

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
УКРАЇНСЬКА 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 СТУДЕНТІВ  
VI курсу медичного факультету  
УЧБОВИЙ ПРЕДМЕТ: ОНКОЛОГІЯ**

**ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ:  
"Сучасні методи  
лікування пухлинних захворювань"**

**Методичну розробку підготувала:  
к. мед. н., доц. Кравцова А.П.**

**Полтава – 2018.**

# **Тема: "Методи лікування в онкології".**

**Кількість годин:** 2 навчальні години.

## **1. Актуальність теми.**

Сучасна терапія злоякісних пухлин складна. Вона вимагає не тільки знань та практичних навичок, а також відповідної апаратури.

Онкологічні захворювання потребують комбінованого або комплексного лікування, яке складається з хірургічного, променевого або хіміотерапевтичного компонентів. Можливо також використання гормонів та імунотерапії.

Тому зрозуміло, що онкологічні хворі повинні лікуватися тільки в онкологічних закладах. Хворі, яким через різні обставини було проведено оперативне втручання в медичних закладах іншого профілю, повинні бути переведені в онкологічну установу для закінчення терапії.

Але, насамперед, студенти 6 курсу повинні знати, що кожний онкологічний хворий потребує строго індивідуального лікування в залежності від особливостей пухлинного процесу, а також від загального стану здоров'я.

## **2. Навчальні цілі.**

### **1. Знати (а – II):**

1. Хірургічні методи лікування.
2. Променеву терапію, її ускладнення, променеві реакції та пошкодження.
3. Хіміотерапію.
4. Гормонотерапію.
5. Комбіноване лікування.
6. Комплексне лікування.
7. Поєднане лікування.
8. Імунотерапія.
9. Радикальне та паліативне лікування.
10. Поняття абластика та антибластика.
11. Симптоматичне лікування.
12. Відновне лікування.
13. Реабілітацію онкологічних хворих.

### **2. Вміти (а – III):**

1. Визначити загальний план лікування у онкологічного хворого.
2. Визначити показники для проведення променевої та хіміотерапії.
3. Визначити протипоказання для проведення променевої та хіміотерапії.
4. Скласти план реабілітаційних міроприємств у онкологічного хворого.

### **Практичні навички по темі:**

1. Асистування та присутність при виконанні онкологічних втручань;
2. В/м та в/в введення протипухлинних препаратів;

3. Надання допомоги хворим, які потребують симптоматичного лікування на випадок кровотечі, важкого болю, порушень ССС та дихання.
4. Рекомендації онкохворим, щодо виконання лікувальної гімнастики.
5. Рекомендації онкологічним хворим, щодо раціонального харчування.
6. Парацетез.

**Матеріали доаудиторної самостійної роботи.**  
**(базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми)**

Дисципліни	Знати	Вміти
Анатомія	Анатомію органів (кровопостачання, лімфатичну систему)	Вміти правильно розуміти етіологію захворювання, патогенетичні клінічні прояви і профілактичні міроприємства.
Патологічна анатомія	Гістологічну структуру пухлин, особливості пухлинного росту.	
Загальна фізіологія	Фізіологічні процеси організму.	
Патологічна фізіологія	Патологію функцій ендокринної, імунної та інших систем організму.	
Біологічна хімія	Ферментативні порушення організму і, насамперед, норми протікання біохімічних процесів.	
Терапія	Методи загального обстеження хворих.	
Фармакологія	Групи протипухлинних препаратів та механізми їх дії на організм.	
Загальна хірургія	Принципи хірургічного лікування.	

### 3.2. Зміст теми

Студентам 6 курсу слід повторити, що основними методами лікування онкологічних хворих є хірургічний, променевий, хіміотерапевтичний методи, гормонотерапія та імунотерапія. Найчастіше використовуються комбінації або поєднання цих методів з метою їх дії, як на первинну пухлину, так і на її можливі макро- чи мікрометастази.

– **Комбінований метод** передбачає застосування двох різних за характером методів, спрямованих на місцево – регіонарні вогнища (найчастіше це послідовне застосування хірургічного, променевого та хіміотерапевтичного методів лікування).

– **Поєднані методи** лікування полягають у використанні двох однорідних за біологічною дією методів лікування, наприклад, поєднання дистанційної променевої терапії з внутрішньопорожнинною або близькофокусною рентгено-терапією.

– **Комплексні методи** лікування передбачають застосування в тій чи іншій послідовності декількох різних лікувальних методів, що мають неоднакову місцеву та загальну дію на організм (наприклад, передопераційний курс променевої терапії + оперативне втручання + хіміотерапія). Під час комплексного лікування в доповнення до трьох основних методів лікування застосовують також гормональну терапію та засоби, що впливають на імунну систему організму.

Необхідним елементом планування лікування онкологічного хворого є достовірний розгорнутий діагноз, який включає в себе:

- морфологічне підтвердження злоякісного характеру захворювання (гістологічне або цитологічне),
- локалізацію пухлини в ураженому органі,
- форму росту пухлини,
- гістологічну структуру пухлини, ступінь диференціювання,
- ступінь місцевого й загального розповсюдження пухлини (стадія),
- оцінку загального стану хворого (фонові і супутні захворювання).

### **Хірургічне лікування**

• **Радикальні операції** передбачають не тільки видалення ураженого пухлиною органу чи його частини, але й одночасне видалення одним блоком регіонарних лімфатичних вузлів (лімфаденектомія).

• **Комбінованими операціями** є хірургічні втручання, при яких у блок тканин і органів, що видаляються разом з регіонарним лімфатичним апаратом включають також сусідні органи або їх частини, втягнуті в пухлинний процес.

• **Розширеними операціями** вважають хірургічні втручання, коли стандартний об'єм тканин, що видаляються, збільшується за рахунок сусідніх органів в одному блоці з регіонарними лімфовузлами 2 – 3 етапу метастазування.

• **Паліативні операції.** Крім радикальних операцій, під час яких пухлина видаляється в межах здорових тканин, в онкології застосовуються і паліативні оперативні втручання, внаслідок яких частина пухлини або навіть вся пухлина залишається, а операція спрямована лише на полегшення умов існування організму і тих важких симптомів, які викликає ця пухлина.

Хірургічні втручання виконуються з допомогою скальпеля, електроножа, променем лазера, методом кріодеструкції. Розглядаючи роль хірургічного методу в плані комбінованого лікування злоякісних пухлин, важливо підкреслити розвиток **реабілітаційних операцій** – пластичних, косметичних, відновних.

Таким чином, хірургічний метод до останнього часу займає чільне місце в клінічній онкології, його застосування показане при злоякісних пухлинах різ-

них локалізацій. Самостійно хірургічний метод може бути застосований лише при ранніх формах (I-II стадії захворювання). При більш розповсюджених стадіях захворювання, особливо при наявності регіонарних метастазів, хірургічна операція є важливим компонентом комплексного лікування.

- **Органозберігаючі операції.**

Виконуються лише в останні роки. Вони можливі у випадках початкової стадії розповсюдження пухлини. Наприклад, при раці молочної залози, що локалізується у верхньо – зовнішньому квадранті молочної залози і має розмір більше 2,5см можливо виконання органозберігаючої операції квадрантectoмія та лімфаденектомія.

### ***Променева терапія.***

Променева терапія може застосовуватись як метод радикального лікування в доповнення до хірургічного втручання або хіміотерапії, а також із паліативною метою. Найчастіше використовують:

- **гамма-випромінювання** радіоактивного кобальту ( $\text{Co}^{60}$ ) в апаратах “Луч”, “Рокус”, “Агат”;
- **рентгенівське випромінювання**, зокрема, близькофокусну рентгено-терапію;
- **високоенергетичне гальмове й електронне випромінювання** лінійних та циклічних прискорювачів з енергією від 2 до 40 MeV;
- **випромінювання деяких штучних радіоактивних ізотопів** – іридію ( $\text{Ir}^{192}$ ), цезію ( $\text{Cs}^{137}$ ), золота ( $\text{Au}^{198}$ ), фосфору ( $\text{P}^{32}$ ) та ін.

В наш час при проведенні променевої терапії у комбінації з хірургічним лікуванням використовують опромінювання пухлин:

- **зовнішнє дистанційне;**
- **контактне внутрішньопорожнинне;**
- **внутрішньотканинне;**
- **поєднане променеве лікування.**

Під час планування променевого лікування обов’язково дотримання двох основних правил:

- 1) зональності, тобто опромінювання первинної пухлини разом із ділянками регіонарного відтоку лімфи;
- 2) необхідності створення в зоні ураження максимальних доз при мінімальному променевому навантаженні на оточуючі органи й тканини.

### **Методи променевої терапії:**

- ***Самостійний метод променевої терапії*** передбачає повне руйнування пухлини.

- ***Передопераційна променева терапія*** спрямована на повне пошкодження найзлостейших проліферуючих пухлинних клітин, зниження репродуктивної й імплантаційної здатності сублетально пошкоджених клітин, регресію мікродисемінантів пухлини за межами первинного вогнища, створення більш абластичних умов для виконання операції. Передопераційна променева терапія показана при пухлинах, що мають високий темп росту і потенцію до рецидиву-

вання та лімфогенного метастазування, а також при розповсюджених пухлинних процесах.

- **Післяопераційна променева терапія** розглядається як засіб “стерилізації” операційного поля й впливу на зони можливого субклінічного розповсюдження пухлини, недосяжні для хірургічного втручання. Післяопераційна променева терапія показана при неповному видаленні або невпевненості в радикальному видаленні пухлини або метастазів, а також у всіх випадках, коли мало місце порушення правил абластики під час операції.

- **Паліативна променева терапія** застосовується з метою покращення клінічної ситуації у хворого, якому через розповсюдженість пухлини або наявність загальних протипоказань неможливо виконати радикальне лікування.

Під час променевого лікування, як метод радикальної терапії, найчастіше застосовується класичне **фракціювання дози** (2Гр за сеанс); сумарні вогнищеві дози дорівнюють 60-70 Гр. Збільшення пошкоджуючого впливу на пухлину й збереження репаративних властивостей тканин, що оточують пухлину, досягаються **опромінюванням за розщепленим курсом**, під час якого після дози 30-35Гр роблять 2 – 3 тижневу перерву в лікуванні, що дає змогу збільшити сумарну вогнищеву дозу на 15%.

**Передопераційна променева терапія** застосовується найчастіше у двох варіантах:

- 1) **опромінювання звичайними фракціями** – щоденне опромінювання по 2Гр, сумарно до 40 – 45Гр;
- 2) **опромінювання великими фракціями** – щоденне опромінювання по 4-5Гр, сумарно до 20 – 30Гр у продовж 4 – 5 днів лікування, що за біологічним ефектом еквівалентне 30 – 40Гр при звичайному фракціюванні.

**Післяопераційне опромінювання** починають через 2 – 3 тижні після операції після відновлення загального стану й загоєння рани.

**Близькофокусну рентгенотерапію** використовують тільки при поверхнево розташованих пухлинах (шкіра, слизова оболонка).

Підвести дозу до вогнища не завжди просто, особливо якщо пухлина розташована в глибині і за своїм характером є відносно резистентна до променевої терапії. Але в розпорядженні променевих терапевтів у даний час існує багато засобів і методів, які дають змогу підвести оптимальну дозу з максимальним щадінням оточуючих тканин і запобігати місцевих і загальних променевих ускладнень (апарати з потужним пучком жорсткого випромінювання; метод ротації та багатопільного опромінювання; інтенсивно-концентраційна методика).

Студенти 6 курсу, а також майбутні сімейні лікарі повинні знати не тільки особливості, показники та протипоказання до променевої терапії, но також і ускладнення, променевої реакції та пошкодження. Вони можуть бути місцевими та загальними. Променеві реакції можуть виникати на шкірі, слизових оболонках порожнини рота, стравоходу, сечового міхура, прямої кишки та інше. Для лікування цих пошкоджень використовують мазі, креми, масла.

До загальних променевих пошкоджень відносять порушення ЦНС, кровотворення, ШКТ. Променеві пошкодження можуть носити характер атрофічного чи гіпертрофічного дерматиту, індуративного набрякання, фіброзу, променевої

язви, ректіту, циститу, пневмосклерозу, перикардиту та інше. Променеві пошкодження потребують спеціального лікування.

### ***Хіміотерапія.***

Хіміотерапія злоякісних пухлин передбачає застосування лікарських засобів природного або синтетичного походження з метою незворотного пошкодження проліферації злоякісних пухлин. Оскільки основною ознакою протипухлинних препаратів є їх антимітотична дія (здатність порушувати розмноження клітин) вони отримали назву цитостатиків. Застосовується більше 50 хіміопрепаратів, здатних впливати на пухлину і викликати стабілізацію росту або навіть викликати її регресію. Студенти 6 курсу медичних ВУЗів, повинні знати сучасну класифікацію протипухлинних препаратів, яка представлена 7 групами:

#### **I. Алкілюючі агенти:**

- а) хлоретиламіни – ембіхін, карілизин, новембихіл, нитромін, лейкеран (хлорбутин), сарколізін, мелфалан, дегранол, ендоксан (циклофосфан, цитоксан), іфосфамід (голоксан), проспідин, спиразидин, спиробромін.
- б) етиленіміни – фторбензотеф, тио-теф, дипин, іміфос.
- в) похідні метансульфонової кислоти – міелосан (Busulphan, Myleran), мієлобромол.

**II. Антиметаболіти:** аметоптерін (метотрексат), меркаптопурін (пурінетол), фторурацил, фторафур, цитозинарабінозид (цитозар, циторабін, алексан), цитембена, гексаметилмеланін, тиогуанін (Lanvis, Tabloid), імідазол – карбоксамід (Dacarbazine, DTIC, DIC, Дитисен).

**III. Протипухлинні антибіотики:** дауноміцин, рубоміцин, брунеоміцин, карміноміцин, адриаміцин (доксорубіцин) та інші.

**IV. Препарати рослинного походження:** вінкристин (онковін), вінбластин (розовін), колхамін, віндезін та інші.

#### **V. Збірна група:**

- 1. ферменти – L-аспарагіназа, PEG-L-аспарагіназа.
- 2. похідні платини – цисплатин, DDP, CDDP, карбоплатин.
- 3. похідні мочевины – гідроксимочевина, нітрозометилмочевина, араноза, кармустин, ломустин та інші.
- 4. прокарбазини – натулан.

**VI. Гормоноцитостатики** – естрацит, стерецит.

#### **VII. Гормони:**

- 1. Естрогени – діетилстильбестрол, етинил естрадіол, естрадурин.
- 2. Антиестрогени – тестостерона пропіонат, метилтестостерон та інші.
- 3. Андрогени – флютамід, андрокур.
- 4. Прогестини – оксіпрогестеронкапронат, медроксіпрогестерон ацетат, депостат, мегестрол.
- 5. Кортикостероїди – кортизон, преднізолон, дексаметазон, полькортолон, гідрокортизон.
- 6. Препарати класу LH-RH-агоністи лютеїнізуючого гормону – рилізінг гормону – Zoladex, супрефакт, Leuprolide та інші.

При лікуванні одним хіміопрепаратом, мова йде про монохіміотерапію. Однак, експериментальні дані вказують на те, що різні хіміопрепарати діють на ракову

клітину в різні фази мітотичного циклу. На цьому ґрунтується методика **поліхіміотерапії** – одночасного застосування декількох препаратів за такими принципами:

- 1) препарати, що входять до схеми поліхіміотерапії, належать до різних груп протипухлинних засобів і мають різний механізм дії;
- 2) кожен із препаратів, що входить до схеми, повинен бути ефективним для даної пухлини;
- 3) сумарна токсична доза препаратів не повинна перевищувати токсичності кожного з них.

За результатами застосування цитостатичних засобів окремо (монохіміотерапія) або в поєднанні один з одним (поліхіміотерапія) злоякісні новоутворення розділяють умовно на 4 групи:

**А. Пухлини, які можуть бути вилікувані за допомогою тільки хіміотерапії.**

**Тип пухлин**

Пухлини трофобласта:

1. При локальних процесах – 90
2. При дисемінованих – до 60
3. Гостра лімфобластна лейкемія – 75
4. Хвороба Годжкіна – 80
5. Неходжкінські лімфоми (діти) – 60
6. Дифузна гістіоцитарна лімфома – 50
7. Лімфома Беркіта – 50
8. Пухлини яєчка – 90

**Б. Пухлини, які виліковуються за допомогою ад'ювантної хіміотерапії.**

**Тип пухлин**

1. Пухлина Вільямса – 65
2. Остеогенна саркома – 65
3. Рабдоміосаркома – 70

**В. Пухлини, при яких вдається отримати повну регресію і збільшити тривалість життя хворих за допомогою хіміотерапії.**

1. Рак грудної залози
2. Дрібноклітинний рак легенів
3. Гостра мієлобластна лейкемія
4. Неходжкінські лімфоми
5. Рак простати
6. Волосатоклітинна лейкемія
7. Хронічна гранулоцитарна лейкемія

**Г. Пухлини, при яких вдається отримати повну та часткову регресію, з помірним збільшенням тривалості життя хворих.**

1. Множинна мієлома
2. Рак яєчників
3. Ендоетріальна карцинома



4. Нейробластома
5. Рак товстої кишки
6. Рак печінки

**Д. Пухлини, які дають мінімальну відповідь на стандартну хіміотерапію без збільшення тривалості життя хворих.**

1. Недрібноклітинні форми раку легені.
2. Пухлини голови та шиї
3. Рак шлунку
4. Рак підшлункової залози
5. Рак шийки матки
6. Меланобластома шкіри
7. Пухлини кори наднирників
8. Саркома м'яких тканин.

**За шляхами введення хіміотерапія поділяється на:**

**1) системну (загальнорезорбтивну)** – застосовується перорально, внутрішньовенно, внутрішньом'язово та інше;

**2) селективну регіонарну (місцеву)** – застосовується внутрішньоартеріально, ендолімфатично шляхом катетеризації привідних судин, в/черевну.

Вибір способу цитостатичного лікування кожного конкретного хворого є індивідуальним і ґрунтується на дитальній характеристиці патологічного процесу, його чутливості до препаратів, характеристиці препарату або їх комбінацій, оцінки загального стану хворого.

Важливою передумовою високої ефективності та звернення до мінімуму побічної дії протипухлинних препаратів є врахування факторів, які вимагають проведення корекції разової дози цитостатиків. Це стосується, насамперед, показників гемопоєзу, функціонального стану нирок та печінки.

**Ад'ювантна хіміотерапія** передбачає застосування цитостатичних препаратів після радикального хірургічного лікування, з метою ліквідації мікрометастазів злоякісної пухлини, які залишилися після радикальної операції.

**Неоад'ювантна хіміотерапія.** Спосіб лікування онкологічних хворих, переважно на стадіях локально – регіонального поширення патологічного процесу, коли на першому етапі застосовується цитостатична терапія. Згідно з рекомендаціями експертів ВОЗ, розрізняють 4 ступені об'єктивного ефекту при хіміотерапії солідних форм злоякісних пухлин:

1. Повна регресія – зникнення усіх об'єктивно – зареєстрованих уражень.
2. Часткова регресія – зменшення розмірів усіх або окремих (за умови відсутності прогресування інших) об'єктивно зареєстрованих вогнищ на 50% та більше.
3. стабілізація – зменшення розмірів усіх або окремих вогнищ патологічного процесу, менш ніж на 50%, при відсутності нових уражень.
4. Прогресування – збільшення розмірів усіх або окремих вогнищ патологічного процесу на 25% та більше або поява нових уражень.

### Токсична дія хіміопрепаратів.

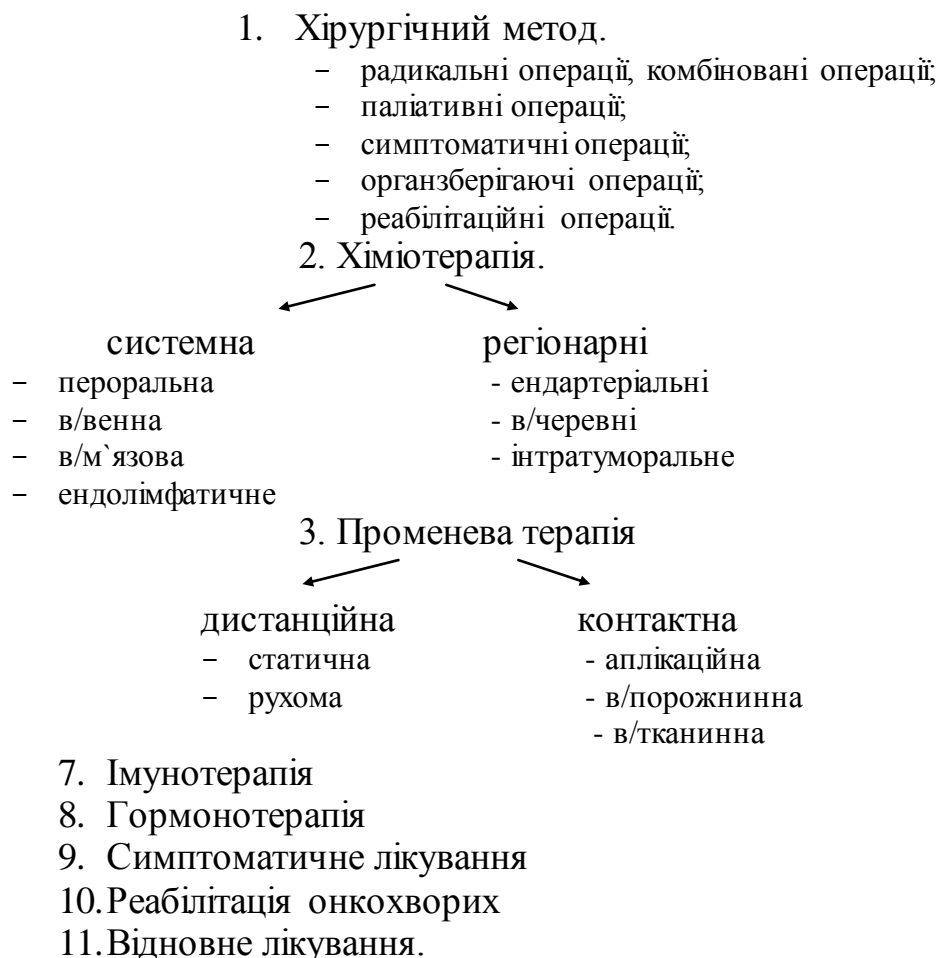
Можлива місцевопоздражняюча дія: токсичні дерматити, запальні інфільтрати, некрози жирової клітковини, флебіти, тромбофлебії, цистити, серозити та інше.

Системна токсична дія цитостатиків складається, насамперед, з мієлодепресії (лейкопенія, тромбоцитопенія), анемія, гіпоплазія та аплазія кісткового мозку. Останні 2 ускладнення є смертельно небезпечними для хворих. На другому місці є диспептичний синдром, анорексія, нудота, блювота, діарея, пошкодження епітелію травного каналу – афтозний стоматит, езофагіт, виразково – некротичні зміни.

Деякі препарати викликають алопецію. Нейротоксична дія спостерігається при лікуванні вінкристином; кардіотоксична дія притаманна доксірубіцину, карміноміцину; легенева токсичність – блеоміцину; гепатотоксична – циклофосфану, антиметаболітам; нефротоксична – метотрексату.

Знання цих ускладнень, профілактика їх та своєчасне лікування мають велике значення у покращенні якості життя онкологічних хворих і це основна задача, яку повинні використовувати як лікарі онкологи, так і сімейні лікарі, які спостерігають хворих у їх подальшому житті після закінчення основного етапу лікування.

### Граф логічної структури по темі: "Методи лікування у онкології"



### 1.3. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

#### **а). Навчальна.**

1. Онкология. Под ред. Б. Т. Белинского, Ю. М. Стернюка, Я. В. Шпарика. – Львів: Медицина світу, 1998. – 272 с.
2. Стандарти обстеження та лікування хворих на злоякісні новоутворення основних локалізацій., м. Київ, П.І. Олійниченко.
3. Комбинированное и комплексное лечение больных злокачественными опухолями., Под ред. В.І. Чисова, м. Москва, 1989р. 560с.
4. Симптоматическое лечение при злокачественных новообразованиях, М. Л. Гершанович, М., Медицина, 1986р., 288с.
5. Клиническая онкология: Руководство для студентов и врачей. Черенков В.Г. 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. Стандартизованые методики лучевой терапии злокачественных опухолей отдельных локализаций: Учебное пособие. – Киев, 1993 (МЗО Украины. Киевский НИУВ).

#### **в). Методична.**

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

### **3.5. Матеріали для самоконтролю.**

#### **А. Питання для самоконтролю.**

1. Основні принципи лікування онкологічних хворих.
2. Різновиди хіміотерапії.
3. Показання до променевої терапії.
4. Лікування ускладнень променевої та хіміотерапії.
5. Симптоматичне лікування хворих.

#### **Б. Тести вихідного рівня знань**

##### **по темі: "Методи діагностики злоякісних утворень".**

**I.** До якої фармакологічної групи належить метотрексат?

- а) антибіотики;
- б) антациди;
- в) інгібітори ароматази;
- г) антиметаболіти;

**II.** Як розраховується доза цитостатиків?

- а) за вагою людини;
- б) за площею поверхні тіла;
- в) по росту людини;
- г) написано на упаковці;

**III.** До якого виду операцій відноситься гастроентероанастомоз при раці шлунку і не видаленій пухлині.

- а) симптоматична;
- б) паліативна;
- в) комбінована;
- г) радикальна;

**IV.** Який різновид променевої терапії використовується при лікуванні раку шкіри?

- б) дистанційна;
- в) близькофокусна рентген – терапія;
- г) аплікаційна терапія;
- д) напівглибока рентген – терапія.

**V.** При неефективності хіміотерапії раку яєчників, молочної залози послідуєчим препаратом вибору є:

- а) вепезид;
- б) метотрексат;
- в) циклофосфамід;
- г) тіофосфамід;
- д) таксол.

**VI.** Ефективність дії таксола (паклітаксела) зв'язана:

- а) з “паралічем” мікротрубочек на час митозу;
- б) з активацією фази митозу;
- в) із лизисом мітохондрій;
- г) з подавленням ендоплазматичних рецепторів;
- д) з подавленням захисних рецепторів.

**VII.** Для боротьби з кахексією та анорексією у термінальній стадії пухлинного процесу (при відсутності непрохідності), а також з ціллю покращення якості життя найбільш ефективно застосування:

- а) парентеральне введення розчинів глюкози з інсуліном;
- б) парентеральне введення білкових замінників;
- в) таблеток МЕГАЦЕ;
- г) бефунгіну (препарат березового гриба);
- д) зондового харчування.

**VIII.** Злоякісна пухлина ШЗ має тропність до накопичення радіофармпрепаратів:

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

**IX.** Який вид хіміотерапії найбільш ефективний при канцероматозі очеревини?

- а) системна;
- б) системна та в/черевна;
- в) ендолімфатична;
- г) ендартеріальна;

**X.** Як називається поєднання хірургічного, хіміотерапевтичного та променевого методів лікування?

- а) комбіноване;
- б) паліативне;
- в) комплексне;
- г) поєднане;

**Правильні відповіді:**

**I. д. II. а, б. III. а. IV. в. V. г. VI. а. VII. в. VIII. д. IX. б. X. в.**

## **В. Ситуаційні задачі для самоконтролю.**

### **Задача № 1.**

Хворий К., 62р., звернувся за медичною допомогою зі скаргами на нудоту, блювоту вжитою їжею. При обстеженні встановлено діагноз: Рак шлунка, T4N1M1, стеноз. При лапаротомії виявлено пухлину шлунка, що проростає стінку, канцероматоз очеревини. Враховуючи стеноз, виконано гастроентеростомію. Яке подальше лікування хворого? До якого різновиду хірургічних втручань належить ця операція? Хто повинен займатися подальшим лікуванням?

#### **Відповідь:**

1. симптоматичне;
2. симптоматична;
3. лікарі загальної практики.

### **Задача № 2.**

Хвора С., 56 р., госпіталізована у гінекологічне відділення онкодиспансеру із діагнозом: Рак шийки матки. T2N0M0. Гістологія: плоскоклітинний ороговіваючий рак шийки матки. Яке лікування показано хворій? Це радикальне лікування?

#### **Відповідь:**

1. поєднано – променева терапія.
2. да.

### **Задача № 3.**

Хвора К., 53 р., госпіталізована в ургентне гінекологічне відділення з діагнозом: Фіброміома матки великих розмірів, маткова кровотеча. Консервативна терапія ефекту не дала. Наростала анемія. Хвора була прооперована в ургентному порядку, виконана надпівхова ампутація матки з придатками. Гістологія після операції: Аденокарцінома ендометрію. Цитологічне обстеження шийки матки та цервікального каналу виявило клітини раку. Яка подальша лікарська тактика? Де повинна хвора продовжувати лікування? Яке лікування потрібно рекомендувати хворій?

#### **Відповідь:**

1. Продовжити лікування хворої.
2. Направити хвору на лікування в онкодиспансер.
3. Комбіноване лікування, радикальна операція та променева терапія.

### **Задача № 4.**

Хвора Д., 68р., госпіталізована в онкодиспансер із діагнозом: Рак яєчників, T3N0M0. Плановим порядком проведено операцію, під час якої виявлено злоякісну пухлину лівих придатків матки з множинними ділянками некрозу та метастази у парієтальну та вісцеральну очеревину, сальник, петлі кишківника, метастази у печінку, асцит. Виконано видалення пухлини лівих придатків матки та часткова резекція сальника по краю пухлини. Після операції була зроблена спроба провести курс хіміотерапії, але стан хворої прогресивно погіршувався,

зростала інтоксикація, асцит, анемія. Яка операція була виконана хворій? Яке лікування та де в подальшому повинно проводитися? Клінічна група?

**Відповідь:**

1. Паліативна.
2. Симптоматичне лікування у лікарні по місцю проживання.
3. Четверта.

#### **Задача № 5.**

Хвора Д., 32р., госпіталізована в ургентне гінекологічне відділення з приступом сильних болей у правій задухвинній ділянці. Установлено діагноз: Кістома правого яєчника з симптомами перекута ніжки. Виконана термінова операція: правостороння аднексектомія. Гістологія після операції – папілярний рак яєчника. Що робити із хворою? Яке лікування показано у подальшому? Де повинно бути проведено це лікування?

**Відповідь:**

1. Продовжити лікування.
2. Комбіноване лікування: радикальна операція та хіміотерапія.
3. Тільки в умовах онкологічного закладу (ОД).

#### **Задача №6.**

В онкологічний диспансер госпіталізований хворий К., 50р., із скаргами на відсутність апетиту, похудіння, збільшення живота у розмірах. В анамнезі переніс вірусний гепатит. При обстеженні установлений діагноз: Рак тіла підшлункової залози, T3N0M1, канцероматоз очеревини, ст.4, асцит. На підставі яких методів обстеження підтверджено цей діагноз? Яке подальше лікування показано цьому хворому? Які причини пізньої діагностики захворювання?

**Відповідь:**

1. УЗД, КТГ, ФГС, лапароскопія з цитологічним дослідженням асциту.
2. Симптоматична.
3. Скритий перебіг захворювання.

#### **Задача № 7.**

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

**Відповідь:**

Гастродуоденоскопія, УЗД, дуоденографія, комп'ютерна томографія.

#### **Задача № 8.**

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 мокроти на АК та ВК, бронхоскопію з біопсією.

### **Задача № 9.**

Жінка 48 років скаржиться на наявність припухлості темного кольору в ділянці підошвенної поверхні правої стопи. Об'єктивно: на ділянці зводу підошвенної поверхні правої стопи - пігментне утворення розміром 1х2 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 № 10.**

Хворий Б., 42р., переведений з інфекційного стаціонару у хірургічне відділення онкодиспансеру з механічною жовтяницею на тлі раку головки п/шлункової залози. Виконане хірургічне втручання – холецистоентеростомія. При ревізії органів черевної порожнини виявлено пухлину головки п/шлункової залози діаметром 3 см, рухому. Віддалених метастазів немає. До якого виду за спрямованістю належить ця операція? яку діагностичну маніпуляцію під час операції повинен виконати хірург? Які подальші методи лікування показані хворому?

#### **Відповідь:**

1. симптоматична;
2. пункція пухлини для верифікації пухлини;
3. радикальна операція – панкреатодуоденальна резекція + поліхіміотерапія.

## **5. Матеріали післяаудиторної самостійної роботи.**

### **Тематика УДРС:**

Вивчення показників захворюваності та смертності на рак в 2002 - 2003 рр. у Полтавській області.

### **Тематика НДРС:**

Вивчення можливої залежності збільшення рівня захворюваності на рак у Полтавській області від забруднення зовнішнього середовища.

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

**Зав. кафедри д.м.н., професор**

**Баштан В.П.**