

**Львівський національний медичний університет  
ім. Данила Галицького  
кафедра онкології та медичної радіології**

**Методичні розробки самостійної роботи  
для слухачів  
циклу спеціалізації за фахом  
«Онкологія»**

**Львів-2017**

Авторський колектив: професор Фецич Т.Г., професор Білинський Т.Г., професор Савран В.Р., професор Стернюк Ю.М., в.о. професора Володько Н.А., доцент Олійник Ю.Ю., доцент Лукавецький Н.О., в.о. доцента Ярема Р.Р., к.м.н. Мриглоцький М.М., к.м.н. ас. Дутчак У.М., ас. Сліпецький Р.Р., ас. Ковальський В.В., ас. Присташ Ю.Ю., ас. Ревура А.П.,

Редактор: професор Фецич Т.Г.

Методичні рекомендації затверджені на засіданні кафедри  
Протокол № 11 від 02 листопада 2017 р

Рецензенти:

Завідувач кафедри терапії № 1, заслужений лікар України,  
д.м.н., професор Дутка Р. Я.

Завідувач кафедри хірургії № 1, д.м.н. професор Лукавецький  
О. В.

Відповідальний за випуск: перший проректор з науково-педагогічної роботи Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького  
д.м.н., професор М.Р. Гжегоцький

## ЗМІСТ

1. Пухлини шкіри. Меланобластома.
2. Пухлини стравоходу.
3. Пухлини шлунка
4. Пухлини жіночих статевих органів.
- 5 Пухлини губи. Пухлини слизової порожнини рота
- 6 Пухлини товстого кишечника
- 7 Пухлини молочної залози
- 8 Пухлини щитоподібної залози

Тема: Пухлини шкіри Передпухлинні захворювання.

## I. Актуальність теми заняття:

Групу злоякісних пухлин утворюють рак шкіри, меланома і саркома. У структурі онкологічної захворюваності злоякісні пухлини займають 10...15% усіх злоякісних новотворень.

Захворюваність на рак шкіри характеризується значними коливаннями. Серед білошкірого населення захворювання найпоширеніше в країнах з високою інсоляцією. Наприклад, у Болгарії показник захворюваності становить близько 36 на населення, тоді як в Англії - 1,9. Для темношкірого населення південних країн характерна низька захворюваність на рак шкіри. В Україні наприкінці ХХ століття захворюваність складала 35,5 випадків на 100.000 населення, у чоловіків – 32,7, у жінок - 37,9

## II. Навчальні цілі заняття:

- Ознайомитися та мати загальне уявлення про стан проблеми РШ.

Знати:

- етіологію;
- передракові стани;
- фактори ризику;
- регіонарні лімфатичні вузли;
- клініку та методи діагностики РШ.

Засвоїти:

- класифікацію РШ за TNM і p TNM.

Вміти провести обстеження хворих з РШ:

- термографія;

- морфологічне підтвердження клінічного діагнозу;
- вмiти інтерпретувати дані інструментального дослідження;
- вмiти скласти індивідуальний план лікування;

Розвивати творчі здібності в процесі клінічного та теоретичного дослідження проблемних питань РШ .

### III. Цілі розвитку особистості:

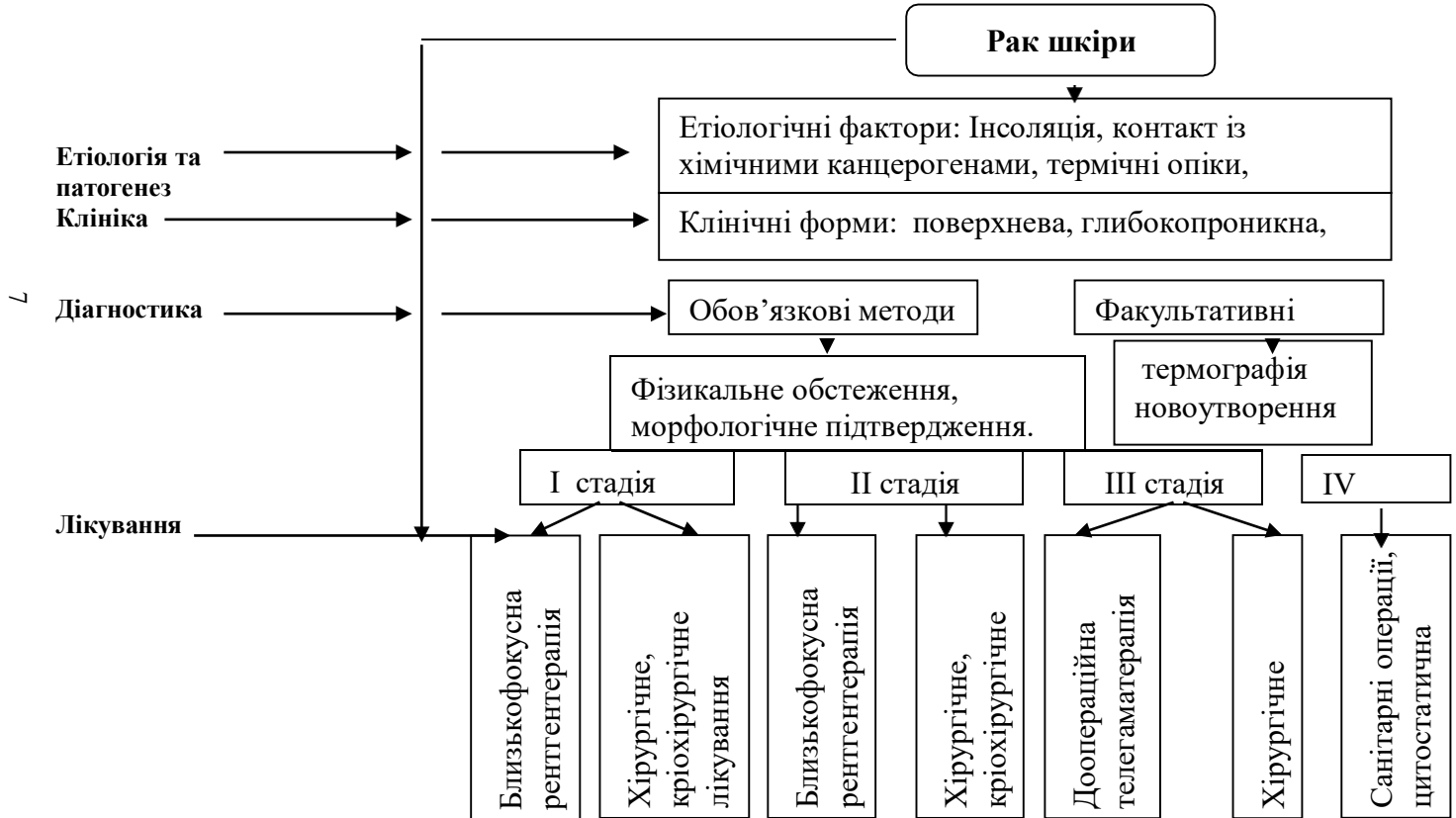
- вмiти здійснювати деонтологічний підхід до хворих з РШ;
- на матеріалі теми РШ розвинути почуття відповідальності за своєчасність та правильність професійних дій при РШ;
- розвинути уявлення щодо психотерапевтичного підходу до пацієнтів з РШ;
- оволодіти вміннями встановлювати психологічний контакт з пацієнтом і його родиною;

### IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
Попередні дисципліни		
1. Анатомія	Анатомічну структуру шкіри в нормі	Інтегрувати отримані знання на клінічній кафедрі
2. Гістологія	Гістологічну будову шкіри	Інтегрувати отримані знання на клінічній базі
3. Променева терапія	Знати види променевої терапії	Чітко визначити сумарну вогнищеву

	Що таке терапевтичний інтервал радіочутливості, дати визначення поняття терміну Грей, та сумарна вогнищева доза опромінення.	дозу для даної локалізації
Наступні дисципліни 1. Хірургія  2. Дерматологія	Клінічні форми РШ  Дерматологічні захворювання шкіри;	Проводити діагностику та дифдіагностику між хірургічними та онкозахворюваннями РШ;  Дифдіагностика дерматологічних та онкологічних захворювань шкіри
Внутрішньопредмет на інтеграція 1. Меланобластома	Клініку меланобластоми	Дифдіагностика рака шкіри та меланобластоми;

## V. Структурно-логічна схема теми „Рак шкіри”.



## VI План та організаційна структура заняття

№ п/п	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення (контролю, наочності, інструктивні)	Розподіл часу (у хвилині)
1.	Підготовчий етап Організаційні заходи Присутність; Виконання завдань по самопідготовці; Наявність навчальних матеріалів;		Фронтальне усне експрес-опитування Програмований контроль на основі тестів I рівня	Таблиці, слайди, малюнки	15-20%
2.	Постановка навчальних цілей та мотивація				
3.	Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь 1. Етіологія та патогенез РШ 2. Клініка 3. Діагностика 4. Лікування	II рівень  III рівень  II рівень II рівень	Програмований контроль –тести II рівня Програмований контроль III рівня		



4.	<p>Основний етап Формування професійних вмінь та навичок</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Оволодіти методикою фізикального обстеження хворих РШ</li> <li>2. Провести курацію пацієнта з РШ.</li> <li>3. Скласти план обстеження пацієнта з РШ.</li> <li>4. Визначити стадію, клінічну групу.</li> <li>5. Визначити план лікування хворого з РШ.</li> </ol> <p>Заключний етап</p>	<p>III рівень</p> <p>III рівень</p> <p>III рівень</p> <p>III рівень</p> <p>III рівень</p>	<p>Професійний тренінг у вирішенні нетипових клінічних ситуацій</p>	<p>Орієнтовані карти Пацієнти Історії хвороби Текстові ситуаційні нетипові задачі</p>	<p>60-90%</p>
5.	<p>Контроль та корекція рівня професійних вмінь та навичок.</p>	<p>III рівень</p>	<p>Індивідуальний контроль навичок.</p>	<p>Результати клінічної роботи + історія хвороби</p>	<p>10-20%</p>
6.	<p>Підведення підсумків практичного заняття.</p>		<p>Аналіз та оцінка клінічної роботи.</p>	<p>Тести III р.</p>	
7.	<p>Домашнє завдання (основна і додаткова література по темі)</p>		<p>Рішення нетипових задач</p>	<p>Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою</p>	

## VII. Матеріали методичного забезпечення заняття:

Приклади тестів у відповідності рівнів знань ( $\alpha$  1, 2, 3)

Матеріали контролю для підготовчого заняття:

Тест ( $\alpha$  1)

1. Пігментна ксеродерма це – (правильна відповідь): захворювання спадкового характеру, яке рідко проявляється в першому поколінні, а як правило, - в другому та третьому. Це типовий актинічний дерматоз, який характеризується підвищеною чутливістю шкіри до сонячної інсоляції.
2. Гіперплазія –(правильна відповідь): розростання клітинних елементів органу, що відбувається в процесі будь-якої регенерації після пошкодження тканини і в фізіологічних умовах під впливом ряду факторів.
3. Метаплазія - (правильна відповідь): перетворення одного типу диференційованої тканини (гетеротопія) в другий.
4. Види рентгенівських променів:  
(правильні відповіді): 1-; 2-; 3-;  
Гіповольтні  
Мезовольтні  
Ортовольтні
5. Перечислити характерні для шкіри групи пухлин:  
(правильні відповіді): 1-; 2-; 3-;  
доброякісні;  
місцеводеструктивні;  
злоякісні;

Тести ( $\alpha$  2)

1. Клінічні форми раку шкіри: вибрати правильні відповіді  
1. вузлувата;  
2. поверхнева;  
3. горбиста;  
4. глибокопроникна;  
5. папілярна;

2. Найпоширеніший метод лікування першої стадії раку шкіри: вибрати правильну відповідь
1. Гормонотерапія;
  2. Хіміотерапія;
  3. Хірургічний метод;
  4. Гама – терапія;
  5. Близькофокусна гіповольтна рентгентерапія;

### Професійний алгоритм

№	Завдання	Послідовність виконання	Зауваження попередження щодо самоконтролю
1.	Оволодіти методикою обстеження хворих на РШ	1.Наявність патологічних утворів і деформацій;	Дифдіагностика з меланобластоною шкіри
2.	Провести курацію пацієнта з РШ	1. Анамнез; 2. Фізикальне обстеження; 3.Призначити інструментальне обстеження; 4. Призначити лікування;	Звернути увагу на взяття мазків відбитків

### Матеріали методичного забезпечення самопідготовки слухачів:

Основні завдання	Вказівки
1 Види променевого лікування.	Близькофокусна рентгентерапія Телегаматерапія
2. Цитостатична терапія	Монохіміотерапія Поліхіміотерапія

## VIII. Література

### Навчальна:

1. Онкологія: Підручник – 3-тє видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білінський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак, О. О. Галай та ін.; За ред. Б. Т. Білінського – К. Здоров'я, 2004, 2007 – 528 с. <http://booksshare.net/index.php?id1=4&category=med&author=bilinski>
2. Шевченко А. І., Попович О. Ю., Колесник О. П. Онкологія. (Електронний підручник). – Запоріжжя: ЗДМУ, 2009. – 309 с.
3. Ілюстрований медичний словник Дорланда. (Англо – український словник) За ред. П. Джуль, Б. Зіменковський та співавт. 2003р. Видавничий дім “ Наутіліус” 2-х томне видання.
4. Онкологія: Підручник – 3-тє видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білінський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак, О. О. Галай та ін.; За ред. Б. Т. Білінського – К.: Здоров'я, 2004, 2007 – 528 с. <http://booksshare.net/index.php?id1=4&category=med&author=bilinski>

### Методична:

1. Справочник по онкологии / [О. В. Балицкая, Б. Т. Билинский, Л. С. Болгова и др.] ; под ред. С. А. Шалимова, Ю. А. Гриневича, Д. В. Мясоедова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Киев : Здоров'я, 2009. - 576 с.
2. Мілерян В.Є. Методичні основи підготовки та проведення навчальних занять в медичних вузах. Методичний посібник. Київ, 2004.– 80 с.
3. Збірник тестових завдань з онкології. Під ред. Фецича Т.Г., Олійника Ю.Ю. Львів. – 2013. С. 214.
4. Медичні помилки в онкології. /Б.Т. Білінський./- Львів, “Афіша”, 2013 р., 324 с.

Наукова:

1. Devita, Hellman, and Rosenberg's cancer : principles & practice of oncology / editors, Vincent T. DeVita, Jr., Theodore S. Lawrence, Steven A. Rosenberg ; with 404 contributing authors.—10th edition. .: V. T. DeVita, Jr., S. Hellman, S. A. Rosenberg, 2014. – 2280 .p.

## **Тема: Пігментні утвори. Меланобластома.**

### **I. Актуальність теми заняття:**

Меланобластома належить до найбільш злоякісних пухлин людини. Хоч вона становить лише 5% від вперше виявлених злоякісних захворювань шкіри, меланома є причиною 75% смертей пов'язаних з новотворами шкіри. Захворюваність в Україні наприкінці ХХ століття складала 4,2 випадки на 100.000 населення, з них 3,5 чоловіків і 4,9 у жінок. Меланома переважно вражає\_\_молодих людей віком 30...50 років. Частота захворювання у жінок дещо більша ніж в чоловіків. У розвинених державах спостерігається тенденція до швидкого зростання захворюваності на меланобластоми. Темп цього зростання перевищує відповідні показники для всіх інших типів пухлин (рис.1). Серед темношкірих людей меланома трапляється значно рідше, основна локалізація - депігментовані відділи кінцівок (долоні та стопи).

Захворюваність на меланобластоми перебуває в прямій залежності від інсоляції (ультрафіолетового випромінювання), як природної так і штучної (солярії). Тому в південних країнах захворюваність вища. До ключових заходів для мінімізації експозиції до сонячного впливу та ультрафіолетового опромінення належать уникнення сонця від 10.00 до 16.00, використання сонцезахисних кремів та одягу (капелюх з широкими полями). Необхідно захищати дітей від надлишкового сонячного впливу, не користуватись послугами соляріїв. Помічено, що в періоди гормональних зрушень, тобто під час статевого дозрівання, вагітності, клімактеричного періоду змінюється частота і перебіг захворювання.

Наявність так званих родинних меланом вказує на причетність генетичного фактору. Неприятлива екологічна ситуація,

зокрема радіаційна, зумовлює зростання захворюваності на меланому.

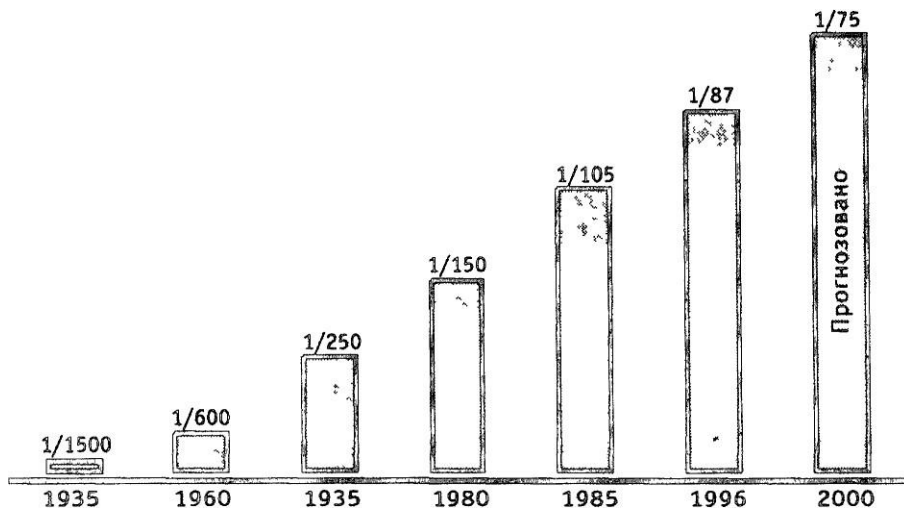


Рис. 1.

Ризик захворіти на інвазивну меланому протягом усього життя для жителів США (за Рігель. 1996)

## II. Навчальні цілі заняття:

- Ознайомитися та загальні уявлення про стан проблеми МШ.

Знати:

- етіологію;
- передракові стани;
- фактори ризику;
- регіонарні лімфатичні вузли;
- клініку та методи діагностики МШ.

Засвоїти:

- класифікацію МШ за TNM -7.

Вміти провести діагностику МШ:

- анамнез;
- огляд;
- пальпація;
- вміти інтерпретувати дані радіонуклідного дослідження;
- вміти скласти індивідуальний план лікування;

Розвивати творчі здібності в процесі клінічного та теоретичного дослідження проблемних питань по МШ.

III. Цілі розвитку особистості:

- вміти здійснювати деонтологічний підхід до хворих з МШ;
- на матеріалі теми МШ розвинути почуття відповідальності за своєчасність та правильність професійних дій при МШ;
- розвинути уявлення щодо психотерапевтичного підходу до пацієнтів з МШ, їх родичів;
- оволодіти вміннями встановлювати психологічний контакт з пацієнтом і його родиною;

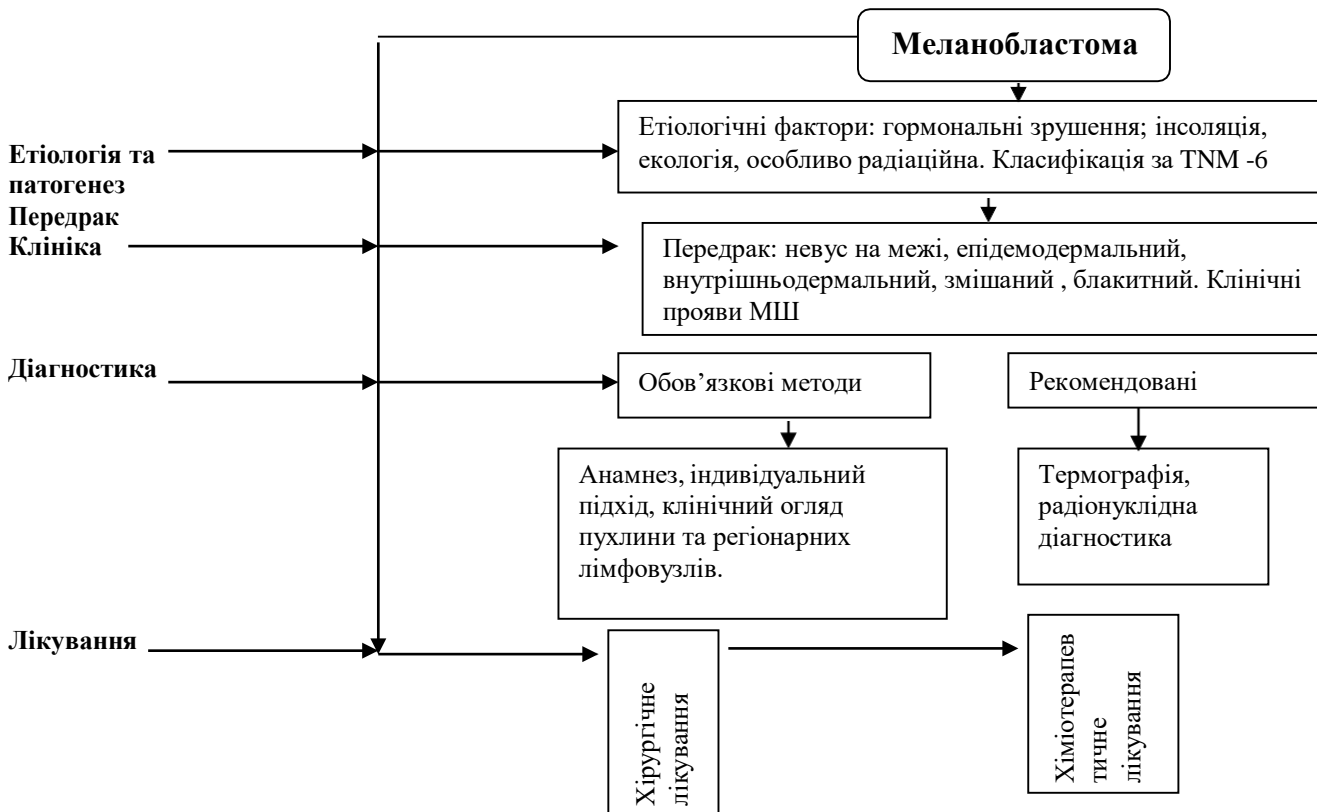
IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
Попередні дисципліни 1. Анатомія  2. Гістологія	Анатомічну структуру шкіри в нормі.	Інтегрувати отримані знання на клінічній кафедрі



	Гістологічну будову шкіри;	Інтегрувати отримані знання на клінічній базі
Наступні дисципліни 3. Хірургія	Клінічні форми МШ	Проводити діагностику та дифдіагностику між хірургічними та іншими онкозахворюваннями шкіри;
Внутрішньопредметна інтеграція 1.Рак шкіри	Клініку рака шкіри	Діагностувати та проводити дифдіагностику з раком шкіри

## V. Структурно-логічна схема теми „Пігментні новоутвори. Меланобластома”.



## VI. План та організаційна структура заняття

№ п/п	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення (контролю, наочності, інструктивні)	Розп оділ часу
1.	Підготовчий етап Організаційні заходи Присутність; Виконання завдань по самопідготовці ; Наявність навчальних матеріалів;		Фронтальне усне експрес – опитування Програмований контроль на основі тестів I рівня	Таблиці, слайди, малюнки відеофільм	15-20 %
2.	Постановка навчальних цілей та мотивація				
3.	Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь 1. Етіологія та патогенез МШ 2. Клініка 3. Діагностика 4. Лікування	II рівень III рівень II рівень II рівень	Програмований контроль – тести II рівня Програмований контроль III рівня		

<p>4.</p> <p>5.</p> <p>6.</p> <p>7.</p>	<p>Основний етап Формування професійних вмінь та навичок</p> <p>1. Оволодіти технікою пальпаторного дослідження МШ</p> <p>2. Провести курацію пацієнта з МШ.</p> <p>3. Скласти план обстеження пацієнта з МШ.</p> <p>4. Визначити стадію, клінічну групу.</p> <p>5. Визначити план лікування хворого з МШ.</p> <p>Заключний етап</p> <p>Контроль та корекція рівня професійних вмінь та навичок.</p> <p>Підведення підсумків практичного заняття.</p> <p>Домашнє завдання</p>	<p>III рівень</p> <p>III рівень</p> <p>III рівень</p> <p>III рівень</p> <p>III рівень</p> <p>III рівень</p>	<p>Професійний тренінг у вирішенні нетипових клінічних ситуацій</p> <p>Індивідуальний контроль навичок.</p> <p>Аналіз та оцінка клінічної роботи.</p> <p>Рішення нетипових задач</p>	<p>Орієнтовані карти Пацієнти Історії хвороби Текстові ситуаційні нетипові задачі</p> <p>Результати клінічної роботи + історія хвороби</p> <p>Тести III р.</p> <p>Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою</p>	<p>60-90 %</p> <p>10-20 %</p>
---	---	---	--	---	-------------------------------

## VII. Матеріали методичного забезпечення заняття:

### Приклади тестів у відповідності рівнів знань

#### Тест (α 1)

1. Находження меланоцитів в нормі.....перечислити:

(правильні відповіді):

- основний шар епідермісу;
- слизова оболонка рота та глотки;
- в кінцевому відділі прямої кишки;
- піхва;
- судинна оболонка ока;
- оболонки мозку;

2. Гістологічні типи меланом .....перечислити

(правильні відповіді):

- епітеліоїдноклітинну;
- невоклітинний варіант із дрібних клітин;
- меланому змішаного типу;
- веретенотклинну;

3. Клініко – анатомічні форми невусів.....перечислити:

(правильні відповіді):

- горбистий;
- папіломатозний;
- вузлуватий;
- глибокопроникний;
- бородавчастий;

4. Класифікація в залежності від клінічної картини та шару шкіри невусів.....перечислити:

(правильні відповіді):

- невус на межі;
- епідермодермальний;

- внутрішньодермальний;
- змішаний;
- глибокий внутрішньодермальний;

### Тести (α2)

1. Основним препаратом хіміотерапії при меланобластомі є:

- дакарбазин;
- епірубіцин;
- метотрексат;
- іфосфамід;
- ломустин;
- 5 - фторурацил;
- циклофосфамід;

2). Сателіти це - ..... :

(правильна відповідь):

- вторинні метастатичні вузли.

3). Операція Дюкена це – .....:

(правильна відповідь):

- регіонарна лімфаденектомія на нижніх кінцівках;

### Професійний алгоритм

№	Завдання	Послідовність виконання	Зауваження попередження щодо самоконтролю
1.	Оволодіти методикою обстеження хворих на МШ	1. Наявність патологічних утворів і деформацій; 2.. Пальпація регіонарних лімфатичних вузлів	Проводити диференціал. діагностику з раком шкіри

2.	Провести курацію пацієнта	1. Анамнез; 2. Фізикальне обстеження; 3. Призначити інструментальне обстеження; 4. Призначити лікування;	
----	---------------------------	---	--

Матеріали методичного забезпечення самопідготовки слухачів:

Основні завдання	Вказівки
Сучасні підходи до МШ.	Ознайомитися з статтею. Меланома шкіри ( Медицина світу т. XIV, ч. 2, с. 135-143)

## VIII. Література

1. Онкологія: Підручник – 3-тє 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://bookshare.net/index.php?id1=4&category=med&author=bilinski>
2. Шевченко А. І., Попович О. Ю., Колесник О. П. Онкологія. (Електронний підручник). – Запоріжжя: ЗДМУ, 2009. – 309 с.
3. Шпарик Я. В. . Мінімальні клінічні рекомендації ESMO. Галицька видавнича спілка. Львів, 2002. – 56 с.
3. Шпарик Я. В., Ковальчук І. В., Качмар Т. Б., Білинський Б. Т.. Довідник онколога. Галицька видавнича спілка. Львів, 2001., 128 с.
4. Ілюстрований медичний словник Дорланда. (Англо – український словник) За ред. П. Джуль, Б. Зіменковський та співавт. 2003р. Видавничий дім “ Наутіліус” 2-х том. видання.
5. Медичні помилки в онкології. /Б.Т. Білинський./ - Львів, “Афіша”, 2013 р., 324 с.
6. Онкологія: підручник / Г. В. Бондар, Ю. В. Думанський, О. Ю.

Попович [та ін.] ; за ред.: Г. В. Бондаря, Ю. В. Думанського, О. Ю. Поповича. – К. : Медицина, 2013. – 542 с.

Методична:

1. Справочник по онкологии / [О. В. Балицкая, Б. Т. Билынский, Л. С. Болгова и др.] ; под ред. С. А. Шалимова, Ю. А. Гриневича, Д. В. Мясоедова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Киев : Здоров'я, 2009. - 576 с.
2. Мілерян В. Є. Методичні основи підготовки та проведення навчальних занять в медичних вузах. Методичний посібник. Київ, 2004. – 80 с.
3. Збірник тестових завдань з онкології. Під ред. Фецича Т.Г., Олійника Ю.Ю. Львів. – 2013. – 214 с.

Наукова:

1. Devita, Hellman, and Rosenberg's cancer : principles & practice of oncology / editors, Vincent T. DeVita, Jr., Theodore S. Lawrence, Steven A. Rosenberg ; with 404 contributing authors.—10th edition. .: V. T. De Vita, Jr., S. Hellman, S. A. Rosenberg,
2. Шиян Р.Д. Меланома шкіри. Медицина світу т. XIV, ч. 2, с. 135-143.



А Н К Е Т А  
ПЕРЕВІРКИ ВИХІДНОГО РІВНЯ ЗНАНЬ  
СЛУХАЧА  
З НОРМИ І ПАТОЛОГІЇ ШКІРИ

Прізвище, ім'я і по- батькові слухача \_\_\_\_\_

курс \_\_\_\_\_ група \_\_\_\_\_

1. Який епітелій вкриває шкіру і з яких шарів він складається?

\_\_\_\_\_

2. Які ви знаєте пухлини шкіри:

епітеліальні: доброякісні \_\_\_\_\_

зляюкісні \_\_\_\_\_

неепітеліальні: доброякісні \_\_\_\_\_

зляюкісні \_\_\_\_\_

3. Які етіологічні фактори сприяють виникненню раку шкіри?

\_\_\_\_\_

4. Назвіть передракові захворювання шкіри:

\_\_\_\_\_

5. Перечисліть гістологічні форми раку шкіри :

Дата

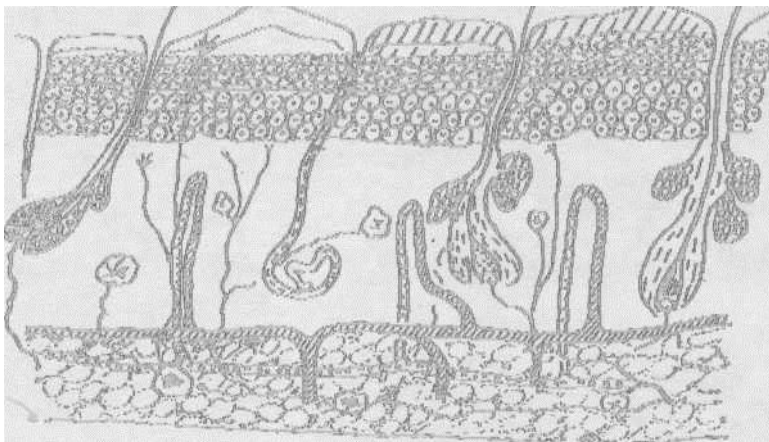
Підпис слухача

## ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ НА ТЕМУ “ ПУХЛИНИ ШКІРИ ”

Викладач \_\_\_\_\_

Слухач \_\_\_\_\_ Група \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Оцінка \_\_\_\_\_



Мал. 1. Схема шарів епідермісу

1. Вкажіть на схемі і позначте всі шари епідермісу (мал. 1):

2. Передпухлинні захворювання шкіри. Підкресліть (двома рисками) облігатні і (однією рисою) факультативні передракові захворювання шкіри: папіломи, бородавки, тривало незагойні виразки, нориці, хвороба Боуена, хронічні дерматити, вовчак, хвороба Педжета, пігментний невус, атероми, пігментна

ксеродерма, кератоакантома, шкірний ріг, старечий кератоз, псоріаз.

3. Епідеміологія. Підкресліть двома ризиками назви країн (Великобританія, Японія, Австрія, Австралія, Бельгія, Болгарія, Латвія, Узбекистан, Естонія) з високою і однією ризикою – з низькою захворюваністю на рак шкіри. Вкажіть питому вагу пухлин шкіри в загальній структурі захворювань в Україні.

4. Діагностика і стадії за системою TNM. Вкажіть стадію відповідно до ознак, які підкреслив викладач: пухлина розміром менша ніж 2 см, 2-5 см, 5-10 см, більше ніж 10 см (T...). Регіонарні метастази в лімфатичному вузлі не визначаються; визначаються односторонні, поодинокі, рухомі; конгломерат лімфатичних вузлів рухомий; двосторонні лімфатичні вузли; конгломерат лімфатичних вузлів нерухомий (N...). Віддалені метастази наявні або відсутні (M...). Кінцева стадія за TNM.

Які додаткові дослідження необхідно провести для уточнення діагнозу в даній стадії раку шкіри, меланобластоми (підкреслюється викладачем): біопсія пухлини, пункція лімфатичних вузлів, радіоізотопна діагностика, біопсія лімфатичних вузлів, широке висічення пухлини.

5. Лікування. Підкресліть лікування первинної пухлини даної стадії і морфології: рентгенотерапія близькофокусна, глибока; дистанційна гама-терапія; кюрітерапія; електрокоагуляція пухлини; хірургічне висічення пухлини без пластики шкіри, широке висічення пухлини з пластикою шкіри; цитостатична терапія. Лікування регіонарних метастазів: рентгенотерапія, кюрітерапія, дистанційна гама-терапія, хірургічне висічення, цитостатична терапія. Які препарати використовуються для лікування пухлини даного виду: циклофосфан, 5-фторурацил, адриаміцин, метотрексат, препарати платини, нітрозометилсечовина, колхамін, сарколізин.

6. Прогноз. Підкресліть вирішальні для прогнозу фактори: стать, вік, гістологічна будова пухлини, величина пухлини, наявність метастазів в лімфатичних вузлах.

## УЧБОВА ІСТОРІЯ ХВОРОБИ “ПУХЛИНИ ШКІРИ ”

Історія хвороби №\_\_\_\_\_ Поступив \_\_\_\_\_ Вибув \_\_\_\_\_

Прізвище, ім'я і по батькові \_\_\_\_\_

Стать \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_

### АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ

Початок захворювання \_\_\_\_\_ Стадія \_\_\_\_\_

Перші суб'єктивні симптоми: свербіння, біль

Передпухлинні стани: пляма, тріщина, виразка, бородавка

\_\_\_\_\_ Стадія за TNM \_\_\_\_\_ Клінічна група \_\_\_\_\_

Доброякісні пухлини: папіломи, фіброми і т.п. \_\_\_\_\_

Дистрофічні процеси: гіпер-, -пара-, -дискератози, рубці, нориці

Динаміка процесу: ущільнення, поява пухлини, збільшення  
плями, зміна пігментації (збільшення, зменшення),  
кровоточивість, поява сателітів \_\_\_\_\_

Травма: випадкова, навмисна (зрізування бородавок,  
перев'язування ниткою), професійна. \_\_\_\_\_

Дата первинного звернення за медичною допомогою з приводу  
даного захворювання \_\_\_\_\_

В яку установу \_\_\_\_\_

## ЕТАПИ ПОДАЛЬШОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРОГО

Дата	Назва лікувальної установи	Методи обстеження та їх результати	Діагноз	Проведене лікування

Результати гістологічного дослідження \_\_\_\_\_

### АНАМНЕЗ ЖИТТЯ

Перенесені захворювання \_\_\_\_\_  
рік \_\_\_\_\_ діагноз \_\_\_\_\_

Пухлини у родичів \_\_\_\_\_

### ОБ'ЄКТИВНІ ДАНІ

Ріст \_\_\_\_\_ Маса тіла \_\_\_\_\_

Стан легень, серцево-судинної системи: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Локалізація плями, бородавки, виразки, пухлини \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ розміри (в см) \_\_\_\_\_

Форма \_\_\_\_\_ Консистенція \_\_\_\_\_

Виділення з виразки \_\_\_\_\_

Інфільтрація основи, м'язів і кісток \_\_\_\_\_  
Рухомість \_\_\_\_\_

—  
Стан регіонарних лімфатичних вузлів (визначаються, не визначаються, величина, консистенція, локалізація, рухомість)  
\_\_\_\_\_

Метастази в шкірі \_\_\_\_\_  
Метастази в інших органах \_\_\_\_\_

### ЛІКУВАННЯ

Лікування первинного вогнища:

Операція (назва, дата): \_\_\_\_\_

Знеболення:  
\_\_\_\_\_

Гістологічне дослідження (номер, дата): \_\_\_\_\_

Променева терапія (близькофокусна, глибока рентгенотерапія):  
\_\_\_\_\_

Цитостатична терапія

Дата	Препарат	Доза	Спосіб введення

Дата

Підпис

## I. Актуальність теми заняття:

В Україні захворюваність на рак стравоходу (РС) становить 4,3 випадки на 100 000 населення і посідає п'яте місце за захворюваністю у чоловіків і сьоме - у жінок (виникає в 10 разів рідше). Пік захворюваності припадає на вікову групу 75- 79 років. Показник смертності майже такий самий як і захворюваності, що свідчить про коротку тривалість життя цієї категорії хворих. Високі показники захворюваності на РС в країнах Середньої Азії, деяких державах північної Європи. Серед причин, що сприяють виникненню РС – особливості харчування населення: вживання занадто гарячої їжі, міцних спиртних напоїв, замороженого м'яса риби; паління, надмірна солончаковість ґрунтів. Кумулятивний ризик захворіти на РС в Україні до 75р. - 0,72% у чоловіків і 0.06% у жінок, Морфологічно верифікується до 55% всіх злякисних пухлин стравоходу. Охоплюється спеціальним лікуванням не більше 45% хворих. Дуже високим залишається показник летальності до 1 року – до 73%.

## II. Навчальні цілі заняття:

Ознайомитися та мати загальні уявлення про стан проблеми РС.

Знати етіологію, передракові захворювання, фактори ризику, особливості топографічної анатомії стравоходу і шляхів лімфовідтоку, клініку та методи діагностики РС. Засвоїти класифікацію РС за TNM .

Вміти правильно зібрати анамнез і провести обстеження хворого на РС:

- З'ясувати тривалість захворювання, наявність основного симптому (дисфагія).



- Провести фізикальне обстеження органів грудної клітки і живота, стану регіонарних лімфовузлів;
- Спланувати в правильній послідовності додаткові методи досліджень (лабораторні та інструментальні);
- Провести диференційну діагностику РС з доброякісними пухлинами і непухлинними захворюваннями;
- Скласти план лікування хворого на РС в залежності від локалізації пухлини, стадії, гістологічної будови і загального стану хворого;
- Скласти план диспансеризації хворих на РС після радикального лікування;

Розвивати творчі здібності в процесі клінічного та теоретичного дослідження проблемних питань по РС.

### III. Цілі розвитку особистості:

- Вміти здійснювати деонтологічний підхід до хворих з РС;
- На матеріалі теми РС розвинути почуття відповідальності за своєчасність та правильність професійних дій при виявленні за давнених форм РС;
- Розвинути уявлення щодо деонтологічного підходу до пацієнтів з РС і їх родичів;

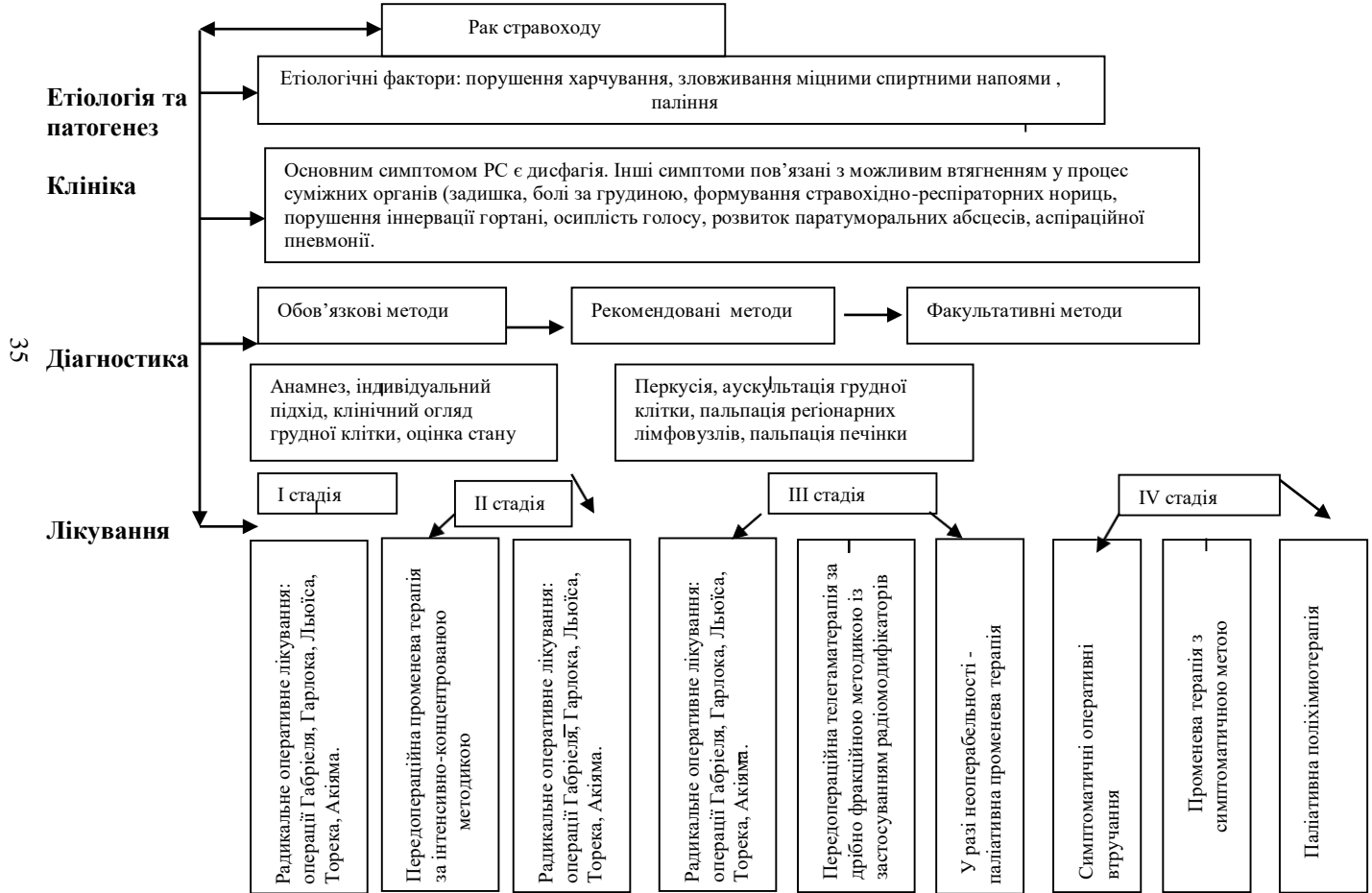
### IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
Попередні дисципліни 3. Анатомія	Анатомічну будову стравоходу , взаємовідносини з	Інтегрувати отримані

<p>2. Гістологія</p> <p>1. Променева терапія</p>	<p>сусідніми органами , шляхи лімфовідтоку з різних його відділів</p> <p>Гістологічну структуру пухлин стравоходу в залежності від гістогенезу</p> <p>Радіочутливість різних морфологічних форм РС , дати визначення поняттям Грей, фракціонування, дози опромінення.</p>	<p>знання на клінічній кафедрі</p> <p>Інтегрувати отримані знання на клінічній базі</p> <p>Чітко визначати сумарну вогнищеву дозу для даної локалізації</p>
<p>Наступні дисципліни</p> <p>4. Хірургія</p>	<p>Клінічні симптоми РС, пов'язані з топографією</p>	<p>Проводити діагностику та дифдіагностику між хірургічними та онкозахворюваннями стравоходу;</p>

<p>Внутрішньопредметна інтеграція</p> <p>1.Рак кардіальної частини шлунка</p>	<p>Клініку раків кардіальної частини шлунка</p>	<p>Проводити диференційну діагностику поширення раку шлунка на стравохід з пухлинами нижньогрудного відділу стравоходу</p>
---	---	--

## V. Структурно-логічна схема теми „Рак стравоходу”.



## VI. План та організаційна структура заняття

№ п/п	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення (контролю, наочності, інструктивні)	Розподіл часу (у хвилинах)
1.	Підготовчий етап Організаційні заходи: Присутність, контроль виконання завдань по самостійній роботі; Наявність навчальних матеріалів;		Фронтальне усне експрес – опитування Програмований контроль на основі тестів I рівня	Таблиці, слайди, малюнки	15-20%
2.	Постановка навчальних цілей та мотивація	Загальна орієнтація з теми РС ( $\alpha 1$ )		Теоретична співбесіда Письмова теоретична робота	
3.	Контроль вхідного рівня знань, навичок, умінь 1 Етіологія та патогенез РС	I - II рівень  Знати етіологію, педракові стани, фактори ризику II рівень	Програмований контроль –тести II рівня	Вирішення типових задач II рівня	
	2. Клініка	II рівень	Програмований контроль –тести II рівня		
	3. Діагностика	II рівень			
	4. Лікування	II рівень	Програмований контроль III рівня		

<p>4.</p> <p>5.</p> <p>6.</p> <p>7.</p>	<p>Основний етап</p> <p>Формування професійних вмінь та навичок</p> <p>1. Оволодіти технікою пальпаторного дослідження регіонарних груп лімфатичних вузлів</p> <p>2. Провести курацію пацієнта з РС.</p> <p>3. Скласти план обстеження пацієнта з РС.</p> <p>4. Визначити стадію, клінічну групу.</p> <p>5. Скласти план лікування хворого з РС.</p> <p>Заключний етап</p> <p>Контроль та корекція рівня професійних вмінь та навичок.</p> <p>Підведення підсумків практичного заняття.</p> <p>Домашнє завдання (основна і додаткова література по темі)</p>	<p>III рівень</p> <p>III рівень</p> <p>III рівень</p> <p>III рівень</p> <p>III рівень</p> <p>III рівень</p> <p>III рівень</p>	<p>Професійний тренінг у вирішенні нетипових клінічних ситуацій</p> <p>Індивідуальний контроль навичок.</p> <p>Аналіз та оцінка клінічної роботи.</p> <p>Вирішення нетипових задач</p>	<p>60-90%</p> <p>10-20%</p>	
---	--	---	--	-----------------------------	--

## VII. Матеріали методичного забезпечення заняття:

Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття:

Тест №1 ( $\alpha = 1$ )

Зі скількох анатомічних відділів складається стравохід?:

- 1) 1;
- 2) 2;
- 3) 3;
- 4) 4;

Правильна відповідь – 2)

Тести ( $\alpha = 2$ )

Тест №1

1) Фактори ризику РС: виберіть правильні відповіді :

- I) високий вміст сполук фтору у воді;
- II) хімічні опіки в анамнезі;
- III) рубцеве звуження стравоходу;
- IV) паління тютюну (активне або пасивне);
- V) вживання гарячої їжі;
- VI) рак стравоходу у близьких родичів;
- VII) вживання замороженої їжі;
- VIII) вживання червоного вина;
- IX) зловживання міцними спиртними напоями;

Правильна відповідь: II); IV); V); V); V).

Тест № 2 Назвіть, на які відділи поділяється внутрішньогрудний відділ стравоходу і як їх визначити

I відділ –

II відділ –

III відділ –

Правильні відповіді:

I – верхньогрудний відділ (до 24 см від верхніх різців )

II – середньогрудний відділ ( до 32 см від верхніх різців);

III – нижньогрудний відділ (до 40 см від верхніх різців);

### Задачі ( $\alpha = 2$ )

1. Чоловік 67р., звернувся до сімейного лікаря зі скаргами на болюче і утруднене проходження їжі, зригування. Відзначає це на протязі трьох місяців, протягом яких схуднув на 15 кг. Ваш діагноз? До якої групи захворювань травного тракту відноситься дана патологія?
2. Хворому 70 р. Попередній діагноз: Рак стравоходу T1N0M0, кл. гр. Іа. Що означає клінічна група Іа?

### Задачі ( $\alpha = 3$ )

1. До онколога звернувся хворий 66 років зі скаргами на утруднення акту ковтання, болі за грудиною, задишку, часте поперхнення і тривалий кашель після цього. Пальпаторно визначається утвір у правій надключичній ділянці. Під час рентгеноскопії ОГК - ознаки правобічної хронічної пневмонії, а після прийому контрасту – звуження в верхньогрудному відділі стравоходу. Ваш діагноз? Яке подальше обстеження цього пацієнта доцільно провести?
2. Хворий з РС ,75 років, проведено І-й етап операції за Тореком. Вона виписана в задовільному стані зі стаціонару. Через деякий час пацієнтка відмітила набряклість верхньої половини грудної клітки і шиї. Під час диспансерного огляду онкологом виявлено в лівій надключичній ділянці щільні рухомі лімфовузли. Ваш діагноз? Клінічна група? Яке подальше лікування цієї пацієнтки?,



## Професійний алгоритм

№	Завдання	Послідовність виконання	Зауваження, попередження щодо самоконтролю
1.	Оволодіти методикою обстеження хворих на РС	<ol style="list-style-type: none"> <li>Перкусія грудної клітки, аускультация;</li> <li>Наявність ознак ураження суміжних органів (аспіраційна пневмонія, ексудативний плеврит</li> <li>Пальпація пахвових, під-та-надключичних лімфовузлів</li> </ol>	<p>Проводити перкусію потрібно в вертикальному положенні хворого, аускультация можлива як у вертикальному положенні так і в лежачому положенні хворого</p> <p>Проводити пальпацію потрібно у будь-якому положенні тіла хворого, пальпувати необхідно симетричні ділянки.</p>
2.	Провести курацію пацієнта	<ol style="list-style-type: none"> <li>Анамнез;</li> <li>Фізикальне обстеження;</li> <li>Призначити додаткове інструментальне обстеження; вміти інтерпретувати результати езофагоскопії</li> <li>Взяти участь у пункційній біопсії аксиллярного (надключичного) лімфовузла;</li> <li>Призначити лікування;</li> </ol>	<p>Пункційна біопсія проводиться в маніпуляційній (перев'язочній) під керівництвом асистента</p>

Матеріали методичного забезпечення самостійної роботи слухачів:

Основні завдання	Вказівки
1. Оперативне лікування РС	Питання резектабельності і операбельності в хірургії РС.
2. Промінене лікування РС	Питання планування променевої терапії РС, профілактика післяпроменевих ускладнень.

3. Паліативне і симптоматичне лікування хворих на РС.	Методики гастростомій та ентеростомій, стентування пухлин, сучасні медикаментозні середники для знеболення в онкології
---	--

### VIII. Література

1. Онкологія: Підручник – 3-тє видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білінський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак, О. О. Галай та ін.; За ред. Б. Т. Білінського – К.: Здоров'я, 2004, 2007 – 528 с. <http://booksshare.net/index.php?id1=4&category=med&author=bilinsk>
2. Медичні помилки в онкології / Б. Т. Білінський./ - Львів, “Афіша”, 2013 р., 324 с.
3. Справочник по онкологии / [О. В. Балицкая, Б. Т. Билинский, Л. С. Болгова и др.] ; под ред. С. А. Шалимова, Ю. А. Гриневича, Д. В. Мясоедова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Киев : Здоров'я, 2009. - 576 с.
4. Мілерян В. Є. Методичні основи підготовки та проведення навчальних занять в медичних вузах. Методичний посібник. Київ, 2004. – 80 с.
5. Я.В. Шпарик, І.В. Ковальчук, Т.Б. Качмар, Б.Т. Білінський. Довідник онколога. Галицька видавнича спілка. Львів 2002р.128с.
6. Збірник тестових завдань з онкології. Під ред. Фецича Т.Г., Олійника Ю.Ю. Львів, 2013. – 214 с.
7. Онкологія: підручник / Г. В. Бондар, Ю. В. Думанський, О. Ю. Попович [та ін.] ; за ред.: Г. В. Бондаря, Ю. В. Думанського, О. Ю. Поповича. – К. : Медицина, 2013. – 542 с.

АНКЕТА  
КОНТРОЛЮ ВИХІДНОГО РІВНЯ ЗНАНЬ  
СЛУХАЧА  
З НОРМИ І ПАТОЛОГІЇ СТРАВОХОДУ (С15)

Прізвище, ім'я і по-батькові слухача \_\_\_\_\_

Курс \_\_\_\_\_ Група \_\_\_\_\_

1. Які відділи стравоходу ви знаєте ? Назвіть їх межі. \_\_\_\_\_

---

2. Яка будова стінки стравоходу в різних анатомічних відділах?

---

3. Які захворювання стравоходу ви знаєте ? \_\_\_\_\_

---

4. Назвіть рентгенологічні ознаки пухлин стравоходу ?

---

5. Які хімічні канцерогени ви знаєте ?

---

6. Вкажіть захворювання , які можуть порушити прохідність  
стравоходу. \_\_\_\_\_

---

Дата \_\_\_\_\_ Підпис слухача \_\_\_\_\_

Оцінка \_\_\_\_\_ Викладач \_\_\_\_\_

# ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ НА ТЕМУ “РАК СТРАВОХОДУ” (КОД МКХ-10 С15)

Викладач \_\_\_\_\_ Слухач \_\_\_\_\_  
Група \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ Оцінка \_\_\_\_\_

1. Вкажіть на схемі наступні відділи стравоходу: шийний, внутрішньогрудний (його частини). Нарисуйте і напишіть на схемі основні групи лімфатичних вузлів.
2. Підкресліть передпухлинні захворювання стравоходу: ахалазія, езофагіт, папіломи стравоходу, фокальна кератодерма, Трахеоезофагеальні нориці, стравохід Баретта, опіки стравоходу, кардіоспазм, мегалобластична анемія, варикозне розширення вен стравоходу, рубці стравоходу.

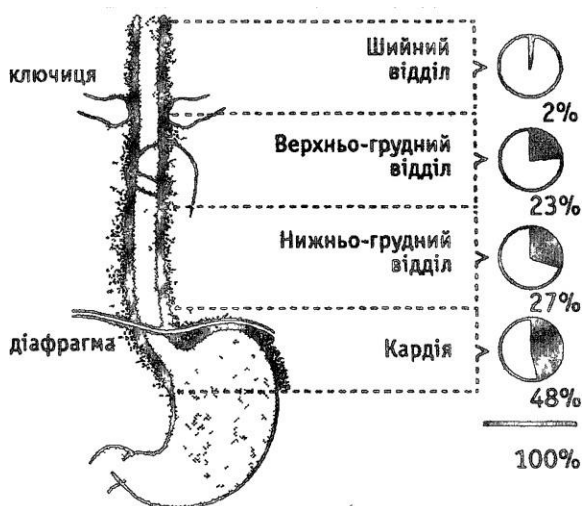


Схема анатомії стравоходу

3. Епідеміологія. Підкресліть назви країн (Білорусь, Казахстан, Україна, Ісландія, Фінляндія, Монголія, Японія, США, Франція) з мінімальною (одною ризикою) та максимальною (двома ризиками) захворюваністю шлунка. Вкажіть захворюваність на РС в Україні \_\_\_\_\_, у чоловіків \_\_\_\_\_, у жінок \_\_\_\_\_ в області \_\_\_\_\_.

4. Симптоматика і діагностика. Підберіть основні симптоми і опишіть необхідні діагностичні прийоми відповідно до вказаної викладачем стадії, форми росту і локалізації пухлини. TNM, локалізація (шийний відділ, внутрішньо грудний відділ), форма росту (екзофітна, ендофітна, мезофітна) - підкреслюється викладачем. Синдром малих ознак (так, ні), дисфагія(так, ні), загроудинний біль(так, ні). Рентгенологічні ознаки: відсутні, звуження з ригідними стінками, супрастенотичне розширення, дефект наповнення, депо барію в стінці, відсутність складок. Езофагоскопічні ознаки: наявність + тканини, непрямі ознаки (так, ні),біопсія пухлини або ексфолюативне цитологічне дослідження (плоско клітинний рак, аденокарцинома).

5. Стадії за системою TNM (умови позначає викладач, градації символів TNM – вказує слухач). Гістологічно встановлено: проростання пухлини в підслизовий шар, м'язовий шар, адвентицію органа, проростання в суміжні органи (T\_\_). Пухлина має високо-, середньо-, низькодиференційовану структуру, недиференційована (G\_\_). Регіонарні метастази не виявлені, виявлені в шийних, паракардіальних, середостінних лімфовузлах (N\_\_\_\_). Віддалені метастази не виявлені, виявлені в печінці, в легенях (M\_\_\_\_).

6. Лікування. Підкресліть, яка операція проводиться у хворого відповідно до п.5 з врахуванням локалізації, стадії процесу і форми росту пухлини: резекція за Льюїсом, операція Гарлока, операція Торека, гастростомія, реканалізація стравоходу. Що таке комбіновані оперативні втручання і коли їх проводять? Чи

завжди проводять передопераційну променеву терапію? За якою методикою її проводять? Коли променеве лікування є основним видом? Які покази до паліативної променевої терапії, і за якою методикою її проводять? Що таке радіомодифікатори? Підкресліть, які хіміопрепарати використовуються для неoad'ювантної терапії і хіміопроменевого лікування раку стравоходу: вінбластин, 5-фторурацил, адриабластин, мітоміцин С, цисплатин, циклофосфан, блеоміцин, натулан, метотрексат.

3. Прогноз захворювання. Підкресліть вирішальні для прогнозу фактори (основні двома рисками): стать, вік, локалізація, ступінь поширення основної пухлини (T), наявність метастазів в лімфатичних вузлах (N1), гістологічна структура пухлини, ступінь її диференціації (G), наявність важких супутніх захворювань, виснаження, порушення водно-електролітного і білкового обміну.
4. Прогноз. Які фактори визначають прогноз у хворих на рак стравоходу?

---

---

Яке п'ятирічне виживання при хірургічному лікуванні в порівнянні з променевим? Вкажіть показники п'ятирічного виживання в залежності від стадії захворювання у %:

I–II \_\_\_\_\_ III ст. \_\_\_\_\_ IV ст. \_\_\_\_\_

## УЧБОВА ІСТОРІЯ ХВОРОБИ “РАК СТРАВОХОДУ” (C15)

Історія хвороби № \_\_\_\_\_ Прізвище, ім'я, по-батькові \_\_\_\_\_

Поступив(ла) \_\_\_\_\_ Вибув(ла) \_\_\_\_\_ Кількість ліжко-днів \_\_\_\_\_  
Відділення \_\_\_\_\_ Стать \_\_\_\_\_

Домашня адреса \_\_\_\_\_ Група крові і \_\_\_\_\_  
резус фактор \_\_\_\_\_

### СКАРГИ ТА АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ

Скарги на \_\_\_\_\_

Анамнез захворювання: Дата початку захворювання \_\_\_\_\_, з яких симптомів: \_\_\_\_\_

Апетит \_\_\_\_\_, спрага \_\_\_\_\_, печія \_\_\_\_\_  
Відригування їдою, повітрям, кисла, гірка, тухлим яйцем, нема (підкреслити).  
Дисфагія: утруднення при ковтанні твердої їжі, каші, рідкої (підкреслити).  
Як давно? \_\_\_\_\_

Постійна чи перехідна дисфагія, пов'язана з негативними емоціями – так, ні (підкреслити).

Поперхнення при ковтанні – так, ні (підкреслити).

Явище дискомфорту за грудиною \_\_\_\_\_

Слиноотеча – так, ні, \_\_\_\_\_ Зміна голосу – так, ні, як  
давно \_\_\_\_\_ (підкреслити).

Схуднення – так, ні, на скільки кг \_\_\_\_\_, на протязі якого часу \_\_\_\_\_  
(підкреслити).

\_\_\_\_\_ слабкість \_\_\_\_\_

Болі – так, ні, постійні, часто, приступи болів, локалізація (підкреслити).

Іррадіація \_\_\_\_\_

Характер болів – гострі, тупі, стискуючі, ріжучі, пекучі, опоясуючі  
(підкреслити).

Інтенсивність болів – сильні, незначні, починаються: поступово, гостро  
(підкреслити), при яких умовах \_\_\_\_\_

чим знімаються \_\_\_\_\_  
Інші скарги і симптоми \_\_\_\_\_

Дата первинного звернення за медичною допомогою з приводу даного захворювання \_\_\_\_\_  
До якого медичного закладу \_\_\_\_\_

Початок захворювання пов'язує з \_\_\_\_\_

На протязі останніх 6-12 місяців переніс грип, пневмонію, бронхіт або інші запальні (вказати коли, які) захворювання дихальних шляхів \_\_\_\_\_

#### ЕТАПИ ПОДАЛЬШОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРОГО

Дата	Назва лікувального закладу	Методи обстеження та результати	Діагноз	Лікування

Дата встановлення первинного діагнозу раку \_\_\_\_\_

У якому медичному закладі \_\_\_\_\_

З яким діагнозом скерований до онкологічного центру \_\_\_\_\_

У якому стані (задовільному, середньої важкості, важкому) \_\_\_\_\_

Анамнез життя.

Характер харчування – вдома, в їдальні, \_\_\_\_\_ раз на день.

Зберігає дієту – так, ні, з якого часу \_\_\_\_\_



Звичка приймати гарячу їжу (так, ні), тверду їжу (так, ні); алкоголь приймає рідко, часто, щоденно (підкреслити), орієнтовна кількість та вид алкогольних напоїв \_\_\_\_\_

Палить з \_\_\_\_\_ років, по \_\_\_\_\_ сигарет на день

Перенесені захворювання (дата, діагноз) \_\_\_\_\_

---

Пухлини у рідних \_\_\_\_\_

### ОБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

Загальний стан \_\_\_\_\_ Маса тіла \_\_\_\_\_ Зріст \_\_\_\_\_

Порожнина рота (запах, слизова оболонка, ясна, язик, зуби, піднебіння, глотка) \_\_\_\_\_

---

Видимі розлади при ковтанні \_\_\_\_\_

Стан периферичних лімфатичних вузлів \_\_\_\_\_

Дані рентгенологічного обстеження стравоходу \_\_\_\_\_

Дані езофагоскопії \_\_\_\_\_

біопсії пухлини \_\_\_\_\_

№ і дата дослідження \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_

Остаточний діагноз \_\_\_\_\_

Стадія \_\_\_\_\_ TNM \_\_\_\_\_ Клінічна група \_\_\_\_\_

Стан інших органів і систем \_\_\_\_\_

### ЛІКУВАННЯ

Обґрунтування вибору методів лікування – променевого, оперативного, хіміотерапії \_\_\_\_\_

Операція (дата, назва) \_\_\_\_\_

Препарат (дата дослідження, №, локалізація пухлини) \_\_\_\_\_

Ураження 1/3 просвіту, більше 1/3 просвіту, тотальне ураження.  
Пухлина екзофітна, ендофітна, глибина проростання: в межах слизової, м'язевий шар, всі шари стравоходу, переходить на сусідні органи (підкреслити)..

Відстань від краю пухлини до дистального

проксимального розрізу \_\_\_\_\_

Патогістологічне дослідження пухлини № \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_  
висновок: \_\_\_\_\_

Післяопераційні ускладнення \_\_\_\_\_

Променева терапія: поля опромінення \_\_\_\_\_ разова доза \_\_\_\_\_, курсова доза \_\_\_\_\_

Ефект опромінення : об'єктивний \_\_\_\_\_ %, суб'єктивний \_\_\_\_\_  
відсутній \_\_\_\_\_

Хіміотерапія: Хіміопрепарати: разова доза і спосіб введення \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Курсова доза \_\_\_\_\_

Ефект від хіміотерапії \_\_\_\_\_

Ускладнення від хіміотерапії \_\_\_\_\_

Стан хворого при виписці \_\_\_\_\_

План реабілітації (соціальної, медичної, психологічної) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Трудова експертиза \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ХВОРИМ

Дата	Результат	Рекомендації

Рецидив у зоні операції (дата, характеристика)

\_\_\_\_\_

Метастази (дата, локалізація, розміри) \_\_\_\_\_

Дата смерті \_\_\_\_\_

Причина смерті \_\_\_\_\_

Тривалість життя хворого з моменту встановлення діагнозу \_\_\_\_\_

## ЕПКРИЗ

---

---

---

---

Тема: Рак шлунка.

#### I. Актуальність теми заняття:

Захворюваність на рак шлунка (РШ) в Україні становить 30,8 випадку на 100 000 населення і посідає друге місце у чоловіків і третє - у жінок (виникає в 2 рази рідше). Пік захворюваності припадає на вікову групу 60-70 років. Показник смертності незначно менший від захворюваності, що свідчить про відносно коротку тривалість життя цієї категорії хворих. Високі показники захворюваності на РШ в країнах Східної Європи, Південної Америки, Росії, Японії, Китаї. Серед причин, що сприяють виникненню РШ – характер харчування населення: вживання копчених і солених продуктів, потрапляння нітратів з їжею, зловживання міцними спиртними напоями, паління. Відомо низка хронічних захворювань шлунка, на тлі яких частіше виникає рак. Кумулятивний ризик захворіти на РШ в Україні до 75р. - 3,19% у чоловіків і 9,82% у жінок. На жаль низьким залишається рівень морфологічної верифікації діагнозу (до 60%). Охоплюється спеціальним лікуванням не більше 40% хворих. Дуже високим залишається показник летальності до 1 року – до 60%.

#### II. Навчальні цілі заняття:

Ознайомитися та мати загальні уявлення про стан проблеми РШ.

Знати етіологію, передракові захворювання, фактори ризику, особливості топографічної анатомії шлунка і шляхів лімфовідтоку (груп лімфовузлів), клініку та методи діагностики РШ. Засвоїти класифікацію РШ за TNM .

Вміти правильно зібрати анамнез і провести обстеження хворого на РШ:

- з'ясувати тривалість захворювання, наявність симптомів, пов'язаних з ураженням різних частин органу, суміжних органів, наявністю віддалених метастазів;
- провести фізикальне обстеження органів живота, надключичних лімфовузлів, пальцеве обстеження прямої кишки.
- спланувати в правильній послідовності необхідні додаткові методи досліджень (лабораторні та інструментальні);
- провести диференційну діагностику РШ з доброякісними пухлинами і непухлинними захворюваннями (виразковою хворобою),
- скласти план лікування хворого на РШ в залежності від локалізації пухлини, стадії, гістологічної будови і загального стану хворого;
- скласти план диспансеризації хворих на РШ після радикального лікування;
- розвивати творчі здібності в процесі клінічного та теоретичного дослідження проблемних питань по РШ.

### III. Цілі розвитку особистості:

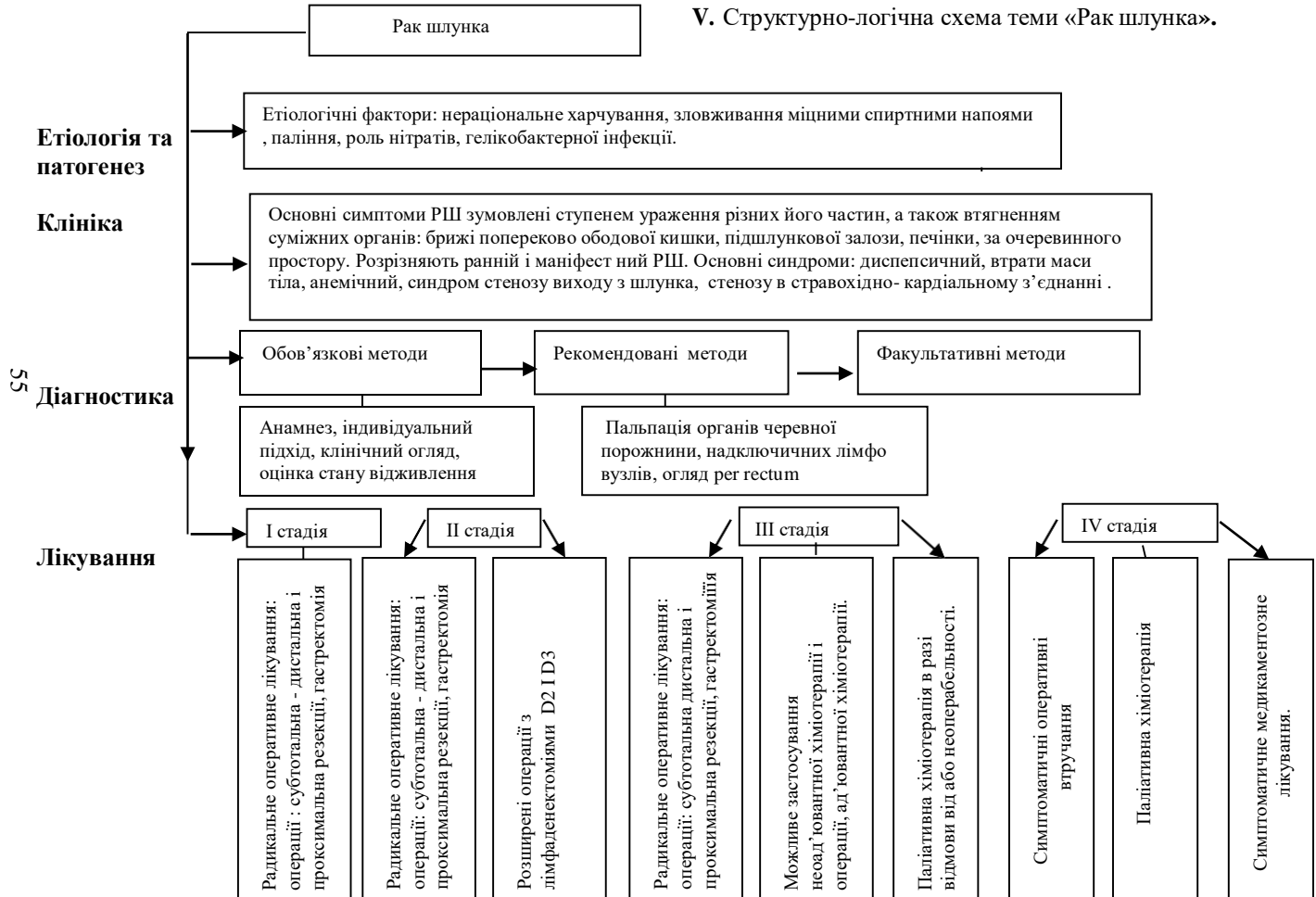
Сформуванню потреби здійснювати деонтологічний підхід до хворих з РШ, особливо з за давними формами.

На матеріалі теми РШ розвинути почуття відповідальності за своєчасність та правильність професійних дій лікаря щодо своєчасної діагностики РШ.

#### IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<p>Попередні дисципліни</p> <p>1.Анатомія</p> <p>2.Гістологія</p>	<p>Анатомічну будову шлунка, кровопостачання і іннервацію, взаємовідносини з сусідніми органами , шляхи лімфовідтоку з різних його відділів</p> <p>Гістологічну структуру пухлин шлунка в залежності від гістогенезу (за ВООЗ).</p>	<p>Інтегрувати отримані знання на клінічній кафедрі</p> <p>Інтегрувати отримані знання на клінічній базі</p>
<p>Наступні дисципліни</p> <p>1.Хірургія</p> <p>2. Факультетська терапія</p>	<p>Клінічні симптоми РШ, пов'язані з топографією</p> <p>Клініку виразкової хвороби і хронічних гастритів.</p>	<p>Проводити діагностику та дифдіагностику між хірургічними та онкозахворюваннями стравоходу;</p> <p>Проводити диференційну Діагностику</p>
<p>Внутрішньо предметна інтеграція</p> <p>1.Рак підшлункової залози</p>	<p>Клініку раку різних частин підшлункової залози</p>	<p>Проводити диференційну діагностику поширення раку шлунка на підшлункову залозу і навпаки</p>

## V. Структурно-логічна схема теми «Рак шлунка».





## VI. План та організаційна структура заняття

№п /п	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення (контролю, наочності, інструктивні)	Розпо діл часу
1.	Підготовчий етап Організаційні заходи: Присутність, контроль виконання завдань із самостійної роботи;  Наявність навчальних матеріалів;		Фронтальне усне експрес – опитування Програмований контроль на основі тестів I рівня	Таблиці, слайди, малюнки, структурно-логічні схеми	15-20%
2.	Постановка навчальних цілей та мотивація	Загальна орієнтація з теми РШ		Теоретична співбесіда Письмова теоретична робота	
3.	Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь І Етіологія та патогенез РШ	I - II рівень Знати етіологію, передраков і стани, фактори ризику II рівень	Програмований контроль – тести II рівня	Вирішення типових задач II рівня	
2.	Клініка		Програмований контроль III рівня		
3.	Діагностика	Знати методи діагностики РШ II рівень	Програмований контроль – тести II рівня		
4.	Лікування	II рівень	Програмований контроль III рівня		

4.	<p>Основний етап Формування професійних умінь та навичок</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Оволодіти технікою пальпаторного дослідження органів черевної порожнини, периферичних лімфатичних вузлів, пальцевого обстеження прямої кишки.</li> <li>2. Провести курацію пацієнта з РШ.</li> <li>3. Скласти план обстеження пацієнта з РШ.</li> <li>4. Визначити стадію, клінічну групу.</li> <li>5. Скласти план лікування хворого з РШ.</li> </ol> <p>Заключний етап Контроль та корекція рівня професійних умінь та навичок.</p>	III рівень	<p>Професійний тренінг у вирішенні</p> <p>нетипових клінічних ситуацій</p>	<p>Орієнтовані Кarti Історії хвороб, Текстові ситуаційні нетипові задачі</p>	60-90%
5.	<p>Підведення підсумків практичного заняття.</p>	III рівень	<p>Індивідуальний контроль навичок.</p>	<p>Результати клінічної роботи + історія хвороби</p>	10-20%
6.	<p>Домашнє завдання (основна і додаткова література за темою)</p>		<p>Аналіз та оцінка клінічної роботи.</p>	<p>Тести III рівня</p>	
7.			<p>Рішення нетипових задач</p>	<p>Орієнтована карта для самостійної роботи з літературою</p>	

## VII. Матеріали методичного забезпечення заняття:

1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття:

Тест ( $\alpha = 1$ )

Зі скількох анатомічних відділів складається шлунок?:

5) 1

- 6) 2
- 7) 3
- 8) 4

Правильна відповідь – 4.

Тести ( $\alpha = 2$ )

Тест №1

Фактори ризику РШ: виберіть правильні відповіді:

- I) Вживання надміру солодкої їжі;
- II) виразкова хвороба 12-палої кишки;
- III) наявність перніціозної анемії;
- IV) паління тютюну (активне або пасивне);
- V) вживання охолодженої їжі;
- VI) рак будь-якої локалізації у близьких родичів;
- VII) нераціональне харчування з переважанням вуглеводневої їжі;
- VIII) вживання червоного вина;
- IX) зловживання міцними спиртними напоями;

Правильна відповідь: III); IV); VII); IX).

Тест № 2 Назвіть макроскопові форми росту раку шлунка

- А - ?
- Б - ?
- В - ?

Правильні відповіді:

- А – Первинний рак;
- Б – Рак із поліпа);
- В – Рак із виразки);

Задачі ( $\alpha = 2$ )

1. Чоловік 62 р., звернувся до сімейного лікаря зі скаргами на важкість після прийому їжі в епігастрії, здуття живота, нудоти, періодичні блювоти. Відзначає це на протязі останніх двох

місяців, протягом яких схуднув на 10 кг. Під час рентгеноскопії шлунка з контрастуванням виявлено дефект наповнення в пілоричному відділі. Ваш попередній діагноз? До якої групи захворювань травного тракту відноситься дана патологія.

2. Хворому 59 р. Заключний клінічний діагноз: Рак шлунка T3N2M1, кл. гр. IV. Яке за характером лікування передбачається у нього?

Задачі ( $\alpha = 3$ )

1. До онколога звернувся хворий 65 років зі скаргами на утруднене проходження їжі при ковтанні, зниження апетиту, втрату маси тіла на 12 кг.. Пальпаторно: печінка в межах норми, в проекції ворота шлунка пухлино подібного утвору не виявлено, периферичні лімфовузли не пальпуються. Під час рентгеноскопії ОГК в легеневиx полях патологічних змін не виявлено, а після прийому контрасту – порушення рельєфу слизової оболонки нижче кардіального жому. Ваш попередній діагноз? Яке подальше додаткове обстеження цього пацієнта доцільно провести?

2. Хворий з РШ 65 років, При гастроскопії інфільтративно-виразкова пухлина по задній стінці в н/3 тіла шлунка. Результат гастро біопсії: персневидноклітинний рак з ділянками низькодиференційованого аденогенного. Додаткові методи досліджень не виявили ознаки ураження віддалених органів. В якій клінічній групі знаходиться пацієнт? Яке подальше лікування є показане для нього?

## Професійний алгоритм

№	Завдання	Послідовність виконання	Зауваження, попередження щодо самоконтролю
1.	Оволодіти методикою обстеження хворих на РШ	<ol style="list-style-type: none"> <li>Перкусія, пальпація органів черевної порожнини;</li> <li>Пальпація пахвових, підта-надключичних лімфовузлів</li> <li>Пальцеве обстеження прямої кишки</li> </ol>	<p>Проводити пальпацію потрібно в положенні хворого на спині і на боках</p> <p>Проводити пальпацію потрібно у будь-якому положенні тіла хворого, пальпувати необхідні симетричні ділянки.</p> <p>Проводимо обстеження в колінно-ліктьовому положенні проводиться в оглядовій кімнаті під керівництвом асистента</p>
2.	Провести курацію пацієнта	<ol style="list-style-type: none"> <li>Анамнез;</li> <li>Фізикальне обстеження;</li> <li>Призначити додаткове інструментальне обстеження; вміти інтерпретувати результати гастроскопії</li> <li>Взяти участь у пункційній біопсії надключичного лімфовузла;</li> <li>Призначити лікування;</li> </ol>	<p>Пункційна біопсія проводиться в маніпуляційній (перев'язочній) під керівництвом асистента</p>

Матеріали методичного забезпечення самостійної роботи слухачів:

Основні завдання	Вказівки
1. Оперативне лікування РШ	Питання резектабельності і операбельності в хірургії РШ, покази до гастректомії і субтотальної резекції шлунка
2. Хіміотерапевтичне (ХТ) лікування РШ	Питання планування неоад'ювантної ХТ, Покази до ад'ювантної ХТ і паліативної ХТ.

3. Паліативне і симптоматичне лікування хворих на РС.	Методики накладання обхідних анастомозів, сучасні медикаментозні середники для знеболення в онкології
---	---

## VIII. Література.

1. Онкологія: Підручник – 3-те видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білінський, Н. А.Володько, А. І. Гнатишак, О. О. Галай та ін.; За ред. Б. Т. Білінського – К.: Здоров'я, 2004, 2007 – 528 с.  
<http://booksshare.net/index.php?id1=4&category=med&author=bilinsk>
2. Медичні помилки в онкології / Б. Т. Білінський./- Львів, “Афіша”, 2013 р., 324 с.
3. Мілерян В. Є. Методичні основи підготовки та проведення навчальних занять в медичних вузах. Методичний посібник. Київ, 2004. – 80 с.
4. Давыдов М. И., Туркин И. Н., Давыдов М. М. Энциклопедия хирургии рака желудка. Эксмо, Москва, 2011. – 536 с.
5. Шпарик Я. В., Ковальчук І. В. ,Качмар Т. Б. , Білінський Б.Т. Довідник онколога. Галицька видавнича спілка. Львів, 2002, – 128 с.
6. Збірник тестових завдань з онкології. Під ред. Фецича Т. Г., Олійника Ю. Ю. Львів, 2013. – 214 с.
7. Онкологія: Підручник – 3-те видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білінський, Н. А.Володько, А. І. Гнатишак, О. О. Галай та ін.; За ред. Б. Т. Білінського – К.: Здоров'я, 2004, 2007 – 528 с.  
<http://booksshare.net/index.php?id1=4&category=med&author=bilinsk>
8. Devita, Hellman, and Rosenberg's cancer : principles & practice of oncology / editors, Vincent T. DeVita, Jr., Theodore S. Lawrence, Steven A. Rosenberg ; with 404 contributing authors.—10th edition. .: V. T. De Vita, Jr., S. Hellman, S. A. Rosenberg, 2014. – 2280 p.

АНКЕТА  
ПЕРЕВІРКИ ВИХІДНОГО РІВНЯ ЗНАНЬ  
СЛУХАЧА  
З НОРМИ ТА ПАТОЛОГІЇ ШЛУНКА

Прізвище, ім'я, по-батькові

слухача \_\_\_\_\_

Курс \_\_\_\_\_ Група \_\_\_\_\_

1. Зобразіть схематично контури шлунка і позначте дно, антральний, пілоричний відділи і тіло шлунка. Намалюйте основні групи лімфатичних вузлів, назвіть їх, вкажіть основні артерії шлунка.

2. Які ферменти продукують клітини слизової оболонки шлунка? Які типи клітин в цій оболонці ви знаєте?

3. Чим характерні аденокарцинома, недиференційований і класифікований рак?

4. Які рентгенологічні симптоми спостерігаються при раку кардії?

\_\_\_\_\_

антрального відділу шлунка \_\_\_\_\_

5. При яких формах раку рентгенологічно спостерігається симптом ніші, коли виявляються ознаки дефекту наповнення?

6. Які показники кислотності шлункового соку характерні для раку шлунка? Про що свідчить позитивний аналіз на приховану кров у калі?

Дата

Підпис слухача

Оцінка

Викладач

## ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ НА ТЕМУ “РАК ШЛУНКА” (КОД МКХ – 10 С 16)

Викладач \_\_\_\_\_ Слухач \_\_\_\_\_

Група \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Оцінка \_\_\_\_\_

1. Вкажіть на схемі наступні відділи шлунка: кардія, дно, антральний, пілоричний, тіло шлунка. Назвіть позначені на рисунку групи лімфатичних вузлів. Нарисуйте і напишіть назви основних артерій шлунка.
2. Підкресліть передпухлинні захворювання шлунка і порушення функції: гастрит гіпертрофічний, атрофічний, дисрегенаторний (метапластичний); поліпи, аденоматозні, проліферуючі, гранульоматозні, одинокі, множинні, невеликих (до 0.5 см) і більших розмірів (більше 2 см). Мегалобластична анемія. Неепітеліальні пухлини.

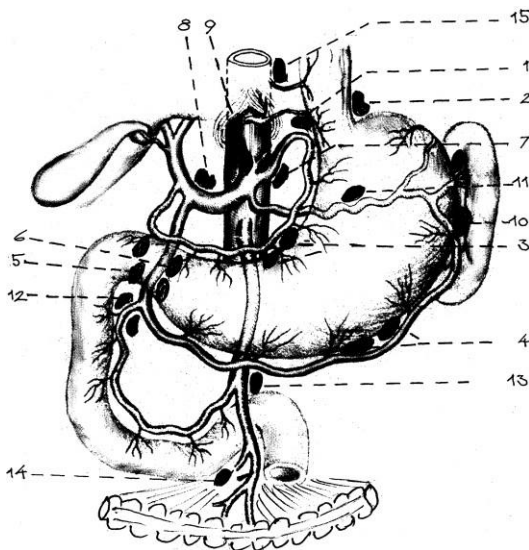


Схема анатомії шлунка



3. Епідеміологія. Підкресліть назви країн (Росія, Україна, Молдова, Фінляндія, Австрія, Японія, США, Іспанія) з мінімальною (одною ризикою) та максимальною (двома ризиками) захворюваністю шлунка. Вкажіть питому вагу РШ в структурі онкозахворюваності в Україні\_\_\_\_\_, в області\_\_\_\_\_.

4. Симптоматика і діагностика. Підберіть основні симптоми і опишіть необхідні діагностичні прийоми відповідно до вказаної викладачем стадії, форми росту і локалізації пухлини. TNM, локалізація (кардія, мала кривина, антрум, тіло), форма росту (екзофітна, ендофітна)- підкреслюється викладачем. Синдром малих ознак (так, ні), зміни кислотності шлункового соку (так, ні), раково-ембріонального антигена (так, ні). Рентгенологічні ознаки: відсутні, виразка до 2 см в діаметрі, дефект наповнення, ефект розбризкування, ригідність стінок, згладженість, відсутність складок. Виражений стеноз (так, ні) можна виявити лише з допомогою фіброгастроскопії і біопсії.

Стадії за системою TNM (умови позначає викладач, градації символів TNM – вказує слухач). Гістологічно встановлено проростання пухлини в слизовий і підслизовий, м'язовий, серозний шар органа, проростання в суміжні органи (T\_\_\_). Пухлина має високо-, середньо-, низькодиференційовану структуру, анапластичний рак (G \_\_\_\_). Метастази виявлені в 1-6 л/в, 7-15 л/в, більше 15 л/в (N\_\_\_\_). Віддалені метастази не виявлені, виявлені у вигляді метастазів Крукенберга і Шніцлера, в печінці, по очеревині (M\_\_\_\_\_).

5. Лікування. Підкресліть, яка операція проводиться у хворого відповідно до п.5 з врахуванням стадії процесу і форми росту пухлини: звичайна субтотальна, проксимальна резекція; гастректомія, гастроентероанастомоз, гастростома, лапаротомія. Чи завжди видаляється великий сальник (так, ні), лімфатичні вузли першого (так, ні), другого порядку (так, ні). Підкресліть, які хіміопрепарати використовуються для лікування раку шлунка: вінбластин, 5-фторурацил, 6-мекаптопурин, адриабластин, мітоміцин С, цисплатин, циклофосфан, натулан, метотрексат.

6. Прогноз захворювання. Підкресліть вирішальні для прогнозу фактори (основні двома ризиками): стать, вік, ступінь поширення основної пухлини (T), наявність метастазів в лімфатичних вузлах (N+), форма росту екзофітна (сприятлива, несприятлива), гістологічна структура пухлини.

7. Реабілітація. Які фактори визначають успіх ранньої соматичної реабілітації ?

---

---

## УЧБОВА ІСТОРІЯ ХВОРОБИ “РАК ШЛУНКА” (КОД С 16)

Відділення \_\_\_\_\_ Стать \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_

Прізвище, ім'я, по-батькові \_\_\_\_\_ Стадія  
TNM \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Клінічна  
група \_\_\_\_\_

Адреса \_\_\_\_\_ Група крові  
Резус-фактор \_\_\_\_\_

Скарги на \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ

Початок захворювання (дата) \_\_\_\_\_ з яких  
симптомів \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Апетит: добрий, понижений, відсутній, відразу до їжі, як  
давно \_\_\_\_\_ . Швидке насичення, відчуття повноти.

Печія: нема, незначна; як давно \_\_\_\_\_ .

Відрижка: нема, постійно, періодично, як давно \_\_\_\_\_ ,  
відрижка їжею, повітрям, кисла, гірка, тухлими яйцями.

Нудота: нема, постійна, інколи, як давно \_\_\_\_\_ .

Блювота: нема, щоденно, \_\_\_\_\_ разів в день, як  
давно \_\_\_\_\_ , залежить від прийому їжі, натще, відразу після  
прийому їжі, через деякий час \_\_\_\_\_ . Характер блювотних мас:

слиз, жовч, їжа, з залишками попередньої їжі, містить домішки крові - ні,  
чистої, зміненої, “кофейної гущі”; були блювоти кров'ю в минулому (так, ні).  
Після блювоти хворому краще, ні, викликає з цією метою блювоту, ні.

Болі в животі: немає, постійно, періодично,  
локалізація \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, як  
 давно \_\_\_\_\_,  
 сильні, незначні, загострюються весною, осінню, зимою, тривалість  
 болів \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, іррадіація  
 в \_\_\_\_\_.  
 Слабкість: немає, знана, швидка втомлюваність.  
 Схуднення (так, ні) на \_\_\_\_\_ кг, за \_\_\_\_\_ міс.  
 Випорожнення: самостійні, запори, проноси.  
 Дата первинного звернення за медичною допомогою з причини даного  
 захворювання \_\_\_\_\_  
 В \_\_\_\_\_ який \_\_\_\_\_ медичний  
 заклад \_\_\_\_\_  
 —

### ЕТАПИ ПОДАЛЬШОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРОГО

Дата	Назва лікувального закладу	Методи обстеження	Діагноз	Лікування

Дата \_\_\_\_\_ встановлення \_\_\_\_\_ первинного \_\_\_\_\_ діагнозу  
 раку \_\_\_\_\_  
 В \_\_\_\_\_ якому \_\_\_\_\_ лікувальному  
 закладі \_\_\_\_\_

### АНАМНЕЗ ЖИТТЯ

Харчується вдома, в їдальні \_\_\_\_\_ раз в день, регулярно,  
 нерегулярно, дотримується дієти, ні, з якого часу  
 (підкреслити) \_\_\_\_\_.  
 Алкоголь вживає часто, рідко, щоденно (підкреслити), приблизна  
 кількість \_\_\_\_\_  
 Курить з \_\_\_\_\_ років, по \_\_\_\_\_ штук в день.  
 Перенесені захворювання (дата,  
 діагноз) \_\_\_\_\_  
 Пухлини в родичів \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## ОБ'ЄКТИВНІ ДАНІ

Загальний стан \_\_\_\_\_, маса тіла \_\_\_\_\_, ріст \_\_\_\_\_.

Порожнина рота (слизова, язик, зів) \_\_\_\_\_

Видимі порушення ковтання \_\_\_\_\_

Живіт: нормальної конфігурації, збільшений, “жаб’ячий живіт”. Видимі контури шлунка (так, ні), шум плескоту рідини (так, ні) (підкреслити), резистентність, напруження в ділянці \_\_\_\_\_

Перитонеальні симптоми \_\_\_\_\_ відсутні.

Пупок: норма, випуклий, виповнений пухлиною (підкреслити).

Асцит- є, нема.

Пухлина не визначається, пальпується чітко, не чітко (підкреслити).

локалізація \_\_\_\_\_, величина \_\_\_\_\_ см,

консистенція- тверда, горбиста, еластична, рухомість при диханні збережена, ні (підкреслити).

Поверхневі лімфатичні вузли не визначаються, збільшені.

Обстеження через піхву: норма, визначається \_\_\_\_\_

Обстеження через пряму кишку: норма, визначається \_\_\_\_\_

Печінка \_\_\_\_\_

Стан внутрішніх органів

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Схематично зобразити результат рентгенологічного дослідження (вказати локалізацію, форму росту пухлини, її поширення)	Схематично зобразити результат фіброгастроскопії (вказати локалізацію, форму росту пухлини, її поширення)

Операція (дата, назва)

---

---

---

---

Схема операції (схематично показати об'єм видаленої частини шлунка і спосіб накладення анастомозу)

Препарат: грибовидна, блюдцеподібна виразка, плоско-інфільтративна, дифузна пухлина, поражає відділи: антральний, тіло, дно, кардіальний, тотально, розміри\_\_\_\_\_см, проростає серозну оболонку, ні; проростає в суміжні органи, ні (підкреслити).\_\_\_\_\_

Метастази відсутні, метастази одиночі, 2-3, множинні, розміром \_\_\_\_\_, по малій кривині, ретропілоричні, в великому сальнику, за ходом лівої шлункової артерії, в воротах селезінки, в інших органах: печінка, підшлункова залоза, Шніцлера Крукенберга, (підкреслити).

Гістологічне дослідження

пухлини \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ метастазів в скількох  
л/в (\_\_\_\_\_).

Кінцева стадія процесу Т\_\_\_N\_\_\_M\_\_\_P\_\_\_G\_\_\_ або за чотиристадійною класифікацією стадія\_\_\_\_\_.

Хіміотерапія: до операції, після операції,  
хіміопрепарат\_\_\_\_\_,  
разова доза (дати)\_\_\_\_\_, загальна  
доза\_\_\_\_\_, дата\_\_\_\_\_.

шляхи введення \_\_\_\_\_

Реабілітація: соматична, психологічна, соціальна.

Які фактори визначають успіх ранньої  
реабілітації \_\_\_\_\_

Клінічна група хворого \_\_\_\_\_

Група інвалідності \_\_\_\_\_

### СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ХВОРИМ

Дата	Результат	Рекомендації

Рецидив у зоні операції (дата, характеристика)

\_\_\_\_\_

Метастази (дата, локалізація, розміри) \_\_\_\_\_

Дата смерті \_\_\_\_\_

Причина смерті \_\_\_\_\_

Тривалість життя хворого з моменту встановлення діагнозу \_\_\_\_\_

### ЕПСКРИЗ

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Тема: Пухлини жіночих статевих органів: рак шийки матки, рак вульви, рак піхви.

#### I. Актуальність теми заняття:

Рак шийки матки, вульви та піхви є захворюваннями, одним із етіологічних чинників яких є вірус папіломи людини (ВПЛ), особливо 16,18,31, 35-го та інших високоонкогенних типів.

Серед численних епідеміологічних факторів ризику, пов'язаних з виникненням раку шийки матки, найсуттєвішими є: 1) кількість статевих партнерів у жінки протягом життя; 2) вік, в якому розпочато статеве життя; 3) кількість статевих зв'язків у партнера; 4) наявність імунодепресії; 5) паління.

Важливим аспектом профілактики та діагностики раку шийки матки, вульви та піхви, є доступність та можливість широкого скринінгу жіночого населення, виділення груп ризику без особливих матеріальних затрат. Скринінг та профілактика розвитку раку шийки матки, вульви та піхви базується на методах цитологічної діагностики із забором матеріалу з допомогою спеціальних інструментів - щіточок. Цитологічне дослідження може бути доповнено тестуванням на носійство ВПЛ високоонкогенних типів. Виявлення клітинної атипії в цитологічних мазках, особливо при ВПЛ інфікуванні, дозволяє сформулювати групу пацієнок, які підлягають більш поглибленому дообстеженню: кольпоскопії (вивченню стану епітелію за допомогою кольпоскопа із застосуванням розчинів Люголя та оцтової кислоти). Проведення цих процедур є необхідним для виявлення ділянок, найбільш підозрілих на наявність інтраепітеліальної неоплазії та їх прицільної біопсії.

Знання та розуміння причин виникнення раку шийки матки, вульви та піхви є обґрунтуванням методу первинної профілактики раку шийки матки – вакцинації проти ВПЛ 16 та

18 типів , особливо в підлітковій групі і дасть змогу проводити роз'яснювальну роботу серед жіночого населення.

Саме інформаційна компанія щодо механізму виникнення раку шийки матки є основою профілактики цього захворювання. Усвідомлення ролі вакцинації проти ВПЛ дозволить розповсюдити цей унікальний метод первинної профілактики раку шийки матки , а знання методів скринінгу покращить ранню діагностику передракових станів та початкових стадій раку.

## II. Навчальна мета заняття.

- > Ознайомитися із етіологічними чинниками та факторами ризику розвитку раку шийки матки, вульви та піхви, підходами ведення роз'яснювальної роботи серед населення.
- > Вивчити методи скринінгу, ранньої діагностики та лікування передракових станів та неінвазивних форм раку шийки матки, вульви та піхви.
- > Ознайомитись із методами діагностики та радикального лікування інвазивних форм раку шийки матки, вульви та піхви.
- > Ознайомитися зі складом, механізмом дії , показами та схемою застосування вакцини Церварікс та Гаодасил.

## III. Мета розвитку особистості:

- > Навчитись провадити профілактику візуальних форм раку - раку шийки матки, вульви та піхви, пропагувати знання про ризик розвитку цих захворювань населенню.
- > Розвинути у лікаря настороженість та відповідальність за своєчасність та правильність виявлення передракових та неінвазивних форм раку шийки матки,
- > вульви та піхви.



#### IV. Міждисциплінарна інтеграція.

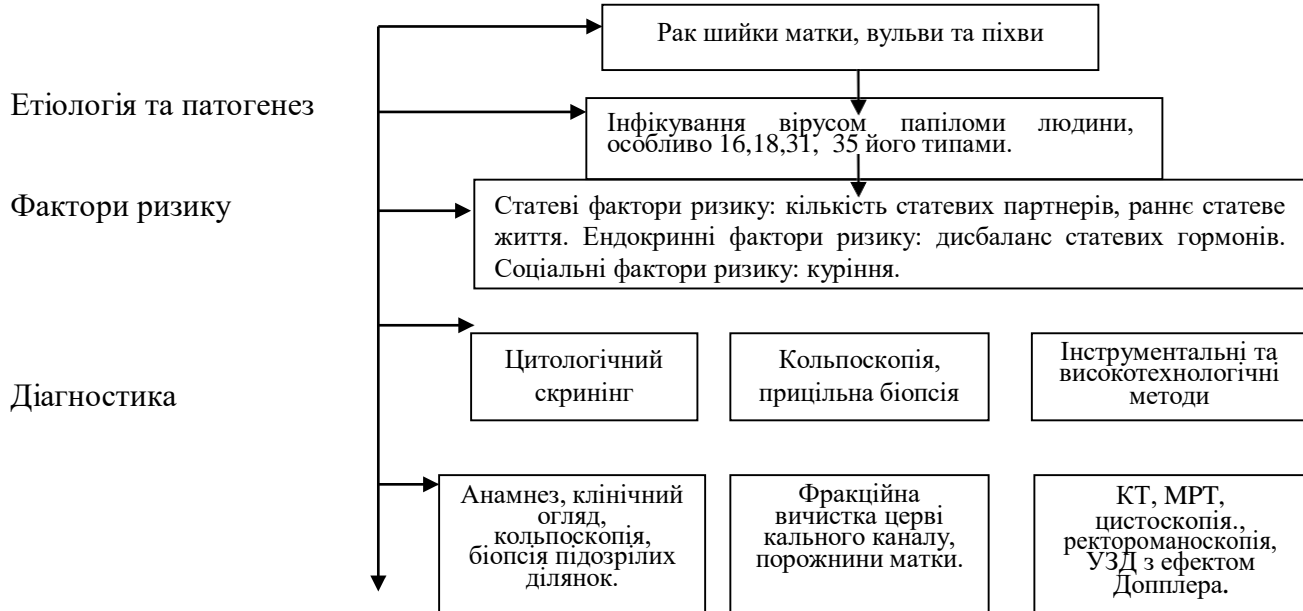
Дисципліни	Знати	Вміти
Попередні дисципліни		
1. Анатомія.	Анатомію вульви та органів малого тазу, шляхи лімфовідтоку та розташування регіональних лімфовузлів	Інтегрувати отримані знання на клінічній кафедрі.
2. Гістологія.	Гістологічну будову шарів вульви, піхви, епітелію шийки матки та перехідної зони, церві кального каналу.	Інтегрувати отримані знання на клінічній базі.
3. Променева терапія.	Методи променевої терапії раку шийки матки, вульви та піхви, підходи до неoad'ювантної та ад'ювантної променевої терапії..	Визначати доцільність та методи променевої терапії у лікуванні раку шийки матки, вульви та піхви.
Наступні дисципліни		
1. Гінекологія.	Запальні (специфічні та неспецифічні), гормонозалежні захворювання шийки матки, вульви та піхви, післяпологова травма м'яких тканин.	Проводити диференціальну діагностику запальних та непластичних захворювань вульви, шийки матки та піхви.
2. Урологія.	Шляхи поширення раку шийки матки та вульви та пов'язані з ним урологічні ускладнення.	Діагностувати поширені форми раку шийки матки та вульви.

3. Ендокринологія.	Обумовлені ендокринним дисбалансом зміни перехідної зони шийки матки.	Виявляти дисбаланс статевих гормонів у організмі жінки, що може спричиняти зміну епітелію перехідної зони шийки матки, підвищувати його вразливість до інфікування.
4. Хірургія.	Особливості післяопераційних та після променевих ускладнень терапії раку шийки матки (нориці, стриктури).	Діагностувати ректовагінальні та цистовагінальні нориці.
Внутрішньопредметна інтеграція:		
І. Рак шийки матки, вульви та піхви.	Спільні фактори ризику, етіологічні чинники розвитку цих захворювань.	Діагностувати первинні та метастатичні ураження шийки матки, вульви та піхви.

2. Рак ендометрія.	Шляхи поширення раку шийки матки та піхви.	Розуміти принципи і важливість диференційної діагностики переходу раку шийки матки на ендометрій та раку ендометрія на цервікальний канал.
--------------------	--	--

V. Структурно-логічна схема теми  
„Рак раку шийки матки, вульви та піхви“.

75



## VI. План та організаційна структура заняття

№ п/ п	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Навчальні цілі у рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення (контролю, наочності, інструктивні)	Розподіл часу
1.	Підготовчий етап Організаційні заходи Присутність; Виконання завдань по самопідготовці; Наявність навчальних матеріалів;		Фронтальне усне експрес - опитування Програмований контроль на основі тестів I рівня	Таблиці, слайди, малюнки, структурно - логічні схеми	15-20%
2.	Постановка навчальних цілей та мотивація	Загальна орієнтація по темі рак шийки матки, вувльви, піхви.	Лекційний метод, самостійна робота з комп'ютерними навчальними програмами, література.	Теоретична співбесіда. Рішення типових задач П рівня. Письмова теоретична робота.	

3.	<p>Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь:</p> <p>1 Етіологія та патогенез РЩЗ.</p> <p>2. Діагностика.</p>	<p>Знати етіологію, передракові стани, фактори ризику, регіонарні лімфатичні вузли. Знати методи діагностики раку шийки матки, вульви, піхви.</p>	<p>Програмований контроль - тести II рівня. Програмований контроль III рівня. Тести II рівня. Тести II рівня</p>		
	Основний етап				
4.	<p>Формування професійних вмінь та навичок</p> <p>1. Етіологія раку шийки матки, вульви, піхви;</p> <p>2. Патогенез раку шийки матки, вульви, піхви</p> <p>3. Скласти план обстеження пацієнта з раку шийки матки, вульви, піхви.</p> <p>4. Визначити стадію, клінічну групу.</p>	<p>II рівень</p> <p>II рівень</p> <p>II рівень</p> <p>III рівень</p> <p>III рівень</p> <p>III рівень</p>	<p>Професійний тренінгу вирішенні нетипових клінічних ситуацій</p>	<p>Орієнтовані карти Пацієнти Історії хвороби Текстові ситуаційні нетипові задачі</p>	<p>60-90%</p>

5.	Заключний етап Контроль та корекція рівня професійних вмінь та навичок. Підведення підсумків практичного заняття. Домашнє завдання (основна і додаткова література по темі)	III рівень	Індивідуальний контроль навичок. Аналіз та оцінка клінічної роботи. Розв'язування нетипових задач	Результати клінічної роботи + історія хвороби Тести III р. Орієнтовна карта для самостійної роботи 3 літературою	10-20%
----	--	------------	---	--	--------

## VII. Матеріали методичного забезпечення заняття:

### 1. Матеріали контролю для підготовчого заняття:

#### Тести (а 1)

1. Найбільш типовий гістологічний тип раку шийки матки.

- A. Плоскоклітинний рак;
- B. Аденокарцинома;
- C. Світлоклітинний рак;
- D. Ендометріодна карцинома;

2. Скринінгова процедура раку шийки матки, вульви, піхви:

- A. УЗД органів малого тазу.
- B. Визначення концентрації статевих гормонів.
- C. Визначення концентрації раково-ембріонального антигена.
- D. Цитологічне дослідження мазків.

#### Тести (а 2)

1. Фактори ризику раку шийки матки, вульви, піхви:

- A. статеві, ендокринні, паління;

- В. відсутність вагітностей, аборти;
  - С. оральна контрацепція, прийом статевих гормонів
2. Перечисліть зони регіонального метастазування раку шийки матки:
- А. парааортальні лімфовузли;
  - В. тазові та obturatorні лімфовузли;
  - С пахвинні лімфовузли;
  - Д. медіастінальні лімфовузли;

### VIII Література

1. Онкологія: Підручник – 3-тє 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=bilinsk>
2. Мілерян В. Є. Методичні основи підготовки та проведення навчальних занять в медичних вузах. / Методичний посібник. – Київ, 2004. – 80 с.
3. Шейка матки, влагалище, вульва. Физиология, патология, кольпоскопия, эстетическая коррекция . под. ред. С. И. Роговской, Е. В. Липовой. Руководство для практикующих врачей. – StatusPraesens .-2014.-830с.
4. Лекции по онкогинекологии. Учебник для слушачов. Подобщей редакцией М. И. Давыдова, В. В. Кузнецова. Москва, МЕДпресс-информ.-2009. – 425 с.
5. Я. В. Бохман. Лекции по онкогинекологии. -Медицинское информационное агентство.- 2007. – 350 с.
6. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы (клинические лекции) / Под. Ред. Проф. В. Н. Прилепской.-2-е изд.- М.:МЕДпресс,2000. – 432 с.
7. Онкологія: підручник / Г. В. Бондар, Ю. В. Думанський, О. Ю. Попович [та ін.] ; за ред.: Г. В. Бондаря, Ю. В. Думанського, О. Ю. Поповича. – К. : Медицина, 2013. – 542 с.



Тема: Пухлини жіночих статевих органів: рак ендометрія, рак яєчників.

## I. Актуальність теми заняття:

Рак ендометрія є поширеною онкогінекологічною патологією. В Україні це найчастіший рак репродуктивної системи. Рак яєчників є патологією жіночих статевих органів, що спричиняє найвищу летальність.

Майже половина випадків раку ендометріягормонозалежні і виникають на ґрунті гіперпластичних процесів ендометрія. Етіологічним фактором виникнення раку ендометрія, а також гіперплазії, - є персистуюча пролонгована естрогенна стимуляція ендометрія за відсутності прогестинового впливу на нього. Саме так формується I патогенетичний тип РЕ ( за Я.В. Бохманом). Рак ендометрія майже у кожній четвертій жінки (15 -25%) поєднується із фіброміомою матки, а у 8 - 10% пацієнток - із гормонопродукуючими пухлинами

Проте існує гормонезалежний патогенетичний варіант цього захворювання ( II патогенетичний тип), що може виникнути на фоні атрофічного ендометрію, асоційований з нагромадженням мутацій тумор-супресорних генів, зокрема Р-53.

Етіологічні фактори РЯ не з'ясованоостаточно. Високий рівень захворюваності на рак яєчників спостерігається в індустріально розвинених країнах, що свідчить про вплив зовнішнього середовища. Водночас біля 15% РЯ є спадковими і зумовлені мутаціямив генах BRCA-1, BRCA-2. Дослідження останньої декади дозволили виділити патогенетичні варіанти РЯ : низькозлоякісний ( пов'язаний з мутаціями генів KRAS, BRAF), та високозлоякісний серозний папілярний РЯ, асоційований з

мутаціями гену P-53. Попередником останнього найбільш ймовірно є інтраепітеліальна карцинома фімбрій маткових труб. Герміногенні пухлини яєчників виникають найчастіше у молодих жінок та дітей.

## II. Навчальна мета заняття:

- > Ознайомитися із факторами ризику, діагностикою та лікуванням раку ендометрія.
- > Знати клініку та лікування раку яєчників.
- > Вивчити алгоритм обстеження пацієток із раком яєчників.
- > Вивчити алгоритм обстеження пацієток із раком ендометрія.

## III. Мета розвитку особистості:

- > Вміти запідозрити та побудувати алгоритм діагностики пацієток із раком ендометрія.
- > Вміти запідозрити та провести процедури для діагностики раку яєчників.

Вміти запідозрити герміногенні пухлини яєчників у молодих жінок та дітей.

## IV. Міждисциплінарна інтеграція

Дисципліни	Знати	Вміти
Попередні дисципліни 1. Анатомія.	Анатомічну структуру органів малого тазу, розташування лімфатичних вузлів та зони лімфовідтоку.	Інтегрувати отримані знання на клінічній кафедрі.
2. Гістологія.	Гістологічну будову гіперпластичних процесів ендометрія, раку ендометрія та раку яєчників,	Інтегрувати отримані знання на клінічній базі.

	гранульозоклітинних та герміногенних пухлин яєчників.	
3. Гінекологія.	Запальні захворювання ендометрія та	Проводити диференціальну діагностику раку
	придатків матки.	ендометрія, яєчників та неонкологічних захворювань.
Наступні дисципліни:		
1. Урологія.	Поширення раку яєчників, діагностика.	Проводити дифдіагностику первинних та метастатичних захворювань сечового міхура.
2. Проктологія.	Поширення раку яєчників, діагностика.	Дифдіагностика первинних та метастатичних захворювань.
Внутрішньопредметна інтеграція:		
1. Рак шлунка, товстого кишківника.	Особливості гематогенного метастазування раків шлунково-кишкового тракту.	Діагностувати пухлини шлунка та шлунково-кишкового тракту.
2. Рак печінки.	Особливості метастазування раку яєчників та ендометрія.	Диференційна діагностика первинних та метастатичних уражень печінки.
3. Гемобластози.	Клініку та особливості поширення гемобластозів.	Диференційна діагностика лімфопроліферативного синдрому.

V. Структурно-логічна схема теми „Рак ендометрія та яєчників”.



## VI. План та організаційна структура заняття:

№ п/п	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Навчальні цілі у рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення (контролю, наочності, інструктивні)	Розподіл часу
1.	Підготовчий етап Організаційні заходи. Присутність. Виконання завдань по самопідготовці. Наявність навчальних матеріалів.		Фронтальне усне експрес-опитування Програмований контроль на основі тестів І рівня	Таблиці, слайди, малюнки, структурно-логічні схеми.	15-20%
2.	Постановка навчальних цілей та мотивація				
3.	Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь: 1. Клініка  2. Лікування	II рівень  II рівень	Програмований контроль -тести II рівня  Програмований контроль III рівня		
	Основний етап				
4.	Формування професійних вмінь та навичок	III рівень.	Професійний тренінг у, вирішенні	Орієнтовані карти.	50-90%

	1. Оволодіти бімануальною пальпацією органів матого тазу.	III рівень.	нетипових клінічних ситуацій.	Пацієнти. Історії хвороби. Текстові ситуаційні нетипові задачі.	10-20%
	2. Провести курацію пацієнтки з раком ендометрія та яєчників	III рівень. III рівень			
	3. Скласти план обстеження пацієнтки з раком ендометрія, яєчників.	III рівень. III рівень.			
	4. Визначити стадію, клінічну групу.				
	5. Визначити план лікування хворого з раком ендометрія, яєчників.	III рівень.	Індивідуальний контроль навичок.	Результати клінічної роботи + історія хвороби	
5.	Заключний етап		Аналіз та оцінка клінічної роботи	Тести III р. Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою	
	Контроль та корекція рівня професійних вмінь та навичок. Підведення підсумків Практичного заняття. Домашнє завдання (основна і додаткова література по темі)		Рішення нетипових задач		

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття:

I. Матеріали контролю для підготовчого заняття:

Тест (а 1)

Один із найчастіших симптомів раку ендометрія:

- A. нетримання сечі;
- B. кровотеча в менопаузі;
- C. загострення геморою;
- D. пазвинна лімфаденопатія;

II. Тести (а 2)

Пухлинно-асоційовані маркери для діагностики герміногенних пухлин яєчників:

- A. СА-125;
- B. хоріонічний гонадотропін, лактатдегідрогеназа, альфа-фетопротеїн;
- C. Раково-ембріональний антиген;
- D. СА-5-15.

III. Радикальне оперативне лікування раку яєчників:

- A, однобічна оваріоектомія
- B. двобічна оваріоектомія;
- C екстирпація матки з додатками;
- D. екстирпація матки з додатками, оментектомія , перитонеумектомія;

Задачі (а 2)

1. Жінка 23р., прийшла на огляд у жіночу консультацію. При бімануальній пальпації виявлено пухлинний утвір у проекції правих додатків. Менструальна функція без особливостей. Попередній діагноз, тактика обстеження.

2. Пацієнтка 58р., звернулась у жіночу консультацію зі скаргами на збільшення живота протягом останніх двох місяців. При

бімануальному обстеженні жіночих статевих органів у проекції додатків малорухомі пухлинні утвори діаметром 8 та 10 см, ознаки асцити. Попередній діагноз, тактика обстеження.

Задачі (а 3)

До жіночої консультації звернулась жінка 44 років зі скаргами на міжменструальні кровотечі. Проведено діагностичне вишкрібання церві кального каналу. Порожнини матки. Гістологічне заключення: помірнодиференційована аденокарцинома ендометрія. Клінічний діагноз, Наступна тактика обстеження. Тактика лікування при I та III стадії захворювання.

Хворій 55 років, поступила в онкоцентр із асцитом, пухлинними утворами у проекції яєчників. Тактика обстеження. Лікувальна тактика.

### VIII. Література

1. Онкологія: Підручник – 3-тє 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=bilinsk>
2. Мілерян В. Є. Методичні основи підготовки та проведення навчальних занять в медичних вузах. / Методичний посібник.- Київ, 2004. – 80 с.
3. Лекции по онкогинекологии. Учебник для слушачов. Подобщей редакцией М. И. Давыдова, В. В. Кузнецова. Москва, МЕДпресс-информ.-2009.- 425с.
4. Я. В. Бохман. Лекции по онкогинекологии.- Медицинское информационное агентство.- 2007. – 350 с.
5. Хирш Х., Кезер О., Икле Ф. Оперативная гинекология. Атлас



/Изд. ГЗОТАР. Медицина. Москва. 1999. – 656 с.

6. Онкологія: підручник / Г. В. Бондар, Ю. В. Думанський, О. Ю. Попович [та ін.] ; за ред.: Г. В. Бондаря, Ю. В. Думанського, О. Ю. Поповича. – К. : Медицина, 2013. – 542 с.
7. Principle and Practice of Gynecologic Oncology / Edited by William J. Haskins, Carlos A. Perez, Robert C. Young. - 2nd edition. 1997. - 1087p.

АНКЕТА  
ПЕРЕВІРКИ ПОЧАТКОВОГО РІВНЯ ЗНАНЬ З  
НОРМИ І ПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗУ

Прізвище, ім'я та по батькові  
слухача \_\_\_\_\_

Курс \_\_\_\_\_ Група \_\_\_\_\_

Вкажіть особливості кровопостачання органів малого тазу.

Лімфатичні колектори малого тазу.

Анатомічна будова яєчників.

Анатомія матки, кровопостачання.

Гормональна функція яєчників.

Гістологічна будова шийки матки.

Зв'язковий апарат матки та яєчників.

Дата

Підпис

слухача

Оцінка

Викладач

## ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ НА ТЕМУ "ПУХЛИНИ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ "

Викладач \_\_\_\_\_ Слухач \_\_\_\_\_

Група \_\_\_\_\_ Оцінка \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

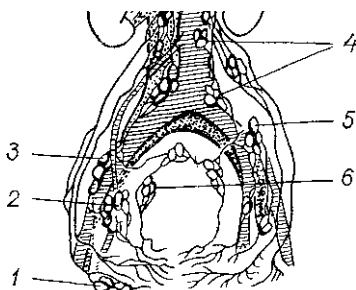


Схема анатомії органів малого тазу. Позначте на схемі основні артеріальні стовбури і групи лімфатичних вузлів.

Передпухлинні захворювання вульви, шийки матки, ендометрія, яєчників.

Гістологічні типи раку вульви. Гістологічні типи раку шийки матки. Гістологічні типи раку ендометрія. Гістологічні типи раку яєчників.

Діагностика раку шийки матки. Діагностика раку ендометрія. Діагностика раку яєчників.

Лікування раку шийки матки. Лікування раку вульви. Лікування раку ендометрія. Лікування раку яєчників.

Діагностика і лікування раку яєчників. Вкажіть, які симптоми можна спостерігати при раку щитоподібної залози, TNM (значення символів вказує викладач).

Пухлина \_\_\_\_\_ Регіонарні лімфатичні вузли \_\_\_\_\_

Віддалені метастази \_\_\_\_\_

Складіть план обстеження пацієнтки \_\_\_\_\_ років, у якої

в проекції додатків виявлено пухлину

\_\_\_\_\_ консистенції, \_\_\_\_\_ (не)рухомий

\_\_\_\_\_ (без)болісний (дані, які вказує викладач).

Складіть план лікування хворої \_\_\_\_\_ років, у якого

виявлено рак \_\_\_\_\_ T \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ (дані

вказує викладач).

Дата

Підпис

слухача

Оцінка

Викладач

## УЧБОВА ІСТОРІЯ ХВОРОБИ "ПУХЛИНИ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ"

Історія хвороби № \_\_\_\_\_ Поступила \_\_\_\_\_  
Виписана \_\_\_\_\_  
Відділ \_\_\_\_\_  
Вік \_\_\_\_\_  
Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_  
Стадія \_\_\_\_\_  
TNM \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_  
Клінічна група \_\_\_\_\_  
Адреса \_\_\_\_\_  
Група крові \_\_\_\_\_  
Rh-належність \_\_\_\_\_  
Скарги

Анамнез захворювання

Анамнез життя

Об'єктивні дані:

Зріст \_\_\_\_\_ Маса тіла \_\_\_\_\_

Проводиться опис загального стану хворого по органах і системах.

Гінекологічний статус: Зовнішні статеві органи. Піхва.  
Шийка матки. Тіло матки. Додатки, Параметри!\*

Попередній діагноз

План обстеження

План лікування.

Променева лікування (самостійне, доопераційне, післяопераційне - вид, доза, дата проведення)

Операція (назва, дата) \_\_\_\_\_

Знеболювання \_\_\_\_\_

Описпрепарату: \_\_\_\_\_

Гістологічне дослідження (дата, діагноз) \_\_\_\_\_

Безпосередній результат операції \_\_\_\_\_

Ускладнення загального характеру \_\_\_\_\_

Післяопераційна променева терапія ( вид, доза, дата)

Цитостатична терапія

Дата	Препарат	Доза	Спосіб введення

Інші методи лікування

План реабілітації

Трудова експертиза

## СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ХВОРИМ

Дата	Результат	Рекомендації

Рецидив місцевий (дата, характеристика)

Метастази (дата, локалізація, розміри)

Дата смерті \_\_\_\_\_

Причини смерті \_\_\_\_\_

Тривалість життя хворого: з моменту виявлення пухлини \_\_\_\_\_ з моменту закінчення радикального лікування \_\_\_\_\_

### РОЗШИРЕНИЙ ЕПІКРИЗ:

Дата                      Підпис              слухача

Оцінка                      Викладач

Тема: Рак губи. Рак слизової порожнини рота.

I. Актуальність теми заняття:

В Україні щороку реєструється біля 1000 випадків раку нижньої губи та 2600 випадків раку слизової порожнини рота. Незважаючи на те, що у більшості випадків це візуальні форми раку близько 53-55% пацієнтів звертаються із запущеними стадіями. І якщо при раку губи після спеціалізованого лікування більше року живе біля 91% пацієнтів, то при раку порожнини рота 40% помирає до року.

З іншої сторони ранні стадії раку даної локалізації мають у 2-3 рази кращі віддалені показники виживаності, що зумовлює значну актуальність даної тематики у контексті раннього виявлення передракових та ракових змін слизової порожнини рота лікарями різних спеціальностей.

Згідно дослідження Starnmaier (2014) оволодіння базовими поняттями діагностики, клініки та лікування раку губи та слизової порожнини рота дозволить лікарю-стоматологу подовжити життя в середньому 180 своїм пацієнтам, лікарю-хірургу – 150, лікарю-терапевту-сімейному лікарю – 400.

II. Навчальні цілі заняття:

Ознайомитися та мати загальні уявлення про стан проблеми пухлин порожнини рота і губи.

- Знати етіологію, передракові захворювання, фактори ризику, особливості топографічної анатомії голови і шиї, особливостей кровопостачання її окремих частин і шляхів лімфовідтоку (груп лімфовузлів), клініку і методи
- діагностики, вміти правильно зібрати анамнез і провести обстеження хворого на рак порожнини рота або губи:
- з'ясувати тривалість захворювання, наявність симптомів, пов'язаних з ураженням різних частин шиї, суміжних органів, наявністю віддалених метастазів;
- провести фізикальне обстеження лімфовузлів шиї, пальцеве обстеження порожнини рота.



- спланувати в правильній послідовності необхідні додаткові методи досліджень (лабораторні та інструментальні);
- провести диференціальну діагностику раку голови і шиї з доброякісними пухлинами та непухлинних захворюваннями (флегмона, лімфаденіт);
- скласти план лікування хворого в залежності від локалізації пухлини, стадії, гістологічної будови і загального стану хворого;
- скласти план диспансеризації хворих після радикального лікування;
- розвивати творчі здібності в процесі клінічного і теоретичного дослідження проблемних питань із пухлин голови і шиї (ОГШ).

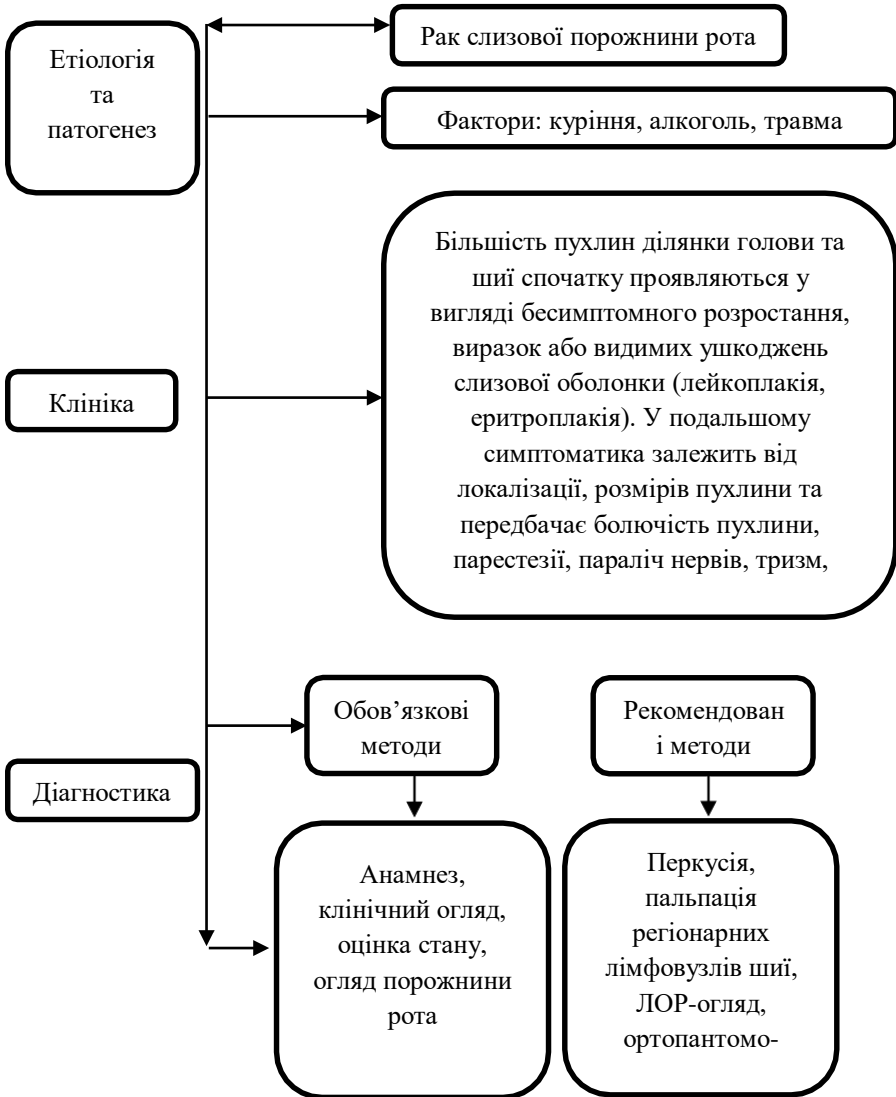
### III. Цілі розвитку особистості:

- Сформувати необхідність здійснювати деонтологічний підхід при роботі з пацієнтами із пухлинами слизової порожнини рота та губи, особливо коли рак є запущеним;
- На матеріалі теми розвинути відчуття відповідальності за адекватність та професіоналізм лікаря у своєчасній діагностиці пухлин порожнини рота та губи серед населення.

#### IV. Міждисциплінарна інтеграція

Дисципліни	Знати	Вміти
Попередні дисципліни		
Анатомія	Анатомічні структури голови та шиї, особливості кровопостачання та шляхи лімфовідтоку з різних ділянок, взаєморозташування між органами, простори шиї	Інтегрувати одержані знання на клінічній кафедрі
Патологічна анатомія	Гістологічна будова тканин та пухлин голови і шиї	Інтегрувати одержані знання на клінічній кафедрі
Наступні дисципліни		
Хірургія	Клінічні симптоми пухлин голови та шиї та непухлинних захворювань даної ділянки	Проводити диференціальну діагностику між хірургічними та онкологічними пацієнтами
Отоларингологія	Клінічні симптоми захворювань ЛОР-органів та пухлин порожнини рота	Проводити диференціальну діагностику між онкологічними та ЛОР-пацієнтами
Стоматологія	Клінічні симптоми доброякісних пухлин десни, передракових уражень слизової порожнини рота	Виявляти передракові зміни на слизовій ротової порожнини, проводити диференціальну діагностику із запальними захворюваннями слизової порожнини рота
Міжпредметна інтеграція		
Рак порожнини рота та губи	Спільні фактори ризику, етіологічні фактори розвитку даних захворювань	Проводити диференціальну діагностику між головними злоякісними та доброякісними захворюваннями ділянки голови та шиї

V. Структурно-логічна схема теми «Рак губи. Рак слизової порожнини рота»



## VI. План та організаційна структура заняття

№ п/п	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю та навчання	Матеріали методичного забезпечення (контролю, наочності, інструктивні)	Розподіл часу (у хвиликах)
	Підготовчий етап				15-20%
1.	Організаційні заходи: присутність, контроль виконання завдань з самостійної роботи; наявність навчальних матеріалів		Фронтальне усне експрес-опитування. Програмований контроль на основі тестів I рівня	Таблиці, слайди, малюнки, структурно-логічні схеми	
2.	Постановка навчальних цілей та мотивація	Загальна орієнтація з теми		Теоретична співбесіда Письмова	
3.	Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь 1. Етіологія та патогенез 2. Клініка 3. Діагностика 4. Лікування	I-II рівень Знати етіологію, передракові стани, фактори ризику, методи діагностики та лікування II рівень	Програмований контроль – тести II рівня	теоретична робота Вирішення типових задач II рівня	

№ п/п	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю та навчання	Матеріали методичного забезпечення (контролю, наочності, інструктивні)	Розподіл часу (у хвиликах)
4.	<p>Основний етап</p> <p>Формування професійних умінь та навичок.</p> <p>1. Оволодіти технікою пальаторного дослідження регіонарних лімфатичних вузлів шиї, пальцевого дослідження порожнини рота та губи</p> <p>2. Провести курацію пацієнтів з пухлинами порожнини рота</p> <p>3. Скласти план обстеження пацієнта пухлинною порожнини рота чи губи</p> <p>4. Визначити стадію, клінічну групу.</p> <p>5. Скласти план</p>	III рівень			60-90% (100 хв.)

№ п/п	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю та навчання	Матеріали методичного забезпечення (контролю, наочності, інструктивні)	Розподіл часу (у хвиликах)
	Заключний етап				10-15%
5.	Контроль та корекція рівня професійних умінь та навичок	III рівень	Індивідуальний контроль навичок	Результати клінічної роботи + історія хвороби	
6.	Підведення підсумків практичного заняття		Аналіз та оцінка клінічної роботи.	Тести III рівня	
7.	Домашнє завдання (основна і додаткова література за темою)		Рішення нетипових задач	Орієнтована карта для самостійної роботи з літературою	

## VII. Матеріали методичного забезпечення заняття

### A. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття:

#### Тестові завдання

1. Що із наведеного списку не належить до факторів ризику виникнення пухлин слизової порожнини рота та губи при їх систематичному застосуванні/впливу на людину?

A. Губна помада.

Б. Підвищена інсоляція.

В. Коливання температури, вітру.

Г. Тютюн при палінні.

Д. Каппа при закладанні за губу.

2. Яке захворювання з нижчеперелічених не відносять до передракових захворювань губи?

А. Вогнищевий дискератоз.

Б. Лейкоплакію.

В. Папіломи.

Г. Хронічну травму губи.

Д. Гостру травму губи.

3. Які лімфатичні вузли першими уражаються при раку губи?

А. Підщелепні.

Б. Підборідні.

В. Привушні.

Г. Надключичні.

Д. Вірно А і Б.

4. Який з перерахованих методів лікування не використовують для радикального лікування первинного вогнища при раку губи?

А. Хірургічний.

Б. Променевий.

В. Хіміопротеневий.

Г. Лазерної хірургії.

Д. Комбінований.

5. Яке з перерахованих захворювань не відносять до передпухлинних захворювань слизової оболонки порожнини рота?

А. Хвороба Боуена.

Б. Лейкоплакія.

В. Папіломатоз.

Г. Післяпроменевий стоматит.

Д. Кандидозний стоматит.

6. При якій стадії раку нижньої губи може бути застосоване кріохірургічне лікування як самостійний метод лікування?

А. І.

Б. ІІ.

В. ІІІ.

Г. При всіх стадіях.

Д. Правильні відповіді А і Б.

7. Де відзначають найбільшу частоту раку слизової оболонки порожнини рота?

А. Держави Балтії.

Б. Середня смуга Росії.

В. Узбекистан.

Г. Сибір.

Д. Білорусія.

8. Яка морфологічна форма злоякісних пухлин слизової оболонки порожнини рота найбільш часто зустрічається?

А. Плоскоклітинний рак.

Б. Саркома.

В. Мукоепідермоїдна пухлину.

Г. Циліндрома.

Д. Недиференційований рак.

9. Де найбільш часто локалізується рак слизової оболонки порожнини рота?

А. Язик.

Б. Дно порожнини рота.

В. М'яке піднебіння.

Г. Тверде піднебіння.

Д. Альвеолярний відросток верхньої щелепи.



10. Як може бути застосована променева терапія при лікуванні раку слизової оболонки порожнини рота?

- А. Як самостійний радикальний метод.
- Б. Як паліативний метод.
- В. Як етап комбінованого лікування.
- Г. Правильні відповіді Б і В.
- Д. Всі відповіді правильні.

11. У якому віці найчастіше діагностують рак слизової оболонки порожнини рота?

- А. До 18 років.
- Б. 18-39 років.
- В. 40-55 років.
- Г. 55-65 років.
- Д. Старше 65 років.

12. Які лімфатичні вузли не є первинним лімфатичним бар'єром при раку слизової оболонки порожнини рота?

- А. Підщелепні.
- Б. Привушні.
- В. Поверхневі і глибокі шийні.
- Г. Заглоткові.
- Д. Підключичні.

## СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ

Завдання 1. У пацієнта 56 років, який звернувся до стоматолога, виявлений у правій підщелепній ділянці щільний, обмежено рухливий, збільшений до 2 см, безболісний лімфатичний вузол. З анамнезу з'ясовано, що рік тому пацієнтові проводили опромінення в онкологічному диспансері (зі слів пацієнта, під язиком була невелика ранка). В даний час при огляді слизової оболонки порожнини рота патології виявлено не було.

Запитання:

А. Вкажіть можливий діагноз пацієнту

Б. Визначте тактику, якщо ви:

- стоматолог-терапевт;
- стоматолог-хірург;
- онколог.

Завдання 2. При раку нижньої губи III стадії (пухлина займала більше половини нижньої губи та інфільтрувала м'які тканини підборіддя) була проведена кріодеструкція пухлини.

Запитання:

А. Чи правильно вибраний метод лікування?

Б. Який метод лікування Ви б запропонували?

Завдання 3. У пацієнта під час контрольного огляду (через рік після променевого лікування з приводу раку язика) виявлена виразка на бічній поверхні язика. При цитологічному дослідженні зішкребу з області виразки знайдені атипові клітини плоского епітелію.

Запитання:

А. Вкажіть діагноз.

Б. До якої клінічної групи слід віднести пацієнта?

## ЕТАЛОНИ ВІДПОВІДЕЙ

Тестові завдання

1. А; 2. Д; 3. Д; 4. Г; 5. Д; 6. Д; 7. В; 8. А; 9. А; 10. Г; 11. Д; 12Д.

Ситуаційні завдання

Завдання 1

А. Метастази раку слизової оболонки порожнини рота у шийні лімфатичні вузли.

Б. Необхідні наступні заходи:

- Направити хворого до онколога;

- Можливо УЗД шийних лімфатичних вузлів, пункція лімфатичного вузла з метою цитологічного дослідження. При підтвердженні метастазу направити хворого до онколога.
- Хірургічне лікування в об'ємі лімфодисекції шиї ураженої сторони.

#### Завдання 2

А. Метод лікування обраний невірно.

Б. Можливо проведення комбінованого лікування: на першому етапі дистанційна променева терапія в дозі 40 Гр, потім хірургічне лікування.

#### Завдання 3

1. Найбільш вірогідний рецидив раку язика.
2. Клінічна група II.

### VIII. Література

1. Онкологія: Підручник – 3-те видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білінський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак, О. О. Галай та ін.; За ред. Б. Т. Білінського – К.: Здоров'я, 2004, 2007 – 528 с. <http://booksshare.net/index.php?id1=4&category=med&author=bilinsk>
2. TNM-класифікація, 7-ме видання. Фецич Т. Г., Сліпецький Р. Р./ За загальною редакцією д.м.н., проф. Фецича Т. Г. – Львів – 2014. – 169 с.
3. Злоякісні пухлини голови та шиї (TNM-атлас). Упор. д.м.н. Галай О. О., Сліпецький Р. Р. – Львів – 2014. – 127 с.
4. Онкологія: підручник / Г. В. Бондар, Ю. В. Думанський, О. Ю. Попович та ін.; за ред. Г. В. Бондаря, Ю. В. Думанського, О. Ю. Поповича. – К.: ВСВ «Медицина», 2013. – 544 с.
5. DeVita V.T., Lawrence T.S., Rosenberg S.A. Cancer Principles & Practice of Oncology, 10th ed., LWW, 2015. – 2280 p.

АНКЕТА  
ПЕРЕВІРКИ ВИХІДНОГО РІВНЯ ЗНАНЬ СЛУХАЧА  
З НОРМИ ТА ПАТОЛОГІЇ ГУБИ ТА ПОРОЖНИНИ РОТА

Прізвище, ім'я та по-батькові слухача:

Курс \_\_\_\_\_ Група \_\_\_\_\_

1. Назвіть основні анатомічні структури порожнини рота.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Назвіть основні фасції шиї?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. З яких м'язів складається язик? В чому особливості кровопостачання язика?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Назвіть захворювання губи і порожнини рота:

запальні захворювання \_\_\_\_\_

доброякісні пухлини \_\_\_\_\_

злроякісні пухлини \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Які спеціальні дослідження проводять для встановлення діагнозу пухлини слизової порожнини рота?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Які гістологічні форми раку порожнини рота ви знаєте?

---

---

7. Якими симптомами проявляються злоякісні пухлини порожнини рота в залежності від локалізації?

---

---

8. Який метод лікування пухлин порожнини рота є радикальним? \_\_\_\_\_

---

---

Дата

Підпис слухача

Оцінка

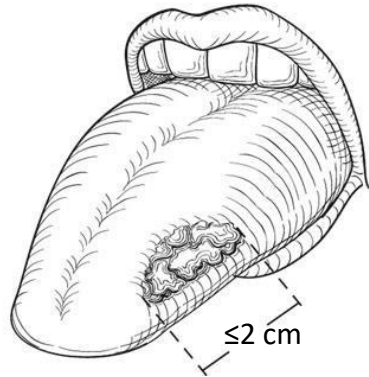
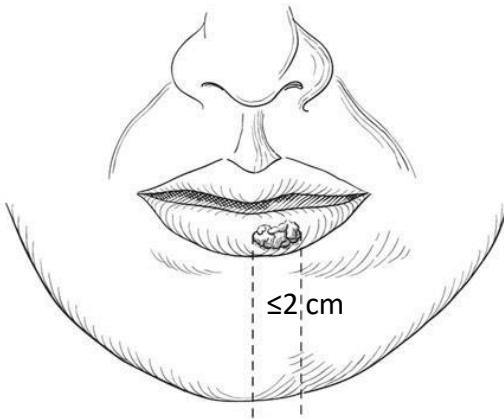
Викладач

ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ НА ТЕМУ:  
"РАК СЛИЗОВОЇ ПОРОЖНИНИ РОТА ТА ГУБИ "

Дата \_\_\_\_\_

Слухач \_\_\_\_\_ Група \_\_\_\_\_

Викладач \_\_\_\_\_ Оцінка \_\_\_\_\_



1. Визначте локалізацію пухлини та вкажіть її класифікацію за TNM-системою.
2. Запропонуйте найбільш оптимальний метод лікування.
3. Підкресліть доброякісні пухлини губи із списку: папілома, кератоакантома, шкірний ріг, лейкоплакія, еритроплакія, хронічний хейліт, плоский лишай, хвороба Боуена, хейліт Манганотті, плоскоклітинний рак.
4. Епідеміологія: Підкресліть двома рисками назви країн з високою захворюваністю і однією ризикою – з низькою захворюваністю на слизову порожнину рта та губу: Індія, Пакистан, Шрі-Ланка,

Франція, Білорусь, США, Канада, Німеччина. Вкажіть питому частку пухлин порожнини рота в структурі онкозахворювань в Україні.

5. Основні клінічні форми і діагностика. Які спеціальні дослідження необхідно провести у хворого для встановлення діагнозу раку порожнини рота: пальцеве дослідження, ЛОР-огляд, ларингоскопія, назофарингоскопія, рентгенографія ОГК, ФЕГДС, УЗД шиї, УЗД ОЧП, КТ шиї та ОГК, біопсія пухлини, аналіз калу на приховану кров, ректороманоскопія.

6. Вкажіть основні критерії стадіювання пухлин губи та порожнини рота за TNM-класифікацією.

7. Лікування. Підкресліть, який тип операції найкраще підходить для радикального лікування пухлини зображеної на мал. А. п.1: клиноподібна резекція губи, кріодеструкція пухлини, електрокоагуляція пухлини, операція Крайля, площинна резекція нижньої губи, операція Бернарда-Барроу, операція Ештландера.

8. Прогноз захворювання. Підкресліть вирішальні для прогнозу фактори: стать, вік, ступінь поширення основної пухлини Т, наявність метастазів у лімфовузлах, форма росту, ступінь радикалізму лікування. Підкресліть менш прогностично сприятливу гістологічну форму пухлини.

9. Реабілітація. Які фактори визначають успіх реабілітації

---

Клінічна група даного хворого \_\_\_\_\_

Група інвалідності \_\_\_\_\_

**УЧБОВА ІСТОРІЯ ХВОРОБИ**  
**"РАК СЛИЗОВОЇ ПОРОЖНИНИ РОТА ТА ГУБИ"**  
(шифр С00-С06)

Історія хвороби № \_\_\_\_\_ Поступив \_\_\_\_\_  
Відділення \_\_\_\_\_ Вибув \_\_\_\_\_  
Прізвище, ім'я, по-батькові \_\_\_\_\_

Адреса \_\_\_\_\_

Стать \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_  
Група крові \_\_\_\_\_ Резус-фактор \_\_\_\_\_

**СКАРГИ І АНАМНЕЗ**

Скарги \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ**

Початок захворювання (дата) \_\_\_\_\_ з яких симптомів

Консервативна терапія (наявність, ефективність) \_\_\_\_\_

Болі (підкреслити): нема, переймоподібні, постійні, тривалі,  
інтенсивність: помірні, терпимі, сильні \_\_\_\_\_

Загальний стан (задовільний, загальна слабкість, підвищення  
температури, блідість шкіри) \_\_\_\_\_

Попередні захворювання: \_\_\_\_\_

Дата первинного звернення за медичною допомогою з причини даного  
захворювання \_\_\_\_\_



## ЕТАПИ ПОПЕРЕДНЬОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРОГО

Дата	Назва лікувального закладу	Діагноз	Лікування	Ефект від лікування

### АНАМНЕЗ ЖИТТЯ

Перенесені захворювання (дата, діагноз) \_\_\_\_\_

Пухлини в родичів \_\_\_\_\_

Страховий анамнез \_\_\_\_\_

Шкідливі звички \_\_\_\_\_

### ОБ'ЄКТИВНІ ДАНІ

Маса тіла \_\_\_\_\_ зріст \_\_\_\_\_

Дефіцит, надлишок маси тіла \_\_\_\_\_

Шкірні покриви: нормальні, бліді, дуже бліді \_\_\_\_\_

Тургор шкіри: нормальний, знижений, зневоднення \_\_\_\_\_

Живіт: нормальної конфігурації, здутий, асцит.

Рухомість при диханні: нормальна, знижена, дефанс.

Печінка: нормальна, збільшена, горбиста \_\_\_\_\_

Локалізація пухлини \_\_\_\_\_,

її розміри \_\_\_\_\_ см.

Консистенція: щільна, горбиста, еластична, рухомість – значна, обмежена, нерухома; болючість – незначна, помірна, значна, безболісна.

Пальцеве дослідження порожнини рота. Пухлина пальпується нижній край \_\_\_\_\_ верхній край \_\_\_\_\_ см, перехід за серединну лінію \_\_\_\_\_

Біопсія \_\_\_\_\_

Рентгенологічне обстеження, дата \_\_\_\_\_

Легені \_\_\_\_\_

Тони серця \_\_\_\_\_ Пульс \_\_\_\_\_

## ЛІКУВАННЯ

Підготовка до операції (звичайна, спеціальна), вказати

Операція (дата, назва) \_\_\_\_\_

Знеболення: назва \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

Макропрепарат: \_\_\_\_\_

Мікропрепарат: \_\_\_\_\_

Пухлина проростає \_\_\_\_\_

Наявні метастази в лімфатичні вузли (кількість, розмір) \_\_\_\_\_

Променева терапія: сумарна доза на пухлину \_\_\_\_\_

Хіміотерапія \_\_\_\_\_

Препарат \_\_\_\_\_ Доза \_\_\_\_\_

Клінічна група хворого \_\_\_\_\_

Група інвалідності \_\_\_\_\_

Стан хворого при виписці: добрий, задовільний, важкий

## СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ХВОРИМ

Дата	Обстеження	Результат

Рецидив у зоні операції (дата, характеристика) \_\_\_\_\_

Метастази (дата, локалізація, розміри) \_\_\_\_\_

Дата смерті – \_\_\_\_\_

Причина смерті \_\_\_\_\_

Тривалість життя хворого з моменту встановлення діагнозу

**ЕПІКРИЗ**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Тема: пухлини товстого кишківника

### I. Актуальність теми заняття

Рак товстої кишки або колоректальний рак ( КРР ) у цілому посідає третє місце в світі за частотою захворюваності. У 2012 році виявлено близько 1,36 млн. нових випадків цього захворювання. В Україні захворюваність на КРР постійно прогресує – 45 випадків на 100 000 населення. Серед чоловіків і жінок ця патологія поширена приблизно однаково, і в 95% випадків хворіють особи віком понад 50 років. Захворюваність вища в міського населення порівняно з сільським. Показник смертності приблизно на 30% менший від захворюваності, що свідчить також про відносно коротку тривалість життя цієї категорії хворих.

Серед факторів, що сприяють виникненню КРР – характер харчування населення: вживання їжі з підвищеним вмістом білків і жирів, продуктів, що містять природні речовини з канцерогенними властивостями, сповільнення нормального пасажу по кишечнику. Відомо, що КРР частіше виникає на тлі передракових захворювань кишечника. Кумулятивний ризик захворіти на КРР в Україні до 75 р. – 1,1% у чоловіків і 0,65% у жінок. Рівень морфологічної верифікації діагнозу становить 83-90%. Спеціальним лікуванням охоплюється не більше 75% хворих. Дуже високим залишається показник летальності до 1 року – до 37%.

### II. Навчальна мета заняття:

Ознайомитися та мати загальні уявлення про стан проблеми КРР.

Знати етіологію, передракові захворювання, фактори ризику, особливості топографічної анатомії товстої кишки, особливості кровопостачання її окремих відділів і шляхів лімфовідтоку (груп лімфовузлів), клініку та методи діагностики КРР, вміти

правильно зібрати анамнез, провести обстеження хворого на КРР та спланувати лікувальну тактику:

- З'ясувати тривалість захворювання, наявність симптомів, пов'язаних з ураженням різних частин товстої кишки, суміжних органів, наявністю віддалених метастазів;
- Провести фізикальне обстеження органів живота, пахвинних лімфовузлів, пальцеве обстеження прямої кишки.
- Спланувати в правильній послідовності необхідні додаткові методи досліджень (лабораторні та інструментальні);
- Провести диференційну діагностику раку ободової та прямої кишки з доброякісними пухлинами і непухлинними захворюваннями (поліпами, неспецифічним виразковим колітом,);
- Скласти план лікування хворого на КРР в залежності від локалізації пухлини, стадії, гістологічної будови і загального стану хворого;
- Скласти план диспансеризації хворих на КРР після радикального лікування: визначити кратність та обсяг обстежень;

Розвивати творчі здібності в процесі клінічного та теоретичного дослідження проблемних питань по КРР.

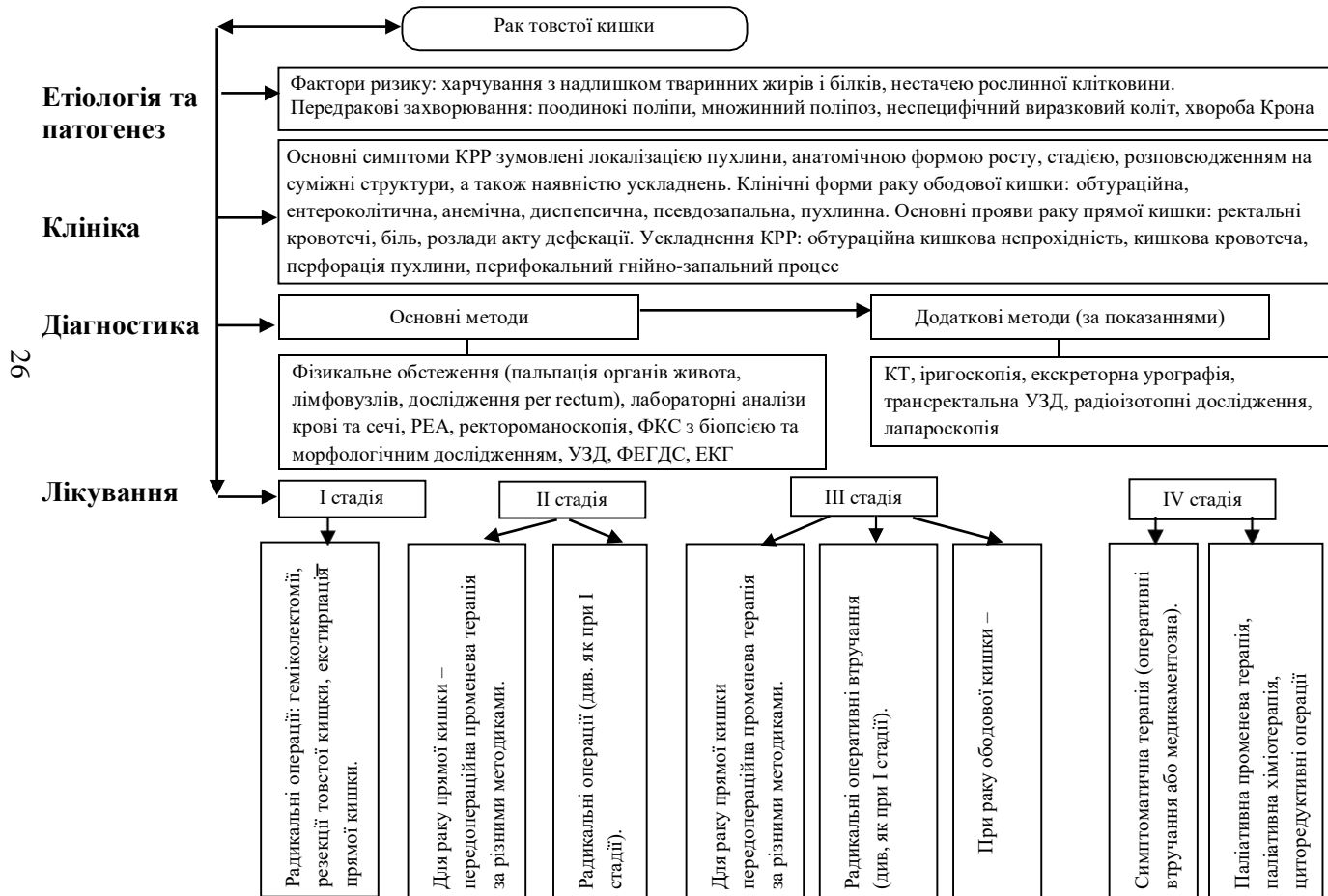
### III. Завдання розвитку особистості:

- Розвинути почуття відповідальності за правильність та своєчасність професійних дій лікаря при наданні медичної допомоги хворим на рак товстої кишки.
- Сформуванню потребу здійснювати деонтологічний підхід до хворих на КРР.
- Виробити сукупність моральних норм поведінки лікаря, відчуття професійного обов'язку і честі, сумління та гідності, якими має керуватися лікар в усіх сферах своєї практичної діяльності.

#### IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<p>Попередні дисципліни</p> <p>1. Анатомія</p>	<p>Анатомічну будову товстої кишки, її кровопостачання і шляхи лімфовідтоку, взаємовідношення з сусідніми органами.</p>	<p>Інтегрувати отримані знання на клінічній кафедрі</p>
<p>2. Гістологія</p>	<p>Гістологічну будову стінки товстої кишки</p>	<p>Інтегрувати отримані знання на клінічній базі</p>
<p>3. Патологічна анатомія</p>	<p>Морфологічну класифікацію пухлин товстої кишки.</p>	<p>Інтегрувати отримані знання на клінічній базі</p>
<p>Наступні дисципліни</p> <p>1. Хірургія</p>	<p>Невідкладні хірургічні стани, як ускладнення КРР</p>	<p>Проводити диференційну діагностику кровотеч з травного тракту, товстокишкової непрохідності на ґрунті КРР та непухлинного генезу.</p>
<p>2. Терапія</p>	<p>Клініку виразкового неспецифічного коліту.</p>	<p>Проводити диференційну діагностику з КРР</p>
<p>Внутрішньо-предметна інтеграція</p> <p>1. Заочеревинні пухлини</p>	<p>Клініку заочеревинних пухлин в залежності від топіки</p>	<p>Проводити диференційну діагностику поширення заочеревинних пухлин на ободову кишку і навпаки</p>

## V. Структурно-логічна схема теми „Рак товстої кишки”



## VI. План та організаційна структура заняття

№ п/п	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення (контролю, наочності, інструктивні)	Розподіл часу
1.	Підготовчий етап Організаційні заходи: присутність, контроль виконання завдань по самостійній роботі; Наявність навчальних матеріалів.		Фронтальне усне експрес – опитування Програмований контроль на основі тестів I рівня	Таблиці, слайди, малюнки, структурно-логічні схеми	15-20% 30 хв.
2.	Постановка навчальних цілей та мотивація	Загальна орієнтація по темі КРР I - II рівень	Лекційний метод, самостійна робота з комп'ютерними навчальними програми, література	Теоретична співбесіда. Письмова теоретична робота.	
3.	Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь 1. Етіологія та патогенез КРР 2. Клініка 3. Діагностика 4. Лікування	Знати етіологію, передракові стани, фактори ризику. II рівень  Знати методи діагностики КРР II рівень	Програмований контроль II рівня Програмований контроль III рівня		

№ п/п	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення (контролю, наочності, інструктивні)	Розподіл часу
4.	<p>Основний етап Формування професійних вмінь та навичок</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Оволодіти технікою пальпаторного дослідження органів черевної порожнини, периферичних лімфатичних вузлів, пальцевого обстеження прямої кишки.</li> <li>2. Скласти план обстеження пацієнта з КРР.</li> <li>3. Визначити стадію, клінічну групу.</li> <li>4. Скласти план лікування пацієнта з КРР.</li> </ol>	III рівень	Професійний тренінг у вирішенні нетипових клінічних ситуацій	Орієнтовані карти. Пацієнти Історії хвороби. Текстові ситуаційні нетипові задачі.	60 – 90% 100 хв.
5.	Заключний етап Контроль та корекція рівня професійних вмінь та навичок.	III рівень	Індивідуальний контроль навичок.	Результати клінічної роботи + історія хвороби.	10 – 15% 20 хв.
6.	Підведення підсумків практичного заняття.	III рівень	Аналіз та оцінка клінічної роботи.	Тести III р.	
7.	Домашнє завдання (основна і додаткова література по темі)	III рівень	Вирішення нетипових задач	Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою.	



## VII. Матеріали методичного забезпечення заняття:

Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття.

Тести ( $\alpha = 1$ )

1. Зі скількох анатомічних відділів складається ободова кишка?:

- A. 3;
- B. 4;
- C. 5;
- D. 6;
- E. 7.

Правильна відповідь: E.

2. Основна гістологічна форма раку ободової кишки:

- A. Плоскоклітинний рак;
- B. Залозистий рак;
- C. Слизовий рак;
- D. Дрібноклітинний рак.

Правильна відповідь: B.

Тести ( $\alpha = 2$ )

1. Фактори ризику КРР (виберіть правильні відповіді):

- вживання надміру гострої їжі;
- поліпоз товстої кишки;
- наявність перніціозної анемії;
- паління тютюну (активне або пасивне);
- надмірне вживання кави;
- рак будь-якої локалізації у близьких родичів;
- нераціональне харчування з переважанням у їжі тваринних білків і жирів;
- часте вживання червоного вина;
- зловживання міцними спиртними напоями.
- Правильна відповідь: B, E, G, H.

2. Назвіть патогістологічні форми росту раку товстої кишки.

- A. \_\_\_\_\_
- B. \_\_\_\_\_
- C. \_\_\_\_\_
- D. \_\_\_\_\_
- E. \_\_\_\_\_

Правильна відповідь:

- A. Аденокарцинома;
- B. Слизова аденокарцинома;
- C. Персневидно-клітинний рак;
- D. Недиференційований рак;
- E. Некласифікований рак.

3. Які шляхи метастазування раку ободової кишки?

- A. \_\_\_\_\_
- B. \_\_\_\_\_
- C. \_\_\_\_\_

Правильна відповідь:

- A. Гематогенний;
- B. Лімфогенний;
- C. Імплантаційний.

Задачі ( $\alpha = 2$ )

1. Чоловік 65р. звернувся до сімейного лікаря зі скаргами на загальну слабкість, здуття живота, запори, періодичну появу прожилок крові в калі. Відзначає це протягом останніх трьох місяців, схуднув на 15 кг. Під час пальцевого обстеження прямої кишки у нижньоампулярному відділі виявлено щільний утвір по задній стінці. Ваш попередній діагноз? До якої групи захворювань травного тракту відноситься дана патологія?

2. Хворий, 75р. визнаний неоперабельним, його виписано з онкологічного диспансеру після проведення курсу променевого лікування за радикальною програмою. Заключний клінічний діагноз: Рак прямої кишки (середньоампулярний відділ)

T3NхM0, кл. гр. IV. Яке за характером лікування передбачається у нього?

3) Задачі ( $\alpha = 3$ )

1. До амбулаторного хірурга звернувся хворий 57 років зі скаргами на часті та болючі позиви на дефекацію, що закінчуються неефективно, сильне здуття живота, періодичну наявність у калі крові, втрату апетиту, схуднення на 10 кг за останні півроку. Пальпаторно: збільшена та ущільнена ліва частка печінки, в проекції сигмовидної кишки ущільнення, болоче при натискуванні. Під час оглядової рентгеноскопії органів черевної порожнини виявлено 3 чаші Клойбера справа. Ваш попередній діагноз? Яке подальше додаткове обстеження цього пацієнта доцільно провести і в який термін?
2. Хворий на КРР 65 років, При колоноскопії - інфільтративно-виразкова пухлина в правому згині ободової кишки на 2/3 її окружності. Результат біопсії: персневидноклітинний рак з ділянками недиференційованого. Додаткові методи досліджень не виявили ознак ураження віддалених органів. В якій клінічній групі знаходиться пацієнтка? Яке подальше лікування є показане для неї?

VIII. Професійний алгоритм

№	Завдання	Послідовність виконання	Зауваження, попередження щодо самоконтролю
1.	Оволодіти методикою обстеження хворих на КРР	1. Перкусія, пальпація органів черевної порожнини; 2. Пальпація пахвинних, лімфовузлів	Проводити пальпацію потрібно в положенні хворого на спині і на боках  Проводити пальпацію потрібно у будь-якому положенні тіла хворого,

		3. Пальцеве обстеження прямої кишки	пальпувати необхідно симетричні ділянки.  Проводити обстеження в колінно-ліктьовому положенні в оглядовій кімнаті під керівництвом асистента
2.	Провести курацію пацієнта	1. Зібрати анамнез; 2. Фізикальне обстеження; 3. Призначити додаткове інструментальне обстеження; вміти інтерпретувати результати колоноскопії; 4. Взяти участь у пункційній біопсії периферичного лімфовузла; 5. Призначити лікування	Пункційна біопсія проводиться в маніпуляційній (перев'язочній) під керівництвом асистента

IX. Матеріали методичного забезпечення самостійної роботи слухачів:

Основні завдання	Вказівки
1.Оперативне лікування КРР	Питання резектабельності і операбельності в хірургії КРР, покази до геміколектомій, резекцій ободової кишки, резекцій прямої кишки, екстирпації прямої кишки.
2. Хіміотерапевтичне (ХТ) лікування	Питання планування ад'ювантної ХТ. Покази до ад'ювантної ХТ і паліативної ХТ, передопераційного ПЛ. Методики накладання обхідних

<p>КРР, променеве лікування (ПЛ) КРР</p> <p>3. Паліативне і симптоматичне лікування хворих на КРР.</p>	<p>анастомозів і колостом, сучасні медикаментозні засоби для знеболення в онкології</p>
--	---

### VIII. Література

1. Онкологія: Підручник – 3-тє видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білінський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак, О. О. Галай та ін.; За ред. Б. Т. Білінського – К.: Здоров'я, 2004, 2007 – 528 с. <http://booksshare.net/index.php?id1=4&category=med&author=bilinsk>
2. TNM-класифікація, 7-ме видання. Фецич Т. Г., Сліпецький Р. Р. / За заг. редакцією док. мед. наук, проф. Фецича Т. Г. – Львів – 2014. – 169 с.
3. Протопопов А. О., Лазько В. М., Січак І. І. Рак прямої кишки: навчальний посібник / А. О. Протопопов, В. М. Лазько, І. І. Січак. – Луцьк: «Волинські старожитності», 2014. – 198 с., іл.
4. Мілерян В. Є. Методичні основи підготовки та проведення навчальних занять в медичних вузах. Методичний посібник. Київ. – 2004. – 80 с.
5. Збірник тестових завдань з онкології. Під ред. Фецича Т. Г., Олійника Ю. Ю. Львів. – 2013. – 214 с.

АНКЕТА  
ПЕРЕВІРКИ ВИХІДНОГО РІВНЯ ЗНАНЬ СЛУХАЧА  
З НОРМИ ТА ПАТОЛОГІЇ ОБОДОВОЇ ТА ПРЯМОЇ КИШКИ

Прізвище, ім'я та по-батькові слухача:

Курс \_\_\_\_\_ Група \_\_\_\_\_

1. Назвіть відділи ободової та прямої кишки.

\_\_\_\_\_

2. Який епітелій вистилає товсту кишку і пряму кишку?

\_\_\_\_\_

3. З яких шарів складається стінка товстої кишки? В чому полягає відмінність структури стінки ободової та тонкої кишки?

\_\_\_\_\_

4. Назвіть захворювання товстої кишки і прямої кишки:  
запальні захворювання \_\_\_\_\_

доброякісні пухлини \_\_\_\_\_

злроякісні пухлини \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Які спеціальні дослідження проводять для встановлення діагнозу пухлини товстої кишки та прямої кишки? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Які гістологічні форми ободової і прямої кишки ви знаєте?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Якими симптомами проявляються злоякісні пухлини ободової та прямої кишки в залежності від локалізації?

---

---

8. Який метод лікування пухлин ободової і прямої кишки є радикальним?

---

Дата

Підпис слухача

Оцінка

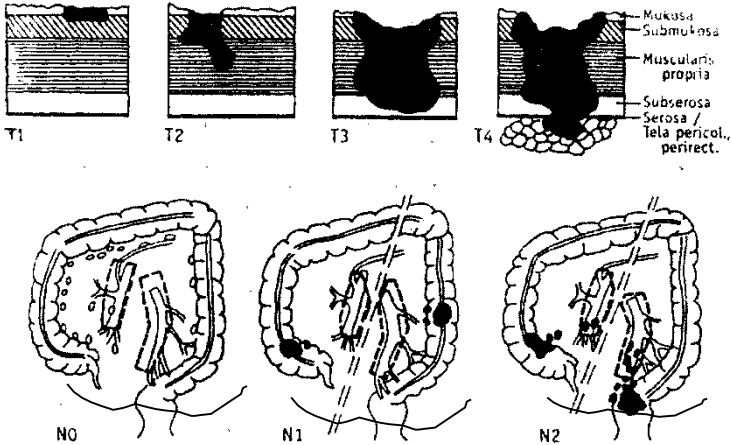
Викладач

## ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ НА ТЕМУ: "РАК ТОВСТОЇ КИШКИ"

Дата \_\_\_\_\_

Слухач \_\_\_\_\_ Група \_\_\_\_\_

Викладач \_\_\_\_\_ Оцінка \_\_\_\_\_



Анатомічна схема класифікації стадій раку товстої кишки

1. Позначте цифрами відділи товстої кишки і прямої кишки (1- сліпа кишка; 2- поперекова; 3-висхідна; 4-низхідна; 5- сигмовидна; 6-пряма; а-внутрішньоочеревинна частина, б-позаочеревинна). Позначте артеріальні судини і нарисуйте лімфовузли товстої кишки та прямої кишки.



2. Передпухлинні захворювання (підкресліть). Поліпоз кишки: множинний, сімейний поліпоз, одинокі аденоматозні поліпи, гіперпластичні поліпи, псевдополіпи. Неепітеліальні доброякісні пухлини: фіброми, міоми, ліпоми. Коліти (гострий, хронічний неспецифічний коліт, дизентерійний). Геморой, тріщини прямої кишки.

3. Епідеміологія. Підкресліть двома рисками назви країн з високою захворюваністю і однією рисою – з низькою захворюваністю на колоректальний рак: Китай, Великобританія, США, Ізраїль, Португалія, Данія, Бельгія, країни Африки.

Вкажіть питому частку пухлин товстої кишки в структурі онкозахворювань в Україні \_\_\_\_\_, в області

4. Основні клінічні форми і діагностика. Підкресліть клінічні форми, які найчастіше зустрічаються при локалізації пухлини, вказаній викладачем в п.1: анемічна, больова, диспептична, ентероколітична, обтураційна, псевдозапальна, пухлинна. Які спеціальні дослідження необхідно провести у хворого для встановлення діагнозу: пальцеве дослідження прямої кишки, ректороманоскопія, іригоскопія, аналіз калу на приховану кров.

5. Стадія за системою TNM (кінцево встановлюється після операції). Вкажіть стадію відповідно до ознак, підкреслених викладачем (позначених на анатомічній схемі): гістологічно встановлено проростання раку в слизову, підслизову, м'язовий, серозний шар кишки, проростання в суміжні органи – T\_\_. Пухлина має мікроскопічну структуру високо-, помірно-, низько диференційованої аденокарциноми, недиференційованої структури, анапластичний рак – G\_\_. Пухлина метастазувала в 1-3 л/в, більше 3-х л/в – N\_\_. Виявлені метастази в печінку, по очеревині – M\_\_\_\_\_. Кінцева стадія за TNM класифікацією\_\_\_\_\_.

6. Лікування. Підкресліть, яка операція проводиться при локалізації пухлини, вказаній викладачем в п.1, якщо пухлина резектабельна, нерезектабельна (підкреслено викладачем):

геміколектомія, резекція кишки, обхідні анастомози, екстирпація прямої кишки, передня резекція прямої кишки, операція Гартмана, протиприродній анус. Підкресліть, які хіміопрепарати використовуються для лікування раку прямої кишки (5-фторурацил з лейковорином, оксаліплатин, метотрексат, кселода, циклофосфан, доксорубіцин, цисплатин, мітоміцин С).

7. Прогноз захворювання. Підкресліть вирішальні для прогнозу фактори: стать, вік, ступінь поширення основної пухлини T, наявність метастазів у лімфовузлах N. форма росту екзофітна (менш, більш несприятлива), ендофітна (менш, більш несприятлива), ступінь радикалізму (так, ні). Підкресліть менш прогностично сприятливу гістологічну структуру пухлини (аденокарцинома, недиференційований рак).

8. Трудова експертиза. Вкажіть, яка група інвалідності призначається хворому з 3 клінічною групою: а) після радикальної операції з неприроднім анусом – 1, 2, 3, тимчасово непрацездатний; б) після радикальної операції без неприродного ануса – 1, 2, 3, тимчасово непрацездатний. Яка група інвалідності у хворого після паліативної операції – 1, 2,3, тимчасово непрацездатний.

9. Реабілітація. Які фактори визначають успіх реабілітації

\_\_\_\_\_

Клінічна група даного хворого \_\_\_\_\_

Група інвалідності \_\_\_\_\_

**УЧБОВА ІСТОРІЯ ХВОРОБИ**  
**"РАК ОБОДОВОЇ І ПРЯМОЇ КИШКИ"**  
(шифр С18,С19,С20)

Історія хвороби № \_\_\_\_\_ Поступив \_\_\_\_\_  
Відділення \_\_\_\_\_ Вибув \_\_\_\_\_  
Прізвище, ім'я, по-батькові \_\_\_\_\_

Адреса \_\_\_\_\_

Стать \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_  
Група крові \_\_\_\_\_ Резус-фактор \_\_\_\_\_

**СКАРГИ І АНАМНЕЗ**

Скарги \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ**

Початок захворювання (дата) \_\_\_\_\_ з яких симптомів

Функція кишки: нормальна, проноси \_\_\_\_\_ разів в добу, запори на протязі \_\_\_\_\_ днів, тривалість цих симптомів

Характер калу (підкреслити): нормальний, рідкий, твердий, "овечий", нерегулярний; домішки крові свіжої, темної, іхорозної; слиз (багато, помірно, мало, нерегулярно), з прожилками

Болі (підкреслити): нема, переймоподібні, постійні, тривалі, інтенсивність: помірні, терпимі, сильні \_\_\_\_\_  
Відходження газів (підкреслити): нормальне, затруднене, значне здуття)

Час появи першого симптому \_\_\_\_\_  
Динаміка розвитку симптомів \_\_\_\_\_

Загальний стан (задовільний, загальна слабкість, підвищення температури, блідість шкіри) \_\_\_\_\_

Попередні захворювання (підкреслити): поліпи, коліт, виразковий коліт і ін. \_\_\_\_\_

Дата первинного звернення за медичною допомогою з причини даного захворювання \_\_\_\_\_

### ЕТАПИ ПОПЕРЕДНЬОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРОГО

Дата	Назва лікувального закладу	Діагноз	Лікування	Ефект від лікування

### АНАМНЕЗ ЖИТТЯ

Перенесені захворювання (дата, діагноз) \_\_\_\_\_

Пухлини в родичів \_\_\_\_\_

Страховий анамнез \_\_\_\_\_

Шкідливі звички \_\_\_\_\_

### ОБ'ЄКТИВНІ ДАНІ

Маса тіла \_\_\_\_\_ зріст \_\_\_\_\_

Дефіцит, надлишок маси тіла \_\_\_\_\_

Шкірні покриви: нормальні, бліді, дуже бліді \_\_\_\_\_

Тургор шкіри: нормальний, знижений, зневоднення \_\_\_\_\_

Живіт: нормальної конфігурації, здутий, асцит.

Рухомість при диханні: нормальна, знижена, дефанс.

Печінка: нормальна, збільшена, горбиста \_\_\_\_\_

Локалізація пухлини \_\_\_\_\_,

її розміри \_\_\_\_\_ см.

Консистенція: щільна, горбиста, еластична, рухомість – значна, обмежена, нерухома; болючість – незначна, помірна, значна, безболісна.

Пальцеве дослідження прямої кишки – тонус сфінктера (норма, підвищений, знижений). Пухлина пальпується нижній край

\_\_\_\_\_ верхній край \_\_\_\_\_ см, займає 1/2, 1/3, 2/3, 3/4 просвіту.

Стеноз: повний, частковий, немає. Рухомість збережена, обмежена, відсутня. Форма: ендо-, екзо-, мезофітна.

Матка \_\_\_\_\_ . Додатки \_\_\_\_\_ .

Ректороманоскопічне дослідження: нижній край пухлини \_\_\_\_\_ см, від ануса, верхній край \_\_\_\_\_ см, (не визначається). Протяжність пухлини в см \_\_\_\_\_ . Ураження просвіту кишки.

Рухомість нормальна, обмежена, повна фіксація. Проростання в піхву, сечовий міхур, крижову кістку, простату, матку. Тип росту: поліподібний, виразково-інфільтративний, дифузний.

Біопсія \_\_\_\_\_

Рентгенологічне обстеження, дата \_\_\_\_\_

Легені \_\_\_\_\_

Тони серця \_\_\_\_\_ Пульс \_\_\_\_\_

## ЛІКУВАННЯ

Підготовка до операції (звичайна, спеціальна), вказати

Операція (дата, назва) \_\_\_\_\_

Знеболення: назва \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

Макропрепарат довжиною \_\_\_\_\_ см, містить \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ кишку і \_\_\_\_\_

На розрізі пухлина типу поліподібного, виразково-інфільтративного. Пухлина займає 1/3, 1/2, 2/3, 3/4, весь поперечник кишки і звужує просвіт кишки до \_\_\_\_\_ см.

Пухлина проростає \_\_\_\_\_

Наявні метастази в лімфатичні вузли (кількість, розмір) \_\_\_\_\_

Променева терапія: сумарна доза на пухлину \_\_\_\_\_

Хіміотерапія \_\_\_\_\_

Препарат \_\_\_\_\_ Доза \_\_\_\_\_

Клінічна група хворого \_\_\_\_\_

Група інвалідності \_\_\_\_\_

Стан хворого при виписці: добрий, задовільний, важкий

### СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ХВОРИМ

Дата	Обстеження	Результат

Рецидив у зоні операції (дата, характеристика)

\_\_\_\_\_

Метастази (дата, локалізація, розміри) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата смерті – \_\_\_\_\_

Причина смерті \_\_\_\_\_

Тривалість життя хворого \_\_\_\_\_

### ЕПІКРИЗ

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Тема: Пухлини грудної залози. Етіологія. Епідеміологія.  
Діагностика

I Актуальність теми заняття:

Рак грудної залози — одна з найчастіших локалізацій раку в жінок. Рак молочної залози серед жінок займає перше місце (близько 20%) в загальній структурі захворюваності злоякісними новоутвореннями. Захворюваність зростає з віком, починаючи з 40 років, пік захворюваності – 60 - 65 років. В Україні захворюваність становить близько 57 - 58 випадків на 100 тис. серед жіночого населення. Найвищі показники захворюваності зареєстровані в США (в 2014 році: близько 32% від усіх вперше зареєстрованих випадків раку у жінок, ~209 тис. нових випадків, ~2,5 млн. пройшли лікування). Серед населення різних країн воно поширюється нерівномірно. В економічно розвинутих країнах рак грудної залози посідає перше-друге місце в загальній структурі онкологічної захворюваності серед жінок, тоді, як у деяких країнах Африки і Азії, а також у Японії він трапляється рідше.

Серед причинних факторів варто насамперед, назвати порушення ендокринних взаємозв'язків. Ця гіпотеза підтверджується переважним ураженням жінок порівняно з чоловіками, зв'язком зі статевим життям, часом настанням першої вагітності, кількістю пологів, штучним перериванням вагітності, застосуванням гормональних і хімічних контрацептивів, особливістю лактацій, ендокринними захворюваннями, фізичною активністю. Аналіз епідеміологічних досліджень засвідчив, що серед етнічних груп населення, які традиційно вступають до шлюбу в ранньому віці, народжують багато (3-х і більше) дітей і тривало годують їх груддю, пухлини грудної залози трапляються рідше.

У жінок, які позбавлені статевого життя (монахині), рак грудної залози за частотою значно перевищує середні показники для подібної популяції.

Детальніше вивчення факторів, які спричинюють виникнення раку грудної залози, засвідчило, що захисне значення проти розвитку пухлин мають не кількість вагітностей і лактацій, а їх якісні особливості. Є досить переконливі докази про відповідність тривалості естрогенної активності яєчників і частоти раку грудної залози. У хворих на рак грудної залози менструації розпочинаються раніше і менопауза настає пізніше. Під час лактації естрогенна функція яєчників загальмована, чим, мабуть, треба пояснювати захисну роль лактацій. Роль естрогенів, як етіологічного фактору у виникненні раку грудної залози підтверджують дані експериментальної онкології. Проліферативні процеси в грудній залозі контролюються гормонами яєчника (фолікулярного і лютеїнового), кори наднирників, щитоподібної залози і гіпофізу (зокрема, ФСГ), що перебуває під регуляторним впливом гіпоталамуса і кори головного мозку.

Роль спадкового фактору, в розвитку раку грудної залози, велика. Доказом цього є збільшення частоти раку грудної залози у родичів хворих по жіночій лінії. Спадково передається схильність до захворювання на рак грудної залози. Відповідальними за це є мутації туморосупресорних генів BRCA –1 і BRCA –2. Мутації в гені BRCA –1 можна виявити близько 80% членів родини з спадковим раком грудної залози і яєчників.

До канцерогенезу на рівні клітини належать зміни фенотипу епітелію грудних залоз під регуляторним впливом ендокринних факторів. На рівні органу канцерогенез представлений тими змінами, які призводять до утворення дифузних і локалізованих гіперплазій грудних залоз, відомих у клініці як “мастопатії” або “фіброаденоматоз”. З точки зору клінічного перебігу розрізняється рак у жінок до і після 50 років. Екзогенний вплив гормонів пов'язаний переважно із замісною гормональною терапією (ЗГТ) в період пери- і менопаузи, а також із застосуванням оральних контрацептивів.



Замісна гормональна терапія естрогеном або комбінованими препаратами, вживана для пом'якшення ускладнень вікової втрати естрогенної функції яєчників, в останнє десятиліття досить широко поширилася в світі. Призначення даних препаратів вимагає строгого обґрунтування і обліку онкологічної настороженості. Крім того, дані, які свідчать про безпеку препаратів, (естроген вмісних), відсутні.

Фізична активність зв'язана з меншим ризиком розвитку РМЖ, що, можливо, також пов'язано з впливом на гормональний метаболізм. Фізична активність дозволяє поліпшити стан опорно-рухового апарату, контролювати масу тіла і є профілактикою депресивних станів. За даними ВОЗ, гіподинамія викликає приблизно 10–16 % всіх випадків РМЖ у всіх країнах світу.

## II Навчальні цілі заняття:

Ознайомитися та загальні уявлення про стан проблеми РГЗ. Знати анатомію грудної залози (будова, кровопостачання, лімфодіток); етіологію виникнення РГЗ; передракові стани; фактори ризику розвитку РГЗ;

Знати :

- сучасні показники захворюваності на РГЗ;
- провести аналіз захворюваності на РГЗ в Україні та світі;

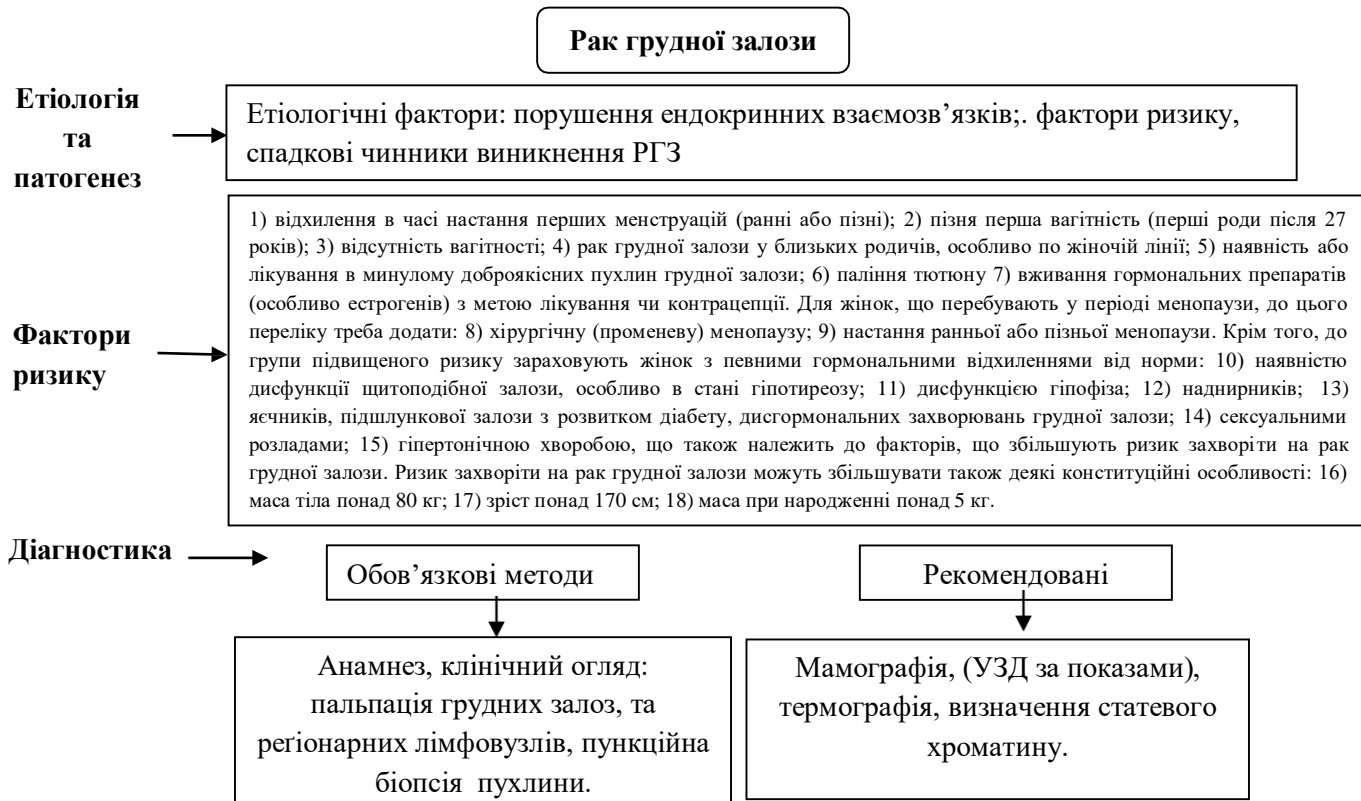
## III Цілі розвитку особистості:

- вміти здійснювати деонтологічний підхід до хворих з РГЗ;
- на матеріалі теми РГЗ розвинути почуття відповідальності за своєчасність та правильність професійних дій;
- розвинути уявлення щодо психотерапевтичного підходу до пацієнтів з РГЗ, їх родичів;
- оволодіти вміннями встановлювати психологічний контакт з пацієнтом і його родиною;

#### IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<p>Попередні дисципліни</p> <p>1. Анатомія</p> <p>2. Гістологія</p> <p>3. Променева терапія</p>	<p>Анатомічну структуру ГЗ в нормі, її проекцію на передню грудну стінку; анатомічні границі надключичної ділянки.</p> <p>Гістологічну будову залозистих часточок ГЗ; визначення апоптозу.</p> <p>Що таке терапевтичний інтервал радіочутливості, дати визначення поняттю Грей, та сумарна вогнищева доза опромінення.</p>	<p>Інтегрувати отримані знання на клінічній кафедрі</p> <p>Інтегрувати отримані знання на клінічній базі</p> <p>Чітко визначати сумарну вогнищеву дозу для даної локалізації</p>
<p>Наступні дисципліни</p> <p>1. Хірургія</p> <p>2. Травматологія</p> <p>3. Нейрохірургія</p>	<p>Клінічні форми РГЗ</p> <p>Метастазування при РГЗ в хребет та трубчасті кістки;</p> <p>Метастазування в головний мозок</p>	<p>Проводити діагностику та дифдіагностику між хірургічними та онкозахворюванням и РГЗ;</p> <p>Діагностувати вчасно метастатичні ураження кісток при РГЗ;</p> <p>Вміти діагностувати метастатичні вогнища в головному мозку при РГЗ</p>

## V. Структурно-логічна схема теми „Рак грудної залози ”



## VI. План та організаційна структура заняття

№ п / п	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення (контролю, наочності, інструктивні)	Розподіл часу (у хвилинах)
1	Підготовчий етап Організаційні заходи Присутність; Виконання завдань по самопідготовці; Наявність навчальних матеріалів;		Фронтальне усне експрес – опитування	Таблиці, слайди, малюнки	15-20%
2	Постановка навчальних цілей та мотивація	II рівень	Програмовий письмовий контроль		
3	Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь 1. Етіологія та патогенез РГЗ 2. Фактори ризику 3. Діагностика	II рівень  II рівень	Усне опитування Програмовий письмовий контроль .		

4	<p>Основний етап Формування професійних вмій та навичок</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Визначити фактори ризику РГЗ</li> <li>2. Провести обстеження пацієнта з РГЗ.</li> <li>3. Визначити стадію, клінічну групу.</li> </ol>	III рівень	Професійний тренінг у вирішенні нетипових клінічних ситуацій	Орієнтовані карти Пацієнти Історії хвороби Текстові ситуаційні нетипові задачі	60-90%
5	<p>Заключний етап Контроль та корекція рівня професійних вмій та навичок.</p>	III рівень	Індивідуальний контроль навичок.	Результати клінічної роботи + історія хвороби	10-20%
	<p>Підведення підсумків практичного заняття.</p>	III рівень	Аналіз та оцінка клінічної роботи.	Тести III р.	
	<p>Домашнє завдання (основна і додаткова література по темі)</p>	III рівень	Рішення нетипових задач	Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою	

VI. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки слухачів:

Основні завдання	Вказівки
1.Гормонотерапія	Поділ пухлин на групи відповідно впливу гормонів на розвиток пухлини.
2. Гормонотерапія РГЗ	Хірургічна, променева. медикаментозна
3. Сучасні підходи до гормонотерапії РГЗ.	Нові медикаментозні препарати для гормонотерапії РГЗ.

У зв'язку з тим, що на кафедрі проводиться рубіжний та підсумковий контроль, в якості прикладу, наводимо декілька тестів

Заключний тестовий контроль

Тест № 1

Хвора А, 32 р., скаржиться на біль у молочних залозах і їх нагрубіння перед менструацією на протязі 4 місяців. При пальпації лівої молочної залози на фоні фіброзної тканини виявлено утворення 1,5 x 2 см без чітких контурів тугої консистенції. Припущено рак молочної залози. При яких ще захворюваннях можуть відмічатися такі скарги?

- А. Мастит.
- В. Мастопатія.
- С. Фібroadенома.
- Д. Киста молочної залози.
- Е. Внутрішньопротокова папілома молочної залози.

Тест № 2.

Хвора С, 54 р., скаржиться на збільшення лівої молочної залози. Хворіє 2 місяці. Приймала протизапальне лікування у хірурга з діагнозом мастит, без ефекту. Ліва молочна залоза збільшена в розмірі, компактна. Шкіра над нею гіперемована. Запідозрено маститоподібний рак. Яке обстеження буде головним у даному випадку?

- A. Термографія молочних залоз.
- B. УЗД молочних залоз.
- C. Дуктографія молочних залоз.
- D. Пункційна біопсія.
- E. Комп'ютерна томографія грудної порожнини і її органів.

Тест № 3.

Хвора Т, 41 р., скаржиться на наявність утворення у правій молочній залозі, яку знайшла тиждень тому. Супровідний діагноз - хронічний аднексит. Молочні залози однакових розмірів, соски не змінені. У правій молочній залозі пальпується чітке округле тугоеластичне утворення розміром до 1,5 см, часточкової структури, над ним розширена підшкіряна венозна мережа. Встановлений попередній діагноз - маститоподібна форма раку. Виберіть тактику лікування даного захворювання:

- A. Передопераційна променева терапія + операція.
- B. Хіміотерапевтичне лікування.
- C. Оперативне лікування.
- D. Операція + післяопераційна променева терапія.
- E. Передопераційне хіміопроменеве лікування + операція.

Тест № 4

Хвора А, 48 р., звернулася до хірурга зі скаргами на збільшення правої молочної залози на протязі останніх 2-х місяців. Права молочна залоза збільшена у розмірах, компактна. Шкіра над нею набрякла. Припущено маститоподібний рак. Яка тактика хірурга?

- А. Направити хвору на томографію молочних залоз.
- В. Виконати УЗД молочних залоз, направити до онколога-мамолога.
- С. Призначити протизапальні препарати.
- Д. Направити до гінеколога.
- Е. Виконати мамографію.

Тест № 5

Хвору, 50 р., на протязі двох років хвилює збільшення лівої молочної залози. На протязі останніх 4 місяців з'явилося почервоніння шкіри цієї молочної залози. Оглянута хірургом. Призначено протизапальне лікування. Покращання не відзначалося. Рекомендовано спостереження. У лівій надключичній зоні знайдено туго-еластичної консистенції лімфовузол розміром до 1,5 см. Ліва молочна залоза збільшена у розмірах. Шкіра її гіперемована. Симптом лимонної кірки. Живіт м'який, безболісний. При рентгендослідженні органів грудної клітки патологічних змін не знайдено. Яке захворювання найбільш можливе у даному випадку?

- А. Мастит.
- В. Пахвовий і понадключичний лімфаденіт.
- С. Рак молочної залози, метастази у понадключичні і пахові лімфовузли.
- Д. Мастопатія.
- Е. Доброякісний лімфоретикульоз понадключичних і пахових лімфовузлів.



Еталони відповідей: 1 – В, 2 – D, 3 – Е, 4 – В, 5 – С.

Після засвоєння питань до теми пропонується переходити до рішення навчальних задач.

### Навчальні задачі

#### Задача 1

Під час медичного огляду у хворої А, 52 р., знайдена пухлина у лівій молочній залозі. Хвора кілька років відмічає фіброзні тяжі в обох молочних залозах, інколи - дискомфорт. Менопауза 8 років. Пахвовий вузол до 1 см, компактний. Під ареолою лівої молочної залози новоутворення до 2 см з горбистою поверхнею. Встановлений діагноз - рак молочної залози.

Виберіть дані, які свідчать про пухлину молочної залози.

А. Горбиста поверхня розташована під ареолою.

В. Горбиста пухлина розташована під ареолою, розмір її більше 2 см.

С. Має місце горбиста пухлина, збільшений компактний пахвовий вузол на фоні мастопатії в анамнезі.

Д. Збільшений пахвовий лімфовузол є визначальним.

Е. Розміри горбистої пухлини у молочній залозі є визначальними.

#### Задача 2

Хвора М, 62 р., скаржиться на наявність безболісного затвердіння у лівій молочній залозі, яке знайшла півроку тому. У верхніх квадрантах лівої молочної залози визначається безболісне затвердіння 2 x 1,5 см. Шкіра над ним не змінена. Запідозрено РМЗ. Які дослідження треба виконати в першу чергу?

А. Мамографія.

В. Комп'ютерна томографія грудної залози.

- C. Загальний аналіз крові.
- D. Дуктографія молочної залози.
- E. Біохімічний аналіз крові.

#### Задача 3

Хвора М, 43 р., скаржиться на наявність кров'янистих виділень із соска лівої молочної залози. Периферичні лімфовузли без особливостей. Соски не змінені. Із соска лівої молочної залози мізерне сукровичне виділення. Встановлений початковий діагноз - внутрішньопротокова папілома. Яка тактика лікування даного захворювання ?

- A. Передопераційна променева терапія + операція.
- B. Хіміотерапевтичне лікування.
- C. Оперативне лікування.
- D. Операція + післяопераційна променева терапія.
- E. Передопераційна хіміопроменеве лікування + операція.

#### Задача 4

Хвора, 23 р., скаржиться на наявність сукровичних виділень із соска правої молочної залози на протязі 1,5 місяців. Молочні залози однакових розмірів, не деформовані. При пальпації пухлина не визначається. Встановлений початковий діагноз - внутрішньопротокова папілома. Які додаткові методи обстеження більш специфічні у даному випадку?

- A. Мамографія.
- B. Дуктографія молочної залози і цитологічно дослідження виділень із соска.
- C. Комп'ютерна томографія грудної клітки та її органів.
- D. Лімфографія пахвового колектора.
- E. УЗД

### Задача 5

Хвора К, 42 р., скаржиться на наявність безболісного затвердіння у лівій молочній залозі, яке побачила місяць тому. Периферичні лімфовузли без особливостей. Між верхніми квадрантами лівої молочної залози туго-еластичної консистенції пухлина 2 x 3 см, з шкірою не пов'язана, з горбис-тою поверхнею. На підставі вищевикладених даних укажіть правильний діагноз.

- A. Фібroadенома.
- B. Киста молочної залози.
- C. Вузлова мастопатія.
- D. Рак молочної залози.
- E. Мастит.

Еталони відповідей: 1 – С, 2 – А, 3 – С, 4 – В, 5 – D.

Короткі методичні вказівки до роботи слухачів на практичному занятті

Спочатку проводиться вхідний контроль знань за допомогою тестів та усних відповідей, вирішення ситуаційних задач. Слухачи приступають до самостійної роботи з хворими під керівництвом викладача. Проводять збір анамнезу, фізикальне обстеження хворих з раком грудної залози, вивчення даних додаткового обстеження хворих. Проводиться виявлення ведучих синдромів, диференціювання захворювання з іншими й обґрунтування попереднього діагнозу. Намічають план лікування. Під час обстеження кожен слухач проводить фізикальне обстеження хворої (огляд, пальпацію груп лімфовузлів,). Під час занять слухачи інтерпретують лабораторні дані, ультрасонографічних, рентгенологічних, цитологічних і патогі-стологічних

досліджень. Працюють у перев'язувальній, операційній. Далі проводиться підсумковий тестовий контроль. Підводяться підсумки заняття, оголошуються результати контролю знань-умінь.

## VII. Література:

1. Онкологія : підручник / Г. В. Бондар, Ю. В. Думанський, О. Ю. Попович [та ін.] ; за ред. : Г. В. Бондаря, Ю. В. Думанського, О. Ю. Поповича. – К. : Медицина, 2013. – 542 с.
2. Онкологія: Підручник – 3-те видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білінський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак, О. О. Галай та ін.; За ред. Б. Т. Білінського – К.: Здоров'я, 2004, 2007 – 528 с.  
<http://booksshare.net/index.php?id1=4&category=med&author=bilinsk>
3. Рак грудної залози: Класифікація TNM. Рекомендації ESMO. Режими медикаментозної терапії / упорядник: Я. В. Шпарик. – Львів: Галицька видавнича спілка, 2005. – 72 с.
4. Вибрані лекції з клінічної онкології: навч. посібник / за ред. акад. АМН України проф. Г. В. Бондаря і проф. С. В. Антіпової. – Луганськ: ВАТ «Луганська обласна друкарня», 2009. – 560 с.
5. Шевченко А. І. Онкологія [Електронний ресурс]: підручник для слухачів вищих медичних закладів / А.І. Шевченко. – Запоріжжя, 2006.
6. Онкологія / І. Б. Щепотін, В. Л. Ганул, І. О. Клименко та ін.; за ред. проф. І. Б. Щепотіна. – К.: Книга плюс, 2006. – 496 с.
7. Онкологія: пер. з англ. / під ред. Д. Касчіато. – М.: Практика, 2008. – 1039 с.

Методична:

1. Мілерян В. Є. Методичні основи підготовки та проведення навчальних занять в медичних вузах. Методичний посібник. Київ 2004р. 80 с.
2. Рак в Україні, 2009-2010 рік / Бюлетень Національного реєстру України. Видання №12. Київ – 2011р

Наукова:

1. DeVita, Hellman, and Rosenberg's cancer : principles & practice of oncology / editors, Vincent T. DeVita, Jr., Theodore S. Lawrence, Steven A. Rosenberg ; with 404 contributing authors.—10th edition. .: V. T. De Vita, Jr., S. Hellman, S. A. Rosenberg, 2014. – 2280 p.

А Н К Е Т А  
ПЕРЕВІРКИ ВИХІДНОГО РІВНЯ ЗНАТЬ СЛУХАЧА  
НОРМИ ТА ПАТОЛОГІЇ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

Прізвище, ім'я, по батькові

Курс \_\_\_\_\_ Група \_\_\_\_\_

1. Скільки і де знаходяться регіонарні лімфатичні колектори грудної залози, яке їхнє значення у розвитку раку грудної залози?
2. Яка тканина становить основну масу грудної залози?
3. Опишіть основні анатомічні складові грудної залози та попробуйте їх нарисувати (на зворотній стороні анкети).
4. Які епітеліальні структури існують в грудній залозі?
5. Які гормони стимулюють проліферативні та функціональні процеси в грудній залозі?
6. Які гормони гальмують проліферативні та функціональні процеси в грудній залозі?
7. Дайте визначення терміну “онкоген”?
8. Які прогностичні фактори підвищеного ризику виникнення раку грудної залози?
9. Перечисліть доброякісні пухлини грудної залози.
10. Перечисліть злоякісні пухлини грудної залози.

Дата

Підпис слухача

## ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ НА ТЕМУ РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

Викладач \_\_\_\_\_

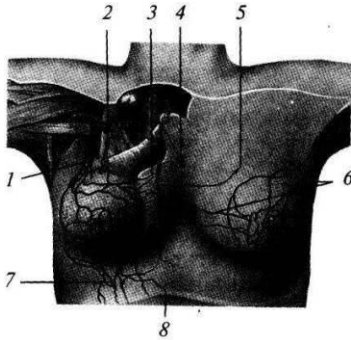
Слухач \_\_\_\_\_

Курс \_\_\_\_\_ Група \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Оцінка \_\_\_\_\_

### 1 Анатомія.

Перечисліть на малюнку рівні регіонарних лімфатичних вузлів для грудної залози.



*Мал. 124. Шляхи відтоку лімфи від грудної залози:*  
1 — пахвовий; 2 — підключичний; 3 — пригруднинний;  
4 — до середостінних лімфовузлів; 5 — міжребровий; 6 — перехресний до контралатеральних пахвових вузлів і грудної залози; 7 — по черевній стінці; 8 — у черевну порожнину і в заочеревинні вузли anatomia.com

2 Передпухлинні захворювання. З перелічених нижче захворювань виділіть передракові і підкресліть їх однією рисою. Двома рисками підкресліть ті з них, де найбільша вірогідність малігнізації: дифузна фіброзна мастопатія, дифузна фіброзно-кістозна мастопатія, локалізована фіброзна мастопатія, кровоточивий сосок (хвороба Мінца), папіломи в зоні ареоли, екземоподібні зміни в ділянці ареоли та соска, ліпома, фіброаденома, кіста, туберкульоз, гострий мастит, хронічний мастит, листовидна фіброаденома.

3 Епідеміологія. Однією ризикою підкресліть країни в яких рак грудної залози зустрічається рідко, двома ризиками - де часто: Україна, Білорусія, Росія, Литва, Естонія, Грузія, Узбекистан, Польща, Чехія, Угорщина, Англія, США. Японія, Індія, Китай.

Вкажіть захворюваність на рак грудної залози в Україні \_\_\_\_\_, Львівській області \_\_\_\_\_.

4 Етіологія. Підкресліть фактори, які збільшують частоту виникнення у жінок раку грудної залози: бактеріальна інфекція грудних залоз, одноразова або декілька разова травма грудних залоз, рання менархе, пізня менархе, рання менопауза, пізня менопауза, перші пологи до 24-26 років, перші пологи після 30 років, відсутність статевого життя, відсутність вагітностей, жінка часто міняє статевих партнерів, кількість вагітностей - 1-2, 5-6 і більше, обмеження тривалості лактації, довготривала лактація, наявність даних про перенесені в родині будь-які онкологічні захворювання, рак грудної залози (по батьківській чи материнській лінії), фактори харчування - рослинна їжа, тваринна їжа, пісна, жирна, часте вживання кофе, алкоголю, шоколадних виробів.

5 Семіотика та діагностика. Підкресліть симптоми, які будуть відповідати зазначеній викладачем стадії та клінічній формі хвороби - Т N M , клінічна форма

\_\_\_\_\_:

*А. Первинна пухлина* не пальпується, пальпується, рухома, нерухома; *поверхня* її гладка, зернистоподібна, бугриста; *зовнішні контури* визначаються чітко, розпливчасті, не визначаються; *її розміри* до 2 см., 2-5 см., 5-10 см., понад 10 см.; *шкіра* над пухлиною не змінена, потовщена, втратила свою еластичність, щільна, вишнево-багрового кольору, обмежено підтягнута до пухлини,



звизракована, вміщує окремі вузлики невеликих розмірів, звивисті лінійні тяжі; “лимонна” кірочка відсутня, в ділянці пухлини, за межами пухлини; *місцева температура шкіри* над залозою нормальна, понижена, підвищена; *ретракція соска* відсутня, наявна; *виділення з соска* відсутні, серозні, гнійноподібні, геморагічні; *грудна залоза* зберігає рухомість та свої контури, обмежено рухома, нерухома, деформована, зморщена, фіксована до підлеглих м’язів, грудної стінки.

*Б. Регіонарні лімфатичні вузли:* пахові, пахові, надключичні, шийні, парастернальні, медіастинальні, зі сторони пухлини, контралатеральні, не пальпуються, пальпуються; *їх розміри* до 1см., 2 см., понад 2-3 см.; *їх рухомість* збережена, обмежена, відсутня; *вони* фіксовані поміж собою або з навколишніми структурами; відмічається *набряк* верхньої кінцівки, надключичної, шийної ділянок, обличчя.

*В. Віддалені метастази* не визначаються, визначаються клінічно, лабораторно рентгенологічно, ендоскопічно, сонографічно, цитологічно, гістологічно.

Підкресліть, які додаткові дослідження, окрім пальпації, необхідно провести для:

*А. Діагностики* раку грудної залози - діафаноскопію, термографію, ультразвукове дослідження, рентгеноскопичне дослідження грудної клітки та грудних залоз, мамографію, КТ, ЯМР, ангіографію, радіонуклідне дослідження, пункцію пухлини тонкою голкою, трепанобіопсію, інцизійну або ексцизійну біопсію, визначення рівня пухлиноасоційованих маркерів.

*Б. Встановлення стадії хвороби* - пункцію, інцизійну чи ексцизійну біопсію інтактних регіонарних лімфовузлів; аспіраційну, інцизійну чи ексцизійну біопсію збільшених пахових, надключичних, шийних, контралатеральних лімфатичних вузлів; пряму верхню лімфографію,

ангіографію судин верхньої кінцівки, парастернальних судин, медіастіноскопію; рентгеноскопію органів грудної клітки, сонографію органів черевної дуплини, визначення рівня пухлиноасоційованих маркерів, імуноглобулінів, Т- та В - лімфоцитів.

*В. Вибору лікувальної тактики* - визначення статевого хроматину в слизовій ротової порожнини, первинній пухлині; визначення гормонального дзеркала, рівня статевих гормонів в крові; рівня пухлиноасоційованих маркерів в крові; рецепторів естрогенів та прогестерону в слизовій рота, крові, пухлині, нормальних чи метастатичних лімфатичних вузлах; стан менструальної функції; клінічне, патогістологічне стадіювання; загальне число регіонарних лімфатичних вузлів, число метастатично уражених регіонарних лімфатичних вузлів, рівень розташування лімфонодальних метастазів.

6 Лікування. Шляхом підкреслення складіть принципіальну схему лікування наступної хворої на рак грудної залози: жінці років; менструації в нормі, менопауза \_\_\_ років; пухлина екзофітна, ендофітна; розташована у \_\_\_\_\_ квадранті грудної залози, в зоні ареоли, перехідної складки залози; стадія - клінічна, патогістологічна Т\_\_ N\_\_\_M\_\_\_, число метастатично змінених регіонарних лімфовузлів \_\_; віддалені метастази солітарні, множинні: в надключичні, шийні, парастернальні, медіастинальні, контралатеральні периферичні лімфовузли, шкіру грудної клітки, кістки \_\_\_\_\_, легені, плевру, головний мозок, печінку, яєчники. Статевий хроматин пухлини \_\_\_%; естрогенні, прогестеронові рецептори - позитивні, негативні. Характеристика загального стану хворої - 0, 1, 2, 3, 4 ступінь за шкалою ВООЗ.

Ви пропонуєте наступну схему лікування:

*А. Променева терапія* - як самостійний метод лікування, в комбінації з хіміо - чи гормонотерапією. Доопераційна, субопераційна, післяопераційна променева терапія; методика - конвенціональна, інтенсивно - концентрована. Променева терапія не показана.

*Б. Хірургічне лікування* - як самостійне, в комбінації з хіміо- чи гормонотерапією. Об'єм операції - туморектомія, секторальна резекція, радикальна секторальна резекція, операція за Голстедом, Пейті, Урбаном, санітарна мастектомія, операція на грудній залозі не показана.

*В. Медикаментозне лікування.*

*Цитостатичне:* як самостійний метод лікування, ад'ювантна хіміотерапія, неоад'ювантна хіміотерапія; в комбінації з променевим чи хірургічним лікуванням; лікування цитостатиками не показане.

Для вибраного Вами методу цитостатичного лікування будете використовувати:

1. Монохіміотерапію препаратами - лейкеран, міелосан, сарколізін, тіофосфамід, циклофосфан; б-меркаптопурин, метотрексат, фторурацил, цитозар; блеоміцин, дактиноміцин, доксорубіцин, мітоміцин; вінкристин, вінбластин, етопозид; дакарбазин, ломустин, прокарбазин, адриаміцин, препарати платини.

2. Комбіновану інтермітуючу хіміотерапію за схемою \_\_\_\_\_ (вказіть схему), розшифруйте її склад : \_\_\_\_\_.

*Гормональне* - як самостійне, ад'ювантне, неоад'ювантне; методика - аблятивна гормонотерапія (яєчники, наднирники, гіпофіз), препаратами - естрогенами, прогестероном, інгібіторами ароматази, рилізінг-гормонами, антиестрогенами, тиреоїдними гормонами, кортикостероїдами. Гормональне лікування хворій не показано.

3. *Таргетна терапія -моноклональні антитіла (герцептин. Трастузумаб)-може використовуватись як самостійне лікування, чи в комбінації з доцетакселом, інгібіторами ароматази при умові активності HER-2 нео.*

7. Прогноз. Згідно інформації про хвору, яка вказана викладачем в пункті “6” домашнього завдання вкажіть, чи сучасними методами лікування раку грудної залози можливо повністю їївилікувати від захворювання (так, ні); добитися безрецидивного виживання (так, ні) протягом 1, 3, 5, 10, 20 чи більше років (тривалість виживання вкажіть самі); отримати лише повну чи часткову об’єктивно зареєстровану регресію пухлинного процесу. Ваш прогноз на можливе п’ятирічне виживання хворої\_%

## ІСТОРІЯ ХВОРОБИ “РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ”

Історія хвороби №\_\_\_\_\_ Прізвище, ім'я, по-батькові

Поступила \_\_\_\_\_

Вибула \_\_\_\_\_ Дата народження \_\_\_\_\_

Років \_\_\_\_\_

Кількість ліжко-днів \_\_\_\_\_ Домашня адреса \_\_\_\_\_

### СКАРГИ ТА АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ

Скарги на

Початок та тривалість хвороби

Перший симптом: пухлина, ущільнення, болі, виділення з соска, деформація залози, інші ознаки:

Зазначені зміни хвора виявила сама, під час профілактичного огляду лікарем, середнім медперсоналом, на мамограмах.

Пухлина виникла в здоровій грудній залозі, на ґрунті мастопатії, під час вагітності, після перенесеного маститу, травми, за інших обставин (вказати):

Чи хвора знає про необхідність: самообстеження грудних залоз - так, ні, застосовувала його - так, ні, профілактичних оглядів - так, ні і проходила їх - так, ні.

Яке інструментальне обстеження з профілактичною метою проходила хвора: мамографія, сонографія, термографія, інше (вказати):

Дата первинного звертання хворої за медичною допомогою \_\_\_\_\_, в який заклад \_\_\_\_\_, дата встановлення діагнозу \_\_\_\_\_.

Обставини виявлення захворювання (підкреслити): при самостійному зверненні в оглядовому кабінеті, при інших видах профогляду, після операції, посмертно на розтині, інше \_\_\_\_\_.

Підлягала профоглядам за місцем роботи - так, ні; дата останнього профогляду \_\_\_\_\_.

Знаходилася під диспансерним наглядом - так, ні. Фах лікаря \_\_\_\_\_, тривалість спостереження \_\_\_\_\_.

Дата	Назва медичної установи	Методи обстеження та їх результати	Діагно з	Лікува ння

Причина занедбаності (підкреслити): неповне обстеження, помилковий діагностичний висновок - клінічний, ендоскопічний, ультразвуковий, рентгенологічний, цитологічний, гістологічний; тривале обстеження, прихований перебіг захворювання, відсутність профогляду протягом останнього року, несвоєчасне звернення за допомогою.

### АНАМНЕЗ ЖИТТЯ

Менструації з \_\_\_\_\_ років, по \_\_\_\_\_ днів, через \_\_\_\_\_ днів, регулярні, нерегулярні,

регулярність встановилася - так, ні, дата останньої менструації \_\_\_\_\_

Сімейний стан: неodrжена, одржена з \_\_\_\_\_ років  
Всього вагітностей \_\_\_\_\_, пологів \_\_\_\_\_, абортів \_\_\_\_\_, викиднів \_\_\_\_\_.

В якому віці були перші пологи \_\_\_\_\_.

Годування грудьми - так, ні, тривалість \_\_\_\_\_.

Лікувалася статевими гормонами для нормалізації менструального циклу - так, ні. Збереження вагітності - так, ні, запобігання вагітності - так, ні, з іншою метою - так, ні.

Менопауза з \_\_\_\_\_ років, природна, штучна, її тривалість \_\_\_\_\_ років.

Канцерогенність середовища (роботи, місця проживання, паління тютюну, алкоголь):

Перенесені захворювання, операції (рік, діагноз):

Злоякісні пухлини грудної залози в родині по материнській лінії - так, ні, хто \_\_\_\_\_, в якому віці захворівшої родички діагностовано пухлину \_\_\_\_\_.

Злоякісні пухлини в родині по батьківській лінії - так, ні, хто \_\_\_\_\_, локалізація \_\_\_\_\_, в якому віці \_\_\_\_\_.

Інші дані анамнезу:

## РЕЗУЛЬТАТИ ОБ'ЄКТИВНОГО ОБСТЕЖЕННЯ

Ріст \_\_\_\_\_ см., вага \_\_\_\_\_ кг., поверхня тіла \_\_\_\_\_ м. квадратних (вираховується за таблицею).

Характеристика загального стану хворої за шкалою ВООЗ  
- 0, 1, 2, 3, 4 ступінь

Частота серцевих скорочень \_\_\_\_\_ на хвилину,  
артеріальний тиск \_\_\_\_\_ мм. рт. ст.

Вказати органи і системи зі сторони яких знайдено патологічні зміни, не зумовлені пухлинним процесом (сформулювати діагноз):

Status localis:

Симетрія - збережена, ні. Деформація за рахунок \_\_\_\_\_.

A. Первинна пухлина

Локалізація: сторона \_\_\_\_\_, квадрант \_\_\_\_\_.

Розміри пухлини при первинному огляді (до лікування) \_\_\_\_\_, її консистенція - щільна, хрящеподібна, еластична, тістувата, зернистоподібна, ніби флюктує.

Пухлина має чіткі контури, вигляд інфільтрату, її контури трудно визначити.

Пухлина вільно зміщується по відношенню до шкіри так, ні, грудних м'язів - так, ні, грудної стінки - так, ні.

Ареола - нормальна, деформована, щільна, покрита кірочками, звизракована.

Сосок - без змін, покритий кірочками, звизракований, зміщений, втягнутий.

Виділення з соска - відсутні, спонтанні, при надавлюванні, серозні, гнійноподібні, густі замазкоподібні, геморагічні, іншого характеру (вказати):

Шкіра грудної залози: має нормальний тілесний колір, колір її змінений (вказати який, зазначити квадранти залози) \_\_\_\_\_;



її локальна температура нормальна, підвищена; визначається “лимонна кірочка” в зоні залягання пухлини, одного, декількох квадрантів (вказати яких) \_\_\_\_\_, усієї грудної залози, поширюється на протилежну залозу; має панцероподібний вигляд.

Пухлина проростає шкіру грудної залози так, ні, у формі виразки розміром \_\_\_\_\_ см., є вибухання пухлинної тканини розміром \_\_\_\_\_ см., кровоточить - так, ні, гнійні виділення - так, ні.

В шкірі грудної залози наявні вузликоподібні утвори - так, ні, тілесного, багрово-вишневого кольору, поодинокі, множинні, в межах \_\_\_\_\_ квадрантів, усієї поверхні залози, захоплюють протилежну сторону, бокову поверхню грудної клітки, черевну стінку; шкіра над ними звиразкована - так, ні.

В шкірі грудної залози наявні шнуркоподібні тяжі - так, ні тілесного, багрово-вишневого кольору, поодинокі, множинні, в межах \_\_\_\_\_ квадрантів, усієї поверхні залози.

Грудна залоза зберігає рухомість, втратила рухомість, зморщена.

Протилежна грудна залоза - нормальна, змінена (описати виявлені зміни)

### Б.Лімфатичні вузли.

Локалізація:

Кількість, розміри, консистенція:

Рухомість л/вузлів збережена - так, ні, вони утворюють конгломерати - так, ні.

На стороні пухлини відмічається: набряк верхньої кінцівки - так, ні, надключичної ділянки - так, ні, м'яких тканин грудної стінки - так, ні.

Стан лімфатичних вузлів контралатеральної аксиллярної ділянки - норма, якщо виявлено зміни, то описати їх:

Стан лімфатичних вузлів шийно-надключичних ділянок - норма, описати виявлені зміни:

*V. Віддалені метастази.*

- Відсутні.

- Наявні - солітарні, множинні, вказати локалізацію та розміри ураження в двох взаємно перпендикулярних напрямках, а також метод їх візуалізації.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОДАТКОВОГО ОБСТЕЖЕННЯ  
ГРУДНИХ ЗАЛОЗ

Мамографія (дата, результат):

Сонографія (дата, результат):

Інші методи (дата, результати):

Цитологічного дослідження виділень з соска (дата, результат):

Цитологічного, гістологічного (підкреслити якого) дослідження первинної пухлини (дата, результат):

Цитологічного, гістологічного (підкреслити якого) дослідження збільшених лімфатичних вузлів (дата, результат):

ДІАГНОЗ:

Стадія клінічна                    T    N    M

Стадія постхірургічна    pT   pN   pM

Цифрове позначення стадії 0 I ІА ІВ ІІА ІІВ ІV

## ЛІКУВАННЯ

А. Радикальне. Б. Паліативне. В. Симптоматичне.

1. Хірургічне лікування: як самостійний метод, в комбінації з променевим, цитостатичним, гормонотерапією (підкреслити).

Об'єм операції - лампектомія, секторальна резекція, радикальна секторальна резекція, операція Маддена, операція Голстеда, операція Пейті, радикальна ампутація,

Дата операції \_\_\_\_\_.

Опис макропрепарату: первинна пухлина - моноцентрична, мультицентрична, мультифокальна  
кількість вогнищ та їх розміри

\_\_\_\_\_.

- локалізація \_\_\_\_\_ квадрант,
- екзофітна, ендофітна, проміжна форма росту,
- проростає шкіру - так, ні, підлеглу фасцію - так, ні,
- проостає в грудні м'язи - так, ні.

Регіонарні лімфатичні вузли: загальна кількість л/вузлів \_\_\_\_\_, в т.ч.:

I рівень - кількість \_\_\_\_\_ максимальний розмір \_\_\_\_\_ мінімальний розмір \_\_\_\_\_

II рівень - кількість \_\_\_\_\_ максимальний розмір \_\_\_\_\_ мінімальний розмір \_\_\_\_\_

III рівень - кількість \_\_\_\_\_, максимальний розмір \_\_\_\_\_ мінімальний розмір \_\_\_\_\_

- Лімфатичні вузли - утворюють конгломерат - так, ні,
- інтимно з'єднані з оточуючими структурами - так, ні,
- вказати з якими \_\_\_\_\_

Гістологічне дослідження за № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_

Первинна пухлина:

- внутрішньопротокова , внутрішньодолькова неінфільтруюча карцинома;
- інфільтруюча протокова, долькова карцинома;
- інфільтруюча: аденокарцинома, шкір, солідний рак, низькодиференційований рак.

Особливі гістологічні варіанти карцином: папілярна, решітчаста, слизова, плоскоклітинна, рак Педжета; Саркома; Карциносаркома; Неідентифікована карцинома.

Ступінь диференціації первинної пухлини: G1, G2, G3, G4, Gx.

Регіонарні л/вузли: метастазів не виявлено, загальне число метастатичних л/вузлів\_\_\_\_\_

в т.ч.: - мікрометастази (розміром не більше, ніж 0,2 см.), їх число\_.

- метастази в 1-3 лімфатичних вузлах (розміром більше 0,2 см., і менше 2 см. у найбільшому вимірі);
- метастази в 4 і більше л/вузлах (розміром більше 0,2 см. і менше 2 см. у найбільшому вимірі);
- метастази не більше 2 см., але проростають капсулу л/вузла;
- метастази в л/вузлі понад 2 см. в найбільшому вимірі, їх число\_\_\_;
- метастази фіксовані поміж собою або з навколишніми структурами;
- метастази у внутрішніх грудних л/вузлах на стороні ураження;

Ускладнення хірургічного лікування: не було; ранові ускладнення - серома, гематома, нагноєння, некроз шкіри, розходження країв рани.

Інші ускладнення (вказати які )

2. Променева терапія: як самостійний метод лікування, доопераційна, післяопераційна, в комбінації з цитостатиками, гормонотерапією (підкреслити).

Джерело випромінювання:

Методика: конвенціональна, інтенсивно-концентрована, розщеплений курс

Променеве лікування розпочато\_\_\_\_\_, закінчено\_\_\_\_\_.

Поле опромінення і сумарна вогнищева доза: грудна залоза - \_\_\_\_\_Грей;

аксиллярне - \_\_\_\_\_Грей;

надключичне- \_\_\_\_\_Грей;

парастернальне Грей;

Клінічний ефект променевого лікування (згідно класифікації ВООЗ):

первинна пухлина - повна регресія, часткова регресія, без ефекту, прогресування;

лімфатичні вузли - повна регресія, часткова регресія, без ефекту, прогресування;

віддалені метастази - повна регресія, часткова регресія, без ефекту, прогресування.

Лікувальний патоморфоз (визначається гістологічно): відсутній, елементів пухлини не виявлено, виражений, незначний.

Ускладнення променевого лікування:

місцеві (вказати які)\_\_\_\_\_

загальні (вказати які) \_\_\_\_\_

3. Цитостатична терапія: як самостійний метод лікування, неоад'ювантна, ад'ювантна, в комбінації з променевою терапією, гормонотерапією (підкреслити).

Лікування розпочато (дата)\_\_\_\_\_, закінчено \_\_\_\_.

Назва схеми: \_\_\_\_\_, разові дози цитостатиків, спосіб і ритм їх введення: \_\_\_\_\_

Перерва між циклами \_\_\_\_\_. Кількість циклів \_\_\_\_\_.

---

Клінічна ефективність хіміотерапії згідно класифікації ВООЗ:

первинна пухлина - повна регресія, часткова регресія, без ефекту, прогресування;

лімфатичні вузли - повна регресія, часткова регресія, без ефекту, прогресування;

віддалені метастази - повна регресія, часткова регресія, без ефекту, прогресування.

Лікувальний патоморфоз (тільки для неoad'ювантної хіміотерапії, визначається гістологічно): відсутній, елементи пухлини не визначаються, виражений, помірний.

Заключення щодо ефективності неoad'ювантної хіміотерапії:

- пухлина чутлива до цитостатиків;
- пухлина резистентна до цитостатиків;

Ускладнення хіміотерапії за класифікацією ВООЗ (вказати ускладнення, його важкість):

4. Гормонотерапія: як самостійне лікування, ад'ювантне, в комбінації з променевою терапією, цитостатиками (підкреслити)

Вплив на яєчники: дата операції \_\_\_\_\_, назва операції \_\_\_\_\_;

Результати гістологічного заключення за № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_:

Препарати (назва, схема застосування, тривалість лікування):

Ефективність гормонотерапії згідно класифікації ВООЗ:

---

повна регресія, часткова регресія, без ефекту, прогресування хвороби.

Ускладнення гормонотерапії:

5. Інші методи лікування (назва, дати проведення, результати лікування, ускладнення):

#### СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ХВОРОЮ

Рецидив: (дата, локалізація, солітарний, множинний, розміри):

Метастази (дата, локалізація, солітарні, множинні, розміри):

Дата смерті \_\_\_\_\_ Причина смерті

Тривалість: безрецидивного життя хворої (в місяцях) \_\_\_\_\_ загального виживання (в місяцях) \_\_\_\_\_

#### РОЗШИРЕНИЙ ЕПІКРИЗ

---

---

---

Тема. Етіологія та патогенез раку щитоподібної залози.  
Діагностика раку щитоподібної залози.

#### I. Актуальність теми заняття:

Рак щитоподібної залози (РЩЗ) — важлива локалізація раку з огляду на наслідки аварії на Чорнобильській АЕС. РЩЗ належить до групи пухлин, захворюваність на які зростає. Водночас спостерігається тенденція до омолодження, тобто розвитку захворювання в молодих людей, а інколи і в дітей. В Україні захворюваність складає приблизно 4 випадки на 100 000 населення.

Підвищений ризик РЩЗ відзначається в пацієнтів після зовнішнього опромінення ділянки шиї, особливо коли таке опромінення припадає на дитячий чи юнацький вік. Останніми роками спостерігається почастищення випадків захворювання на РЩЗ серед усіх, що піддалися дії радіоактивного йоду після аварії на Чорнобильській АЕС. Це особливо стосується дітей, в яких частота РЩЗ збільшилась в кілька разів. Це явище пов'язується з впливом  $^{131}\text{J}$ , тобто внутрішнім опроміненням.

Пухлини щитоподібної залози (ЩЗ) слід розглядати як дисгормональні. Вони виникають на тлі гальмування функції ЩЗ, зумовленого йодною недостатністю, антитироїдними препаратами, йонізуючим випромінюванням. Проліферацію епітелію ЩЗ стимулюють тиротропні гормони гіпофізу, ріст пухлини прискорюється деякими канцерогенами.

#### II. Навчальні цілі заняття:

- Ознайомитися та мати загальні уявлення про стан проблеми РЩЗ.



- Знати анатомію та гістологічну будову ЩЗ. етіологію, передракові стани, фактори ризику, регіонарні лімфатичні вузли.
- статистичні показники захворюваності на РЩЗ;

### III. Цілі розвитку особистості:

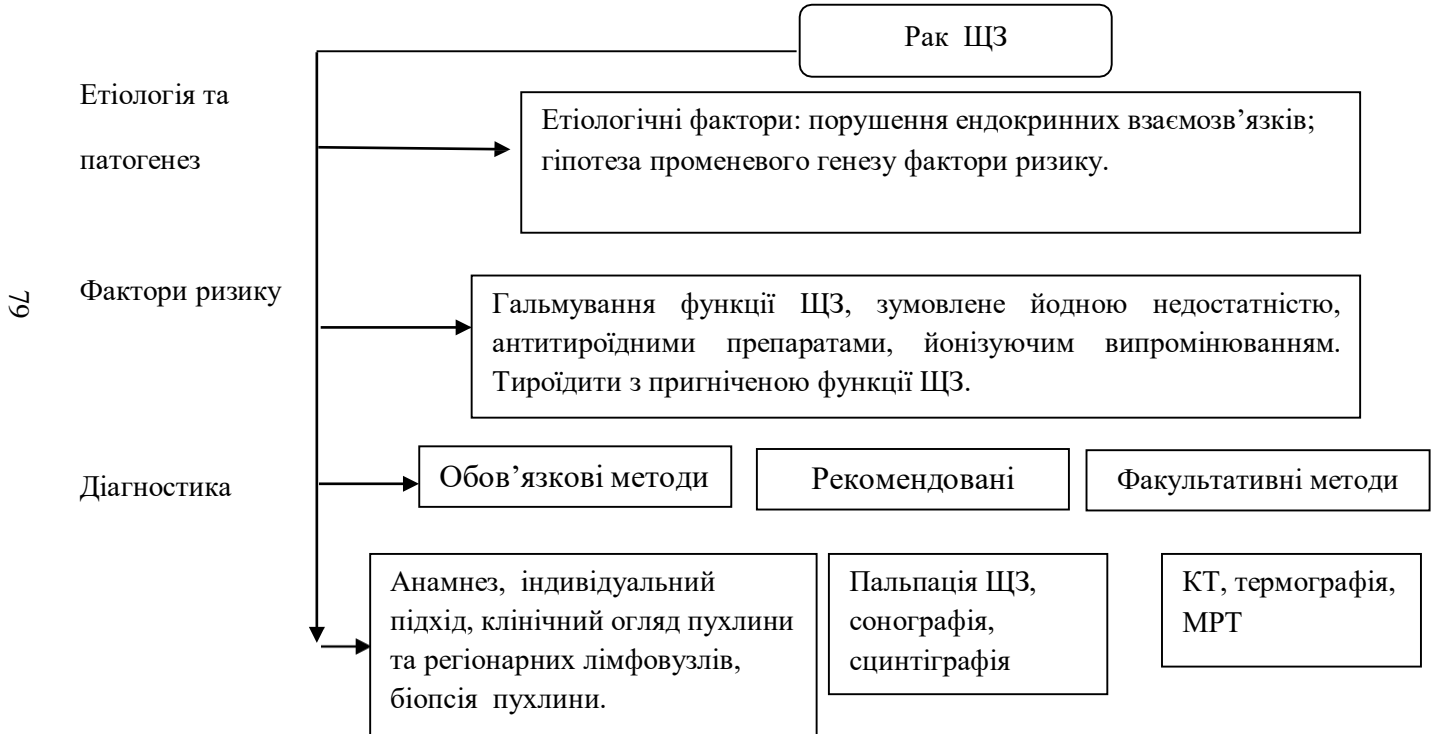
- Вміти здійснювати деонтологічний підхід до хворих з РЩЗ;
- На матеріалі теми “Рак ЩЗ” розвинути почуття відповідальності за своєчасність та правильність професійних дій;
- Розвинути уявлення щодо психотерапевтичного підходу до пацієнтів з РЩЗ, їх родичів;
- Оволодіти вміннями встановлювати психологічний контакт з пацієнтом і його родиною;

### IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
Попередні дисципліни		
1. Анатомія.	Анатомічну структуру ЩЗ в нормі, її проекцію на шию.	Інтегрувати отримані знання на клінічній кафедрі.
2. Гістологія.	Гістологічну будову залозистих часточок ЩЗ; Патологічну анатомію раку ЩЗ.	Інтегрувати отримані знання на клінічній базі.
3. Променева терапія.	Що таке терапевтичний інтервал радіочутливості, дати	Чітко визначати сумарну вогнищеву дозу для даної локалізації.

	визначення поняттю Грей та сумарна вогнищева доза опромінення.	
Наступні дисципліни		
1. Хірургія.	Клінічні форми РЩЗ.	Проводити діагностику та диференціальну діагностику між хірургічними та пухлинними захворюваннями ЩЗ;
2. Травматологія.	Метастазування при РЩЗ в хребет та кістки.	Діагностувати метастатичні ураження кісток при РЩЗ;
3. Ендокринологія.	Знати клініку гіпертирозу та гіпотирозу.	На підставі аналізу гормонів ЩЗ встановити стан обміну
Внутрішньоопред метна інтеграція:		
1. Рак печінки.	Знати клініку первинних пухлин печінки.	Діагностувати метастатичне ураження печінки на фоні РЩЗ та первинні пухлини печінки

V. Структурно-логічна схема теми  
„Рак щитоподібної залози”.



## VI План та організаційна структура заняття

№ п/п	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення (контролю, наочності, інструктивні)	Розподіл часу
1.	Підготовчий етап Організаційні заходи Присутність; Виконання завдань по самопідготовці; Наявність навчальних матеріалів;		Фронтальне усне експрес – опитування Програмований контроль на основі тестів I рівня	Таблиці, слайди, малюнки, структурно – логічні схеми	15-20%
2.	Постановка навчальних цілей та мотивація	Загальна орієнтація по темі РЦЗ (a1)	Лекційний метод, самостійна робота з комп’ютерними навчальними програмами, література.	Теоретична співбесіда. Вирішення типових задач II рівня. Письмова теоретична робота.	
3.	Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь: 1 Етіологія та патогенез РЦЗ.  2. Діагностика.	Знати етіологію, передракові стани, фактори ризику, регіонарні лімфатичні вузли.  Знати методи діагностики РЦЗ.	Програмований контроль – тести II рівня.  Програмований контроль III рівня. Тести II рівня.		

4.	Основний етап Формування професійних вмінь та навичок	II рівень	Професійний тренінг у вирішенні нетипових клінічних ситуацій	Амбулаторні карти. Пацієнти. Історії хвороби. Текстові ситуаційні нетипові задачі	60-90%
	1. Етіологія РЩЗ;	II рівень			
	2. Патогенез РЩЗ;	II рівень			
	3. Скласти план обстеження пацієнта з РЩЗ. 4. Визначити стадію, клінічну групу..	III рівень			
5.	Заключний етап Контроль та корекція рівня професійних вмінь та навичок.	III рівень	Індивідуальний контроль навичок.	Результати клінічної роботи + історія хвороби	10-20%
6.	Підведення підсумків практичного заняття.	III рівень	Аналіз та оцінка клінічної роботи.	Тести III р.	
7	Домашнє завдання (основна і додаткова література по темі)	III рівень	Розв'язування нетипових задач	Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою	

## VII. Матеріали методичного забезпечення заняття:

Матеріали контролю для підготовчого заняття:

Тест (α 1)

1. Перечислити гістологічні форми пухлин ЩЗ, згідно класифікації схваленою групою експертів ВООЗ (1969).

Відповідь:

- А. Папілярний;
- В. Фолікулярний;
- С. Недиференційований;
- D. Медулярний;

2. Гематогенні метастази РЩЗ:

Відповідь:

- А. Тіла грудних хребців.
- В. Тіла поперекових хребців
- С. Череп
- D. Ребра
- Е. Таз
- F. Печінка
- G. Яєчники
- Н. Мозок.

Тести (α 2)

1. Фактори ризику РЩЗ, виберіть правильну відповідь:

- А. іонізуюче випромінення;
- В. тривала інсоляція;
- С. стан гіпертирозу;

Відповідь: А

2. Перечисліть басейни метастазування раку ЩЗ:

Відповідь:

- А.Цервікоцентральный;
- В. Іпсілатеральний цервіколатеральний;
- С. Контралатеральний цервіколатеральний;
- D. Медіастінальний;

Матеріали методичного забезпечення самопідготовки слухачів:

Основні завдання	Вказівки
1. Гормонотерапія РЩЗ	Поділ пухлин на групи відповідно впливу гормонів на розвиток пухлини. Медикаментозна гормонотерапія Нові медикаментозні препарати для гормонотерапії РЩЗ.

### VIII. Література

1. Онкологія: Підручник – 3-тє 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=bilinsk>
2. Стернюк Ю. М., Білинський Б. Т., Флорес Й. Сучасна діагностика захворювань щитоподібної залози. Львів-Відень, 1995.
3. Мілерян В. Є. Методичні основи підготовки та проведення навчальних занять в медичних вузах. Методичний посібник. Київ, 2004. – 80 с.
4. Шевченко А. І., Попович О. Ю., Колесник О. П. Онкологія. (Електронний підручник). – Запоріжжя: ЗДМУ, 2009. – 309 с.
5. Діагностика, лікування, спостереження та реабілітація хворих на рак щитоподібної залози. Стернюк Ю. М., Білинський Б. Т., Галай О. О., Вовк В. С., Ніедерле Б. Методичні рекомендації. Львів-Відень – 2005.
6. Медичні помилки в онкології. / Б. Т. Білинський./- Львів, “Афіша”, 2013. – 324 с.
7. Онкологія: підручник / Г. В. Бондар, Ю. В. Думанський, О. Ю. Попович [та ін.] ; за ред.: Г. В. Бондаря, Ю. В. Думанського, О. Ю. Поповича. – К. :

#### Методична:

1. Справочник по онкологии / [; под ред. С. А. Шалимова, Ю. А. Гриневича, Д. В. Мясоєдова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Киев : Здоров'я, 2009. - 576 с. - 560с.
2. Збірник тестових завдань з онкології. Під ред. Фецича Т. Г., Олійника Ю. Ю. Львів, 2013. – 214 с.

Тема: Пухлини щитоподібної залози. Клініка. Лікування.

I. Актуальність теми заняття:

Оволодіння методами діагностики РЩЗ та знання клінічних форм раку ЩЗ дозволить слухачам - майбутнім лікарям, правильно та своєчасно виявляти та скеровувати пацієнтів з РЩЗ для подальшого лікування в спеціалізовані клініки (онкодиспансери).

II. Навчальні цілі заняття:

- Ознайомитися з клінікою та лікуванням РЩЗ.
- Знати клініку та лікуванням РЩЗ.
- Вміти обстежити пацієнтів з підозрою на РЩЗ:
- фізикальне обстеження ЩЗ та регіонарних лімфатичних вузлів;
- наявність патологічних утворів і деформації, а також гіперемій та інших змін на шкірі;
- пальпація ЩЗ;
- інструментальне обстеження ЩЗ;
- сонографія;
- сцинтиграфія;
- термографія;
- морфологічне підтвердження клінічного діагнозу;
- вміти інтерпретувати дані інструментального дослідження;
- розвивати творчі здібності в процесі клінічного та теоретичного дослідження проблемних питань з РЩЗ.

III. Цілі розвитку особистості:

- Вміти здійснювати деонтологічний підхід до хворих з РЩЗ;
- На матеріалі теми РЩЗ розвинути почуття відповідальності за своєчасність та правильність професійних дій при виявленні непальпабельних форм РЩЗ;



- Оволодіти вміннями встановлювати психологічний контакт з пацієнтом і його родиною;
- Вміти переконати пацієнта в доцільності проведення в залежності від стадії РЦЗ відповідного лікування;

#### IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<p>Попередні дисципліни:</p> <p>1. Анатомія.</p> <p>2. Гістологія.</p> <p>3. Рентгенологія.</p>	<p>Анатомічну структуру ЩЗ в нормі, її проекцію на шиї; анатомічні границі.</p> <p>Гістологічну будову залозистих часточок ЩЗ.</p> <p>Методи діагностики РЦЗ.</p>	<p>Інтегрувати отримані знання на клінічній кафедрі.</p> <p>Інтегрувати отримані знання на клінічній базі.</p> <p>Інтегрувати отримані знання на клінічній базі.</p>
<p>Наступні дисципліни :</p> <p>1. Гематологія.</p>	<p>Знати клініку захворювань крові.</p>	<p>Проводити диференціальну діагностику з захворюваннями крові.</p>
<p>Внутрішньо-предметна інтеграція:</p> <p>1. Гемобластози</p>	<p>Клініку гемобластозів</p>	<p>Діагностувати пухлини лімфатичної системи.</p>

## V. Структурно-логічна схема теми. Рак щитоподібної залози

Клініка →

Клінічні форми: наявність вузла в ЩЗ. Наявність вузла в зоні регіонарних лімфатичних вузлів. Ізольоване ураження лімфатичних вузлів, що спостерігається приблизно в 19% випадків, т.з. аберантна форма РЩЗ. Проростання раку в сусідні органи як-от трахея, стравохід і клініка, що зумовлюється цим проростанням. Клініка метастазів в кістки, головний мозок, органи грудної клітки, первинно - множинний рак.

Лікування

I стадія

II стадія

III стадія

IV стадія

Тироїдектомія.  
Центральна ЛАЕ+ <sup>131</sup>I

Субтотальна резекція залози

Тироїдектомія.  
Центральна ЛАЕ+<sup>131</sup>I

Тироїдектомія.  
Центральна, бокова ЛАЕ + <sup>131</sup>I

Тироїдектомія.  
Центральна, бокова ЛАЕ +<sup>131</sup>I

Тироїдектомія.  
Центральна , бокова ЛАЕ+<sup>131</sup>I  
+Трансцервікальна ЛАЕ

Тироїдектомія. Центральна, бокова  
ЛАЕ+<sup>131</sup>I +Трансцервікальна ЛАЕ

Тироїдектомія. Центральна, бокова  
ЛАЕ+<sup>131</sup>I +Трансцервікальна ЛАЕ

Д/о телемагерація+тироїдектомія+  
ЛАЕ усіх чотирьох басейнів + <sup>131</sup>I

Променева з симптоматичною  
метою

## VI. План та організаційна структура заняття:

№ п/п	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення (контролю, наочності, інструктивні)	Розподіл часу
1.	<b>Підготовчий етап</b> Організаційні заходи. Присутність. Виконання завдань по самопідготовці. Наявність навчальних матеріалів.		Фронтальне усне експрес –опитування	Таблиці, слайди, малюнки, структурно – логічні схеми.	15-20%
2.	Постановка навчальних цілей та мотивація	II рівень	Програмований контроль на основі тестів I рівня		
3.	Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь: 1. Клініка 2. Лікування	II рівень	Програмований контроль –тести II рівня Програмований контроль III рівня		
4.	<b>Основний етап</b> Формування професійних вмінь та навичок 1. Оволодіти технікою пальпаторного дослідження ШЦЗ. 2. Провести курацію пацієнта з РЦЗ. 3. Скласти план обстеження пацієнта з РЦЗ. 4. Визначити стадію, клінічну групу. 5. Визначити план лікування хворого з РЦЗ.	III рівень.  III рівень.	Професійний тренінг у вирішенні нетипових клінічних ситуацій.	Орієнтовані карти. Пацієнти. Історії хвороби. Текстові ситуаційні нетипові задачі.  Результати клінічної роботи + історія хвороби	60-90%
5.	<b>Заключний етап</b> Контроль та корекція рівня професійних вмінь та навичок.	III рівень.	Індивідуальний контроль навичок.	Тести III р.	10-20%
6.	Підведення підсумків практичного заняття.	III рівень.	Аналіз та оцінка клінічної роботи.	Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою	
7.	Домашнє завдання (основна і додаткова література по темі)	III рівень.	Рішення нетипових задач		

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття:

Матеріали контролю для підготовчого заняття:

Тест ( $\alpha$  1)

Зі скількох часток складається ЩЗ:

A. 1;

B. 2;

C. 4;

D. 5;

II. Тести ( $\alpha$  2)

Регулярне обстеження рекомендується усім, що:

A. Досягнули 20-річного віку;

B. Досягнули 30-річного віку;

Досягнули 40-річного віку;

D. Підлягали опроміненню;

E. Мають масу тіла більше 90 кг;

Диференційована форма раку щитоподібної залози

A. папілярний;

B. недиференційований;

C. медулярний;

D. метастатичний;

Типове оперативне втручання

A. Тироїдектомія + центральна лімфаденектомія;

B. Субтотальна резекція;

C. Енуклеація пухлини;

Задачі ( $\alpha$  2)

1. У ліквідатора аварії на ЧАЕС при профілактичному огляді сонографічно виявлено гіпоехогенний вузол в ЩЗ 0,5 см

в діаметрі. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені. 1. Ваш попередній діагноз? 2. Необхідні діагностичні заходи для встановлення остаточного діагнозу?

Відповідь. 1. Пухлина ЩЗ, вірогідно рак. 2. Морфологічне дослідження біоптату.

2. Хвора 28р. Попередній діагноз: РЩЗ Т3N1M1, кл. гр. II. Морфологічне дослідження – папілярний рак. Встановити стадію процесу.

Відповідь. Друга стадія процесу.

3. До онколога звернулась жінка 36 років зі скаргами на наявність пухлиноподібного утвору в ЩЗ. Пальпаторно утвор не спаяний з оточуючими тканинами. Сонографічно кістозний утвор. Під час його пункції отримано рідину жовтого кольору. 1. Який попередній діагноз? 2. Подальший діагностичний захід?

Відповідь. 1. Кіста ЩЗ. 2. Провести морфологічне дослідження пунктату.

4. Хворій 55 років проведена тироїдектомія з приводу папілярного РЩЗ. Через чотири місяці пацієнтка відмітила множинні вузлові утвори в м'яких тканинах шиї. 1. Ваш діагноз? 2. Яке подальше лікування цієї пацієнтки?

Відповідь. 1. Лімфогенні метастази раку ЩЗ. 2. Операція лімфаденектомія з подальшою радіонуклідною терапією <sup>131</sup>I.

Професійний алгоритм:

№	Завдання	Послідовність виконання	Зауваження і попередження щодо самоконтролю
1.	Оволодіти методикою обстеження хворих на РЩЗ.	1. Фіксація симетричності шиї; 2. Наявність патологічних утворів і деформацій; 3. Наявність гіперемій, лимонної кірочки на шкірі передньої поверхні шиї; 4. Пальпація бокової поверхні шиї; 5. Пальпація ключичної ділянки;	В нормі характерна повна симетрія передньої поверхні шиї.
2.	Провести курацію пацієнта.	1. Анамнез; 2. Фізикальне обстеження; 3. Призначити інструментальне обстеження; 4. Пункційна біопсія ЩЗ; 5. Призначити лікування; 6. Інтерпретація сонограми.	

Матеріали методичного забезпечення самопідготовки слухачів:

Основні завдання	Вказівки
1. Гормонотерапія.	Гормони щитоподібної залози.
2. Гормонотерапія РЩЗ.	Негативні сторони гіпертирозу, типові ускладнення . Нові медикаментозні
2. Сучасні підходи до гормонотерапії РЩЗ.	препарати для гормонотерапії РЩЗ.

### VIII. Література

1. Онкологія: Підручник – 3-тє 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://bookshare.net/index.php?id1=4&category=med&author=bilinsk>
2. Стернюк Ю. М., Білинський Б. Т., Флорес Й. Сучасна діагностика захворювань щитоподібної залози. Львів-Відень, 1995.
3. Шевченко А. І., Попович О. Ю., Колесник О. П. Онкологія. (Електронний підручник). – Запоріжжя: ЗДМУ, 2009. – 309 с.
4. Діагностика, лікування, спостереження та реабілітація хворих на рак щитоподібної залози. Стернюк Ю.М., Білинський Б.Т., Галай О.О., Вовк В.С., Нідерле Б. Методичні рекомендації. Львів- Відень – 2005.

5. Медичні помилки в онкології / Б. Т. Білінський / Львів, “Афіша”, 2013 р., 324 с.

Методична:

1. Справочник по онкологии / О. В. Балицкая, Б. Т. Билынский, Л. С. Болгова и др. ; под ред. С. А. Шалимова, Ю. А. Гриневича, Д. В. Мясоедова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Киев : Здоров'я, 2009. - 576 с.
2. Мілерян В. Є. Методичні основи підготовки та проведення навчальних занять в медичних вузах. Методичний посібник. Київ, 2004. – 80 с.
3. Збірник тестових завдань з онкології. Під ред. Фецича Т. Г., Олійника Ю. Ю. Львів, 2013. – 214 с.



## АНКЕТА

### ПЕРЕВІРКИ ПОЧАТКОВОГО РІВНЯ ЗНАЇЬ З НОРМИ І ПАТОЛОГІЇ ДО ТЕМИ «РАК ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ»

Прізвище, ім'я та по батькові слухача \_\_\_\_\_

Курс \_\_\_\_\_ Група \_\_\_\_\_

1. Намалуйте на схемі основні артеріальні стовбури шиї і вкажіть їх назву.
2. Назвіть фасції шиї.
3. Назвіть основні групи лімфатичних вузлів шиї.
4. Які нервові стовбури проходять на шиї.
5. Якими артеріями кровопостачається щитоподібна залоза?
6. Які гормони продукує щитоподібна залоза?
7. Які гормони продукує паращитоподібна залоза?
8. Яка функція каротидної залози ?
9. Обґрунтуйте принципи радіонуклідної діагностики захворювань щитовидної залози.
10. Які види вола Ви знаєте?
11. Які клітини морфологічно розрізняють в щитоподібній залозі?
12. Який основний фактор, що сприяє захворюванню на рак щитоподібної залози?
13. Які особливості стадіювання раку щитоподібної залози.
14. Яка клініка притаманна ранньому раку щитоподібної залози?
15. Методи лікування раку щитоподібної залози

Дата

Підпис слухача

## ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ НА ТЕМУ «РАК ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ»

Викладач \_\_\_\_\_ Слухач \_\_\_\_\_  
Група \_\_\_\_\_ Оцінка \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

1. Анатомія щитоподібної залози  
Зобразіть схематично частки щитоподібної залози.  
Зобразіть схематично кровопостачання щитоподібної залози.  
Зобразіть схематично регіонарні лімфатичні вузли рівня категорії 1a?  
Зобразіть схематично регіонарні лімфатичні вузли рівня категорії 1b?
2. Етіологія.  
З перелічених факторів виділіть і підкресліть істотні, що сприяють виникненню раку щитоподібної залози: надлишкова вага тіла, недостатнє живлення, йонізуюча радіація, йодна недостатність
3. Гістогенез пухлин щитоподібної залози. Напишіть, які злоякісні і доброякісні пухлини розвиваються щитоподібній залозі.
4. Діагностика і лікування пухлин ший.  
Вкажіть, які симптоми можна спостерігати при раку щитоподібної залози, TNM (значення символів вказує викладач)  
Пухлина \_\_\_\_\_ Регіонарні лімфатичні вузли \_\_\_\_\_  
Віддалені метастази \_\_\_\_\_

Складіть план лікування: хворому \_\_\_\_\_ років, пухлина має \_\_\_\_\_ гістологічну структуру і не накопичує радіоактивний йод. (вказується викладачем).

5. Складіть план обстеження хворого \_\_\_\_\_ років, якого в \_\_\_\_\_ ділянці шиї виявлено вузол \_\_\_\_\_ консистенції, \_\_\_\_\_ (не)рухомий \_\_\_\_\_ (без)болісний (дані, які вказує викладач)
6. Складіть план лікування хворого \_\_\_\_\_ років, у якого виявлено рак \_\_\_\_\_ Т \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ (дані вказує викладач).

Дата

Підпис слухача

УЧБОВА ІСТОРІЯ ХВОРОБИ  
“ПУХЛИНИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ”

Історія хвороби № \_\_\_\_\_ Поступив \_\_\_\_\_  
Виписаний \_\_\_\_\_  
Відділ \_\_\_\_\_ Стать \_\_\_\_\_  
Вік \_\_\_\_\_  
Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_  
Стадія \_\_\_\_\_  
TNM \_\_\_\_\_  
Клінічна група \_\_\_\_\_  
Адреса \_\_\_\_\_  
Група крові \_\_\_\_\_  
Rh-належність \_\_\_\_\_

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ

Скарги: порушення загального стану, збудженість, подразливість, сонливість, апатія \_\_\_\_\_  
слабкість (є, немає), значна, швидка втомлюваність, втрата ваги (так, ні) на \_\_\_\_\_ кг за \_\_\_\_\_ тижнів \_\_\_\_\_ місяців.  
Порушення ковтання (так, ні), захлистування, відчуття затримки харчової грудки \_\_\_\_\_, на якому рівні \_\_. Зміна фонації \_\_\_\_\_.  
Інші скарги \_\_\_\_\_  
Дата першого звернення за медичною допомогою з приводу даного захворювання \_\_\_\_\_  
В який медичний заклад \_\_\_\_\_  
Дата встановлення первинного діагнозу раку \_\_\_\_\_

## ЕТАПИ ПОДАЛЬШОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРОГО

Дата	Назва лікувального закладу	Місце обстеження і результати	Діагноз	Лікування

Пухлина виникла на ґрунті попередніх захворювань (яких ?)

---

Хворий виявив пухлину сам \_\_\_\_\_

Пухлина виявлена при зверненні до лікаря з приводу загального захворювання \_\_\_\_\_

Пухлина виявлена при профогляді \_\_\_\_\_

### АНАМНЕЗ ЖИТТЯ

Професія \_\_\_\_\_ Виробничі шкідливості \_\_\_\_\_

Шкідливі звички (куріння, алкоголь) \_\_\_\_\_

Перенесені захворювання (вказати рік і діагноз) \_\_\_\_\_

Пухлинні захворювання в сім'ї \_\_\_\_\_

### ОБ'ЄКТИВНІ ДАНІ

Ріст \_\_\_\_\_ Маса тіла \_\_\_\_\_

Проводиться опис загального стану хворого по органах і системах.

Місцевий статус: форма шиї \_\_\_\_\_

Видимі деформації \_\_\_\_\_ симетричність \_\_\_\_\_

Локалізація пухлини: 1) підборідний трикутник, 2) підщелепний трикутник, 3) під'язикова ділянка, 4) сонний трикутник, 5) лопатково-трахеальний трикутник, 6) грудинно-ключично-сосцевидна ділянка, 7) защелепна ямка, 8) боковий трикутник шиї, 9) надключична ділянка, 10) лопатково-ключичний трикутник, 11) задня ділянка шиї.

Розміри пухлини: при первинному огляді \_\_\_\_\_

Консистенція пухлини: тістувата, м'яко-еластична, хрящеподібна, зерниста.

Пульсація пухлини: видима на око, визначається при пальпації, не визначається.

Обмеженість пухлини :чітка, не ясна, не визначається.

Рухомість (так, ні). Зростання з шкірою і підлеглими тканинами, виразкування \_\_\_\_\_

Характер пухлини: вузол, конгломерат вузлів, інфільтрат, дифузне ущільнення

Лімфатичні вузли: підщелепні \_\_\_\_\_, підборідкові

надключичні, \_\_\_\_\_ глибокі лімфатичні вузли шиї \_\_\_\_\_

Розмір лімфатичних вузлів \_\_\_\_\_, поодинокі, множинні.

Консистенція \_\_\_\_\_ Рухомість \_\_\_\_\_

Спаяні між собою, з підлеглими тканинами, з шкірою \_\_\_\_\_ болісні \_\_\_\_\_

Дані додаткового обстеження органів шиї: \_\_\_\_\_

Гістологічне дослідження пунктатів пухлини (дата, результат) \_\_\_\_\_

пунктатів лімфатичних вузлів

(дата, результат) \_\_\_\_\_

Гістологічне дослідження пухлини

(дата, результат) \_\_\_\_\_

лімфатичних вузлів

(дата, результат) \_\_\_\_\_

Рентгенологічне дослідження

Ендоскопічне дослідження

Діагноз основний \_\_\_\_\_

Діагноз супутній \_\_\_\_\_

## ЛІКУВАННЯ

План лікування \_\_\_\_\_

Променева лікування (самостійне, доопераційне, післяопераційне – вид, доза, дата проведення)

Операція (назва, дата) \_\_\_\_\_

Знеболювання \_\_\_\_\_

Опис препарату (первинна пухлина, відношення до оточуючих тканин, стан регіонарних лімфатичних вузлів)

Гістологічне дослідження (дата, діагноз) \_\_\_\_\_

Безпосередній результат операції \_\_\_\_\_

Ускладнення загального характеру \_\_\_\_\_

Післяопераційна променева терапія ( вид, доза, дата)

Цитостатична терапія

Дата	Препарат	Доза	Спосіб введення

Інші методи лікування \_\_\_\_\_

План реабілітації \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Трудова експертиза \_\_\_\_\_

#### СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ХВОРИМ

Дата	Результат	Рекомендації

Рецидив в зоні операції (дата, характеристика) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Метастази (дата, локалізація, розміри) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Дата смерті \_\_\_\_\_

Причини смерті \_\_\_\_\_

Тривалість життя хворого: з моменту виявлення пухлини \_\_\_\_\_  
з моменту закінчення радикального лікування \_\_\_\_\_

#### РОЗШИРЕНИЙ ЕПІКРИЗ