

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
УКРАЇНЬСКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ**

**КАФЕДРА ОНКОЛОГІЇ,
ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ, ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ
ТА РАДІАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ**



Затверджено на методичній нараді
“ _____ ” _____ 2018

Протокол № _____
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. Баштан В.П. _____

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ВИКЛАДАЧІВ

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ:

"Методи діагностики злоякісних утворень"

УЧБОВИЙ ПРЕДМЕТ: ОНКОЛОГІЯ

**Методичну розробку підготував:
к.м.н., доцент О. В. Корнєєв.**

Полтава – 2018.

Тема: "Методи діагностики злоякісних утворень"

Кількість годин: 2 навчальні години.

Матеріальне та методичне забезпечення теми:

1. учбові кімнати, палати, поліклініка;
2. історії хвороби, амбулаторні картки, рентгенограми, аналізи сечі, крові, різноманітні дослідження, дані УЗД;
3. таблиці, слайди;
4. методичні вказівки для студентів.

I. Актуальність теми.

Встановлення діагнозу пухлини покладає на лікаря велику моральну та юридичну відповідальність. Виведення діагнозу раку хворому при іншому захворюванні інколи завдає непоправної психічної травми. Але гіршим наслідком псеводіагнозу є застосування неадекватного лікування. Неправильний діагноз призводить не тільки до застосування небайдужої для організму променевої чи хіміотерапії, а також інвалідизації хворих.

Встановлення діагнозу "Підозріння на рак" є теж багатоаспектним фактором. Такий діагноз вимагає застосування всіх існуючих у розпорядженні лікаря діагностичних заходів чи консультацій. Небажаним є також тривале дослідження хворих чи спостереження за ними. Своєчасна діагностика важлива для всякого захворювання, але особливого значення набуває вона в онкології, бо лікування багатьох пухлин у ранніх стадіях благоприємна. Лікування пухлин у пізніх стадіях менш ефективне.

II. Навчальні цілі.

Знати (а II):

1. Ендоскопічну семіотику пухлин внутрішніх органів в залежності від форми росту пухлин.
2. Методи і методику рентгенологічних досліджень.
3. Методи радіонуклідних досліджень.
4. Принципи ультразвукової діагностики.
5. Застосування термографії в онкології.
6. Лабораторні методи досліджень – морфологічний та гістологічний.
7. Цитологічний.
8. Імунодіагностику.

Вміти (а III):

1. Визначити показання та протипоказання для ендоскопії.
2. Визначити показання для рентгенологічних досліджень, трактувати отримані рентген дані.
3. Освоїти методики забору матеріалу для цитологічного дослідження.
4. Освоїти методику забору тканини для гістологічного дослідження.

Практичні навички по темі:

- огляд шийки матки у дзеркалах;
- бімануальне піхве обстеження;
- ректальне дослідження;
- збирання матеріалу для цитологічного дослідження при пункційній біопсії;
- УЗД порожнини матки.
- пальпація молочних залоз;
- парацентез;
- ректороманоскопія.

III. Цілі розвитку особистості (виховні цілі)

1. Студенти повинні ознайомитись з питаннями деонтології на конкретних випадках.
2. На прикладі конкретного випадку треба підкреслити, що рак є хворобою всього організму, часто виникають полінеоплазії.
3. Студенти повинні володіти сучасним клінічним мисленням, знати нові досягнення в онкології.

ТЕРМІНОЛОГІЯ

Українська мова	Російська мова	Латинська мова
Пухлина	Опухоль	Tumor
Стадія	Стадия	Gradus
Перша	Первая	Prima
Друга	Вторая	Secunda
Третя	Третья	Tertio
Четверта	Четвертая	Quarta
Верифікація	Верификация	Verifikatio
Підозра	Подозрение	Suspiratio

IV. Міждисциплінарна інтеграція.

(базові знання, вміння навички, необхідні для вивчення теми)

Дисципліни	Знати	Вміти
Анатомія	Анатомію органів (кровопо-стачання, лімфатичну систему)	Вміти правильно розу-міти етіологію захво-рювання, патогенетичні клінічні прояви і про-філактичні міроприєм-ства.
Патологічна анатомія	Гістологічну структуру пух-лин, особливості пухлинного росту.	
Загальна фізіологія	Фізіологічні процеси організ-му.	
Патологічна фізіоло-гія	Патологія протікання функцій ендокринної, імунної та інших систем організму.	
Біологічна хімія	Ферментативні порушення ор-ганізму і, насамперед, норми протікання біохімічних про-цесів.	
Терапія	Методи загального обстежен-ня хворих.	
Фармакологія	Групи протипухлинних препа-ратів та механізми їх дії на ор-ганізм.	

V. Зміст теми.

Перший лікар, до якого звернувся онкологічний хворий, несе за нього головну відповідальність, т.я. тільки своєчасний діагноз злоякісної пухлини дає надію на ви-ліковування. З іншої сторони, своєчасна діагностика тісно зв'язана з рівнем медичної грамотності населення. Поскілки санітарно – просвітня робота – важливий компо-нент у організації своєчасного виявлення пухлинних захворювань.

Активне та адекватне лікування передракових захворювань запобігає можли-вості розвитку злоякісної пухлини у абсолютної більшості хворих. Крім того, дина-мічний нагляд дає змогу своєчасно діагностувати виникнення злоякісної пухлини. Високої спосібності у діагностиці раку молочної залози досягла маммографія, ска-нування, УЗД, радіоімунні – при малому раці щитовидної залози, цитологічні ме-тодики – у діагностиці раннього раку шийки та тіла матки.

З метою підвищення ефективності профілактичних оглядів необхідно форму-вати групи підвищеного ризику, які підлягають поглибленому та динамічному об-стеженню.

Найбільш ефективні скринінгові програми по виявленню раку шкіри, слизо-вої оболонки порожнини рота, губ (огляд та цитологія), раку шийки матки (цитоло-гія), молочної залози (пальпація, маммографія, термографія), щитоподібної залози

(пальпація, УЗД), прямої та ободочної кишки (пальцеве обстеження кишки, аналіз калу на скриті кров).

Поняття “онкологічна сторожкість” включає в себе комплекс вимог до лікаря будь-якої спеціальності, необхідних для своєчасної діагностики.

До них відносяться:

- знання передракових захворювань;
- знання симптомів злоякісної пухлини у ранніх стадіях;
- ретельне обстеження хворих, з метою виявлення можливого злоякісного захворювання;
- передбачення можливого атипового або ускладненого перебігу онкологічного захворювання;
- всебічне обстеження хворого та встановлення раннього діагнозу у максимально короткий строк, з залученням компетентних спеціалістів;
- швидке направлення у онкологічний заклад хворого з підозрою на пухлину.

Анамнез.

Один з важливіших розділів обстеження. Велику шкоду, яку можна нанести хворому – це невиявлення тих ознак, які моглиб спасти йому життя, при своєчасному їх виявленні. Правильно спрямоване опитування дає змогу отримати цінну інформацію та запобігти непотрібній. При опитуванні слід звернути увагу на вивчення сімейного анамнезу, т.я. деякі сім'ї мають схильність до онкологічних захворювань (“ракові сім'ї”). Важливим є вивчення соціального статусу.

Клінічний огляд.

Клінічний огляд хворого з підозрою на пухлинну патологію або при наявності останньої повинен проводитися ретельно та методично та може бути направлений на пошук об'єктивних ознак та симптомів, як первинної пухлини, так і метастазів у лімфатичних вузлах, віддалених органах та кістках. Неповний клінічний огляд супроводжується, як правило, неправильними висновками та помилками.

Важливе місце в діагностиці онкологічних хворих належить ендоскопічним методам досліджень. Останні дають змогу не тільки візуалізувати “невидимий” патологічний процес, але й зібрати матеріал для морфологічного дослідження, здійснити певні лікувальні заходи.

Пухлини, які ростуть екзофітно, візуалізуються у вигляді окремого вузла, що дає змогу взяти матеріал для морфологічного дослідження. При невеликих розмірах екзофітних пухлин, особливо на нізці, їх можна видалити.

Пухлини, які ростуть інфільтративно, “стеляться” в підслизовому шарі і не візуалізуються. Про їх існування свідчать лише побічні ознаки (ригідність органа, зменшення його розмірів, інфільтрація слизової, можливості виразкування), а біопсія часто негативна. Про це слід обов'язково пам'ятати.

I. Ендоскопічні методи обстеження.

а) Езофагоскопія.

Цей метод за допомогою апарата з волокнистою оптикою дає змогу оглянути слизову стравоходу. При початкових стадіях пухлина визначається у вигляді вогнищового інфільтрату, або поліпоподібного утвору. Колір слизової не змінений, а згодом на цьому місці виникає виразка. У пізніх стадіях при екзофітній формі помітні папілярні розростання, або пристінкові вузли.

б) Гастроскопія.

Гастроскоп – прилад, за допомогою якого здійснюють огляд слизової шлунка. Атрофічні, гіперпластини (хвороба Менетрієп) процеси та виразки шлунків, хоч і часті захворювання, але складні для діагностики. Їх потрібно насамперед диференціювати з початковими стадіями раку, тому дослідження шлунка повинно супроводжуватись у підозрілих випадках прицільним збиранням матеріалу для морфологічних досліджень. Ракові процеси звичайно локалізуються в антральному відділі на малій кривизні шлунка. При поліпоподібному раку на фоні атрофічно зміненої слизової видно часткові або ворсинчасті утвори. Блюдцеподібні форми раку звичайно є пізнішою стадією хвороби. Їх розміри рідко менші від 2...3 см, а ендоскопова картина характерна.

в) Колоноскопія.

Ендоскопічна картина при поліпах товстого кишечника різноманітна через велику їх кількість, різноманітну форму і локалізацію. Поліпи бувають поодинокими та множинними, круглими або витягнутими, розмірами від 0,2 до 5,0 см. Локалізуються частіше в лівій половині кишки.

Для екзофітної форми раку характерні поліпоподібні розростання, або горби ста пухлина.

г) Бронхоскопія.

Цей метод використовується з метою візуальної оцінки стану трахеобронхіального дерева, морфологічної верифікації процесу. Бронхоскопові 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. Біопсія такої пухлини береться легко. 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.

д) Лапароскопія.

Цей метод дає змогу оглянути парієтальну і вісцеральну очеревини і застосовується для діагностики первинних злоякісних процесів, для виявлення метастазів, а

також рецидивів пухлини або контролю ефективності консервативного лікування, наприклад, раку яєчників.

Існують також труднощі, пов'язані з диференціальною діагностикою захворювань. Але треба пам'ятати, що при лапароскопії теж можна прицільно забирати матеріал для цитологічного, а навіть гістологічного досліджень.

є) Кольпоскопія.

Огляд слизової піхви і шийки матки проводиться через лупу, що збільшує зображення у 8-32 рази. Клінічно виражені пухлини через грубі зміни кольпоскопично диференціювати не вдається. Кольпоскопія як диференціальний метод є обов'язковим елементом первинного гінекологічного обстеження.

II. Променеві методи обстеження.

За останні десятиріччя відбулася помітна зміна рентгенологічних методик досліджень при різних захворюваннях органів та систем, зокрема, при злоякісних пухлинах.

Однак якою б досконалою не була методика **рентгенологічного дослідження**, виявити внутрішньоепітеліальний чи мікроінвазивний рак за її допомогою не можливо. Рентгенодіагностичні методи виявляють пухлини діаметром 1...2 см, при якій у 15% є мікрометастази. Тому діагноз такої пухлини не є раннім, у найліпшому випадку він є лише своєчасним.

Рентгенодіагностика базується на симптомах, що визначають точну локалізацію, форму, розміри окремих органів та паталогічного вогнища.

Томографія – метод пошарового рентгенологічного дослідження, що дає змогу отримати ізольоване зображення окремих шарів досліджуваного об'єкта. Вона широко використовується при дослідженні різних органів і систем, але найчастіше – при вивченні органів дихання та середостіння.

Бронхографія – здійснюється після ендобронхіального введення рідкого контрасту. Останній вводять за допомогою спеціальних катетерів, які можна скерувати в той чи інший бронх.

Екскреторна урографія – базується на вибіркового виділенні нирками введеної внутрішньовенної контрастної рідини. Серія рентгенограм через відповідні проміжки часу дає змогу вивчити не тільки анатомічні особливості, але й функціональний стан нирок.

Метросальпінгографія – це метод рентгенологічного вивчення матки і труб після попереднього введення в їх порожнини контрастної речовини.

Сіалогія – дає змогу діагностувати пухлини привушної та підщелепних слинних залоз. Контрастну речовину для цього вводять у слиновивідну протоку.

Ангіографія – метод контрастування кровоносних судин. При контрастуванні судин органів рудної порожнини можна отримати загальну ангіопневмографію, селективну, а також медіастинальну флебографію. При загальній ангіопневмографії контраст вводять в зональну чи сегментарну артерію. Контраст, введений у відповідну лімфатичну судину, дає змогу провести пряму селективну лімфографію, за допомогою якої теж можна вивчити стан лімфатичних вузлів.

Штучний пневмоторакс – застосовують для часткового колабування легенів з метою диференціального діагнозу пухлини. Його використовують, якщо важко визначити джерело пухлини – стінка грудної клітки, середостіння, плевра, діафрагма чи легені.

Пневмомедіастенографія – це метод рентгенологічного дослідження середостіння. Введення газу в середостіння буває прямим і непрямим. Застосовується для чіткого виявлення пухлин і кіст цієї ділянки.

Пневмоперітонеум – як рентгеноконтрастування використовують для дослідження внутрішніх жіночих геніталій. Існують дослідження, які допомагають уточнити діагноз пухлини за методом подвійного контрастування органів газом та рідким контрастом.

Рентгенологічна семіотика злоякісних пухлин представлена синдромом деформації трубчастих і порожнинних органів, синдромом порушення функції органа.

Комп'ютерна томографія (КТ). Вона базується на принципі побудови рентгенологічного зображення органів і тканин за допомогою ЕЦОМ.

Цей метод дає відчутні переваги над звичайними рентгенологічними дослідженнями, а саме:

1. Він високочутливий, що дає змогу диференціювати тканини чи утвори за їх щільністю з різницею 0,6%, тоді як звичайною рентгенограмою це вдається зробити лише при різниці 10 – 20%.
2. За допомогою КТ отримують чітке зображення органів та пухлин включно в тій площині, якій проводиться дослідження, без накладання сусідніх тканинних структур.
3. КТ дає змогу отримати точну кількісну інформацію про розміри та цілісність органів та утворів.
4. За допомогою КТ можна робити висновок не тільки про стан того чи іншого органа, але й про взаємовідношення виявленої пухлини з навколишніми тканинами чи органами, наприклад, проростання пухлин в сусідній орган.

Радіонуклідні дослідження.

В основі методу радіонуклідної діагностики пухлин лежить принцип диференційованого розподілу радіоактивного індикатора в пухлині та нормальній клітині, що її оточує. Посилення процесу росту тісно пов'язане з активацією обмінних процесів і, зокрема, обміну фосфорорганічних сполук. Це зумовлює підвищене вклю-

чення радіоактивного фосфору, введеного в організм, у ракову клітину. Згадана властивість є основою діагностики злоякісних процесів шкіри (^{32}P), кісток (^{99}Tc).

Для діагностики використовуються радіоактивні сполуки, що беруть участь у функціональній діяльності клітин паренхіми (органотропні). До таких препаратів належать: натрій йодид ^{131}I (дослідження щитовидної залози), бенгал-роз та радіоактивне колоїдне золото ^{198}Au (дослідження печінки), селенметіонін ^{75}Se (дослідження підшлункової залози), неогідрин ^{203}Nd (дослідження нирок) та ін.

Скенограма дає інформацію про топографічні особливості досліджуваного органа, його розміри форму, функціональну активність, а також внутрішню структуру. пухлини на скенограмах або сцинтиграмах зображаються у вигляді ділянок зниженого накопичення радіоактивного індикатора (“дефект накопичення”, “холодний вузол”) або зон гіперконцентрації радіоактивного препарату (“гарячий вузол”).

Ультразвукове дослідження.

Принцип дії ультразвукових променів, що відбилися від межі двох середовищ із різною акустичною щільністю. Цей метод дає змогу реєструвати ехосигнали від межі тканин, які навіть мало відрізняються за акустичною щільністю, тому він більш інформативний при дослідженні м'яких тканин та парехіматозних органів за звичайне рентгенологічне дослідження.

Термографія в онкології.

Нині існує звичайний досвід застосування термографічного методу в онкології, який ґрунтується на виявленні асиметричних гіпертермічних або гіпертермічних ділянок над зоною розташування пухлини.

За допомогою методу термографії можна:

1. Вирішити питання топічної діагностики пухлинних вогнищ.
2. Проводити диференціальну діагностику доброякісних і злоякісних пухлин.
3. Прогнозувати перебіг захворювання.

Термографічне обстеження, проведене в динаміці, діє змогу виявити ранні рецидиви та метастази, оцінювати ефективність проведеного консервативного лікування. Цей метод найбільш широко застосовується при діагностиці пухлин молочної залози, шкіри м'яких тканин, ЛОР-органів.

III. Морфологічні дослідження.

Найбільш точним методом діагностики пухлин, зокрема їх ранніх стадій є **біопсія**. Суттєво зросла роль біопсії в плануванні та проведенні лікування хворих. Гістологічна характеристика пухлини визначає її стадію при ранніх формах, чутливість до хіміопрепаратів і променевої терапії.

Ексцизійна біопсія – хірургічне видалення всього патологічного вогнища. Найчастіше застосовується при процесах шкіри, молочної залози, збільшенні лімфатичного вузла. Часом ексцизійна біопсія є і лікувальним заходом.

Інцизійна біопсія – висічення одного або декількох шматків пухлини (при пухлинах великих розмірів).

Пункційна біопсія – отримання біоптату звичайною ін'єкційною голкою. Застосовується при дослідженні лімфатичного вузла, молочної залози та щитовидної залози, м'яких тканин в кісткових пухлин. Цей вид біопсії незамінний при ураженні внутрішніх органів (печінка, легені, селезінка, нирки), коли будь-які хірургічні втручання з діагностичною метою не бажані.

Трепанобіопсія – отримання стовпчика тканини за допомогою спеціально сконструйованої для цієї мети голки. Обидва види біопсії при глибоко розташованих пухлинах можна проводити під контролем рентгеноскопії або ультразвукографії.

Щипцева біопсія – отримання кусочка тканини за допомогою щипців різної конструкції. Вона застосовується, зокрема, при ендоскопічних дослідженнях.

Кюретаж – отримання матеріалу шляхом вишкрібання (маткова чи гайморові порожнини).

Випадкова біопсія – якщо матеріал отримують несподівано для хворого, наприклад, при відкашлюванні куска пухлини бронха чи при вагінальному дослідженні куска пухлини хворої матки.

Біопсія, як і будь-який інший діагностичний засіб, достовірна тільки тоді, коли дотримуватися всіх необхідних правил. Необхідно заздалегідь вибрати вид біопсії, найкраще під контролем ока. Її слід проводити з найменшою травмою пухлини і навколишніх тканин. Видалений шматок пухлини за об'ємом повинен бути достатнім для гістологічного дослідження, бажано забирати його по краю пухлини. При доклінічній стадії процесу біоптат повинен містити підлеглу тканину.

IV. Цитологічне обстеження.

Масове цитологічне обстеження жінок з метою виявлення раку шийки матки називають діагностичним скринінгом. На 1000 жінок віком до 30 років за допомогою такого методу вдається виявити до трьох раків шийки матки.

V. Імунодіагностика.

Теоретичною основою імунодіагностики в онкології було визнання існування специфічного антигена пухлини людини. Але такий антиген досі не знайдено. Тому сьогодні ми говоримо не стільки про опуховоспецифічні антигени, скільки про опуховоасоційовані антигени.

Серед них у практиці найбільш вивчені і широко застосовуються альфа-фетопротеїн (АФП) та раковомембрональні антигени (РЕА). Обидва належать до глікопротеїдів, які визначаються у плазмі крові людини протягом перших двох-трьох триместрів вагітності. Продуктовані пухлинними клітинами, ці антигени можуть виявлятися в крові.

Значним досягненням у галузі імунодіагностики є застосування біотехнології отримання моноклональних антитіл (МКАТ). Це одне з найбільших досягнень у біології останнього двадцятиріччя і базується воно на використанні гібриду лімфоцита миші та клітини плазмocyтoми людини, який здатний продукувати абсолютно однакові і специфічні антитіла.

VI. План та організаційна структура заняття

№ п/п	Основні етапи заняття їх функції та зміст	Навчальні цілі у рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення: контролю, наочності та інструктивності.	Розподіл часу (хв.)
1	ПІДГОТОВЧИЙ ЕТАП Організаційні заходи. Постановка навчальних цілей та мотивація. Контроль вихідного рівня знань навичок та умінь: 1. епідеміологія ; 2. етіологія та патогенез ; 3. клініка ; 4. діагностика ; 5. методи лікування ; 6. профілактика та фактори ризику .	Контроль присутності Актуальність теми (I) (II) (II) (II) (II) (II)	Індивідуальне усне опитування. Тестування вихідного рівня теоретичних знань.	Таблиці, малюнки, муляжі, препарати. Тести вихідного рівня знань. Методичні розробки для студентів. Орієнтовна карта.	5 хв. 20 хв.
2	ОСНОВНИЙ ЕТАП Провести курацію хворих; Скласти план обстеження; Визначити план лікування; Вміти провести обстеження ТМ; Взяти матеріал для цитологічного дослідження.	(III) (III) (III) (III) (III)	Заповнення історії хвороби	Робота у відділенні та п'єревязувальній.	60 хв.
3	ЗАКЛЮЧНИЙ ЕТАП 1. Контроль та корекція рівня професійних вмінь та навичок. 2. Підведення підсумків заняття. 3. Домашнє завдання.	III	Індивідуальний контроль навичок. Аналіз та оцінка результатів. Клінічні роботи. Лабораторні дослідження.	Результати клінічної роботи + історії хвороби. Задачі III рівня. Результати лабораторного дослідження. Орієнтовна карта для роботи з літературою.	35 хв.

Граф логічної структури по темі: **"Методи діагностики злоякісних утворень".**

1. Скарги хворого.
2. Анамнез захворювання.
3. Огляд хворого.
4. Інструментальне дослідження.
 - Рентгенологічне дослідження.
 - Ендоскопічне обстеження.
 - УЗ діагностика.
 - морфологічний доказ (верифікація діагнозу):
 - цитологічне дослідження;
 - гістологічне дослідження;
5. Лабораторне обстеження хворого.

VII. Матеріали для методичного забезпечення теми.

VII. 1. Питання для самоконтролю.

- Основні етіопатогенетичні фактори, які зумовлюють виникнення раку.
- Передракові захворювання.
- Основні гістоструктури пухлини та рівні її диференціювання.
- Клінічні симптоми хвороби.
- Обов'язкові методи обстеження та її результати.
- Додаткові методи обстеження та їх інформативність.

Тести

вихідного рівня знань

по темі: "Методи діагностики злоякісних утворень"

I. Кінцевою границею ранньої діагностики раку є стадія:

- а) 0;
- б) Ia;
- в) Ib;
- г) II;
- д) III.

II. До групи підвищеного онкологічного ризику не відносяться люди:

- а) які мають контакт з онкохворими;
- б) з передраковими захворюваннями;
- в) з порушенням вуглеводно – жирового обміну;
- г) здорові, з наявністю раку у близьких родичів;
- д) з імунодифіцитними станами.

III. первинно – встановлююча діагностика раку на рівні загальної лікувальної сітки передбачає:

- а) встановлення наявності злоякісної пухлини;
- б) морфологічну верифікацію;
- в) оцінку стадії захворювання;
- г) оцінку розповсюдженості процесу;
- д) встановлення розвернутого діагнозу.

IV. Принципам онкологічної сторожкості лікаря протирічать:

- а) ретельне обстеження кожного хворого;
- б) призначення ліків у перший день звернення хворого по принципу ексювантибус;
- в) звичка думати про рак із скритим протіканням;
- г) знання симптомів злоякісної пухлини;
- д) знання організаційних принципів онкослужби.

V. Проводячи протиракову пропаганду серед населення, не слід:

- а) брати за приклад здоровий образ життя;
- б) повністю розкривати клінічне протікання раку;
- в) переконувати у необхідності проходження проф. оглядів;
- г) знайомити тільки із сигнальними признаками раку;
- д) навчати методам самообстеження.

VI. До морфологічних ознак злоякісної пухлини не відносяться:

- а) поліморфізм;
- б) збільшення розмірів ядра по відношенню до протоплазми;
- в) зменшення розмірів ядра;
- г) зниження ступеню диференціювання клітин;
- д) збільшення кількості митозів.

VII. Для злоякісної пухлини не характерно:

- а) повна автономність;
- б) відносна автономність;
- в) інвазивність;
- г) атрофія навколишніх тканин;
- д) більш активне захоптування продуктів метаболізму.

VIII. Злоякісна пухлина має тропність до накопичення радіофармпрепаратів:

- а) ^{99}Tc ;
- б) ^{85}Sr ;
- в) ^{32}P ;
- г) ^{198}Au ;
- д) ^{131}I .

IX. Осадкове метостатичне враження брюшини дугласова простору носить фамілію вченого?

- а) Вірхова;
- б) Герцена;
- в) Вишневського;
- г) Крукенберга;
- д) Шніцлера.

X. При відсутності явного клінічного раку біопсію шийки матки для гістологічного досліджування матеріалу проводять:

- а) скальпелем;
- б) конкотомом;
- в) електроножем;
- г) кюреткою;
- д) ложечкою Фолькмана.

Правильні відповіді:

I. б. II. а. III. а. IV. б. V. б. VI. г. VII. 10. VIII. 1. IX. д. X. д.

VII. 2. Ситуаційні задачі для самоконтролю.

Задача № 1.

В хірургічне відділення поступив хворий К., 50 років, з клінікою асцити невідомої етіології. Які інструментальні методи слід використати для установлення причини асцити?

Відповідь:

лапароскопія з цитологічним дослідженням асцитичної рідини.

Задача № 2.

На обстеженні в клініці значиться хвора І., 65 років з механічною жовтяницею. Позитивний симптом Оурвуар'є. Що необхідно зробити для постановки діагнозу?

Відповідь:

Гастродуоденоскопія, УЗД, дуоденографія, комп'ютерна томографія.

Задача № 3.

На прийом до онколога звернувся хворий Н., 65 років зі скаргами на появу крові у мокроті. Яке обстеження необхідно провести для виключення чи підтвердження онкологічної патології?

Відповідь:

Рентген грудної клітини – прямий знімок, боковий, серединну томографію, аналіз хворого на АК та ВК, бронхоскопію з біопсією.

Задача № 4.

У хворого 57 років у ділянці великого післяопераційного рубця на шкірі живота з'явилася виразка, яка протягом року не заживає і має тенденцію до збільшення в розмірах. Основа виразки щільна, спостерігаються невеликі виділення. Про який характер процесу слід думати? Які дослідження слід провести?

Відповідь:

1. Треба думати про малігнізацію післяопераційного рубця шкіри.
2. Виконується збір анамнезу, загальне фізикальне обстеження хворого з обов'язковою, пальпацією пухлини та регіонарних лімфовузлів, зішкріб з пухлини для цитологічного дослідження біоптату. Для виключення метастатичного враження – необхідне рентгенологічне обстеження органів грудної клітини та сонографія органів черевної порожнини.

Задача № 5.

На ділянці середньої третини правої гомілки в хворого 62 років спостерігається остеомієлітична нориця, впродовж 35 років (після вогнестрільної рани) із невеликими відділеннями і значною мацерацією шкіри навколо. Останніми 3 місяці навколо норицевого отвору з'явилися гіпергрануляції, які почали некротизуватися. Який процес слід запідозрити? Методи дослідження.

Відповідь:

1. Можна думати про малігнізування запального процесу, що хронічно перебігає, в ділянці нориці.
2. Виконується збір анамнезу, загальне фізикальне обстеження хворого з обов'язковою, пальпацією пухлини та регіонарних лімфовузлів, зішкріб з пухлини для цитологічного дослідження біоптату. Для виключення метастатичного враження – необхідне рентгенологічне обстеження органів грудної клітини та сонографія органів черевної порожнини.

Задача № 6.

У чоловіка 35 років на шкірі волосяної частини голови 3 роки тому діагностовано атерому, яка повільно збільшувалась в розмірі. Під час дорожньої пригоди хворий отримав травму атероми, внаслідок чого вміст її вийшов за межі капсули. Проте в подальшому раневий отвір не заживав протягом 6 місяців і основа його ущільнилась. Що насторожує в клініці захворювання? Методи дослідження.

Відповідь:

1. Клініка свідчить про малігнізацію атероми голови.
2. Виконується збір анамнезу, загальне фізикальне обстеження хворого з обов'язковою, пальпацією пухлини та регіонарних лімфовузлів, інцизійна біопсія з гістологічним дослідженням біоптату. Для виключення метастатичного враження – необхідне рентгенологічне обстеження органів грудної клітини та сонографія органів черевної порожнини.

Задача № 7.

До хірурга звернувся чоловік 25 років із скаргами на пухлину в лівій пахвовій ділянці і наявність темної вродженої плями на ділянці лопатки. Пляма на лопатці існує від дня народження, але за останні півроку помітно збільшилась. Пухлина в лівій пахвовій ділянці з'явилась два тижні тому і складається з кількох небільсних вузлів. Шкіра над ними не змінена. Попередній діагноз. План обстеження. План лікування.

Відповідь:

1. Меланома шкіри тулуба з метастазами в пахвові лімфовузли.
2. Ізотопне дослідження пігментного утворення в ділянці лопатки, рентгенограма легень, УЗД ОЧП.

Широке висічення пігментної плями в ділянці лопатки та лімфаденектомія лівої пахвової ділянки.

Задача № 8.

Жінка 48 років скаржиться на наявність припухлості темного кольору в ділянці підошовної поверхні правої стопи. Об'єктивно: на ділянці зводу підошовної поверхні правої стопи - пігментне утворення розміром 1x2 см, що виступає над рівнем поверхні шкіри на 1-2 мм, вкрите кров'янистою кіркою. Регіонарні лімфовузли не збільшені. План обстеження. Діагноз. План лікування

Відповідь:

1. Дослідження мазку-відбитка, ізотопне дослідження з фосфором.
2. Меланома шкіри стопи.
3. Широке висічення пухлини під загальним знеболенням з пластикою дефекта шкіри.

Задача № 9.

Хвора 52 років тривалий час страждає хронічним колітом, знаходиться під наглядом гастроентеролога. Під час чергового обстеження при ірігоскопії виявлено дефект наповнення в печінковому куті товстої кишки і поставлено діагноз: рак печінкового кута товстої кишки без явища стенозування. Аналіз крові: Ер.- $4,5 \times 10^{12}/л$, Л- $6,2 \times 10^9/л$, ШОЕ -12 мм/год. Тактика лікаря: чи потрібно додаткове обстеження для уточнення діагнозу? Якщо діагноз підтвердився, якому методу лікування слід віддати перевагу: хірургічному чи променевому, хіміотерапевтичному?

Відповідь:

1. Необхідна фіброколоноскопія, рентгенографічне обстеження ОГК, сонографія органів черевної порожнини.
2. Хірургічний метод дозволяє сподіватись на радикальне вилікування, променева терапія менш ефективна через виражену рухомість цього відділу товстої кишки. Хіміотерапія доцільна після операції.

Задача № 10.

До лікаря-терапевта звернулась хвора 65 років зі скаргами на загальну неміч, періодичні памороки. Кілька разів відмічала, що випорожнення в неї темного

кольору, іноді з домішками крові. Апетит знижений. Об'єктивно: шкіряні покрови бліді. Живіт симетричний, незначно здутий, болючий в епігастральній ділянці і правій половині. Печінка і селезінка не збільшені. Сечовиділення не порушене, виділень із піхви немає, А/Д-120/60 мм.рт.ст. Аналіз крові: Ер- $20 \times 10^{12}/л$, Л- $3,8 \times 10^9/л$, ШОЕ - 24 мм/год. Рентгеноскопія органів грудної клітини: без відхилень від норми. Попередній діагноз. З чим слід диференціювати? Які додаткові дослідження слід провести? Який лікар і де повинен дообстежити?

Відповідь:

1. Пухлина шлунково-кишкового тракту, що ускладнилась кровотечею.
2. Виразка та пухлина шлунка та товстого кишечника, виразковий коліт.
3. Рентгеноскопія шлунка та кишечника, ірігоскопія, езофагогастродуоденоскопія, колоноскопія, дослідження системи згортання крові.
4. Оскільки у хворої явища вираженої анемії, доцільніше стаціонарне обстеження в хірургічному стаціонарі. При необхідності – показано хірургічне лікування.

VIII. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА:

а). Навчальна.

1. Онкологія За ред. Б.Т. Білинського, Ю.М. Стернюка, Я.В. Шпарика. – Львів: Медицина світу, 1998. – 272 с.
2. Черенков В.Г. Клиническая онкология: Руководство для студентов и врачей. М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1999. – 384 с.

б). Наукова.

1. Онкология 2000 // Тезисы II съезда онкологов стран СНГ. Украина, Киев 23-26 мая 2000 г.
2. Справочник по онкологии / Под ред. акад. РАМН Н.Н. Трапезникова и проф. И.В. Поддубной. – М., 1996. – 624 с.
3. Стандартизованные методики лучевой терапии злокачественных опухолей отдельных локализаций: Учебное пособие. – Киев, 1993 (МЗО України. Київський НІУВ).

в). Методична.

В.Є. Мілерян. Методичні основи підготовки і проведення навчальних занять в медичних вузах (методичний посібник): - Київ, "Хрещатик". – 2003. – 80 с.

Матеріали післяаудиторної самостійної роботи.

Тематика УДРС:

Вивчення показників захворюваності та смертності на рак органів сечової системи в 2002 році в Полтавській області.

Тематика НДРС:

Вивчення можливої залежності збільшення рівня захворюваності на рак органів сечової системи в Полтавській області від забруднення зовнішнього середовища ртуттю.

Методична розробка переглянута і затверджена на засіданні кафедри протокол № 2 від 07.09.1998 року.

Зав. кафедрою д.м.н., професор

Баштан В.П.