин з лімфодисекцією. При протипоказаннях до операції проводиться хіміопроменева терапія.

II стадія: хірургічне радикальне видалення в межах здорових тканин з лімфодисекцією; при ураженні сусідніх органів та тканин – комбіновані операції з резекцією уражених органів та тканин. При парагангліомах та нейрогенних саркомах – передопераційна поліхіміотерапія або хіміопроменеве лікування з післяопераційним променевим та хіміотерапевтичним лікуванням. Симпатогоніоми та гангліонейробластоми – передопераційна крупно-фракційна променева терапія. При герміногенних пухлинах – передопераційна та післяопераційна поліхіміотерапія. При хондро-, фібро-, ліпосаркомах – хірургічний метод; при ангіо-, лейоміосаркомах, гемангіоперіцитомах – комплексне лікування. При протипоказаннях до операції – хіміопроменева терапія.

IIIстадія: неоад'ювантна поліхіміотерапія і/або променева терапія + хірургічне радикальне видалення в межах здорових тканин з лімфодисекцією; при ураженні сусідніх органів та тканин – комбіновані операції з резекцією уражених органів та тканин з можливим післяопераційним хіміопроменевим лікуванням. При парагангліомах та нейрогенних саркомах – передопераційна поліхіміотерапія або хіміопроменеве лікування з післяопераційним променевим та хіміотерапевтичним лікуванням. Симпатогоніоми та гангліонейробластоми – передопераційна крупнофракційна променева терапія. При герміногенних пухлинах – передопераційна та післяопераційна поліхіміотерапія. При хондро-, фібро-, ліпосаркомах – хірургічний метод; при ангіо-, лейоміосаркомах, гемангіоперіцитомах – комплексне лікування. При протипоказаннях до операції – хіміопроменева терапія.

IV стадія: паліативна хіміопроменева терапія, симптоматичне лікування, у т.ч. симптоматичні операції.

Хіміотерапевтичні препарати, які використовуються для лікування пухлин заочеревинного простору: фторурацил, гемцитабін, цисплатин, карбоплатин, паклітаксел, етопозид, вінорельбін, циклофосфамід, метотрексат.

Прогноз. При доброякісних пухлинах – сприятливий; при злоякісних – несприятливий.

PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Рекомендована література

Основна

1. *Атлас онкологических операций Под ред. В.И. Чиссова, А.Х. Трахтенберга, А.И. Пачеса. ГЭОТАР-Медиа, 2008 – 624 с.* https://www.studmed.ru/chissov-vitrahtenberg-ah-paches-ai-red-atlas-onkologicheskih-operaciy_e41164afda7.html
2. *Білинський Б.Т. Медичні помилки в онкології. Львів: Афіша, 2013. –324 с.* https://www.twirpx.com/file/1832133/
3. *Бондар Г. В., Попович О. Ю., Думанський Ю. В., Яковець Ю. І. та ін. Лекції з клінічної онкології. Том 1; Том 2. – Донецьк, 2006-7. – 442 с.*
4. *Онкологія: Підручник – 3-те видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білинський, Н. А.Володько, А. І. Гнатишак, О. О. Галай та ін.; За ред. Б. Т. Білинського – К. Здоров'я, 2004, 2007 – 528 с.* http://booksshare.net/index.php?id1=4&category=med&author=bilinskiy-bt&book=2004
5. *Онкологія: підручник / Ю. В. Думанський, А. І. Шевченко, І. Й. Галайчук, ...та ін. ; за ред. Г. В. Бондаря, А. І. Шевченка, І. Й. Галайчука. — 2-е вид., переробл. та допов. — К. : ВСВ «Медицина», 2019. — 520 с.* http://kingmed.info/media/book/5/4093.pdf
6. *Онкологія: Вибрані лекції з клінічної онкології / За ред. Г. В. Бондаря, В. С. Антіпової. Луганськ, ВАТ „Луганська обласна друкарня". 2009. – 589 с.*
7. *Попович О.Ю. Рак підшлункової залози. Вибрані лекції з клінічної онкології. За редакцією Бондаря Г.В. та Антіпової С.В. – Луганськ, 2009 рік. – С.350-379.*
8. *Вашакмадзе Л.А., Чемерисов В.В., Бутенко А.В. Неорганные забрюшинные опухоли. Онкология. Национальное руководство. – М.: Геотар-Медиа, 2008. – С. 739-748.*
9. *Шевченко А.І., Попович О.Ю., Колесник О.П. Онкологія. (Електронний підручник). – Запоріжжя: ЗДМУ, 2009. – 309 с.*

Додаткова

1. *Радіологія (Променева діагностика та променева терапія.) / За заг. ред. М. М. Ткаченка. К.: Книга плюс, 2011. – 719 с.*
2. *Рак в Україні,: захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби /За ред. С. О. Шалімова. Бюлетень національного канцер-реєстру України. (дивитися щорічні №№ 20-21 бюлетенів)*
3. *Путов Н.В. и др. Рак поджелудочной железы. – СПб.: Питер, 2005. – 395 с.*
4. *Руководство по онкологии. Под редакцией В.К Чиссова, С.Л. Дарьяловой. – Москва, 2008.*
5. *Шанин А.П. Забрюшинные опухоли. Государственное издательство медицинской литературы. – Ленинград, 1972. – 176 с.*

Матеріали для самоконтролю

Теоретичні запитання

1. Епідеміологія та розповсюдженість пухлин заочеревинного простору в Україні та світі.
2. Етіологія, фактори ризику, передракові захворювання у виникненні пухлин заочеревинного простору. Лікарська тактика.
3. Патоморфологія пухлин заочеревинного простору: гістологічна класифікація, шляхи розповсюдження та метастазування.
4. Класифікація по системі TNM пухлин заочеревинного простору.
5. Основні клінічні симптоми та синдроми пухлин заочеревинного простору.
6. Вкажіть основні та спеціальні методи діагностики пухлин заочеревинного простору.
7. Диференціальна діагностика пухлин заочеревинного простору з іншими захворюваннями черевної порожнини.
8. Хірургічне лікування хворих з пухлинами заочеревинного простору з різними стадіями захворювання.
9. Променеве та хіміотерапевтичне лікування хворих з пухлинами заочеревинного простору.
10. Прогноз при пухлинах заочеревинного простору, методи первинної та вторинної профілактики.

PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Тестові завдання

Тест № 1 (α=1). Виберіть самий інформативний рентгенологічний метод діагностики пухлин заочеревинного простору:

1) ультразвукове дослідження; 2) оглядова рентгенографія ОЧП; 3) комп'ютерна томографія; 4) позитронно-емісійна томографія; 5) позитронно-емісійна комп'ютерна томографія.

Тест № 2 ***(α=1).*** Найефективніший метод лікування пухлини заочеревинного простору:

1) хіміотерапевтичний; 2) гормонотерапевтичний; 3) хірургічний; 4) рентгено-терапевтичний; 5) телегамма-терапія.

Тест № 3 ***(α=1).*** Назвіть пухлину заочеревинного простору, не чутливу до хіміотерапії:
1) рабдоміосаркома; 2) гангліобластома; 3) ангіосаркома; 4) некласифікована; 5) недиференційована.

Тест № 4 (α=2). Хворому Д., 56 років, при підозрі на заочеревинну пухлину призначено додаткове обстеження. Який з інструментальних методів дослідження є найбільш ефективним для оцінки місцевого розповсюдження пухлинного процесу?

1) ультразвукове дослідження; 2) ангіографічне дослідження; 3) екскреторна урографія; 4) рентгеноконтрастне дослідження шлунково-кишкового тракту; 5) оглядова рентгенографія органів черевної порожнини.

Тест № 5 (α=2). Який операційний доступ треба використовувати при операціях у хворих із пухлинами заочеревинного простору?

1) черезочеревинний доступ; 2) позадуочеревинний доступ; 3) торако-абдомінальний доступ; 4) черевно-промежинний доступ; 5) усі доступи застосовуються з однаковою частотою.

Ситуаційні задачі

Задача № 1 (α=2). Хворий Г., 65 років, пред'являє скарги на підвищення температури, зменшення маси тіла, набряки на лівій нижній кінцівці. Зазначені скарги з'явилися 4 місяці тому.

Завдання: які методи додаткового інструментального обстеження будуть найбільш інформативні в даному випадку?

Задача № 2 (α=2). Хворий Ш., 59 років, 3 роки тому одержував комбіноване лікування (оперативне і променеве) з приводу ліпосаркоми заочеревинної ділянки зліва. Наразі при виконанні контрольної комп'ютерної томографії в заочеревинному просторі зліва визначається утворення, до 4 см в діаметрі, не пов'язане з навколишніми органами.

Завдання: визначте діагноз.

Задача № 3 (α=2). Хворій Н., 48 років, призначено проведення променевої терапії з приводу заочеревинної неорганної пухлини.

Завдання: назвіть показання для проведення променевої терапії.

Задача № 4 (α=3). Хворий Д., 54 років, прийшов на прийом до хірурга зі скаргами на утруднене болісне сечовипускання. При пальцевому дослідженні прямої кишки передміхурова залоза не збільшена, звичайних пальпаторних властивостей. При ультразвуковому дослідженні заочеревинного простору виявлена пухлина, до 15 см у діаметрі, яка інтимно прилягає до правого сечовода.

Завдання 1: чим у такому випадку обумовлена клінічна картина?

Завдання 2: назвіть методи точної діагностики, які можна застосувати для діагностики цього захворювання.

Завдання 3: визначте тактику лікування хворого.

Задача № 5 (α=3). Хворий Ф., 63 років, скаржиться на відчуття важкості, дискомфорт у верхніх відділах черевної порожнини, підвищення температури тіла до субфебрильних цифр, загальну слабкість, втомлюваність. При ультрасонографії встановлена наявність пухлини у верхніх відділах заочеревинного простору.

Завдання 1: назвіть методи забору матеріалу для морфологічної верифікації пухлини.

Завдання 2: назвіть захворювання, з якими необхідно проводити диференцій- ну діагностику.

PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Завдання 3: назвіть показання для проведення самостійної променевої терапії пухлин заочеревинного простору.

PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com