

ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО
ФАКУЛЬТЕТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
кафедра онкології та медичної радіології

ЗАТВЕРДЖУЮ
Декан ФПДО
доц. О.Є.Січкоріз

« » _____ 2015 р.

Методична розробка семінарських занять
для лікарів слухачів циклу спеціалізації
за фахом «Онкологія»

Затверджено на засіданні кафедри
Онкології та радіології
«05» 11 2015 р.» протокол № 17
Завідувач кафедри

проф., д.м.н. Фецич Т.Г.

Обговорено і затверджено на
засіданні методичної комісії
«17» 11 2015 р.» протокол № 4
Голова методичної комісії

доц., к.м.н. Січкоріз О.Є.

Львів 2015

Методичні розробки склали:

зав. кафедри, д.м.н., проф. Фецич Т.Г.
д.м.н., проф. Білинський Б.Т.
д.м.н., проф. Савран В.Р.
д.м.н., проф. Стернюк Ю.М.
д.м.н., доц. Володько Н.А.
д.м.н., доц. Олійник Ю.Ю.
к.м.н., в.о. доц. Ярема Р.Р..
к.м.н., ас. Дутчак У.М.

За редакцією д.м.н., проф. Фецича Т.Г.

Відповідальний за випуск – проректор з навчальної роботи
Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького
д.м.н., професор М.Р. Гжегоцький

Рецензенти:

Професор кафедри хірургії №1
д.м.н. проф.. Лукавецький О.В.

Методичні розробки обговорені та схвалені на засіданні кафедри
„5” листопада 2015 р, протокол №17.

Методичні розробки обговорені та затверджені на засіданні циклової
методичної комісії ФПДО від „17” листопада 2015 р. Протокол №
4.

Зміст

<i>Тематичний план семінарських занять</i>	5
<i>Організація обліку онкологічних хворих в Україні. Основні форми обліку та звітності онкологічних лікувальних установ</i>	7
<i>Ендоскопічні обстеження в онкології</i>	10
<i>Діагностика злоякісних пухлин – комп'ютерна томографія (КТ) і ядерно-магнітний резонанс (ЯМР)</i>	13
<i>Діагностика злоякісних пухлин – ультразвукове дослідження хворих</i>	16
<i>Структура і функції нормальної клітини. Етіологія пухлин. Хімічні, фізичні, біологічні канцерогени</i>	19
<i>Канцерогенез, теорії канцерогенезу. Канцерогенез на рівні органа і організму.</i>	22
<i>Облігатні та факультативні передраки. Імунологія злоякісного росту</i>	25
<i>Загальні принципи лікування злоякісних новотворів</i>	28
<i>Покази до комплексного та комбінованого лікування злоякісних новотворів</i>	31
<i>Променева лікування онкологічних хворих</i>	34
<i>Метастази злоякісних пухлин на шії при невиявленому первинному вогнищі</i>	37
<i>Пухлини глотки</i>	40
<i>Позаорганні пухлини шії</i>	43
<i>Роль ендоскопії трахеї і бронхів в діагностиці злоякісних новотворів</i>	46
<i>Тема заняття: Роль флюорографії в ранній діагностиці раку легень</i>	49
<i>Класифікація раку легенів</i>	52
<i>Тема заняття: Рак жовчного міхура</i>	55
<i>Пострезекційні синдроми в онкології. Методи реабілітації</i>	62
<i>Рак грудної залози. Захворюваність, етіологія, епідеміологія, передракові стани</i>	65
<i>Гормонотерапія раку грудної залози</i>	68
<i>Злоякісні заочеревинні пухлини</i>	71
<i>Принципи хірургічного лікування онкогінекологічних хворих</i>	74
<i>Передпухлинні захворювання шийки матки. Фактори ризику раку шийки матки.</i>	77
<i>Рак вульви</i>	80
<i>Хірургічне лікування раку сечового міхура</i>	83
<i>Лікування пухлин яєчка і прутня</i>	87
<i>Сучасне лікування раку простати</i>	90
<i>Сучасні методи хірургічного лікування раку шкіри</i>	93
<i>Сучасні методи хірургічного лікування сарком м'яких тканин</i>	96
<i>Саркома Капоші</i>	99
<i>Сучасні методи лікування пухлин кісток</i>	103

<i>Нефробластома (пухлина Вільямса)</i>	<i>111</i>
<i>Злоякісні пухлини кісток у дітей</i>	<i>115</i>
<i>Лімфома Годжкіна (лімфогранулематоз)</i>	<i>119</i>
<i>Негоджкінські лімфоми (лімфосаркоми)</i>	<i>123</i>
<i>Лейкози. Етіологія, патогенез, класифікація. Клініка, діагностика, лікування, прогноз</i>	<i>127</i>

Тематичний план семінарських занять
циклу спеціалізації «онкологія»
86 год. (у т.ч. зал. конф. - 4, іспит - 6), 38 тем.

№ з/п	Назва теми	Кількість годин
1.	Організація обліку онкологічних хворих в Україні. Основні форми обліку та звітності онкологічних лікувальних установ	4
2.	Ендоскопічні обстеження в онкології	2
3.	Діагностика злоякісних пухлин – комп'ютерна томографія (КТ) і ядерно-магнітний резонанс (ЯМР)	2
4.	Діагностика злоякісних пухлин – ультразвукове дослідження хворих	2
5.	Структура і функції нормальної клітини. Етіологія пухлин. Хімічні, фізичні, біологічні канцерогени	2
6.	Канцерогенез, теорії канцерогенезу. Канцерогенез на рівні органа і організму.	2
7.	Облігатні та факультативні передраки. Імунологія злоякісного росту	2
8.	Загальні принципи лікування злоякісних новотворів	4
9.	Покази до комплексного та комбінованого лікування злоякісних новотворів	2
10.	Променева лікування онкологічних хворих	2
11.	Метастази злоякісних пухлин на шиї при невиявленому первинному вогнищі	2
12.	Пухлини глотки	2
13.	Позаорганні пухлини шиї	2
14.	Роль ендоскопії трахеї і бронхів в діагностиці злоякісних новотворів	2
15.	Тема заняття: Роль флюорографії в ранній діагностиці раку легень	2
16.	Класифікація раку легенів	2
17.	Тема заняття: Рак жовчного міхура	2
18.	Пострезекційні синдроми в онкології. Методи реабілітації	2
19.	Рак грудної залози. Захворюваність, етіологія, епідеміологія, передракові стани	2
20.	Гормонотерапія раку грудної залози	2
21.	Злоякісні заочеревинні пухлини	2
22.	Принципи хірургічного лікування онкогінекологічних хворих	2
23.	Передпухлинні захворювання шийки матки. Фактори	2

	ризик раку шийки матки.	
24.	Рак вульви	2
25.	Хірургічне лікування раку сечового міхура	2
26.	Лікування пухлин яєчка і прутня	2
27.	Сучасне лікування раку простати	2
28.	Сучасні методи хірургічного лікування раку шкіри	2
29.	Сучасні методи хірургічного лікування сарком м'яких тканин	2
30.	Саркома Капоші	2
31.	Сучасні методи лікування пухлин кісток	2
32.	Нефробластома (пухлина Вільямса)	2
33.	Злоякісні пухлини кісток у дітей	2
34.	Лімфома Годжкіна (лімфогранулематоз)	2
35.	Негоджкінські лімфоми (лімфосаркоми)	2
36.	Лейкози. Етіологія, патогенез, класифікація. Клініка, діагностика, лікування, прогноз	2
	Всього	76

Організація обліку онкологічних хворих в Україні. Основні форми обліку та звітності онкологічних лікувальних установ

1. **Тема заняття:** Організація обліку онкологічних хворих в Україні. Основні форми обліку та звітності онкологічних лікувальних установ
2. **Актуальність теми:** Повний і якісний облік онкологічних захворювань серед населення, обробка інформації про них у канцерреєстрі є запорукою для поглибленого аналізу і опрацюванню вірних висновків і рекомендацій щодо боротьби з цією загрозливою недугою.
3. **Мета заняття:**
 - 3.1. навчальна – удосконалити теоретичні знання лікарів-курсантів з питань організації надання онкодопомоги населенню.
 - 3.2. професійно орієнтована – оволодіти принципами реєстрації та обліку онкологічних захворювань в Україні, знати структуру та засади функціонування
 - 3.3. виховна – на матеріалах теми розвинути у курсантів почуття відповідальності за необхідність якісного і вчасного ведення усіх первинних облікових онкологічних форм.
4. **Обладнання до заняття:** форми первинного онкологічного обліку, персональні комп'ютери з базою даних регіонального канцерреєстру.
5. **План і організаційна структура заняття:**

тривалість заняття – 2 навчальних години, з них

 - 5.1. Підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання) - 10 хв.
 - 5.2. Основний етап (формування професійних знань: виклад теоретичного матеріалу, заслуховування реферативних повідомлень лікарів-слухачів-терапевтів, коментар з проблемних питань) - 60 хв.
 - 5.3. Заключний етап (контроль і корекція знань, дискусія, проведення підсумків заняття, розподіл тем реферативних повідомлень на наступне семінарське заняття) - 20%.
6. **Зміст теми заняття:**
 - 6.1. Перелік питань, які будуть винесені на обговорення (тези виступів на підставі індивідуально виконаних завдань, теми реферативних повідомлень).
 - 6.1.1. Первинна облікова онкологічна документація, її види і вимоги до заповнення і ведення. Роль онкологічного кабінету поліклініки в зборі даних про онкохворих.
 - 6.1.2. Форми звітності, їх призначення, види, методика складання і передачі їх у канцерреєстр.

- 6.1.3. Національний канцер реєстр. України. Завдання. Структура, форми діяльності.
- 6.1.4. Зміст і структура бази даних канцерреєстру.
- 6.1.5. Якість даних ведення канцер реєстру, проблеми контролю якості..

6.2. Напрямки дискусії

- 6.2.1. Основні умови повного і якісного обліку онкозахворювань.
- 6.2.2. Функції і завдання лікаря онколога онкологічного кабінету районної поліклініки щодо ведення обліку онкохворих.
- 6.2.3. Роль обласного канцер реєстру у постійному моніторингу онкологічної захворюваності на території області.
- 6.2.4. Проблеми „двійників” у канцер реєстрі, способи її вирішення.

6.3. Коментар з проблемних питань.

Тема „Організація обліку онкологічних хворих в Україні. Основні форми обліку та звітності онкологічних лікувальних установ” має як теоретичне, так і вагомим практичне значення. Одним із першочергових завдань медичної науки і практичної охорони здоров'я в Україні є боротьба зі злоякісними новотворами, актуальність якої визначається постійним зростанням захворюваності населення, важкістю своєчасної діагностики, високою вартістю і складністю лікування, значним рівнем інвалідизації і смертності хворих. За прогнозними оцінками до 2010 р. в Україні щорічно буде реєструватися до 200 тисяч нових випадків злоякісних новотворів, а контингент онкологічних хворих досягне 1 млн. людей. Тільки фахове проведення і забезпечення повного обліку онкологічних хворих, адекватна і своєчасна обробка інформації про них в системі Національного канцерреєстру можуть в подальшому стати основою для поглибленого аналізу цих явищ, опрацюванню вірних висновків і рекомендацій щодо боротьби з цією загрозливою недугою. Викладач у своєму коментарі наголошує, що тільки за умов якісного проведення обліку всіх онкозахворювань можна проводити ефективні наступні заходи щодо їх лікування і профілактики.

6.4. Завдання для контролю та самоконтролю. *(перелічити запитання)*

- 6.4.1. Нормативні документи МОЗ України про створення і діяльність Національного канцерреєстру.
- 6.4.2. Форми первинного онкологічного обліку.
- 6.4.3. Структура і засади діяльності Національного канцерреєстру України.
- 6.4.4. Основні критерії якості ведення бази даних канцерреєстру.

7. Література. (навчальна, довідкова, методична, наукова) Навчальна:

1. Мишура В. И., Шабашова Н. Я., Бармина Н. М. Онкологический диспансер. М.: Медицина, 1982. - 190 с.
2. Онкологія: Підручник. – 3-тє видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білінський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак та ін. За ред. проф. Б. Т. Білінського. - К.: Здоров'я, 2004, 2007. – 532 с.

Методична:

3. Клиническая онкология: Практикум / Гнатышак А. И., Билынский Б. Т., Савран В. Р., Стернюк Б. П.. Львов: Вища школа. Изд-во при Львов. ун-те, 1980. – 184 с.

Ендоскопічні обстеження в онкології

1. **Тема заняття:** Ендоскопічні обстеження в онкології
2. **Актуальність теми:** Важливе місце в діагностиці онкологічних захворювань належить ендоскопічним методам досліджень. Останні дають змогу не тільки візуалізувати “невидимий” патологічний процес, але зібрати матеріал для морфологічного дослідження, об’єктивно оцінити розповсюдження процесу, ефективність хірургічного, променевого та медикаментозного лікування.
3. **Мета заняття:**
 - 3.1. навчальна – Удосконалити теоретичні знання з ендоскопічних методів діагностики в онкохворих.
 - 3.2. професійно орієнтована – вміти інтерпретувати дані ендоскопічного обстеження і об’єктивно їх оцінювати.
 - 3.3. виховна – сформувати почуття відповідальності за своєчасність призначення і проведення ендоскопічного обстеження.
4. **Обладнання до заняття:** історії хвороб, схеми, слайди.
5. **План і організаційна структура заняття:**

тривалість заняття – 2 навчальних години, з них

 - 5.1. Підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання) - 10 хв.
 - 5.2. Основний етап (формування професійних знань: виклад теоретичного матеріалу, заслуховування реферативних повідомлень лікарів-слухачів-терапевтів, коментар з проблемних питань) - 60 хв.
 - 5.3. Закljučний етап (контроль і корекція знань, дискусія, проведення підсумків заняття, розподіл тем реферативних повідомлень на наступне семінарське заняття) - 20%.
6. **Зміст теми заняття:**
 - 6.1. Перелік питань, які будуть винесені на обговорення (тези виступів на підставі індивідуально виконаних завдань, теми реферативних повідомлень).
 - 6.1.1. Принцип роботи ендоскопічних апаратів. Типи апаратів і різновидність обстежень. Характеристика ендоскопічного зображення. Підготовка хворих до ендоскопічних досліджень.
 - 6.1.2. Можливості і характеристика різних видів ендоскопічних досліджень: езофагоскопія, гастроскопія, ректороманоскопія, колоноскопія, бронхоскопія, лапароскопія, цистоскопія, кольпоскопія. Інформативність. Морфологічна верифікація діагнозу.

6.1.3. Інтерпретація даних ендоскопічних досліджень. Прямі і непрямі ознаки пухлинного процесу. Причини помилок при ендоскопічному обстеженні онкологічних хворих.

6.2. Напрямки дискусії

6.2.1. Роль онколога в організації ендоскопічних обстежень хворих груп підвищеного ризику та подальшій їх диспансеризації.

6.2.2. Місце ендоскопічних досліджень в обстеженні онкологічних хворих, оцінка інформативності їх результатів.

6.2.3. Прямі і непрямі ознаки зляксісних уражень різних органів, природа помилок при оцінюванні ендоскопічного зображення, способи посилення візуалізації.

6.3. Коментар з проблемних питань.

Тема „Ендоскопічні обстеження в онкології.” має значне теоретичне, і практичне значення. Відомо, що важливе місце в діагностиці онкологічних захворювань належить ендоскопічним методам досліджень. Останні дають змогу не тільки візуалізувати “невидимий” патологічний процес, але зібрати матеріал для морфологічного дослідження, об’єктивно оцінити розповсюдження процесу, ефективність хірургічного, променевого та медикаментозного лікування. Необхідно зауважити, що пухлини, які ростуть екзофітно, як правило, візуалізуються у вигляді окремого вузла, що не становить особливих труднощів для ідентифікації і дає змогу взяти матеріал для морфологічного дослідження. Пухлини, які ростуть інфільтративно, поширюються в підслизовому шарі і практично не візуалізуються. Про їх наявність свідчать лише непрямі ознаки (ригідність органа, зменшення його розмірів, інфільтрація слизової, можливі виразкування), а біопсія часто негативна. Про це слід обов’язково пам’ятати. Викладач у своєму коментарі наголошує, що тільки за умов методично правильного підходу до оцінки ендоскопічної картини, використання додаткових методів підвищення візуалізації, комбінування з іншими методами (ендоскопічним УЗД), застосування рентгенівської діагностики, можна зробити коректний висновок про наявність, обсяг і поширення зляксісного процесу.

6.4. Завдання для контролю та самоконтролю. *(перелічити запитання)*

6.4.1. Принцип роботи ендоскопічних апаратів;

6.4.2. Типи апаратів і різновидність обстежень;

6.4.3. Підготовка хворих до ендоскопічних досліджень.

6.4.4. Ендоскопічна картина, ознаки зляксісного процесу.

6.4.5. Морфологічна верифікація діагнозу за допомогою ендоскопії;

6.4.6. Методика інтерпретації результатів ендоскопічного дослідження.

6.4.7. Інформативність даних ендоскопічних методів, проведення обстеження в динаміці лікування передпухлинних захворювань.

7. Література. (навчальна, довідкова, методична, наукова)

Навчальна:

1. Онкологія: Підручник. – 3-тє видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білинський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак та ін. За ред. проф. Б. Т. Білинського. - К.: Здоров'я, 2004, 2007. – 532 с.
2. Кімакович В. Й і співавт. Діагностика і лікувальна ендоскопія травного каналу. – Львів.- 2003.- 208 с.

Методична:

3. Справочник по онкологии / Под редакцией Шалимова С. А., Мясоедова Д. В. / К.: Здоров'я, 2008. – 576 с.
4. Термінологія ендоскопії травного тракту // Методичні вказівки для практичних занять. Львів-1999.- 20 с.

Наукова:

5. Kassem B. M. Gastrointestinal Bleeding // Endoscopy.-2000/ Vol.32, № 11. – P. 845-849.
6. Wolf J. S., Stoller M. L. The Physiology of laparoscopy: basis principles complication and other considerations // J Urology. - 1994. - Vol. 152. – P. 294-302.

Діагностика злоякісних пухлин – комп'ютерна томографія (КТ) і ядерно-магнітний резонанс (ЯМР)

1. Тема заняття: Діагностика злоякісних пухлин – комп'ютерна томографія (КТ) і ядерно-магнітний резонанс (ЯМР)
2. **Актуальність теми:** За допомогою КТ і ЯМР можна робити висновок не тільки про стан органа, але й про взаємовідношення виявленої пухлини з навколишніми тканинами чи органами, наприклад, проростання пухлини в сусідній орган, що вкрай важливо для правильного стадіювання і вибору адекватного лікування.
3. **Мета заняття:**
 - 3.1. навчальна – набути теоретичні і практичні знання з комп'ютерної томографії і ЯМР у онкохворих.
 - 3.2. професійно орієнтована – вміти інтерпретувати дані дослідження і об'єктивно їх оцінювати.
 - 3.3. виховна – сформувати почуття відповідальності за своєчасність призначення і проведення дослідження..
4. **Обладнання до заняття:** схеми, таблиці, слайди, рентген томограми, обладнання кабінету комп'ютерної томографії.
5. **План і організаційна структура заняття:**

тривалість заняття – 2 навчальних години, з них

 - 5.1. Підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання) - 20%.
 - 5.2. Основний етап (формування професійних знань: виклад теоретичного матеріалу, заслуховування реферативних повідомлень лікарів-слухачів-терапевтів, коментар з проблемних питань) - 55%.
 - 5.3. Заключний етап (контроль і корекція знань, дискусія, проведення підсумків заняття, розподіл тем реферативних повідомлень на наступне семінарське заняття) - 25%.
6. **Зміст теми заняття:**
 - 6.1. Перелік питань, які будуть винесені на обговорення (тези виступів на підставі індивідуально виконаних завдань, теми реферативних повідомлень).
 - 6.1.1. Принцип роботи апаратів для КТ і МРТ;
 - 6.1.2. Типи апаратів і різновидність обстежень;
 - 6.1.3. Характеристика отриманого зображення і знімків;
 - 6.1.4. Морфологічна верифікація діагнозу;
 - 6.1.5. Інвазивні втручання під контролем КТ і МРТ;
 - 6.1.6. Контрастні методи дослідження.

6.2. Напрямки дискусії

- 6.2.1. Особливості підготовки хворих до обстежень
- 6.2.2. Методи підвищення візуалізації і необхідність застосування рентген контрастного підсилення
- 6.2.3. Діагностичні маніпуляції під контролем КТ і МРТ;
- 6.2.4. Причини помилок при обстеженні;
- 6.2.5. Ускладнення в процесі і після обстеження

6.3. Коментар з проблемних питань.

Тема „ Діагностика злоякісних пухлин – комп’ютерна томографія і ядерно-магнітний резонанс.” має велике теоретичне та практичне значення. Ці методи високочутливі, що дає змогу диференціювати тканини чи утвори за їх щільністю з різницею 0,65%., тоді як звичайною рентгенограмою це вдається зробити лише при різниці 10...20%.. За допомогою КТ і МРТ отримується чітке зображення органів та пухлин лише в тій площині, в якій проводиться дослідження, без накладання сусідніх тканинних структур. КТ і МРТ дають змогу отримати точну кількісну інформацію про розміри і цілість органів та утворів. За допомогою КТ можна робити висновок не тільки про стан органа, але й про взаємовідношення виявленої пухлини з навколишніми тканинами чи органами, наприклад, проростання пухлини в сусідній орган. На ЯМР-томограмах можна отримати добре зображення головного мозку, причому чітко диференціюються сіра та біла речовини. Значною перевагою ЯМР є вища чутливість по відношенню до меншої кількості контрасту у порівнянні з комп’ютерною томографією.

6.4. Завдання для контролю та самоконтролю. *(перелічити запитання)*

- 6.4.1. Назвати типи існуючих апаратів для КТ і ЯМР
- 6.4.2. Які особливості обстеження онкологічних хворих;
- 6.4.3. Що таке рентген контрастного підсилення
- 6.4.4. Як правильно проводити Підготовка хворого до обстеження;
- 6.4.5. Які можливі побічні реакції та ускладнення у хворих в процесі обстежень

7. Література. (навчальна, довідкова, методична, наукова)

Навчальна:

1. Онкологія: Підручник. – 3-тє видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білинський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак та ін. За ред. проф. Б. Т. Білинського. - К.: Здоров’я, 2004, 2007. – 532 с.

Методична:

2. Коваль Г.Ю., Сиваченко Т.П., Мясов Д.С.(2002) Променева діагностика. Орбіс, Київ, 640 с.

Наукова:

3. Тодуа Ф.И., Федоров В.Д., Кузин М.И. Компьютерная томография органов брюшной полости: Атлас. – М.: Медицина, 1991. – 448 с.
4. Ronald L. Eisenberg Diagnostic Imaging in Internal Medicine // New York.- 1995. – 1015 p.

Діагностика злоякісних пухлин – ультразвукове дослідження хворих

1. **Тема заняття:** Діагностика злоякісних пухлин – ультразвукове дослідження хворих
2. **Актуальність теми:** Впровадження в клінічну практику ультразвукової діагностики (УЗД) в значній мірі дозволило добитися візуалізації не тільки органа, але і його структурних елементів. Особливе значення УЗД зайняла при виявленні і розповсюдженості злоякісних процесів.
3. **Мета заняття:**
 - 3.1. навчальна – набути теоретичні і практичні знання з ультразвукової діагностики у онкохворих.
 - 3.2. професійно орієнтована – вміти інтерпретувати дані ультразвукового дослідження і об'єктивно їх оцінювати.
 - 3.3. виховна – сформувати почуття відповідальності за своєчасність призначення і проведення ультразвукового дослідження
4. **Обладнання до заняття:** ультразвукові апарати в кабінеті УЗД, схеми, таблиці, сонограми.
5. **План і організаційна структура заняття:**

тривалість заняття – 2 навчальних години, з них

 - 5.1. Підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання) - 20%.
 - 5.2. Основний етап (формування професійних знань: виклад теоретичного матеріалу, заслуховування реферативних повідомлень лікарів-слухачів-терапевтів, коментар з проблемних питань) - 55%.
 - 5.3. Заключний етап (контроль і корекція знань, дискусія, проведення підсумків заняття, розподіл тем реферативних повідомлень на наступне семінарське заняття) - 25%.
6. **Зміст теми заняття:**
 - 6.1. Перелік питань, які будуть винесені на обговорення (тези виступів на підставі індивідуально виконаних завдань, теми реферативних повідомлень).
 - 6.1.1. Принцип роботи ультразвукових апаратів;
 - 6.1.2. Типи апаратів і різновидність датчиків; .
 - 6.1.3. Характеристика ультразвукового зображення;
 - 6.1.4. Інтерпретація сонограм;
 - 6.1.5. Методи та види інвазивних досліджень під контролем УЗД;
 - 6.1.6. Лікувальні маніпуляції під контролем УЗД.
 - 6.2. Напрямки дискусії

- 6.2.1. Особливості підготовки та обстеження онкологічних хворих;
- 6.2.2. Роздільна здатність сучасних УЗД апаратів та можливості ранньої діагностики (скринінгу) в онкології
- 6.2.3. Діагностичні маніпуляції під контролем УЗД, можливі ускладнення;
- 6.2.4. Причини помилок при ультразвуковому обстеженні;
- 6.2.5. Інформаційна цінність результатів УЗД досліджень паренхіматозних органів

6.3. Коментар з проблемних питань.

Тема „Діагностика злоякісних пухлин – ультразвукове дослідження хворих.” має велике теоретичне та практичне значення. Впровадження в клінічну практику ультразвукової діагностики (УЗД) в значній мірі дозволило добитися візуалізації не тільки органа, але і його структурних елементів. Висока інформативність методу, зумовлена здатністю ультразвукової хвилі відбиватися від межі двох середовищ з різною акустичною щільністю; безпечність і відносна простота дослідження сприяли дуже швидкому його становленню у всіх ділянках медицини. Особливе значення УЗД зайняла при виявленні і розповсюдженості злоякісних процесів. Підчас обстеження можна визначити локалізацію пухлини, її розміри, розповсюдженість, наявність регіонарного ураження лімфатичних вузлів і віддалених метастазів. Діагноз раку можна верифікувати за допомогою прицільної біопсії під ультразвуковим контролем і подальшим цитологічним або гістологічним дослідженням.

6.4. Завдання для контролю та самоконтролю. *(перелічити запитання)*

- 6.4.1. Підготовка онкохворого до ультразвукового обстеження;
- 6.4.2. Принцип роботи сучасних ультразвукових апаратів, види датчиків;
- 6.4.3. Методика інтерпретації сонографічної картини
- 6.4.4. Типові помилки оцінки результатів УЗД.

7. Література. (навчальна, довідкова, методична, наукова)

Навчальна:

1. Онкологія: Підручник. – 3-тє видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білинський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак та ін. За ред. проф. Б. Т. Білинського. - К.: Здоров'я, 2004, 2007. – 532 с.

Методична:

2. Поліщук В. М. Інтервенційні методи діагностики та лікування під контролем сонографії // Рівне. - 1996.- 29 с.

Наукова:

3. Мухарлямов, Н. М. Клиническая ультразвуковая диагностика / Н. М. Мухарлямов, Ю. Н. Беленков, О. Ю. Атьков. Т.1.- М.: Медицина, 1987. – 326 с.
4. D. Leutcht, H. Madjar. Teaching Atlas of breast Ultrasound New York, 1996. - P. 247.

Структура і функції нормальної клітини. Етіологія пухлин. Хімічні, фізичні, біологічні канцерогени

1. **Тема заняття:** Структура і функції нормальної клітини. Етіологія пухлин. Хімічні, фізичні, біологічні канцерогени
2. **Актуальність теми:** основою злоякісного захворювання є трансформація нормальної клітини, що відбувається під впливом зовнішніх та внутрішніх чинників. Розуміння процесів, що ведуть до злоякісної трансформації клітини є першоосновою вивчення онкології, адже саме ці процеси активно вивчаються як терапевтична мішень.
3. **Мета заняття:**
 - 3.1. навчальна – Удосконалити теоретичні і практичні знання лікарів–онкологів процесів, що ведуть до малігнізації нормальної клітини.
 - 3.2. професійно орієнтована – удосконалити знання лікарів–онкологів щодо молекулярних механізмів раку і розуміння можливих терапевтичних мішеней.
 - 3.3. виховна – на матеріалах теми розвинути у курсантів почуття відповідальності за своєчасність та кваліфікованість лікаря–онколога при лікуванні хворих на онкологічні захворювання з точки зору молекулярних механізмів раку.
4. **Обладнання до заняття:** історії хвороб, схеми, таблиці, прозірки, слайди.
5. **План і організаційна структура заняття:**

тривалість заняття – 2 навчальних години, з них

 - 5.1. Підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання) - 10 хв.
 - 5.2. Основний етап (формування професійних знань: виклад теоретичного матеріалу, заслуховування реферативних повідомлень лікарів-слухачів-терапевтів, коментар з проблемних питань) - 60 хв.
 - 5.3. Заключний етап (контроль і корекція знань, дискусія, проведення підсумків заняття, розподіл тем реферативних повідомлень на наступне семінарське заняття) - 20%.
6. **Зміст теми заняття:**
 - 6.1. Перелік питань, які будуть винесені на обговорення (тези виступів на підставі індивідуально виконаних завдань, теми реферативних повідомлень).
 - 6.1.1. Основні структурно-функціональні компоненти нормальної клітини. Клітинний цикл. Геном людини. Протоонкогени як регулятори проліферації та диференціації. Епігеномні фактори.

- 6.1.2. Етіологія злоякісних новотворів. Класифікація канцерогенів. і їх основні представники. Мутації ДНК. Активація клітинних онкогенів. Онкобілки, фактори росту.
 - 6.1.3. Роль апоптозу в підтримці генетичного гомеостазу. Гени, що регулюють апоптоз. Причини порушення апоптозу.
- 6.2. Напрямки дискусії
- 6.2.1. Канцерогени і їх роль в порушеннях епігеномно-геномних взаємозв'язків у злоякісній трансформації. Суть активації протоонкогенів.
 - 6.2.2. Роль онкобілків у злоякісній трансформації. Значення факторів росту і їх інгібіторів в онкології.
 - 6.2.3. Фази клітинного циклу, причини вразливості різних тканин до злоякісної перебудови.
 - 6.2.4. Механізми відновлення нормальної структури геному.
- 6.3. Коментар з проблемних питань.
- Тема „Структура і функції нормальної клітини. Етіологія пухлин. Хімічні, фізичні, біологічні канцерогени.” має надзвичайне теоретичне, а також зростаюче практичне значення. Виникнення ракової клітини можливе лише на фоні нестабільності генома і недостатності регуляторних впливів, що контролюють проліферацію і диференціацію клітин. Нестабільність генома, як і гомеостазу організму, - це основний фон еволюції, який створює передумови для виникнення ракової клітини. Внаслідок ряду процесів на епігеномному і геномному рівнях виникає новий тип клітин, які ми називаємо раковими. Змінити цей закон нам не під силу, ми можемо лише сприяти тому, щоб звести до мінімуму фактори, що впливають на трансформацію нормальної клітини в ракову (хімічні та фізичні канцерогени). Серед людської популяції необхідно визначити групи ризику з генетичними та імунними недостатностями, у яких ракова трансформація буває частіше. Тому велике значення має пізнання канцерогенезу на рівні органа і організму. Викладач у своєму коментарі наголошує, що тільки за умов глибоких знань у галузі структурних і функціональних змін у нормальних клітинах лікар-онколог може розуміти ефективність механізмів різних лікувальних впливів на злоякісний процес.
- 6.4. Завдання для контролю та самоконтролю. *(перелічити запитання)*
- 6.4.1. Основні структурні компоненти нормальної клітини.
 - 6.4.2. Клітинний цикл, фази, особливості пулу камбіальних клітин у різних тканинах.
 - 6.4.3. Фізичні канцерогени і злоякісна трансформація.
 - 6.4.4. Хімічні канцерогени і злоякісна трансформація.

- 6.4.5. Біологічні канцерогени, онковіруси.(папілома, герпес, гепатит В), бактерійні, паразитарні.
- 6.4.6. Протоонкогени, цитокіни.
- 6.4.7. Причини та механізм експресії протоонкогенів.

7. Література. (навчальна, довідкова, методична, наукова)

Навчальна:

1. Онкологія: Підручник. – 3-тє видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білинський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак та ін. За ред. проф. Б. Т. Білинського. - К.: Здоров'я, 2004, 2007. – 532 с.
2. Белицкий К. П., Воронцова А. Л., Лисняк И. Н. и др. Метастазирование опухолей: Патогенетические аспекты; АН УССР, Институт проблем онкологии им. Р. Е. Кавецкого. – Киев: Наукова: думка, 1991. – 199 с.
3. Напалков Н. П. Общая онкология // Н. П. Напалков – Л.: Медицина, 1989. – 648 с.

Методична:

4. Справочник по онкологии / Под редакцией Шалимова С. А., Мясоедова Д. В. / К.: Здоров'я, 2008. – 576 с.
5. Клиническая онкология: Практикум / Гнатышак А. И., Билинский Б. Т., Савран В. Р., Стернюк Б. П. Львов: Вища школа. Изд-во при Львов. ун-те, 1980. – 184 с.

Канцерогенез, теорії канцерогенезу. Канцерогенез на рівні органа і організму.

1. **Тема заняття:** Канцерогенез, теорії канцерогенезу. Канцерогенез на рівні органа і організму.
2. **Актуальність теми:** Канцерогенез - це механізм реалізації зовнішніх і внутрішніх факторів, що спричинюють трансформацію нормальної клітини в ракову, сприяють ростові та поширенню злоякісного новоутвору.
3. **Мета заняття:**
 - 3.1. навчальна – Удосконалити теоретичні і практичні знання лікарів–онкологів процесів, що ведуть до малігнізації нормальної клітини.
 - 3.2. професійно орієнтована – удосконалити знання лікарів–онкологів щодо молекулярних механізмів раку і розуміння можливих терапевтичних мішеней.
 - 3.3. виховна – на матеріалах теми розвинути у курсантів почуття відповідальності за своєчасність та кваліфікованість лікаря–онколога при лікуванні хворих на онкологічні захворювання з точки зору молекулярних механізмів раку.
4. **Обладнання до заняття:** схеми, таблиці, прозорки, слайди.
5. **План і організаційна структура заняття:**

тривалість заняття – 2 навчальних години, з них

 - 5.1. Підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання) - 10 хв.
 - 5.2. Основний етап (формування професійних знань: виклад теоретичного матеріалу, заслуховування реферативних повідомлень лікарів-слухачів-терапевтів, коментар з проблемних питань) - 60 хв.
 - 5.3. Заключний етап (контроль і корекція знань, дискусія, проведення підсумків заняття, розподіл тем реферативних повідомлень на наступне семінарське заняття) - 20%.
6. **Зміст теми заняття:**
 - 6.1. Перелік питань, які будуть винесені на обговорення (тези виступів на підставі індивідуально виконаних завдань, теми реферативних повідомлень).
 - 6.1.1. Хімічний канцерогенез – органічні та неорганічні, побутові та професійні, засоби захисту та профілактики.
 - 6.1.2. Фізичний канцерогенез – променеві, теплові, побутові, професійні, норми допуску радіаційного навантаження в побуті та у професійно заангажованих категорій населення.
 - 6.1.3. Вірусний канцерогенез. Протоонкогени, онкобілки, поняття і структура оперона.

- 6.1.4. Канцерогенез на рівні органу – фази.
- 6.1.5. Канцерогенез на півні організму.

6.2. Напрямки дискусії

- 6.2.1. Канцерогени і їх роль в порушеннях епігеномно-геномних взаємозв'язків у злоякісній трансформацію. Суть активації протоонкогенів.
- 6.2.2. Роль онкобілків у злоякісній трансформації. Значення факторів росту і їх інгібіторів в онкології.
- 6.2.3. Фази клітинного циклу, причини вразливості різних тканин до злоякісної перебудови.
- 6.2.4. Механізми відновлення нормальної структури геному.
- 6.2.5. Функції і завдання лікаря онколога онкологічного кабінету районної поліклініки щодо ведення обліку онкохворих.
- 6.2.6. Роль обласного канцер реєстру у постійному моніторингу онкологічної захворюваності на території області.
- 6.2.7. Проблеми „двійників” у канцер реєстрі, способи її вирішення.

6.3. Коментар з проблемних питань.

Тема „Канцерогенез, теорії канцерогенезу. Канцерогенез на рівні органу і організму.” має значне теоретичне, а також вагоме практичне значення. Канцерогенез - це механізм реалізації зовнішніх і внутрішніх факторів, що спричинюють трансформацію нормальної клітини в ракову, сприяють ростові та поширенню злоякісного новоутвору. Канцерогенез містить у собі дві різні групи процесів: пошкодження та репарація цих пошкоджень (патогенні та саногенні). Ці процеси можна розмістити схематично на трьох рівнях - клітина, орган, організм, розуміючи, що від самого початку всі процеси взаємопов'язані, а не послідовні. Процес розвитку злоякісної пухлини, започаткований різними факторами, в принципі подібний і тому з деяким узагальненням можна говорити про монопатогенетичність раку. Викладач у своєму коментарі наголошує, що тільки за умов, коли співвідношення репаративних, саногенних факторів і факторів, що спричинюють мутацію та іморталізацію клітини, схилиться в бік останніх, починається формування “пухлинного зародка”, що в наступному здатний перетворитися у “повноцінну” злоякісну пухлину.

6.4. Завдання для контролю та самоконтролю. *(перелічити запитання)*

- 6.4.1. Що таке канцерогенез
- 6.4.2. Основні етапи фізичного канцерогенезу.
- 6.4.3. Основні етапи хімічного канцерогенезу.
- 6.4.4. Онкоген, структура. Основні етапи вірусного канцерогенезу.
- 6.4.5. Протоонкоген, структура.
- 6.4.6. Онкобілки, види.

- 6.4.7. Оперон, структурні елементи, їх функції.
- 6.4.8. Канцерогенез на рівні органу – фази.
- 6.4.9. Канцерогенез на рівні організму.

7. **Література.** (навчальна, довідкова, методична, наукова)

Навчальна:

1. Онкологія: Підручник. – 3-тє видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білинський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак та ін. За ред. проф. Б. Т. Білинського. - К.: Здоров'я, 2004, 2007. – 532 с.
2. Белицкий К. П., Воронцова А. Л., Лисняк И. Н. и др. Метастазирование опухолей: Патогенетические аспекты; АН УССР, Институт проблем онкологии им. Р. Е. Кавецкого. – Киев: Наукова: думка, 1991. – 199 с.
3. Напалков Н. П. Общая онкология // Н. П. Напалков – Л.: Медицина, 1989. – 648 с.

Методична:

4. Справочник по онкологии / Под редакцией Шалимова С. А., Мясоедова Д. В. / К.: Здоров'я, 2008. – 576 с.
5. Клиническая онкология: Практикум / Гнатышак А. И., Билинский Б. Т., Савран В. Р., Стернюк Б. П. Львов: Вища школа. Изд-во при Львов. ун-те, 1980. – 184 с.

Облігатні та факультативні передраки. Імунологія злоякісного росту

1. **Тема заняття:** Облігатні та факультативні передраки. Імунологія злоякісного росту.
2. **Актуальність теми:** Попередження, виявлення та своєчасне лікування захворювань, що є фоном для виникнення раку - першооснова профілактики виникнення раку взагалі. Вивчення імунології пухлин - один із пріоритетних напрямків на шляху пошуку терапевтичних засобів.
3. **Мета заняття:**
 - 3.1. навчальна – Удосконалити теоретичні і практичні знання лікарів–онкологів процесів, що ведуть до виникнення раку.
 - 3.2. професійно орієнтована – удосконалити знання лікарів–онкологів щодо шляхів попередження, виявлення та лікування процесів, що ведуть до раку.
 - 3.3. виховна – відповідати за своєчасність та кваліфікованість лікаря–онколога при виявленні та лікуванні пацієнтів із захворюваннями, що ведуть до раку.
4. **Обладнання до заняття:** історії хвороб, схеми, таблиці, прозірки, слайди.
5. **План і організаційна структура заняття:**

тривалість заняття – 2 навчальних години, з них

 - 5.1. Підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання) - 10 хв.
 - 5.2. Основний етап (формування професійних знань: виклад теоретичного матеріалу, заслуховування реферативних повідомлень лікарів–слухачів–терапевтів, коментар з проблемних питань) - 60 хв.
 - 5.3. Заключний етап (контроль і корекція знань, дискусія, проведення підсумків заняття, розподіл тем реферативних повідомлень на наступне семінарське заняття) - 20%.
6. **Зміст теми заняття:**
 - 6.1. Перелік питань, які будуть винесені на обговорення (тези виступів на підставі індивідуально виконаних завдань, теми реферативних повідомлень).
 - 6.1.1. Передрак. Метаплазія, дисплазія, анаплазія, гіперплазія. Методи виявлення передраку.
 - 6.1.2. Факультативний і облігатний передраки. Методи виявлення передраку. Вторинна профілактика злоякісних новотворів.
 - 6.1.3. Клітинна та гуморальна імунна системи на стадіях передраку і злоякісної трансформації. Макрофаги і рак. Імунні засоби боротьби з раком.

6.2. Напрямки дискусії

- 6.2.1. Процеси, що ведуть до виникнення раку. Методи їх виявлення і лікування..
- 6.2.2. Співвідношення клітинної і гуморальної ланки імунної відповіді в процесі злоякісної трансформації.
- 6.2.3. Можливості імунокорекції і імунотерапії злоякісних процесів.

6.3. Коментар з проблемних питань.

Тема „Облігатні та факультативні передраки. Імунологія злоякісного росту.” має важливе теоретичне, і практичне значення. Рак не виникає раптово. Його утворення проходить через ряд стадій і фонових процесів, які дають порівняно невеликий відсоток реалізації злоякісних пухлин. Такий стан називається факультативним передраком, що, з одного боку, насторожує, а з іншого - ставить нелегке завдання визначити в кожному окремому випадку ступінь індивідуального ризику виникнення на фоні передракового стану справжньої злоякісної пухлини. Для передраку характерна фазність послідовних змін епітелію аж до утворення типового раку. Проблема імунології раку охоплює широке коло питань теоретичного і прикладного напрямів. У теоретичному плані імунологія пухлин розглядається як основна ланка взаємозв'язку пухлини й організму. В практичному аспекті можна виділити наступні напрямки: імунодіагностика, зокрема діагностика імунодефіцитів, що супроводжують злоякісний ріст; імунологічний моніторинг; імунотерапія; імунопрофілактика, яка поки що існує як гіпотеза. Викладач у своєму коментарі наголошує, що тільки за умов ґрунтовних знань у галузі імунології злоякісного росту лікар-онколог може розуміти суть механізмів саногенезу в процесі протипухлинного лікування.

6.4. Завдання для контролю та самоконтролю. *(перелічити запитання)*

- 6.4.1. Облігатні передраки.
- 6.4.2. Факультативні передраки.
- 6.4.3. Клітинна ланка імунної відповіді при раку.
- 6.4.4. Гуморальна ланка імунної відповіді при раку.
- 6.4.5. Методи імунотерапії раку, проблеми.

7. Література. (навчальна, довідкова, методична, наукова)

Навчальна:

1. Онкологія: Підручник. – 3-тє видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білинський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак та ін. За ред. проф. Б. Т. Білинського. - К.: Здоров'я, 2004, 2007. – 532 с.
2. Белицкий К. П., Воронцова А. Л., Лисняк И. Н. и др. Метастазирование опухолей: Патогенетические аспекты; АН УССР, Институт проблем онкологии им. Р. Е.Кавецкого. – Киев: Наукова: думка, 1991. – 199 с.

3. Напалков Н. П. Общая онкология // Н. П. Напалков – Л.: Медицина, 1989. – 648 с.

Методична:

4. Справочник по онкологии / Под редакцией Шалимова С. А., Мясоедова Д. В. / К.: Здоров'я, 2008. – 576 с.
5. Клиническая онкология: Практикум / Гнатышак А. И., Билынский Б. Т., Савран В. Р., Стернюк Б. П.. Львов: Вища школа. Изд-во при Львов. ун-те, 1980. – 184 с.

Загальні принципи лікування злоякісних новоутворів

1. **Тема заняття:** Загальні принципи лікування злоякісних новоутворів
2. **Актуальність теми:** Лікування хворих на злоякісну пухлину в кожному випадку повинно бути індивідуальним. При розробці плану лікування беруться до уваги локалізація процесу, його стадія, загальний стан та супутня патологія, вік хворого, морфологічна характеристика пухлини - гістологічна структура, ступінь диференціації; доцільно мати інформацію про рівень в крові пухлино-асоційованих маркерів, продуктів діяльності деяких генів. Для лікування хворих на злоякісні пухлини застосовують хірургічний, променевий, хіміотерапевтичний, гормональний (у широкому розумінні) методи. Останнім часом інтенсивно розробляються методи біотерапії.
3. **Мета заняття:**
 - 3.1. навчальна – Удосконалити теоретичні і практичні знання лікарів-слухачів з питань принципів лікування злоякісних новоутворів.
 - 3.2. професійно орієнтована – вміти скласти індивідуальний план спеціального лікування онкохворого в залежності від локалізації, стадії захворювання та морфології.ЗН..
 - 3.3. виховна – сформуванати почуття відповідальності за своєчасність і повноту охоплення хворих спеціальним лікуванням.
4. **Обладнання до заняття:** історії хвороб, схеми, слайди, протоколи лікування МОЗ України.
5. **План і організаційна структура заняття:**

тривалість заняття – 2 навчальних години, з них

 - 5.1. Підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання) - 10 хв.
 - 5.2. Основний етап (формування професійних знань: виклад теоретичного матеріалу, заслуховування реферативних повідомлень лікарів-слухачів-терапевтів, коментар з проблемних питань) - 60 хв.
 - 5.3. Заключний етап (контроль і корекція знань, дискусія, проведення підсумків заняття, розподіл тем реферативних повідомлень на наступне семінарське заняття) - 20%.
6. **Зміст теми заняття:**
 - 6.1. Перелік питань, які будуть винесені на обговорення (тези виступів на підставі індивідуально виконаних завдань, теми реферативних повідомлень).
 - 6.1.1. Принцип **радикальності** лікування ЗН:

- 6.1.1.1. Хірургія радикальна - різні типи радикальних операцій в залежності від особливостей локалізації первинної пухлини.
 - 6.1.1.2. Променева терапія за радикальною програмою - опроміненим пухлинним утворів, які не вийшли за межі органу.
 - 6.1.1.3. Цитостатична терапія, радикальна для тробластичної хвороби, гострого лімфобластного лейкозу у дітей, лімфогранульоматозу, пухлин яєчка.
 - 6.1.2. **Принцип паліативного** лікування - такий вплив на пухлинний процес (операція, променева терапія, медикаментозне лікування) після застосування якого в організмі хворого сучасними методами діагностики, в т. ч. результатами субопераційної ревізії, візуалізується наявність пухлинного процесу.
 - 6.1.3. **Симптоматичне** лікування - ліквідація або суттєве полегшення клінічних проявів окремих найбільш обтяжливих ознак захворювання
- 6.2. Напрямки дискусії
- 6.2.1. Роль онколога, радіолога та хіміотерапевта в виборі характеру і виду лікування хворого на ЗН.
 - 6.2.2. Протоколи лікування онкохворих, затверджені МОЗ України, їх вимоги щодо організації лікувально-діагностичного процесу.
 - 6.2.3. Критерії характеру лікувальних впливів при ЗН. Виживання хворих – як найбільш об'єктивний критерій характеру та ефективності проведеного лікування в онкології.

6.3. Коментар з проблемних питань.

Тема „Загальні принципи лікування злоякісних новотворів.” має значне теоретичне, і практичне значення. Відомо, що для лікування хворих на злоякісні пухлини застосовують хірургічний, променевий, хіміотерапевтичний, гормональний (у широкому розумінні) методи. Вони можуть бути за характером радикальні, паліативні і симптоматичні. Сучасні методи протипухлинного лікування доцільно умовно розділити на дві підгрупи - локального та загального впливу на пухлинний процес. До методів локального типу відносяться хірургічні втручання, променева терапія оскільки їх терапевтичний ефект в основному реалізується місцевою дією на зону первинної пухлини та регіонарних лімфатичних вузлів. До системного (загального) лікування відносяться усі види медикаментозного впливу на пухлинний процес - цитостатична терапія, гормональна, біотерапія. Викладач у своєму коментарі наголошує, що тільки за умов методично правильного підходу до вибору характеру і виду лікування ЗН у хворого, з урахуванням вимог протоколів лікування МОЗ України, і оцінки загального стану хворого можна досягти успіху і забезпечити тривале як виживання, так і належну якість життя.

- 6.4. Завдання для контролю та самоконтролю. (*перелічити запитання*)
- 6.4.1. Методика встановлення тактики лікування онкохворого
 - 6.4.2. Радикальне лікування, критерії
 - 6.4.3. Комбіноване і комплексне лікування з метою підвищення радикальності.
 - 6.4.4. Паліативне лікування, покази, проти покази.
 - 6.4.5. Основні засади паліативної допомоги онкохворих.
 - 6.4.6. Протоколи лікування онкохворих, затверджені МОЗ України, основні вимоги.

7. Література. (навчальна, довідкова, методична, наукова)

Навчальна:

1. Онкологія: Підручник. – 3-тє видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білинський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак та ін. За ред. проф. Б. Т. Білинського. - К.: Здоров'я, 2004, 2007. – 532 с.

Методична:

2. Справочник по онкологии / Под редакцией Шалимова С. А., Мясоедова Д. В. / К.: Здоров'я, 2008. – 576 с.
3. Шпарик. Мінімальні клінічні рекомендації ESMO. Галицька видавнича спілка. Львів, 2002. – 56 с.
4. Наказ №554 МОЗ України від 17.09.2007 р. „Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "онкологія"
5. Клиническая онкология: Практикум / Гнатишак А. И., Билинский Б. Т., Савран В. Р., Стернюк Б. П.. Львов: Вища школа. Изд-во при Львов. ун-те, 1980. – 184 с.

Покази до комплексного та комбінованого лікування злоякісних новоутворів

1. **Тема заняття:** Покази до комплексного та комбінованого лікування злоякісних новоутворів
2. **Актуальність теми:** Під комплексним лікуванням ЗН розуміємо одночасне або послідовне застосування основних методів лікування пухлин-хірургічного, променевого і хімотерапевтичного. Ці методи можуть бути доповнені в залежності від властивостей пухлини і стадії процесу гормонотерапією, імунотерапією і іншими додатковими методами лікування. Протипухлинні заходи можуть застосовуватися в ад'ювантному або неoad'ювантному режимах. Ефективність комплексної терапії значно вища від застосування окремих її елементів.
3. **Мета заняття:**
 - 3.1. навчальна – удосконалення теоретичних знань курсантів щодо механізмів впливу різних протипухлинних заходів на тканину злоякісного новоутвору і визначення їх взаємодії при різних пухлинах (за гістологічною будовою і локалізацією).
 - 3.2. професійно орієнтована – оволодіти сучасними знаннями про чутливість окремих пухлин до комплексного впливу різних методів лікування злоякісних пухлин. Ознайомити курсантів із загальноприйнятими методами комплексного лікування (стандарти).
 - 3.3. виховна – на матеріалах теми розвинути у курсантів почуття відповідальності за своєчасне і сучасне призначення комплексного лікування злоякісних пухлин, що відповідає українським і міжнародним стандартам.
4. **Обладнання до заняття:** схеми, таблиці, слайди.
5. **План і організаційна структура заняття:**

тривалість заняття – 2 навчальних години, з них

 - 5.1. Підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання) - 10 хв.
 - 5.2. Основний етап (формування професійних знань: виклад теоретичного матеріалу, заслуховування реферативних повідомлень лікарів-слухачів-терапевтів, коментар з проблемних питань) - 55%.
 - 5.3. Заключний етап (контроль і корекція знань, дискусія, проведення підсумків заняття, розподіл тем реферативних повідомлень на наступне семінарське заняття) - 35 хв.
6. **Зміст теми заняття:**
 - 6.1. Перелік питань, які будуть винесені на обговорення (тези виступів на підставі індивідуально виконаних завдань, теми реферативних повідомлень).

- 6.1.1. Зальнобіологічні та медичні аспекти протипухлинної комплексної терапії.
 - 6.1.2. Принципи проведення комплексної терапії основних локалізацій раку: раку грудної залози, легенів, ячників, товстої кишки та інших.
 - 6.1.3. Місце променевиx методів в комплексному лікуванні пухлин.
 - 6.1.4. Місце медикаментозних методів в комплексному лікуванні пухлин.
 - 6.1.5. Системний вплив комплексної терапії на організм.
 - 6.1.6. Порівняння виживання онкохворих, лікованих моно і комплексною терапею.
- 6.2. Напрямки дискусії
- 6.2.1. Механізми впливу на пухлинний процес комплексного застосування протипухлинних методів
 - 6.2.2. Принципи вибору оптимальної послідовності застосування різних методів протипухлинної терапії
 - 6.2.3. Можливі ускладнення та протипокази до застосування комплексного лікування
 - 6.2.4. Критерії порівняння ефективності застосування комплексного лікування

6.3. Коментар з проблемних питань.

Тема „Комплексне лікування злоякісних новотворів.” має велике теоретичне та практичне значення. До комплексного лікування відноситься одночасне або послідовне застосування одного або обох видів локальної терапії з одним або декількома методами загального (системного) впливу на організм хворого - хірургія (променева терапія) + цитостатична терапія, хірургія (променева терапія) + гормонотерапія, хірургія (променева терапія) + біотерапія. За прогнозом ефективності лікування злоякісних пухлин самостійно претендувати на радикальність до недавня могли тільки хірургічний або променевий методи. Завдяки новим досягненням онкології тільки одне хірургічне втручання у хворих на злоякісні пухлини стали застосовувати рідше, його як правило комбінують з променевим та медикаментозним лікуванням. Але хворі на деякі види раку (легені, шлунок, ободова та пряма кишка) у ранніх стадіях успішно лікуються переважно хірургічним методом.

6.4. Завдання для контролю та самоконтролю. *(перелічити запитання)*

- 6.4.1. Біологічні механізми комплексної терапії ЗН
- 6.4.2. Хіміотерапія, як компонент комплексного впливу на пухлину.
- 6.4.3. Променева терапія як компонент комплексного впливу на пухлину.
- 6.4.4. Хірургічне лікування як основний компонент комплексного впливу на пухлину.

6.4.5. Критерії дослідження ефективності протипухлинного комплексного лікування.

7. Література. (навчальна, довідкова, методична, наукова)

Навчальна:

1. Онкологія: Підручник. – 3-тє видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білинський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак та ін. За ред. проф. Б. Т. Білинського. - К.: Здоров'я, 2004, 2007. – 532 с.
2. Я. В. Шпарик. Мінімальні клінічні рекомендації ESMO. Галицька видавнича спілка. Львів, 2002. – 56 с.
3. Я. В. Шпарик, І. В. Ковальчук, Т. Б. Качмар, Б. Т. Білинський. Довідник онколога. Галицька видавнича спілка. Львів, 2001. – 128 с.
4. Щепотин И. Б. Онкология. Киев: «Книга плюс», 2006. – 496 с.

Методична:

5. Справочник по онкологии / Под редакцией Шалимова С. А., Мясоедова Д. В. / К.: Здоров'я, 2008. – 576 с.

Наукова:

6. Напалков Н. П. Общая онкология // Н. П. Напалков – Л.: Медицина, 1989. – 648 с.
7. New Directiones in Cancer treatment. International Union Against Cancer. Springer Verlag, 1989. – 630 p.

Променеве лікування онкологічних хворих

1. **Тема заняття:** Променеве лікування онкологічних хворих
2. **Актуальність теми:** Променева терапія (ПТ) є основний компонент комбінованого лікування хворих на ЗН багатьох локалізацій: при раках шкіри, губи і слизової порожнини рота та лімфогранульоматозі застосовується як метод радикальної терапії, а при раках грудної залози, шийки матки, стравоходу, глотки і гортані, головного мозку – важлива складова комплексного лікування. Також має значну вагу як самостійний метод паліативного лікування, тому в сучасних умовах важливим для лікарів-онкологів є розуміння механізмів дії цього методу і знання конкретних видів та методик його проведення.
3. **Мета заняття:**
 - 3.1. навчальна – повторення та поглиблення знань з механізмів дії іонізуючого випромінювання на організм
 - 3.2. професійно орієнтована – удосконалити знання лікарів-онкологів із застосування променевих методів лікування основних локалізацій ЗН
 - 3.3. виховна – відповідати за своєчасність та кваліфіковане призначення і проведення адекватного методу променевої терапії.
4. **Обладнання до заняття:** схеми, таблиці, фолії, імунограми, карти імунологічного спостереження, ситуаційні задачі.
5. **План і організаційна структура заняття:**

тривалість заняття – 2 навчальних години, з них

 - 5.1. Підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання) - 10 хв.
 - 5.2. Основний етап (формування професійних знань: виклад теоретичного матеріалу, заслуховування реферативних повідомлень лікарів-слухачів-терапевтів, коментар з проблемних питань) - 55%.
 - 5.3. Заключний етап (контроль і корекція знань, дискусія, проведення підсумків заняття, розподіл тем реферативних повідомлень на наступне семінарське заняття) - 35 хв.
6. **Зміст теми заняття:**
 - 6.1. Перелік питань, які будуть винесені на обговорення (тези виступів на підставі індивідуально виконаних завдань, теми реферативних повідомлень).
 - 6.1.1. Основні види та біологічна дія іонізуючого випромінювання на організм
 - 6.1.2. Способи і види опромінення в онкології
 - 6.1.3. Сучасні варіанти проведення променевої терапії. Планування променевого лікування.

- 6.1.4. Радіобіологічний інтервал і радіочутливість пухлин. Причини радіорезистентності.
 - 6.1.5. Основні сучасні апарати для проведення променевої терапії
 - 6.1.6. Радіонуклідна терапія
 - 6.1.7. Ускладнення променевої терапії та їх профілактика. Дозиметричний контроль.
- 6.2. Напрямки дискусії
- 6.2.1. Доопераційна ПТ її ефективність при різних локалізаціях ЗН, проблема stage down, можливі негативні наслідки.
 - 6.2.2. Біологічні засади доцільності застосування післяопераційного опромінення після виконання умовнорадикальних операцій
 - 6.2.3. Альтернативна променева терапія в лікуванні новотворів голови і шиї, критерії вибору.
 - 6.2.4. Ускладнення ПТ, методи попередження і лікування
 - 6.2.5. Проблема підсилення радіочутливості та впливу опромінення на ЗН.
- 6.3. Коментар з проблемних питань.
- Тема „Променеве лікування онкологічних хворих” має велике теоретичне та практичне значення. Знання механізму дії та способів застосування його дає лікарям –онкологам значно ширші можливості для адекватного лікування різних локалізацій ЗН. Біля 70% онкологічних хворих потребують променевого лікування (ПЛ) в плані самостійного (як радикальне, паліативне чи симптоматичне) або комбінованого в різних варіантах з операцією та/або хіміопрепаратами. Воно може бути радикальним, паліативним або симптоматичним. Радикальне променеве лікування застосовується в випадках раку: грудної залози, губи, порожини рота, глотки, гортані, жіночих статевих органів, шкіри, передміхурової залози, лімфомах, первинних пухлинах мозку, нерезектабельних саркомах. З паліативною метою при: раку стравоходу і легень, метастазах в кістці та головний мозок, хронічних кровотечах, для зниження підвищеного внутрічерепного тиску. В комбінванні з іншими методами променеве лікування буває неоад’ювантним (при раку гортані, грудної залози, прямої кишки) і/або ад’ювантним (рак грудної залози, прямої кишки, матки, передміхурової залози, сечового міхура, . Викладач у своєму коментарі наголошує на необхідності розуміння лікарями-онкологами переваг та недоліків застосування різних методів застосування іонізуючих впливів на ЗН.
- 6.4. Завдання для контролю та самоконтролю. *(перелічити запитання)*
- 6.4.1. Джерела випромінювання
 - 6.4.2. Позасистемні і системні одиниці виміру в радіології

- 6.4.3. Методи променевого лікування.
- 6.4.4. Фракціонування.
- 6.4.5. Покази та протипокази до променевого лікування.
- 6.4.6. Планування променевого лікування.
- 6.4.7. Реакції та ускладнення променевого лікування.

7. Література. (навчальна, довідкова, методична, наукова)

Навчальна:

1. Важенин А. В., Воронин М. И., Ваганов Н. В. и др. Лучевая диагностика и лучевая терапия. Учебное пособие для студентов высших медицинских учебных заведений, клинических ординаторов и интернов // Челябинск, «Иероглиф», «Иероглиф», 2003. – 136 с.
2. Линденбратей Л. Д., Королюк И. П. Медицинская радиология (основы лучевой диагностики и лучевой терапии): Учебник. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2000.– 672 с.
3. Чиссов В. И. и др. Онкология. – Электронный учебник. – 2000 г.
4. Онкологія: Підручник. – 3-тє видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білінський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак та ін. За ред. проф. Б. Т. Білінського. - К.: Здоров'я, 2004, 2007. – 532 с.

Методична:

5. Справочник по онкологии / Под редакцией Шалимова С. А., Мясоедова Д. В. / К.: Здоров'я, 2008. – 576 с.

Метастази злоякісних пухлин на шиї при невиявленому первинному вогнищі

1. **Тема заняття:** Метастази злоякісних пухлин на шиї при невиявленому первинному вогнищі
2. **Актуальність теми:** Відомо, що локальне ураження може бути відображенням(віддаленими метастазами) пухлини. У випадку коли первинне вогнище не візуалізується йдеться як правило про клінічну маніфестацію віддалених метастазів, рідше регіонарних. Ця висока злоякісність перебігу захворювання найчастіше спостерігається при віддалених метастазах в л/в шиї. Своєчасна (первинна) діагностика початкової стадії злоякісних пухлин (що в більшості випадків здійснюється лікарями загальної практики);швидка оцінка ризику і призначення адекватного лікування є ключовими факторами прогресивного підходу, що відповідає інтересам лікування пацієнта.
3. **Мета заняття:**
 - 3.1. навчальна – удосконалити теоретичні і практичні знання лікарів-онкологів з питань діагностики і диференційної діагностики даної патології.
 - 3.2. професійно орієнтована – вміти на основі сучасних критеріїв вибрати алгоритм оптимального об'єму лікування.
 - 3.3. виховна – сформувати переконання про можливість успішного лікування більшості пухлинних захворювань даної категорії
4. **Обладнання до заняття:** схеми, таблиці, слайди, обладнання для діагностичних маніпуляцій ситуативні задачі.
5. **План і організаційна структура заняття:**

тривалість заняття – 2 навчальних години, з них

 - 5.1. Підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання) - 10 хв.
 - 5.2. Основний етап (формування професійних знань: виклад теоретичного матеріалу, заслуховування реферативних повідомлень лікарів-слухачів-терапевтів, коментар з проблемних питань) - 55%.
 - 5.3. Заключний етап (контроль і корекція знань, дискусія, проведення підсумків заняття, розподіл тем реферативних повідомлень на наступне семінарське заняття) - 35 хв.
6. **Зміст теми заняття:**
 - 6.1. Перелік питань, які будуть винесені на обговорення (тези виступів на підставі індивідуально виконаних завдань, теми реферативних повідомлень).

- 6.1.1. Особливості анатомічної будови ший: кровопостачання, іннервація, шляхи лімфовідтоку.
 - 6.1.2. Фізикальні методи обстеження хворих з даною патологією;
 - 6.1.3. Сучасні способи морфологічного підтвердження клінічного діагнозу хворих з пухлинною патологією ший.
 - 6.1.4. Клінічна і патоморфологічна класифікація пухлинних уражень ший.. Диференційна діагностика.
 - 6.1.5. Тактика лікаря-онколога при виявленні метастатичних пухлинних уражень ший
- 6.2. Напрямки дискусії
- 6.2.1. Сучасні погляди на етіологічні фактори розвитку метастатичних пухлинних уражень ший без первинного вогнища
 - 6.2.2. Диспансеризація хворих з передпухлинною патологією ший. Роль районного онколога.
 - 6.2.3. Доцільність проведення і методи диференційної діагностики пухлинних метастатичних уражень ший в амбулаторних умовах.
 - 6.2.4. Загальні принципи лікування хворих даною патологією на сучасному рівні.
- 6.3. Коментар з проблемних питань.
- Тема „Метастази злоякісних пухлин на ший при невиявленому первинному вогнищі” має певне теоретичне та вагоме практичне значення. Щороку значна кількість первинних хворих з такими ураженнями концентрується в лікарів різного профілю, і не завжди вчасно вони потрапляють до спеціалістів онкологів. Має місце надто тривале їх обстеження перед проведенням спеціального лікування та пов'язані із цим численні діагностичні помилки, особливо зумовлені як незнанням цієї патології, так і її різноманітністю. Пізно застосовуються морфологічні методи її верифікації. В зв'язку із цим зростає роль лікаря-онколога, як організатора та координатора усіх аспектів обстеження та лікування цих хворих. Викладач у своєму коментарі наголошує на необхідності розуміння лікарями-онкологами переваг та недоліків застосування різних методів інвазивної морфологічної діагностики для встановлення походження метастатичних уражень ший.
- 6.4. Завдання для контролю та самоконтролю. *(перелічити запитання)*
- 6.4.1. Клінічна топографічна анатомія ший: трикутники, судини, іннервація, основні групи лімфовузлів.
 - 6.4.2. Етіологія метастатичного ураження ший без первинного вогнища.
 - 6.4.3. Симптоми ,перебіг та прогноз захворювання.

- 6.4.4. Додаткові інструментальні та апаратні методи обстеження та верифікації, інтерпретація даних.
- 6.4.5. Методи лікування метастатичних уражень шії.
- 6.4.6. Диспансеризація хворих з даною патологією.

7. Література :

Навчальна:

- 1. Пачес, А. И. Опухоли головы и шеи / А. И. Пачес. М., 2000. - 480 с.
- 2. В. И. Чиссов, А. Х. Трахтенберг. Ошибки в клинической онкологии: Руководство для врачей. - М. Медицина, 1993. - 544 с.
- 3. Чиссов В.И. и др. Онкология. – Электронный учебник. – 2000 г.
- 4. Онкологія: Підручник. – 3-тє видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білинський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак та ін. За ред. проф. Б. Т. Білинського. - К.: Здоров'я, 2004, 2007. – 532 с.
- 5. Раков А. И., Вагнер Р. И. Радикальные операции на шее при метастазах рака. Л.: Медицина, 1969. - 191 с.

Методична:

- 6. Справочник по онкологии / Под редакцией Шалимова С. А., Мясоедова Д. В./ К.: Здоров'я, 2008. – 576 с.

Пухлини глотки

1. **Тема заняття:** Пухлини глотки
2. **Актуальність теми:** Пухлини глотки приблизно 50% локалізуються в носоглотці. Рак носоглотки характеризується дуже злоякісним, агресивним перебігом, раннім розпадом, швидким проростанням у суміжні анатомічні структури; згідно програми лікаря-онколога слід ознайомити з методами діагностики пухлин у вищевказаних ділянках; постановки діагнозу; проведенням маніпуляцій та принципам лікування .
3. **Мета заняття:**
 - 3.1. навчальна – Удосконалити теоретичні і практичні знання лікарів-слухачів з питань пухлин глотки.
 - 3.2. професійно орієнтована – вміти визначити сучасні критерії диференційованого підходу до вибору оптимального об'єму адекватного лікування.
 - 3.3. виховна – сформувані переконання про можливість та ефективність успішного лікування пухлин глотки за умов раннього їх діагностування.
4. **Обладнання до заняття:** слайди, обладнання для діагностичних маніпуляцій, історії хвороб, ситуаційні задачі.
5. **План і організаційна структура заняття:**

тривалість заняття – 2 навчальних години, з них

 - 5.1. Підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання) - 10 хв.
 - 5.2. Основний етап (формування професійних знань: виклад теоретичного матеріалу, заслуховування реферативних повідомлень лікарів-слухачів-терапевтів, коментар з проблемних питань) - 55%.
 - 5.3. Заключний етап (контроль і корекція знань, дискусія, проведення підсумків заняття, розподіл тем реферативних повідомлень на наступне семінарське заняття) - 35 хв.
6. **Зміст теми заняття:**
 - 6.1. Перелік питань, які будуть винесені на обговорення (тези виступів на підставі індивідуально виконаних завдань, теми реферативних повідомлень).
 - 6.1.1. Анатомічна будова різних частин глотки; взаємовідношення з сусідніми анатомічними структурами, особливості кровопостачання і шляхи лімфовідтоку.
 - 6.1.2. Етіологія, передракові захворювання, фактори ризику.

- 6.1.3. Особливості обстеження хворих з пухлинами глотки. Сучасні способи морфологічного підтвердження клінічного діагнозу цих хворих .
- 6.1.4. Клінічна і патоморфологічна класифікація пухлин глотки. Стадіювання. Клініка. Диференційна діагностика.
- 6.1.5. Принципи лікування хворих з пухлинами різних частин глотки. Прогноз.

6.2. Напрямки дискусії

- 6.2.1. Сучасні погляди на етіологічні та епідеміологічні чинники розвитку пухлин глотки.
- 6.2.2. Методи диференційної діагностики пухлинних уражень глотки. Доцільність та послідовність застосування
- 6.2.3. Принципи комбінованого лікування хворих даною патологією на сучасному рівні, їх алгоритми, об'єктивні критерії ефекту.

6.3. Коментар з проблемних питань.

Тема „Пухлини глотки” має значне теоретичне та вагоме практичне значення. Пухлини глотки поділяються на доброякісні, місцеводеструктивні та злоякісні. У структурі онкологічних захворювань злоякісні пухлини глотки становлять до 3% усіх злоякісних пухлин. Велика різноманітність, яка властива пухлинам глотки, зумовлена тим, що цей орган має складні анатомо-фізіологічні особливості. Близько 50% пухлин глотки локалізується в носоглотці, майже 30% в ротоглотці, на гортаноглотку припадає не більше 25% пухлин. У глотці розміщені малі слинні залози, досить лімфоїдної тканини, тут перетинаються елементи травної і дихальної систем. В анатомічному відношенні глотка поділяється на носо-, рото- і гортаноглотку, будова яких має численні відмінності. Лікування доброякісних пухлин виключно хірургічне і полягає у висіченні утвору. Внаслідок анатомічних особливостей будови глотки основним методом лікування ЗН є променеве та хіміопроменеве. При злоякісних пухлинах глотки прогноз на загальний несприятливий. Викладач у своєму коментарі наголошує на необхідності знання природи діагностичних помилок в розпізнаванні пухлин цієї ділянки, а також переваг та недоліків застосування окремих методів лікування щодо прогнозу та виживання.

6.4. Завдання для контролю та самоконтролю. *(перелічити запитання)*

- 6.4.1. Клінічна топографічна анатомія глотки: особливості лімфовідтоку.
- 6.4.2. Етіологія та епідеміологія пухлин глотки
- 6.4.3. Симптоматика, перебіг та прогноз захворювання.
- 6.4.4. Інструментальні та апаратні методи обстеження та верифікації, інтерпретація даних.
- 6.4.5. Принципи та методи лікування пухлин глотки. Прогноз. Виживання.

7. Література :

Навчальна:

1. Пачес, А. И. Опухоли головы и шеи / А. И. Пачес. М., 2000. - 480 с.
2. В. И. Чиссов, А. Х. Трахтенберг. Ошибки в клинической онкологии: Руководство для врачей. - М. Медицина, 1993. - 544 с.
3. Чиссов В. И. и др. Онкология. – Электронный учебник. – 2000 г.
4. Онкологія: Підручник. – 3-тє видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білінський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак та ін. За ред. проф. Б. Т. Білінського. - К.: Здоров'я, 2004, 2007. – 532 с.

Методична:

5. Справочник по онкологии / Под редакцией Шалимова С. А., Мясоедова Д. В. / К.: Здоров'я, 2008. – 576 с.

Позаоргани пухлини шиї

1. **Тема заняття:** Позаоргани пухлини шиї
2. **Актуальність теми:** В структурі онкологічних захворювань пухлини шиї не мають великої питомої ваги, що спричинює недостатній досвід діагностики їх лікарями загальної лікувальної мережі, до яких вони звертаються вперше. Тому головною метою заняття є оволодіти диференційною діагностикою пухлин шиї і принципами лікування.
3. **Мета заняття:**
 - 3.1. навчальна – Удосконалити теоретичні знання: засвоїти класифікацію пухлин даної локалізації за гістогенетичним принципом та використовувати її при диференціальній діагностиці.
 - 3.2. професійно орієнтована – вміти обстежити пацієнтів з підозрою на поза органи пухлини шиї, провести фізикальне обстеження м'яких тканин шиї та регіонарних лімфатичних вузлів, вміти інтерпретувати дані інструментальних досліджень.
 - 3.3. виховна – на матеріалі теми розвинути почуття відповідальності за своєчасність та правильність професійних дій при виявленні позаорганих пухлин шиї.
4. **Обладнання до заняття:** схеми, прозирки, історії хвороб, текстові ситуаційні нетипові задачі, набір для пункційної біопсії, набір томограм.
5. **План і організаційна структура заняття:**

тривалість заняття – 2 навчальних години, з них

 - 5.1. Підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання) - 10 хв.
 - 5.2. Основний етап (формування професійних знань: виклад теоретичного матеріалу, заслуховування реферативних повідомлень лікарів-слухачів-терапевтів, коментар з проблемних питань) - 60 хв.
 - 5.3. Заключний етап (контроль і корекція знань, дискусія, проведення підсумків заняття, розподіл тем реферативних повідомлень на наступне семінарське заняття) - 20%.
6. **Зміст теми заняття:**
 - 6.1. Перелік питань, які будуть винесені на обговорення (тези виступів на підставі індивідуально виконаних завдань, теми реферативних повідомлень).
 - 6.1.1. Класифікація позаорганих пухлин шиї. Етіологія та гістогенез позаорганих пухлин шиї. Передпухлинні захворювання.
 - 6.1.2. Особливості клініки при позаорганих пухлинах шиї: неврогенних саркомах, гангліоневромах, парагангліомах, бранхіогенному раку та ін.

- 6.1.3. Диференційна діагностика позаорганих пухлин ший. Методи додаткових інструментальних і апаратних досліджень.
- 6.1.4. Принципи лікування позаорганих ЗН ший хірургічне, променеве, медикаментозне лікування. Послідовність, критерії ефективності.

6.2. Коментар з проблемних питань.

Тема „Поза органі пухлини ший.” має значне теоретичне, і практичне значення. Відомо, що в структурі онкологічної захворюваності пухлини ший не мають великої питомої ваги. Проте, об'єднуючи в одній локалізації вельми різні за гістогенезом пухлини, вони є значною клінічною проблемою як відносно діагностики, так і лікувальної тактики. Серед пухлин ший виділяють так звані органі пухлини (новоутворення глотки, гортані, шийного відділу стравоходу, щитовидної і навколщитоподібних залоз і ін.), внеорганні пухлини (пухлини нейроектодермального генезу, похідні мезенхіми і дисембріональні) і пухлинні ураження лімфатичних вузлів ший (метастази зло-якісних пухлин, локалізованих за межами ший, системні ураження лімфатичних вузлів при лейкозі, гематосаркомах і гемобластозах) Анатомічні взаємовідношення органів ший вельми складні, що визначає, з одного боку, складний гістогенез пухлин, а з іншого – одноманітність симптомів. Для лікування хворих на злоякісні пухлини ший застосовують усі з відомих методів в онкології, проте провідна роль належить хірургії. Викладач у своєму коментарі наголошує, що тільки за умов доброго знання особливостей топографічної анатомії та функціонування структур ший, а також володіння методами інструментальної діагностики можна адекватно оцінити та провести диференціювання їх уражень різної етіології.

6.3. Завдання для контролю та самоконтролю. *(перелічити запитання)*

- 6.3.1. Передракові захворювання до позаорганих пухлин ший
- 6.3.2. Гістогенетична класифікація позаорганих ЗН ший
- 6.3.3. Особливості клінічного дослідження хворих із патологією ший
- 6.3.4. Основні інструментальні методи обстеження при позаорганих ЗН ший. Інтерпретація даних.
- 6.3.5. Методи морфологічної діагностики позаорганих ЗН ший .
- 6.3.6. Диференційна діагностика позаорганих ЗН ший з пухлинними органіми і непухлинними захворюваннями.
- 6.3.7. Методи лікування позаорганих ЗН ший

7. Література. (навчальна, довідкова, методична, наукова)

Навчальна:

- 1. Онкологія: Підручник. – 3-тє видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білинський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак та ін. За ред. проф. Б. Т. Білинського. - К.: Здоров'я, 2004, 2007. – 532 с.
- 2. Пачес А. И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1989. - 416 с.

3. Пачес А. И. и др. Злокачественные опухоли полости рта, глотки и гортани. - М.: Медицина, 1988. - 304 с

Методична:

4. Справочник по онкологии / Под редакцией Шалимова С. А., Мясоедова Д. В. / К.: Здоров'я, 2008. – 576 с.
5. Шпарик Я. В. Мінімальні клінічні рекомендації ESMO. Галицька видавнича спілка. Львів, 2002. – 56 с.
6. Наказ №554 МОЗ України від 17.09.2007 р. „Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "онкологія"
7. Клиническая онкология: Практикум / Гнатышак А. И., Билынский Б. Т., Савран В. Р., Стернюк Б. П.. Львов: Вища школа. Изд-во при Львов. ун-те, 1980. – 184 с.
8. Стернюк Ю. М., Білінський Б. Т., Ковальчук І. В., Флорес Й. Променеві методи діагностики захворювань щитоподібної залози. Методичні рекомендації. Львів, 1996. – 112 с.

Роль ендоскопії трахеї і бронхів в діагностиці злоякісних новотворів

1. **Тема заняття:** Роль ендоскопії трахеї і бронхів в діагностиці злоякісних новотворів.
2. **Актуальність теми:** ендоскопічне обслідування дозволяє безпосередньо оглянути трахеобронхіальне дерево, отримати матеріал для морфологічного дослідження, оцінити операбельність патологічного процесу, провести санацію дихальних шляхів.
3. **Мета заняття:**
 - 1.1. навчальна – удосконалити теоретичні та практичні знання лікарів-курсантів з питань ендоскопічної діагностики патології трахеї та бронхів.
 - 1.2. професійно-орієнтована .знати покази, протипокази, оволодіння основами методики проведення бронхоскопії
 - 1.3. виховна – сформуванати почуття відповідальності за своєчасність і ранню діагностику онкологічної патології трахеї і бронхів
2. **Обладнання** до заняття: слайди, рентгенограми, атласи. демонстрація хворих., ситуаційні задачі.
3. **План і організаційна структура заняття:**

тривалість заняття – 2 навчальних години, з них

 - 3.1. Підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання) - 10 хв.
 - 3.2. Основний етап (формування професійних знань: виклад теоретичного матеріалу, заслуховування реферативних повідомлень лікарів-слухачів-терапевтів, коментар з проблемних питань) - 55%.
 - 3.3. Заключний етап (контроль і корекція знань, дискусія, проведення підсумків заняття, розподіл тем реферативних повідомлень на наступне семінарське заняття) - 35 хв.
4. **Зміст теми заняття:**
 - 4.1. Перелік питань, які будуть винесені на обговорення (тези виступів на підставі індивідуально виконаних завдань, теми реферативних повідомлень).
 - 4.1.1. Ендоскопічна техніка, види і типи апаратів Особливості топографічної анатомії трахеобронхіального дерева. Методика проведення трахеобронхоскопії.
 - 4.1.2. Покази і протипокази до проведення бронхоскопії. Бронхоскопічне обстеження хворих групи ризику. Наступна диспансеризація і повторні обстеження.

4.1.3. Прямі і непрямі ендоскопічні ознаки раку бронха. Диференційна діагностика. Види біопсій з утворів трахеобронхіального дерева.

4.2. Напрямки дискусії, .

4.2.1. Типові помилки в інтерпретації даних бронхоскопії.

4.2.2. Підготовка хворих до бронхоскопії можливі ускладнення, профілактика.

4.2.3. Організація диспансеризації і дообстеження хворих групи ризику до раку легенів, роль районного онколога.

4.3. Коментар з проблемних питань.

Тема „Роль ендоскопії трахеї і бронхів в діагностиці злоякісних новотворів. ” має велике теоретичне та практичне значення. Цей метод використовується з метою візуальної оцінки стану трахео-бронхіального дерева, морфологічної верифікації процесу. Бронхоскопічні ознаки пухлин бувають прямими і непрямыми. Перші ознаки помітні при ендобронхіальних пухлинах, для яких характерна наявність фіолетового або сірого кольору папілярного розростання, що при дотику кровоточить. Тканина такої пухлини легко скушується щипцями. Непрямі ознаки - це локальна гіперемія слизової, звуження просвіту сегментарного бронха; його деформація, що не завжди однозначно при встановленні діагнозу. Такі ознаки можуть супроводжувати хронічний деформуючий бронхіт, туберкульоз. Морфологічна верифікація діагнозу при цих ознаках є обов'язковою. Викладач у своєму коментарі наголошує на важливості своєчасного дообстеження хворих групи ризику і з підозрою на рак легенів з використанням бронхоскопії, що дає можливість морфологічного підтвердження діагнозу і вибору адекватної тактики наступного лікування.

4.4. Завдання для контролю та самоконтролю. (*перелічити запитання*)

4.4.1. Бронхоскопічна техніка, види, можливості.

4.4.2. Покази і проти покази до проведення бронхоскопії

4.4.3. Підготовка хворих до проведення бронхоскопії.

4.4.4. Методика бронхоскопії.

4.4.5. Ускладнення бронхоскопії і їх профілактика.

4.4.6. Організація бронхоскопічного обстеження контингентів диспансерних хворих

5. Література. (навчальна, довідкова, методична, наукова)

Навчальна

1. Онкологія: Підручник. – 3-тє видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білінський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак та ін. За ред. проф. Б. Т. Білінського. - К.: Здоров'я, 2004, 2007. – 532 с.

2. Лукомский Г. И., Шулутко М. Л., Винер М. Г., Сметнев А. С. *Бронхология*. – М.: Медицина, 1973.– 360 с.
3. Петрикова И. Бронхологическая диагностика бронхогенного рака. Прага: Гос. Из-во мед. литер.-ры, 1964 – 383 с.
4. Чиссов В. И. и др. Онкология. – Электронный учебник. – 2000 г.

Методична:

5. Справочник по онкологии / Под редакцией Шалимова С. А., Мясоедова Д. В. / К.: Здоров'я, 2008. – 576 с.

Тема заняття: Роль флюорографії в ранній діагностиці раку легень

1. **Тема заняття:** Роль флюорографії в ранній діагностиці раку легень.
2. **Актуальність теми:** враховуючи частоту поширення та необізнаність широкого загалу лікарів онкологів з діагностичними можливостями нових та вже відомих засобів пропонується детальне вивчення цієї проблеми.
3. **Мета заняття:**
 - 3.1. навчальна – удосконалити теоретичні і практичні знання лікарів-слухачів з питань рентгенологічної діагностики пухлин легень
 - 3.2. професійно-орієнтована – знати принцип проведення, види та методiku інтерпретації флюорограм
 - 3.3. виховна – сформувати почуття відповідальності за правильний вибір сучасних алгоритмів обстеження хворих груп ризику та з підозрою на ЗН легенів.
4. **Обладнання** до заняття: слайди, флюорограми, рентгенограми, атласи. ситуаційні задачі.
5. **План і організаційна структура заняття:**

тривалість заняття – 2 навчальних години, з них

 - 5.1. Підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання) - 10 хв.
 - 5.2. Основний етап (формування професійних знань: виклад теоретичного матеріалу, заслуховування реферативних повідомлень лікарів-слухачів-терапевтів, коментар з проблемних питань) - 55%.
 - 5.3. Заключний етап (контроль і корекція знань, дискусія, проведення підсумків заняття, розподіл тем реферативних повідомлень на наступне семінарське заняття) - 35 хв.
6. **Зміст теми заняття:**
 - 6.1. Перелік питань, які будуть винесені на обговорення (тези виступів на підставі індивідуально виконаних завдань, теми реферативних повідомлень).
 - 6.1.1. Флюорографи, види апаратів, методики досліджень.
 - 6.1.2. Роль і можливості флюорографії в планування основних скринінгових заходів у групи підвищеного ризику і хворих з підозрою на рак легень.
 - 6.1.3. Покази і протипокази до флюорографії. Принцип і техніка флюорографії. Дрібно і крупно кадрові методики. Види проєкцій.
 - 6.1.4. Особливості і методики флюорографії у людей з хронічними фоновими легеневиими захворюваннями
 - 6.1.5. Методика інтерпретація даних флюорографії

6.2. Коментар з проблемних питань.

Тема „Роль флюорографії в ранній діагностиці раку легенів. ” має велике теоретичне та практичне значення. Для діагностики раку легенів у доклінічній фазі велике значення мають профілактичні флюорографічні огляди здорового населення старшого віку. Флюорографія є методом, заснованим на фотографуванні рентгеноскопічного зображення, яке світиться. При використанні її замість рентгенографії застосовується термін «діагностична флюорографія». На аналогових апаратах зображення фіксується на плівку з шириною кадру 70, 100 або 110 мм. Якщо дрібні деталі на таких флюорограмах менш помітні, ніж на рентгенограмах, то загальна оцінка отриманої картини, навпаки, спрощена (наприклад, в пошуку вентиляційних розладів в легенях). На цифрових апаратах зображення виводиться на монітор, а виконання його на плівці або на папері можливе за допомогою принтера. Роздільна здатність цифрової флюорографії порівняльна з можливостями рентгенографії. Области застосування (грудна клітка, кістки черепа, шийний відділ хребта) будь-якої флюорографії обмежені конструктивними особливостями апаратів. Якщо в загальному флюорографічні огляди мають змогу діагностувати 10 випадків раку легенів на 100 000 обстежених, то в осіб у віці 50...60 років цей показник становить вже 30, серед осіб, яким понад 60 років - 100. Для ранньої діагностики раку легенів надзвичайно велике значення має правильна оцінка анамнезу з урахуванням статі хворого, його віку, професії та шкідливих звичок. На підставі цього формуються групи підвищеного ризику захворювання на рак. Викладач у своєму коментарі наголошує на важливості своєчасного дообстеження хворих групи ризику і з підозрою на рак легенів з використанням флюорографії,

6.3. Завдання для контролю та самоконтролю. (*перелічити запитання*)

- 6.3.1. Принцип роботи флюорографа, види апаратів, методики досліджень.
- 6.3.2. Проведення скринінгу ЗН легень з допомогою флюорографії, проблеми, недоліки.
- 6.3.3. Методика „читання” флюорограм, можливі помилки.
- 6.3.4. Організація флюорографічного обстеження контингентів диспансерних хворих. Роль онколога.

7. Література. (навчальна, довідкова, методична, наукова)

Навчальна

1. Онкологія: Підручник. – 3-тє видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білинський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак та ін. За ред. проф. Б. Т. Білинського. - К.: Здоров'я, 2004, 2007. – 532 с.
2. Чиссов В. И. і др. Онкология. – Электронный учебник. – 2000 г.
3. Вагнер Р. И., Барчук А. С., Блинов Н. Н. Диагностика рака легкого в поликлинических условиях. – Л.-М., 1986. – 128 с.

4. Стандартизация методов лучевой диагностики. Оптимальные алгоритмы комплексного обследования: Руководство для врачей / Под ред. Е. Н. Самцова. – Томск, 2000. – 156 с.

Методична:

5. Справочник по онкологии. / Под редакцией Шалимова С. А., Мясоедова Д. В. / К.: Здоров'я, 2008. – 576 с.

Наукова:

6. Cancer Medicine – вільний доступ на www.ncbi.nih.gov (далі – Enter PubMed, далі – Search Books – Cancer Medicine).

Класифікація раку легенів

1. **Тема заняття:** Класифікація раку легенів
2. **Актуальність теми:** зростання захворюваності на ЗН легень та технічні складності в доопераційному стадіюванні пухлин цих локалізацій вимагає більш детального вивчення для практичної діяльності лікарів загальної практики та онкологів.
3. **Мета заняття:**
 - 3.1. навчальна – удосконалити теоретичні знання лікарів-онкологів з питань класифікації раку легень (РЛ).
 - 3.2. професійно орієнтована – вміти сформулювати основні класифікаційні параметри для стадіювання раку різних анатомічних відділів легенів.
 - 3.3. виховна – на матеріалах теми сформулювати почуття відповідальності за виявлення пухлинних захворювань легенів на ранніх стадіях.
4. **Обладнання до заняття:** схеми, прозирки, історії хвороб, текстові ситуаційні нетипові задачі, набір рентгенограм, дані бронхологічних досліджень.
5. **План і організаційна структура заняття:**

тривалість заняття – 2 навчальних години, з них

 - 5.1. Підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання) - 10 хв.
 - 5.2. Основний етап (формування професійних знань: виклад теоретичного матеріалу, заслуховування реферативних повідомлень лікарів-слухачів-терапевтів, коментар з проблемних питань) - 60 хв.
 - 5.3. Заключний етап (контроль і корекція знань, дискусія, проведення підсумків заняття, розподіл тем реферативних повідомлень на наступне семінарське заняття) - 20%.
6. **Зміст теми заняття:**
 - 6.1. Перелік питань, які будуть винесені на обговорення (тези виступів на підставі індивідуально виконаних завдань, теми реферативних повідомлень).
 - 6.1.1. Класифікація ЗН легенів за топікою ураження бронхіального дерева. Фази і ступені порушення вентиляції легеневої паренхіми.
 - 6.1.2. Макроскопічна та патогістологічна класифікація ЗН легенів. Проблема морфологічної верифікації ЗН. Прескалення біопсія.
 - 6.1.3. Принципи застосування системи TNM для опису обсягу ураження і стадіювання ЗН легенів.
 - 6.1.4. Особливості класифікації груп регіонарних лімфовузлів при раку легень. Проблеми ідентифікації їх ураження.

6.2. Коментар з проблемних питань.

Тема „Класифікація пухлин легень.” має значне теоретичне, і практичне значення. Відомо, що найчастіше ракова пухлина розташовується в правій легені --- 52 %. спостережень (Трахтенберг А. Х., 1987), рідше в лівій --- 48 %.. Злоякісні пухлини переважно локалізуються у верхніх частках легені (60 % випадків), у нижніх і середніх частках вони зустрічаються значно рідше (відповідно 30 і 10%). Розрізняють центральний РЛ, що виникає з крупних бронхів --- головного, часткового і сегментарного (зустрічається в 70 % випадків), і периферичний, що росте із субсегментарних бронхів, їх гілок, бронхіол і альвеол (зустрічається у 30 % випадків). Найчастіше зустрічається плоскоклітинний рак – до 70 % всіх випадків. Аденокарцинома спостерігається рідше --- до 10 %.. Інші 20% доводяться на недиференційовані форми. Останніми роками спостерігається деяке збільшення числа хворих з недиференційованими формами РЛ. Гістологічна структура пухлини корелює із загальнобіологічними характеристиками пухлинного росту: злоякісністю перебігу, чутливістю до хіміотерапії та променевого лікування. В даний час з метою уніфікації стадіювання РЛ застосовується система TNM, окремі градації якої описують як первинний процес, так і його регіональне та віддалене поширення. Викладач у своєму коментарі наголошує, що знання усіх варіантів класифікації ЗН легень і вміння їх застосувати на підставі проведених обстежень у кожному конкретному випадку створює підстави для побудови вірного плану лікування.

6.3. Завдання для контролю та самоконтролю. *(перелічити запитання)*

- 6.3.1. Сегментарна будова легенів.
- 6.3.2. Центральний, периферичний та атипичний рак легенів.
- 6.3.3. Фази порушення вентиляції паренхіми легенів, їх механізм.
- 6.3.4. Макроскопічні патологоанатомічні форми раку легенів.
- 6.3.5. Гістологічні різновиди раку легенів за ВООЗ.
- 6.3.6. Основні засади застосування системи TNM для опису і студіювання раку легенів.
- 6.3.7. Критерій T і його значення. Роль бронхоскопії для його встановлення.
- 6.3.8. Критерій N і його значення.
- 6.3.9. Класифікація груп лімфовузлів.
- 6.3.10. Зведення різних варіантів TNM у чотиристадійну класифікацію

7. Література. (навчальна, довідкова, методична, наукова)

Навчальна

1. Онкологія: Підручник. – 3-тє видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білинський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак та ін. За ред. проф. Б. Т. Білинського. - К.: Здоров'я, 2004, 2007. – 532 с.

Методична:

2. Справочник по онкологии / Под редакцией Шалимова С. А., Мясоедова Д. В. / К.: Здоров'я, 2008. – 576 с.
3. Клиническая онкология: Практикум / Гнатышак А. И., Билынский Б. Т., Савран В. Р., Стернюк Б. П.. Львов: Вища школа. Изд-во при Львов. ун-те, 1980. – 184 с.

Наукова:

4. Surgical oncology : a European handbook / U. Veronesi (editor-in-chief) ; B. Arnesio et al. Springer-Verlag, 1989. – 999 p.

Тема заняття: Рак жовчного міхура

1. **Тема заняття:** Рак жовчного міхура
2. **Актуальність теми:** Рак жовчного міхура (ЖМ) в даний час складає близько 4% всіх злоякісних пухлин травного тракту і частіше зустрічається у жінок (приблизне співвідношення 3:1) старших за 60 років. У 78% випадків рак жовчного міхура за даними J. Weiskopf (1976) поєднується зі жовчнокам'яною хворобою. J.C. Ruckert (1996) повідомляє, що в 2% після всіх холецистектомій, виконаних з приводу калькульозного холециститу, при подальшому гістологічному дослідженні видаленого препарату знаходять його злоякісне ураження. Схожу статистику наводять і інші автори, вважаючи, що хворі з жовтяничною формою раку ЖМ, яка зустрічається в 30 - 57%., найчастіше вже не підлягають виконанню радикальної операції. На відміну від раку жовчного міхура пухлини позапечінокових жовчних проток частіше зустрічаються у чоловіків і складають 8,5 -14,2% всіх хворих із пухлинами гепато-панкреато-дуоденальної зони (ГПДЗ). Показники 5-річної виживаності досягають 5% пацієнтів; медіана виживаності складає 58 міс.
3. **Мета заняття:**
 - 3.1. навчальна – Повторення та поглиблення знань з основ етіології та канцерогенезу раку ЖМ; засвоєння наукового апарату, набуття навичок оформлення наукових робіт, оволодіння мистецтвом письмового та усного викладу матеріалу, формування вміння захищати наукові положення і висновки.
 - 3.2. професійно орієнтована – удосконалити знання лікарів-онкологів у інтерпретації даних досліджень хворих на рак ЖМ: КТ, МРТ, УЗД.
 - 3.3. виховна – відповідати за своєчасність та кваліфікованість лікаря-онколога у своєчасному виявленні раку ЖМ.
4. **Обладнання до заняття:** історії хвороб, схеми, слайди, сонограми, дані МРТ і КТ.
5. **План і організаційна структура заняття:**

тривалість заняття – 2 навчальних години, з них

 - 5.1. Підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання) - 10 хв.
 - 5.2. Основний етап (формування професійних знань: виклад теоретичного матеріалу, заслуховування реферативних повідомлень лікарів-слухачів-терапевтів, коментар з проблемних питань) - 60 хв.
 - 5.3. Заключний етап (контроль і корекція знань, дискусія, проведення підсумків заняття, розподіл тем реферативних повідомлень на наступне семінарське заняття) - 20%.

6. Зміст теми заняття:

- 6.1. Перелік питань, які будуть винесені на обговорення (тези виступів на підставі індивідуально виконаних завдань, теми реферативних повідомлень).
 - 6.1.1. Етіологія раку ЖМ. Фактори ризику: жовчні конкременти, аномалії зеднання панкреатобіліарних проток, кісти жовчного міхура, первинний склерозуючий холангіт, Канцерогени – нітроза міни, азотолуол, тютюн ожиріння, поліпи жовчного міхура.
 - 6.1.2. Гістологічна класифікація раку ЖМ. Аденокарцинома – 90%., (папілярна – 6%., кращий прогноз, тубулярна, муциозна, перснеподібноклітинна, плоско клітинний рак – 10%., залозистоплоскоклітинний, недиференційований; рідкісні види: карциноід, меланома, лімфома, саркома, дрібноклітинний рак.
 - 6.1.3. Шляхи поширення і метастазування раку ЖМ. Класифікація рівнів і груп лімфатичних вузлів.
 - 6.1.4. Клініка раку ЖМ. Методи лабораторного, апаратного і інструментального обстеження. Класифікація і стадіювання раку ЖМ за TNM. Диференційна діагностика.
 - 6.1.5. Принципи лікування хворих на рак ЖМ. Покази, проти покази. Передопераційна лапароскопія.
 - 6.1.5.1. Хірургічне
 - 6.1.5.1.1. Холецистектомія.
 - 6.1.5.1.2. Розширена холецистектомія.
 - 6.1.5.1.3. Розширена холецистектомія з:
 - Резекцією печінки.
 - Лімфодисекцією.
 - Резекцією позапечінкових жовчних шляхів.
 - Панкреатикодуоденектомією.
 - Резекцією суміжних органів.
 - 6.1.5.2. Хіміо-променева терапія: ад'ювантна, паліативна.
 - 6.1.5.3. Паліативне лікування.
 - 6.1.6. Симптоматичне лікування. Прогноз і виживання хворих на рак ЖМ.
- 6.2. Напрямки дискусії
 - 6.2.1. Передракові захворювання до раку жовчного міхура, чи фактори ризику: роль онколога в диспансеризації хворих із цими захворюваннями.
 - 6.2.2. Інвазивні і неінвазивні методи інструментальної діагностики раку ЖМ. Алгоритм застосування.
 - 6.2.3. Вибір методу хірургічного лікування при різних стадіях раку ЖМ.
 - 6.2.4. Критерії вибору методу лімфодисекції. При раку ЖМ.

6.3. Коментар з проблемних питань.

Тема „ Рак жовчного міхура. ” має вагоме теоретичне та практичне значення. Лікування хворих з пухлинами органів ГПДЗ передбачає вирішення наступних проблем: відбір кандидатів, визначення резектабельності, використання оптимальних технічних прийомів при виконанні радикальних втручань. Якщо уражений тільки жовчний міхур виконується його видалення. Якщо пухлина розповсюдилася на навколишні тканини, включаючи печінку і лімфатичні вузли, то операція в окремих хворих є також можливою. Радикальні операції вдається виконати у незначного числа хворих раком жовчного міхура (менш ніж у 30%). До радикальних операцій при раку жовчного міхура відносять холецистектомію з резекцією прилеглої ділянки печінки, рідше об'єм зони печінки, що видаляється, розширюють до сегментектомії або гемігепатектомії. Під час радикальної операції необхідно видалити лімфатичні вузли по ходу печінково-дванадцятипалої зв'язки. Післяопераційна летальність досягає 35%. Віддалені результати радикальних операцій погані, 5-річна виживаність складає декілька відсотків. Паліативні операції виконують при іноперабельному раку жовчного міхура з механічною жовтяницею. Використовують зовнішнє дренивання жовчних проток або внутрішні білідігестивні анастомози, проте технічно ці операції здійснимі в дуже окремих випадках. Викладач у своєму коментарі наголошує, що радикальна операція є єдиним методом лікування, що дозволяєвилікувати хворого на рак жовчного міхура. Інші методи мають лікування можуть лише тимчасово покращити якість життя хворих.

6.4. Завдання для контролю та самоконтролю. (перелічити запитання)

6.4.1. Етіологія раку ЖМ

6.4.2. Класифікація раку ЖМ

6.4.3. Поширення і метастазування раку ЖМ

6.4.4. Клінічна картина раку ЖМ

6.4.5. Принципи лікування хворих на рак ЖМ

6.4.6. Хірургічне лікування РЖМ.

7. Література. (навчальна, довідкова, методична, наукова)

Навчальна

1. Алиев, М. А. Рак желчного пузыря / М. А.Алиев, Л. В.Поташов, В. М.Седов, А. Ж.Нурмаков// Алма-Ата, 1986.-136 с.
2. Линденбратен Л. Д. Рентгенология печени и желчных путей. –М.: Медицина, 1980. –516 с.
3. Нидерле Б. и др. Хирургия желчных путей, пер. с чешск., Прага, 1982;

4. Панцырев Ю. М., Галлингер Ю. И. Оперативная эндоскопия желудочно-кишечного тракта. – М.: Медицина, 1984.– 192 с.
5. Розанов Б. С. и Пенин В. А. Холестероз желчного пузыря, М., 1973; Соколов Л. К. и др. Клинико-инструментальная диагностика болезней органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, М. – 1987.
6. Шалимов А. А. и др. Хирургия печени и желчевыводящих путей. Киев: Здоровье, 1993. - 512 с.

Методична:

7. Справочник по онкологии / Под редакцией Шалимова С. А., Мясоедова Д. В. / К.: Здоров'я, 2000. – 560 с.

Наукова:

8. Cancer Medicine – вільний доступ на www.ncbi.nih.gov (далі – Enter PubMed, далі – Search Books – Cancer Medicine).
9. Surgical oncology : a European handbook / U. Veronesi (editor-in-chief) ; V. Arnesio et al. Springer-Verlag, 1989. – 999 p.

Пухлини тонкої кишки.

1. **Тема заняття:** Пухлини тонкої кишки.
2. **Актуальність теми:** Пухлини тонкої кишки трапляються досить рідко, однак симптоматика їх подібна до симптоматики пухлин товстої кишки, тому знання цієї симптоматики важливе для лікарів-онкологів з метою, передовсім, диференційної діагностики.
3. **Мета заняття:**
 - 3.1. навчальна – Удосконалити теоретичні і практичні знання з методів діагностики пухлин тонкої кишки.
 - 3.2. вміти своєчасно виявити і оцінити різні методики лікування пухлин тонкої кишки.
 - 3.3. виховна – сформувати почуття відповідальності за адекватність лікування пацієнтів з раком тонкої кишки.
4. **Обладнання до заняття:** Історії хвороб, слайди, рентгенограми, препарати пухлин, демонстрація хворих., ситуаційні задачі.
5. **План і організаційна структура заняття:**

тривалість заняття – 2 навчальних години, з них

 - 5.1. Підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання) - 10 хв.
 - 5.2. Основний етап (формування професійних знань: виклад теоретичного матеріалу, заслуховування реферативних повідомлень лікарів-слухачів-терапевтів, коментар з проблемних питань) - 55%.
 - 5.3. Заключний етап (контроль і корекція знань, дискусія, проведення підсумків заняття, розподіл тем реферативних повідомлень на наступне семінарське заняття) - 35 хв.
6. **Зміст теми заняття:**
 - 6.1. Перелік питань, які будуть винесені на обговорення (тези виступів на підставі індивідуально виконаних завдань, теми реферативних повідомлень).
 - 6.1.1. Класифікація пухлин тонкої кишки Лімфопроліферативні пухлини тонкої кишки (годжкінські і негоджкінські лімфоми).
 - 6.1.2. Клініка пухлин тонкої кишки (кишкова непрохідність, кровотечі). Лейоміоми можуть швидше проявлятися кровотечею, непрохідність зумовлена меншим діаметром просвіту тонкої кишки. лімфоми).
 - 6.1.3. Діагностика пухлин тонкої кишки. Фіброгастродуоденоскопія, УЗД і комп'ютерна томографія, лапароскопія.

- 6.1.4. Лікування пухлин тонкої кишки. Хірургічне лікування та додаткове лікування пухлини. в залежності від результатів гістологічного дослідження
- 6.1.5. Лікування годжкінських і негоджкінських лімфом. Схеми хіміотерапії. Диспансерний нагляд.

6.2. Напрямки дискусії, .

- 6.2.1. Помилки в клінічній діагностиці доброякісних та злоякісних пухлин тонкої кишки
- 6.2.2. Доцільність і алгоритм вибору додаткових методів діагностики, їх інформативність.
- 6.2.3. Принципи лікування пухлин тонкої кишки. Пухлини АПУД системи.
- 6.2.4. .Сучасне лікування лімфом. тонкої кишки..

6.3. Коментар з проблемних питань.

Тема „: Пухлини тонкої кишки” має значне теоретичне та практичне значення. У тонкій кишці спостерігаються злоякісні пухлини як епітеліальної, так і мезенхімальної природи. Клінічні і секційні статистики показують, що рак тонкої кишки зустрічається в 0,5 % випадків усіх злоякісних пухлин шлунково-кишкового тракту. Рак тонкої кишки спостерігається частіше у віці старшому за 50 років. У молодих людей первинний рак тонкої кишки зустрічається виключно рідко. Чоловіки частіше бувають носіями цих пухлин, ніж жінки. Клубова кишка дещо частіше, ніж тонка, вражається раком. Рак тонкої кишки може виникнути на тлі довго триваючих запальних процесів – ентерит, виразки слизистої оболонки. Не виключена можливість виникнення раку з поліпів, що розвинулися на травмованій або запально зміненій слизистій оболонці. Початкові стадії раку тонкої кишки тривало протікають безсимптомно. На цьому етапі діагноз може бути поставлений випадково, під час лапаротомії, що робиться з якого-небудь приводу. Клініка більш пізніх стадій залежить від конкретної локалізації і є поліморфною, проте завершується кишковою непрохідністю. Лікування пухлин тонкої кишки тільки хірургічне. Тактика хірурга і об'єм оперативного втручання визначаються станом хворого, рівнем непрохідності, залученням у процес інших органів. Викладач у своєму коментарі наголошує на важливості розпізнання цих пухлин якомога раніше, і необхідності застосування з цією метою сучасних інструментальних методів на доопераційному етапі.

6.4. Завдання для контролю та самоконтролю. *(перелічити запитання)*

- 6.4.1. Доброякісні та злоякісні пухлини тонкої кишки
- 6.4.2. Лімфопроліферативні пухлини тонкої кишки.
- 6.4.3. Симптоматика пухлин тонкої кишки.
- 6.4.4. Діагностика пухлин тонкої кишки.
- 6.4.5. Принципи хірургічного лікування пухлин тонкої кишки.

6.4.6. Лікування лімфом тонкої кишки.

7. Література. (навчальна, довідкова, методична, наукова)

Навчальна

1. Чиссов В.И. и др. Онкология. – Электронный учебник. – 2000 г.
2. Оперативная хирургия // Под ред. И. Литтмана Будапешт: Изд-во АН Венгрии. - 1981. – 1175 с.
3. В.И.Чиссов, А.Х.Трахтенберг. Ошибки в клинической онкологии: Руководство для врачей. - М. Медицина, 1993. - 544 с.

Методична:

4. Справочник по онкологии / Под редакцией Шалимова С. А., Мясоедова Д. В. / К.: Здоров'я, 2008. – 576 с.

Наукова

5. Vincent T. Devita, Jr. Samuel Hellman, Steven A. Rosenberg . CANCER. Principles and practice of Oncology. 8th Edition./ CD-R/
6. Surgical oncology : a European handbook / U.Veronesi (editor-in-chief) ; V.Arnasio et al. Springer-Verlag. – 1989. – 999 p.

Пострезекційні синдроми в онкології. Методи реабілітації

1. **Тема заняття:** Пострезекційні синдроми в онкології. Методи реабілітації
2. **Актуальність теми:** Вивчення віддалених результатів після резекції шлунка та гастректомії показує, що у багатьох оперованих виникають різноманітні функціональні і органічні порушення, обумовлені недосконалими методиками а також технічними вадами виконання окремих моментів оперативних втручань.
3. **Мета заняття:**
 - 3.1. навчальна – удосконалити теоретичні знання лікарів-онкологів з питань діагностики пострезекційних синдромів.
 - 3.2. професійно орієнтована – удосконалити практичні вміння лікарів-онкологів з питань консервативної терапії та оперативної корекції пост резекційних синдромів.
 - 3.3. виховна – сформувані почуття відповідальності за наслідки та якість життя хворих, прооперованих з приводу пухлин шлунка.
4. **Обладнання до заняття:** хірургічні атласи, рентгенограми, відеозаписи гастроскопій, хворі, історії хвороб хворих з пострезекційними синдромами
5. **План і організаційна структура заняття:**

тривалість заняття – 2 навчальних години, з них

 - 5.1. Підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання) - 10 хв.
 - 5.2. Основний етап (формування професійних знань: виклад теоретичного матеріалу, заслуховування реферативних повідомлень лікарів-слухачів, коментар з проблемних питань) - 55%.
 - 5.3. Заключний етап (контроль і корекція знань, дискусія, проведення підсумків заняття, розподіл тем реферативних повідомлень на наступне семінарське заняття) - 35 хв.
6. **Зміст теми заняття:**
 - 6.1. Перелік питань, які будуть винесені на обговорення (тези виступів на підставі індивідуально виконаних завдань, теми реферативних повідомлень).
 - 6.1.1. Синдроми функціональних розладів:
 - 6.1.1.1. Демпінг-синдром.
 - 6.1.1.2. Гіпоглікемічний синдром.
 - 6.1.1.3. Пострезекційна (агастральна) астенія.
 - 6.1.1.4. Синдром малого шлунка.
 - 6.1.1.5. Гастрозофагеальний рефлюкс.
 - 6.1.1.6. Лужний рефлюкс-гастрит.
 - 6.1.1.7. Харчова алергія.

- 6.1.2. Синдроми органічних розладів:
 - 6.1.2.1. Пептична виразка анастомозу.
 - 6.1.2.2. Синдром привідної петлі.
 - 6.1.2.3. Рубцева деформація і звуження анастомозу.
 - 6.1.2.4. Пострезекційні супутні захворювання (панкреатит, ентероколіт).
 - 6.1.3. Змішані розлади (будь-які розлади в поєднанні з демпінг-синдромом).
 - 6.1.4. Методи реабілітації хворих із постгастррезекційними синдромами.
- 6.2. Напрямки дискусії
- 6.2.1. Причини і механізм розвитку демпінг-синдрому
 - 6.2.2. Методи лікування демпінг-синдрому: консервативні і оперативні.
 - 6.2.3. Патогенез, клініка та лікування агастральної астенії.
 - 6.2.4. Причини і клініка гастроєзофагеального рефлюксу, способи консервативного і оперативного лікування.
 - 6.2.5. Причини та найбільш типові помилки в техніці операцій на шлунку.
- 6.3. Коментар з проблемних питань.
- Тема „Пост резекційні синдроми в онкології..” має велике теоретичне та практичне значення. Найважливіші з неонкологічних ускладнень це, зокрема, демпінг-синдром, пов'язаний з швидкою евакуацією їжі з шлунка в тонку кишку із-за виключення з травлення дванадцятипалої кишки. У онкологічних хворих це ускладнення зустрічається вкрай рідко і виникає найчастіше при дуже широкому анастомозі, що призводить до «блискавичного» спорожнення резекованого шлунка в кишку. Правильно сформоване шлунково-кишкове гирло надійно гарантує від розвитку цього ускладнення. Синдром привідної петлі пов'язаний із стенозом, перегином цієї петлі – одне і можливих ускладнень після резекції шлунка і гастректомії.. Крім цього, після гастректомії зустрічаються загальні розлади, що виражаються в поганому загальному стані. розладі стільця, астенії, схудненні. Можлива також поява залізо-дефіцитної або В₁₂-дефіцитної анемії, що зумовлено видаленням шлунка. Викладач у своєму коментарі наголошує, що завдання онкохірурга – передбачити і п, по можливості, мінімізувати ці можливі ускладнення в процесі оперативного лікування.
- 6.4. Завдання для контролю та самоконтролю. *(перелічити запитання)*
- 6.4.1. Класифікація демпінг-синдрому.
 - 6.4.2. Клінічна картина демпінг-синдрому.
 - 6.4.3. Лікування і реабілітація хворих із демпінг-синдромом.

- 6.4.4. Клініка, класифікація і лікування гіпоглікемічного синдрому.
- 6.4.5. Агастральна астения, патогенез, клініка та лікування і реабілітація.
- 6.4.6. Рефлюкс-гастрит і гастроэзофагеальний рефлюкс, причини, лікування і реабілітація.
- 6.4.7. Причини, клініка і лікування пептичних виразок анастомозу.

7. Література. (навчальна, довідкова, методична, наукова)

Навчальна

1. Хирургия пищеварительного тракта / Шалимов А. А., Саенко В. Ф., - К.: Здоров'я, 1987. – 568 с.
2. Онкологія: Підручник. – 3-тє видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білинський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак та ін. За ред. проф. Б. Т. Білинського. - К.: Здоров'я, 2004, 2007. – 532 с.
3. Оперативная хирургия // Под ред. И. Литтмана Будапешт: Изд-во АН Венгрии. - 1981. – 1175 с.
4. Петерсон Б. Е. Хирургическое лечение злокачественных опухолей. М.: медицина. – 1976. – 368 с., ил.
5. Р. Золлингер, Р. Золлингер. Атлас хирургических операций. – Изд-во «Доктор и К°», Москва, 2000. – 425 с.

Методична:

6. Справочник по онкологии / Под редакцией Шалимова С. А., Мясоедова Д. В. / К.: Здоров'я, 2008. – 576 с.
7. Клиническая онкология: Практикум / Гнатишак А. И., Билинский Б. Т., Савран В. Р., Стернюк Б. П.. Львов: Вища школа. Изд-во при Львов. ун-те, 1980. – 184 с.

Наукова:

7. Vincent T. Devita, Jn. Samuel Hellman, Steven A. Rosenberg . CANCER. Principles and practice of Oncology. 8th Edition./ CD-R/

Рак грудної залози. Захворюваність, етіологія, епідеміологія, передракові стани

1. **Тема заняття:** Рак грудної залози. Захворюваність, етіологія, епідеміологія, передракові стани.
2. **Актуальність теми:** Актуальність теми визначається високою частотою РГЗ, особливостями епідеміології та роллю розмаїтих факторів у патогенезі цієї локалізації рака. Рак грудної залози трапляється переважно в осіб зрілого та похилого віку. В Україні наприкінці 90-х років ХХ століття захворюваність складала 31 випадок на 100.000 населення, а серед жіночого населення 57,4. Спостерігається постійне зростання частоти цього захворювання. 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.
3. **Мета заняття:**
 - 3.1. навчальна – Удосконалити теоретичні і практичні знання лікарів – онкологів з станом захворюваності, етіологією, епідеміологією та передраковими станами грудної залози;
 - 3.2. професійно орієнтована – знати сучасні критерії диференційованого підходу до вибору тактики лікування передпухлинних захворювань і станів грудної залози
 - 3.3. виховна – сформувати відповідальність за своєчасність та кваліфікованість лікаря – онколога при виявленні ранніх форм раку грудної залози.
4. **Обладнання до заняття:** слайди, історії хвороб, бюлетені канцерреєстру України, звітні форми онкологічних закладів.
5. **План і організаційна структура заняття:**

тривалість заняття – 2 навчальних години, з них

 - 5.1. Підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання) - 10 хв.
 - 5.2. Основний етап (формування професійних знань: виклад теоретичного матеріалу, заслуховування реферативних повідомлень лікарів-слухачів-терапевтів, коментар з проблемних питань) - 55%.
 - 5.3. Заключний етап (контроль і корекція знань, дискусія, проведення підсумків заняття, розподіл тем реферативних повідомлень на наступне семінарське заняття) - 35 хв.
6. **Зміст теми заняття:**

- 6.1. Перелік питань, які будуть винесені на обговорення (тези виступів на підставі індивідуально виконаних завдань, теми реферативних повідомлень).
 - 6.1.1. Стан захворюваності і смертності на рак грудної залози в Україні і світі.
 - 6.1.2. Сучасні погляди на етіологічні фактори розвитку раку грудної залози.
 - 6.1.3. Епідеміологія раку грудної залози.
 - 6.1.4. Передпухлинні захворювання і стани. Лікування. Диспансеризація. Прогноз.
- 6.2. Напрямки дискусії
 - 6.2.1. Динаміка і причини змін показників захворюваності і смертності на рак грудної залози.
 - 6.2.2. Роль спадкових і генетичних чинників у розвитку раку грудної залози. Спосіб життя жінки і пухлини грудної залози.
 - 6.2.3. Облігатний і факультативний передрак у розвитку раку грудної залози.
- 6.3. Коментар з проблемних питань. Тема „Рак грудної залози. Захворюваність, етіологія, епідеміологія, передракові стани.” має надзвичайно важливе теоретичне та вагоме практичне значення. Згідно з прогнозом до 2010 року у світі щороку буде діагностовано 1 350 000 випадків раку грудної залози. В економічно розвинутих країнах Західної Європи рак грудної залози посідає перше-друге місце в загальній структурі онкологічної захворюваності серед жінок. На жаль захворюваність на рак грудної залози вища і в Україні не зменшується, високою залишається смертність і летальність до 1 року, не ефективними скринінг і профілактика. Викладач у своєму коментарі наголошує на необхідності знання епідеміології та передракової патології молочних залоз, що є основою для формування груп підвищеного ризику з метою ранньої діагностики.
- 6.4. Завдання для контролю та самоконтролю. *(перелічити запитання)*
 - 6.4.1. Причинні фактори розвитку раку грудної залози;
 - 6.4.2. Показники захворюваності і смертності на рак грудної залози в Україні і світі;
 - 6.4.3. Епідеміологічні особливості розвитку раку грудної залози, генетичні передумови.
 - 6.4.4. Передпухлинні захворювання і їх диспансеризація

7. Література :

Навчальна

1. Онкологія: Підручник. – 3-тє видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білінський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак та ін. За ред. проф. Б. Т. Білінського. - К.: Здоров'я, 2004, 2007. – 532 с.
2. Семиглазов В. Ф., Нургазиев К. Ш., Арзуманов А. С. Опухоли молочной железы (лечение и профилактика). – Алма-Ата, 2001. - 344 с.

Методична:

3. Справочник по онкологии / Под редакцией Шалимова С. А., Мясоедова Д. В. / К.: Здоров'я, 2008. – 576 с.

Гормонотерапія раку грудної залози

1. **Тема заняття:** Гормонотерапія раку грудної залози.
2. **Актуальність теми:** Гормональне лікування раку цієї локалізації визначається гормонозалежністю грудної залози. Пригнічення або виключення функції органів, що стимулюють проліферацію залозистого епітелію грудних залоз, призводить до атрофії структур залози і водночас до регресії раку. Виключення продукції відповідних гормонів досягається хірургічним, променевим або медикаментозним шляхом. Гормонотерапія протипоказана хворим з доклінічними і ранніми стадіями раку грудної залози.
3. **Мета заняття:**
 - 3.1. навчальна – Удосконалити теоретичні знання лікарів–онкологів з питань гормонотерапії.
 - 3.2. професійно орієнтована – знати сучасні критерії вибору препаратів для різних варіантів гормонотерапії, особливості їх застосування та побічну дію.
 - 3.3. виховна – сформувати відповідальність за правильність проведення медикаментозного лікування раку грудної залози.
4. **Обладнання до заняття:** слайди, історії хвороб, бюлетені канцерреєстру України, звітні форми онкологічних закладів.
5. **План і організаційна структура заняття:**

тривалість заняття – 2 навчальних години, з них

 - 5.1. Підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання) - 10 хв.
 - 5.2. Основний етап (формування професійних знань: виклад теоретичного матеріалу, заслуховування реферативних повідомлень лікарів-слухачів-терапевтів, коментар з проблемних питань) - 55%.
 - 5.3. Заключний етап (контроль і корекція знань, дискусія, проведення підсумків заняття, розподіл тем реферативних повідомлень на наступне семінарське заняття) - 35 хв.
6. **Зміст теми заняття:**
 - 6.1. Перелік питань, які будуть винесені на обговорення (тези виступів на підставі індивідуально виконаних завдань, теми реферативних повідомлень).
 - 6.1.1. Гормонозалежність раку грудної залози та способи виключення гормональної стимуляції.
 - 6.1.2. Хірургічна оваріектомія, адреналектомія, критерії вибору, протипокази, ефективність.

- 6.1.3. Способи вивчення гормонального стану і принципи аблятивної гормонотерапії. Андрогенотерапія, покази і проти покази.
 - 6.1.4. Антиестрогенотерапія. Покази, сучасні препарати, тривалість лікування, побічна дія.
 - 6.1.5. Прогестини та інгібітори ароматази. Покази до застосування. Побічна дія.
- 6.2. Напрямки дискусії
- 6.2.1. Механізми різних способів гормонального лікування при раку грудної залози.
 - 6.2.2. Визначення статевого хроматину, чи визначення гормональних рецепторів?
 - 6.2.3. Роль хірургічної та променевої аблятивної гормонотерапії, порівняння ефективності.
 - 6.2.4. Вибір сучасних препаратів різних фірм для амбулаторної гормонотерапії, критерії, ефективність.
- 6.3. Коментар з проблемних питань. Тема „Гормонотерапія раку грудної залози.” Важлива з огляду на прогрес в ад'ювантному лікуванні хворих на рак грудної залози. Гормонотерапія протипоказана хворим з доклінічними і ранніми стадіями раку грудної залози. Цей метод доцільно застосовувати в пацієнок з III і IV стадіями процесу при появі рецидивів чи метастазів під час лікування. В останній час різко розширився арсенал засобів, що застосовуються при гормонотерапії грудної залози. З цією метою, крім антиестрогенів застосовують прогестини і антагоністи релізінг – фактора лютеїнізуючого гормону (ЛГРФ). З початку 70-х рр. в якості ад'ювантної гормонотерапії застосовується антиестрогенний препарат тамоксифен, стандартною добовою дозою якого вважається 20 мг з тривалістю застосування не менше п'яти років. Особливе місце в гормонотерапії раку грудної залози займають інгібітори ароматази. Застосування інгібіторів ароматази базується на ідеї можливості, пригнітити саме утворення естрогенів. Викладач у своєму коментарі наголошує на необхідності знання алгоритмів і закономірностей застосування різних методів гормональних впливів у цієї категорії хворих, сучасних фармакопрепаратів, та особливостей їх призначення.
- 6.4. Завдання для контролю та самоконтролю. *(перелічити запитання)*
- 6.4.1. Теоретичні аспекти гормонозалежності пухлин грудної залози.
 - 6.4.2. Способи виключення продукції гормонів, що впливають на грудні залози.
 - 6.4.3. Прогностичне значення визначення статевого хроматину та гормональних рецепторів пухлин.
 - 6.4.4. Передпухлинні захворювання і їх диспансеризація.

- 6.4.5. Андрогенотерапія, покази препаратів.
- 6.4.6. Антиестрогенотерапія, покази, препарати, тривалість, побічна дія.
- 6.4.7. Інгібітори ароматази, покази, препарати, тривалість, побічна дія.

7. Література :

Навчальна

1. Онкологія: Підручник. – 3-тє видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білінський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак та ін. За ред. проф. Б. Т. Білінського. - К.: Здоров'я, 2004, 2007. – 532 с.
2. Семиглазов В. Ф., Нургазіев К. Ш., Арзуманов А. С. Опухоли молочной железы (лечение и профилактика). – Алма-Ата. 2001. - 344 с.
3. Б. Т. Білінський, Я. В. Шпарик. Сучасні проблеми медикаментозної терапії раку грудної залози. Посібник для лікарів. – Львів, Галицька видавнича спілка, 2001 – 160 с.
4. Мастопатии и рак молочной железы / А. С. Зотов, Е. О. Белик. – 4-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 112 с.

Методична:

5. Справочник по онкологии / Под редакцией Шалимова С. А., Мясоедова Д. В. / К.: Здоров'я, 2008. – 576 с.

Злоякісні заочеревинні пухлини

1. **Тема заняття:** Злоякісні заочеревинні пухлини.
2. **Актуальність теми:** сучасний рівень знань про діагностику і лікування заочеревинних пухлин вимагає у лікарів-онкологів формування системи знань щодо клінічної діагностики та лікування заочеревинних пухлин.
3. **Мета заняття:**
 - 3.1. навчальна – Удосконалити теоретичні і практичні знання лікарів-слухачів з питань особливостей клінічного огляду хворих для виявлення у них заочеревинних пухлин, навчити оцінювати результати основних методів візуалізації, ознайомити з основними методами лікування заочеревинних пухлин.
 - 3.2. вміти своєчасно виявити заочеревинні пухлини та їх ускладнення.
 - 3.3. виховна – сформувати почуття відповідальності за своєчасність виявлення заочеревинних пухлин та правильність подальших професійних дій
4. **Обладнання до заняття:** схеми, рентгенограми, комп'ютерні томограми, історії хвороб, ситуаційні задачі.
5. **План і організаційна структура заняття:**

тривалість заняття – 2 навчальних години, з них

 - 5.1. Підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання) - 10 хв.
 - 5.2. Основний етап (формування професійних знань: виклад теоретичного матеріалу, заслуховування реферативних повідомлень лікарів-слухачів-терапевтів, коментар з проблемних питань) - 55%.
 - 5.3. Заключний етап (контроль і корекція знань, дискусія, проведення підсумків заняття, розподіл тем реферативних повідомлень на наступне семінарське заняття) - 35 хв.
6. **Зміст теми заняття:**
 - 6.1. Перелік питань, які будуть винесені на обговорення (тези виступів на підставі індивідуально виконаних завдань, теми реферативних повідомлень).
 - 6.1.1. Особливості об'єктивного клінічного обстеження хворого з підозрою на наявність заочеревинної пухлини
 - 6.1.2. Інструментальні методи обстеження заочеревинного простору. (ультрасонографія, рентгенконтрастні методики, КТ, інвазивні методики: тонкоголкова аспірацій на біопсія, трепанобіопсія, відкрита біопсія.), інтерпретація даних.
 - 6.1.3. Клініка та класифікація за очеревинних пухлин.

6.1.4. Принципи лікування доброякісних заочеревинних пухлин: радикальне, симптоматичне.

6.2. Напрямки дискусії,

6.2.1. Помилки в клінічній діагностиці заочеревинних пухлин, їх причини, диференційної діагностики.

6.2.2. Застосування інвазивних методик морфологічної верифікації, покази, проти покази, можливі ускладнення.

6.2.3. Особливості оцінки даних КТ і ЯМР.

6.2.4. Принципи хірургічного лікування за очеревинних пухлин, радикальність, резектабельність і операбельність.

6.2.5. Альтернативні методи лікування за очеревинних пухлин.

6.3. Коментар з проблемних питань.

Тема „Злоякісні заочеревинні пухлини” має значне теоретичне та практичне значення. Заочеревинні пухлини зустрічаються в будь-якому віці, але частіше всього в осіб від 40 до 60 років, у жінок дещо частіше, ніж у чоловіків. Серед онкологічних захворювань частота виникнення заочеревинних неорганичних пухлин складає від 0,2 до 0,4%. В Україні захворюваність злоякісними заочеревинними пухлинами складає 1,8 випадків на 100 тис. населення, а смертність від цієї патології - 1,2 на 100 тис. Заочеревинний простір надзвичайно багатий на ембріогенетично різноманітні тканини, внаслідок чого саме там зустрічається велика кількість морфологічних форм пухлин. Окрім пухлин мезенхімальної природи, нейрогенних і лімфогенних новоутворів, в заочеревинному просторі спостерігаються змбріональні карциноми, мезотеліальні пухлини тератоми, дермоїдні кісти, а також кісти невстановленого походження. Клініка їх характеризується відсутністю ранніх характерних симптомів. Основним методом лікування є хірургічний. Оперативне втручання з приводу заочеревинних неорганичних пухлин відносять до категорії технічно складних комбінованих втручань. При заочеревинних пухлинах радикальне хірургічне втручання вдається виконати у 69-76% хворих. Викладач у своєму коментарі наголошує на важливості розпізнання цих пухлин якомога раніше, а також потреби їх морфологічної верифікації на доопераційному етапі.

6.4. Завдання для контролю та самоконтролю. *(перелічити запитання)*

6.4.1. Особливості анатомії заочеревинного простору. Епідеміологія за очеревинних новоутворів.

6.4.2. Класифікація за очеревинних пухлин.

6.4.3. Клініка за очеревинних пухлин, методи діагностики. Диференційна діагностика.

6.4.4. Методи лікування, альтернативне і паліативне лікування, лікування рецидивів пухлин. Прогноз.

7. **Література.** (навчальна, довідкова, методична, наукова)

Навчальна

1. Vincent T. Devita, Jr. Samuel Hellman, Steven A. Rosenberg . CANCER. Principles and practice of Oncology. 8th Edition./ CD-R/ Available at: <http://www.lwwoncology.com/Textbook/Toc.aspx?id=11000>
2. Чиссов В. И. и др. Онкология. – Электронный учебник. – 2000 г.

Методична:

3. Справочник по онкологии / Под редакцией Шалимова С. А., Мясоедова Д. В. / К.: Здоров'я, 2008. – 576 с.

Принципи хірургічного лікування онкогінекологічних хворих

1. **Тема заняття:** Принципи хірургічного лікування онкогінекологічних хворих
2. **Актуальність теми:** Хірургічний метод є основним в системі надання допомоги онкогінекологічним хворим та застосовується як самостійний, так і в поєднанні з променевою методом і хіміотерапією у 80% хворих на рак вульви (РВ), 96% – пацієнтів з передінвазивним раком шийки матки (ОШМ), 50% хворих з інвазивним раком шийки матки, 80% хворих на рак ендометрія (РЕ), 95% хворих на саркоми матки. Хірургічне втручання дозволяє уточнити ступінь розповсюдження пухлини, особливості її морфологічної будови, стан регіонарних лімфатичних вузлів.
3. **Мета заняття:**
 - 3.1. навчальна – удосконалити теоретичні і практичні знання лікарів онкологів хірургів з питань хірургічної онкогінекології, познайомити з особливостями біологічної поведінки та шляхами розповсюдження пухлин репродуктивних органів, що зумовлює необхідність виконання певного об'єму оперативних втручань.
 - 3.2. професійно орієнтована – сформулювати покази та протипокази до певних типів оперативних втручань, розуміти принципи їх виконання.
 - 3.3. виховна – на матеріалах теми сформулювати почуття відповідальності за вибір тактики лікування онкогінекологічного хворого, сприяти усвідомленню того, що застосування оперативних втручань, часом розширеного об'єму, може забезпечити стійке вилікування онкогінекологічних хворого.
4. **Обладнання до заняття:** історії хвороб, прозірки, атласи хірургічних операцій, схеми основних оперативних втручань, слайди.
5. **План і організаційна структура заняття:**

тривалість заняття – 2 навчальних години, з них

 - 5.1. Підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання) - 10 хв.
 - 5.2. Основний етап (формування професійних знань: виклад теоретичного матеріалу, заслуховування реферативних повідомлень лікарів-слухачів-терапевтів, коментар з проблемних питань) - 60 хв.
 - 5.3. Заключний етап (контроль і корекція знань, дискусія, проведення підсумків заняття, розподіл тем реферативних повідомлень на наступне семінарське заняття) - 20%.
6. **Зміст теми заняття:**

- 6.1. Перелік питань, які будуть винесені на обговорення (тези виступів на підставі індивідуально виконаних завдань, теми реферативних повідомлень).
 - 6.1.1. Хірургічна анатомія жіночої репродуктивної системи: особливості кровопостачання, лімфовідтоку, іннервації органів малого тазу жінки.
 - 6.1.2. Методи визначення резектабельності пухлинного процесу (бімануальне обстеження, інтравагінальне УЗД з Допплером, комп'ютерна томографія).
 - 6.1.3. Принципи абластики та антибластики при виконанні розширених пангістеректомій з тазовою та паракавальною лімфаденектоміями.
 - 6.1.4. Циторедуктивні операції при розповсюджених стадіях РЯ. Покази, ідеологія, ефективність.
 - 6.1.5. Органозберігаючі операції в онкогінекології – тракельектомія.

6.2. Напрямки дискусії

- 6.2.1. Інтраопераційне встановлення резектабельності.
- 6.2.2. Об'єм і рівні лімфодисекції.
- 6.2.3. Причини післяопераційних ускладнень та їх профілактика.
- 6.2.4. Покази і проти покази до органозберігаючих операцій і малоінвазивних втручань.

6.3. Коментар з проблемних питань.

Тема „Принципи хірургічного лікування онкогінекологічних хворих.” має значне теоретичне, і практичне значення. Наприклад, відомо, що на користь хірургічного лікування раку шийки матки свідчить наявність таких факторів: 1) молодий і середній вік хворих (до 50 років); 2) супутні фіброміоми матки, пухлини додатків або запальні процеси в них; 3) резистентність пухлини до променевої терапії; 3) бочкоподібна шийка матки – аденокарцинома цервікального каналу; 4) при метастазах раку в регіонарні лімфатичні вузли; 5) поєднання раку з вагітністю. Цей метод найкраще відповідає вимогам радикального лікування, і є основним його компонентом. Покази до оперативного лікування повинні бути обумовлені самим захворюванням і станом хворої, педантично продумані і записані в історії захворювання. Операція повинна переслідувати мету не лише ліквідувати причини захворювання, але і при можливості, зберегти функції органу. Викладач у своєму коментарі наголошує, що для онколога є важливим знання особливостей проведення хірургічних втручань в онкогінекології з огляду на високу питому вагу цих пацієнтів серед контингентів онкохворих і значний відсоток онкогінекологічних операцій серед усіх оперативних втручань в онкології.

6.4. Завдання для контролю та самоконтролю. *(перелічити запитання)*

- 6.4.1. Особливості хірургічної анатомії жіночої репродуктивної системи. Підготовка хворих до планових оперативних втручань.
- 6.4.2. Типові оперативні втручання:
 - 6.4.2.1. Надпівхова ампутація матки.
 - 6.4.2.2. Пангістеректомія (екстирпація матки з додатками).
 - 6.4.2.3. Вульвектомія
- 6.4.3. Розширені пангістеректомії при раку шийки матки (операція Вертгайма).
- 6.4.4. Органозберігаючі операції:
 - 6.4.4.1. Діатермокоагуляція шийки матки.
 - 6.4.4.2. Тракельектомія.
- 6.4.5. Ведення післяопераційного періоду, ускладнення, профілактика ускладнень

7. Література. (навчальна, довідкова, методична, наукова)

Навчальна

1. Онкологія: Підручник. – 3-тє видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білинський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак та ін. За ред. проф. Б. Т. Білинського. - К.: Здоров'я, 2004, 2007. – 532 с.
2. Оперативная гинекология / Рембез И. Н. – 2-е изд. перераб. и доп. – К.:1985. – 256 с.
3. Петерсон Б. Е. Хирургическое лечение злокачественных опухолей. М.: Медицина.- 1979. – 368 с., ил.
4. Бохман Я. В., Лютра У. К. Рак шейки матки. – Кишинев: «Штиинца», 1991, 239 с.

Методична

5. Справочник по онкологии / Под редакцией Шалимова С. А., Мясоедова Д. В. / К.: Здоров'я, 2008. – 576 с.
6. Клиническая онкология: Практикум / Гнатишак А. И., Билинский Б. Т., Савран В. Р., Стернюк Б. П.. Львов: Вища школа. Изд-во при Львов. ун-те, 1980. – 184 с.
7. Мінімальні клінічні рекомендації ESMO / перекл. з англ. Відповідальний редактор Я.Шпарик. – Львів: Галицька видавнича спілка, 2002 – 56 с.

Наукова

8. Surgical oncology : a European handbook / U. Veronesi (editor-in-chief) ; B. Arnesio et al. Springer-Verlag, 1989. – 999 p.

Передпухлинні захворювання шийки матки. Фактори ризику раку шийки матки.

1. **Тема заняття:** Передпухлинні захворювання шийки матки. Фактори ризику раку шийки матки.
2. **Актуальність теми:** Щороку в світі захворює до 500 тис. жінок на рак шийки матки. Проте відомо, що виникненню інвазійного процесу передують порушення проліферації, диференціації, злущування сквамозного епітелію – дисплазія. Дисплазія не супроводжується жодними клінічними проявами. Водночас, активне виявлення - цитологічне дослідження стану цервікального епітелію, пряма візуальна інспекція шийки матки дозволяють активно виявляти цервікальну інтраепітеліальну неоплазію, лікувати її і не допустити розвитку інвазійного раку. Цій меті служить організація популяційного цитологічного скринінгу для виявлення цервікальної інтраепітеліальної неоплазії.
3. **Мета заняття:**
 - 3.1. навчальна – знати епідеміологію, етіологію цервікальної інтраепітеліальної неоплазії, роль папіломавірусної інфекції у її виникненні, переконатися в доцільності скринінгу на виявлення передраку і раннього раку шийки матки, вивчити методи діагностики початкового раку шийки матки.
 - 3.2. професійно-орієнтована – оволодіти принципами вагінального, цитологічного досліджень, кольпоскопії, діагностики на присутність HPV інфекції.
 - 3.3. виховна – Наголосити увагу на питаннях ранньої діагностики передраку, відповідальності лікаря і самої жінки за здоров'я нижнього генітального тракту. Роль поінформованості суспільства щодо механізмів виникнення раку шийки матки.
4. **Обладнання до заняття:** таблиці, діапозитиви, препарати пухлин, видалених під час операції, протоколи запущеності РШМ, цитологічні препарати, інструменти для забору цитологічного та гістологічного матеріалу з шийки матки, кольпоскоп, комп'ютерні томограми малого тазу, демонстрація хворих.
5. **План і організаційна структура заняття:**

тривалість заняття – 2 навчальних години, з них

 - 5.1. Підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання) - 10 хв.
 - 5.2. Основний етап (формування професійних знань: виклад теоретичного матеріалу, заслуховування реферативних повідомлень лікарів-слухачів-терапевтів, коментар з проблемних питань) - 55%.

5.3. Заключний етап (контроль і корекція знань, дискусія, проведення підсумків заняття, розподіл тем реферативних повідомлень на наступне семінарське заняття) - 35 хв.

6. Зміст теми заняття:

6.1. Перелік питань, які будуть винесені на обговорення (тези виступів на підставі індивідуально виконаних завдань, теми реферативних повідомлень).

6.1.1. Епідеміологія РШМ. Фактори ризику інвазійного РШМ.

6.1.2. Поняття передраку - цервікальної інтраепітеліальної неоплазії.

6.1.3. Роль папілома – вірусної інфекції у виникненні ЦІН.

6.1.4. Цитологічний скринінг у виявленні ЦІН. Роль онколога.

6.1.5. Кольпоскопія у діагностиці ЦІН. Лікування ЦІН – попередження інвазійного РШМ.

6.2. Коментар з проблемних питань.

Тема „Фактори ризику раку шийки матки. Передракові стани.” має велике теоретичне та практичне значення. На сьогоднішній день це захворювання є третім за частотою гінекологічним раком, поширеність якого в світі різна. В Україні наприкінці 90-х років ХХ століття захворюваність складала 17...18 випадків на 100.000 жіночого населення. Серед численних епідеміологічних факторів ризику, пов'язаних з виникненням інвазивного раку шийки матки, найсуттєвішими виявилися: 1) кількість статевих партнерів у жінки протягом життя; 2) вік, в якому розпочато статеве життя; 3) сексуальна поведінка статевого партнера - кількість його додаткових зв'язків; 4) наявність імундепресії, 5) паління тютюну. Таким чином, є обґрунтовані підстави розглядати рак шийки матки як хворобу, що передається статевим шляхом. Розвиток інвазивного раку шийки матки відбувається дуже поступово і захоплює 10-12 років. Йому передують патологічні порушення росту, т. з. дисплазії, або цервікальної інтраепітеліальної неоплазії (CIN). Інтраепітеліальна неоплазія шийки матки поділяється на I, II та III ступені. Тому для ранньої діагностики раку ШМ дуже велике значення мають профілактичні огляди здорового населення. Викладач у своєму коментарі наголошує на важливості проведення скринінгу та своєчасного дообстеження різних передпухлинних патологій у жінок.

6.3. Завдання для контролю та самоконтролю. *(перелічити запитання)*

6.3.1. Фактори ризику інвазійного РШМ.

6.3.2. Молекулярно-генетичний механізми папіломавірусного канцерогенезу.

6.3.3. Цитологічний скринінг у виявленні передраку і попередженні інвазійного РШМ.

6.3.4. Роль морфологічної верифікації цервікальної інтраепітеліальної неоплазії.

- 6.3.5. Кольпоскопові картини церві кальної інтраепітеліальної неоплазії .
- 6.3.6. Лікування передракової патології ШМ. Покази до ДТК.
- 6.3.7. Цервікальна інтраепітеліальна неоплазія і вагітність.

7. Література. (навчальна, довідкова, методична, наукова)

Навчальна:

- 1. Онкологія: Підручник. – 3-тє видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білинський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак та ін. За ред. проф. Б. Т. Білинського. - К.: Здоров'я, 2004, 2007. – 532 с.
- 2. Бохман Я. В., Лютра У. К. Рак шейки матки. – Кишинев, «Штиинца». 1991, 239 с.

Методична:

- 3. Справочник по онкологии /под ред. С. А. Шалімова, Д. В. Мясоєдова / К.: Здоров'я, 2008. – 576 с.

Наукова:

- 4. Cancer Medicine – вільний доступ на www.ncbi.nih.gov (далі – Enter PubMed, далі – Search Books – Cancer Medicine).
- 5. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы. Под ред. В. Н. Прилепской. - Москва. - МЕДпресс-информ, 2003. – 430 с.

Рак вульви

1. **Тема заняття:** Рак вульви
2. **Актуальність теми:** Рак вульви є четвертим за частотою раком жіночих репродуктивних органів і характеризується високим метастатичним потенціалом. Нерідко діагностується пізно, не дивлячись на те що належить до пухлин візуальних локалізацій. Початкові стадії (вульварна інтраепітеліальна неоплазія, рак in situ, навіть початковий інвазійний рак) часто розцінюються, як хвороби вульви запального або дегенеративного характеру. Удосконалення знань про рак вульви сприятиме ранній діагностиці, а відтак – підвищенню радикальності методів лікування.
3. **Мета заняття:**
 - 3.1. навчальна – вивчити основні питання, що стосуються епідеміології, механізмів розвитку, діагностики та лікування раку вульви
 - 3.2. професійно орієнтована – оволодіти принципами вагінального цитологічного дослідження, кольпоскопії, діагностики на наявність HPV інфекції.
 - 3.3. виховна – наголосити увагу на відповідальності як лікарів, так і пацієнок за ранню діагностику передраку і раку зовнішніх статевих органів. Постійно інформувати суспільство щодо причин виникнення ЗН цієї локалізації.
4. **Обладнання до заняття:** таблиці, історії хвороб, слайди, демонстрація та курація пацієнок, кольпоскоп.
5. **План і організаційна структура заняття:**

тривалість заняття – 2 навчальних години, з них

 - 5.1. Підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання) - 10 хв.
 - 5.2. Основний етап (формування професійних знань: виклад теоретичного матеріалу, заслуховування реферативних повідомлень лікарів-слухачів-терапевтів, коментар з проблемних питань) - 60 хв.
 - 5.3. Заключний етап (контроль і корекція знань, дискусія, проведення підсумків заняття, розподіл тем реферативних повідомлень на наступне семінарське заняття) - 20%.
6. **Зміст теми заняття:**
 - 6.1. Перелік питань, які будуть винесені на обговорення (тези виступів на підставі індивідуально виконаних завдань, теми реферативних повідомлень).
 - 6.1.1. Епідеміологія раку вульви. Фактори ризику. Механізм розвитку раку вульви. Роль HPV інфекції.

- 6.1.2. Гістогенез та морфологічна класифікація пухлин вульви .
Поняття передраку. Шляхи поширення раку вульви .Стадіювання.
- 6.1.3. Цитологічне обстеження та пряма візуальна інспекція у виявленні вульварних інтраепітеліальних неоплазій. Роль морфологічної верифікації та методи інструментального обстеження для визначення стадії раку вульви.
- 6.1.4. Лікування раку вульви. Роль хірургічного, променевого та хіміотерапевтичного методів у лікуванні раку вульви. Прогноз раку вульви. Безрецидивне та повне виживання. Якість життя пацієнток

6.2. Напрямки дискусії

- 6.2.1. Значення папілома вірусної етіології, особливості органного канцерогенезу.
- 6.2.2. Пряма візуальна інспекція в діагностиці вульварних інтраепітеліальних неоплазій. Методи додаткової візуалізації.
- 6.2.3. Диференціальна діагностика вульварних інтраепітеліальних неоплазій, початкового раку вульви з інфекційними та дегенеративними захворюваннями вульви.
- 6.2.4. Алгоритми поетапного лікування раку вульви, регіонарні лімфаденектомії. Фактори, що впливають на прогноз.

6.3. Коментар з проблемних питань.

Тема „Рак вульви ” має значне теоретичне та практичне значення. Рак вульви посідає четверте місце серед онкогінекологічних захворювань і становить 3...5%. вперше виявлених хворих на гінекологічні раки. Незважаючи на це, рак вульви заслуговує на увагу в зв'язку з важкістю клінічного перебігу та низькою ефективністю лікування. Інвазивний рак вульви частіше трапляється в жінок старшого віку (60%. хворих мають 56...70 років) з ендокринно-обмінними розладами. Водночас преінвазивний рак вульви спостерігається в молодших жінок віком 35...40 років. Досить часто поєднуються преінвазивний рак вульви, рак шийки матки, рак піхви, що свідчить про спільність етіологічних факторів. У виникненні плоскоклітинного раку вульви важливу роль відіграє інфікування тканин вульви вірусом папіломи людини Для лікування раку вульви застосовуються хірургічний, променевий, хіміотерапевтичний методи та їх поєднання. Ефективність лікування раку вульви в основному залежить від стадії і проведення адекватної терапії. Результати 5-річного виживання сягають 20...30%.. Викладач у своєму коментарі наголошує на важливості профілактичних оглядів усіх вікових груп жінок з метою раннього виявлення цієї патології, що винятково є запорукою ефективного лікування .

6.4. Завдання для контролю та самоконтролю. *(перелічити запитання)*

- 6.4.1. Фактори ризику раку вульви

- 6.4.2. Молекулярно-генетичні механізми папілома-вірусного канцерогенезу
- 6.4.3. Цитологічне обстеження у виявленні передраку вульви
- 6.4.4. Клініка раку вульви
- 6.4.5. Стадії TMN та FIGO раку вульви
- 6.4.6. Методи лікування раку вульви. Покази. Альтернативне лікування.

7. Література. (навчальна, довідкова, методична, наукова)

Навчальна

1. Онкологія: Підручник. – 3-тє видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білинський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак та ін. За ред. проф. Б. Т. Білинського. - К.: Здоров'я, 2004, 2007. – 532 с.

Методична:

2. Справочник по онкологии (Под ред. С. А. Шалимова, Д. В. Мясоедова (Київ: Здоров'я, 2008. – 576 с.

Наукова

3. Мінімальні клінічні рекомендації ESMO (Переклад з англ. Відповідальний редактор Я. Шпарик. – Львів: Галицька видавнича спілка, 2002. – 56 с.
4. Cancer Medicine – вільний доступ на www.ncbi.nih.gov (далі – Enter PubMed, далі – Search Books – Cancer Medicine).
5. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы. Под ред. В. Н. Прилепской .- Москва.-МЕДпресс-информ, 2003. – 430 с.

Хірургічне лікування раку сечового міхура

1. **Тема заняття:** Хірургічне лікування раку сечового міхура
2. **Актуальність теми:** проблема лікування раку сечового міхура (PCM) загальновідома. Якість життя і успіх лікування визначає, окрім стадії і ступеня злоякісності, правильно та своєчасно обраний метод оперативного лікування. Сучасний рівень знань по проблемі хірургічного лікування хворих на PCM вимагає у лікарів-слухачів формування системних знань щодо особливостей топографічної анатомії і засвоєння принципів оперативної хірургії на органах сечостатевої системи (ОСС).
3. **Мета заняття:**
 - 3.1. навчальна – удосконалити теоретичні і практичні знання лікарів-онкологів з онкоурології: особливостями біологічної поведінки та шляхами розповсюдження пухлин репродуктивних органів, що зумовлює необхідність виконання певного об'єму оперативних втручань.
 - 3.2. професійно орієнтована – вміти визначити своєчасні і сучасні критерії диференційованого підходу до вибору оптимального об'єму адекватного оперативного втручання.
 - 3.3. виховна – на матеріалах теми сформувані переконання про можливість вилікування більшості пухлинних уражень СМ за умов раннього їх діагностування.
4. **Обладнання до заняття:** історії хвороб, атласи хірургічних операцій, схеми основних оперативних втручань, слайди, набори інструментів і обладнання для діагностичних маніпуляцій.
5. **План і організаційна структура заняття:**

тривалість заняття – 2 навчальних години, з них

 - 5.1. Підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання) - 10 хв.
 - 5.2. Основний етап (формування професійних знань: виклад теоретичного матеріалу, заслуховування реферативних повідомлень лікарів-слухачів-терапевтів, коментар з проблемних питань) - 60 хв.
 - 5.3. Заключний етап (контроль і корекція знань, дискусія, проведення підсумків заняття, розподіл тем реферативних повідомлень на наступне семінарське заняття) - 20%.
6. **Зміст теми заняття:**
 - 6.1. Перелік питань, які будуть винесені на обговорення (тези виступів на підставі індивідуально виконаних завдань, теми реферативних повідомлень).

- 6.1.1. Анатомічна будова СМ, особливості кровопостачання, шляхи лімфовідтоку, особливості взаємовідношення з сусідніми органами і методи їх встановлення. Верифікація раку СМ.
 - 6.1.2. Тактика лікування хворих на РСМ. Покази та протипокази до оперативного лікування. Передопераційна підготовка. Методи знеболення. Методи визначення резектабельності пухлинного процесу.
 - 6.1.3. Вибір хірургічного доступу. Положення хворого. Техніка хірургічних втручань. Принципи канцероспецифічного хірургічного лікування (абластика, антибластика, циторедукція). Регіонарна лімфаденектомія.. Покази, методики. Ускладнення.
 - 6.1.4. Наслідки хірургічного лікування хворих на РСМ. Ускладнення, летальність. Прогноз. Виживання.
- 6.2. Напрямки дискусії
- 6.2.1. Характер і види лікування РСМ і основні критерії, що впливають на вибір тактики хірургічного лікування
 - 6.2.2. Лікувальна тактика в залежності від стадії процесу.
 - 6.2.3. Критерії вибору методів хірургічного лікування первинного вогнища на шкірі. Принципи пластичної хірургії. Методи шкірної пластики в онкохірургії.
 - 6.2.4. Органозберігаючі операції, критерії їх застосування.
 - 6.2.5. Покази та проти покази до проведення регіонарних лімфаденектомій
 - 6.2.6. Хірургічне лікування рецидивів раку СМ.

6.3. Коментар з проблемних питань.

Тема „Хірургічне лікування раку сечового міхура.” має велике теоретичне і практичне значення. У структурі онкологічних захворювань на пухлини сечового міхура припадає близько 4%.. Частіше хворіють чоловіки середнього та похилого віку. В Україні рак сечового міхура є найчастішою формою злоякісних процесів сечовивідного каналу. Чоловіки хворіють приблизно в 4-5 разів частіше, ніж жінки. Найвищий рівень захворюваності припадає на сьоме десятиріччя життя. Для лікування пухлин сечового міхура застосовують хірургічний, променеви та цитостатичний методи. У пізніх стадіях лікування комбіноване. Найпростіший метод хірургічного втручання - електрокоагуляція. Застосування цього методу малоефективне внаслідок частого рецидивування пухлини. Трансуретральна резекція дає значно кращі результати. Оптимальним методом хірургічного втручання є широке висічення пухлини, яке, залежно від її локалізації, може супроводитися додатковою пересадкою сечоводу на нове місце. Значні розміри пухлини, її інфільтративний ріст вимагають виконання цистектомії. Сечоводи пересаджуються в товсту кишку або на шкіру. Цистектомія виконується рідко. При неоперабельних пухлинах сечового міхура застосовуються паліативні курси дистанційної гамма-терапії. Променева терапія

використовується також у передопераційному і післяопераційному періодах. Викладач у своєму коментарі наголошує, що для онколога є важливим знання методів ранньої і своєчасної діагностики РСМ, а також розуміння усіх етапів його спеціального лікування, включно з хірургічним, що є основним в радикальній програмі.

6.4. Завдання для контролю та самоконтролю. (*перелічити запитання*)

- 6.4.1. Особливості взаємовідношення з сусідніми анатомічними структурами (у чол. і жін.), кровопостачання і шляхи лімфовідтоку.
- 6.4.2. Покази і протипокази до оперативного лікування. Види операцій.
- 6.4.3. Вибір лікувальної тактики в залежності від стадії процесу.
- 6.4.4. Лікувальна тактика в залежності від стадії процесу.
- 6.4.5. Хірургічне лікування неінвазивного РСМ.
- 6.4.6. Хірургічне лікування інвазивного РСМ:
- 6.4.7. Хірургічне лікування хворих з РСМ з віддаленими метастазами
- 6.4.8. Паліативні ендоскопічні операції з метою зупинки кровотечі.
- 6.4.9. Наслідки оперативного лікування РСМ: ефективність, безпосередні і віддалені результати проведеного лікування.

7. **Література.** (навчальна, довідкова, методична, наукова)

Навчальна

1. Онкологія: Підручник. – 3-тє видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білинський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак та ін. За ред. проф. Б. Т. Білинського. - К.: Здоров'я, 2004, 2007. – 532 с.
2. Островерхов Г. Е., Бомаш Ю. М., Лубоцкий Д. Н. Оперативная хирургия и топографическая анатомия.-Курск:Феникс, 1998. - 720 с.
3. Цулукидзе А. П. Основы хирургической урологии. - Тбилиси: Изд-о АН ГССР, 1962. – 616 с.
4. Маналадзе Л. Г. Лопаткин Н. А. Лоран О. Б.Пушкеръ Д. Ю. Даренков С. П., Турманидзе Н. Л. Гогенфеллнер Р. Оперативная урология класика и новизна.М.: Медицина, 2003. - С. 123, С. 230, С. 245, С. 607.
5. Чухриенко Д. П.,Люлько А. В.,Атлас операций на органах мочеполовой системы.-М.: Медицина, 1972. - 375 с.
6. Бурьих М. П.Общие основы технологии хирургических операций. - Ростов н/Д, 1999, - 544 с.
7. Русаков В. И.Хирургия мочеиспускательного канала.- Ростов н/Д.: Феникс, 1998. - 352 с.
8. Свистонюк І. У., Ахтемійчук Ю. Т., Федорук О. С. Операції на органах заочеревинного простору. - Чернівці, БДМА, 1999. - 41 с.

Методична:

9. Справочник по онкологии / Под редакцией Шалимова С. А., Мясоедова Д. В. / К.: Здоров'я, 2008. – 576 с.
10. Мінімальні клінічні рекомендації ESMO / перекл. З англ.. Відповідальний редактор Я. Шпарик. – Львів: Галицька видавнича спілка, 2002/ – 56 с.

Наукова

11. Surgical oncology : a European handbook / U. Veronesi (editor-in-chief) ; B. Arnesio et al. Springer-Verlag? 1989. – 999 p.

Лікування пухлин яєчка і прутня

1. **Тема заняття:** Лікування пухлин яєчка і прутня
2. **Актуальність.** Удосконалення підходів до вирішення питань підвищення ефективності лікування пухлин яєчка і прутня вимагає у лікарів-слухачів обґрунтування принципів, критеріїв вибору раціональної системи лікувальних заходів на всіх етапах пухлинного процесу (хірургічного і альтернативних останньому принципово нових комбінованих методів лікування; основними елементами якого є операція, ПТ, ХТ), впровадження яких дозволить підвищити ефективність лікування; запобігти прогресуванню захворювання; покращити загальне виживання.
3. **Мета заняття:**
 - 3.1. навчальна – вдосконалити теоретичні і практичні знання лікарів-слухачів з питань онкоурології..
 - 3.2. професійно орієнтована – оволодіти основними принципами диференційованого підходу до вибору об'єму адекватного лікування пухлин яєчка і прутня.
 - 3.3. виховна – сформувані переконання лікарів-онкологів у можливості вилікування ЗН яєчка і прутня за умов раннього їх діагностування.
4. **Обладнання до заняття:** історії хвороб, слайди препаратів органів, демонстрація пацієнтів.
5. **План і організаційна структура заняття:**

тривалість заняття – 2 навчальних години, з них

 - 5.1. Підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання) - 10 хв.
 - 5.2. Основний етап (формування професійних знань: виклад теоретичного матеріалу, заслуховування реферативних повідомлень лікарів-слухачів-терапевтів, коментар з проблемних питань) - 55%.
 - 5.3. Заключний етап (контроль і корекція знань, дискусія, проведення підсумків заняття, розподіл тем реферативних повідомлень на наступне семінарське заняття) - 35 хв.
6. **Зміст теми заняття:**
 - 6.1. Перелік питань, які будуть винесені на обговорення (тези виступів на підставі індивідуально виконаних завдань, теми реферативних повідомлень).
 - 6.1.1. Анатомічна будова яєчка і прутня; особливості кровопостачання і шляхи лімфовідтоку. Групи регіонарних лімфатичних вузлів і методи доопераційної оцінки їх стану.

- 6.1.2. Пухлини яєчка, класифікація, стадіювання, діагностика. Алгоритми вибору спеціального лікування. Тактика лікування семіном і несеміномних пухлин яєчка.
- 6.1.3. Пухлини прутня, класифікація, стадіювання, діагностика. Алгоритми вибору спеціального лікування.

6.2. Напрямки дискусії

- 6.2.1. Покази та тактика щодо застосування лімфаденектомій (трансабдомінальна заочеревинна, пахвинно-стегнова лімфаденектомії за Дюкером) при хірургічному лікуванні несеміномних пухлин яєчка і прутня
- 6.2.2. Тактика лікування семіном яєчка в залежності від ст. процесу. Променева терапія, методики, дози. Комбіноване лікування, оцінка ефективності.
- 6.2.3. Тактика лікування несеміномних пухлин яєчка в залежності від стадії процесу. Хірургічне лікування, Хіміотерапія. Моніторинг в процесі лікування. Прогноз.
- 6.2.4. Тактика лікування при виявленні рецидиву герміногенних пухлин яєчка.
- 6.2.5. Тактика лікування при лімфаденопатії пахвинної зони при раку прутня. Комбіноване лікування.

6.3. Коментар з проблемних питань.

Тема „Лікування пухлин яєчка і прутня.” має значне теоретичне та практичне значення. Встановлено, що доброякісні пухлини яєчка трапляються дуже рідко. Майже всі новотвори, які локалізуються в яєчку, належать до злоякісних. Появі їх сприяють різні гормональні порушення і процеси. Розрізняють семіномні пухлини, що розвиваються зі сперматогенних клітин епітелію яєчка, і несеміномні (ембріональний рак, тератобластома, хоріокарцинома, рак жовточного мішка). Пухлини яєчка досить швидко метастазують у заочеревинні лімфатичні вузли, чому сприяє розвинута сітка лімфатичних судин. Раки яєчок є нині одним із найяскравіших прикладів успіхів сучасної клінічної онкології. Якщо на початку 1970-х рр. вилікування цих хворих складало лише 10%., то в 90-х рр. воно сягнуло до 80%., і майже 100%. - при ранніх стадіях. Найважливішим серед етіологічних факторів раку статевого члена є гігієнічні порушення (смегма, яка накопичується за передньою шкірочкою), має канцерогенні властивості., тому найчастіше цей рак уражає літніх чоловіків. Тактика лікування його зумовлена обсягом ураження і віком, і полягає в адекватному застосуванні променевої терапії і хірургії. Викладач у своєму коментарі наголошує на важливості раннього виявлення для оптимального вибору лікувальної тактики при ЗН чоловічих статевих органів.

6.4. Завдання для контролю та самоконтролю. (перелічити запитання)

- 6.4.1. Анатомічна будова яєчка і прутня.

- 6.4.2. Види операцій при раку яєчка і прутня (висока орхфунктулектомія, часткова або радикальна резекція статевого члена).
- 6.4.3. Покази і проти покази до лімфаденектомії при раку хірургічного лікування даної патології. Заочеревинна лімфаденектомія.
- 6.4.4. Променева терапія при раку прутня.
- 6.4.5. Променева терапія при семіномах.
- 6.4.6. Хіміотерапія несеміномних пухлин яєчкаю.
- 6.4.7. Фактори, що визначають прогноз та виживання при пухлинах яєчка і прутня.

7. Література. (навчальна, довідкова, методична, наукова)

Навчальна:

1. Онкологія: Підручник. – 3-тє видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білинський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак та ін. За ред. проф. Б. Т. Білинського. - К.: Здоров'я, 2004, 2007. – 532 с.
2. Маналадзе Л. Г., Лопаткин Н. А., Лоран О. Б., Пушкєрь Д. Ю., Дарєнков С. П., Турманидзе Н. Л., Гогєнфєллнер Р. Оперативная урология классика и новизна. М. Медицина, 2003. - С. 123, С. 230, С. 245, С. 607.
3. Свистонюк І. У., Ахтемійчук Ю. Т., Федорук О. С. Операції на органах заочеревинного простору. - Чернівці, БДМА, 1999. – 41 с.

Методична:

4. Справочник по онкологии (Под ред. С. А. Шалимова, Д. В. Мясоєдова (Київ: Здоров'я, 2008. – 576 с.

Наукова

5. Мінімальні клінічні рекомендації ESMO (Переклад з англ. Відповідальний редактор Я. Шпарик. – Львів: Галицька видавнича спілка, 2002. – 56 с.
6. Cancer Medicine – вільний доступ на www.ncbi.nih.gov (далі – Enter PubMed, далі – Search Books – Cancer Medicine).

Сучасне лікування раку простати

1. **Тема заняття:** Сучасне лікування раку простати.
2. **Актуальність теми:** Як раніше, зберігається дуже багато проблем пов'язаних з лікуванням і профілактикою цього захворювання Рак простати є актуальною проблемою сучасної клінічної онкоурології. Вибір методу лікування проводиться з урахуванням стадії, віку та прогностичних факторів. Наприклад, радикальна простатектомія виправдана, якщо очікується тривалість життя хворого до 10 років. При низьких рівнях PSA і похилому віці – прийнятне динамічне спостереження, а при місцево поширеному процесі і наявності важкої супутньої патології застосовують променево лікування, при метастатичному РП – гормонотерапію.
3. **Мета заняття:**
 - 3.1. навчальна – поглиблення знань щодо сучасних методів лікування раку простати.
 - 3.2. професійно орієнтована – удосконалити знання з питань диференційованого підходу до тактики лікування хворих на рак простати, особливо в амбулаторних умовах.
 - 3.3. виховна – відповідати за кваліфікованість лікаря-онколога (уролога) у виборі адекватного методу лікування раку простати.
4. **Обладнання до заняття:** схеми, історії хвороб, ситуаційні задачі, слайди.
5. **План і організаційна структура заняття:**

тривалість заняття – 2 навчальних години, з них

 - 5.1. Підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання) - 10 хв.
 - 5.2. Основний етап (формування професійних знань: виклад теоретичного матеріалу, заслуховування реферативних повідомлень лікарів-слухачів-терапевтів, коментар з проблемних питань) - 55%.
 - 5.3. Заключний етап (контроль і корекція знань, дискусія, проведення підсумків заняття, розподіл тем реферативних повідомлень на наступне семінарське заняття) - 35 хв.
6. **Зміст теми заняття:**
 - 6.1. Перелік питань, які будуть винесені на обговорення (тези виступів на підставі індивідуально виконаних завдань, теми реферативних повідомлень).
 - 6.1.1. Алгоритми лікування локалізованого і місцево-поширеного раку передміхурової залози:
 - спостереження (покази)
 - радикальна простатектомія (покази і проти покази)
 - дистанційна променево терапія (покази і проти покази)

- брахітерапія простати (покази і проти покази)
 - тазова лімфаденоектомія (покази)
- 6.1.2. Андрогенна блокада перед або під час променевої терапії: засоби, препарати:
I лінія; II лінія.
- 6.1.3. Лікування метастатичного раку передміхурової залози.
- переважно гормональне;
 - з паліативною знеболюючою метою можуть використовуватися протизапальні препарати і наркотичні середники;
 - для зменшення болей в кістках може бути використана променева терапія.
- 6.2. Напрямки дискусії
- 6.2.1. Алгоритми вибору альтернативних методів лікування локалізованого і місцево-поширеного раку
 - 6.2.2. Гістопатологічної класифікації за Gleason (G) та її роль, кореляція між градаціями G і рівнем PSA.
 - 6.2.3. Покази до проведення і роль PSA.тазової лімфаденоектомії у встановленні стадії захворювання
 - 6.2.4. Критерії проведення брахітерапії і дистанційної гамма-терапії як альтернативних методів.
 - 6.2.5. Вибір препаратів для андрогенотерапії в амбулаторних умовах, їх порівняння, побічна дія.
- 6.3. Коментар з проблемних питань.
- Тема „Алгоритми лікування раку простати.” має велике теоретичне та практичне значення. Незважаючи на успіхи в діагностиці та лікуванні раку простати, за останні роки проблема цього захворювання залишається важливою і не вирішеною до кінця. Оскільки клінічні симптоми раку простати з'являються переважно в пізніх стадіях, 90...95%. хворих є неоперабельними. Для лікування застосовуються хірургічні методи, променева, гормоно- і хіміотерапія. Вибір методу лікування залежить від стадії, гістопатологічної класифікації, гормонального фону. Діагноз обов'язково повинен бути підтверджений морфологічно. Необхідно враховувати вік і супутню патологію. Складність гормонотерапії хворих на рак простати пов'язана з гетерогенністю захворювання, зокрема його гістологічних та гормональних характеристик. При рецидивах пухлини після гормонального впливу повторна гормонотерапія малоєфективна. Викладач у своєму коментарі підкреслює, що ефективність лікування, критерієм якого є виживання, залежить від часу виявлення захворювання. П'ятирічне виживання хворих на ранніх стадіях після радикальної операції становить 80%., після променевого лікування –

80%., гормонотерапії – 45...65%.. У пізніх стадіях п'ятирічне виживання становить 10...30%.. В осіб до 50 років прогноз набагато гірший.

6.4. Завдання для контролю та самоконтролю. (*перелічити запитання*)

6.4.1. Критерії вибору методу лікування раку простати

6.4.2. Гістопатологічна класифікація за Gleason і PSA.

6.4.3. Покази і протипокази до радикальної простатектомії.

6.4.4. Покази і протипокази до дистанційної променевої терапії, методика, дозування.

6.4.5. Покази і протипокази до брахітерапії раку простати

6.4.6. Види андрогенної блокади. Хірургічна, променева, медикаментозна.

6.4.7. Андрогенотерапія, ад'ювантна, паліативна. Препарати, дозування.

7. **Література.** (навчальна, довідкова, методична, наукова)

Навчальна

1. Онкологія: Підручник. – 3-тє видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білінський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак та ін. За ред. проф. Б. Т. Білінського. - К.: Здоров'я, 2004, 2007. – 532 с.
2. В. И. Чиссов, А. Х. Трахтенберг. Ошибки в клинической онкологии: Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1993. - 544 с.
3. Чиссов В. И. и др. Онкология. – Электронный учебник. – 2000 г.

Методична

4. Справочник по онкологии / Под редакцией Шалимова С. А., Мясоедова Д. В. / К.: Здоров'я, 2008. – 576 с.
5. Олийниченко П. И., Булкина З. П., Скниборова Т. И. Справочник по полихимиотерапии опухолей. – К.: Здоров'я, 2000. - 301 с.
6. European Association of Urology available at: <http://www.uroweb.org>.

Наукова

7. Напалков Н. П. Общая онкология // Н. П. Напалков – Л.: Медицина, 1989. – 648 с.

Сучасні методи хірургічного лікування раку шкіри

1. **Тема заняття:** Сучасні методи хірургічного лікування раку шкіри.
2. **Актуальність теми:** Рак шкіри (РШ), як і базаліома, частіше розвивається в осіб старшого віку. Він локалізується переважно на шкірі обличчя. Тому важливе місце в лікуванні пухлин шкіри займає питання косметології та радикальності лікування.
3. **Мета заняття:**
 - 3.1. навчальна – удосконалити теоретичні і практичні знання лікарів онкологів з клінікою, діагностикою та лікуванням раку шкіри.
 - 3.2. професійно орієнтована – удосконалити знання лікарів онкологів з питань сучасних методів лікування раку шкіри.
 - 3.3. виховна – сформувати відповідальність за кваліфікованість дій лікаря–онкохірурга при виборі методу і проведенні хірургічного лікування раку шкіри.
4. **Обладнання до заняття:** хірургічні атласи, історії хвороб, демонстрація хворих. набори інструментів і обладнання для операцій, слайди.
5. **План і організаційна структура заняття:**

тривалість заняття – 2 навчальних години, з них

 - 5.1. Підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання) - 10 хв.
 - 5.2. Основний етап (формування професійних знань: виклад теоретичного матеріалу, заслуховування реферативних повідомлень лікарів-слухачів-терапевтів, коментар з проблемних питань) - 55%.
 - 5.3. Заключний етап (контроль і корекція знань, дискусія, проведення підсумків заняття, розподіл тем реферативних повідомлень на наступне семінарське заняття) - 35 хв.
6. **Зміст теми заняття:**
 - 6.1. Перелік питань, які будуть винесені на обговорення (тези виступів на підставі індивідуально виконаних завдань, теми реферативних повідомлень).
 - 6.1.1. Сучасні методи лікування РШ у першій та другій стадії пухлини застосовують також хірургічний метод лікування. При видаленні пухлини необхідно достатньо відступити від краю, щоб зменшити ризик рецидиву. Добрий косметичний ефект дає застосування кріотерапії.
 - 6.1.2. Сучасні методи лікування РШ у третій стадії раку шкіри лікування можливо розпочинати з передопераційного опромінення пухлини і зон регіонарного метастазування з подальшим хірургічним втручанням. Наявність збільшених

регіонарних лімфатичних вузлів з підозрою на метастази і явних метастазів вимагає проведення лімфаденектомії в регіонарній зоні.

6.1.3. Місце хірургічного лікування при четвертій стадії раку шкіри, наявності дисемінації пухлини в разі потреби виконуються санітарні операції типу ампутації кінцівок, перев'язки артеріальних судин.

6.2. Напрямки дискусії

6.2.1. Види хірургічного лікування: ексцизійна хірургія, діатермохірургія, лазерна хірургія, кріохірургія, фотодинамічна терапія. Біологічні засади впливу на шкіру та їх наслідки.

6.2.2. Критерії вибору методів хірургічного лікування первинного вогнища на шкірі. Принципи пластичної хірургії. Методи шкірної пластики в онкохірургії.

6.2.3. Критерії застосування та час проведення регіонарних лімфаденектомій

6.2.4. Хірургічне лікування рецидивів раку шкіри. Критерії вибору методів.

6.3. Коментар з проблемних питань.

Тема „Сучасні методи хірургічного лікування раку шкіри.” має велике теоретичне та практичне значення. Хірургічне лікування застосовують для лікування первинного вогнища і регіонарних метастазів. Його використовують як самостійний метод радикального лікування первинної пухлини (Тх, Т2, Т3, Т4), так і при рецидивах після променевої терапії, при раку, що виник на тлі рубця, і як компонент комбінованого лікування при розмірі первинної пухлини Т3, Т4. При традиційному хірургічному методі пухлину вигинають в межах здорових тканин, відступаючи від краю базаліоми 0,5-1,0 см, а плоскоклітинного раку --- 2-3 см. Слід зазначити, що при хірургічному лікуванні раку шкіри області обличчя і шиї слід дотримувати принципів пластичної хірургії, зокрема розрізи проводити по шкірних лініях щоб уникнути формування грубих рубців. При невеликих дефектах шкіри використовують пластику місцевими тканинами, а великі дефекти закривають вільним шкірним клаптом. За наявності метастазів в регіонарних лімфатичних вузлах виконуються лімфаденектомії. Лазерна деструкція і кріотерапія достатньо ефективні при пухлинах невеликих розмірів (Т1; Т2), рецидивах. Цим методам слід віддавати перевагу при пухлинах поблизу кісткових і хрящових тканин. Викладач у своєму коментарі наголошує, що завдання онкохірурга – правильно вибрати адекватний спосіб та об'єм оперативного втручання і передбачити, а, по можливості, мінімізувати можливість розвитку рецидиву та значних косметичних дефектів внаслідок оперативного лікування.

6.4. Завдання для контролю та самоконтролю. *(перелічити запитання)*

- 6.4.1. Особливості анатомії та фізіології шкіри різних ділянок тіла. Шляхи лімфовідтоку, регіонарні лімфовузли.
- 6.4.2. Види хірургічних впливів при РШ, їх біологічна дія.
- 6.4.3. Види та методики проведення регіонарних лімфаденектомій при раку різних ділянок шкіри.
- 6.4.4. Причини рецидивів раку шкіри після хірургічного лікування та способи їх повторного хірургічного лікування
- 6.4.5. Основні засади пластичної хірургії, види шкірної пластики.

7. Література. (навчальна, довідкова, методична, наукова)

Навчальна

- 1. Оперативная хирургия // Под ред. И. Литтмана Будапешт: Изд-во АН Венгрии. - 1981. – 1175 с.
- 2. Онкологія: Підручник. – 3-тє видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білінський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак та ін. За ред. проф. Б. Т. Білінського. - К.: Здоров'я, 2004, 2007. – 532 с.
- 3. В. И.Чиссов, А. Х. Трахтенберг. Ошибки в клинической онкологии: Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1993. - 544 с.

Методична:

- 4. Справочник по онкологии / Под редакцией Шалимова С. А., Мясоедова Д. В. / К.: Здоров'я, 2008. – 576 с.
- 5. Я. В. Шпарик. Мінімальні клінічні рекомендації ESMO. Галицька видавнича спілка. Львів, 2002. – 56 с.

Наукова

- 6. Vincent T. Devita, Jr. Samuel Hellman, Steven A. Rosenberg . CANCER. Principles and practice of Oncology. 8th Edition./ CD-R/

Сучасні методи хірургічного лікування сарком м'яких тканин

1. **Тема заняття:** Сучасні методи хірургічного лікування сарком м'яких тканин.
2. **Актуальність теми:** в структурі онкологічної патології саркоми м'яких тканин (СМТ) займають невеликий відсоток і є причиною діагностичних помилок. Мета радикального лікування – досягнення 5-річної виживаності хворих. І підвищення якості життя хворих. Вибір методу хірургічного лікування хворих із саркомами м'яких тканин визначається локалізацією пухлинного процесу, його поширеністю та загальним стан хворого. Остаточне рішення необхідно приймати колегіально за участю хірурга-онколога, анестезіолога, радіолога і хіміотерапевта. Сучасне комплексне лікування хворих на підставі ад'ювантної хіміотерапії дозволяє суттєвим чином покращити віддалені результати лікування сарком кісток.
3. **Мета заняття:**
 - 3.1. навчальна – удосконалити теоретичні знання лікарів-курсантів з питань хірургічного лікування СМТ.
 - 3.2. професійно орієнтована – вміти визначити об'єм, методику та адекватність радикального та паліативного хірургічного лікування хворих на СМТ.
 - 3.3. виховна – на матеріалах теми розвинути у курсантів почуття відповідальності за адекватну діагностику та правильність лікування хворих на СМТ.
4. **Обладнання до заняття:** хірургічні атласи, історії хвороб, набори інструментів і обладнання для трепан-біопсії і операцій, результати КТ та ЯМР, демонстрація хворих.
5. **План і організаційна структура заняття:**

тривалість заняття – 2 навчальних години, з них

 - 5.1. Підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання) - 10 хв.
 - 5.2. Основний етап (формування професійних знань: виклад теоретичного матеріалу, заслуховування реферативних повідомлень лікарів-слухачів-терапевтів, коментар з проблемних питань) - 55%.
 - 5.3. Заключний етап (контроль і корекція знань, дискусія, проведення підсумків заняття, розподіл тем реферативних повідомлень на наступне семінарське заняття) - 35 хв.
6. **Зміст теми заняття:**
 - 6.1. Перелік питань, які будуть винесені на обговорення (тези виступів на підставі індивідуально виконаних завдань, теми реферативних повідомлень).

- 6.1.1. Морфологічна верифікація СМТ: значення для правильного складання плану лікування хворих. Методи біопсії, інструментарій, значення імуногістохімії в диференціальній діагностиці СМТ.
- 6.1.2. Принципи радикального хірургічного лікування СМТ: врахування анатомічних особливостей розповсюдження пухлинного процесу, зональність і футлярність, достатнім запасом нормальних тканин навколо пухлини принцип тривимірного видалення зі збереженням цілісності капсули пухлини (радикальне видалення пухлини), відсутність гістологічних даних про наявність пухлини по краях резекції.
- 6.1.3. Органозберігаючі операції. Покази та проти покази. Тактика при приляганні до судинно-нервових пучків. Профілактика ранніх рецидивів. Можливості пластичної хірургії. Для заміщення м'язових, кісткових, судинних та шкірних дефектів. Мікрохірургія.
- 6.1.4. Ампутації та екзартикуляції кінцівок, розширені оперативні втручання: міжлопатково-грудна резекція і ампутація. Покази, проти покази, профілактика ускладнень. Медична реабілітація.
- 6.2. Напрямки дискусії
 - 6.2.1. Види біопсій: тонкогolkова, трепанобіопсія, відкрита біопсія. Переваги та недоліки, інформативність і клінічна цінність.
 - 6.2.2. Критерії вибору методів хірургічного лікування сарком м'яких тканин кінцівок.
 - 6.2.3. Принципи радикального хірургічного втручання при СМТ.
 - 6.2.4. Покази і проти покази до органозберігаючих операцій. Ад'ювантне лікування. Причини і частота рецидивів пухлин
 - 6.2.5. Застосування ампутацій та екзартикуляцій. Переваги та недолік з точки зору аналізу виживаності.

6.3. Коментар з проблемних питань.

Тема „Сучасні методи хірургічного лікування сарком м'яких тканин..” має велике теоретичне та практичне значення. Лікування хворих саркомами м'яких тканин необхідне здійснювати тільки в спеціалізованому онкологічному закладі, який має в своєму розпорядженні всі способи діагностики і лікування. При гістологічному дослідженні операційного матеріалу після реоперації, попередньо виконані хірургом-неонкологом, у 37–68%. виявляють залишкову пухлину. При планованні оперативного втручання необхідно враховувати анатомічні особливості розповсюдження пухлинного процесу, дотримуючись принципу тривимірного видалення з зі збереженням цілісності капсули пухлини (радикальне видалення пухлини з відсутністю гістологічних даних про наявність пухлинних елементів по краях резекції) зональності і футлярності, Об'єм тканини, що видаляється навколо пухлини, різний і визначається

потенціалом її росту.. Радикальна резекція з достатнім запасом нормальних тканин навколо пухлини дозволяє понизити відсоток рецидивів до 25–30%.. Навіть після ампутацій і екзартикуляцій рецидиви виникають в 10–15%. випадків Вважають, що відступати від пальпованого краю пухлини слід в середньому на 5–8 см, більшою мірою це відносять до проксимального полюсу пухлини. Викладач у своєму коментарі наголошує, що хірургічний метод залишається провідним у лікуванні сарком м'яких тканин. завдання онкохірурга – правильно вибрати адекватний спосіб та об'єм оперативного втручання і передбачити, а, по можливості, мінімізувати можливість розвитку рецидиву та значних косметичних дефектів внаслідок оперативного лікування.

6.4. Завдання для контролю та самоконтролю. (*перелічити запитання*)

- 6.4.1. Особливості анатомії та функції верхніх та нижніх кінцівок. Судинно-нервові пучки. Шляхи лімфовідтоку, регіонарні лімфовузли.
- 6.4.2. Інструментарій і необхідне обладнання для морфологічної верифікації СМТ.
- 6.4.3. Види операцій при СМТ кінцівок. органозберігаючі операції, їх особливості, можливість застосування ад'ювантного лікування.
- 6.4.4. Рецидиви після нерадикальних і органозберігаючих операцій, причини, заходи, спрямовані на їх профілактику.
- 6.4.5. Методи ампутацій та екзартикуляцій кінцівок, їх вплив на ефективність наступної реабілітації.

7. Література. (навчальна, довідкова, методична, наукова)

Навчальна

1. Чиссов В. И. и др. Онкология. – Электронный учебник. – 2000 г.
2. Оперативная хирургия // Под ред. И. Литмана Будапешт: Изд-во АН Венгрии, 1981. – 1175 с.
3. В. И. Чиссов, А. Х. Трахтенберг. Ошибки в клинической онкологии: Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1993. - 544 с.

Методична:

4. Справочник по онкологии / Под редакцией Шалимова С. А., Мясоедова Д. В. / К.: Здоров'я, 2008. – 576 с.

Наукова

5. Vincent T. Devita, Jn. Samuel Hellman, Steven A. Rosenberg . CANCER. Principles and practice of Oncology. 8th Edition./ CD-R/
6. Surgical oncology : a European handbook / U. Veronesi (editor-in-chief) ; B. Arnesio et al. Springer-Verlag. – 1989. – 999 p.
7. Cancer Medicine – вільний доступ на www.ncbi.nih.gov (далі – Enter PubMed, далі – Search Books – Cancer Medicine).

Саркома Капоші

1. **Тема заняття:** Саркома Капоші
2. **Актуальність теми:** Саркома Капоші (СК) (C46), код морфології M9140 з кодом поведінки /3- злоякісна пухлина з багатоголищевим характером росту, яка вражає весь організм, і походить із ендотелію кровоносних і лімфатичних судин. Найчастіше хвороба проявляється ураженням шкіри, але здатна зачіпати і слизисті оболонки, і лімфатичну систему, і внутрішні органи (перш за все легені і ЖКТ). Розвивається у людей старше 50 років, хоча останніми роками наголошується тенденція до зниження віку хворих. Чоловіки хворіють в 9-15 разів частіше за жінок. Клінічно виділяють 4 типу саркоми Капоші: ідіопатичний, імуносупресивний, ендемічний і СНІД-асоційований. Причинним чинником саркоми Капоші є вірус герпесу людини VIII типу, а найважливішим механізмом розвитку є порушення протипухлинного імунітету. Від характеру імунних порушень залежить перебіг різних типів цього захворювання
3. **Мета заняття:**
 - 3.1. навчальна – поглиблення знань із основ не епітеліальних ЗН шкіри і м'яких тканин, засвоєння наукового апарату, набуття навичок оформлення наукових робіт, оволодіння мистецтвом письмового та усного викладу матеріалу, формування вміння захищати наукові положення і висновки.
 - 3.2. професійно орієнтована – удосконалити вміння лікарів-онкологів проводити диференційну діагностику між СК та іншими ЗН і не пухлинними захворюваннями.
 - 3.3. виховна – відповідати за своєчасність та кваліфікованість дій лікаря-онколога у своєчасному виявленні ЗН м'яких тканин.
4. **Обладнання до заняття:** історії хвороб, схеми, імунограми, карти імунологічного спостереження, слайди, ситуаційні задачі.
5. **План і організаційна структура заняття:**

тривалість заняття – 2 навчальних години, з них

 - 5.1. Підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання) - 10 хв.
 - 5.2. Основний етап (формування професійних знань: виклад теоретичного матеріалу, заслуховування реферативних повідомлень лікарів-слухачів-терапевтів, коментар з проблемних питань) - 60 хв.
 - 5.3. Заключний етап (контроль і корекція знань, дискусія, проведення підсумків заняття, розподіл тем реферативних повідомлень на наступне семінарське заняття) - 20%.
6. **Зміст теми заняття:**

- 6.1. Перелік питань, які будуть винесені на обговорення (тези виступів на підставі індивідуально виконаних завдань, теми реферативних повідомлень).
 - 6.1.1. Етіологія і епідеміологія, основні типи саркоми Капоші., герпесвірус людини типу 8. Імунний статус хворих на СК. Клініка, форми, перебіг, локалізація.
 - 6.1.2. Діагностика і диференційна діагностика саркоми Капоші. (судинні пухлини, фібросаркоми, лейоміосаркома, синовіальні саркоми і меланома). Нейтралізуючі антитіла до герпесвірусу людини типу 8. Патоморфологічні ознаки саркоми Капоші,
 - 6.1.3. Класифікація епідемічної СК. Лікування саркоми Капоші. Критерії вибору загального і місцевого методів лікування. Роль антиретровірусної терапії – ВААРТ. Ускладнення, летальність. Профілактика.
- 6.2. Напрямки дискусії
 - 6.2.1. Роль герпес вірусу людини 8 в етіології саркоми Капоші, шляхи передачі, зміни в імунному статусі.
 - 6.2.2. Саркома Капоші як СНІД-індикаторне захворювання.
 - 6.2.3. Диференційна діагностика класичної форми і епідемічної форми СК.
 - 6.2.4. Роль імунологічних досліджень в діагностиці СК (визначення числа лімфоцитів CD4).
 - 6.2.5. Застосування хіміопрепаратів в режимі моно і полі хіміотерапії ліпосомальні антрацикліни., при невдачі лікування – паклітаксел або поліхіміотерапію (доксорубіцином, блеоміцином і вінкрістином – схема АВV).
 - 6.2.6. Вибір методів місцевого лікування: кріодеструкція, обробка рослинними алкалоїдами (з барвінку рожевого), ін'єкції блеоміцину або інтерферонів у вогнище, променева терапія низькими дозами, опромінювання електронним пучком (дріб), ретиноїди (9-цис-ретиноеву кислоту – алітретіноїн).
 - 6.2.7. Паліативне лікування: хірургічне, променева терапія, дози. Імунотерапія при СК.
- 6.3. Коментар з проблемних питань.

Тема „ Саркома Капоші. ” має велике теоретичне та практичне значення. Саркома Капоші – це багатовогнищева злоякісна пухлина, яка вражає весь організм, походить з ендотелію судин і властивий різний клінічний перебіг. Найчастіше хвороба проявляється ураженням шкіри, але здатна зачіпати і слизисті оболонки, і лімфатичну систему, і внутрішні органи (перш за все легені і ШКТ). Описано чотири клінічні форми саркоми Капоші: класична (європейська), імуносупресивна, ендемічна (африканська) і епідемічна

(асоційована зі Снідом). На відміну від класичної форми саркоми Капоші, яку спостерігають у немолодих чоловіків і яка характерна ураженням шкіри гомілок і стоп, епідемічна саркома Капоші не має улюбленої локалізації. Бурхливий і важкий перебіг хвороби зі смертельним результатом спостерігали у ВІЛ-інфікованих з важким нелікованим імунodefіцитом. У подібних випадках середня тривалість життя після постановки діагнозу не досягає і року. Діапазон проявів епідемічної саркоми Капоші вельми широкий: від безболісних шкірних вогнищ до важкої дисемінованої хвороби з ураженням лімфовузлів і внутрішніх органів. Без лікування смерть в результаті стрімкого розростання пухлини може наступити протягом декількох тижнів. Викладач у своєму коментарі проводить чітке розмежування у розумінні лікарями-онкологами різниці між видами СК і, відповідно, підходів до лікування.

- 6.4. Завдання для контролю та самоконтролю. *(перелічити запитання)*
 - 6.4.1. Етіологія СК.
 - 6.4.2. Епідеміологія СК.
 - 6.4.3. Методи діагностики СК.
 - 6.4.4. Саркома Капоші шкіри **C46,0**.
 - 6.4.5. Саркома Капоші м'яких тканин (C46,1).
 - 6.4.6. Саркома Капоші піднебіння **C46.2**
 - 6.4.7. Саркома Капоші лімфатичних вузлів **C46.3**
 - 6.4.8. Множинне органне ураження саркомою Капоші **C46.8**
 - 6.4.9. **Місцеве і загальне лікування СК.**

7. Література. (навчальна, довідкова, методична, наукова)

Навчальна

1. Хирургия пищеварительного тракта / Шалимов А. А., Саенко В. Ф., - К.: Здоров'я, 1987. – 568 с.
2. Онкологія: Підручник. – 3-тє видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білінський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак та ін. За ред. проф. Б. Т. Білінського. - К.: Здоров'я, 2004, 2007. – 532 с.
3. Оперативная хирургия // Под ред. И. Литтмана Будапешт: Изд-во АН Венгрии, 1981. – 1175 с.
4. Петерсон Б. Е. Хирургическое лечение злокачественных опухолей. М.: медицина, 1976. – 368 с., ил.
5. Р. Золлингер, Р. Золлингер. Атлас хирургических операций. – Изд-во «Доктор и К°», Москва, 2000. – 425 с.

Методична:

8. Справочник по онкологии / Под редакцией Шалимова С. А., Мясоедова Д. В. / К.: Здоров'я, 2008. – 576 с.

9. Клиническая онкология: Практикум / Гнатышак А. И., Билынский Б. Т., Савран В. Р., Стернюк Б. П.. Львов: Вища школа. Изд-во при Львов. ун-те, 1980. – 184 с.

Наукова

10. De Vita V., Hellmann S., Rosenberg. Cancer: Principles and Practice of Oncology, 6th Edition
11. Chandra A, Demirhan I, Massambu C, Ryakurel P, Kaaya E et al. Cross-talk between human herpes virus 8 and the transactivator protein in the pathogenesis of Kaposi's sarcoma in HIV-infected patients. Anticancer Res. – 2003. – Vol. 23. – P. 723-728.

Сучасні методи лікування пухлин кісток

1. **Тема заняття:** Сучасні методи лікування пухлин кісток
2. **Актуальність теми:** Первинні пухлини кісток зустрічаються відносно рідко та складають близько 1-1,5%. всіх онкологічних захворювань (захворюваність 1-1,5 випадки на 100 тис. населення). В Україні захворюваність на злоякісні новотвори кісток (ЗНК) станом на 2005 рік становила 1,3 випадки на 100 тис. населення (1,6 випадків чоловічого населення та 1,1 – жіночого), показник смертності 0,9 випадку на 100 тис. населення та показник смертності до року 42,5%.. Основна маса хворих з цією патологією – особи віком до 30 років. Пухлини кісток локалізуються звичайно в довгих трубчастих кістках кінцівок (40-70%). В процесі обстеження і вибору методу лікування ЗНК обов'язковим є морфологічне підтвердження діагнозу шляхом аспіраційної біопсії, трепанбіопсії чи відкритої біопсії пухлини.
3. **Мета заняття:**
 - 3.1. навчальна – удосконалити теоретичні знання лікарів-курсантів з питань діагностики та лікування сарком кісток
 - 3.2. професійно орієнтована – оволодіти методами сучасного радикального та паліативного лікування хворих на саркоми кісток, вміти призначити та провести симптоматичне лікування хворих.
 - 3.3. виховна – на матеріалах теми розвинути у курсантів почуття відповідальності за адекватну діагностику та правильність лікування хворих на ЗНК.
4. **Обладнання до заняття:** історії хвороб, атласи хірургічних операцій, слайди, рентенограми, результати КТ та ЯМР, набори інструментів для аспіраційної біопсії та трепан-біопсії.
5. **План і організаційна структура заняття:**

тривалість заняття – 2 навчальних години, з них

 - 5.1. Підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання) - 10 хв.
 - 5.2. Основний етап (формування професійних знань: виклад теоретичного матеріалу, заслуховування реферативних повідомлень лікарів-слухачів-терапевтів, коментар з проблемних питань) - 60 хв.
 - 5.3. Заключний етап (контроль і корекція знань, дискусія, проведення підсумків заняття, розподіл тем реферативних повідомлень на наступне семінарське заняття) - 20%.
6. **Зміст теми заняття:**

- 6.1. Перелік питань, які будуть винесені на обговорення (тези виступів на підставі індивідуально виконаних завдань, теми реферативних повідомлень).
 - 6.1.1. Особливості клініки ЗНК. Клінічна діагностика пухлин кісток. Методи променевої діагностики (класична рентгенографія, КТ, ЯМР, сонографія, радіонуклідна).
 - 6.1.2. Морфологічна діагностика ЗНК кісток: методи біопсії, значення морфологічних методів в диференціальній діагностиці пухлин кісток.
 - 6.1.3. Особливості стадіювання сарком кісток за системою TNM. Визначення операбельності і резектабельності. Покази і проти покази до хірургічного радикального лікування.
 - 6.1.4. Принципи радикального хірургічного лікування сарком кісток. Органозберігаюче лікування хвориз із саркомами кісток. Роль ад'ювантної хіміотерапії і променевої терапії в лікуванні сарком кісток.
 - 6.1.5. Наслідки хірургічного і комбінованого лікування ЗНК. Ускладнення, летальність. Прогноз, проблема рецидивів, виживання.
- 6.2. Напрямки дискусії
 - 6.2.1. Характер і види лікування хворих на ЗНК, основні критерії, що впливають на вибір тактики хірургічного лікування
 - 6.2.2. Лікувальна тактика при ЗНК в залежності від стадії процесу.
 - 6.2.3. Критерії вибору методів хірургічного лікування хворих на ЗНК.
 - 6.2.4. Органозберігаючі операції у хворих на ЗНК, критерії їх застосування.
 - 6.2.5. Прогностичне значення метастазів у регіонарні лімфатичні вузли у хворих на саркоми кісток Покази та проти покази до проведення регіонарних лімфаденектомій
 - 6.2.6. Хірургічне лікування рецидивів ЗНК.

6.3. Коментар з проблемних питань.

Тема „Сучасні методи лікування пухлин кісток.” має велике теоретичне і практичне значення. Лікування хворих на первинні злоякісні пухлини кісток на сьогодні носить як правило комбінований чи комплексний характер. При виборі лікувальної тактики обов'язково береться до уваги чутливість різних пухлин до хіміопроменевих методів лікування, наприклад, для хрящових пухлин єдиним радикальним методом лікування є хірургічний з огляду на їх хіміопроменеву резистентність. Натомість пухлини кістковомозкового походження є високочутливими до поліхіміотерапії та променевого лікування, що зумовлює провідну роль цих методів у лікувальних програмах таких пацієнтів. Хірургічне втручання продовжує залишатися основним етапом комбінованого лікування *остеогенної саркоми*. Прогрес у лікуванні зумовлений

впровадженням у практику методів ад'ювантної та неоад'ювантної хіміотерапії. Хіміотерапія як частина комбінованої терапії значно покращує 5-річне виживання хворих з локалізованим процесом (з 20% до 60%). Ад'ювантна хіміотерапія виявилася ефективною щодо доклінічних метастазів остеогенної саркоми у легені. Сучасні схеми неоад'ювантної протипухлинної хіміотерапії дозволяють досягнути регресії первинної пухлини, вплинути на скриті віддалені мікрометастази, встановити чутливість пухлини до цитостатиків та значно збільшити кількість органозберігаючих втручань (рис. 12). Операції зі збереженням кінцівки у спеціалізованих центрах вдається виконати у 80% випадків. Викладач у своєму коментарі наголошує, що Сучасне комбіноване і комплексне лікування хворих, у т.ч. із застосуванням радикальних органозберігаючих операцій, а також, за показами - ад'ювантної хіміо-променевої терапії, дозволяє суттєвим чином покращити віддалені результати лікування сарком кісток.

6.4. Завдання для контролю та самоконтролю. (*перелічити запитання*)

- 6.4.1. Морфологічна діагностика сарком кісток: методи біопсії.
- 6.4.2. Диференціальна діагностика ЗНК, доброякісних пухлин і не пухлинних захворювань.
- 6.4.3. Покази і протипокази до оперативного лікування у хворих із ЗНК.
- 6.4.4. Характер і види операцій при ЗНК.
- 6.4.5. Вибір лікувальної тактики в залежності від стадії процесу.
- 6.4.6. Органозберігаючі операції при ЗНК.
- 6.4.7. Роль неоад'ювантної хіміотерапії в лікуванні сарком кісток
- 6.4.8. Роль променевої терапії в лікуванні сарком кісток .
- 6.4.9. Паліативне та симптоматичне лікування хворих із саркомами кісток

7. **Література.** (навчальна, довідкова, методична, наукова)

Навчальна:

1. Онкологія: Підручник. – 3-тє видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білінський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак та ін. За ред. проф. Б. Т. Білінського. - К.: Здоров'я, 2004, 2007. – 532 с.
2. Слинчак С. М., Миляновский А. И., Клименко И. А. Онкология: Учебник / 2-е изд. перераб. и доп. Киев: Вища школа, 1989. - 399 с.
3. Трапезников Н. Н., Шайн А. А. Онкология: Учебник. - Москва: Медицина, 1992. - 400 с.
4. Общее руководство по радиологии: Серия по медицинской визуализации, юбилейная книга NICER. 1995 года / Под ред. Г. Петерсона. Институт NICER Перевод с англ..М.: РА «Спас», 1996. - Т. 1. - 668 с.

Методична:

5. Клиническая онкология: Практикум / Гнатышак А. И., Билннский Б. Т., Савран В. Р., Стернюк Б. П.. Львов: Вища школа. Изд-во при Львов. ун-те, 1980. -184 с.
6. Мінімальні клінічні рекомендації ESMO / перекл. з англ.. Відповідальний редактор Я. Шпарик. – Львів: Галицька видавнича спілка, 2002. – 56 с.

Наукова:

7. Surgical oncology : a European handbook / U. Veronesi (editor-in-chief) ; B. Arnesio et al. Springer-Verlag, 1989. – 999 p.

Лікування пухлин м'яких тканин у дітей.

1. **Тема заняття:** Лікування пухлин м'яких тканин у дітей.
2. **Актуальність теми:** М'якотканинні саркоми (СМТ) – це гетерогенна група пухлин, що складається з мезенхімальних новотворів і пухлин нейроектодермального походження. Вони складають 6-10% всіх злоякісних бластом у дітей. В Україні ними захворюють, в середньому, 0,9 на 100 000 дитячого населення, в США цей показник рівний 0,8 (Young et al., 1986), в Європі - 0,54-0,96. Серед цих новотворів у дітей до 15 років більше половини доводиться на рабдоміосаркоми. Рабдоміосаркома є дуже агресивною пухлиною, яка має тенденцію до інвазивного росту уздовж фасціальних листків і в прилеглі тканини і схильність до рецидивування і раннього метастазування. Рабдоміосаркома є дуже агресивною пухлиною, яка має тенденцію до інвазивного росту уздовж фасціальних листків і в прилеглі тканини і схильність до рецидивування і раннього метастазування.
3. **Мета заняття:**
 - 3.1. навчальна – удосконалити теоретичні знання лікарів-онкологів із питань етіології, епідеміології та клініки сарком м'яких тканин у дітей.
 - 3.2. професійно орієнтована – оволодіти методами сучасної діагностики та принципами лікування дітей, хворих на саркоми м'яких тканин.
 - 3.3. виховна – на матеріалах теми розвинути у курсантів почуття відповідальності за адекватну діагностику та правильність лікування дітей, хворих на СМТ.
4. **Обладнання до заняття:** історії хвороб, атласи хірургічних операцій, слайди, рентенограми, результати КТ та ЯМР, набори інструментів для аспіраційної біопсії та трепан-біопсії.
5. **План і організаційна структура заняття:**

тривалість заняття – 2 навчальних години, з них

 - 5.1. Підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання) - 10 хв.
 - 5.2. Основний етап (формування професійних знань: виклад теоретичного матеріалу, заслуховування реферативних повідомлень лікарів-слухачів-терапевтів, коментар з проблемних питань) - 60 хв.
 - 5.3. Заключний етап (контроль і корекція знань, дискусія, проведення підсумків заняття, розподіл тем реферативних повідомлень на наступне семінарське заняття) - 20%.
6. **Зміст теми заняття:**

- 6.1. Перелік питань, які будуть винесені на обговорення (тези виступів на підставі індивідуально виконаних завдань, теми реферативних повідомлень).
 - 6.1.1. Епідеміологія СМТ у дітей. Гістогенетична класифікація. Рабдоміосаркома. Диференціація. Локалізація. Шляхи поширення. Клінічний перебіг захворювання.
 - 6.1.2. Діагностика СМТ у дітей. Морфологічна діагностика, методи біопсії, значення морфологічних методів в диференційній діагностиці. Клінічна і патогістологічна класифікації.
 - 6.1.3. Принципи лікування хворих на СМТ. Багатоаспектна терапія дітей, хворих на СМТ, включає хірургічні, медикаментозні і променеві методи лікування.
 - 6.1.4. Особливості хірургічних втручань у хворих із рабдоміосаркомами в різних ділянках тіла.. Радикалізм і органозберігаючі тенденції. Покази до регіонарних лімфаденектомії. Повторні оперативні втручання.
 - 6.1.5. Хіміотерапія і променева терапія у дітей із СМТ. Схеми, режими, дози. Медикаментозне лікування, як первинний етап мультимодальної терапії. Наслідки лікування. Вживання.
- 6.2. Напрямки дискусії
 - 6.2.1. Характер і види лікування дітей, хворих на СМТ, вибір тактики лікування.
 - 6.2.2. Лікувальна тактика при СМТ в залежності від стадії процесу.
 - 6.2.3. Критерії резектабельності СМТ у дітей при різних анатомічних локалізаціях.
 - 6.2.4. Органозберігаючі операції у дітей, хворих на СМТ, критерії їх застосування.
 - 6.2.5. Покази до променевого лікування, вибір доз.
 - 6.2.6. Покази до хіміотерапії, вибір доз.
 - 6.2.7. Причини рецидивів, повторне хірургічне лікування.

6.3. Коментар з проблемних питань.

Тема „Лікування пухлин кісток у дітей.” має велике теоретичне і практичне значення. Так, наприклад, провідна м'якотканинна пухлина – рабдоміосаркома складає від 4 до 8%. всіх солідних новотворів у дітей. Щорічно виявляється 4,3 хворих на 1 млн. дітей до 15 років. При цьому в 70%. випадків вони зустрічаються у дітей до 10 років Відмічені два піки захворюваності: перший у дітей від 2-х до 5 років і другий – в період статевого дозрівання. Дещо частіше хворіють хлопчики (1,4–1,7:1). Етіологія рабдоміосарком дотепер невідома. Приблизно у 20%. хворих у момент встановлення первинного діагнозу виявляються лімфогенні і/або гематогенні метастази. Останні найчастіше виявляються в легенях, кістках скелета і кістковому мозку, рідше в печінці і головному мозку. Початкові симптоми захворювання визначаються місцем

розвитку пухлини, її поширеністю в ураженому органі і тканинах, наявністю регіонарних і віддалених метастазів. Лікування СМТ носить мультимодальний характер і повинно плануватися за участю хірурга, променевого терапевта і хіміотерапевта. Викладач у своєму коментарі наголошує, що для забезпечення наступного ефективного лікування і отримання значних термінів виживання передовсім важливе їх раннє і своєчасне виявлення, що базується на системі профілактичного моніторингу всіх дітей.

6.4. Завдання для контролю та самоконтролю. *(перелічити запитання)*

6.4.1. Епідеміологія СМТ у дітей.

6.4.2. Класифікація СМТ у дітей.

6.4.3. Морфологічна діагностика СМТ: методи біопсії.

6.4.4. Диференціальна діагностика СМТ у дітей, доброякісних пухлин і не пухлинних захворювань.

6.4.5. Алгоритми спеціального лікування дітей, хворих на СМТ

6.4.6. Покази і протипокази до оперативного лікування. Резектабельність СМТ.

6.4.7. Органозберігаючі операції. При СМТ у дітей.

6.4.8. Вибір лікувальної тактики в залежності від стадії процесу.

6.4.9. Хіміотерапія в лікуванні в сарком СМТ у дітей. Схеми. Дози.кісток

6.4.10. Роль променевої терапії в лікуванні СМТ у дітей. Види, дози опромінення.

7. Література. (навчальна, довідкова, методична, наукова)

Навчальна

1. Трапезников Н. Н., Шайн А. А. Онкология: Учебник. - Москва: Медицина, 1992.-400 с.
2. Общее руководство по радиологии: Серия по медицинской визуализации, юбилейная книга N1СER. 1995 года/ Под ред.Г. Петерсона.: Институт N1СER Перевод с англ..М.: РА «Спас», 1996. - т. 1.- 668 с.
3. Детская онкология. Руководство для врачей / Под ред. М.Б.Белогуровой. – СПб.: СпецЛит, 2002. – 351 с.
4. Руководство по детской онкологии. /Под ред. Дурнова Л.А. – М.: Миклош, 2003. – 504 с.

Методична:

5. Протоколи променевої терапії: Протираковий дослідницький Центр Британської Колумбії, Канада (переклад з англ.) / За ред. М. І. Пилипенка, Л. Г. Розенфельда. – Харків, 2000. – 198 с.

6. Диагностические и терапевтические стандарты в педиатрической онкологии / Под ред. Генце Г., Кройтциг У. /пер. с нем. Донской С. Б.: Львів: Медицина світу, 2000. – 132 с.

Наукова

7. Surgical oncology : a European handbook / U. Veronesi (editor-in-chief) ; B. Arnesio et al. Springer-Verlag. – 1989. – 999 p.
8. Clinical pediatric oncology / Edited by D. J. Fernbach, T. J. Vietti. – 4th ed. – 1991. – 720 p.
9. Principles and Practice of Pediatric Oncology / Ed. by P. A. Pizzo, D. G. Poplack. – Philadelphia, 1997. – 720 p.

Нефробластома (пухлина Вільямса)

1. **Тема заняття:** Нефробластома (пухлина Вільямса)
2. **Актуальність теми:** У 1899 році Вільмс в своїй монографії дав огляд літератури по пухлинах нирок у дітей. З того часу ці новотвори стали відомі як пухлини Вільямса. Багато років ця бластома служила моделлю по вивченню проблем дитячої онкології в цілому. До теперішнього часу однією з проблем щодо цієї пухлини є пошук оптимального рівня лікування, необхідного для повного лікування хворого з мінімальним ризиком порушення комфортності його подальшого життя.
3. **Мета заняття:**
 - 3.1. навчальна – удосконалити теоретичні знання лікарів-онкологів із питань етіології, епідеміології та клініки нефробластоми у дітей.
 - 3.2. професійно орієнтована – оволодіти методами сучасної діагностики та принципами лікування дітей, хворих на нефробластоми.
 - 3.3. виховна – на матеріалах теми розвинути у курсантів почуття відповідальності за своєчасне виявлення та правильність лікування дітей, хворих на нефробластоми.
4. **Обладнання до заняття:** історії хвороб, атласи хірургічних операцій, слайди, рентенограми, результати КТ та ЯМР, набори інструментів для аспіраційної біопсії та трепан-біопсії.
5. **План і організаційна структура заняття:**

тривалість заняття – 2 навчальних години, з них

 - 5.1. Підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання) - 10 хв.
 - 5.2. Основний етап (формування професійних знань: виклад теоретичного матеріалу, заслуховування реферативних повідомлень лікарів-слухачів-терапевтів, коментар з проблемних питань) - 60 хв.
 - 5.3. Заключний етап (контроль і корекція знань, дискусія, проведення підсумків заняття, розподіл тем реферативних повідомлень на наступне семінарське заняття) - 20%.
6. **Зміст теми заняття:**
 - 6.1. Перелік питань, які будуть винесені на обговорення (тези виступів на підставі індивідуально виконаних завдань, теми реферативних повідомлень).
 - 6.1.1. Епідеміологія нефробластоми. Фактори ризику народження дітей, хворих на нефробластоми. Патоморфологічні форми, шляхи поширення. Гістологічна картина.
 - 6.1.2. Рання симптоматика. Клінічний перебіг захворювання. Специфічні і неспецифічні симптоми. Частота гематурії.

- 6.1.3. Методи інструментального і апаратного бстеження хворих дітей із метою діагностики нефробластоми, диференційна діагностика. Роль абдомінальної комп'ютерної томографії.
 - 6.1.4. Класифікація стадій нефробластоми (Європейська, США і TNM). Її роль у складанні раціонального плану лікування. Стадія процесу як прогностичний чинник захворювання.
 - 6.1.5. Принципи лікування хворих із нефробластою
 - 6.1.6. Оперативне лікування. Принципи і правила хірургічних втручань.
 - 6.1.7. Хіміотерапія і променева терапія у дітей на нефробластоми. Схеми, режими, дози. Медикаментозне лікування, як первинний етап мультимодальної терапії. Наслідки лікування. Виживання.
- 6.2. Напрямки дискусії
- 6.2.1. Лікувальна тактика при нефробластомі в залежності від стадії процесу і морфологічної будови пухлини.
 - 6.2.2. Основні принципи хірургічного лікування, критерії резектабельності.
 - 6.2.3. Покази до неoad'ювантної хіміотерапії, препарати, схеми, вибір доз. Післяопераційна хіміотерапія.
 - 6.2.4. Покази до променевого лікування, вибір доз.
 - 6.2.5. Причини рецидивів, повторне хірургічне лікування.

6.3. Коментар з проблемних питань.

Тема „Нефробластома (пухлина Вільямса).” має велике теоретичне і практичне значення. Пухлина Вільямса, або нефробластома, походить з тканин нирок, метанефрогенетичного паростка, що розвиваються. Це високозлоякісна ембріональна пухлина. Вона є найбільш частим злоякісним новотвором сечостатевого тракту у дітей і складає 7,8 випадків на мільйон дітей у віці від 1 до 14 років (Joung і Miller, 1975). Цей показник у середньому в таких країнах, як Фінляндія, Швеція, США, Австралія, Італія, Голландія і Великобританія дорівнює 7,3. При цьому найбільше значення його було зареєстровано у Фінляндії (9,5) і найменше – у Великобританії (5,1). За даними Інституту дитячої онкології ОНЦ РАМН, нефробластома зустрічається у 20% дітей з солідними новотворами (виключаючи пухлини ЦНС). Найчастіше вона зустрічається у дітей до 5 років (75%.) і в деяких випадках може бути природженою. Частота нефробластоми серед хлопчиків і дівчаток приблизно однакова. Нефробластоми нерідко поєднуються з природженими аномаліями. Точна частота пороків розвитку невідома, оскільки багато вагітностей з аномальними зародками закінчуються. До теперішнього часу твердо встановлено, що стадія захворювання є важливим прогностичним чинником, і на її основі створюється план раціонального лікування. В даний час загальновизнаною є комплексна терапія дітей, хворих на нефробластоми, що включає оперативне видалення пухлини, променеве і інтенсивне медикаментозне лікування. Викладач у своєму коментарі наголошує, що для

забезпечення найбільш ефективного лікування і отримання оптимальних термінів виживання важливим є їх раннє і своєчасне виявлення, що передовсім базується на системі профілактичного моніторингу всіх дітей.

6.4. Завдання для контролю та самоконтролю. *(перелічити запитання)*

6.4.1. Епідеміологія нефробластоми.

6.4.2. Класифікація нефробластоми.

6.4.3. Методи діагностики нефробластоми Морфологічна діагностика, методи біопсії.

6.4.4. Диференціальна діагностика нефробластоми, інших пухлин і непухлинних захворювань.

6.4.5. Алгоритми спеціального лікування дітей, хворих на нефробластому.

6.4.6. Вибір лікувальної тактики в залежності від стадії процесу.

6.4.7. Покази і протипокази до оперативного лікування. Визначення резектабельності при нефробластомі..

6.4.8. Хіміотерапія в лікуванні нефробластоми у дітей. Схеми. Дози. Покази до неoad'ювантної і ад'ювантної хіміотерапії.

6.4.9. Роль променевої терапії в лікуванні СМТ у дітей. Види, дози опромінення.

6.4.10. Прогноз, критерії. Виживання дітей, хворих на нефробластому.

7. **Література.** (навчальна, довідкова, методична, наукова)

Навчальна

1. Трапезников Н. Н., Шайн А. А. Онкология: Учебник. - Москва: Медицина, 1992. - 400 с.
2. Общее руководство по радиологии: Серия по медицинской визуализации, юбилейная книга N1CER. 1995 года/ Под ред.Г. Петерсона.: Институт N1CER Перевод с англ..М.: РА «Спас», 1996. - т. 1.- 668 с.
3. Детская онкология. Руководство для врачей /Под ред. М.Б.Белогуровой. – СПб.: СпецЛит, 2002. – 351 с.
4. Руководство по детской онкологии. /Под ред. Дурнова Л.А. – М.: Миклош, 2003. – 504 с.

Методична:

5. Протоколи променевої терапії: Протираковий дослідницький Центр Британської Колумбії, Канада (переклад з англ.) / За ред. М. І. Пилипенка, Л. Г. Розенфельда. – Харків, 2000. – 198 с.
6. Диагностические и терапевтические стандарты в педиатрической онкологии / Под ред. Генце Г., Кройтциг У. / пер. с нем. Донской С. Б.: Львів: Медицина світу, 2000. – 132 с.

Наукова

7. Surgical oncology : a European handbook / U. Veronesi (editor-in-chief) ; B. Arnesio et al. Springer-Verlag. – 1989. – 999 p.
8. Clinical pediatric oncology / Edited by D. J. Fernbach, T. J. Vietti. – 4th ed. – 1991. – 720 p.
9. Principles and Practice of Pediatric Oncology / Ed. by P. A. Pizzo, D. G. Poplack. – Philadelphia; 1997. – 720 p.

Злоякісні пухлини кісток у дітей

1. **Тема заняття:** Злоякісні пухлини кісток у дітей.
2. **Актуальність теми:** Пухлини кісток складають близько 10%. всіх злоякісних новоутворень у дітей, які зустрічаються переважно в другому десятилітті їх життя. У європейських країнах, таких як Франція, Німеччина, Італія і Великобританія з населенням 60–80 мільйонів, щорічно виявляються 200 випадків захворювання. Більш ніж 95% первинних пухлин кісток у дітей доводиться на остеогенну саркому і саркому Юїнга.
3. **Мета заняття:**
 - 3.1. навчальна – Удосконалити теоретичні і практичні знання лікарів-слухачів-онкологів з питань особливостей клініки, діагностики та лікування пухлин кісток у дітей, формування вміння захищати наукові положення і висновки.
 - 3.2. професійно орієнтована – вміти виявити пухлин кісток у дітей на ранніх стадіях..
 - 3.3. виховна – сформувати почуття відповідальності за своєчасність виявлення пухлин кісток у дітей і правильність подальших професійних дій у виборі діагностичної та лікувальної тактики.
4. **Обладнання до заняття:** історії хвороб, схеми, слайди, рентгенограми, дані МРТ і КТ.
5. **План і організаційна структура заняття:**

тривалість заняття – 2 навчальних години, з них

 - 5.1. Підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання) - 10 хв.
 - 5.2. Основний етап (формування професійних знань: виклад теоретичного матеріалу, заслуховування реферативних повідомлень лікарів-слухачів-терапевтів, коментар з проблемних питань) - 60 хв.
 - 5.3. Заключний етап (контроль і корекція знань, дискусія, проведення підсумків заняття, розподіл тем реферативних повідомлень на наступне семінарське заняття) - 20%.
6. **Зміст теми заняття:**
 - 6.1. Перелік питань, які будуть винесені на обговорення (тези виступів на підставі індивідуально виконаних завдань, теми реферативних повідомлень).
 - 6.1.1. Етіологія сарком кісток. Патоморфологія злоякісних новотворів кісток у дітей. Класифікація. Види остеосарком. Саркома Юїнга. Метастазування.
 - 6.1.2. Клінічна картина і діагностика захворювання. Методи апаратної і інструментальної діагностики. Рентгенологічна картина.

- Радіоізотопне сканування кісток. Покази до КТ і МРТ. Інтерпретація даних. Лабораторні дослідження.
- 6.1.3. Стадіювання остеосарком. Способи морфологічної верифікації. Методика трепанобіопсії. Покази до відкритої біопсії. Принципи лікування хворих остеосаркомою.
 - 6.1.4. Радикальне оперативне лікування. Покази. Види операцій. Ускладнення. Органозберігаючі операції. Причини рецидивів.
 - 6.1.5. Хіміотерапія сарком. Класифікація ступенів лікарського патоморфозу. Неoad'ювантна хіміотерапія, схеми. Ад'ювантна хіміотерапія. Покази. Схеми. Тактика лікування метастатичної хвороби. Прогноз.
 - 6.1.6. Саркома Юїнга. Патоморфологія. Локалізація. Клінічна перебіг і поширення. Діагностика. Рентгенологічна картина сарком Юїнга. Методи морфологічного підтвердження діагнозу.
 - 6.1.7. Принципи лікування хворих саркомою Юїнга. Променева терапія і лікування без оперативного втручання. Види. Методики. Дози. Неoad'ювантна хіміотерапія. Схеми інтенсивної полі хіміотерапії. Лікування метастатичної сарком Юїнга.
- 6.2. Напрямки дискусії
- 6.2.1. Диспансеризація дітей і проблеми ранньої діагностики ЗН кісток у дітей.
 - 6.2.2. Особливості клініки і перебігу різних ЗН кісток у дітей різних вікових груп.
 - 6.2.3. Променеві і інвазивні методи діагностики ЗН кісток.
 - 6.2.4. Вибір послідовності застосування різних методів лікування в залежності від морфології і стадії процесу.
- 6.3. Коментар з проблемних питань.
- Тема „Злоякісні пухлини кісток у дітей.” має вагомe теоретичне та практичне значення. Наприклад, остеосаркома – злоякісна пухлина, яка гістогенетично пов'язана з примітивною мезенхімою або камбіальним резервом, що має потенцією до кісткоутворення. У ній відбувається пряме перетворення пухлинної сполучної тканини в кістку і остеод. Щорічно реєструються 2–3 випадки захворювання на один мільйон населення. Остеогенна саркома може зустрічатися в будь-якому віці, проте в 60%. випадків припадає на друге десятиріччя життя. Хлопчики хворіють на неї частіше за дівчаток (1,4:1) (мал. 52). При цьому вік хворих дівчаток дещо нижчий, ніж хлопчиків, що указує на взаємозв'язок між прискореним зростанням кісток і розвитком цих неоплазм (Link, Eilber, 1989). Більш того, хворі на остеосаркому звичайно вище зросту в порівнянні з своїми однолітками. Найбільш типовою локалізацією пухлини є метафізарні зони швидкоростучих кісток у підлітків: нижній метафіз стегнової,

верхній метафіз великої гомілкової і плечової кісток. Рідше пухлина вражає проксимальний відділ малогомілкової кістки, хребці, нижню щелепу. Саркома Юїнга – первинна високозлоякісна пухлина некісткового походження, звичайно розвивається в кістках скелета, але іноді локалізується і в м'яких тканинах. Вона складає 10–15% всіх первинних злоякісних новоутворень кісток. У рік виявляється 0,6 нових випадків захворювання на 1 мільйон населення (Prince, Jeffrey, 1977). Ця саркома рідко зустрічається у дітей до 5 років або у дорослих старших за 30 років. Пік захворюваності спостерігається між 10 і 15 роками життя дитини. Дещо частіше хворіють хлопчики. По поширеності захворювання підрозділяється на локалізоване і дисеміноване. Лікування ЗН кісток у дітей завжди повинно мати комбінований характер і поєднує неoad'ювантну поліхіміотерапію, хірургічне втручання (або променеву терапію, причому покази до променевої терапії детермінуються важливими чинниками: радикальністю виконаної операції і ступенем медикаментозного патоморфозу), ад'ювантну хіміотерапію. Викладач у своєму коментарі наголошує, тільки рання і своєчасна діагностика ЗН кісток у дітей, а також оптимальне застосування усіх спеціальних видів лікування (хірургічного, медикаментозного і променевого) може забезпечити стійке місцеве вилікування. Лікування ж дисемінованих процесів залишається проблематичним і неефективним.

6.4. Завдання для контролю та самоконтролю. *(перелічити запитання)*

- 6.4.1. Етіологія ЗН кісток у дітей.
- 6.4.2. Епідеміологія ЗН кісток у дітей.
- 6.4.3. Морфологічна класифікація сарком кісток у дітей.
- 6.4.4. Патоморфологія ЗН кісток.
- 6.4.5. Стадіювання ЗН кісток дітей за системою TNM.
- 6.4.6. Класифікація ступеня лікарського патоморфозу остеогенної саркоми.
- 6.4.7. Рентгенологічні ознаки остеогенної саркоми і саркоми Юїнга.
- 6.4.8. Шляхи метастазування остеогенної саркоми і саркоми Юїнга.
- 6.4.9. Принципи лікування хворих на остеосаркому.
- 6.4.10. Принципи лікування хворих на саркому Юїнга.
- 6.4.11. Прогноз і виживання дітей на ЗН кісток.

7. Література. (навчальна, довідкова, методична, наукова)

Навчальна

1. Трапезников Н. Н., Шайн А. А. Онкология: Учебник. - Москва: Медицина, 1992. - 400 с.
2. Общее руководство по радиологии: Серия по медицинской визуализации, юбилейная книга NICER. 1995 года / Под ред. Г.

- Петерсона.: Институт NICER Перевод с англ..М.: РА «Спас», 1996.
- Т. 1.- 668 с.
3. Детская онкология. Руководство для врачей / Под ред. М. Б. Белогуровой. – СПб.: СпецЛит, 2002. – 351 с.
 4. Руководство по детской онкологии. / Под ред. Дурнова Л. А. – М.: Миклош, 2003. – 504 с.

Методична:

5. Протоколи променевої терапії: Протираковий дослідницький Центр Британської Колумбії, Канада (переклад з англ.) / За ред. М. І. Пилипенка, Л. Г. Розенфельда. – Харків, 2000. – 198 с.
6. Диагностические и терапевтические стандарты в педиатрической онкологии. /Под ред. Генце Г., Кройтциг У. /пер. с нем. Донской С.Б.: Львів: Медицина світу, 2000. – 132 с.

Наукова:

7. Surgical oncology : a European handbook / U.Veronesi (editor-in-chief) ; V. Arnesio et al. Springer-Verlag, 1989. – 999 p.
8. Clinical pediatric oncology / Edited by D.J.Fernbach, T.J.Vietti. – 4th ed. – 1991. – 720 p.
9. Principles and Practice of Pediatric Oncology / Ed. by P. A. Pizzo, D. G. Poplack. – Philadelphia, 1997. – 720 p.

Лімфома Годжкіна (лімфогранулематоз)

1. **Тема заняття:** Лімфома Годжкіна (лімфогранулематоз)
2. **Актуальність теми:** Лімфома (хвороба) Годжкіна (ЛГ) - первинне пухлинне захворювання лімфатичної системи із специфічною клінічною картиною та патоморфологічною характеристикою уражених лімфатичних тканин, в яких виявляють, насамперед, атипові багатоядерні клітини Штернберга-Ріда та одноядерні клітини Годжкіна на фоні клітинного поліморфізму.
3. **Мета заняття:**
 - 3.1. Удосконалити теоретичні і практичні знання лікарів – онкологів з етіології, епідеміології, клініки та лікування лімфогранулематозу; оволодіння мистецтвом письмового та усного викладу матеріалу, формування вміння захищати наукові положення і висновки.
 - 3.2. професійно орієнтована – удосконалити знання лікарів-онкологів із сучасних принципів лікування лімфогранулематозу;
 - 3.3. виховна – на матеріалах теми розвинути у курсантів почуття відповідальності . за своєчасність та кваліфікованість лікаря – онколога при виявленні і лікуванні лімфогранулематозу;
4. **Обладнання до заняття:** історії хвороб, слайди, рентгенограми, результати КТ та ЯМР, зразки хіміопрепаратів.
5. **План і організаційна структура заняття:**

тривалість заняття – 2 навчальних години, з них

 - 5.1. Підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання) - 10 хв.
 - 5.2. Основний етап (формування професійних знань: виклад теоретичного матеріалу, заслуховування реферативних повідомлень лікарів-слухачів-терапевтів, коментар з проблемних питань) - 60 хв.
 - 5.3. Заключний етап (контроль і корекція знань, дискусія, проведення підсумків заняття, розподіл тем реферативних повідомлень на наступне семінарське заняття) - 20%.
6. **Зміст теми заняття:**
 - 6.1. Перелік питань, які будуть винесені на обговорення (тези виступів на підставі індивідуально виконаних завдань, теми реферативних повідомлень).
 - 6.1.1. Епідеміологія та етіологія ЛГ. Захворюваність, смертність, статеві та вікові особливості. Класифікація за стадіями. Морфологічна класифікація.
 - 6.1.2. Рання симптоматика. Клінічний перебіг захворювання. Особливості клінічного обстеження. Клінічне стадіювання|.

Методи додаткового обстеження. Верифікація діагнозу. Лабораторні дослідження.

- 6.1.3. Лікувальна тактика при ЛГ. Критерії вибору методів лікування. Поняття про біологічну активність процесу. Критерії активності.
 - 6.1.4. Променева терапія - основний метод лікування. Покази і проти покази. Методики. Етапність опромінення. Дози. Планування променевої терапії.
 - 6.1.5. Медикаментозна терапія.ЛГ. Покази. Проти покази. Схеми хіміотерапії. Протоколи хіміотерапії. Комбіноване лікування. Покази. Оцінка ефективності.
 - 6.1.6. Оцінка ефективності .Рецидиви захворювання і їх причина Прогноз і виживання хворих на ЛГ.
- 6.2. Напрямки дискусії
- 6.2.1. Лікувальна тактика при ЛГ в залежності від стадії процесу, віку і морфологічної будови.
 - 6.2.2. Основні принципи променевого лікування хворих на ЛГ, критерії ефективності.
 - 6.2.3. Основні принципи медикаментозного лікування хворих на ЛГ, критерії ефективності.
 - 6.2.4. Лікування рецидивів ЛГ, застосування комбінованого лікування.

6.3. Коментар з проблемних питань.

Тема „Лімфома Годжкіна (лімфогранульоматоз) має велике теоретичне і практичне значення. В Україні наприкінці ХХ століття захворюваність на лімфому Годжкіна складала 2,4 на 100 000 населення. Ризик захворювання на хворобу Годжкіна дещо підвищений у людей після перенесеного інфекційного мононуклеозу, тонзил- та апендектомії. Особливе значення у виникненні цього захворювання надається інфікованості вірусом Епштейна-Барр. Клінічний діагноз ставиться на підстав біопсії (гістологічного дослідження), даних анамнезу, клінічного і лабораторного обстеження, методів візуалізації і сканування з галієм. Всі симптоми захворювання повинні бити враховані, особливо слід звернути увагу на лихоманку і втрату маси тіла. Клінічна оцінка ураження печінки передбачає або збільшення розмірів печінки, або порушення рівня лужної фосфатази в сироватці кров і зміну двох різних функціональних печінкових тестів, або зміни в печінці, виявлені методами візуалізації, і зміна одного функціонального тесту. Клінічно ураження селезінки встановлюється шляхом пальпаторного збільшення селезінки, підтверженому методами візуалізації. Адекватна терапія приводить до настання повної ремісії у 80–90% первинних хворих. Основними методами лікування є променевими (дистанційна гамма-терапія), хіміотерапія або їх комбінація. Останнім часом, перевага віддається комбінованому лікуванню: ПХТ – ДГТ – ПХТ. Для хворих III–IV стадій основним методом є поліхіміотерапія. Викладач у своєму коментарі наголошує, що для забезпечення найбільш ефективного лікування ЛГ і

отримання оптимальних термінів виживання важливим є її раннє і своєчасне виявлення, що передовсім базується на системі профілактичного оглядів.

- 6.4. Завдання для контролю та самоконтролю. (*перелічити запитання*)
 - 6.4.1. Епідеміологія лімфогранульоматозу
 - 6.4.2. Етіологія лімфогранульоматозу
 - 6.4.3. Патоморфологія лімфогранульоматозу
 - 6.4.4. Класифікація та стадіювання лімфогранульоматозу.
 - 6.4.5. Вибір лікувальної тактики.
 - 6.4.6. Променева терапія ЛГ.
 - 6.4.7. Хіміотерапія ЛГ.
 - 6.4.8. Комбіноване лікування, Рецидив ЛГ.
 - 6.4.9. Прогноз і виживання при ЛГ.

7. Література. (навчальна, довідкова, методична, наукова)

Навчальна

1. Онкологія: Підручник. – 3-тє видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білинський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак та ін. За ред. проф. Б. Т. Білинського. - К.: Здоров'я, 2004, 2007. – 532 с.
2. В. И. Чиссов, А. Х. Трахтенберг. Ошибки в клинической онкологии : Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1993. - 544 с.
3. Чиссов В. И. и др. Онкология. – Электронный учебник. – 2000 г. Трапезников Н. Н., Шайн А. А. Онкология: Учебник. - Москва: Медицина, 1992. - 400 с.
4. Общее руководство по радиологии: Серия по медицинской визуализации, юбилейная книга NICER. 1995 года / Под ред. Г. Петерсона: Институт NICER Перевод с англ. М.: РА «Спас», 1996. - Т. 1. - С. 668 с.

Методична:

5. Справочник по онкологии / Под редакцией Шалимова С. А., Мясоедова Д. В. / К.: Здоров'я, 2008. – 576 с.
6. Олійниченко П. И., Булкіна З. П., Скниборова Т. И. Справочник по полихимиотерапии опухолей. – К.: Здоров'я, 2000.- 301 с.
7. Я. В. Шпарик. Мінімальні клінічні рекомендації ESMO. Галицька видавнича спілка. Львів, 2002. – 56 с.
8. Я. В. Шпарик, І. В. Ковальчук, Т. Б. Качмар, Б. Т. Білинський. Довідник онколога. Галицька видавнича спілка. Львів, 2001. – 128 с.
9. Клиническая онкология: Практикум / Гнатишак А. И., Билинский Б. Т., Савран В. Р., Стернюк Б. П.. Львов: Вища школа. Изд-во при Львов. ун-те, 1980. – 184 с.

Наукова:

10. Vincent T. Devita, Jr. Samuel Hellman, Steven A. Rosenberg. CANCER. Principles and practice of Oncology. 8th Edition./ CD-R/

Негоджкінські лімфоми (лімфосаркоми)

1. **Тема заняття:** Негоджкінські лімфоми (лімфосаркоми)
2. **Актуальність теми:** Під терміном "негоджкінські лімфоми" (НЛ) розуміють всі злоякісні пухлини кровотворної тканини, що починаються у вигляді пухлинної утвору поза кістковим мозком, окрім лімфогранульоматозу. Вони об'єднують низку лімфопроліферативних захворювань різного ступеня злоякісності та характеру перебігу. Останніми десятиліттями спостерігається значний ріст захворюваності на негоджкінські лімфоми, а також смертності від них, незважаючи на помітні досягнення в лікуванні.
3. **Мета заняття:**
 - 3.1. Удосконалити теоретичні і практичні знання лікарів – онкологів з етіології, епідеміології, клініки та лікування негоджкінських лімфом; оволодіння мистецтвом письмового та усного викладу матеріалу, формування вміння захищати наукові положення і висновки.
 - 3.2. професійно орієнтована – удосконалити знання лікарів-онкологів із сучасних принципів лікування негоджкінських лімфом;
 - 3.3. виховна – на матеріалах теми розвинути у курсантів почуття відповідальності . за своєчасність та кваліфікованість лікаря – онколога при виявленні і лікуванні негоджкінських лімфом;
4. **Обладнання до заняття:** історії хвороб, слайди, рентгенограми, результати КТ та ЯМР, зразки хіміопрепаратів.
5. **План і організаційна структура заняття:**

тривалість заняття – 2 навчальних години, з них

 - 5.1. Підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання) - 10 хв.
 - 5.2. Основний етап (формування професійних знань: виклад теоретичного матеріалу, заслуховування реферативних повідомлень лікарів-слухачів-терапевтів, коментар з проблемних питань) - 60 хв.
 - 5.3. Заключний етап (контроль і корекція знань, дискусія, проведення підсумків заняття, розподіл тем реферативних повідомлень на наступне семінарське заняття) - 20%.
6. **Зміст теми заняття:**
 - 6.1. Перелік питань, які будуть винесені на обговорення (тези виступів на підставі індивідуально виконаних завдань, теми реферативних повідомлень).
 - 6.1.1. Епідеміологія та етіологія негоджкінських лімфом.
Захворюваність, смертність, статеві та вікові особливості.

Класифікація ВООЗ. Ступені злоякісності і зрілості. Стадіювання НЛ.

- 6.1.2. Рання симптоматика. Клінічна картина і перебіг захворювання. Особливості клінічного обстеження. Методи додаткового обстеження і верифікації діагнозу з використанням імунофенотипових та цитогенетичних методів дослідження
 - 6.1.3. Принципи лікування НЛ відповідно до стадії, ступеня злоякісності, міжнародного прогностичного індексу, ступеня експресії лімфоїдними клітинами поверхневих антигенів.
 - 6.1.4. Хіміотерапія НЛ. Монохіміотерапія і поліхіміотерапія. Вибір препаратів. Схеми. Таргетні препарати. Підтримуюча терапія. Проблема медикаментозної резистентності і методи її подолання. Покази до трансплантації кісткового мозку і стовбурових клітин.
 - 6.1.5. Роль променевої терапії в лікуванні НЛ. Методики. Критерії ефективності. Комбіноване лікування. Проблема рецидивів, причини, способи лікування.
 - 6.1.6. Лікування локалізованих екстранодальних уражень. Прогноз і виживання хворих на НЛ.
- 6.2. Напрямки дискусії
- 6.2.1. Вибір методів візуалізації і морфологічної верифікації. Роль імуногістохімії в ідентифікації НЛ.
 - 6.2.2. Клінічні відмінності Т-клітинних і В-клітинних лімфом.
 - 6.2.3. Критерії вибору схем і режимів медикаментозного лікування хворих на НЛ.
 - 6.2.4. Покази до променевого і комбінованого лікування хворих на НЛ.
 - 6.2.5. Критерії ефективності лікування НЛ. Прогностичні ознаки.
- 6.3. Коментар з проблемних питань.

Тема „Негоджкінські лімфоми (лімфосаркоми). має велике теоретичне і практичне значення. Останніми десятиліттями спостерігається значний ріст захворюваності на негоджкінські лімфоми, а також смертності від них, незважаючи на помітні досягнення в лікуванні. Значний внесок у розвиток цієї тенденції внесли хворі на СНІД з асоційованими лімфомами. В Україні наприкінці на початку ХХ століття захворюваність на негоджкінські лімфоми складала в цілому 4,2 на 100 000 населення. В Україні (стандартизований показник WS – 3,0/100000). Більшість негоджкінських лімфом серед населення Західної півкулі мають В-клітинне походження. Понад 90% негоджкінських лімфом мають певні окреслені хромосомні аномалії, які враховуються в сучасних їх класифікаціях. Найхарактернішою клінічною ознакою негоджкінських лімфом є збільшення одного чи декількох лімфатичних вузлів, насамперед, периферичних груп. Порівняно з хворобою Годжкіна, хворі з негоджкінськими лімфомами на час встановлення діагнозу мають пізніші стадії захворювання (в I-II лише 10...15%), рідше - системні інтоксикаційні (В-

симптоми), частіше вражаються кістковий мозок, печінка, кільце Вальдейєра, шлунково-кишковий тракт та інші екстранодальні ділянки. Неприятливими чинниками є лейкемізація і молодий вік хворих. Вибір лікування залежить, насамперед, від варіанту захворювання, що дозволяє визначити умовний ступінь його злоякісності (низький, проміжний чи високий). Крім того, тактика лікування повинна враховувати низку прогностичних чинників. Хіміотерапія є основним методом лікування всіх негоджкінських лімфом. Інші методи – променеву терапію і хірургічне лікування в основному застосовують при екстранодальних ураженнях. Викладач у своєму коментарі наголошує, що ефективне лікування НЛ і отримання оптимальних термінів виживання можливе лише за умови їх раннього і своєчасного виявлення, що передовсім базується на системі профілактичного оглядів.

6.4. Завдання для контролю та самоконтролю. *(перелічити запитання)*

- 6.4.1. Епідеміологія НЛ.
- 6.4.2. Етіологія НЛ.
- 6.4.3. Патоморфологія НЛ. Класифікації.
- 6.4.4. Стадіювання НЛ за системою Ann-Arbor.
- 6.4.5. Вибір лікувальної тактики.
- 6.4.6. Хіміотерапія НЛ. Схеми хіміотерапії.
- 6.4.7. Променева терапія НЛ. Можливості. Покази. Особливості.
- 6.4.8. Комбіноване лікування НЛ.
- 6.4.9. Рецидиви НЛ. Прогноз і виживання.

7. Література. (навчальна, довідкова, методична, наукова)

Навчальна

1. Онкологія: Підручник. - 3 - те видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білінський, Н. А. Володько, А. І.Г натишак. За ред.. проф.. Б. Т. Білінського та ін.. - К.: Здоров'я, 2004, 2007. – 532 с.
2. В. И. Чиссов, А. Х. Трахтенберг. Ошибки в клинической онкологии: Руководство для врачей. - М. Медицина, 1993. - 544 с.
3. Чиссов В. И. и др. Онкология. – Электронный учебник. – 2000 г.Трапезников Н. Н., Шайн А. А. Онкология: Учебник. - Москва: Медицина, 1992. - 400 с.
4. Общее руководство по радиологии: Серия по медицинской визуализации, юбилейная книга NICER. 1995 года / Под ред. Г. Петерсона. Институт NICER Перевод с англ. М.: РА «Спас», 1996. - Т. 1. – 668 с.
5. Энциклопедия клинической онкологии. Руководство для практикующих врачей / М. И. Давыдов, Г. Л. Вышковский и др. - М.:РЛС, - 2005, 2004.-1536 с.

Методична:

6. Справочник по онкологии / Под редакцией Шалимова С. А., Мясоедова Д. В. / К.: Здоров'я, 2008. – 576 с.
7. Олейниченко П. И., Булкина З. П., Скниборова Т. И. Справочник по полихимиотерапии опухолей. – К.: Здоров'я, 2000. – 301 с.
8. Я. В. Шпарик. Мінімальні клінічні рекомендації ESMO. Галицька видавнича спілка. Львів, 2002. – 56 с.
9. Я. В. Шпарик, І. В. Ковальчук, Т. Б. Качмар, Б. Т. Білинський. Довідник онколога. Галицька видавнича спілка. Львів, 2001. – 128 с.
10. Клиническая онкология: Практикум / Гнатышак А. И., Билынский Б. Т., Савран В. Р., Стернюк Б. П.. Львов: Вища школа. Изд-во при Львов. ун-те, 1980. – 184 с.
11. Переводчикова Н. И. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний / Под ред. Н. И. Переводчиковой. - 2-е изд., доп.- М.: Практическая медицина, 2005. - С. 195-209.

Наукова:

12. Vincent T. Devita, Jr. Samuel Hellman, Steven A. Rosenberg . CANCER. Principles and practice of Oncology. 8th Edition./ CD-R/

Лейкози. Етіологія, патогенез, класифікація. Клініка, діагностика, лікування, прогноз

1. **Тема заняття:** Лейкози. Етіологія, патогенез, класифікація. Клініка, діагностика, лікування, прогноз
2. **Актуальність теми:** Лейкемії – пухлини кровотворної тканини, що, на відміну від лімфом, беруть свій початок з кісткового мозку. Лейкемії поділяються, з одного боку, на гострі та хронічні, а з другого – на мієло- та лімфопроліферативні. В групу хронічних лімфопроліферативних входять усі лімфоми (Годжкін та негоджкінські), оскільки на клітинному рівні немає принципової різниці між відповідними лімфолейкеміями та лімфомами вони відрізняються, насамперед, за місцем свого первинного походження – з кісткового мозку чи з лімфатичної тканини.
3. **Мета заняття:**
 - 3.1. Удосконалити теоретичні знання лікарів-онкологів з етіологією, епідеміологією та клінікою лейкозів; оволодіти мистецтвом письмового та усного викладу матеріалу, формування вміння захищати наукові положення і висновки.
 - 3.2. професійно орієнтована – удосконалити вміння лікарів-онкологів із сучасних принципів лікування лейкемії;
 - 3.3. виховна – на матеріалах теми розвинути у курсантів почуття відповідальності . за своєчасність та кваліфікованість лікаря – онколога при виявленні і лікуванні лейкемії;
4. **Обладнання до заняття:** історії хвороб, слайди, рентенограми, результати КТ та ЯМР, зразки хіміопрепаратів.
5. **План і організаційна структура заняття:**

тривалість заняття – 2 навчальних години, з них

 - 5.1. Підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання) - 10 хв.
 - 5.2. Основний етап (формування професійних знань: виклад теоретичного матеріалу, заслуховування реферативних повідомлень лікарів-слухачів-терапевтів, коментар з проблемних питань) - 60 хв.
 - 5.3. Заключний етап (контроль і корекція знань, дискусія, проведення підсумків заняття, розподіл тем реферативних повідомлень на наступне семінарське заняття) - 20%.
6. **Зміст теми заняття:**
 - 6.1. Перелік питань, які будуть винесені на обговорення (тези виступів на підставі індивідуально виконаних завдань, теми реферативних повідомлень).

- 6.1.1. Епідеміологія та етіологія лейкемій. Особливості захворюваності на гострі і хронічні лейкемії відповідно до віку і статі. Смертність на лейкемії. Прогноз. Виживання.
 - 6.1.2. Рання симптоматика. Клінічна картина і перебіг різних видів гострих лейкемій. Особливості клінічного обстеження. Методи додаткового обстеження і верифікації діагнозу з використанням стеральної пункції, цитологічного і цитогенетичних досліджень. Поняття про кластери диференціації.
 - 6.1.3. Симптоматика, клінічна картина і перебіг різних видів хронічних лейкемій. Особливості клінічного обстеження. Методи додаткового обстеження і верифікації діагнозу з використанням стеральної пункції, цитологічного і цитогенетичних досліджень.
 - 6.1.4. Принципи лікування різних типів лейкемій. Комбінація схем хіміопрепаратів. Курсова терапія. Високодозна хімотерапія. Складні мієлоаблативні програми полі хімотерапії. Інгібітори тирозинкінази. Застосування кортикостероїдів. Критерії активності процесу.
- 6.2. Напрямки дискусії
 - 6.2.1. Вибір сучасних методів морфологічної ідентифікації лейкемій. Роль імуногістохімічних і цитогенетичних досліджень.
 - 6.2.2. Клінічні відмінності гострих і хронічних мієлоїдних і лімфоїдних лейкемій.
 - 6.2.3. Критерії вибору схем і режимів медикаментозного лікування хворих на гострі лейкемії.
 - 6.2.4. Тактика лікування при хронічних лейкеміях з урахування віку. Покази і проти покази до трансплантації кісткового мозку.
 - 6.2.5. Критерії ефективності лікування лейкемій різних видів. Прогностичні ознаки.

6.3. Коментар з проблемних питань.

Тема „Лейкози. Етіологія, патогенез, класифікація. Клініка, діагностика, лікування, прогноз.” має велике теоретичне і практичне значення. Захворюваність на усі види лейкемій в Україні на початку ХХІ ст. Становила до 8 на 100 тис. нас., частіше хворіли чоловіки – в 1,4 рази. Захворюваність на різні види лейкемій має чітко виражену вікову залежність. Дана патологія в Україні характерна високим рівнем смертності – 5,4 на 100 тис. нас. І летальності до 1 року – до 40%.. Гострі лейкемії складають щорічно до 3 %. вперше виявлених пухлинних захворювань. Захворюваність на різні гострі лейкемії має чітко виражену вікову залежність. Клінічно найчастіше зустрічаються неспецифічні загальні симптоми: наростаюча слабкість, втрата ваги та апетиту, невмотивована гарячка. Слід звернути увагу на можливу наявність збільшення селезінки та печінки, периферичних лімфатичних вузлів, специфічного ураження шкіри у вигляді “лейкемідів”. Основними лабораторно-морфологічними проявами є

гіперлейкоцитоз у периферичній крові. Важливими синдромами в клінічному перебігу є анемічний та геморагічний на ґрунті тромбоцитопенії, які є визначальним фактором прогнозу цього захворювання. Вирішальне значення має морфологічне дослідження кісткового мозку (стерильна пункція та трепанобіопсія). Для лікування різних видів лейкемій застосовують комбінації різних схем хіміопрепаратів. Наприклад, метою лікування гострих лейкемій є, щонайменше, повна елімінація клітин пухлинного клону, що не виявлятимуться в світловому мікроскопі в периферичній крові та кістковому мозку хворих. Однак, застосовують і інші методи лікування: наприклад, найрадикальнішим методом лікування хронічної мієлолейкемії, що дозволяє надіятись на повневилікування, є аlogenна трансплантація кісткового мозку. Викладач у своєму коментарі наголошує, що ефективне лікування лейкемій, у більшості випадків, можливе лише за умови їх раннього і своєчасного виявлення, а прогноз він в значній степені залежить від варіанту захворювання, віку хворого, наявних цитогенетичних аномалій та відповіді на лікування, зокрема, можливості проведення трансплантації кісткового мозку.

6.4. Завдання для контролю та самоконтролю. *(перелічити запитання)*

- 6.4.1. Епідеміологія гострих лейкемій.
- 6.4.2. Епідеміологія хронічних лейкемій.
- 6.4.3. Етіологія лейкемій.
- 6.4.4. Класифікації гострих лейкемій
- 6.4.5. Класифікації хронічних лейкемій
- 6.4.6. Студіювання хронічних лейкемій.
- 6.4.7. Схеми хіміотерапії гострих лейкемій.
- 6.4.8. Вибір лікувальної тактики при хронічних лейкеміях.
- 6.4.9. Покази до трансплантації алло генного кісткового мозку.
- 6.4.10. Наслідки лікування різних видів лейкемій. Прогноз і виживання.

7. Література. (навчальна, довідкова, методична, наукова)

Навчальна:

1. Онкологія: Підручник. - 3 - те видання, перероб. і доп. / Б. Т. Білінський, Н. А. Володько, А. І. Гнатишак. За ред. проф. Б. Т. Білінського та ін. - К.: Здоров'я, 2004, 2007. – 532 с.
2. Чиссов В. И. и др. Онкология. – Электронный учебник. – 2000 г. Трапезников Н. Н., Шайн А. А. Онкология: Учебник. - Москва: Медицина, 1992. - 400 с.
3. Энциклопедия клинической онкологии. Руководство для практикующих врачей / М. И. Давыдов, Г. Л. Вышковский и др. - М.:РЛС – 2005, 2004.-1536 с.

Методична:

4. Справочник по онкологии / Под редакцией Шалимова С. А., Мясоедова Д. В. / К.: Здоров'я, 2008. – 576 с.
5. Олійниченко П. И., Булкина З. П., Скниборова Т. И. Справочник по полихимиотерапии опухолей. - К: Здоров'я, 2000. – 301 с.
6. Я. В. Шпарик, І. В. Ковальчук, Т. Б. Качмар, Б. Т. Білинський. Довідник онколога. Галицька видавнича спілка. Львів, 2001. – 128 с.
7. Клиническая онкология: Практикум / Гнатышак А. И., Билынский Б. Т., Савран В. Р., Стернюк Б. П. Львов: Вища школа. Изд-во при Львов. ун-те, 1980. – 184 с.
8. Переводчикова Н. И. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний / Под ред. Н. И. Переводчиковой. - 2-е изд., доп.- М.: Практическая медицина, 2005. - С. 195-209.

Наукова:

9. Vincent T. Devita, Jr. Samuel Hellman, Steven A. Rosenberg . CANCER. Principles and practice of Oncology. 8th Edition./ CD-R/