

p-ISSN 0023 - 2130
e-ISSN 2522 - 1396

Том 88, № 9 - 10
вересень/жовтень 2021

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

науково-практичний журнал

Заснований у червні 1921 р.

Ліга-Інформ

Передплатний індекс 74253

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

Том 88, № 9-10 (вересень-жовтень) 2021

Двомісячний науково—практичний журнал
(спеціалізоване видання для лікарів)
Заснований у червні 1921 р.

Головний редактор

О. Ю. УСЕНКО

Заступники головного редактора

С. А. АНДРЕЄЩЕВ, М. В. КОСТИЛЕВ

Редакційна колегія

L. ANGRISANI (Італія), J. BENEDIK (Німеччина),
Л. С. БІЛЯНСЬКИЙ, С. О. ВОЗІАНОВ,
M. FRIED (Чеська Республіка), H. FRIESS (Німеччина),
В. Г. ГЕТЬМАН, О. І. ДРОНОВ, Г. П. КОЗИНЕЦЬ,
В. М. КОПЧАК, О. Г. КОТЕНКО, А. С. ЛАВРИК,
В. В. ЛАЗОРИШИНЕЦЬ, І. А. ЛУРІН,
J. MELISSAS (Греція), С. І. САВОЛЮК, А. В. СКУМС,
І. П. ХОМЕНКО, В. І. ЦИМБАЛЮК, R. WEINER (Німеччина)

Редакційна рада

В. П. АНДРЮЩЕНКО, Я. С. БЕРЕЗНИЦЬКИЙ,
В. В. БОЙКО, М. М. ВЕЛІГОЦЬКИЙ,
Б. С. ЗАПОРОЖЧЕНКО, М. П. ЗАХАРАШ
І. В. ІОФФЕ, П. Г. КОНДРАТЕНКО,
І. А. КРИВОРУЧКО, В. І. ЛУПАЛЬЦОВ,
О. С. НИКОНЕНКО, В. В. ПЕТРУШЕНКО,
В. І. РУСИН, А. І. СУХОДОЛЯ,
Я. П. ФЕЛЄШТИНСЬКИЙ, С. Д. ШАПОВАЛ,
С. О. ШАЛІМОВ, І. М. ШЕВЧУК

Редактор В. М. МОРОЗ

Коректор О. П. ЗАРЖИЦЬКА

Включений

до Переліку наукових фахових видань України
(Наказ МОН № 1301 від 15.10.2019)

Категорія "Б"

Свідоцтво про державну реєстрацію:
серія КВ № 22539-12439ПР від 20.02.2017

Адреса редакції

03126, м. Київ, вул. Героїв Севастополя, 30
Тел./факс +38 044 408 18 11
e – mail: info@hirurgiya.com.ua
new.article@hirurgiya.com.ua

Видавець

ТОВ «Ліга—Інформ»
03126, м. Київ, вул. Героїв Севастополя, 30
Тел./факс (044) 408 18 11

Друк

ТОВ «ЛазуритПоліграф»
Підписано до друку 28.11.2021
Формат 60 × 90/8. Друк офсетний.
Папір крейдований матовий.
Ум. друк. арк. 13. Обл. вид. арк. 12,68
Наклад 1000 прим. Замов. 72

Передплатний індекс 74253

Редакція не завжди поділяє думку авторів статті.

Відповідальність за достовірність інформації,
наведеної у статті, несуть її автори.

Розмноження у будь-якій формі матеріалів,
опублікованих у журналі, можливе тільки
з письмового дозволу редакції.

Відповідальність за зміст
рекламних матеріалів несе рекламодавець.

© Клінічна хірургія, 2021
© Ліга — Інформ, 2021

ЗМІСТ

ПРОБЛЕМИ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

- Дронов О. І., Левченко Л. В.**
Передопераційна біліарна декомпресія у пацієнтів з обтураційною жовтяницею пухлинного генезу, ускладненою холангітом, та її вплив на розвиток післяопераційних ускладнень 3-10
- Агаєв Р. М., Мамедов А. А., Идрисов Ф. С., Искандаров Э. А., Алиева Э. А.**
Изменение параметров синдрома системного воспалительного ответа на ранних стадиях осложненного острого панкреатита 11-15
- Маєсєдов С. Д., Андрєсєв С. А.**
Морфологічний моніторинг стану стравоходу як основа диспансерного спостереження хворих з ахалазією кардії після хірургічної езофагокардіоміотомії 16-20
- Маєстний Є. М.**
Особливості використання денситометричних показників комп'ютерної томографії при лікуванні перфоративного туберкульозу легень 21-26
- Кот А. О.**
Удосконалений принцип герніоабдомінопластики в лікуванні хворих з парагерніальними надлишками тканин 27-32
- Гуменюк К. В., Прохоренко Г. А., Трутяк І. Р., Соболь І. П.**
Особливості хірургічної тактики при пораненнях і травмах товстої кишки в умовах ведення бойових дій 33-37
- Кириченко М. І., Біляєв А. В., Давиденко Н. Г., Бичкова А. О., Сторожук О. В.**
Метод дистанційного прекондиціонування та результати його використання при трансплантації нирки від живого родинного донора 38-43
- Русин В. І., Бойко С. О., Русин В. В., Горленко Ф. В., Бойко С. Ш. С., Сима О. В.**
Хірургічне лікування лейоміосаркоми нижньої порожнистої вени 44-51
- Жернов О. А., Козинець Г. П.**
Реконструкція післяопікових деформацій обличчя з використанням розтягнутих клаптів 52-55
- Костенко А. А.**
Хірургічне лікування ускладнень реконструктивних операцій у пацієнтів з тубулярними грудьми II типу 56-61
- Мищенко В. В., Пустовойт П. І., Вододюк Р. Ю., Велічко В. В.**
Лапароскопічна холецистектомія у хворих з COVID-19 та в постковідному періоді 62-66

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

- Терехов Г. В., Гиндич О. А., Савицька І. М., Кости́лев М. В., Симулик Є. В., Чухраєв М. В.**
Порівняння впливу різних способів застосування збагаченої тромбоцитами плазми крові на загоювання опікових та скальпованих ран в експерименті 67-72

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

- Чуклін С. М., Чуклін С. С., Бариліяк Р. В.**
Синдром роз'єднаної панкреатичної протоки. Частина 1. Діагностика 73-79
- Зацаринний Р. А.**
Аналіз сучасних методів анальгезії при обширній резекції печінки 80-85
- Король П. О., Усенко О. Ю., Кости́лев М. В., Щербіна О. В.**
Діагностична модель сторожових лімфатичних вузлів: сучасна концепція ядерної медицини в хірургічній практиці 86-94

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

- Захаричев В. Д., Гордійчук П. І., Гордійчук М. П.**
Первинні синовіальні саркоми середостіння 95-98
- Лаврик А. С., Дмитренко О. П., Кропельницький В. О., Литвинчук Г. М.**
Дуплікаційна кіста шлунка 99-101
- Ляховський В. І., Сидоренко А. В., Немченко І. І., Городова-Андрєєва Т. В., Савчук П. В., Фурман Д. Д.**
Тубулярна аденома тонкої кишки 102-104

ISSN 0023—2130 (Print)
ISSN 2522—1396 (Online)

Association of Surgeons of Ukraine"
O. O. Shalimov National Institute
of Surgery and Transplantology

KLINICHNA KHIRURHIIA

Vol 88, Issue 9-10 (September/October) 2021

Bimonthly Scientific and Practical Magazine
(specialist edition for doctors)
Founded in June 1921

Editor in Chief
O. USENKO

Vice-editors
S. ANDREIESHCHEV, M. KOSTYLIEV

Editorial board
L. ANGRISANI (Italy), J. BENEDIK (Germany),
L. BILIANSKIY, S. VOZIANOV,
M. FRIED (Czech Republic), H. FRIESS (Germany),
V. HETMAN, O. DRONOV, H. KOZYNETS,
V. KOPCHAK, O. KOTENKO, A. LAVRYK,
V. LAZORYSHYNETS, I. LURIN, J. MELISSAS, (Greece),
S. SAVOLYUK, A. SKUMS, I. KHOMENKO,
V. TSYMBALIUK, R. WEINER (Germany)

Editorial team
V. ANDRIUSHCHENKO, Ya. BEREZNYTSKYI,
V. BOIKO, M. VELIHOTSKYI,
M. ZAKHARASH, B. ZAPOROZHCHENKO,
I. IOFFE, P. KONDRATENKO,
I. KRYVORUCHKO, V. LUPALTSOV,
O. NYKONENKO, V. PETRUSHENKO,
V. RUSYN, A. SUKHODOLIA, Ya. FELESHTYNSKYI,
S. SHALIMOV, S. SHAPOVAL, I. SHEVCHUK

Certificate of state registration of print media
Series KB No. 22539-12439PP/20.02.17

Included in the list of scientific publications
in Ukraine specialized in medicine and biology
(Decree of Ministry of Education and Science
of Ukraine No. 1301/15.10.2019)

Publisher allows authors to retain
their copyrights.
No part of the publications may be reproduced
without prior permission of the Publisher.

All authors take public responsibility
for the content presented in the manuscript.

All advertisements are published
on the warranty of the agency and advertiser
that both are authorized to publish
the entire contents and subject matter
of the advertisement.

© Klinichna khirurhiia, 2021
© Liga — Inform, 2021

CONTENS

GENERAL PROBLEMS OF SURGERY

- Dronov O. I., Levchenko L. V.**
Preoperative biliary decompression in patients, suffering tumorigenic obturation jaundice, complicated by cholangitis, and its impact on development of postoperative complications 3-10
- Agayev R. M., Mammadov A. A., Idrisov F. S., Iskandarov E. A., Aliyeva E. A.**
The changes of parameters of the systemic inflammatory answer syndrome on early stages of complicated acute pancreatitis 11-15
- Myasoyedov S. D., Andreieshchev S. A.**
Morpho-functional monitoring of the esophagus status as the base for the dispenser observation in the patients with achalasia of cardia after surgical esophagocardiomyotomy 16-20
- Mayetniy E. M.**
Peculiarities of application of the CT densitometric indices in the treatment of perforative pulmonary tuberculosis 21-26
- Kot A. O.**
The improved principle of hernioabdominoplasty in treatment of the patients, suffering parahernial surplus of tissues 27-32
- Gumeniuk K. V., Prokhorenko G. A., Trutyak I. R., Sobol I. P.**
Peculiarities of surgical tactics in woundings and traumas of large bowel in the fighting environment 33-37
- Kyrychenko M. I., Bilyayev A. V., Davydenko N. G., Bychkova A. O., Storozhuk O. V.**
The method of distant preconditioning and results of its application in renal transplantation from the living family donor 38-43
- Rusin V. I., Boiko S. O., Rusin V. V., Gorlenko F. V., Boiko S. Sh. S., Syma O. V.**
Surgical treatment of the inferior vena cava (IVC) leiomyosarcoma 44-51
- Zhernov O. A., Kozynets G. P.**
Reconstruction of post-burn facial deformities, using stretched flaps 52-55
- Kostenko A. A.**
Surgical treatment of complications of reconstructive operations in women-patients with tubular breasts of Type II 56-61
- Mishchenko V. V., Pustovoit P. I., Vododiuk R. Yu., Velichko V. V.**
Laparoscopic cholecystectomy in patients with COVID-19 and in a postcovid period 62-66

EXPERIMENTAL INVESTIGATIONS

- Terehov G. V., Hyndych O. A., Savytska I. M., Kostylev M. V., Symulyk E. V., Chukhraiev M. V.**
Comparison of impact of various application methods for the blood plasm, enriched by the thrombocytes, on healing of the burn and scalped wounds in experiment 67-72

REVIEWS

- Chooklin S., Chuklin S., Barylyak R.**
Syndrome disconnected pancreatic duct. Part 1. Diagnostics 73-79
- Zatsarynnyi R. A.**
Analysis of modern methods of analgesia in wide hepatic resection 80-85
- Korol P. O., Usenko O. Yu., Kostylev M. V., Shcherbina O. V.**
Diagnostic pattern of sentinel lymphatic nodes: modern paradigm of nuclear medicine in surgical practice 86-94

BRIEF COMMUNICATIONS

- Zakharychev V. D., Gordiichuk P. I., Gordiichuk M. P.**
Primary synovial mediastinal sarcomas 95-98
- Lavryk A. S., Dmytrenko O. P., Kropelnyskyi V. O., Lytvynchuk**
Gastric duplication cyst 99-101
- Liakhovskiy V. I., Sydorenko A. V., Nemchenko I. I., Gorodova-Andreeva T. V., Savchuk P. V., Furman D. D.**
Tubular adenoma of the small intestine

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

Klinichna khirurgiia. 2021 September/October; 88(9-10):95-98.
DOI: 10.26779/2522-1396.2021.9-10.95

Первинні синовіальні саркоми середостіння

В. Д. Захаричев, П. І. Гордійчук, М. П. Гордійчук

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ

Primary synovial mediastinal sarcomas

V. D. Zakharychev, P. I. Gordiichuk, M. P. Gordiichuk

Shupyk National University of Healthcare of Ukraine, Kyiv

Злоякісні сполучнотканинні пухлини у класифікації мають загальну назву «саркоми м'яких тканин», яка об'єднує різні за морфологічними ознаками пухлини [1]. Через численні морфологічні форми цих пухлин встановлення гістологічного діагнозу значно утруднене, особливо при низькій диференціації пухлинних клітин, коли практично неможливо визначити первинну тканину новоутворення [1, 2]. Синовіальні саркоми походять з плюрипотентних мезенхімальних клітин, здатних до дивергентного диференціювання [3, 4]. Вони найчастіше виникають із глибоких м'яких тканин кінцівок і становлять 5 – 10% усіх сарком м'яких тканин [2, 5, 6]. Синовіальні саркоми середостіння зустрічаються досить рідко, часто їх помилково приймають за інші новоутворення, що більш поширені в цьому місці. До цього призводить відсутність органоспецифічних характеристик або патогномічних клінічних проявів [7 – 10]. За морфологією синовіальні саркоми поділяються на монофазні, двофазні і малодиференційовані варіанти, що ще більше ускладнює діагностичний процес. Монофазні пухлини характеризуються монотонною, висококлітинною проліферацією веретеноподібних клітин. Патологічний діагноз синовіальної саркоми залишається складним завданням, тому що нерідко спостерігається збіг її гістологічного типу з гістологічними типами інших пухлин. В ідеалі розпізнавання хвороби повинне ґрунтуватися на комбінації результатів стандартного морфологічного дослідження, ідентифікації хромосомної транслокації t (X; 18) і панелі імуногістохімічних маркерів. Останні досягнення в області імуногістохімічних і молекулярних методів дали корисні дані для підтвердження діагнозу і відмінності цих пухлин від інших новоутворень середостіння [10]. Синовіальні саркоми середостіння можуть виникати у людей будь-якого віку, але частіше їх виявляють на четвертому десятилітті життя серед чоловіків [8 – 13]. Крім м'яких тканин, синовіальні саркоми виникають у більшості анатомічних ділянок, включаючи грудну порожнину. Більшість внутрішньогрудних пухлин локалізується в плеврорегеневій системі і рідко – в середостінні [9 – 13].

У найбільшій на сьогодні серії, в якій було зареєстровано 21 спостереження, частота синовіальних сарком середостіння становила 11,2% від усіх синовіальних сарком грудної порожнини [11]. Попри широкий спектр симптомів, більшість пацієнтів скаржаться на біль у грудях або плечі, задишку, кашель і перикардіальний випіт. Синовіальні саркоми середостіння можуть локалізуватися в будь-якому відділі середостіння, найчастіше – в передньому, менш часто – у задньому середостінні, в середньому і верхньому його відділах [10, 11, 13]. Рентгенологічні прояви синовіальних сарком середостіння неспецифічні і часто не відрізняються від рентгенологічних проявів інших новоутворень середостіння. На рентгенограмах грудної порожнини пухлини мають вигляд патологічної тіні з чітко окресленими контурами або нечіткого інфільтративного ураження.

S. Suster, C. A. Moran [10] описали спостереження за 15 пацієнтами з первинними новоутвореннями середостіння з гістопатологічними, імуногістохімічними і ультраректюрними особливостями синовіальної саркоми. Вік пацієнтів становив від 3 до 83 років, співвідношення кількості чоловіків до кількості жінок – 2:1. У 9 хворих новоутворення локалізувалися в передньому середостінні, супроводжувалися болем у грудях, задишкою і плевральним випотом, у 6 – паравертебрально в задньому середостінні, відмічалися біль у шії або спині і плевральний випіт. Пухлини мали розміри від 5 до 20 см у найбільшому діаметрі. Імуногістохімічні дослідження показали вогнищеву позитивність пухлинних клітин щодо цитокератину і/або антигену епітеліальних мембран та сильну позитивність щодо віментину і bcl-2 в клітинах веретена в усіх вивчених спостереженнях (10 із 10). У 8 спостереженнях також була виявлена вогнищева позитивність щодо CD99. У 9 пацієнтів було виконане повне хірургічне видалення, у 2 – часткове висічення з наступною променевою терапією. У 4 пацієнтів пухлини були нерезектабельні, їм проведена тільки променева терапія. Клінічне спостереження було доступне за 5 пацієнтами, воно показало місцевий рецидив з метастазами в легені, лімфатичні

взули й епідуральний простір у терміни від 1 до 3 років у 4 пацієнтів, метастази в печінку і смерть внаслідок прогресування пухлини через 6 міс у 1 пацієнта.

Під нашим спостереженням перебували 5 пацієнтів (4 чоловіки і 1 жінка віком від 28 до 63 років) з верифікованою синовіальною саркомою середостіння. Пухлини локалізувалися в передньому середостінні: у 3 пацієнтів – у верхньому, у 2 – в середньому його відділах. Усі пацієнти були оперовані радикально, троє – після трьох циклів неoad'ювантної хіміотерапії з використанням доксорубіцину (60 – 75 мг/м²) й іфосфаміду (7,5 – 9 г/м²). Застосовано комбінацію препаратів, які становлять першу лінію терапії синовіальної саркоми і дають кращі результати при заданеному захворюванні, ніж інші схеми хіміотерапії.

Наводимо спостереження.

Хворий П., 28 років, госпіталізований у клініку з підозрою на пухлину середостіння. Скаржився на больові відчуття в лівій половині грудної клітки. Рентгенологічне дослідження органів грудної порожнини: зліва починаючи від переднього відрізка II ребра визначається затемнення неправильної форми, з чіткими нерівними контурами, яке зливається з тінню серця і лівим куполом діафрагми, без явної пульсації (рис. 1). Серце дещо зміщене вправо. При диханні зміщується незначно. У бічній проекції патологічна тінь нашаровується на тінь перикарда, виходить за його межі, займає майже всю нижню частину середостіння. На кімограмі пульсаторні зубці по контуру тіні не простежуються.

Висновок: пухлина середостіння, однак не можна виключити пухлину серця.

При медіастинальній флебографії і комп'ютерній томографії (КТ) – ангіографії встановлено, що медіастинальні вени не змінені, стовбур лівої легеневої артерії зміщений догори, сегментарні і субсегментарні гілки зближені, нижня частка легені аваскуляризована. Контрастування камер серця: змін не виявлено.

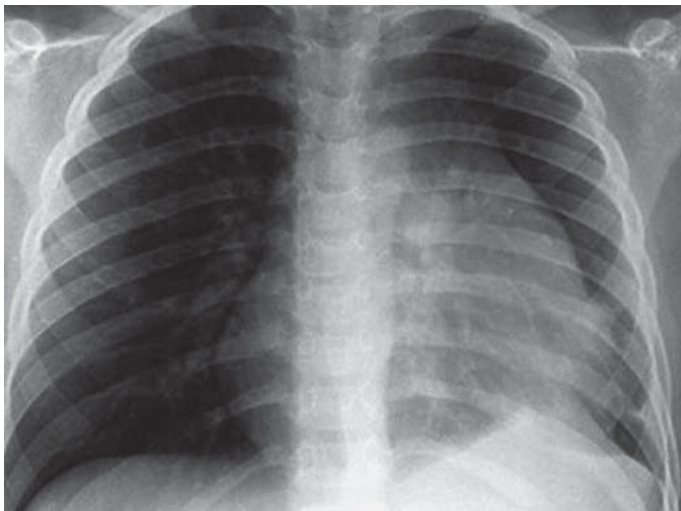


Рис. 1.
Рентгенологічне дослідження органів грудної порожнини (пояснення в тексті).

Ангіографічна картина свідчила про пухлину середостіння (рис. 2).

Виконана операція. З бічного доступу по п'ятому міжребер'ю розкрита ліва плевральна порожнина. Виявлена велика пухлина, що заповнювала дві третини плевральної порожнини, легко кровоточила, вросла в обидві частки легені, перикард і діафрагму. Спроба виділити пухлину завершилася її розкриттям, і з'ясувалося, що вона має порожнину, заповнену темною кров'яною рідкою масою. Широко розсічені перикард і частина діафрагми. Пухлина видалена разом з лівою легенею. Дефект у діафрагмі зашитий. Виконана пластика дефекту перикарда клаптом парієтальної плеври на ніжці.

Макропрепарат: велика саркомоподібна пухлина неправильної форми, розпадається, проростає перикард, легені, плевру і діафрагму.

Результати гістологічного дослідження пухлини: візуалізується щільне розростання веретеноподібних клітин (рис. 3). Імуногістохімічно пухлина була дифузно позитивною щодо віментину і bcl-2. Ці ознаки свідчили про наявність низькодиференційованої монофазної синовіальної саркоми (G2).

Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. Хворий виписаний додому в задовільному стані. Через 6 міс звернувся в поліклініку інституту зі скаргами на дисфагію і біль в міжлопатковій області. При рентгенологічному дослідженні стравоходу виявлено його нерівномірне звуження у верхній і середній третинах. При езофагоскопії на рівні 20 см від різців визначається звуження про світлу внаслідок здавлення ззовні. Слизова оболонка стравоходу на всій протяжності не змінена. Діагностовано метастази пухлини в лімфатичні вузли заднього середостіння, у зв'язку з чим проведено три цикли хіміотерапії іфосфамідом і доксорубіцином.

Після хіміотерапії пацієнта спостерігали впродовж 3 років.

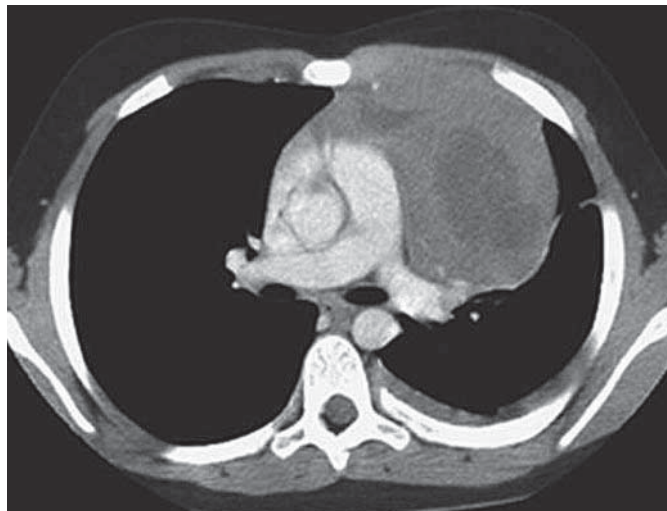


Рис. 2.
КТ грудної порожнини: патологічне утворення в передньому середостінні прилягає до лівої межі серця.

У процесі спостереження в терміни до 5 років серед пацієнтів, яким було проведено комплексне лікування з неoad'ювантною хімотерапією, у 2 не виявлено рецидивів і віддалених метастазів, у 1 пацієнта рецидив і множинні метастази виявлені через 3 роки. Серед пацієнтів, яким було проведено лише хірургічне лікування, діагностовано метастази: у 1 – через 6 міс у лімфатичні вузли заднього середостіння, у 1 – через 11 міс у легені.

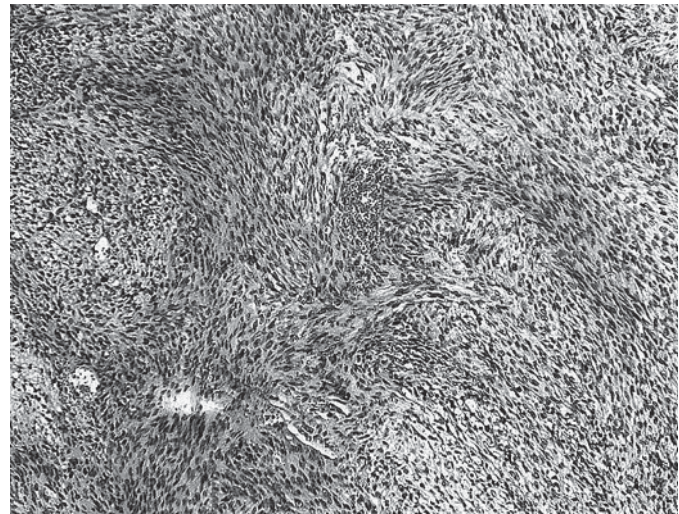
Багато авторів характер пухлинного росту і прогноз лікування пов'язують із гістологічним різновидом синовіальної саркоми [6, 7]. У нашому спостереженні веретеноклітинний тип синовіальної саркоми характеризувався вираженим злоякісним перебігом, що проявилось у швидкому прогресуванні і ранньому метастазуванні після радикального висічення пухлини. Оптимальним вибором лікування для пацієнтів із синовіальною саркомою середостіння слід вважати комплексне лікування з радикальним видаленням пухлини як єдиним фактором поліпшення виживаності [14]. Неoad'ювантну хімотерапію і променеву терапію варто розглядати у пацієнтів з перспективно резектабельним неметастатичним захворюванням з можливістю планувати хірургічне втручання. На більш пізніх стадіях захворювання слід розглядати комплексне лікування, яке включає хірургічне втручання, променеву терапію і системну хімотерапію.

Хімотерапія, особливо високі дози іфосфаміду з доксорубіцином або без нього, можуть призначатися неоперабельним пацієнтам [15]. На думку F. C. Eilber, S. M. Dry [5], ад'ювантну хімотерапію і променеву терапію слід розглядати як частину комплексного підходу у всіх пацієнтів.

Незважаючи на використання мультимодального лікування, прогноз для пацієнтів із синовіальною саркомою середостіння залишається поганим. Так, 5-річна виживаність в описаній групі становила 35,7%, тоді як у хворих із локалізацією пухлин на кінцівках – 50 – 80%. [6, 10 – 12, 14, 16]. Ймовірно, це пов'язано з результатами лікування місцево поширених, великих пухлин, складністю досягнення R_0 при проведенні хірургічного лікування через залучення в процес життєво важливих анатомічних структур та високою частотою визначення низькодиференційованого підтипу.

Висновки

Синовіальна саркома – злоякісне захворювання, яке часто локалізується на кінцівках у молодих людей, але може виникати будь-де і в будь-якому віці. У середостінні синовіальна саркома локалізується рідко. Діагностика сарком середостіння ускладнюється різними гістологічними підтипами пухлин, які іноді мають суперечливі клінічні, морфологічні, візуальні й імуногістохімічні особливості. Саме тому своєчасна і точна діагностика цих пухлин важлива для вибору адекватної лікувальної тактики. Оптимальним вибором лікування для пацієнтів із синовіальною саркомою середостіння слід вважати радикальне видалення пухлини як єдиний фактор поліпшення виживаності. Розмір пухлини і характер резекції є важливими прогностичними факторами



*Рис. 3.
 Мікрофото.
 Монофазна веретеноклітинна синовіальна саркома.
 Новоутворення складається з мономорфних
 веретеноподібних клітин.
 Забарвлення гематоксиліном і еозином. $\times 100$.*

ми при первинній синовіальній саркомі середостіння, пухлина великих розмірів має тенденцію до пізніх рецидивів і метастазів. Якщо в пухлинний процес залучені сусідні органи, тканини і судини, виправдано виконання комбінованих операцій. Хоча хірургічний метод залишається провідним, хімотерапія і променева терапія повинні використовуватися у поєднанні з операцією в залежності від ступеня чутливості пухлин до хімотерапії або променевої терапії. Хімотерапія на основі іфосфаміду асоціюється з поліпшенням виживаності у пацієнтів із синовіальною саркомою. Пошук менш токсичних і більш цілеспрямованих системних методів лікування триває. Віддалені метастази залишаються основною проблемою, що обмежує виживаність пацієнтів. Близько половини пацієнтів помирає від цього захворювання протягом 5 років, після операції місцеві рецидиви спостерігаються у багатьох пацієнтів. Синовіальна саркома середостіння має найгірший прогноз у порівнянні з синовіальною саркомою у м'яких тканинах, легенях і плеврі. Тому рання діагностика і комплексне лікування цього захворювання необхідні для продовження життя таких пацієнтів.

Фінансування. Зовнішніх джерел фінансування і підтримки не було. Гонорари або інші компенсації не виплачувалися.

Внесок кожного автора. Захаричев В. Д. – автор ідеї, написання статті, збір та аналіз матеріалу; Гордійчук П. І. – систематизування матеріалів та редагування тексту; Гордійчук М. П. – збір та опрацювання матеріалів.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

Згода на публікацію. Всі автори прочитали і схвалили остаточний варіант рукопису. Всі автори дали згоду на публікацію цього рукопису.

Етичні аспекти. Всі процедури, які виконували в дослідженні із залученням пацієнтів, відповідали етичним стандартам закладу щодо клінічної практики і Гельсінській декларації 1964 р. з поправками.

References

1. Davydov MM, Polotskiy BE, Machaladze ZO. Mesenchymal tumors of the mediastinum: a guide for doctors. Moscow: Publishing group of the ROCC;2015. 56 p. Russian.
2. Syred K, Weissferdt A. Primary mediastinal synovial sarcomas. *Mediastinum* 2020 June 30; 4:13–9. doi: 10.21037/med–20–19.
3. Fisher C. Synovial sarcoma: ultrastructural and immunohistochemical features of epithelial differentiation in monophasic and biphasic tumors. *Hum Pathol.* 1986 Oct;17(10):996–1008. doi: 10.1016/s0046–8177(86)80083–1. PMID: 2428727.
4. Dickersin GR. Synovial sarcoma: a review and update, with emphasis on the ultrastructural characterization of the nonglandular component. *Ultrastruct Pathol.* 1991 Jul–Oct;15(4–5):379–402. doi: 10.3109/01913129109016247. PMID: 1721748.
5. Eilber FC, Dry SM. Diagnosis and management of synovial sarcoma. *J Surg Oncol.* 2008 Mar 15;97(4):314–20. doi: 10.1002/jso.20974. PMID: 18286474.
6. Spurrell EL, Fisher C, Thomas JM, Judson IR. Prognostic factors in advanced synovial sarcoma: an analysis of 104 patients treated at the Royal Marsden Hospital. *Ann Oncol.* 2005 Mar;16(3):437–44. doi: 10.1093/annonc/mdi082. Epub 2005 Jan 14. PMID: 15653701.
7. Guillou L, Benhattar J, Bonichon F, Gallagher G, Terrier P, Stauffer E, et al. Histologic grade, but not SYT–SSX fusion type, is an important prognostic factor in patients with synovial sarcoma: a multicenter, retrospective analysis. *J Clin Oncol.* 2004 Oct 15;22(20):4040–50. doi: 10.1200/JCO.2004.11.093. Epub 2004 Sep 13. PMID: 15364967.
8. Goldblum JR, Folpe AL, Weiss SW. Enzinger and Weiss's Soft Tissue Tumors. 6th ed. Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier; 2014:1154 p. ISBN: 9780323088343.
9. Witkin GB, Miettinen M, Rosai J. A biphasic tumor of the mediastinum with features of synovial sarcoma. A report of four cases. *Am J Surg Pathol.* 1989 Jun;13(6):490–9. doi: 10.1097/00000478–198906000–00005. PMID: 2471414.
10. Suster S, Moran CA. Primary synovial sarcomas of the mediastinum: a clinicopathologic, immunohistochemical, and ultrastructural study of 15 cases. *Am J Surg Pathol.* 2005 May;29(5):569–78. doi: 10.1097/01.pas.0000157934.50936.3e. PMID: 15832079.
11. Terra SBSP, Aesif SW, Maleszewski JJ, Folpe AL, Boland JM. Mediastinal Synovial Sarcoma: Clinicopathologic Analysis of 21 Cases With Molecular Confirmation. *Am J Surg Pathol.* 2018 Jun;42(6):761–6. doi: 10.1097/PAS.0000000000001050. PMID: 29543673.
12. Hartel PH, Fanburg-Smith JC, Frazier AA, Galvin JR, Lichy JH, Shilo K, et al. Primary pulmonary and mediastinal synovial sarcoma: a clinicopathologic study of 60 cases and comparison with five prior series. *Mod Pathol.* 2007 Jul;20(7):760–9. doi: 10.1038/modpathol.3800795. Epub 2007 Apr 27. PMID: 17464314.
13. Bégueret H, Galateau-Salle F, Guillou L, Chetaille B, Brambilla E, Vignaud JM, et al. Primary intrathoracic synovial sarcoma: a clinicopathologic study of 40 t(X;18)–positive cases from the French Sarcoma Group and the Mesopath Group. *Am J Surg Pathol.* 2005 Mar;29(3):339–46. doi: 10.1097/01.pas.0000147401.95391.9a. PMID: 15725802.
14. Salah S, Salem A. Primary synovial sarcomas of the mediastinum: a systematic review and pooled analysis of the published literature. *ISRN Oncol.* 2014 Jan 20;2014:412527. doi: 10.1155/2014/412527. PMID: 24563786; PMCID: PMC3916017.
15. Edmonson JH, Ryan LM, Falkson CI, Hicks DG, Blum RH. Phase II Study of Ifosfamide+Doxorubicin in Patients With Advanced Synovial Sarcomas (E1793): A Trial of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Sarcoma.* 2003;7(1):9–11. doi: 10.1080/1357714031000114156. PMID: 18521363; PMCID: PMC2395511.
16. Deshmukh R, Mankin HJ, Singer S. Synovial sarcoma: the importance of size and location for survival. *Clin Orthop Relat Res.* 2004 Feb;(419):155–61. PMID: 15021147.

Надійшла 29.06.2021