

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

КАФЕДРА ОНКОЛОГІЇ



Затверджено на методичній нараді
“ _____ ” _____ 2018р.

Протокол № _____
Завідувач кафедри онкології
д.мед.н., проф. Баштан

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ І ІНТЕРНІВ
ЗА ФАХОМ „ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА-СІМЕЙНА МЕДИЦИНА”**

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ:
**«Обстеження онкологічних хворих у поліклініках
загальної лікувальної мережі».**

НАВЧАЛЬНИЙ ПРЕДМЕТ: ОНКОЛОГІЯ

Методичну розробку підготував
д.мед.н., проф. П.В. Шелешко.

Полтава – 2018

Тема: «Обстеження онкологічних хворих у поліклініках загальної лікувальної мережі».

Кількість годин: 2 навчальних годин.

I. Актуальність теми.

Державна система онкологічної служби існує з 1945. Однак онкологічну допомогу неможливо розглядати ізольовано від загальної лікувальної мережі, з якою вона органічно зв'язана, особливо в справі профілактики та своєчасної діагностики пухлин. Цей взаємозв'язок, у першу чергу, відноситься до поліклінік загальної лікувальної мережі, до онкологічних кабінетів і відділень, які є первинною ланкою системи спеціалізованої онкологічної допомоги. Заставою ефективності онкологічної допомоги в поліклініках повинна бути збалансованість і наступність роботи лікарів загальної лікувальної мережі й онкологів.

Варто пам'ятати, що основна маса онкологічних хворих із самого початку хвороби звертається не до онколога, а до лікарів загальної лікувальної мережі. Доля онкологічного хворого значною мірою залежить від того лікаря, до якого він вперше звернувся.

II. Навчальні цілі:

Знати (а – II):

1. Функціональні обов'язки онкологічних кабінетів і відділень поліклініки загальної лікувальної мережі.
2. Організацію протиракових заходів, які проводяться різними фахівцями поліклінік.
3. Правила обліку онкологічних хворих у поліклініках.
4. Диспансерне спостереження за онкологічними хворими.
5. Амбулаторне обстеження.
6. Проведення профілактичних оглядів лікарями поліклінік (поточні профілактичні огляди).
7. Функціональні обов'язки оглядових кабінетів.
8. Організація санітарно – просвітньої роботи, в плані протиракової боротьби.

Уміти (а – III):

1. Розподілити первинних хворих з онкологічною патологією по відповідних клінічних групах.
2. Скласти план обстеження хворого, що можна провести в поліклінічних умовах.
3. Заповнити відповідну медичну документацію.
4. Вирішити питання про необхідність госпіталізації хворого для підтвердження діагнозу.
5. Разом з викладачем дати висновок лікуючому лікареві, що направив хворого для підтвердження діагнозу.

Практичні навички по темі:

1. зовнішній огляд хворого, з виявленням можливої онкологічної патології;
2. анамнез, з можливою наявністю у хворого «синдрому малих ознак»;
3. пальпація периферичних лімфатичних вузлів, молочних залоз, щитовидної залози;
4. ректальне обстеження, бімануальне піхвове дослідження, узяття матеріалу для цитологічного дослідження;
5. заповнення відповідної медичної документації.

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

Дисципліни	Знати	Уміти
Анатомія	Анатомію органів (кровопостачання, лімфатичну систему)	Уміти правильно розуміти етіологію захворювання, патогенетичні клінічні прояви і профілактичні заходи.
Патологічна анатомія	Гістологічну структуру пухлин, особливості пухлинного росту.	
Загальна фізіологія	Фізіологічні процеси організму.	
Патологічна фізіологія	Патологія протікання 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 і механізми їхньої дії на організм.	
Хірургія	Доброякісні та передпухлинні захворювання різних локалізацій.	
Акушерство і гінекологія		

Зміст теми:

Лікування злоякісних новоутворень (хірургічне, променеве, хіміотерапевтичне, комбіноване, комплексне) проводиться в стаціонарах онкологічних диспансерів. До і після лікування хворі знаходяться в сфері компетенції онколога поліклініки, який адміністративно підлеглий головному лікарю поліклініки, а в організаційно-методичному плані головному лікарю онкологічного диспансеру.

Основним функціональним обов'язком онкологічного кабінету є проведення протиракових заходів, організованих загальною лікувальною мережею, облік онкологічних хворих, спостереження за ними, амбулаторне обстеження. Онкологу поліклініки дано в обов'язок первинний та консультативний прийом хворих, що звертаються з підозрою на злоякісну пухлину. Онколог організує госпіталізацію хворих, які очікують встановлення правильного діагнозу.

Онколог організує і здійснює керівництво проведення профілактичних оглядів населення силами працівників лікувально – профілактичних установ.

Особливо важлива взаємодія онколога з лікарями поліклініки для своєчасної діагностики злоякісних новоутворів, диспансерного спостереження хворих з передраковими захворюваннями, диспансерного спостереження за радикально пролікованими, для своєчасної діагностики рецидивів хвороби. А також для надання допомоги хворим із занедбаними пухлинними процесами.

Відповідно до існуючих директивних документів визначені 4 основні групи обліку хворих з онкологічною патологією.

Група І: хворі із захворюванням, підозрілим на злоякісний новотвір. Заглиблене обстеження хворих цієї групи повинно бути організовано не пізніше чим через 10 днів з моменту взяття на диспансерний облік. У відношенні цих хворих зв'язок між дільничним лікарем і онкологом повинна бути постійної. Визначальну роль у зв'язку грає лікар загального профілю. На хворих цієї групи в поліклініці заповнюється звичайна **контрольна карта диспансерного спостереження за формою № 030/У.**

Існує ряд ознак, по яких можна запідозрити наявність пухлини в пацієнта:

1. погіршення або зміна апетиту;
2. немотивоване зхуднення (навіть при збереженому апетиті);
3. зміна голосу;
4. зміна характеру кашлю;
5. прогресуюче відчуття слабкості;
6. порушення стулу;
7. поява стійких болів у грудній клітині або животі (їх зміна або підсилення);
8. кровотечі (хоча б одноразові);
9. неояснене підвищення температури;
10. анемізація;
11. поява дисфагії.

Особливо повинно насторожити лікаря торпидний плин хронічних захворювань внутрішніх органів, постійне наростання їх симптоматики, неефективність проведеної терапії. Не менш важливо фізикальне дослідження хворих. Необхідно звертати

увагу і фіксувати в амбулаторній карті масу тіла хворого. Важливий огляд шкіряних покривів, наявність ділянок ущільнення або виразки, незвичайної пігментації, ступеню тургору шкіри, зменшення підшкірного жирового шару. Обов'язкова пальпація периферичних лімфатичних вузлів: шийних, надключичних, пахових, пахових. Пальпація щитовидної залози, молочних залоз, печінки, усього живота, селезінки, області бруньок.

Група I б: до цієї групи відносять хворих із передпухлинними захворюваннями. Хворі цієї групи знаходяться на обліку в поліклініці у профільних лікарів, у залежності від локалізації. На них заповнюється карта диспансерного спостереження за формою № 030/У. Усі ці хворі підлягають своєчасному лікуванню і наступному диспансерному спостереженню. У цьому полягає зміст вторинної профілактики рака.

II клінічна група. До цієї групи відносяться особи із злоякісними новоутворами, що у результаті застосування сучасних схем лікування можуть бути цілком вилікувані від злоякісних новоутворів, а також особи, у яких може бути досягнута тривала ремісія.

III клінічна група. Сюди відносять хворих підлягаючому радикальному лікуванню. Під радикальним лікуванням варто розуміти застосування сучасних методів лікування пухлинного процесу, спрямованих на повне лікування хворого від пухлини. Варто підкреслити, що хворі III клінічної групи знаходяться на диспансерному обліку в онколога поліклініки. На них заповнюється контрольна карта диспансерного спостереження (форма № 030 – 6/У).

IV клінічна група повинна знаходитися під диспансерним наглядом онкологічного кабінету або відділення в поліклініці за місцем проживання, а також тієї лікувальної установи, де вони одержували лікування (онкологічні диспансери). Хворі III клінічна група – практично вилікувані від злоякісної пухлини. Хворі цієї групи повинні знаходитися під постійним спостереженням сімейного або дільничного лікаря, що активно бере участь у комплексі реабілітаційних заходів. Постійне спостереження за цими хворими сприяє своєчасної діагностики між рецидивом захворювання і супутньою патологією.

IV клінічна група. У цю групу відносять хворих, яким проведення спеціального лікування неможливо, у зв'язку з поширеністю пухлинного процесу. У цю групу можуть включатися як первинні хворі, виявлені з запущеною формою раку, так і хворі з III клінічної групи, яким у зв'язку з генералізацією пухлинного процесу безперспективного подальше проведення протипухлинної терапії.

У наданні медичної допомоги хворим IV клінічної групи ведуча роль належить сімейному лікарю. Однак проводити симптоматичне лікування необхідне при участі онколога. Хворі цієї групи знаходяться на обліку в онколога. Огляд онколога необхідний як по деонтологічним розумінням, так і для вирішення питання про можливість госпіталізації у випадку неможливості надання допомоги вдома або при виниклих показаннях для паліативних операцій (накладення гастростом, необхідних анастомозів і ін.). Консультація онколога необхідна для проведення знеболюючої терапії. Онколог займається оформленням відповідної документації у випадку смерті хворого.

Амбулаторна діагностика пухлин найбільш частих локалізацій у даний час в амбулаторно-поліклінічних умовах рання діагностика злоякісних пухлин внутрішніх локалізацій (зокрема, органів травлення і легень) ще складна. Однак своєчасна діагностика їх можлива, що в першу чергу залежить саме від лікарів поліклінічної ланки лікувальної мережі. Не можна сумніватися в тім, що при достатній сторожкості лікарів загального профілю й, у першу чергу сімейних лікарів, така діагностики можлива.

Важливо підкреслити, що задача поліклінічного (сімейного) лікаря, при підозрі на пухлинне захворювання полягає в тому, щоб хворому провести мінімум діагностичних заходів, спрямованих на підтвердження припущення, а при залишених діагностичних неясностях якомога швидше направити хворого до онколога або, у залежності від конкретної ситуації, у стаціонар.

Варто сказати, що основна відповідальність за своєчасну діагностику злоякісних пухлин падає саме на дільничних (сімейних) лікарів.

Перелік досліджень, які можна виконати в амбулаторно-поліклінічних умовах:

1. ретельний анамнез (попередні захворювання, професія, спадковість і ін.)
2. зовнішній огляд шкірних покривів, видимих слизуватих; пальпація периферичних лімфатичних вузлів, щитовидної залози, молочної залози; огляд прямої кишки, бимануальне дослідження жінок;
3. узяття матеріалу для цитологічного дослідження;
4. рентгенологічне дослідження органів грудної клітки;
5. мамографія, УЗД.;
6. рентгенологічне дослідження (органів шлунково-кишкового тракту (після відповідної підготовки);
7. фіброгастроскопія, ректороманоскопія;
8. загальні аналізи сечі, крові;
9. при необхідності консультація суміжних фахівців: хірурга, уролога й ін.)

Цитологічне дослідження.

- **Пункційна цитологія.** Цитологічне дослідження пунктатів отриманих тонкими голками з пухлин, ущільнень при будь-якій локалізації: голови, шиї, молочних залоз, кіст і м'яких тканин кінцівок, легень, бруньок, середостіння, шкіри, лімфатичних вузлів та інших.
- **Ексфолюативна цитологія.** Цитологічне дослідження секретів, екскретів, відокремлюваного і вишкрібків з поверхні ерозії, виразок, ран, свищів, відбитки з органів, що видаляються, шматочків тканин, вишкрібків, промивні води, ексудатів, трансудати й інші об'єкти при будь-якій локалізації патологічного процесу.
- **Цитологія ендоскопічного обстеження хворих.** Дослідження матеріалу, отриманого при бронхоскопії, катетеризації бронхів, езофагоскопії, гастроскопії, дуоденоскопії, лапороскопії, ректороманоскопії, колоноскопії, цистоскопії й інших видів ендоскопічного дослідження.

Проведення профілактичних (поточних) оглядів лікарями поліклінік.

Профілактичні огляди, які здійснені із застосуванням цитологічних ендоскопічних і рентгенологічних методів обстеження практично здорових груп населення, мають, дуже велике значення для передпухлинних захворювань і ранніх форм пухлин. Усі хворі, що відвідують амбулаторії і поліклініки повинні обстежитися з метою виявлення передпухлинних і пухлинних захворювань.

Згідно зі статистичними даними, на одного міського жителя в середньому за рік по різних приводах приходиться 11,1 відвідувань амбулаторно – поліклінічних установ, а на сільського 4.0. Можна вважати, що більшість онкологічних хворих протягом року до появи виражених клінічних ознак захворювання зверталися до лікарів міської мережі. Важливо пам'ятати, що лікар будь-якої спеціальності при огляді повинен використовувати цей огляд і для того, щоб подивитися, чи немає в хворого ознак пухлини.

Оглядові кабінети поліклінік.

Основними задачами роботи оглядового кабінету є:

- проведення профілактичного огляду жінок, з метою раннього виявлення злоякісних новотворів і передпухлинних захворювань жіночих статевих органів, молочної залози, шкіряних покривів, прямої кишки;
- проведення санітарно – просвітньої і роз'яснювальної роботи серед жінок старше 30 років, що відвідують поліклініки;
- облік минулих оглядів шляхом запису в книги для осіб, що підлягають цільовим медичним оглядам (облікова форма 048/У);
- напрямок осіб з виявленою патологією до відповідного фахівця для уточнення діагнозу й організації лікування.

Оглядовий кабінет є структурним підрозділом міських, центральної районної поліклініки.

На посаду медичної сестри оглядового кабінету призначається досвідчений середній медичний працівник, що пройшов спеціальну підготовку по діагностиці злоякісних пухлин і передпухлинних захворювань в онкологічному диспансері.

Відповідальність за роботу оглядового кабінету несе керівник поліклініки. Усі первинні хворі перед відвідуванням профільного лікаря повинні бути оглянуті в оглядовому кабінеті.

Санітарна освіта в протираковій боротьбі.

Роль санітарної освіти в профілактиці злоякісних пухлин переоцінити неможливо.

У різних формах і методах цього виду роботи необхідно роз'яснити населенню, що успіх лікування рака залежить від стадії його виявлення. Є стадії і форми раку, які можна радикально вилікувати. В даний час маютьсся надійні методи діагностики рака на самих ранніх стадіях його розвитку. Лікування передпухлинних захворювань надійно гарантує від розвитку раку.

Кінцева мета санітарної освіти полягає в тім, щоб привчити населення, особливо у віці від 35 років і більше, хоча б один раз у рік відвідувати лікаря з профілактичною метою.

У зміст протиракової пропаганди повинні включатися і питання гігієни харчування, особистої гігієни, роз'яснення шкоди паління й алкоголю, а також інші зведення про профілактику різних хронічних захворювань, що при відомих умовах можуть сприяти виникненню пухлин.

**Графологічна структура по темі:
«Обстеження онкологічних хворих у поліклініках
загальної лікувальної мережі».**

1. Функціональні обов'язки онкологічних кабінетів і відділень поліклінік загальної лікувальної мережі.
2. Облік онкологічних хворих у поліклініках загальної лікувальної мережі.
3. Документація, заповнювана на онкологічних хворих.
4. Проведення обстежень в амбулаторних умовах хворих, з підозрою на онкологічну патологію.
5. Оглядові кабінети поліклінік і їхня роль у діагностиці предрака і ранніх форм рака різних локалізацій.

Рекомендована література.

а) Навчальна.

1. Онкологія за ред. Білинського та ін. Львів: Медицина світу. 1998р.
2. Довідник онколога. Львів, 2000р. Під ред. Я.Л. Шпарик і ін.
3. Матеріали III з'їзду онкологів країн СНГ. Мінськ, 2004р.
4. Онкологія для студентів стоматфакультету. В.П. Баштан, П.В. Шелешко, А.Л. Одабаш'ян. Тернопіль, 2003р.

б) Наукова.

1. X З'їзд онкологів України. Київ, 2001.
2. Онкологія 2000р. Тези II з'їзду онкологів країн СНД.
3. Профілактика злоякісних пухлин. Москва, 1984р. Під ред. А. И. Сереброва.

в) Методична.

1. В.Е. Мілерян. Методичні основи підготовки до проведення занять у медичних Вузах. Київ. 2003р. 80 с.

Матеріали для самоконтролю.

А. Питання для самоконтролю.

1. Методи обстеження онкологічних хворих в амбулаторних умовах.
2. Цитологічний метод і його здатність, що дозволяє.
3. Клінічні групи онкологічних хворих.
4. Документація на первинних онкологічних хворих.
5. Оглядові кабінети і їхні функціональні обов'язки.

Б. Тести вихідного рівня знань
по темі: «Обстеження онкологічних хворих у поліклініках
загальної лікувальної мережі».

I. Кінцевою границею ранньої діагностики рака 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) із передраковими захворюваннями;
- в) з порушенням вуглеводно – жирового обміну;
- г) здорові, з наявністю раку в близьких родичів;
- д) з імунодифіцитними станами.

III. Первинно – діагностика раку, що встановлює, на рівні загальної лікувальної мережі передбачає:

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

IV. Принципам онкологічної сторожкості лікаря суперечать:

- а) ретельне обстеження кожного хворого;
- б) призначення ліків у перший день звертання хворого за принципом ексюван-тибус;
- в) звичка думати про рак із схованим плином;
- г) знання симптомів злоякісної пухлини;
- д) знання організаційних принципів онкослужби.

V. Проводячи протиракову пропаганду серед населення, не впливає:

- а) брати за приклад здоровий спосіб життя;
- б) цілком розкривати клінічне протікання раку;
- в) переконувати в необхідності проходження проф. оглянув;
- г) знайомити тільки із сигнальними ознаками раку;
- д) учити методам самообстеження.

VI. До морфологічних ознак злоякісної пухлини не відносяться:

- а) поліморфізм;
- б) збільшення розмірів ядра стосовно протоплазми;
- в) зменшення розмірів ядра;

- г) зниження ступеня диференціювання кліток;
- д) збільшення кількості мітозів.

VII. Для злоякісної пухлини не характерно:

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

VIII. Злоякісна пухлина має тропність до нагромадження радіофармпрепаратами:

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

IX. Осадова метастатична поразка очеревини дугласова простору носить прізвище вченого?

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

X. При відсутності явного клінічного раку біопсію шейки матки для гістологічного дослідження 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. м. VII. 10. VIII. 1. IX. д. X. д.