

Министерство здравоохранения Украины  
Высшее государственное учебное заведение Украины  
«Украинская медицинская стоматологическая академия»

КАФЕДРА ОНКОЛОГИИ



УТВЕРЖДЕНО НА МЕТОДИЧЕСКОМ СОВЕЩАНИИ

Протокол №1 от 28 августа 2018р.

Заведующий кафедры

д.мед.н., проф. Бахча В.П.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ  
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ  
Во ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ

Учебная дисциплина	Клиническая онкология
Модуль №	VI
Содержательный модуль №	10
Тема занятия	Организационные аспекты медицинской помощи онкологическим больным. Скрининг и государственные программы скрининга. Реабилитация. Паллиативная и симптоматическая помощь онкологическим больным.
Курс	VI
Факультет	Медицинский и педиатрический

Методическую разработку  
подготовил:

д.мед.н., проф. Баштан В.П.

д.мед.н., проф. Чернобай А.В.

аспирант: Муковоз О. Е.

**Тема: Организационные аспекты медицинской помощи онкологическим больным. Скрининг и государственные программы скрининга. Реабилитация. Паллиативная и симптоматическая помощь онкологическим больным.**

**Количество часов : 6**

**Материальное и методическое обеспечение темы : учебные комнаты, пылать, поликлиника, истории болезней, амбулаторные карточки, методические указания для студентов.**

### **1. Актуальность темы.**

В настоящее время злокачественные новообразования продолжают являть собой серьезную проблему человечества, потому что в ней сконцентрировались медицинские, социальные, биологические, демографические, технические, экономические и другие вопросы, прямо или косвенно связаны с ростом показателей заболеваемости.

Проблема онкологии давно уже перешла за рамки здравоохранения и стала серьезной социальной проблемой. Онкологические заболевания приносят катастрофически значимые социально-экономические потери нашему обществу:

- касательно больного - это снижение социальной активности, физическая боль, психическое напряжение;
- к семейству - снижение прибылей, распад семейства, сиротство, овдовение;
- к обществу - колоссальные экономические и кадровые потери.

В 2002 году в мире под наблюдением находилось больше 57 млн. больных с неоплазиями, а впервые обнаруженные за год случаи сложили 9 240 000. По прогнозу экспертов ВОЗ до 2020 года число впервые обнаруженных случаев злокачественных новообразований достигнет 16 млн., а смертность от рака выйдет на первое место из-за того, что 90% зарегистрированных онкологических больных будут инкурабельными. Каждый четвертый впервые обнаружен больной не подлежит радикальному лечению и 35,3% из них умирают в течение первого года с момента установления диагноза. Кроме того, 46,3% пациентов которые раньше получили радикальное лечение, в следующие 5 лет требуют паллиативного лечения.

Подтверждением вышеизложенного служат исследования Чсова В. И. (Россия) который доказал, что среди всех больных с впервые установленным раком легких не меньше 80% пациентов уже имеют местное распространение опухоли, а в 40% из них оказываются лимфатические метастазы

(Чісов В. И., 2002). Насолько же высоким остается и относительное число больных с распространенными формами рака желудка, предстательной железы, прямой кишки, мочевого пузыря, матки и других органов (Берштейн Л. М., 1994; Гарін А.М. из соавт., 1993; Старинський В. В. из соавт., 2000; Shapiro S. et al, 1998).

## **2. Учебные цели занятия.**

### **1. Знать (а - II) :**

- эпидемиология и современные показатели заболеваемости в мире и на Украине
- причины запущенности
- понятие о скрининге
- государственные программы скрининга
- принципы ранней диагностики злокачественных опухолей
- понятие о паллиативной помощи
- этапность назначения анальгетиков и других средств паллиативного и симптоматического лечения

### **2. Уметь (а - III) :**

- определить необходимость включения пациентов к скрининговым системам
- определить стадию распространения опухолевого процесса
- определить больных для ранней реабилитации
- определить необходимость назначения паллиативного лечения и симптоматической терапии
- уметь определять показание к симптоматической терапии

### **Практические навыки по теме:**

Уметь заполнять необходимую медицинскую документацию на впервые обнаруженных онкобольных. Уметь проводить анализ каждого случая поздней диагностики раковой болезни.

Уметь проводить диспансерный надзор за больными после радикального лечения. Своевременно диагностировать в них рецидивы заболевания и возникновения осложнений потом хімію- но лучевой терапии.

Уметь проводить симптоматическую терапию больным из IV клинической группой. При необходимости организовать стационарное лечение на дому.

Правильно и детально ориентироваться в вопросах медицинской, социальной и трудовой реабилитации онкологических больных.

#### 4. Междисциплинарная интеграция (базовые знания, умения, навыки, необходимые для изучения темы)

Дисциплины	Знать	Уметь
<b>Анатомия</b>	Анатомические особенности расположения новообразований, их отношения к жизненно важным органам.	Правильно понимать этиологию заболевания, патогенетического
<b>Патогістологія і патоанатомія</b>	Гистологическую структуру злокачественных опухолей, которая predetermined множественными источниками их возникновения.	объяснения клинических проявлений и профилактических мер. Определить прогноз заболевания в зависимости от гистологической структуры опухоли.
<b>Хирургия</b>	Принципы и объем паллиативных и симптоматических хирургических вмешательств	Пальпация, перкусия обзор органов брюшной полости.
<b>Общая физиология</b>	Функции эндокринной, иммунной, нервной систем, функции печени, почек.	Назначить курс полихимиотерапии.
<b>Патологическая физиология</b>	Функции эндокринной, иммунной, нервной систем, функции печени, почек при патологических состояниях	Назначить курс обезболивающей и детоксикационной
<b>Терапия</b>	Методы общего обследования больных.	
<b>Гинекология</b>	Методы гинекологического обследования женщин.	
<b>Фармакология и фармакотерапия</b>	Знание групп противоопухолевых препаратов и механизм их действия на опухоль и организм человека вообще. Знать особенности действия разных групп обезболивающих препаратов.	

#### 5. Содержание темы занятия.

Проблема рака остается одной из самых актуальных и нерешенных медицинских, социальных мировых проблем. Украина за уровнем онкозахворюваності входит в первую десятку стран мира - около 160 тысяч впервые заболевших ежегодно, то есть практически каждый четвертый житель страны в течение жизни неминуемо заболеет на рак. При этом, уровень заболеваемости ежегодно растет на 3-3,5% и до 2020 года по прогнозам количество заболевших превысит 2 тысячи человек на год. После сердечно-сосудистой патологии - рак занимает второе место среди причин смертности и инвалидизации населения Украины, потому врач любого профиля неминуемо сталкивается с онкопатологією в своей повседневной практике.

Ситуация усложняется тем, что через недостаточную подготовку врачей и отсутствие эффективных государственных программ скрининга и ранней диагностики больше 60% онкобольных оказываются в стадии распространенного опухолевого процесса, лечение которого требует значительных затрат и малоэффективное, потому в Украине показатели выживания больных раком вдвое ниже, чем в Европе и США. Ежегодно в стране умирают от рака свыше 80 тысяч больных, в том числе 56 тысяч не переживают года с момента установления заболевания. Таким образом, проблема ранней диагностики и успешного лечения рака приобрела национальный характер.

В то же время, слишком актуальная проблема качественной подготовки врачей из онкологии остается нерешенной, невзирая на принятый 23 декабря 2009 года закон № 1794 - «Общегосударственная программа борьбы с онкологическими заболеваниями на период до 2016 года», в котором прямо отмечено, что необходимо «усовершенствовать систему преподавания учебных дисциплин из онкологии в медицинских учебных заведениях, повысить уровень подготовки медицинских работников из онкологических специальностей, а также тех медицинских работников, которые оказывают первичную лечебно-профилактическую помощь в заведениях здравоохранения».

Поставленные проблемы были неоднократно обсуждены на XI съезде онкологов Украины, ежегодных совещаниях заведующих кафедрами онкологии, в результате чего была вызвана серьезная обеспокоенность возникшим положением, что и было отображено в резолюции съезда и утверждении «Общегосударственной программой борьбы с онкологическими заболеваниями на период до 2016 года».

### ***Противораковая борьба в Украине. Национальная программа «Онкология»***

***2009- 2016 г.***

- Анализ онкоепідеміологічної ситуації и оперативное принятие управленческих решений для ее улучшения должно иметь под собой крепкую информационную базу, которая возможна лишь при условиях создания единственной информационной онкологической среды, которая должна реализоваться через систему реестров канцера.
- Таким образом, онкологическая ситуация в Украине остается напряженной. Высокий уровень заболеваемости и смертности от рака, стойкие тенденции к их росту, возможность возникновения онкологических эффектов в результате аварии на Чернобыльской АЭС, свидетельствует о чрезвычайной остроте проблемы. Необходимость включения в систему противораковой борьбы не только и не столько онкологических заведений, а всех лечебно-профилактических учреждений и учреждений других отраслей народного хозяйства, науки,

культуры, информации свидетельствует о необходимости создания государственной программы противораковых мероприятий.

**Цель программы** - снижение смертности от злокачественных новообразований на первом этапе, и заболеваемости отдельными формами рака на втором этапе. Выполнение программы, уменьшения летальности и инвалидизации больных.

#### **ОСНОВНЫЕ ЗАДАНИЯ ПРОГРАММЫ :**

1. Разработка правовой, социальной и экономической научной базы из основных аспектов противораковой борьбы.
2. Повышение уровня осведомленности населения по вопросам онкологии путем привлечения средств массовой информации к пропаганде здорового образа жизни и профилактики злокачественных новообразований.
3. Улучшение качества своевременного и раннего, диагностики рака путем повышения квалификации медицинских работников по вопросам раннего выявления рака и признания необходимости обеспечения лечения больных раком в специализированных онкологических заведениях.
4. Постоянный мониторинг уровня поражения населения Украины злокачественными новообразованиями и состоянию онкологической помощи населению на базе Национального реестра канцера Украины.
5. Внедрение современных информационных технологий для оценки
6. эффективности противораковых мероприятий в стране и регионах.
7. Проведение научных исследований по наиболее актуальным вопросам
8. онкология: этиологии и патогенезу рака, организации онкологической помощи, диагностики, лечения и реабилитации онкологических больных.
9. Развитие международного сотрудничества по наиболее актуальным вопросам противораковой борьбы в Украине с целью доведения до международных требований уровня научно-практических работ и привлечения средств зарубежных организаций.
10. Привлечение общественных организаций к проблемам борьбы с раком.

#### **ПРИНЦИПЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПРОГРАММЫ :**

1. Обеспечение возможности получения квалифицированной онкологической помощи всеми гражданами страны.
2. Реализация национальной политики в отрасли здравоохранения и стратегии Всемирной организации здравоохранения относительно национальных программ противораковой борьбы; комплексный подход и научное

обоснование социального, медицинского и экономического аспектов противораковой борьбы.

3. Использование научно обоснованных принципов противораковой борьбы.
4. Координация с другими национальными программами, относительно охраны окружающей среды, репродуктивного здоровья, здоровья детей и лиц преклонных лет и др.
5. Финансирования по приоритетному принципу за счет государственного и местных бюджетов, целевых фондов, благотворительных фондов и других источников не запрещенных действующим законодательством.

### ***ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ***

1. Повышение уровня своевременной диагностики рака.
2. Снижение летальности онкологических больных.
3. Уменьшение социально-экономических расходов общества в связи с онкологической болезнью и смертью от рака лиц работоспособного возраста.
4. Мероприятия, предвиденные Программой, направлены на формирование здорового образа жизни, повышения ответственности государства за состояние здоровья нации в целом и каждого члена общества в частности, на научное обоснование потребностей населения Украины в онкологической помощи исходя из медико-биологических и социально экономических приоритетов противораковой борьбы.

### ***ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ***

1. Уменьшение канцерогенной нагрузки на человека в связи с влиянием факторов окружающей среды, индивидуальным способом жизни, генетическая детерминированными факторами.
2. Проработка системы мероприятий вторичной профилактики рака путем определения четких критериев формирования групп повышенного риска, их оздоровления и диспансерного присмотра.
3. Обоснование и реализация комплексных мероприятий раннего и своевременного выявления злокачественных новообразований, а также выявление рецидивов и метастазов рака.
4. Обеспечение лечения онкологических больных соответственно утвержденным государственным стандартам в специализированных лечебных заведениях.

При раннем выявлении и лечении, смертность от онкологической патологии можно уменьшить. Существует два способа раннего выявления рака. Раннее диагностирование, которое возможно при условии широкой осведомленности о ранних проявлениях и симптомах заболевания. Оно предоставляет возможность

обнаружить заболевание до того, как болезнь переходит в стадию запущенной, а борьба с ней превращается в неравный бой. Раннее диагностирование применяется во многих странах мира для выявления таких болезней, как рак шейки матки, молочной железы, толстого кишечника и полости рта. Систематическое же проведение тестов в «бессимптомных популяциях», попросту говоря среди людей, которые считают себя полностью здоровыми, принято называть скрининг.

За утверждениями ВОЗ, программы из раннего диагностирования имеют особенное значение в условиях ограниченных ресурсов, где в большинстве пациентов диагноз относится на очень поздних стадиях, а скрининг не проводится. Поэтому скрининговые программы позволяют обнаружить нарушения, которые дают повод допустить раковые или передракові заболевания у людей, которые бы не обратились за помощью врача, и дают возможность быстро направить таких пациентов для дальнейшего уточнения диагноза и лечения.

Особенную эффективность такие программы имеют относительно тех видов рака, которые встречаются чаще всего и для которых существуют эффективные и доступные скрининговые тесты.

***Основой успеха любой скрининговой программы является ее способность обнаружить, охватить и протестировать определенную целевую популяцию.***

В потребности ввода таких мероприятий на государственном уровне ни у кого не возникает сомнений, но их воплощение требует значительных материальных расходов, отдача же от внедрения наблюдается через значительное время, лишь через несколько лет. А первым результатом становится даже увеличение количества больных - ведь в тех, кто не имел никаких симптомов, диагностируется болезнь.

Успех скрининговых программ заключается в снижении смертности и количества запущенных состояний у пациентов и зависит от четкой организации и возможностей систематического массового применения адекватной программы по всей стране.

Скрининговые программы работают во многих странах, потому мы можем оценить их эффективность, позаимствовать самые успешные из них. В проведении скрининга, как правило, используют общепринятые методики диагностики. Важным этапом формирования программы скрининга является определение целевого контингента - то есть лиц, которым нужно участвовать в скрининговой программе. Другая сложность - определить интервалы проведения скрининговых обследований и обеспечить соблюдение плана дальнейшего медицинского сопровождения пациента в случае позитивного результата скринингового теста.



Есть в скрининговых программах и свои пробелы. Некоторые пациенты получают ошибочно негативные, а где некоторые и ошибочно позитивные результаты. Одни будут психологически успокоены, а другие перенесут по меньшей мере эмоциональный стресс, а в худшем случае получат ненужное лечение. У пациентов в результате применения чрезмерной диагностики период пролонгации заболевания будет более длительным. Это касается тех, чей прогноз не изменится, что приведет к избыточному или ненужному лечению обнаруженных «несерьезных заболеваний» или нарушениям. В результате этого возникают дополнительные финансовые расходы на выявление необоснованно большего количества заболеваний, связанных как с проведением тестов, так и с оплатой труда персонала и дальнейшим лечением обнаруженных патологических состояний.

Скрининг не может быть в одинаковой степени успешным относительно разных нозологических единиц онкологических заболеваний, потому что на сегодня для каждой конкретной нозологической формы эффективность методов доклинической диагностики разная.

В своей работе «Проблемы адаптации скрининга наиболее распространенных злокачественных новообразований в популяции Украины с позиции доказательной медицины (уроки международного опыта)» Ю. Михайлович, А. Гайсенко и А. Журбенко (2013г.) констатируют, что по данным многих авторов, доказательства результативности популяционного скрининга относительно злокачественных новообразований на сегодня неоднозначны. Эффективность проведенных программ скрининга доказана в странах Европы и Северной Америки и подтверждена экспертными оценками длительного наблюдения. В результате организованного скрининга рака шейки матки у женщин Исландии и Финляндии в течение 20 лет состоялось снижение смертности на 80 и 50 % соответственно. На основании анализа 8 рандомизированных контролируемых исследований маммографического скрининга рака грудной железы у женщин возрастом 40 - 64 годов, проведенного в США, получены данные, что показатель смертности в контрольных группах снизился на 30 %. В Швеции, по результатам 12-летнего наблюдения скрининга этого же рака у женщин возрастом старше 50 лет - на 24 %. Результаты рандомизированных исследований эффективности скрининга рака толстого кишечника в США показали снижение смертности на 33 %, в Англии (8-летнее наблюдение) - на 15 %, в Финляндии (10-летнее наблюдение) - на 18 %.

В течение последних двух десятилетий смертность от рака грудной железы динамически снижается в Северной Америке, Австралии и большинстве северных и

западных европейских стран. Хотя ученые не берутся утверждать, благодаря чему происходит этот процесс - благодаря лишь сверх 20-летнему проведению интенсивной скрининговой маммографии или за счет улучшения управления лечения заболевания в здравоохранении.

В настоящее время в Украине отсутствует утвержденная на государственном уровне программа скрининга будь какой онкологической патологии, хотя свою эффективность показало действие отраслевой государственной программы «Скрининг патологии шейки матки на 2005 - 2010 гг». В Общегосударственной программе борьбы с онкологическими заболеваниями на период до 2016 года одним из мероприятий усовершенствования системы первичной и вторичной профилактики отмечен ввод скрининговых программ в работе лечебно-профилактических заведений с целью раннего выявления предопухолевых заболеваний и злокачественных новообразований. В частности отделена потребность ввести такие программ для выявления рака шейки матки, грудной железы и других локализаций.

Специалисты Национального института рака МОЗ Украины проанализировали данные доказательной медицины с точки зрения обоснованности и целесообразности относительно применения в современных условиях скрининга четырех нозологий злокачественных опухолей, предложенных ВОЗ, :

- рака грудной железы;
- рака предстательной железы;
- рака шейки матки;
- колоректального рака.

По оценкам экспертов и учету международного опыта, установлено, что в Украине в условиях реформирования популяционному скринингу на государственном уровне в первую очередь подлежат рак шейки матки и колоректальный рак. Конечно, организация и внедрение этого процесса требует междисциплинарного подхода.

Каждая скрининговая программа должна быть детально просчитана, а следовательно должна представить экономическое прогнозирование стоимости на диагностику и лечение с учетом приоритета стоимость - эффективность относительно соответствующей нозологической формы онкологического заболевания. Необходимыми условиями эффективности программы популяционного скрининга новообразований в Украине должны быть: разработка медико-экономічного протокола программы за соответствующей нозологией; подготовка специалистов, которые участвуют в программе; определение когорты населения для охватывания скринингом; создание базы данных контингента обследованных пациентов (групп

риска); персональное приглашение; пропаганда программы среди населения; пилотное исследование.

С точки зрения Международного агентства из изучения рака (Лион), «идеальная» опухоль для проведения популяционного скрининга - рак грудной железы. Это самая частая опухоль у женщин, особенно старше 50 лет. Из 10 млн. новых случаев злокачественных опухолей разных органов, которые обнаруживают в мире, 10 % приходится на грудную железу.

По словам специалистов, в Украине, к сожалению, ни разу не проводился классический скрининг рака грудной железы. Это когда, во-первых, достаточные финансовые возможности, а во-вторых, определена группа женщин, которые будут обследованы в этом году, потом - через два года и дальше - еще через два. Финансирование нужно на подготовку специалистов, которые будут заниматься этим скринингом, на создание базы данных, оборудования, на котором будет осуществляться массовый скрининг. Потом всю эту информацию нужно должным образом обрабатывать. Чтобы осуществить классический скрининг, надо иметь специальные условия, помещения, куда будут вызывать женщин на обследование.

Сейчас в Украине скрининг на патологию грудной железы ассоциируется с теми профилактическими обзорами, которые проходит женщина во время визита к гинекологу.

Хоть бы каким неоднозначным был вопрос скрининга в онкологии, то, что выявление болезни на ранней стадии, а то и на стадии предрака открывает больше возможностей для успешного его лечения, не вызывает сомнений.

***Чем раньше будет обнаруженное заболевание и начатое адекватное лечение, тем лучший прогноз. Для пациента - это лучшие шансы на выздоровление, для врача - повышения эффективности его работы, для государства - сокращения смертности граждан.***

Эффективность цитологичного скрининга в выявлении предопухолевых состояний и ранних форм рака шейки матки. В мировой практике поворотным пунктом в решении проблемы рака шейки матки стало внедрение массовых цитологичных обследований шейки матки - цитологичного скринингу.

В 1989 году исполнилось 40 лет от начала осуществления программы цитологичного скрининга рака шейки матки (РШМ), которая впервые начала проводиться в канадской провинции Британская Колумбия.

Теоретические обоснования цитологичного скрининга РШМ простые. Было показано, что цитологичный метод исследования является достаточно чувствительным

методом диагностики предрака (дисплазий) и начального предклинического РШМ. Следовательно, если с помощью цитологического метода обследовать всех женщин, то возможно обнаружить больных с предраком и начальными стадиями рака, которые подлежат лечению, и таким образом предупредить развитие у этих женщин инвазивного РШМ.

Цитологический скрининг РШМ начал быстро распространяться в разных странах: в 50-х годах - в США, в Китае, с начала 60-х годов - в Японии, Финляндии, Швеции, Исландии, с начала 70-х годов - в тогда еще ГДР, ФРГ, в Бразилии и других странах.

В нашей стране широкое внедрение скрининга РШМ началось только в 1978-1979 годах.

Система скрининга и доинвазивных и микроинвазивных форм РШМ, которая существует в настоящее время в Украине, опирается на обзорные кабинеты у женских консультаций, поликлиниках, амбулаториях, фельдшерско-акушерских пунктах. Хотя теоретически указанная система должна бы работать согласованно и эффективно, на практике видим, что ситуация РШМ в Украине, к сожалению существенно худшая сравнительно с развитыми государствами Запада.

Об эффективности цитологического скрининга говорит сравнения скрининговых программ, которые проводятся в северных странах. Все северные страны: Финляндия, Швеция, Исландия, Дания, за исключением Норвегии, - ввели программы скрининга, которые охватили всю страну или, по крайней мере, значительную часть женского населения. В странах, где скрининг проводится активно, заболеваемость и смертность в РШМ существенно снизилась, в Норвегии же такое снижение не было отмечено. Особенно показателю даны об изменении смертности от РШМ в этих странах. В Исландии, где общенациональные программы охватывали почти все возрастные группы (29-59 лет) и охватывания женщин скринингом приближалось к 100%, смертность от РШМ снизилась за 20-летний период на 80%, в Финляндии и Швеции, где охватывание женщин скринингом было также очень высоким - на 50% и 34% соответственно. В Дании приблизительно 40% население было охвачено скринингом, и смертность от РШМ снизилась на 25%. В то же время в Норвегии, где только 5% население подлежало скринингу, смертность от РШМ снизилась только на 10%.

Заметность эффективности цитологического скрининга РШМ от скрининговой активности обнаружена и в других исследованиях. В этой связи следует заметить, что эффект цитологического скрининга проявляется не сразу, а через некоторый период времени (15-20 лет); чем дольше проводится цитологический скрининг, тем выше его

эффективность. Об этом говорит опыт всех скрининговых программ. Это связано с биологическими особенностями развития РШМ. Известно, что дисплазия эпителия шейки матки может перейти в прединвазивный рак в среднем через 5-8 лет, а клинический рак - через 10-15 лет. Из-за этого для выявления эффекта скрининга необходим определенное время. Следует сказать, что кроме этого медленно развивающегося РШМ встречаются и опухоли с очень быстрым развитием, менее 1 года, но их мало - меньше 10%. Такие швидкотекучі опухоли могут выскользнуть от эффекта скрининга. Известно также, что не все случаи дисплазии и внутрієпітеліального рака переходят в инвазивный РШМ, бывает и обратное развитие процесса, но возможности его значительно уменьшаются по мере роста эпителиальной атипии. При карциноме *in situ* обратное развитие процесса встречается только в отдельных случаях .

Успехи скрининга РШМ во многом зависят от правильной его организации и контроля за его проведением. Да, в Исландии и Финляндии есть компьютерные системы учета и вызова женщин для проведения скрининга, а также регистрации данных скрининга и слежки за больными; охватывание женщин скринингом в этих странах достаточно высокое, а эффективность его значительно выше, чем в Норвегии и Англии, где скрининг пассивно доступен для всех женщин.

Вызывает сомнение целесообразность проведения ежегодного скрининга всех женщин. Этот вопрос широко обсуждается в литературе в связи с тем, что в разных странах приняты разные межскрининговые интервалы. Да, в Финляндии скрининг проводится с 5-летним интервалом, в Швеции - каждые 4 года, в Исландии и Китае - каждые 2-3 года. В США Американское противораковое общество советует проводить скрининг РШМ с интервалом по крайней мере 1 раз в 3 года, хотя есть и отрицание в пользу ежегодных скринингов. В Дании также принят 3-летний межскрининговый интервал.

Вопросы о периодичности цитологичного скрининга РШМ должны решаться в связи с рациональным размещением ограниченных ресурсов в связи из их больше эффективным использованием. За расчетами специалистов эффективность скрининга РШМ приблизительно одинакова при интервалах между обследованиями в 1 и 2 года. Если же заменить скрининг который проводился 1 раз в 3 года на ежегодный скрининг той же популяции женщин, то объем работы вырастет в 3 раза, а выигрыш в защите от рака сложит только 2%. Популяция женщин, которая уже прошла скрининг принадлежат к низкому риску развития РШМ, : вероятность выявления РШМ у этих женщин в 5 раз меньше, чем в не осмотренных, а смертность от РШМ - в 10 раз

меньше. Из этих данных vyplывает вывод, что рост эффективности скрининга в противораковой борьбе может быть достигнуто не за счет увеличения его частоты, а за счет активного привлечения женщин, которые не проходили обследования.

Анализируя случаи инвазивного РШМ, который был обнаружен у женщин в странах, где скрининг РШМ проводится очень тщательным образом, авторы приходят к выводу, что в 70% этих случаев РШМ возник у женщин, которые вообще не принимали участия в скрининзі или обследовались очень нерегулярно.

Сторонники ежегодных скринингов обосновывают свою позицию низкой чувствительностью цитологічних исследований в некоторых лабораториях, большим количеством хибнонегативних ответов. Для уменьшения эффекту хибнонегативних цитологічних исследований во многих странах рекомендуют проводить скрининг у женщин 2 года подряд и при негативных цитологічних данных увеличивать интервал между скринингами до 3-5 лет. Да, если чувствительность цитологічного исследования складывает 80%, а 20% случаев начального РШМ пропускается, то при втором скрининзі, проведенному через 1 год, останутся необнаруженными только 4% случаев начального рака .

Эффективность скрининга РШМ, безусловно, зависит от чувствительности цитологічного исследования, которая, по данным разных исследователей, складывает от 66% к 83%. У 70-90% случаев причиной хибнонегативних цитологічних ответов является плохой забор материала для цитологічного исследования и только в 10-30% - ошибочная интерпретация цитологічних данных.

ВОЗ рекомендует в странах с ограниченными ресурсами организовать хотя бы одноразовый скрининг всех женщин 35-40 лет, а при наличии больших возможностей частоту скрининга повысить до 1 раза в 10 или 5 лет для всех женщин 35-55 лет. Идеальным считается скрининг женщин 25-60 лет сначала 2 года подряд, при негативных результатах - каждые 3 года .

От начала ведения скрининговых программ исследователи накопили большой опыт по цитологічному скринингу РШМ, который изложен в большом количестве публикаций. Критериями оценки эффективности скрининга являются снижения показателей заболеваемости и, особенно, смертности от РШМ, а также изменение структуры заболеваемости за счет увеличения количества ранних стадий РШМ и уменьшение запущенных форм. Анализ литературы показывает, что при верно организованному документируемому и достаточно широко осуществляемому цитологічному скрининзі РШМ эффективность его достаточно высока.

Цитологічний метод діагностики як один із найбільш доступних високоінформативних методів дослідження

Метод цитологічного аналізу широко застосовується в диференціальній діагностиці пухлин і пухлинподібних утворень різної локалізації, в тому числі матки .

***Реабілітація онкологічних хворих на прикладі хворих раком  
грудної залози.***

Рак грудної залози (РГЗ) в Україні, починаючи з 1986 року, займає перше місце серед онкозахворів жіночого населення. За останні десять років кількість хворих поступово зростає. На сьогодні в Україні близько 165 тис. пацієнток з діагнозом: «Рак молочної залози». В частині по Полтавській області 4788.

Одна з головних проблем - це недостатність в Україні післяопераційного супроводження жінок з РГЗ. В нашій країні основні ресурси направлені на оперативне втручання, хіміопроменеву терапію. Жінка, яка перенесла важку фізичну і психологічну травму, часто залишається без професійної підтримки. В подальшому необхідно відкривати в регіонах реабілітаційні центри. Створити програми ранньої реабілітації на державному рівні.

Видалити пухлику - це лише перший крок до одужання. У 75% випадків після мастектомії розвивається набряток кінцівки. Уже з п'ятого дня після операції хворій повинні займатися реабілітолог і психолог.

Одною з основних завдань сучасної онкології є створення дієвальної системи реабілітації від етапу госпітальної терапії до санаторно-курортного відновлювального лікування. Для цього необхідно визначитися з положеннями об об'єкційній комісії при лікувальних закладах, затвердити протоколи ранньої реабілітації і санаторно-курортного відновлювального лікування РГЗ.

Але при відсутності цільового фінансування на реабілітацію втрачається цінний час для закріплення результатів, досягнутих на госпітальному етапі. Збільшуються ризики ускладнень і випадків інвалідності і смертності, в першу чергу для осіб працездатного віку.

Порядом з реабілітаційним центром, створеним кафедрою онкології і співробітниками Полтавського обласного клінічного онкологічного диспансера, є можливість широкого використання оновлювального етапу лікування онкохворих після мастектомії в санаторно-курортних закладах. В санаторії «Хорол» курорта Миргород відкрито і функціонує відділення реабілітації онкологічних хворих 30 ліжками. Ми спостерігали приклади дієвальної реабілітації. Важко переоцінити властивості мінеральної Миргородської води, яка завдяки своєму складу є

противоанемическим средством, ее желчегонные и мочегонные свойства дают возможность снимать интоксикацию организма. Микроэлементы йода являются незаменимыми после химиотерапии. Содержимое микроэлементов магния и брома улучшает психоэмоциональное состояние больного.

Основным оздоровительным действием в условиях курорта был метод пневматической компрессии конечностей, который осуществляется с помощью аппарата «Биорегулятор - 004». У всех пациентов из I и II ст. лимфостаза возобновленные размеры конечностей.

Кроме пневмопресингу пациентам проводилась лечебная физкультура на специальных тренажерах, индифферентные изотермические ванны, ингаляции, диетотерапия, психотерапия. Все это способствует покраснению общего положения больных, возобновлению нарушенных функциональных показателей, повышению работоспособности. Кроме этого, больные которые находятся в условиях санаторный- курортных заведений, прекращают фиксировать свои соматические ощущения, выходят из тяжелой стрессовой ситуации, связанной с основным заболеванием, последствиями радикального лечения благодаря санаторному режиму и естественным факторам.

Задания ранней реабилитации и санаторно-курортного лечения РГЗ - как можно быстрее возобновить здоровье женщины. Для решения этой социальной экономической проблемы предлагаем:

- 1) Включить в перечень ранней реабилитации контингент больных раком грудной железы.
- 2) Определиться с положением об отборочной комиссии для санаторный- курортного лечения онкологических больных из III клинической группой.
- 3) Внедрить государственное финансирование на реабилитацию онкологических больных после комплексного лечения.
- 4) При проведении научно-практических конференций по онкологии включать вопрос ранней реабилитации онкологических больных после комплексного лечения.

### **ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ**

Паллиативная помощь имеет на вооружении ряд самостоятельных методов, призванных улучшить качество жизни онкологических больных IV клинической группы, : обезболивание, коррекция психоэмоционального состояния, детоксикация, паллиативные инструментальные и хирургические вмешательства, которые не предусматривают уменьшения (удаление) опухолевой массы.



Достижения современной онкологии принципиально повлияли на идеологию в определении свидетельств к паллиативной помощи в целом и существенно изменили стратегию и тактику паллиативного лечения больных распространенными формами злокачественных новообразований (Бойко А.В. из соавт., 1999, 2001)

Ряд авторов считает, что коллективный клинический опыт убедительно доказывает целесообразность применения широкого арсенала методов паллиативного лечения (хіміо- лучевая терапия, иммунотерапия, паллиативные хирургические вмешательства и др.), что не только улучшают качество жизни этого контингента больных, но и достоверно увеличивают его длительность (Бойко А.Б. из соавт., 1999-2001; Важенін А.Б. из соавт., 2001).

В то же время, много вопросов доньше остаются не решенными, а мнения исследователей неоднозначны и даже противоречивы в плане целесообразности, ожидаемой эффективности и экономической обоснованности паллиативного лечения больных распространенными формами злокачественных новообразований (Барчук А.С. из соавт., 1998).

Решение этой проблемы требует объединения усилий специалистов разных областей фундаментальной и прикладной науки. Современная ситуация в Украине характеризуется не только негативными изменениями физико-химических показателей окружающей среда, но и значительными социально-экономическими катаклизмами, изменениями в исторически сформированном социальном укладе жизни, коррозии социально-бытовых и семейных отношений.

Следует отметить, что последние недели и дни онкологического больного, как правило, сопровождаются тяжелыми физическими страданиями и болезненным страхом смерти. В этих случаях на первое место, рядом с лечебными мероприятиями, которые позволяют хоть бы на непродолжительный период улучшить качество жизни больной, выступает необходимость адекватной терапии болезненного синдрома и профилактики суїцидальної поведения пациента. В настоящее время для этой цели в ряде заграничных стран созданная система специализированных учреждений (клиники боли, хоспіси, отделение/центры паллиативной помощи, патронажные службы), в которых медицинский персонал профессионально устраняет физические и психические страдания пациентов. В этой ситуации необходимо не только даты больному достойно умереть, но и принести максимально возможно моральное успокоение его родным. Создание специальных медицинских учреждений, которые облегчают страдание уже обреченных онкологических больных, имеет значительно более длительную историю, чем принято думать. Да, во Франции первая онкологическая больница, основанная на пожертвования каноника Же и построена еще в 1740 году при больнице Св. Людовика в г. Реймсе. В 1842 году в Ліоне (Франция) было созданное общество "Калвер", которое сочетало "набожных и милосердных вдов", которые помогали в онкологической больнице присматривать за больными женщинами. Потом

онкологические больницы были открыты в Париже, Сент-Ет'ені, Марселе, Бордо и Нансі. Подобные учреждения были основаны еще в XVIII веке в Лондоне и других городах Англии, в Венеции, в отдельных федеральных землях (раньше - княжествах) Германии, в ряде скандинавских стран и в России. В следующие годы описаны выше больницы для онкологических больных во многих случаях были преобразованы к специализированным медицинским учреждениям (онкологические отделения при больницах, специализированы онкологические центры, онкологические диспансеры и др.).

В Украине была создана государственная система противораковой борьбы, в основе которой лежало создание широкой сети онкологических диспансеров и высоко специализированных онкологических центров, основными направлениями работы которых являются диагностика и лечение злокачественных опухолей. Однако представленные задания не вычерпывают полностью проблему медицинской помощи больным злокачественными новообразованиями. Лечения пациентов с распространенными формами злокачественных новообразований, спасения их от ненужных страданий в последние месяцы и дни их жизни всегда оставались в центре внимания практикующих онкологов. Несовершенство организации специализированной помощи умирающим онкологическим больным приводит к необходимости решения ряда проблем, связанных с медицинским обслуживанием и присмотром, поиском лекарственных препаратов и обезболивающих средств, что еще больше заостряет эту проблему. Да, рядом с муками самого умирающего больного, мы сталкиваемся со страданиями родственников и близких, а также с переживаниями медицинских работников, которые порою не знают, что и как говорить безнадежному пациенту. В настоящее время все более очевидная необходимость создания новых и совершенствования существующих организационных форм и методов паллиативной помощи онкологическим больным, призванных улучшить качество жизни путем решения ряда проблем медицинского, социального и психологического характера.

У резолюции, принятой на II Международном Конгрессе "Паллиативная медицина и реабилитация в здравоохранении" (Москва, 1998), ясно, что паллиативная помощь - область онкологии, которая отличается от паллиативного лечения отсутствием непосредственного влияния (хирургического, химиотерапевтического, лучевого) на злокачественное новообразование и употребляемая в ситуации, когда возможности противоопухолевого лечения ограничены или исчерпаны. Паллиативная помощь призвана улучшить качество жизни неизлечимых онкологических больных, численность которых в Украине ежегодно составляет больше 100 тысяч. Сегодня для предоставления паллиативной помощи онкологическим больным Украине необходимо более рационально использовать существующую сеть медицинских учреждений онкологического и терапевтического в общих чертах профиля. Создание на их базах кабинетов противоболевой терапии (КПБТ),

отделений паллиативной помощи (ОПД) и бригад патронажной помощи (ПД) инкурабельным онкологическим больным дома возможно уже в настоящее время и не требует дополнительных капиталовложений.

Основу системы, которая будет организована должны складывать главные онкологические учреждения, которые ежедневно занимаются лечением этого контингента больных, при методической помощи которых создаются Территориальные организационно-методические центры паллиативной помощи онкологическим больным (ТЦ). Как пример можно привести принципы предоставления паллиативной (симптоматической) помощи г. Полтава где весь объем такой помощи осуществляется диспансерным отделением (патронажной службой) областного онкологического диспансера.

В настоящее время разрабатывается организационная структура региональной системы паллиативного лечения больных распространенными формами злокачественных новообразований

В ее основу положенный принцип многоуровневого и поэтапного предоставления лечения, которое позволило максимально увеличить ее эффективность и, тем же, улучшить качество жизни этого контингента населения.

После внедрения в практику здравоохранения региональной системы паллиативного лечения должны быть получены следующие результаты:

- у 1,3 раза вырастет хирургическая активность по выполнению паллиативных операций;
- у 1,8 раза уменьшится количество дней с момента обращения пациента в ЛПУ к установлению диагноза и меры распространенности процесса;
- в 2 раза сократится количество дней с момента постановки диагноза на начало паллиативного лечения.

Предложенные методологические подходы комплексной оценки эффективности методов паллиативного лечения позволят разработать рекомендации для практического здравоохранения по оптимизации программ улучшения качества жизни онкологических больных.

Внедрение в практику здравоохранения разработанной оригинальной системы паллиативного лечения позволит:

- определить оптимальный лечебный маршрут каждого пациента;
- сократить время до начала лечения;
- определить рациональное использование ресурсов ЛПУ для проведения паллиативного лечения;
- адаптировать территориальный канцерреестр для анализа и прогнозирования результатов паллиативного лечения онкологических больных.

Применение всего комплекса методов паллиативного лечения в рамках разработанной организационной формы позволило значительно улучшить качество и продолжительность жизни онкологических больных.

Выбор организационной формы предоставления паллиативной помощи зависит от финансовых возможностей территории. В связи с этим в ряде регионов для создания отделений паллиативной помощи используют существующий коечный фонд, который уже находится на бюджетном финансировании. Хоспис и отделение паллиативной помощи ни в коем случае не являются альтернативой друг другу, а представляют разные организационные формы, потому что идеологические и медико-социальные принципы предоставления паллиативной помощи нищенским больным в этих подразделениях единственные.

Определенные перспективные направления в терапии хронического болезненного синдрома применения неинвазивных пролонгированных лекарственных форм анальгетика центрального действия и пролонгированные методы регионарного обезболивания, включая центральную электронейростимуляцию. Структура методов изменялась в зависимости от локализации первичной опухоли. Основным методом паллиативного лечения при распространенном раке молочной железы, по данным большинства авторов, оказался химиотерапевтический (62,7%), что и по эффективности превосходил другие методы.

Наиболее эффективным методом паллиативного лечения распространенного рака желудка хирургический (72%), что не только улучшает качество жизни, но и увеличивает ее длительность. Больше подавляет (лучший) выполнять гастрэктомию.

Самым частым, что встречается, методом паллиативного лечения распространенного рака яичников был химиотерапевтический (42,1%), но только его сочетание с хирургическим (31,6%), в большинстве случаев, позволяло улучшить качество жизни пациентов и увеличить ее длительность.

При распространенном раке предстательной железы удельный вес хирургического метода был самой весомой (33,3%), однако наибольшей эффективностью в плане улучшения качества жизни этого контингента больных владело сочетание его с гормонотерапией (22,9%).

Чаще всего употребляемыми методами паллиативного лечения распространенного рака пищевода были хирургическое лечение (42,2%) и лучевая терапия (46,7%). Однако при оценке эффективности оказалось, что методом выбора можно считать хирургическое, в объеме резекции опухоли.

Частота применения хирургического лечения, лучевой и иммунотерапии распространенного рака почки приблизительно одинаковая, но с наибольшим успехом удавалось достичь ожидаемого эффекта при сочетании хирургического метода с иммунотерапией.

Проведенные исследования позволят определить возможности разных методов паллиативного лечения в улучшении качества жизни больных с распространенными формами опухолей основных локализаций.

Больше всего остро в течение всего времени стояла проблема подготовки квалифицированных медицинских кадров в области паллиативной помощи онкологическим больным.

В мировой практике паллиативная помощь - результат совместной работы медицинского персонала и представителей международных союзов (VICC), ассоциаций (IASP, EAPC), бюро (INCB) и общественных фондов, которые занимаются проблемой рака, что организуют международные форумы и осуществляют подготовку специалистов в разных странах мира. По данным заграничных онкологических клиник решения проблем паллиативной помощи больным раком невозможно без привлечения внебюджетных средств, основу которых составляют спонсорские средства коммерческих и общественных структур, фондов и религиозно-культовых организаций. Привлечение внебюджетных средств возможно лишь при общественной пропаганде необходимости создания системы паллиативной помощи.

Так например, в России в связи с необходимостью содействия государственной программе здравоохранению в создании нового направления - паллиативной медицины, в 1995 году был организован Фонд "Паллиативная медицина и реабилитация больных", что имеет статус благотворительной организации. Это - одна из первых в России некоммерческих негосударственных общественных организаций, основной целью которой является содействие разработке оптимальных методов паллиативной медицины и принципов ее организации в России, которые повышают качество жизни больных с разными нозологическими формами хронических заболеваний и пациентов, которые требуют реабилитации. Приоритетными заданиями Фонду были: организация конгрессов по проблеме паллиативной медицины и реабилитации; издание тематического журнала; создание в перспективе Русской Ассоциации паллиативной медицины. С 1996 года Фонд выдает научно-практический журнал "Паллиативная медицина и реабилитация", который сочетает профессионалов в этой области здравоохранения, что пропагандирует среди медицинских и общественных кругов необходимость решения представленной проблемы.

Стратегия дальнейшего развития и совершенствования системы паллиативной помощи предусматривает разработку следующих перспективных направлений : создание на федеральном уровне системы статистического учета больных, которые требуют паллиативной помощи; совершенствование существующей законодательной базы с разработкой новых положений о кабинетах паллиативной помощи, хосписах (в Украине на сегодня функционирует 3 хосписа) : В Киеве, Донецке и Львове), патронажных выездных бригадах; определение штатных нормативов

медицинского персонала для системы паллиативной помощи; разработка и утверждение алгоритмов и протоколов ведения больных, медицинских и экономических стандартов работы структурных подразделений (кабинет противоболевой терапии, отделения паллиативной помощи, хоспис, центр паллиативной помощи) системы паллиативной помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований, а также таблиц их оснастки; определение потребности системы паллиативной помощи онкологическим больным в анальгетиках центрального действия, адъювантных лекарственных препаратах, инструментальном и техническом обеспечении, а также в медицинских изделиях и средствах реабилитации и ухода за тяжелыми больными; проведение кооперирующих исследований в области организационных подходов и методологических принципов улучшения качества жизни больных с распространенными формами злокачественных новообразований; определение перспективных направлений в терапии хронического болезненного синдрома на основе применения неинвазивных пролонгированных врачебных форм анальгетика центрального действия и пролонгированные методы регионального обезбоживания, включая центральную электронейростимуляцию; определение источников и порядка финансирования обеспечения наркотическими анальгетиками что страдают хронической болью онкологических больных в соответствии со специально разработанными нормативными документами; пропаганда среди медицинских и общественных кругов возможности адекватного обезбоживания онкологических больных с целью преодоления инерции медицинского персонала в назначении наркотических анальгетиков в адекватных дозах, определенных соответствующими приказами МОЗ Украины; организация курсов паллиативной помощи при профильных кафедрах с использованием существующей унифицированной программы в системе после учебы вуза врачей или соответствующих кафедр; привлечение внебюджетного финансирования в виде спонсорских средств коммерческих и общественных структур, фондов и религиозно-культурных организаций.

В современных экономических условиях остро встает вопрос о необходимости экспертной оценки экономической значимости в системе отечественного здравоохранения, и, в первую очередь, в онкологии организационно-методологических подходов к паллиативной помощи больным распространенными формами злокачественных новообразований. Наиболее перспективными в этой области являются исследования, посвященные прецизионной оценке расходов на ведение больных в системе паллиативной помощи по сравнению с пребыванием этих пациентов в условиях терапевтических в общих чертах отделений, а также расходов на неспециализированные выезды бригад "скорой помощи" по месту жительства пациентов. Экономическая оценка организационно-методологических подходов к паллиативной помощи онкологическим больным позволит усовершенствовать существующие медико-экономічні стандарты ведения этих пациентов, которое приведет к рациональному использованию бюджетных средств.

В перспективе систему паллиативной помощи в онкологии целесообразно использовать для предоставления специализированной помощи больным с разными нозологическими формами хронических заболеваний в терминальной стадии их развития, то есть в ситуации, когда возможности специализированного лечения уже исчерпаны и/или его проведение невозможно через тяжесть в общих чертах соматического состояния больных.

В перспективе паллиативная помощь онкологическим больным организационно может быть представлена разными структурными подразделениями:

- амбулаторная помощь проводится в кабинетах противоболевой терапии
- стационарная: в хосписах
- в отделениях паллиативной помощи .

Таким образом, разработка методологических подходов к организации паллиативного лечения с целью улучшения качества жизни больных распространенными формами злокачественных новообразований являются актуальной научно-практической проблемой, которая требует решения.

#### 6. План и организационная структура занятия

№ пп	Основные этапы занятия их функции но содержание	Учебные цели в уровнях усвоение	Методы контроля и учеба	Материалы методического обеспечения : контролю, наглядность и инструктивная.	Распреде ление времени мин.
1	<b>ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫ Й ЭТАП</b> Организационные мероприятия. Постановка учебной цели и мотивация. Контроль начального уровня знаний навыков и умений : эпидемиология опухолей; Состояние заболеваемости в Украине и в мире; Основные контингенты пациентов, которые получают паллиативную помощь	Контроль присутстви я Актуаль- ность темы (I)  (II) (II)  (II) (II)  (II)	Индивидуальн ый устный опрос. Тестирование начального уровня теоретических знаний.	Таблицы, рисунки, яжи, препараты. Тесты начального уровня знаний. Методические разработки для студентов. Ориентировочная карта.	5 мин.          20 мин.
2	<b>ОСНОВНОЙ ЭТАП</b> Провести курацію больного, который получает паллиативное или симптоматическое	(III)  (III)	Заполнение истории болезни	Работа в отделении и в диагностически - манипуляционных	60 мин.

	лечение Сложить план обследования; Определить план лечения; Уметь при необходимости выполнить торакоцентез и лапароцентез	(III)  ((III)  ((III)		кабинетах и в диспансерном отделены. При случае посещения больных, которые получают симптоматическое лечение дома	
3	<b>ЗАВЕРШАЮЩИЙ ЭТАП</b> Контроль и коррекция уровня профессиональных умений и навыков. Подведение итогов занятия. Домашнее задание.	III	Индивидуальн ый контроль навыков. Анализ и оценка результатов. Клинические работы. Лабораторные исследования.	Результаты клинической работы + истории болезни. Задание III уровня. Результаты лабораторного исследования. Ориентировочная карта для работы с литературой.	35 мин.

### ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

1. Заполнение учетной документации на онкологических больных: (Сообщение о впервые обнаруженном случае рака или другого злокачественного новообразования ( ф. 090/о); Контрольная карта диспансерного наблюдения (ф 030-6/о); Выписка из медицинской карты стационарного больного с злокачественным новообразованием (ф 027-1/о); Протокол на случай выявления рака в запущенной стадии (ф 027-2/о);
2. Формулировка диагноза онкологического заболевания с установлением стадии, клинической группы.
3. Интерпретация данных лабораторных исследований относительно злокачественных новообразований.
4. Проведение обследования молочных желез, периферических лимфатических узлов.
5. Разработать план обследования больного с подозрением на передракове заболевание и тактику диспансерного присмотра для данного больного.
6. Разработать план обследования больного с подозрением на злокачественное новообразование.
7. Разработать план диспансерного обследования больного после радикального лечения рака.
8. Разработать план симптоматического лечения больного с распространенным раком.



## ВИДЫ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ (СРС) И ее КОНТРОЛЬ

### Модуль 6. Клиническая онкология

*Содержательный модуль 15. Ранняя и дифференциальная диагностика, методы лечения онкозаболеваний, паллиативное и симптоматическое лечения онкобольных, профилактика онкозаболеваний.*

№ п/п	Виды СРС	Количество часов	Виды контролю
1	Подготовка к практическим занятиям	3	Текущий контроль на практических занятиях
2	Индивидуальная самостоятельная работа студентов за одной темой за выбором	7	Произнесение доклада 3 презентацией во время занятия
	<b>Всего часов</b>	10	

### ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ КОНТРОЛЯ ВХОДНОГО УРОВНЮ ЗНАНИЙ И УМЕНИЙ СТУДЕНТОВ

1. Классификация и морфология злокачественных опухолей.
2. Теории канцерогенеза. Роль вирусов в происхождении новообразований человека.
3. Дать определение, что такое передракові захворювання и привести их классификацию.
4. Назвать Принципы профилактики онкопатологій.
5. Назвать принципы диспансеризации больных с передраковими захворюваннями и леченых онкологічних больных.
6. Современные методы лучевой диагностики в онкологии.
7. Современные методы морфологической диагностики опухолей.
8. Патогенез основных клинических проявлений злокачественных опухолей.
9. Диагностические алгоритмы и стандарты диагностики опухолей визуальных локализаций.
10. Диагностические алгоритмы и стандарты диагностики опухолей внутренних органов.

11. Неотложные состояния в онкологии.
12. Научная почва противораковой борьбы. Принципы общественной и личной профилактики злокачественных опухолей.
13. Принципы помощи неизлечимым онкологическим больным. Понятие о хоспіснїй медицині.
14. Скрининговые программы онкологических заболеваний в Украине и мире.

### **ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ КОНТРОЛЯ УРОВНЮ ЗНАНИЙ И УМЕНИЙ СТУДЕНТОВ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ**

1. Организация и структура онкологической службы Украины. Структура и функции онкологического диспансера. Национальный институт рака как главное научно-организационное учреждение онкологической службы. Понятие о национальном канцере-реестре.
2. Организация и структура онкологической службы Украины. Структура и функции обзорного и онкологического кабинетов районной поликлиники.
3. Эпидемиология и этиология злокачественных опухолей. Теории канцерогенеза. Профилактика развития злокачественных опухолей.
4. Облигатные и факультативные предопухолевые заболевания. Факторы риска развития злокачественных опухолей. Инструкция по формированию и диспансерному наблюдению групп повышенного риска и больных передракові заболеваниями» (Приказ № 192 МОЗ Украины).
5. Особенности формулировки и структура онкологического диагноза. Классификация опухолей.
6. Учетные документы, которые применяют в онкологической клинике. Диспансеризация онкологических больных.
7. Диспансеризация онкологических больных. Клинические группы больных злокачественными новообразованиями.
8. Деонтологія в онкології. Особенности общения с разными категориями онкологических больных (с только что установленным диагнозом, после прохождения лечения, с неизлечимыми пациентами). Канцерофобия.
9. Деонтологія в онкології. Информирование о диагнозе пациента и общении с родственниками. Понятие о врачебной тайне. Информированная. согласие на лечение.

Отказы больных от лечения: мотивы и документальное оформление.

10. Научная почва противораковой борьбы. Профилактика злокачественных опухолей.

Понятие скрининга.

11. Скрининговые программы онкологических заболеваний в Украине .

12. Вопрос экспертизы работоспособности больных злокачественными новообразованиями.

13. Принципы диагностики онкологических заболеваний. Ранняя диагностика, понятие скрининга. Рентгенологические и эндоскопические методы исследования в онкологии. Принципы диагностики онкологических заболеваний. Рентгеновская и магнитно-резонансная компьютерная томография.

14. Принципы диагностики онкологических заболеваний. Радионуклидные методы диагностики : сцинтиграфия, эмиссионная радионуклидная томография.

15. Принципы диагностики онкологических заболеваний. Ультразвуковые методы диагностики.

16. Принципы диагностики онкологических заболеваний. Морфологические, иммунологические, биохимические методы диагностики.

17. Паллиативная и симптоматическая терапия: задачи, принципы, методы. Хоспис: структура и функции.

18. Рак молочной железы : эпидемиология, этиология. Предопухолевые и фоновые заболевания, их диагностика и лечение. Современные стандарты диагностики рака молочной железы.

19. Рак молочной железы : классификация, клиника, современные стандарты диагностики. Дифференциальная диагностика, скрининг и ранняя диагностика.

20. Рак легкое: этиология, эпидемиология, классификация, клиника и диагностика рака легкое. Дифференциальная диагностика с туберкулезом.

21. Дифференциальный диагноз при синдроме круглой и кольцообразной тени в легочном поле. Скрининг и профилактика рака легких.

22. Предопухолевые заболевания пищевода. Болезнь Барретта : причины, клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика рака пищевода. Диспансеризация и реабилитация больных после лечения.

23. Рак желудка : ранняя диагностика, принципы и методы скрининга. Передракові заболевания.

24. Первичная и вторичная профилактика рака пищевода и желудка. Болезни оперируемого желудка. Реабилитация больных после специального лечения.

Диспансеризация больных.

25. Рак поджелудочной железы : эпидемиология, диагностика, дифференциальная диагностика, классификация. Общие принципы лечения, виды оперативных вмешательств. Профилактика.
26. Опухоли гепатопанкреодуоденальной участка : заболеваемость, этиология, клиника, диагностика.
27. Рак ободовой кишки : этиология, эпидемиология. Клинические синдромы при колоректальном раку и их особенности в зависимости от локализации опухоли. Клинические формы рака толстой кишки.
28. Передракові захворювання толстої і прямої кишок. Стандарти діагностики колоректального раку. Диспансеризация больных.
29. Рак прямой кишки : этиология, эпидемиология. Клинические синдромы при колоректальном раку и их особенности в зависимости от локализации опухоли.
30. Первичная и вторичная профилактика колоректального рака. Принципы и методы скрининга рака ободовой и прямой кишки, диспансеризация больных.
31. Лечебная тактика при кишечной непроходимости опухолевого генеза, методы хирургического лечения. Симптоматические операции
32. Рак кожи. Этиология, облигатные и факультативные передракові захворювання. Профилактика.
33. Меланома кожи. Невусы. Классификация, клиника, Современные взгляды на диагностику и лечение. Профилактика.
34. Рак губы и слизистой полости рта : этиология, эпидемиология, передракові захворювання, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Профилактика.
35. Рак щитовидной железы. Эпидемиология, этиология, роль радиационного канцерогенеза. Клиника и диагностика.
36. Рак щитовидной железы. Современные стандарты диагностики дифференцированного рака щитовидной железы. Программа диспансерного наблюдения.
37. Лімфогранульоматоз (хвороба Ходжкіна) і неходжкінські лимфоми. Принципи діагностики і стадіювання. Клиника.
38. Рак шейки матки : этиология, эпидемиология, передракові захворювання, диагностика, ранняя диагностика. Понятие о цитологічній скрінг рака шейки матки. Первичная и вторичная профилактика.
39. Рак предстательной железы : заболеваемость, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.

## ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

### Основная литература

1. Щепотін І.Б., Ганул В.Л., Кліменко І.О. и др. Онкология: Учебник для ВНЗ. - К.:Книга плюс. - 2006. - 496 с.
2. Алгоритмы современной онкологии. /Под редакцией Щепотина И.Б., Бондаря Г.В., Ганула В.Л. - К.: Книга плюс.- 2006.
3. Выбранные лекции по клинической онкологии и Под общей редакцией акад. АМНУ Бондаря Г.В. и проф. Антипової С. В. - Луганск, 2008. - 580 с.
4. Бондарь Г.В., Вітенко І.С., Попович О. Ю. Паллиативная медицинская помощь. Донецк, донецкая область. - 2004. -150с.
- 5.Ганул.В. Л., Киркилевский С. И. Рак пищевода : руководство для онкологов и хирургов. К.: Книга плюс. - 2003. - 200с.
- 6.Ефетов В.М. Избранные лекции по клинической онкологии. - Симферополь, бы/и, 1997. -260с.
- 7.Онкология /За редакторшей В.П.Бапгана, А.Л.Одабашьяна, П. В.Шелешка - Тернополь; Укрмедкнига, 2003.- 316с.
8. Онкология: учебник с компакт-дискom / редакторши В. И. Чиссов, С. Л.
9. Дарьялова. - М.: ГЗОТАР-Медиа, 2007. - 560 с.
10. Онкология: Учебник для студентов мед. вузов / ПИ. Х. Ганцев. - М. Мед. информ. агентство, 2004. - 516с
11. Онкология: Учебник - 3-те издание, перероб. и доп./Б.Т.Білінський  
а. Н.А.Володько, А.І.Гнатишак, О. О. Галай и др.; При редакторше Б.Т.Білінського - К. Злоров, я, 2004. - 528с.
12. Стариков В.И. Общая онкология: Учебное пособие.- Харьков : ХГМУ  
і. 72с.
13. Стариков В.И., Трунов Г.В. Рак легкого.- Харьков, "ООО Катран УПК" .-  
і. 212с.
14. Шевченко А.І. Попович О. Ю. Онкология. Електр. учебник для студентов высших медицинских заведений., Запоріжжя.-2006.
15. Энциклопедия клинической онкологии. Руководство для практикующих врачей / М.

- И.Давыдов, Г.Л.Вышковский и др. - М.: РЛС -- 2005, 2004. - 1536 с.
16. Бойко А.В. из соавт. Современная химиотерапия распространенного немелкоклеточного рака легкого // С. -Петербург 1998. С. 3-7.
  17. Важенін А.В. Паллиативная онкология, как социальный заказ в настоящее время // Тезиса докладов пленума правления Всероссийского союза онкологов. - 2003. - Москва.
  18. Abraham C., Jonston G The WHO objectives for palliative care; Towhat exnehn are we achieving them // Palliative Medicine 9:2 (Apr., 1995). - P. 123-137.
  19. Comer J. Is there a research paradigm for palliative care // Palliative Medicine 10:3 (JUL 1996) P. 201-208.
  20. Parkin D., et al. Global Cancer Statistics. CA, Cancer J Clin, 1999.,49; 33-64.
  21. Robinson BE, Pham H. Cost - effectiveness of hospice care // Clinics in Geriatric Medicine 12:2 (May, 1996). P. 417.
  22. Schonwetter RS. Care of the dying geriatric patient// Clinics in Geriatric Medicine 12:2 (May, 1996). P. 253.
  23. Александрова Ю.Н., Лыщев А.А., Сафронникова Н.Р. и др. Папилломавирусная инфекция в здоровых женщин Санкт-Петербурга //Вопр. онкол. - 2000.- Т. 46, 2. - С. 175-179.
  24. Бохман Я.В., Лютра У.К. Рак шейки матки. - Кишинев: Штиинца, 1991.
  25. Голованова В.А., Новик В.И., Гуркин Ю.А. Частота и факторы черточка папилломавирусной инфекции и дисплазии эпителия шейки матки в сексуально активных девушек-подростков // Вopr. онкол. - 1999. - Т. 45, 6. С. 623-626.
  26. Деражне А.Б., Иока Н.М., Нисенбаум Г.Э., Фридман П. Ш. Двадцатилетний опыт профилактики РШМ среди женщин, обслуживаемых лечебно-профилактическими учреждениями Октябрьской железной дороги // Всесоюзн. симпози. Ранняя диагностика, лечение предопухолевых и опухолевых заболеваний шейки матки и диспансеризация женского населения. - Л., 1985. - С. 84-85.
  27. Злокачественные новообразования в России в 1999 году (заболеваемость и смертность) / Под редакторши В.И.Чиссова, В.В.Старинского.- М., 2000.
  28. Коломиец Л. А., Уразова Л. Н., Севастьянова Н.В., Чуруксаева О. Н. Клинико-морфологические аспекты цервикальной папилломавирусной инфекции //Вopr. онкол. - 2002. - Т.48, 1.- С. 43-46.
  29. Новик В.И. Цитологический скрининг предрака и рака шейки матки (обзор) // Вopr. онкол.-1990.- Т.36, 12.- С. 1411-1418.
  30. Новик В.И., Сафронникова Н.Р., Урманчеева А.Ф., Кутуева Ф.Р. Пути повышения эффективности цитологического скрининга рака шейки матки // Материалы всерос. симпози. Новые информационные технологии в онкологической статистике /Под. редакторша В.М.Мерабишвили. -СПб., 2001. - С. 195-197.

31. Сагайдак В.Н., Комарова Л. Е. Цитологический скрининг рака шейки матки // Вестн. ОНЦ РАМН. - 1992. 4. - С. 43-48.
32. Урманчеева А.Ф., Мерабишвили В.М., Сельков С. А. и др. Эпидемиология и диагностика рака шейки матки // Акуш. и гин. - 2001. - Т. XLX. - Вып. 1. - С. 80-86.
33. Anderson G.H., Benedet J.L., Le Riche J.C. et al Invasive cancer of the cervix in British Columbia : A review of the demography and screening histories of 437 cases seen from 1985-1988 // Obstet. Gyn. - 1992. - Vol 80, 1.  
i. P. 1-4.
34. Aymon P. Cervical cancer screening: some evidence coming from the north // Cancer J. - 1987. - Vol.1.- P.342.
35. Boon M.E., Graaf G.J.C., Kok L.P. et al Efficacy of screening for cervical squamous and adenocarcinoma: The Dutch experience // Cancer (Philad.). - 1987. - Vol 59. - P.862-866.
36. Cancer Incidence in Five Continents. Vol VII / Ed. By D.M.Parkin, S.L.Whehan, J.Ferlay et al / IARC Sci Publ. No. 143. - Lyon, 1997.
37. Cancer: Principles and Practice of Oncology / Ed. by V.T. DeVita, S. Hellman, S.A. Rosenberg 5th Edition, 1997.
38. Cervical cancer screening on a national level // Cancer prevention and early detection facts and figures. - 2002.  
a. -ACS. - P.25.
39. Chamberlain J. Reasons that some screening programmes fail to control cervical cancer // Screening for the cancer of the uterine cervix // IARC SciPubl. No. 76. - Lyon, 1986. - P.161-168.
40. Cobb C.J. Suggested approaches to reporting benign cervical smears that lack endocervical columnar cells // Acta Cytol. - 1986. - Vol 30. - P.317-318.
41. Coleman D.V. The dynamics of the cervical screening programme // ((Screening of cervical cancer for whom, why and how? Experts' Conference of 2nd International Congress of Papillomavirus in Human Pathology/ Ed. by J.Monsonogo.  
i. Paris: EUROGINSci Publ, 1994. - P.21-25.
42. Ferlay J., Bray F., Pisani P., Parkin D.M. GLOBOCAN 2000: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, Version 1.0 /IARC Cancer Base No.5. - Lyon: IARCPress, 2001. (<http://www-dep.iarc.fr/globocan.htm>).
43. Koss L.G. Cytologic and Histologic Manifestation of Human Papillomavirus Infection of the Uterine Cervix // Cancer Detect Prevent. - 1990. - Vol 14, 4. - P. 461-464.
44. Meisels A., Roy M., Fortier M. et al Human papillomavirus infection of the cervix. The atypical condyloma // Acta Cytol. - 1981. - Vol 35. - P. 7-16.

45. Monsonego J. Spontaneous screening of cervical cancer: facts and arguments // (Screening of cervical cancer for whom, why and how? Experts' Conference of 2nd International Congress of Papillomavirus in Human Pathology/ Ed. by J.Monsonego. - Paris: EUROGIN Sci Publ, 1994. - P.32-45.
46. Parkin D.M., Pisani P., Ferlay J. Global Cancer Statistics // *Ca Cancer J. Clin.* - 1999. - Vol. 49, No. 1. - P. 33-64.
47. Ponten J., Adami H.O., Bergstrom R. et al. Strategies for global control of cervical cancer // *Int.J.Cancer* - 1995. 60.- 1.-P. 1-26.
48. Richart R.M., Barron B.A. A follow - up study of patients with cervical dysplasia // *Amer. J. Obstet. Gynecol.* 1969. - Vol. 105. - P. 386-393.
49. Stockton D., Cooper P., Lonsdale R.N. Changing incidence of invasive adenocarcinoma of the uterine cervix in East Anglia // *J. Med. Screen.* - 1997. - Vol4, 1. - P. 40-43.
50. Survival of Cancer Patients in Europe : the Eurocare - 2 Study / Ed. F.Berrino, R.Capocaccia, J.Estive et al // *IARC Sci Publ.* No. 151. - Lyon, 1999.
51. Syrjanen K., Hakama M., Saarikoski S. et al. Prevalence, incidence and estimated life - time risk of cervical papillomavirus infection in a non - selected Finnish female population // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* - 1989. - Vol. 68.  
i. P. 613-617.
52. Syrjanen K., Syrjanen S. Papillomavirus Infections in Human Pathology. - NY: J.Wiley a. Sons - 2000. - 615 P.
53. Yang Dawang, Yao Jufang, Xing Shoufu, Lin Yixian. Mass cytologic screening for cervical carcinoma in China : A report of 7735057 reported cases // *Acta Cytol.* - 1985. - Vol.29. - P. 341-344.

### ***Дополнительная литература:***

1. Атлас онкологических операций / Под редакцию Б.Е. Петерсона, В. И. Чиссова, А.И. Пачеса - М.: Медицина, 1987. - 534с.
2. Гріневич Ю А, Каменец Л. Я. Основы клинической иммунологии опухолей. -К.: Здоровье. 1986. -180с.
- 18.Зотов А.С., Белик Е.О. Мастопатия и рак молочной железы: краткое руководство- 4-ое изд. доп. - М.: МЕДпресс-информ, 2005.-112 с.
19. Переводчикова Н.И. Руководство по химиотерапии опухолевых И заболеваний / Под редакцию Н.И. Переводчиковой. - 2-ое изд., доп.- М. : И Практическая медицина, 2005.- С.195 - 209.
20. Шалімов О. О. Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта - К. Здоровье 1987 - \



568с.

21. Щепотин И.Б., Называемое Р. Т. Рак желудка. - К.:Книга-плюс, 2007. - 287с