

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

**Методичні розробки практичних занять і
самостійної роботи для
студентів медичного факультету
(частина II)**

Львів-2015

Авторський колектив: професор Фецич Т.Г., професор Білінський Т.Г., професор Савран В.Р., професор Стернюк Ю.М., доцент Олійник Ю.Ю., доцент Володько Н.А., доцент Лукавецький Н.О., доцент Ярема Р.Р., к.м.н. Мриглоцький М.М., ас.Ковальський В.В., ас. Присташ Ю.Ю., ас. Сліпецький Р.Р., ас. Ревура А.П., ас. Васько А.Р.

Редактор: професор Фецич Т.Г.

Методичні рекомендації затверджені на засіданні циклової методичної комісії з хірургічних дисциплін
Протокол № 59 від 19 червня 2015 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 губи. Пухлини слизової порожнини рота
- 2 Пухлини товстого кишечника
- 3 Пухлини молочної залози
- 4 Пухлини щитоподібної залози

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).

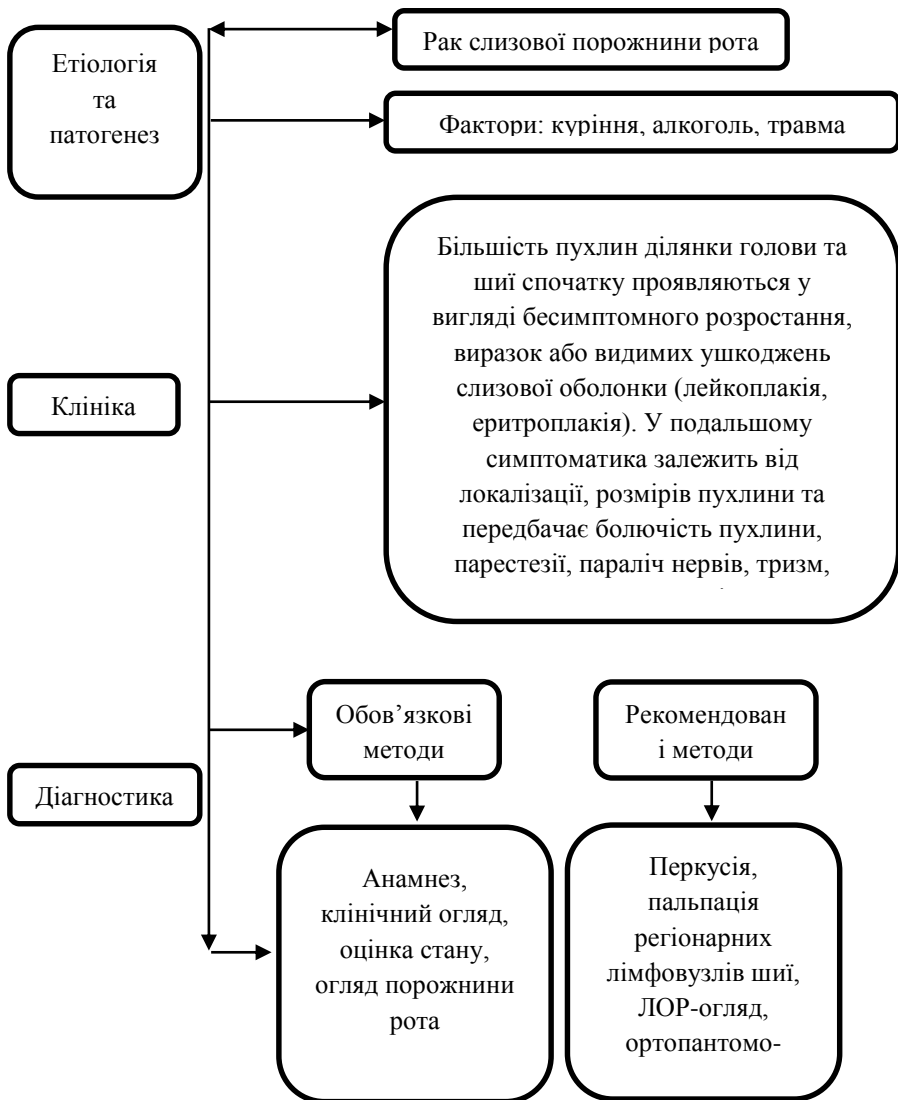
III. Цілі розвитку особистості:

- 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 пальпаторного 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 з пухлиною порожнини рота чи губи</p> <p>4. Визначити стадію, клінічну групу.</p> <p>5. Скласти план лікування пацієнта</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

А. 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?

А. 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. Хіміопроменевий.

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. // Б.Т. Білинський, Н.А. Володько, А.І. Гнатишак. За ред. проф. Б.Т. Білинського та ін. –Київ, «Здоров'я», 2007. – 532 с.
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 СТУДЕНТА
З НОРМИ ТА ПАТОЛОГІЇ ГУБИ ТА ПОРОЖНИНИ РОТА

Прізвище, ім'я та по-батькові студента:

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 студента

Оцінка

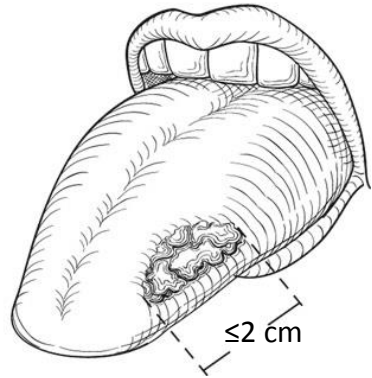
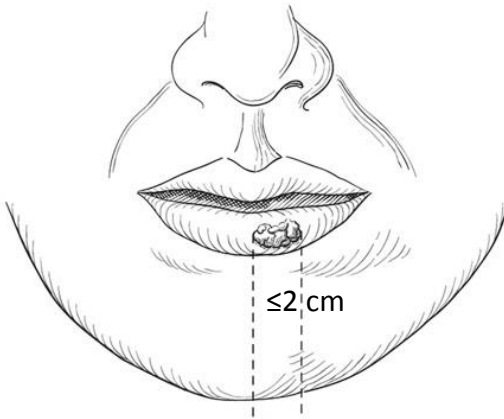
Викладач

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

Дата _____

Студент _____ 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 T, 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 середину 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.

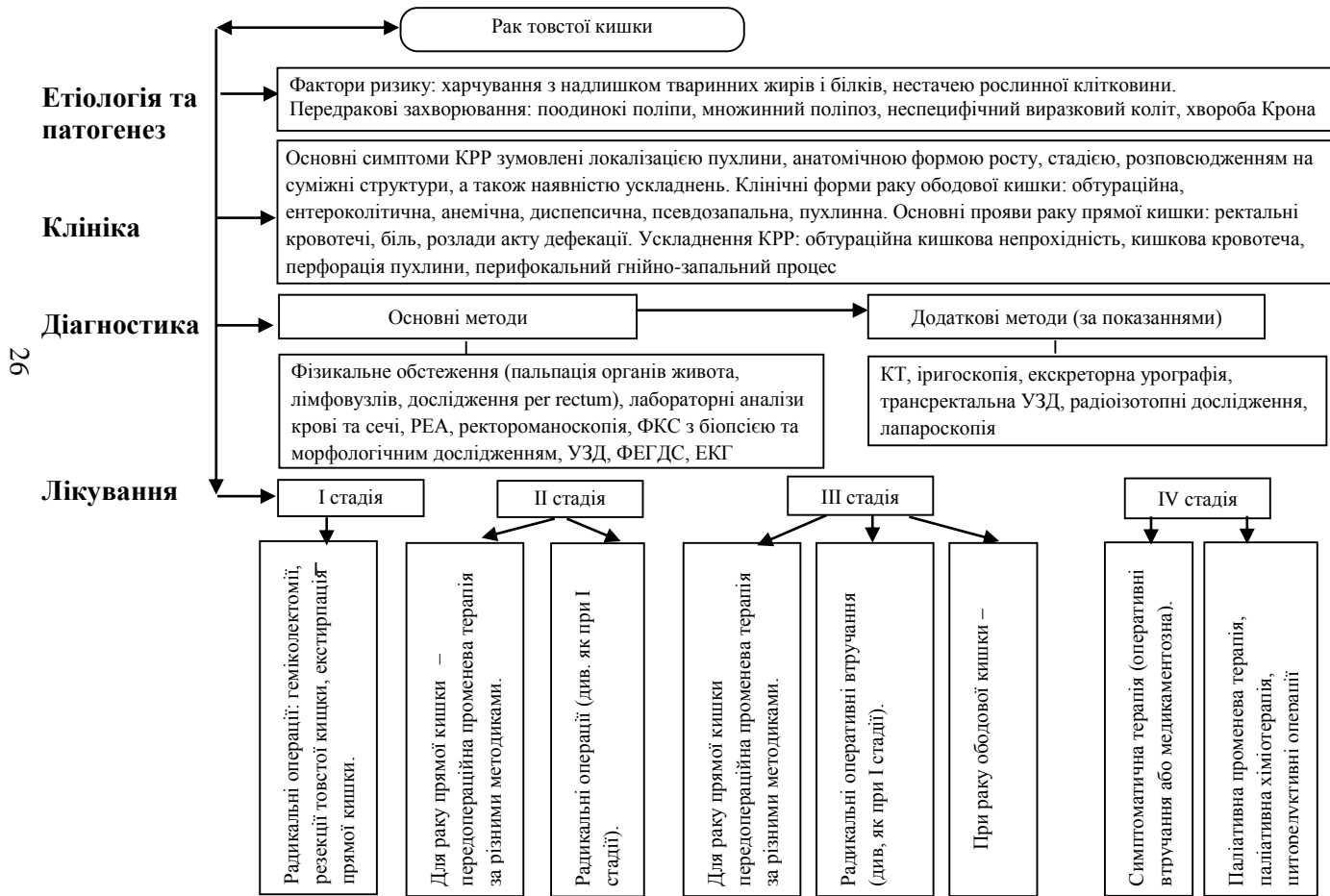
III. Завдання розвитку особистості:

- Розвинути почуття відповідальності за правильність та своєчасність професійних дій лікаря при наданні медичної допомоги хворим на рак товстої кишки.
- Сформувати 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>	Анатомічну будову товстої кишки, її кровопостачання і шляхи лімфовідтоку, взаємовідношення з сусідніми органами.	Інтегрувати отримані знання на клінічній кафедрі
2. Гістологія	Гістологічну будову стінки товстої кишки	Інтегрувати отримані знання на клінічній базі
3. Патологічна анатомія	Морфологічну класифікацію пухлин товстої кишки.	Інтегрувати отримані знання на клінічній базі
<p>Наступні дисципліни</p> <p>1. Хірургія</p>	Невідкладні хірургічні стани, як ускладнення КРР	Проводити диференційну діагностику кровотеч з травного тракту, товстокишкової непрохідності на ґрунті КРР та непухлинного генезу.
2. Терапія	Клініку виразкового неспецифічного коліту.	Проводити диференційну діагностику з КРР
<p>Внутрішньо-предметна інтеграція</p> <p>1. Заочеревинні пухлини</p>	Клініку заочеревинних пухлин в залежності від топіки	Проводити диференційну діагностику поширення заочеревинних пухлин на ободову кишку і навпаки

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 співбеседа. 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> <p>1. Оволодіти технікою пальпаторного дослідження органів черевної порожнини, периферичних лімфатичних вузлів, пальцевого обстеження прямої кишки.</p> <p>2. Скласти план обстеження пацієнта з КРР.</p> <p>3. Визначити стадію, клінічну групу.</p> <p>4. Скласти план лікування пацієнта з КРР.</p>	III рівень	Професійний тренінг у вирішенні нетипових клінічних ситуацій	Орієнтовані карти. Пацієнти Історії хвороби. Текстові ситуаційні нетипові задачі.	60 – 90% 100 хв.
5.	Заклучний етап Контроль та корекція рівня професійних вмінь та навичок.	III рівень	Індивідуальний контроль навичок.	Результати клінічної роботи + історія хвороби. Тести III р.	10 – 15% 20 хв.
6.	Підведення підсумків практичного заняття.	III рівень	Аналіз та оцінка клінічної роботи.		
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)

ТЗНхМО, 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, болюче 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 студентів:

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 / 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. : табл., іл.
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. Онкологія: Підручник. — 3-тє видання, перероб. і доп. / Б.Т. Білинський, Н.А. Володько, А.І. Гнатишак, О.О. Галай та ін.; За ред. проф. Б.Т. Білинського.— К.: Здоров'я, 2007.— 528 с; іл.
4. 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.
5. Мілерян В.Є. Методичні основи підготовки та проведення навчальних занять в медичних вузах. Методичний посібник. Київ. – 2004. – 80 с.
6. Збірник тестових завдань з онкології. Під ред. Фецича Т.Г., Олійника Ю.Ю. Львів.- 2013. С.214.

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

Прізвище, ім'я та по-батькові студента:

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 _____

злаякісні 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 студента

Оцінка

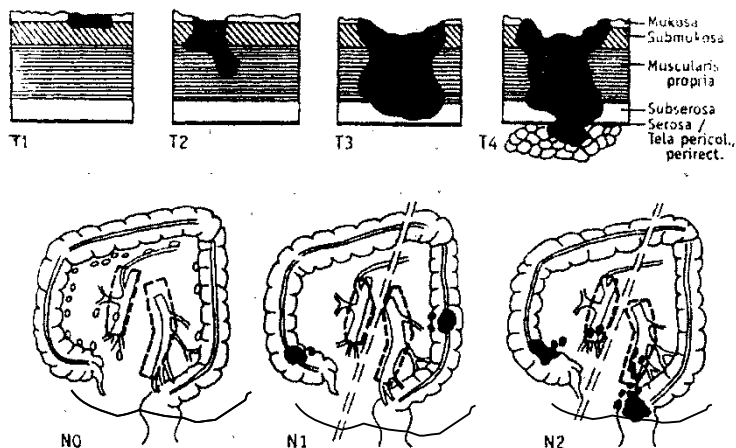
Викладач

ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ НА ТЕМУ: "РАК ТОВСТОЇ КИШКИ"

Дата _____

Студент _____ 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 ризиками назви країн з високою захворюваністю і однією ризикою – 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: поліпоподібний, виразково-інфільтративний, дифузний.

Біопсія _____

Рентгенологічне обстеження, дата _____

Легені _____

Тони серця _____ Пульс _____

ЛКУВАННЯ

Підготовка до операції (звичайна, спеціальна), вказати

Операція (дата, назва) _____

Знеболення: назва _____ дата _____

Макропрепарат довжиною _____ см, містить _____
_____ кишку і _____

На розрізі пухлина типу поліпоподібного, 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 злویкісними 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, лімфівідтік); 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 онкозахворюваннями 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 ”

Рак грудної залози

Етіологія
та
патогенез

Етіологічні фактори: порушення ендокринних взаємозв'язків; фактори ризику, спадкові чинники виникнення РГЗ

Фактори
ризик

1) відхилення в часі настання перших менструацій (ранні або пізні); 2) пізня перша вагітність (перші роди після 27 років); 3) відсутність вагітності; 4) рак грудної залози у близьких родичів, особливо по жіночій лінії; 5) наявність або лікування в минулому доброякісних пухлин грудної залози; 6) паління тютюну 7) вживання гормональних препаратів (особливо естрогенів) з метою лікування чи контрацепції. Для жінок, що перебувають у періоді менопаузи, до цього переліку треба додати: 8) хірургічну (променеvu) менопаузу; 9) настання ранньої або пізньої менопаузи. Крім того, до групи підвищеного ризику зараховують жінок з певними гормональними відхиленнями від норми: 10) наявністю дисфункції щитоподібної залози, особливо в стані гіпотиреозу; 11) дисфункцією гіпофіза; 12) наднирників; 13) яєчників, підшлункової залози з розвитком діабету, дисгормональних захворювань грудної залози; 14) сексуальними розладами; 15) гіпертонічною хворобою, що також належить до факторів, що збільшують ризик захворіти на рак грудної залози. Ризик захворіти на рак грудної залози можуть збільшувати також деякі конституційні особливості: 16) маса тіла понад 80 кг; 17) зріст понад 170 см; 18) маса при народженні понад 5 кг.

Діагностика

Обов'язкові методи

Анамнез, клінічний огляд:
пальпація грудних залоз, та
регіонарних лімфовузлів, пункційна
біопсія пухлини.

Рекомендовані

Мамографія, (УЗД за показами),
термографія, визначення статевого
хроматину.

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	Усне опитування Програмовий письмовий контроль		

4	<p>Основний етап Формування професійних вмінь та навичок</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Визначити фактори ризику РГЗ 2. Провести обстеження пацієнта з РГЗ. 3. Визначити стадію, клінічну групу. 	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 вмінь 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 студентів:

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. Внутрішньопотокова 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. Фіброаденома.
- B. Киста молочної залози.
- C. Вузлово мастопатія.
- D. Рак молочної залози.
- E. Мастит.

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

Короткі методичні вказівки до роботи студентів на практичному занятті

Спочатку проводиться вхідний контроль знань за допомогою тестів та усних відповідей, вирішення ситуаційних задач. Студенти 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 студент проводить фізикальне обстеження хворої (огляд, пальпацію груп лімфовузлів.). Під час занять студенти 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. Білинський Б.Т., Ю.М. Стернюк., Я.В. Шпарик. Підручник “Онкологія”. Видавництво “Здоров’я. Київ. 2007 р. 532с.
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 студентів 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. Семиглазов В.В., Топузов Э.Э. Рак молочной железы / Семиглазов В.В., Топузов Э.Э. під ред. чл.-корр. РАМН, проф. В.Ф. Семиглазова. М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 17. Справочник по онкологии / под ред. акад. РАМН Н.Н. Трапезникова.
2. Мілерян В.Є. Методичні основи підготовки та проведення навчальних занять в медичних вузах. Методичний посібник. Київ 2004р. 80 с.
3. Рак в Україні, 2009-2010 рік/ Бюлетень Національного реєстру України. Видання №12. Київ – 2011р

Наукова:

1. Лекции по фундаментальной и клинической онкологии / под ред. проф. В.М. Моисеенко, проф. А.Ф. Урманчевой, акад. РАМН К.П. Хансона. – СПб.: ООО «Издательство Н-Л», 2004. – 704 с

А Н К Е Т А
ПЕРЕВІРКИ ВИХІДНОГО РІВНЯ ЗНАТЬ СТУДЕНТА
З 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 студента _____

ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ НА ТЕМУ РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

Викладач _____

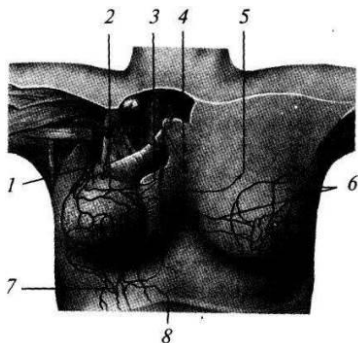
Студент _____

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 — пригрудинний;
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*

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 1 см., 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 ротовій 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 принципальну 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, сарколізин, тіофосфамід, циклофосфан; 6-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: неодружена, одружена 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 _____.

А. 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, звиразкована.

Сосок - без змін, покритий кірочками, звиразкований, 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 IIА IIВ IIIА IIIВ IV

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 почастішання 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}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:

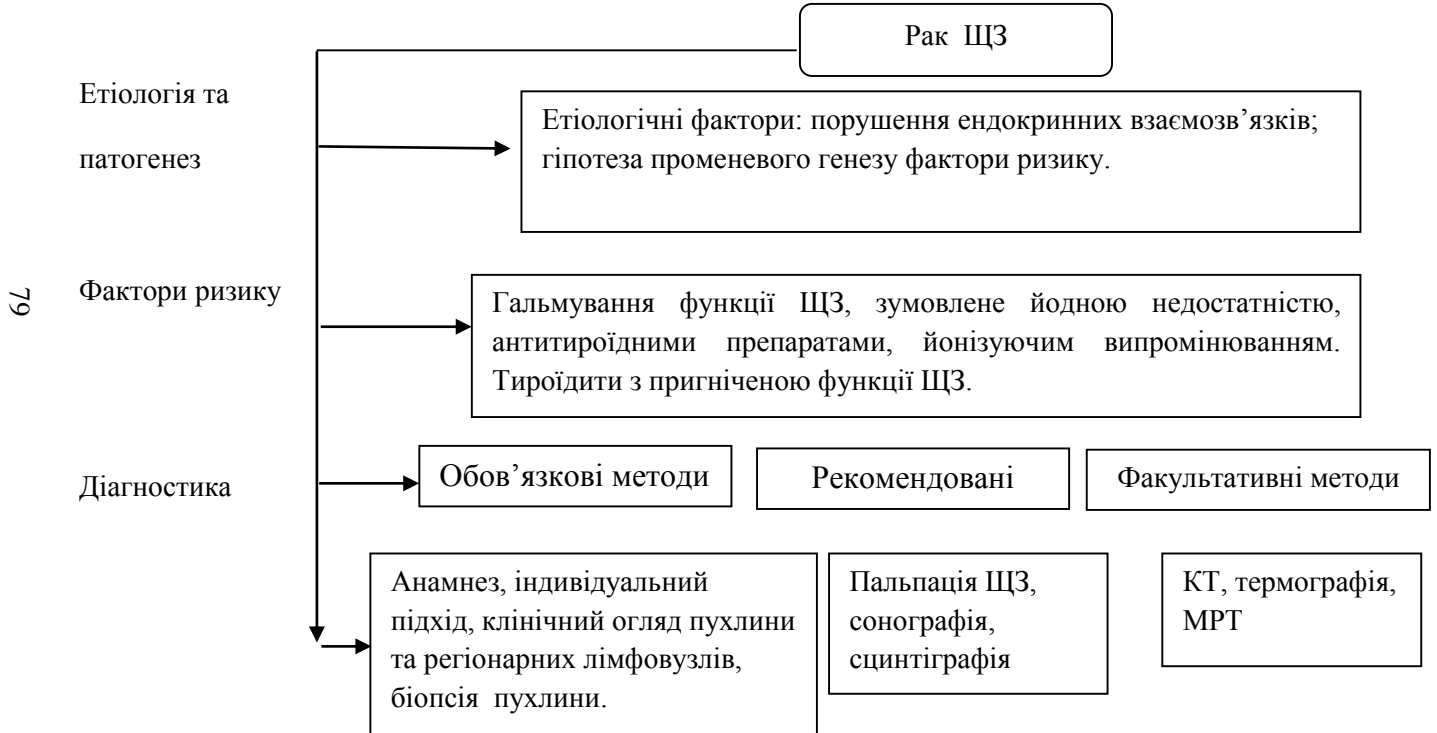
- Вміти здійснювати деонтологічний підхід до хворих з РЩЗ;
- На матеріалі теми “Рак ЩЗ” розвинути почуття відповідальності за своєчасність та правильність професійних дій;
- Розвинути уявлення щодо психотерапевтичного підходу до пацієнтів з РЩЗ, їх родичів;
- Оволодіти вміннями встановлювати психологічний 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 поняття Грей та сумарна вогнищева доза опромінення.	
Наступні дисципліни		
1. Хірургія.	Клінічні форми РЦЗ.	Проводити діагностику та диференціальну діагностику між хірургічними та пухлинними захворюваннями ЩЗ;
2. Травматологія.	Метастазування при РЦЗ в хребет та кістки.	Діагностувати метастатичні ураження кісток при РЦЗ;
3. Ендокринологія.	Знати клініку гіпертирозу та гіпотирозу.	На підставі аналізу гормонів ЩЗ встановити стан обміну
Внутрішньопредметна інтеграція:		
1. Рак печінки.	Знати клініку первинних пухлин печінки.	Діагностувати метастатичне ураження печінки на фоні РЦЗ 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 РЩЗ ($\alpha 1$)	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 РЩЗ. 2. Діагностика.	Знати етіологію, передракові стани, фактори ризику, регіонарні лімфатичні вузли. Знати методи діагностики РЩЗ.	Програмований контроль – тести II рівня. Програмований контроль III рівня. Тести II рівня.		

4.	Основний етап Формування професійних вмій та навичок 1. Етіологія РЩЗ; 2. Патогенез РЩЗ; 3. Скласти план обстеження пацієнта з РЩЗ. 4. Визначити стадію, клінічну групу..	II рівень II рівень III рівень III рівень	Професійний тренінг у вирішенні нетипових клінічних ситуацій	Амбулаторні карти. Пацієнти. Історії хвороби. Текстові ситуаційні нетипові задачі	60-90%
5.	Заключний етап Контроль та корекція рівня професійних вмій 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 (а 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. Іпсилатеральний цервіколатеральний;
- С. Контралатеральний цервіколатеральний;
- D. Медіастінальний;

Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів:

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. Білінський Б.Т., Ю.М. Стернюк., Я.В. Шпарик. Підручник “Онкологія”. Видавництво “Здоров’я”. К., 2007. С.532.
2. Стернюк Ю.М., Білінський 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 2004р. 80 стр.
4. Слинчак С.М. “Онкологія”. Видавництво “Вища школа” 1981р. 381 стр.
5. Діагностика, лікування, спостереження та реабілітація хворих на рак щитоподібної залози. Стернюк Ю.М., Білінський Б.Т., Галай О.О., Вовк В.С., Ніедерле Б. Методичні рекомендації. Львів-Відень- 2005.
6. Медичні помилки в онкології. /Б.Т. Білінський./- Львів, “Афіша”, 2013 р., 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 редакцией Шалимова С. О., Мясоедова Д.В./ К: Здоров'я. 2000 - 560с.
2. Збірник тестових завдань з онкології. Під ред. Фецича Т.Г., Олійника Ю.Ю. Львів.- 2013. С.214

Тема: Пухлини щитоподібної залози. Клініка. Лікування.

I. Актуальність теми заняття:

Оволодіння методами діагностики РЩЗ та знання клінічних форм раку ЩЗ дозволить студентам - 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+ ¹³¹I

Субтотальна резекція залози

Тироїдектомія.
Центральна ЛАЕ+¹³¹I

Тироїдектомія.
Центральна, бокова ЛАЕ + ¹³¹I

Тироїдектомія.
Центральна, бокова ЛАЕ + ¹³¹I

Тироїдектомія.
Центральна , бокова ЛАЕ+¹³¹I
+Трансцервікальна ЛАЕ

Тироїдектомія. Центральна, бокова
ЛАЕ+¹³¹I +Трансцервікальна ЛАЕ

Тироїдектомія. Центральна, бокова
ЛАЕ+¹³¹I +Трансстернальна ЛАЕ

Д/о телегамагерapia+тироїдектомія+
ЛАЕ усіх чотирьох басейнів + ¹³¹I

Променева з симптоматичного
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.	Підготовчий етап 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.	Основний етап 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.	Заключний етап 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 (α 1)

Зі скількох часток складається ЩЗ:

A. 1;

B. 2;

C. 4;

D. 5;

II. Тести (α 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 (α 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 ший. 1. Ваш діагноз? 2. Яке подальше лікування цієї пацієнтки?

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

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 студентів:

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. Білінський Б.Т., Ю.М. Стернюк., Я.В. Шпарик. Підручник “Онкологія”. Видавництво “Здоров’я”. К., 2007. С.532.
2. Стернюк Ю.М., Білінський 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 2004р. 80 стр.
4. Слинчак С.М. “Онкологія”. Видавництво “Вища школа” 1981р. 381 стр.
5. Діагностика, лікування, спостереження та реабілітація хворих на рак щитоподібної залози. Стернюк Ю.М., Білінський Б.Т., Галай О.О., Вовк В.С., Ніедерле Б. Методичні рекомендації. Львів- Відень- 2005.

6. Медичні помилки в онкології. /Б.Т. Білнський./- Львів, “Афіша”, 2013 р., 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. : Медицина, 2013. – 542 с. : табл., іл.

Методична:

3. Справочник по онкологии. / Под редакцией Шалимова С. О., Мясоедова Д.В./ К: Здоров'я. 2000 - 560с.
4. Збірник тестових завдань з онкології. Під ред. Фецича Т.Г., Олійника Ю.Ю. Львів.- 2013. С.214

АНКЕТА

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

Прізвище, ім'я та по батькові студента _____

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 студента

ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ НА ТЕМУ «РАК ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ»

Викладач _____ Студент _____
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 1б?
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 шиї.
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 _____ T _____ N _____ M _____ (дані вказує викладач).

Дата

Підпис студента

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