

І.Ф. Хурані
О.Я. Какарькін
А.П. Ковальчук

ОСНОВИ КЛІНІЧНОЇ ОНКОЛОГІЇ



Вінниця 2010

І.Ф. Хурані, О.Я. Какарькін, А.П. Ковальчук

ОСНОВИ КЛІНІЧНОЇ ОНКОЛОГІЇ

ПОСІБНИК

Затверджено

Міністерством освіти і науки України

*як навчально-методичний посібник для студентів вищих
медичних навчальних закладів III-IV рівня акредитації*

Вінниця



**Scanned by
war-hawk_66**

УДК 616-006.001.32
ББК 55.6я7
Х-98

Гриф надано
Міністерством освіти і науки України
(Лист № 1/11-8900 від 23.09.2010)

РЕЦЕНЗЕНТИ:

Вішник Ю.О. – доктор медичних наук, професор, зав. кафедрою онкологічної хірургії Харківської медичної академії післядипломної освіти

Бондаренко І.М. - доктор медичних наук, професор, зав. кафедрою онкології і медичної радіології Дніпропетровської державної медичної академії МОЗ України

Хурані І.Ф. Основи клінічної онкології / І.Ф. Хурані, О.Я. Какарькін, А.П. Ковальчук "Тезис", 2010. – 180с. - ISBN 978-966-421-110-6.

Навчально-методичний посібник для студентів 5 курсів медичних факультетів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівня акредитації. Метою його видання є бажання допомогти студентам якісно й повно підготуватись до підсумкового модульного контролю знань з онкології. До посібника включені запитання з усіх тем занять, які передбачені програмою з онкології.

УДК 616-006.001.32
ББК 55.6я7
Х-98

ISBN 978-966-421-110-6

© Хурані І.Ф., 2010
© "Тезис", 2010

З М І С Т

Вступ	4
Рак нижньої губи	5-9
Рак язика	9-14
Рак слинних залоз	14-18
Рак слизової оболонки порожнини рота	18-23
Рак печінки	23-27
Рак стравоходу	28-33
Рак шлунка	33-38
Рак підшлункової залози	38-43
Рак ободової кишки	44-48
Рак прямої кишки	49-53
Пухлини заочеревинного простору	54-58
Рак легенів	58-64
Пухлини середостіння	64-68
Пухлини плеври	68-73
Рак шкіри	73-77
Меланома	78-82
Лімфогрануломатоз	82-87
Пухлини кісток	87-92
Пухлини м'яких тканин	92-98
Рак щитовидної залози	98-103
Рак тіла матки	103-108
Рак шийки матки	108-113
Рак яєчників	113-118
Рак грудної залози	118-124
Рак нирки	124-128
Рак сечового міхура	129-133
Рак передміхурової залози	133-138
Рак статевого члена	138-143
Додатково-інформаційні дані для розв'язання задач	143-152
Додаток	152-155
Предметний покажчик	156-171
Іменний покажчик	172-173
Основна література	174-178
Додаткова література	178-179

ВСТУП

Цей навчально-методичний посібник розрахований на студентів 5 курсів медичних факультетів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації.

Посібник включає в себе тестові завдання складені наступним чином. На кожне питання пропонується ряд відповідей, з яких лише одна є вірною. Правильна відповідь позначена знаком (*).

Ситуаційні задачі передбачають відповідь на три поставлених завдання. Еталони відповідей додаються в кінці посібника.

Посібник у першу чергу призначається для студентів вищих навчальних медичних закладів, які вивчають курс клінічної онкології, а також буде корисним для викладачів під час проведення практичних занять з відповідної теми та підсумкового модульного контролю.

РАК НИЖНЬОЇ ГУБИ (МКХ-0-С00-06)

Епідеміологія:

- рак нижньої губи посідає 17 місце в структурі онкологічної захворюваності;
- захворюваність на рак нижньої губи складає 2,7 на 100 тис. населення;
- рак нижньої губи складає приблизно 3-7% у загальній структурі захворюваності злоякісними новоутвореннями;
- смертність складає 0,5 на 100 тис. населення;
- хворіють переважно чоловіки віком 40-60.

Етіологія та фактори ризику:

- тривала та інтенсивна інсоляція;
- мікроопіки;
- обвітрювання;
- вірусна інфекція;
- хронічна травматизація губ каріозними зубами та неправильно виготовленими протезами.

Облігатні передраки нижньої губи:

- вогнищевий гіперкератоз;
- хвороба Боуена;
- бородавчастий передрак.

Факультативні передраки:

- папілома;
- хронічний хейліт;
- шкірний ріг;
- ерозивна та бородавчаста форми лейкоплакії;
- ерозивна та гіперкератотична форми червоного вовчака й плоского лишая;
- кератоакантома.

Гістологічні форми:

- плоскоклітинний рак;
- базаліома;
- аденокарцинома;
- недиференційований рак;
- змішаний рак.

Макроскопічні форми:

- екзофітна (папілярна, бородавчаста);
- ендофітна (виразкова, виразково-інфільтративна).

Клінічна класифікація - TNM

T — первинна пухлина:

T_x - недостатньо даних для оцінки первинної пухлини;
T₀ - первинна пухлина не визначається;
T_{is} - преінвазивна карцинома;
T₁ - пухлина до 2см у найбільшому вимірі;
T₂ - пухлина до 4см у найбільшому вимірі;
T₃ - пухлина понад 4см у найбільшому вимірі;
T₄ - пухлина, яка проростає у суміжні структури.

N - регіонарні лімфатичні вузли:

N_x - недостатньо даних для оцінки стану регіональних лімфатичних вузлів;
N₀ - немає ознак ураження регіональних лімфатичних вузлів метастазами;
N₁ - наявність метастазу в одному гомолатеральному лімфатичному вузлі до 3см;
N₂ - (a) - наявність метастазу в одному гомолатеральному лімфатичному вузлі розмірами від 3 до 6см;
 (b) - наявність метастазів у численних гомолатеральних лімфатичних вузлах розмірами до 6см;
 (c) - наявність метастазів у білатеральних, контрлатеральних лімфатичних вузлах розмірами до 6см;
N₃ - наявність метастазів у білатеральних, контрлатеральних лімфатичних вузлах розмірами більше 6см.

M - віддалені метастази:

M_x - недостатньо даних для оцінки віддалених метастазів;
M₀ - віддалені метастази не визначаються;
M₁ - наявні віддалені метастази.

Ступінь диференціювання :

G_x - недостатньо даних для оцінки ступеня диференціювання;
G₁ - високодиференційована пухлина;
G₂ - помірnodиференційована пухлина;
G₃ - низькодиференційована пухлина;
G₄ - недиференційована пухлина.

Групування за стадіями

Стадія 0	T_{is}	N₀	M₀
Стадія I	T₁	N₀	M₀
Стадія II	T₂	N₀	M₀
Стадія III	T₃	N₀	M₀
	T₁, T₂, T₃	N₁	M₀
Стадія IVA	T₄	N₀, N₁	M₀
	T_{будь-яка}	N₂	M₀
Стадія IVB	T_{будь-яка}	N₃	M₀
Стадія IVC	T_{будь-яка}	N_{будь-яка}	M₁

Діагностика:

- огляд;

- анамнез;
- об'єктивне обстеження;
- хейлоскопія;
- морфологічні методи (цитологічні та гістологічні).

Лікування:

- операція: гемірезекція нижньої губи та екстирпація нижньої губи;
- кріодеструкція, лазерна ексцизія, електроексцизія;
- променева терапія (близькофокусна рентгенотерапія, телегаматерапія);
- хіміотерапія (5-фторурацил, блеоміцин);
- при наявності метастазів у регіонарних лімфатичних вузлах виконується фасціальньо-футлярне видалення клітковини шиї або операція Крайля.

Тестові завдання

1. Назвіть факультативне продуктивне передракове захворювання нижньої губи:

- 1) *дифузний гіперкератоз;
- 2) еритроплакія;
- 3) атрофічний хейліт;
- 4) лейкоплакія;
- 5) папілома.

2. Яка найчастіша гістологічна форма раку нижньої губи:

- 1) *ороговіваючий плоскоклітинний;
- 2) неороговіваючий плоскоклітинний;
- 3) базальноклітинний;
- 4) світлоклітинний;
- 5) аденокарцинома.

3. Якому розміру пухлини відповідає T₁ раку нижньої губи:

- 1) *пухлина від 2см до 4см;
- 2) пухлина до 1см в діаметрі;
- 3) пухлина до 3см;
- 4) пухлина в межах самої губи;
- 5) пухлина до 4см.

4. Вкажіть метод забору матеріалу для цитологічного дослідження раку нижньої губи:

- 1) *скарифікація;
- 2) ексцизійна біопсія;
- 3) ексfolіативна біопсія;
- 4) відкрита біопсія;
- 5) інцизійна біопсія.

5. Назвіть основний метод лікування T₁ плоскоклітинного раку нижньої губи:

- 1) *близькофокусна рентгенотерапія;
- 2) хіміотерапія;
- 3) телегаматерапія;
- 4) гормонотерапія;
- 5) лазерна терапія.

6. Назвіть облігатне деструктивне передракове захворювання нижньої губи:

- 1) атрофічний хейліт;
- 2) *еритроплакія;
- 3) дифузний гіперкератоз;
- 4) папілома;
- 5) лейкоплакія.

7. Вкажіть основний препарат для лікування раку нижньої губи:

- 1) *метотрексат;
- 2) фторафур;
- 3) дакарбазин;
- 4) тамоксифен;
- 5) ралоксифен.

8. Який метод забору матеріалу використовується для цитологічного дослідження раку нижньої губи:

- 1) *мазок-відбиток;
- 2) відкрита біопсія;
- 3) ексцизійна біопсія;
- 4) інцизійна біопсія;
- 5) ексфоліативна біопсія.

9. Вкажіть основний метод лікування раку нижньої губи на ранніх стадіях:

- 1) *кріодеструкція;
- 2) хіміотерапія;
- 3) гормонотерапія;
- 4) імунотерапія;
- 5) лазерна терапія.

10. Вкажіть гістологічну форму раку нижньої губи:

- 1) *базальноклітинний;
- 2) світлоклітинний;
- 3) крупноклітинний;
- 4) персневидноклітинний;
- 5) дрібноклітинний.

Основні задачі

1. У 46-річного пацієнта є виразка нижньої губи розмірами до 0,5см., яке з'явилося близько 3-х місяців тому. Виявлено збільшені щільні регіонарні лімфатичні вузли до 1,0см в діаметрі. Який найбільш ймовірний діагноз:

- 1) *рак нижньої губи;
- 2) вогнищевий гіперкератоз;
- 3) папілома;
- 4) шкіряний ріг;
- 5) еритроплакія.

2. У 55-річної пацієнтки з'явилася виразка нижньої губи розмірами 1,5x2см. Попередній діагноз: рак нижньої губи T₁N₀M₀. Який найбільш інформативний метод для підтвердження діагнозу:

- 1) *ексцизійна біопсія;
- 2) ультразвукове дослідження;
- 3) сонографія;
- 4) сканування;
- 5) позитронно-емісійна томографія.

Додаткова задача

У хірургічний кабінет звернувся хворий В., 52 роки, зі скаргами на наявність виразки на нижній губі з лівого боку. Виразка неправильної форми з нерівними краями, до 1,5см у діаметрі. Краї виразки підняті над рівнем губи, вивернуті й інфільтровані. При пальпації інфільтрат навколо виразки рухомий досягає 4см. Збільшений піднижньощелепний лімфовузол з лівого боку до 2-х см. При цитологічному дослідженні мазка-відбитка виявлені клітини плоского епітелію з ознаками малігнізації.

- А. Поставити попередній діагноз.
- Б. Призначити додаткове обстеження.
- В. Призначити лікування.

РАК ЯЗИКА (МКХ-0-С00-06)

Епідеміологія:

- частота раку язика становить 60% усіх ракових пухлин слизової оболонки порожнини рота;
- рак язика частіше локалізується в середній третині бічної поверхні та в корені;
- звичайно рідше виникає на нижній поверхні язика, рідко зустрічається рак дорзальної поверхні та кінчика язика;
- хворіють переважно чоловіки віком 40-60.

Етіологія та фактори ризику:

- мікроопіки язика;
- вірусна інфекція;
- тютюнопаління;
- хронічна травматизація язика каріозними зубами та неправильно виготовленими протезами.

Передракові захворювання:

- лейкоплакія;
- лейкокератоз;
- еритроплакія;
- хронічні виразки;
- тріщини.

Гістологічні форми:

- плоскоклітинний рак;
- базаліома;
- аденокарцинома;
- недиференційований рак;
- змішаний рак.

Макроскопічні форми:

- екзофітна (папілярна, бородавчаста);
- ендофітна (виразкова, виразково-інфільтративна).

Клінічна класифікація - TNM

T - первинна пухлина:

- T_x** - недостатньо даних для оцінки первинної пухлини;
- T₀** - первинна пухлина не визначається;
- T_{is}** - преінвазивна карцинома;
- T₁** - пухлина до 2см у найбільшому вимірі;
- T₂** - пухлина до 4см у найбільшому вимірі;
- T₃** - пухлина понад 4см у найбільшому вимірі;
- T₄** - пухлина, яка проростає у суміжні структури.

N - регіонарні лімфатичні вузли:

- N_x** - недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів;
- N₀** - немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів метастазами;
- N₁** - наявність метастазу в одному гомолатеральному лімфатичному вузлі до 3см;
- N₂ (a)** - наявність метастазу в одному гомолатеральному лімфатичному вузлі розмірами від 3 до 6см;
- (b)** - наявність метастазів в численних гомолатеральних лімфатичних вузлах розмірами до 6см;
- (c)** - наявність метастазів в білатеральних, контрлатеральних лімфатичних вузлах розмірами до 6см;

N_3 - наявність метастазів в білатеральних, контрлатеральних лімфатичних вузлах розмірами більше 6см.

M - віддалені метастази:

M_x - недостатньо даних для оцінки віддалених метастазів;

M_0 - віддалені метастази не визначаються;

M_1 - наявні віддалені метастази.

Ступінь диференціювання :

G_x - недостатньо даних для оцінки ступеня диференціювання;

G_1 - високодиференційована пухлина;

G_2 - помірnodиференційована пухлина;

G_3 - низькодиференційована пухлина;

G_4 - недиференційована пухлина.

Групування за стадіями

Стадія 0	T_{is}	N_0	M_0
Стадія I	T_1	N_0	M_0
Стадія II	T_2	N_0	M_0
Стадія III	T_3	N_0	M_0
	T_1, T_2, T_3	N_1	M_0
Стадія IVA	T_4	N_0, N_1	M_0
	$T_{\text{будь-яка}}$	N_2	M_0
Стадія IVB	$T_{\text{будь-яка}}$	N_3	M_0
Стадія IVC	$T_{\text{будь-яка}}$	$N_{\text{будь-яка}}$	M_1

Діагностика:

- огляд;
- анамнез;
- об'єктивне обстеження;
- морфологічні методи (цитологічні та гістологічні).

Лікування:

- операція - гемірезекція язика, екстирпація язика;
- променева терапія (близькофокусна рентгенотерапія, телегаматерапія);
- хіміотерапія (5-фторурацил, блсоміцин);
- при наявності метастазів у регіонарних лімфатичних вузлах проводиться фасціально-футлярне видалення клітковини шиї або операція Крайля.

Тестові завдання

1. Якому розміру пухлини відповідає T_1 раку язика:

- 1) *пухлина до 2см;
- 2) пухлина до 1см в діаметрі;

- 3) пухлина до 3см;
 - 4) пухлина в межах самого язика;
 - 5) пухлина до 4см.
2. Вкажіть адекватну операцію при раку кореня язика:
- 1) *екстирпація язика;
 - 2) порціальна резекція;
 - 3) кріохірургія;
 - 4) гемірезекція;
 - 5) половинна резекція.
3. Назвіть перший етап лікування раку язика:
- 1) *передопераційне опромінювання;
 - 2) хіміотерапія;
 - 3) футлярно-фасціальна лімфаденектомія;
 - 4) операція Крайля;
 - 5) резекція язика.
4. Вкажіть основний метод лікування лімфангіоми язика:
- 1) *операція;
 - 2) променева терапія;
 - 3) хіміотерапія;
 - 4) гормонотерапія;
 - 5) променева терапія+операція.
5. Якому розміру пухлини відповідає T₃ раку язика:
- 1) *пухлина більше 4см;
 - 2) пухлина до 4см в діаметрі;
 - 3) пухлина більше 2см;
 - 4) пухлина до 6см;
 - 5) пухлина більше 6см;
6. Регіонарні метастази в підщелепні лімфовузли частіше зустрічаються при наступній локалізації раку язика:
- 1) *бічна поверхня;
 - 2) кінчик;
 - 3) тіло;
 - 4) спинка;
 - 5) корінь.
7. Вкажіть основний метод лікування гемангіоми язика:
- 1) *операція;
 - 2) гормонотерапія;
 - 3) хіміотерапія;
 - 4) променева терапія;
 - 5) променева терапія+операція;
8. Яким розмірам метастази в лімфовузли шиї відповідають N₁:
- 1) *до 3см;

- 2) до 1 см у діаметрі;
- 3) до 2 см;
- 4) до 4 см;
- 5) до 6 см.

9. G₁ раку язика характеризує:

- 1) *високодиференційовану пухлину;
- 2) недиференційовану пухлину;
- 3) низькодиференційовану пухлину;
- 4) некласифіковану пухлину;
- 5) середньодиференційовану пухлину.

10. Якій стадії відповідає T₂ N₀ M₁ раку язика:

- 1) *IV стадія;
- 2) II A стадія;
- 3) II B стадія;
- 4) III A стадія;
- 5) III B стадія.

Основні задачі

1. У 63-річного пацієнта було проведено радикальне лікування з приводу плоскоклітинного раку правої бічної поверхні язика T₁N₀M₀. Якій клінічній групі відповідає дана ситуація:

- 1) *III;
- 2) II A;
- 3) II B;
- 4) II;
- 5) IV.

2. У 58 річного пацієнта з'явилося пухлиноподібне утворення язика до 1,5 см в діаметрі. Попередній діагноз: рак язика T₁N₀M₀. Який найбільш інформативний метод для встановлення заключного діагнозу:

- 1) *пункційна аспіраційна біопсія;
- 2) доплерографія;
- 3) реакція Якша;
- 4) лімфосканування;
- 5) термографія.

Додаткова задача

Хворий З., 47 років, звернувся до стоматолога зі скаргами на наявність болючої виразки язика справа. Об'єктивно: на бічній поверхні язика виразка з підритими м'якими краями розміром 1,0 см. Дно вкрите сіро-жовтим нальотом.

Підщелепні лімфатичні вузли збільшені з обох боків, незначно болючі. Лікар допускає злоякісну пухлину.

А. На підставі яких методів діагностики можна верифікувати діагноз?

Б. З якими захворюваннями та якими методами варто диференціювати рак язика?

В. Як варто лікувати хворого в разі підтвердження діагнозу рак язика?

РАК СЛИННИХ ЗАЛОЗ (МКХ-0-С07)

Епідеміологія:

- посідає 20 місце в структурі онкологічної захворюваності;
- рак слинних залоз складає приблизно 1-2 % у загальній структурі захворюваності злоякісних новоутворень;
- смертність складає 0,5 на 100 тис. населення;
- рак слинних залоз зустрічається приблизно однаково у чоловіків та жінок;
- хворіють найчастіше у віці 30-60 років.

Найчастіше уражаються:

- привушні залози (56,5 %);
- залози твердого та м'якого піднебіння (26 %);
- піднижньощелепні слинні залози (10 %);
- дрібні слинні залози щік і язика (близько 10 %).

Гістологічні форми:

- аденокарцинома;
- аденокістозна карцинома (циліндрома);
- недиференційована карцинома;
- епідермоїдна карцинома (плоскоклітинний рак);
- карцинома в поліморфній аденомі (злоякісна змішана пухлина).

Макроскопічні форми:

- екзофітна;
- ендофітна;
- змішана.

Клінічна класифікація - TNM

Т - первинна пухлина:

T_x - недостатньо даних для оцінки первинної пухлини;

T₀ - первинна пухлина не визначається;

T_{is} - преінвазивна карцинома;

T₁ - пухлина до 2см у найбільшому вимірі;

T₂ - пухлина до 4см у найбільшому вимірі;

T₃ - пухлина понад 4см у найбільшому вимірі;

T₄ - пухлина, яка проростає в суміжні структури.

N - регіонарні лімфатичні вузли:

N_x - недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів;

N₀ - немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів метастазами;

N₁ - наявність метастазу в одному гомолатеральному лімфатичному вузлі до 3см;

N₂ - (а) - наявність метастазу в одному гомолатеральному лімфатичному вузлі розмірами від 3 до 6см;

(б) - наявність метастазів у численних гомолатеральних лімфатичних вузлах розміром до 6см;

(с) - наявність метастазів у білатеральних, контрлатеральних лімфатичних вузлах розмірами більше 6см.

M - віддалені метастази:

M_x - недостатньо даних для оцінки віддалених метастазів;

M₀ - віддалені метастази не визначаються;

M₁ - наявні віддалені метастази.

Ступінь диференціювання:

G_x - недостатньо даних для оцінки ступеня диференціювання;

G₁ - високодиференційована пухлина;

G₂ - помірнодиференційована пухлина;

G₃ - низькодиференційована пухлина;

G₄ - недиференційована пухлина.

Групування за стадіями

Стадія 0	T _{is}	N ₀	M ₀
Стадія I	T ₁ , T ₂	N ₀	M ₀
Стадія II	T ₃	N ₀	M ₀
Стадія III	T ₁ , T ₂ , T ₃	N ₁	M ₀
Стадія IVA	T ₁ , T ₂ , T ₃ , T ₄	N ₀ , N ₁ , N ₂	M ₀
Стадія IVB	T _{будь-яка}	N ₃	M ₀
Стадія IVC	T _{будь-яка}	N _{будь-яка}	M ₁

Діагностика:

- огляд;
- анамнез;
- об'єктивне обстеження;
- сканування слинних залоз;
- рентгенографія кісток черепа;
- сіалографія;
- ультразвукове дослідження;
- термографія;
- морфологічні методи (цитологічні та гістологічні).

Лікування:

- хірургічний метод (операція);

- променева терапія (телегаматерапія);
- хіміотерапія (метотрексат, адріаміцин, блеоміцин);
- при наявності метастазів у регіонарних лімфатичних вузлах виконується фасціально-футлярне видалення клітковини шиї або операція Крайля.

Тестові завдання

1. Найчастіша локалізація раку слинних залоз:

- 1) *привушні слинні залози;
- 2) піднижньощелепні слинні залози;
- 3) залози м'якого піднебіння;
- 4) залози твердого піднебіння;
- 5) дрібні слинні залози язика.

2. Гістологічна форма слинних залоз:

- 1) *аденокарцинома;
- 2) дрібноклітинна;
- 3) базальноклітинна;
- 4) крупноклітинна;
- 5) перехідноклітинна.

3. T₁ раку слинних залоз:

- 1)* пухлина розмірами до 2см;
- 2) пухлина розмірами до 1см;
- 3) пухлина розмірами до 3см;
- 4) пухлина розмірами до 4см;
- 5) пухлина розмірами до 5см.

4. N₁ раку слинних залоз:

- 1) *метастаз в одному гомолатеральному вузлі розміром до 3см;
- 2) метастаз в одному гомолатеральному вузлі розміром до 2см;
- 3) метастаз в одному гомолатеральному вузлі розміром до 1см;
- 4) метастаз в одному гомолатеральному вузлі розміром до 4см;
- 5) метастаз в одному гомолатеральному вузлі розміром до 5см.

5. T₂ раку слинних залоз:

- 1) *пухлина розмірами до 4см;
- 2) пухлина розмірами до 1см;
- 3) пухлина розмірами до 3см;
- 4) пухлина розмірами до 2см;
- 5) пухлина розмірами до 5см.

6. N_{2a} раку слинних залоз:

- 1) *метастаз в одному гомолатеральному вузлі розміром 3-6см;
- 2) метастаз в одному гомолатеральному вузлі розміром до 2см;
- 3) метастаз в одному гомолатеральному вузлі розміром 1-3см;
- 4) метастаз в одному гомолатеральному вузлі розміром до 4см;

5) метастаз в одному гомолатеральному вузлі розміром до 5см.

7. G₃ раку слинних залоз:

- 1)* низькодиференційована пухлина;
- 2) високодиференційована пухлина;
- 3) помірнодиференційована пухлина;
- 4) недостатньо даних для оцінки ступеня диференціювання;
- 5) недиференційована пухлина.

8. Цитологічний метод діагностики раку слинних залоз:

- 1)* пункційна аспіраційна біопсія;
- 2) інцизійна біопсія;
- 3) ексfolіативна біопсія;
- 4) ексцизійна біопсія;
- 5) трипанобіопсія.

9. Найінформативніший метод діагностики раку слинних залоз:

- 1) *морфологічний;
- 2) УЗД;
- 3) сіалографія;
- 4) термографія;
- 5) сканування.

10. T₁ N₁ M₀ раку слинних залоз відповідає:

- 1) *III стадія;
- 2) II стадія;
- 3) II A стадія;
- 4) III A стадія;
- 5) III B стадія.

Основні задачі

1. У 16-річного пацієнта скарги на наявність щільного, обмежено рухомого пухлиноподібного утворення правої щоки до 3см в діаметрі з інфільтрацією шкіри. Піднижньощелепні лімфатичні вузли щільні, розмірами до 2см. Поставлено попередній діагноз: рак привушної слинної залози. Який найбільш інформативний метод дослідження для верифікації діагнозу у даного хворого:

- 1) *біопсія;
- 2) термографія;
- 3) ультразвукове дослідження;
- 4) спіральна комп'ютерна томографія;
- 5) радіонуклідні методи.

2. У 43-річного хворого скарги на наявність щільного пухлиноподібного утворення в проекції лівої привушної залози діаметром до 1,5см. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені. Проведена пункційна аспіраційна біопсія

пухлини, виявлена аденокарцинома. Яка стадія раку лівої привушної залози у хворого:

- 1) *I;
- 2) 0;
- 3) II;
- 4) II A;
- 5) II B.

Додаткова задача

Хворий Р., 48р., скаржиться на деформацію обличчя, наявність припухлості і ущільнення в товщі правої щоки. Три роки тому хворів на сіалоаденіт. Після консервативної протизапальної терапії залишилось незначне ущільнення, яке почало поступово збільшуватись у розмірах. Об'єктивно: права половина обличчя асимічна, кут ока й рота опущені. Права щока припухла в її товщі визначається щільна, помірно болюча пухлина 4×5см., обмежено рухлива. У правій підщелепній ділянці пальпується рухливий еластичний лімфовузол діаметром 1,5см. При пункційній біопсії пухлини отримані клітини аденокарциноми низького ступеня диференціації.

- А. Поставте найбільш повний діагноз.
- Б. Яке додаткове обстеження необхідно призначити?
- В. Ваш план лікування.

РАК СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Епідеміологія:

- займає 19 місце в структурі онкологічної захворюваності;
- захворюваність складає 5,2 на 100 тис. населення;
- чоловіки хворіють в 5-7 разів частіше, ніж жінки;
- найчастіше хворіють люди у віці 50-70 років;
- найвища захворюваність спостерігається в республіках Центральної Азії.

Етіологія та фактори ризику:

- каріозні зуби з гострими краями;
- недосконалі ортопедичні конструкції;
- закладання під язик насу;
- опіки етиловим алкоголем;
- тютюнопаління;
- жування бетелю;
- спеції.

Облігатний передрак:

- хвороба Боуена.

Факультативні передраки:

- папілома;
- лейкоплакія;
- червоний плоский лишай;
- хронічні виразки;
- пострентгенівський стоматит;
- пізні променеві виразки.

Макроскопічні форми:

- екзофітна (папілярна);
- ендофітна (виразкова, інфільтративна, виразково-інфільтративна).

Гістологічні форми:

- плоскоклітинний рак;
- аденокарцинома;
- недиференційований рак;
- змішаний рак;
- мукоспідермоїдний рак.

Клінічні форми:

- виразкова форма;
- папілярна форма;
- інфільтративна форма.

Клінічна класифікація - TNM**T - первинна пухлина:**

T_x - недостатньо даних для оцінки первинної пухлини;

T₀ - первинна пухлина не визначається;

T_{is} - прerinвазивна карцинома;

T₁ - пухлина до 2см у найбільшому вимірі;

T₂ - пухлина до 4см у найбільшому вимірі;

T₃ - пухлина понад 4см у найбільшому вимірі;

T₄ - пухлина, яка проростає такі суміжні структури.

N - регіонарні лімфатичні вузли:

N_x - недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів;

N₀ - немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів метастазами;

N₁ - наявність метастазу в одному гомолатеральному лімфатичному вузлі до 3см;

N₂ . (a) - наявність метастазу в одному гомолатеральному лімфатичному вузлі розмірами від 3 до 6см;

(b) - наявність метастазів в численних гомолатеральних лімфатичних вузлах розмірами до 6см;

(с)- наявність метастазів в білатеральних, контрлатеральних лімфатичних вузлах розмірами більше 6см;

М - віддалені метастази:

M_x - недостатньо даних для оцінки віддалених метастазів;

M_0 - віддалені метастази не визначаються;

M_1 - наявні віддалені метастази.

Ступінь диференціювання:

G_x - недостатньо даних для оцінки ступеня диференціювання;

G_1 - високодиференційована пухлина;

G_2 - помірnodиференційована пухлина;

G_3 - низькодиференційована пухлина;

G_4 - недиференційована пухлина.

Групування за стадіями

Стадія 0	T_{is}	N_0	M_0
Стадія I	T_1	N_0	M_0
Стадія II	T_2	N_0	M_0
Стадія III	T_3	N_0	M_0
	T_1, T_2, T_3	N_1	M_0
Стадія IVA	T_4	N_0, N_1	M_0
	$T_{\text{будь-яка}}$	N_2	M_0
Стадія IVB	$T_{\text{будь-яка}}$	N_3	M_0
Стадія IVC	$T_{\text{будь-яка}}$	$N_{\text{будь-яка}}$	M_1

Діагностика:

- огляд;
- анамнез;
- об'єктивне обстеження;
- морфологічні методи (цитологічні та гістологічні);
- рентгенографія легенів для визначення в них віддалених метастазів.

Лікування:

- Хірургічний метод (операція, лазерна ексцизія, електроексцизія);
- Променева терапія (телегаматерапія);
- Хіміотерапія (5-фторурацил, цисплатин, циклофосфамід).

Тестові завдання

1. Якою повинна бути тактика лікування раку слизової оболонки дна порожнини рота при $T_2 N_1 M_0$:

- 1) *променева терапія+операція+хіміотерапія;
- 2) хіміотерапія+променева терапія+операція;
- 3) операція;
- 4) променева терапія;

- 5) хіміотерапія.
2. Який найінформативніший метод діагностики раку слизових оболонок:
- 1) *гістологічний;
 - 2) лабораторний;
 - 3) УЗД;
 - 4) радіоізотопний;
 - 5) томографія.
3. Яка найчастіша гістологічна форма раку слизової порожнини рота:
- 1) *плоскоклітинний рак;
 - 2) аденокарцинома;
 - 3) меланома;
 - 4) світлоклітинний рак;
 - 5) базальноклітинний рак.
4. Якій стадії відповідає $T_2 N_0 M_1$ раку слизових оболонок:
- 1) *IV стадія;
 - 2) II B стадія;
 - 3) III A стадія;
 - 4) III B стадія;
 - 5) II A стадія.
5. G_4 раку язика характеризує:
- 1) *недиференційовану пухлину;
 - 2) низькодиференційовану пухлину;
 - 3) некласифіковану пухлину;
 - 4) високодиференційовану пухлину;
 - 5) середньодиференційовану пухлину.
6. Яким розмірам відповідають метастази в лімфовузли шиї N_1 :
- 1) *до 3см;
 - 2) до 1см в діаметрі;
 - 3) до 2см;
 - 4) до 4см;
 - 5) до 6см.
7. Який метод забору матеріалу використовується для цитологічного дослідження раку слизових оболонок:
- 1) *мазок-відбиток;
 - 2) відкрита біопсія;
 - 3) ексцизійна біопсія;
 - 4) інцизійна біопсія;
 - 5) ексфолюативна біопсія.
8. Назвіть передракові захворювання слизових оболонок порожнини рота:
- 1) *лейкоплакія;
 - 2) глосит;
 - 3) ерозія;

- 4) виразка;
- 5) ромбоподібний глосит.

9. Назвіть облігатне передракове захворювання слизових оболонок:

- 1) *хвороба Боуена;
- 2) атрофічний хейліт;
- 3) дифузний гіперкератоз;
- 4) папілома;
- 5) еритроплакія.

10. Якому розміру пухлини відповідає T₃ раку слизових оболонок:

- 1) *пухлина більше 4см;
- 2) пухлина до 4см в діаметрі;
- 3) пухлина більше 2см;
- 4) пухлина до 6см;
- 5) пухлина більше 6см.

Основні задачі

1. У 60-річного пацієнта з'явилася виразка слизової оболонки порожнини рота більше року тому. Останнім часом утворення збільшується. Найбільш ймовірний діагноз:

- 1) *рак слизової оболонки порожнини рота;
- 2) лейкоплакія;
- 3) стоматит;
- 4) папілома;
- 5) еритроплакія.

2. У 58-річного пацієнта з'явилась виразка слизової оболонки щоки, розміром 1х2см. Попередній діагноз: рак слизової оболонки порожнини рота T₁N₀M₀. Який найбільш інформативний метод для верифікації діагнозу:

- 1) *інцизійна біопсія;
- 2) сканування;
- 3) радіонуклідні методи;
- 4) ультразвукове дослідження;
- 5) магнітно-резонансна томографія.

Додаткова задача

Чоловіка 65 років турбує наявність виразки на слизовій оболонці щоки зправа в місці травматизації її протезом. Виразка утворилась рік тому, медикаментозному лікуванню не піддається; за останні 3 місяці збільшилась удвічі. Розмір виразки 2-2,5см., дно - некротичне. Регіонарні лімфовузли - підщелепні до 2см., м'яко-еластичні, обмежено рухомі. При проведенні скарифікаційної біопсії – плоскоклітинний роговіючий рак.

- А. Сформулюйте найбільш повний діагноз.
Б. Які ще методи діагностики можна застосувати для верифікації діагнозу?
В. Призначте додаткове обстеження і лікування.

РАК ПЕЧІНКИ (МКХ-0-С22)

Епідеміологія:

- смертність складає 4,6 на 100 тис. населення;
- первинний рак печінки досягає 19% серед усіх локалізацій та форм раку печінки;
- рак печінки складає від 0,2 до 3% усіх випадків раку;
- співвідношення первинного раку до вторинного раку печінки 1:50;
- зустрічається переважно у чоловіків.

Етіологія та фактори ризику:

- вірусний гепатит В і С;
- гемохроматоз;
- цироз печінки;
- вживання алкоголю;
- афлатоксин;
- опісторхоз;
- шистосомоз;
- клонорхоз;
- жовчнокам'яна хвороба;
- поліхлоровані дифеніли;
- спадкові чинники;
- тютюнопаління;
- радіонукліди;
- анаболічні стероїди і контрацептивні препарати;
- миш'як;
- похідні бойових отруйних речовин;
- імунодепресанти.

Гістологічні форми:

- гепатоцелюлярна;
- холангіоцелюлярна;
- цистаденокарцинома;
- аденокарцинома;
- плоскоклітинний;
- недиференційована;
- метастатична;
- змішана.

Макроскопічні форми:

- масивна;
- вузлова;
- дифузна.

Клінічна класифікація- TNM

T - первинна пухлина:

- T_x - недостатньо даних для оцінки первинної пухлини;
 T_0 - первинна пухлина не визначається;
 T_1 - солітарна пухлина без інвазії в судини;
 T_2 - солітарна пухлина з інвазією в судини або численні пухлини, жодна з яких не більша 5см;
 T_3 - множинні пухлини розміром понад 5см у найбільшому вимірі або ураження основної гілки ворітної або печінкової вени (вен);
 T_4 - пухлина (пухлини), яка безпосередньо поширюється на суміжні органи, крім жовчного міхура, або пухлина (пухлини) з перфорацією вісцеральної очеревини.

N - регіонарні лімфатичні вузли:

- N_x - недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів;
 N_0 - немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів метастазами;
 N_1 - наявність метастазів у регіонарних лімфовузлах.

M - віддалені метастази:

- M_x - недостатньо даних для оцінки віддалених метастазів;
 M_0 - віддалені метастази не визначаються;
 M_1 - наявні віддалені метастази.

Ступінь диференціювання:

- G_x - недостатньо даних для оцінки ступеня диференціювання;
 G_1 - високодиференційована пухлина;
 G_2 - помірнодиференційована пухлина;
 G_3 - низькодиференційована пухлина;
 G_4 - недиференційована пухлина.

Групування за стадіями

Стадія I	T_1	N_0	M_0
Стадія II	T_2	N_0	M_0
Стадія IIIA	T_3	N_0	M_0
Стадія IIIB	T_4	N_0	M_0
Стадія IIIC	$T_{\text{будь-яка}}$	N_1	M_0
Стадія IV	$T_{\text{будь-яка}}$	$N_{\text{будь-яка}}$	M_1

Клініка (залежить від локалізації процесу)

Рак голівки:

- жовтяниця;

- гепатомегалія;
- схуднення;
- дискомфорт в епігастрії;
- тупий, ниючий біль у підребер'ї з правого боку;
- шкірний свербіж;
- асцит;
- внутрішньочеревна кровотеча;
- ознаки печінкової недостатності .

Діагностика:

- фізикальне обстеження;
- рентгенографія органів грудної клітини;
- морфологічні методи (цитологічні та гістологічні);
- ендоскопічна ретроградна холангіографія;
- черезшкірна черезпечінкова холангіографія;
- ангіографія;
- лапароскопія;
- лапаротомія;
- визначення рівня альфафетопротеїну;
- КТ, СКТ;
- УЗД;
- МРТ;
- радіонуклідне дослідження.

Лікування:

- операція:
 - гепатектомія з алотрансплантацією печінки;
 - резекція печінки (гемігепатектомія, сегментарні резекції);
 - радіочастотна абляція ;
- хіміотерапія (доксорубіцин, мітоміцин-С, гемзар, 5-фторурацил).

Тестові завдання

1. Оптимальна хіміотерапія при раку печінки:

- 1) *5-фторурацил + мітоміцин С
- 2) фторафур
- 3) метотрексат
- 4) 5-фторурацил
- 5) доксорубіцин

2. Вкажіть морфологічну структуру первинного раку печінки:

- 1) *гепатоцелюлярний рак;
- 2) аденокарцинома;
- 3) плоскоклітинний рак;

- 4) базаліома;
 - 5) зроговіваючий плоскоклітинний рак.
3. Способи диференціації гемангіоми печінки від злоякісної пухлини:
- 1) *пункція під контролем УЗД + цитологія;
 - 2) комп'ютерна томографія;
 - 3) радіонуклідний метод;
 - 4) лабораторний метод;
 - 5) пальпаторний метод.
4. Найчастіший симптом раку печінки:
- 1) *гепатомегалія;
 - 2) жовтяниця;
 - 3) біль;
 - 4) підвищення температури;
 - 5) підвищена втомлюваність.
5. Морфологічна структура первинного раку печінки:
- 1) *гепатоцелюлярний;
 - 2) зроговіваючий плоскоклітинний;
 - 3) незроговіваючий плоскоклітинний;
 - 4) тубулярна аденокарцинома;
 - 5) папілярна аденокарцинома.
6. Основний етіологічний фактор холангіоцелюлярного раку печінки:
- 1) *опісторхоз;
 - 2) алкоголь;
 - 3) афлотоксин;
 - 4) альфафетопротейн;
 - 5) білірубін.
7. Основний органотропний канцероген раку печінки:
- 1) *афлотоксин ;
 - 2) 3-бензипірен;
 - 3) 4-бензипірен;
 - 4) нітрозаміни;
 - 5) ферітин.
8. Характерні ознаки первинного раку печінки:
- 1) *жовтяниця + гепатомегалія + біль;
 - 2) біль + гіперспленізм + нудота;
 - 3) схуднення + закрепи;
 - 4) біль + блювання;
 - 5) асцит + проноси.
9. Який характер асциту частіше зустрічається при раку печінки:
- 1) *геморагічний;
 - 2) гнійний;
 - 3) серозний;

- 4) гнійно-серозний;
- 5) змішаний.

10. Імунохімічний метод діагностики раку печінки – це визначення рівня:

- 1) *альфафетопротеїну;
- 2) білірубину;
- 3) трансамінази;
- 4) ферітину;
- 5) афлотоксину.

Основні задачі

1. У 55-річного пацієнта скарги на жовтяницю і болю в правому підребер'ї. При ехографії виявлена пухлина правої частки печінки до 3см в діаметрі. Який метод допоможе у верифікації діагнозу:

- 1) * пункційна аспіраційна біопсія пухлини печінки під контролем ультразвукового дослідження;
- 2) спіральна комп'ютерна томографія;
- 3) сканування печінки;
- 4) радіонуклідне дослідження;
- 5) магнітно-резонансна томографія.

2. У 54-річної пацієнтки скарги на виражену загальну слабкість, зниження маси тіла, біль у правому підребер'ї і на жовтяницю. В анамнезі резекція сигмовидної кишки з приводу раку. За результатами додаткових методів досліджень поставлений діагноз метастатичний рак лівої частки печінки. Яка оптимальна операція показана хворій:

- 1) *резекція лівої частки печінки;
- 2) клиноподібна резекція печінки;
- 3) формування білідигестивного анастомозу;
- 4) симптоматичне лікування;
- 5) селективна емболізація судин.

Додаткова задача

Хвора Н., 65 років, скаржиться на тупий біль у правому підребер'ї, погіршення апетиту, гіркоту в роті, потемніння сечі, схуднення. При огляді: шкіра й видимі слизові субіктеричні, тургор шкіри знижений. Живіт м'який, болючий у правому підребер'ї, печінка збільшена, бугриста. При УЗД в IV і V сегментах печінки виявлено вузлові утворення діаметром 3см і 4см.

- A. Сформулюйте попередній діагноз.
- Б. План обстеження.
- В. План лікування.

РАК СТРАВОХОДУ (МКХ-0-С15)

Епідеміологія:

- захворюваність складає 3,9 на 100 тис. населення;
- смертність складає 3 випадки на 100 тис. населення;
- на рак стравоходу частіше хворіють чоловіки;
- рак стравоходу складає майже 85% усіх захворювань стравоходу;
- рак стравоходу займає 3 місце серед пухлин шлунково-кишкового тракту;
- вік хворих переважно понад 50 років.

Етіологія та фактори ризику:

- хронічні дії на слизову оболонку стравоходу різних подразнювальних речовин (гостра та надмірно гаряча їжа);
- тютюнопаління;
- шкідливі звички (вживання насу);
- кила стравохідного отвору діафрагми;
- травмування слизової оболонки при вживанні в їжу дрібної риби, яку споживають разом із кістками;
- часте вживання міцних спиртних напоїв;
- синдром Пламера-Вінсона;
- короткий стравохід (стравохід Баррета);
- спадкові чинники;
- рубцеві стриктури стравоходу;
- пептичні виразки стравоходу;
- поліпи стравоходу;
- дефіцит цинку й вітаміну А.

Передракові захворювання стравоходу:

- хронічний неспецифічний езофагіт;
- лейкоплакія стравоходу;
- хронічний виразковий езофагіт.

Гістологічні форми:

- плоскоклітинний рак (зроговілий та незроговілий);
- базальноклітинний;
- аденокарцинома (залозистий);
- колоїдний.

Макроскопічні форми:

- екзофітні;
- ендофітні;
- змішані.

Клінічна класифікація - TNM

T - первинна пухлина:

- T_x - недостатньо даних для оцінки первинної пухлини;
- T₀ - первинна пухлина не визначається;
- T_{is} - преінвазивна карцинома;
- T₁ - пухлина інфільтрує базальну мембрану, слизовий та підслизовий шар;
- T₂ - пухлина інфільтрує м'язовий шар;
- T₃ - пухлина інфільтрує адвентиціальний шар;
- T₄ - пухлина поширюється на суміжні структури та органи.

N - регіонарні лімфатичні вузли:

- N_x - недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів;
- N₀ - немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів метастазами;
- N₁ - наявність метастазів у регіонарних лімфовузлах;

M - віддалені метастази:

- M_x - недостатньо даних для оцінки віддалених метастазів;
- M₀ - віддалені метастази не визначаються;
- M₁ - наявні віддалені метастази.

Ступінь диференціювання:

- G_x - недостатньо даних для оцінки ступеня диференціювання;
- G₁ - високодиференційована пухлина;
- G₂ - помірнодиференційована пухлина;
- G₃ - низькодиференційована пухлина;
- G₄ - недиференційована пухлина.

Групування за стадіями

Стадія 0	T _{is}	N ₀	M ₀
Стадія I	T ₁	N ₀	M ₀
Стадія IIА	T ₂	N ₀	M ₀
	T ₃	N ₀	M ₀
Стадія IIВ	T ₁	N ₁	M ₀
	T ₂	N ₁	M ₀
Стадія III	T ₃	N ₁	M ₀
	T ₄	N _{будь-яка}	M ₀
Стаді IV	T _{будь-яка}	N _{будь-яка}	M ₁

Клініка (поділяють на три групи)

1. Загальні симптоми:

- подразливість;
- зниження апетиту;
- загальна слабкість;
- швидка втома;
- порушення сну;
- схуднення.

2. Симптоми ураження стравоходу:

- дисфагія;
- гіперсалівація;
- біль за грудниною;
- неприємний присмак у роті;
- зригування;
- нудота;
- блювання.

3. Симптоми, що характерні для захворювань органів грудної порожнини:

- осиплість голосу внаслідок ураження поворотного нерва;
- задишка, що з'являється після приймання їжі;
- синдром Клода-Бернара-Горнера (птоз, міоз та енофтальм) при стисканні симпатичного стовбура;
- тахікардія, що з'являється після приймання їжі.

Види дисфагії:

- 1) функціональна (рефлекторна);
- 2) механічна - симптом розвинутого або занедбаного раку;
- 3) змішана.

Ступені дисфагії:

- I - початковий - порушення акту ковтання при проходженні твердої їжі;
 II - компенсований - труднощі при проходженні напіврідкої їжі;
 III - субкомпенсований - труднощі при проходженні рідини;
 IV - декомпенсований - не проходить навіть рідка їжа.

Діагностика:

- езофагоскопія;
- контрастна рентгенографія стравоходу;
- морфологічний метод;
- торакоскопія;
- біопсія лімфатичного вузла;
- КТ;
- пневмомедіастинографія;
- УЗД.

Лікування

- Операція:
 - ектирпація стравоходу за методикою Льюїса;
 - резекція стравоходу за методикою Гарлока;
 - стентування стравоходу;
 - гастростомія;
 - обхідні анастомози;
 - реканалізація стравоходу.
- Променева терапія (телсгаматерапія).
- Хіміотерапія (блеоміцин, циклофосфан, препарати платини).

Тестові завдання

1. Найбільш несприятливий морфологічний варіант раку стравоходу:

- 1) *G₄;
- 2) G₁;
- 3) G₂;
- 4) G₃;
- 5) G_x.

2. Поліповидний рак стравоходу відноситься до:

- 1) *екзофітної форми;
- 2) ендофітної форми;
- 3) змішаної форми;
- 4) мезофітної форми;
- 5) інфільтративної форми.

3. Операція Гарлока при раку стравоходу це:

- 1) *резекція;
- 2) екстирпація;
- 3) ампутація;
- 4) екзартикуляція;
- 5) езофагостомія.

4. Злоякісна пухлина стравоходу епітеліального походження:

- 1)*карцинома;
- 2) лімфангіома;
- 3) лейоміосаркома;
- 4) саркома;
- 5) меланома.

5. Операція Льюїса при раку стравоходу це:

- 1) *екстирпація;
- 2) ампутація;
- 3) розширена резекція;
- 4) резекція;
- 5) пластика.

6. Найчастіша форма раку стравоходу:

- 1) *плоскоклітинний рак;
- 2) аденокарцинома;
- 3) недиференційований рак;
- 4) саркома;
- 5) лімфосаркома.

7. Оптимальна комбінація хіміотерапії при раку стравоходу:

- 1) *5-фторурацил + цисплатин;
- 2) циклофосфан + метотрексат;
- 3) 5-фторурацил + фторафур;
- 4) адриабластин + фторафур;

5) вінкристин + фторафур.

8. Операція Гарлока частіше використовується при наступній локалізації раку стравоходу:

- 1) *нижньої третини або абдомінального відділу стравоходу;
- 2) шийного відділу стравоходу;
- 3) верхньої третини грудного відділу;
- 4) середньої третини грудного відділу;
- 5) верхніх відділів.

9. Оптимальне лікування плоскоклітинного раку верхніх відділів стравоходу при неоперабельних випадках:

- 1) *гастростомія + променева терапія;
- 2) хіміотерапія;
- 3) променева терапія;
- 4) гормонотерапія;
- 5) хіміотерапія + гормонотерапія.

10. T₃ рака стравоходу це:

- 1) *пухлина інфільтрує адвентицію;
- 2) пухлина інфільтрує слизову оболонку;
- 3) пухлина інфільтрує підслизову основу;
- 4) пухлина інфільтрує м'язовий шар;
- 5) пухлина проростає в навколишні тканини.

Основні задачі

1. У 62-річного пацієнта скарги на утруднене проходження їжі по стравоходу і підвищене слиновиділення. Був обстежений онкологом, який поставив діагноз: рак нижнього відділу стравоходу. Яка найбільш оптимальна операція показана хворому в даному випадку:

- 1) *операція Гарлока;
- 2) операція Добромілова-Торека;
- 3) операція Льюїса;
- 4) операція Крайла;
- 5) операція Дюкена.

2. У 63-річної пацієнтки скарги на погане проходження їжі по стравоходу. Який метод дослідження слід призначити для встановлення причини:

- 1) *контрастна рентгенографія стравоходу;
- 2) бронхоскопія;
- 3) ехокардіографія;
- 4) РН-метрія;
- 5) ультразвукове дослідження.

Додаткова задача

Чоловік 65 років, у минулому зловживав алкоголем. Скаржиться на прогресуючу дисфагію протягом 2 місяців. Останні 2 тижні проходить тільки рідка їжа. Протягом 3 днів непокоїть сильний кашель після декількох ковтків рідини. Підвищилась температура тіла, з'явилась задишка. При фіб्रोезофагоскопії на 26см циркулярне звуження стравоходу. При біопсії – плоскоклітинний рак.

- А. Найбільш повний діагноз.
- Б. Необхідне дообстеження.
- В. Тактика лікування.

РАК ШЛУНКА (МКХ-0-С16)

Епідеміологія:

- захворюваність складає 26,6 на 100 тис. населення;
- смертність складає 20,5 на 100 тис. населення;
- на рак шлунка частіше хворіють чоловіки;
- приблизно 90- 95 % пухлин шлунка злоякісні, а з усіх злоякісних пухлин 95 % складає рак;
- серед вперше виявлених хворих радикальному лікуванню підлягають не більше 30-38 % пацієнтів;
- вік хворих переважно 45-60 років.

Етіологія та фактори ризику:

- гостра, груба та надмірно гаряча їжа;
- тютюнопаління;
- шкідливі звички (вживання насу);
- травмування слизової оболонки при вживанні в їжу дрібної риби, яку споживають разом з кістками;
- часте вживання міцних спиртних напоїв;
- спадкові чинники;
- консерванти;
- великий вміст нерафінованих жирів у їжі;
- нітрозаміни;
- високий вміст солі в їжі;
- генетичний фактор;
- нерегулярне харчування;
- недостатнє споживання молока;
- дефіцит цинку і вітаміну С.

Передракові захворювання стравоходу:

- аденоматозні поліпи шлунка ;
- перніціозна анемія;

- виразка шлунка;
- атрофічний гастрит;
- імунодефіцити;
- хвороба Менетріє (пухлиносимулюючий гастрит);
- стан після резекції шлунка.

Гістологічні форми:

- аденокарцинома (папілярна, тубулярна, муциозна, персневидно-клітинна)
- плоскоклітинний рак (зроговілий та незроговілий);
- залозисто-плоскоклітинний рак;
- плоскоклітинний рак;
- недиференційований рак;
- некласифікований рак;
- змішаний.

Макроскопічні форми:

- екзофітні (блюдецподібний, бляшкоподібний, поліпоподібний);
- ендофітні (дифузно-інфільтративний, виразково-інфільтративний, скір, плоскоінфільтративні, субмукозні);
- змішані.

Клінічна класифікація - TNM:

T - первинна пухлина:

- T_x - недостатньо даних для оцінки первинної пухлини;
- T_0 - первинна пухлина не визначається;
- T_{is} - преінвазивна карцинома;
- T_1 - пухлина інфільтрує базальну мембрану, слизовий та підслизовий шар;
- T_{2a} - пухлина інфільтрує м'язовий шар;
- T_{2b} - пухлина інфільтрує субсерозний шар;
- T_3 - пухлина інфільтрує серозний шар;
- T_4 - пухлина поширюється на суміжні структури та органи.

N - регіонарні лімфатичні вузли:

- N_x - недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів;
- N_0 - немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів метастазами;
- N_1 - наявність метастазів у 1-6 регіонарних лімфовузлах;
- N_2 - наявність метастазів у 7-15 регіонарних лімфовузлах;
- N_3 - наявність метастазів у більше ніж у 15 регіонарних лімфовузлах.

M - віддалені метастази:

- M_x - недостатньо даних для оцінки віддалених метастазів;
- M_0 - віддалені метастази не визначаються;
- M_1 - наявні віддалені метастази.

Ступінь диференціювання:

- G_x - недостатньо даних для оцінки ступеня диференціювання;

- G₁ - високодиференційована пухлина;
- G₂ - помірnodиференційована пухлина;
- G₃ - низькодиференційована пухлина;
- G₄ - недиференційована пухлина.

Групування за стадіями

Стадія 0	T _{is}	N ₀	M ₀
Стадія IA	T ₁	N ₀	M ₀
Стадія IB	T ₁	N ₁	M ₀
	T _{2a} , T _{2b}	N ₀	M ₀
Стадія II	T ₁	N ₂	M ₀
	T _{2a} , T _{2b}	N ₁	M ₀
	T ₃	N ₁	M ₀
Стадія IIIA	T _{2a} , T _{2b}	N ₂	M ₀
	T ₃	N ₁	M ₀
	T ₄	N ₀	M ₀
Стадія IIIB	T ₃	N ₂	M ₀
Стадія IV	T ₄	N ₁₋₃	M ₀
	T ₁₋₃	N ₃	M ₀
	T _{будь-яка}	N _{будь-яка}	M ₁

Клінічні форми:

- больова (гастралгічна);
- жовтянична;
- геморагічна;
- дисфагічна;
- стеногічна;
- набрякова;
- тетанічна;
- туморозна;
- диспептична;
- кахектична;
- анемічна.

Специфічні віддалені метастази:

- метастаз Вірхова (у лівій надключичній ямці);
- метастаз Шніцлера (в прямокишково-міхуровому чи прямокишково-матковому заглибленні);
- метастаз Крукенберга (у яєчниках);
- метастаз сестри Джозеф (у пупок).

Діагностика:

- фіброезофагогастроуденоскопія;
- контрасна рентгенографія шлунка;
- морфологічний метод;

- біопсія лімфатичного вузла;
- КТ;
- лапароскопія;
- оглядова рентгенографія органів грудної клітини;
- УЗД.

Лікування

- Операція:
 - гастректомія;
 - субтотальна дистальна резекція шлунка;
 - субтотальна проксимальна резекція шлунка;
 - обхідний анастомоз;
 - гастростомія.
- Променева терапія (при локалізації процесу в проксимальному відділі);
- Хіміотерапія (доксорубіцин, циклофосфан, мітоміцин, 5-фторурацил).

Тестові завдання

1. Адекватна операція при раку антрального відділу шлунку III стадії інфільтративної форми росту:

- 1) *гастректомія;
- 2) резекція шлунка;
- 3) субтотальна резекція;
- 4) дистальна резекція;
- 5) субтотальна дистальна резекція.

2. Злоякісна епітеліальна пухлина шлунка:

- 1) *рак;
- 2) лімфосаркома;
- 3) лімфома;
- 4) саркома;
- 5) лейоміома.

2. Рентгенологічний симптом інфільтративного раку шлунка:

- 1) *потовщення складок, зміна рельєфу слизової;
- 2) дефект наповнення;
- 3) симптом "ніші";
- 4) плюс тканина;
- 5) мінус тканина.

3. Країна з високою захворюваністю на рак шлунка:

- 1) *Україна;
- 2) Великобританія;
- 3) Канада;
- 4) Грузія;
- 5) США.

4. Основний цитостатик для лікування раку шлунка:
 - 1) *5-фторурацил;
 - 2) циклофосфан;
 - 3) метотрексат;
 - 4) адриабластин;
 - 5) метаміцин-С.
5. Бляшкоподібний рак шлунка є різновидом:
 - 1) *екзофітної форми;
 - 2) ендофітної форми;
 - 3) інфільтративної форми;
 - 4) змішаної форми;
 - 5) мезофітної форми.
6. Метастаз Крукенберга:
 - 1) *яєчник;
 - 2) у надключичний лімфовузол праворуч;
 - 3) у надключичний лімфовузол з лівого боку;
 - 4) у пупок;
 - 5) в очеревину малого таза.
7. Неприятлива гістологічна форма раку шлунку:
 - 1) *персневидноклітинний;
 - 2) високодиференційована аденокарцинома;
 - 3) помірнодиференційований рак;
 - 4) папілярна аденокарцинома;
 - 5) низькодиференційований рак.
8. Адекватна операція при раку тіла шлунку II стадії екзофітної форми росту:
 - 1) *гастректомія;
 - 2) резекція 2/3 шлунка;
 - 3) парціальна резекція;
 - 4) субтотальна дистальна резекція;
 - 5) дистальна резекція.
9. Оптимальна хіміотерапія при раку шлунку:
 - 1) *мітоміцин С + циклофосфан;
 - 2) 5-фторурацил;
 - 3) фторафур;
 - 4) адриабластин;
 - 5) 5-фторурацил + адриабластин + мітоміцин С.
10. Найбільш часта локалізація раку шлунку:
 - 1) *пілороантральний відділ;
 - 2) мала кривизна;
 - 3) кардія;
 - 4) тотальна;
 - 5) передня стінка.

Основні задачі

1. У 53-річної пацієнтки скарги на болі в епігастральній ділянці, періодичну блювоту, відразу до м'ясної їжі і зниження маси тіла на 12кг за 2 місяці. Який найбільш ймовірний попередній діагноз у пацієнтки:

- 1) *рак шлунка;
- 2) гепатит;
- 3) апендицит;
- 4) виразкова хвороба шлунку;
- 5) панкреатит.

2. У 53-річного пацієнта скарги на болі в епігастральній ділянці. При фіброгастроскопії визначається виразкова форма раку шлунка, проведена біопсія. Гістологічно виявлено перстновидноклітинний рак. Яка найбільш оптимальна радикальна операція показана хворому:

- 1) *гастректомія;
- 2) субтотальна проксимальна резекція;
- 3) субтотальна дистальна резекція;
- 4) гастростома;
- 5) обхідний анастомоз.

Додаткова задача

Хворий 65-років скаржиться на помірні болі й відчуття важкості в епігастрії після їжі, відрижку тухлим, періодично виникає блювота, що приносить полегшення. Кислотність шлункового соку різко знижена, апетит нестійкий, схуд, в аналізі крові анемія. Хворіє близько півроку. При фіброгастроскопії виражена інфільтрація слизової пілороантрального відділу, увійти в 12-палу кишку не можливо. При біопсії - персневидноклітинна аденокарцинома. У лівій надключичній ділянці пальпується щільний лімфовузол розміром 2см в діаметрі.

- А. Найбільш повний діагноз.
- Б. Призначте дообстеження.
- В. Тактика лікування.

РАК ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ (МКХ-0-С25)

Епідеміологія:

- захворюваність складає 10,3 на 100 тис. населення;
- смертність складає 8,4 на 100 тис. населення;
- посідає за частотою 5 місце серед пухлин шлунково-кишкового тракту;
- рак підшлункової залози частіше зустрічається у віці 50 - 60 років;
- зустрічається переважно у чоловіків.

Етіологія та фактори ризику:

- велике споживання жиру й м'яса;
- тютюнопаління;
- нітрозаміни;
- вживання кави й алкоголю;
- бензидін, 2-нафтиламін, хлоргідрин, ароматичні гідрокарбони, ДДТ;
- азбест;
- ожиріння;
- спадкові чинники;
- цукровий діабет;
- хронічний рецидивуючий індуративний панкреатит;
- жовчнокам'яна хвороба;
- стан після резекції шлунка.

Гістологічні форми:

- аденокарцинома:
 - папілярна аденокарцинома;
 - тубулярна аденокарцинома;
 - муциозна аденокарцинома;
 - персневидноклітинний рак;
 - цистоденокарцинома;
- залозисто-плоскоклітинний рак;
- плоскоклітинний рак;
- недиференційований рак;
- некласифікований рак;
- ацинарний рак;
- пухлини панкреатичних острівців.

Клінічна класифікація - TNM

T - первинна пухлина:

T_x - недостатньо даних для оцінки первинної пухлини;

T₀ - первинна пухлина не визначається;

T₁ - пухлина обмежена підшлунковою залозою, до 2см у найбільшому вимірі;

T₂ - пухлина обмежена підшлунковою залозою, понад 2см у найбільшому вимірі;

T₃ - пухлина поширюється за межі підшлункової залози, але без ураження черевного стовбура або верхньої брижової артерії;

T₄ - пухлина поширюється на черевний стовбур або верхню брижову артерію (нерезектабельна первинна пухлина).

N - регіонарні лімфатичні вузли:

N_x - недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів;

N₀ - немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів метастазами;

N₁ - наявність метастазів у регіонарних лімфовузлах.

M - віддалені метастази:

M_x - недостатньо даних для оцінки віддалених метастазів;

M₀ - віддалені метастази не визначаються;

M₁ - наявні віддалені метастази.

Ступінь диференціювання:

G_x - недостатньо даних для оцінки ступеня диференціювання;

G₁ - високодиференційована пухлина;

G₂ - помірнодиференційована пухлина;

G₃ - низькодиференційована пухлина;

G₄ - недиференційована пухлина.

Групування за стадіями

Стадія 0	T _{is}	N ₀	M ₀
Стадія IA	T ₁	N ₀	M ₀
Стадія IB	T ₂	N ₀	M ₀
Стадія IIA	T ₃	N ₀	M ₀
Стадія IIB	T ₁	N ₁	M ₀
	T ₂	N ₁	M ₀
	T ₃	N ₁	M ₀
Стадія III	T ₄	N _{будь-яка}	M ₀
Стадія IV	T _{будь-яка}	N _{будь-яка}	M ₁

Клініка (залежить від локалізації процесу):

Рак голівки:

- жовтяниця;
- схуднення;
- дискомфорт в епігастрії;
- шкірний свербіж;
- пальпована пухлина підшлункової залози;
- асцит;
- визначається симптом Курвуазьє.

Рак тіла або хвоста:

- біль;
- схуднення;
- пальпована пухлина підшлункової залози;
- асцит;
- дискомфорт в епігастрії.

Діагностика:

- фізикальне обстеження;
- рентгенографія органів грудної клітини;
- морфологічні методи (цитологічні та гістологічні);
- ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія ;
- черезшкірна черезчінкова холангіографія;

- ангиографія;
- лапароскопія;
- лапаротомія;
- контрастна рентгенографія ШКТ;
- визначення рівня пухлинного маркера СА19-9;
- гіпотонічна дуоденографія;
- селективна целиакографія;
- КТ, СКТ;
- УЗД;
- МРТ;
- пневмоперитонеум і ретропневмоперитонеум;
- радіонуклідне дослідження.

Лікування

- Операція:
 - панкреатектомія;
 - ПДР (панкреатодуоденальна резекція);
 - резекція тіла та хвоста підшлункової залози;
 - резекція хвоста підшлункової залози;
 - обхідні анастомози;
- Променева терапія.
- Хіміотерапія (доксорубіцин, мітоміцин-С, гемзар, 5-фторурацил).

Тестові завдання

1. Найінформативніший метод діагностики раку підшлункової залози:
 - 1) *комп'ютерна томографія;
 - 2) лабораторний;
 - 3) рентгенологічний;
 - 4) лапароскопія;
 - 5) УЗД.
2. Особливості раку підшлункової залози:
 - 1) *швидке метастазування;
 - 2) стабільний ріст;
 - 3) сприятливий прогноз;
 - 4) добре лікується променевою терапією;
 - 5) легка діагностика.
3. Основний клінічний симптом раку голівки підшлункової залози:
 - 1) *жовтяниця;
 - 2) біль;
 - 3) зниження апетиту;
 - 4) блювота;
 - 5) пронос.

4. Доброякісна пухлина підшлункової залози епітеліального походження:
- 1) *аденома;
 - 2) лімфангіома;
 - 3) гемангіома;
 - 4) ліпома;
 - 5) фіброма.
5. Доброякісна пухлина підшлункової залози не епітеліального походження:
- 1) *фіброма;
 - 2) саркома;
 - 3) аденома;
 - 4) аденокарцинома;
 - 5) рак.
6. Найчастіша злоякісна пухлина підшлункової залози:
- 1) *карцинома;
 - 2) саркома;
 - 3) фібросаркома;
 - 4) ангіосаркома;
 - 5) гемангіосаркома.
7. При раку підшлункової залози частіше вражається:
- 1) *голівка;
 - 2) хвіст;
 - 3) тіло;
 - 4) тіло й хвіст;
 - 5) тотальне враження.
8. Найчастіша локалізація віддалених метастазів при раку підшлункової залози:
- 1) *печінка;
 - 2) середостіння;
 - 3) наднирники;
 - 4) простата;
 - 5) шийні лімфовузли.
9. T₁ при раку підшлункової залози це пухлина:
- 1) *до 2см (не виходить за межі залози) ;
 - 2) до 3см;
 - 3) до 2см (виходить за межі залози) ;
 - 4) більше 3см;
 - 5) більше 2см.
10. T₂ при раку підшлункової залози це пухлина:
- 1) *більше 2см у межах залози;
 - 2) до 2см у межах залози;
 - 3) більше 4см у межах залози;
 - 4) до 3см у межах залози;
 - 5) до 5см у межах залози.

Основні задачі

1. У 59-річного пацієнта жовтяниця і сильний больовий синдром в мезогастральній області з іррадіацією в спину. У правому підребер'ї пальпується збільшений, безболісний жовчний міхур. Який найбільш ймовірний попередній діагноз:

- 1) *рак голівки підшлункової залози;
- 2) змішана жовтяниця;
- 3) гемолітична жовтяниця;
- 4) паренхіматозна жовтяниця;
- 5) кіста підшлункової залози.

2. У 65-річного хворого був поставлений діагноз рак голівки підшлункової залози, механічна жовтяниця. Яка симптоматична операція показана в даному випадку:

- 1) *холедохоеюноанастомоз;
- 2) панкреатодуоденальна резекція;
- 3) резекція тіла підшлункової залози;
- 4) резекція головки підшлункової залози;
- 5) резекція тіла і хвоста підшлункової залози.

Додаткова задача

Хворий 45 років протягом місяця відчуває тупий біль у правому підребер'ї, у надчеревній ділянці, свербіж шкіри, диспептичні явища, темний колір сечі й ахолічний кал. Зазначає значне схуднення, загальну слабкість, підвищення температури тіла до субфебрильних цифр. Об'єктивно: шкіра й видимі слизові жовтяничні. При пальпації живота - позитивний симптом Курвуазьє. Загальний білірубін крові 278 ммоль/л. При УЗД печінка збільшена в розмірах, жовчний міхур і жовчні протоки розширені, конкрементів у них не виявлено. Підшлункова залоза візуалізується погано.

А. Який найбільш ймовірний діагноз?

Б. З якими захворюваннями слід диференціювати цю патологію?

В. Яке додаткове обстеження слід призначити?

Г. Яким має бути лікування?

РАК ОБОДОВОЇ КИШКИ (МКХ-0-С18)

Епідеміологія:

- захворюваність складає 21,5 на 100 тис. населення;
- смертність складає 12,3 випадки на 100 тис. населення;
- на рак ободової кишки хворіють чоловіки та жінки майже однаково;
- рак ободової кишки займає 2 місце серед пухлин шлунково-кишкового тракту;
- у структурі онкозахворюваності рак ободової кишки посідає 7 місце;
- вік пацієнтів переважно понад 60 років.

Етіологія та фактори ризику:

- нестача в харчових продуктах рослинної клітковини;
- дисбактеріоз;
- їжа, багата на білки та жири;
- часте вживання міцних спиртних напоїв;
- спадкові чинники;
- промислові канцерогени;
- дефіцит цинку та вітамінів А і С;
- дифузний сімейний поліпоз Гарднера;
- синдром Пейтца-Єгерса (характеризується поліпозом усього шлунково-кишкового тракту з пігментацією губ і щік);
- хронічний виразковий коліт;
- хвороба Крона;
- ворсинчасті та аденоматозні поліпи;
- множинні поліпи.

Гістологічні форми:

- плоскоклітинний рак (зроговілий та незроговілий);
- муцинозний (слизоутворюючий) рак;
- аденокарцинома (папілярна, тубулярна, ацинарна);
- адено-канкроїд (залозисто-плоскоклітинна форма);
- персневидноклітинний рак;
- слизовий (колоїдний) рак;
- неklasифікований рак;
- недиференційований рак.

Макроскопічні форми:

- екзофітна (поліпоподібний рак, грибоподібний рак, капустиподібний);
- ендофітна (інфільтративний рак, виразковий рак, виразково-інфільтративний рак);
- змішана (блюдцеподібний рак).

Клінічна класифікація - TNM:

T - первинна пухлина:

T_x - недостатньо даних для оцінки первинної пухлини;
T₀ - первинна пухлина не визначається;
T_{is} - преінвазивна карцинома;
T₁ - пухлина інфільтрує базальну мембрану, слизовий та підслизовий шар;
T₂ - пухлина інфільтрує м'язовий шар;
T₃ - пухлина інфільтрує адвентиційний шар;
T₄ - пухлина поширюється на суміжні структури та органи.

N - регіонарні лімфатичні вузли:

N_x - недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів;
N₀ - немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів метастазами;
N₁ - наявність метастазів у 1-3 регіонарних лімфовузлах;
N₂ - наявність метастазів у 4 та більше регіонарних лімфовузлах.

M - віддалені метастази:

M_x - недостатньо даних для оцінки віддалених метастазів;
M₀ - віддалені метастази не визначаються;
M₁ - наявні віддалені метастази.

Ступінь диференціювання:

G_x - недостатньо даних для оцінки ступеня диференціювання;
G₁ - високодиференційована пухлина;
G₂ - помірнодиференційована пухлина;
G₃ - низькодиференційована пухлина;
G₄ - недиференційована пухлина.

Групування за стадіями

Стадія 0	T _{is}	N ₀	M ₀
Стадія I	T ₁	N ₀	M ₀
	T ₂	N ₀	M ₀
Стадія IIА	T ₃	N ₀	M ₀
Стадія IIВ	T ₄	N ₀	M ₀
Стадія IIIА	T ₁ , T ₂	N ₁	M ₀
Стадія IIIВ	T ₃ , T ₄	N ₁	M ₀
Стадія IIIС	T _{будь-яка}	N ₂	M ₀
Стадія IV	T _{будь-яка}	N _{будь-яка}	M ₁

Клінічні форми:

- псевдозапальна;
- токсико-анемічна;
- диспепсична;
- ентероколітична;
- обтураційна;
- туморозна;
- больова;
- змішана.

Діагностика:

- фіброколоноскопія;
- ректороманоскопія;
- іригоскопія;
- морфологічний метод;
- лапароскопія;
- оглядова рентгенографія органів грудної клітини;
- УЗД;
- проба на приховану кров.

Лікування

- Операція:
 - правобічна геміколектомія;
 - лівобічна геміколектомія;
 - резекція поперечної ободової кишки ;
 - резекція сигмоподібної кишки;
 - обхідні анастомози;
 - стоми.
- Хіміотерапія (мітоміцин С, поліплатинен, адриабластин, фторафур, цисплатин, блеоміцин, метотрексат, кселода, кампто, елоксатин, томудекс).

Тестові завдання

1. Вкажіть III стадію раку ободової кишки:

- 1) *T₃ N₁ M₀;
- 2) T₂ N₀ M₀;
- 3) T₁ N₀ M₀;
- 4) T₃ N₁ M₁;
- 5) T₂ N₂ M₁.

2. Яка локалізація раку ободової кишки частіше обумовлює стан кишкової непрохідності:

- 1) *рак низхідної й сигмоподібної кишки;
- 2) рак сліпої кишки;
- 3) рак висхідної ободової кишки;
- 4) рак поперечної ободової кишки;
- 5) рак печінкового кута.

3. Радикальна операція при раку сігми III стадії:

- 1) *резекція сигмоподібної кишки;
- 2) операція Гартмана;
- 3) лівостороння геміколектомія;
- 4) сигмостомія;
- 5) колостомія.

4. Клінічна форма, яка часто зустрічається в правих відділах при раку ободової кишки:

- 1) *токсико-анемічна;
- 2) обтураційна;
- 3) ентероколітична;
- 4) диспепсична;
- 5) пухлиноподібна.

5. Основний шлях метастазування раку ободової кишки:

- 1) *лімфогенний;
- 2) періневральный;
- 3) гематогенний;
- 4) імплантаційний;
- 5) контактний.

6. Радикальна операція при раку низхідної ободової кишки III стадії:

- 1) *лівостороння геміколектомія;
- 2) внутрішньоочеревинна резекція;
- 3) резекція низхідної ободової кишки;
- 4) правостороння геміколектомія;
- 5) операція Гартмана.

7. Який синдром частіше зустрічається при раку лівої половини ободової кишки:

- 1) *обтураційний;
- 2) анемічний;
- 3) псевдозапальний;
- 4) больовий;
- 5) диспепсичний.

8. Найчастіша гістологічна форма раку ободової кишки:

- 1) *аденокарцинома;
- 2) недиференційований рак;
- 3) високодиференційований рак;
- 4) базальноклітинний рак;
- 5) саркома.

9. Найбільш інформативний метод діагностики раку ободової кишки:

- 1) *морфологічний;
- 2) рентгенологічний;
- 3) іригоскопія;
- 4) лабораторний;
- 5) ендоскопічний.

10. Вкажіть облігатне передракове захворювання товстої кишки:

- 1) *Поліпоз Гарднера;
- 2) коліт;
- 3) фіброма;
- 4) гемангіома;
- 5) ліпома.

Основні задачі

1. У 68-річної пацієнтки скарги на біль у правій здухвинній ділянці протягом останніх двох тижнів, зниження маси тіла на 10кг за 4 місяці. Пальпаторно визначається інфільтрат у правій здухвинній ділянці до 7см в діаметрі. Показники аналізу крові і температура тіла в нормі. Який найбільш вірогідний попередній діагноз:

- 1) *рак сліпої кишки;
- 2) рак тіла матки;
- 3) апендикулярний інфільтрат;
- 4) кіста правого яєчника;
- 5) доброякісна пухлина тонкої кишки.

2. У 73-річного пацієнта скарги на стійкі закрепи і здуття живота. Кал зі слизом і домішками крові. При пальцевому дослідженні прямої кишки, органічної патології не виявлено. При іригографії виявлена пухлина низхідної ободової кишки. Який додатковий метод діагностики допоможе у верифікації діагнозу:

- 1) *колоноскопія з біопсією;
- 2) фіброколоноскопія;
- 3) ультразвукове дослідження;
- 4) ректороманоскопія;
- 5) контрастна рентгенографія.

Додаткова задача

Хворий Б., 73 років, скаржиться на пронос із виділенням невеликої кількості темної крові й слизу, втрату маси тіла. Періодично спостерігаються затримка випорожнення і метеоризм. Хворіє 9 місяців. Об'єктивно: у лівій здухвинній ділянці при пальпації незначна ригідність черевної стінки й болючість. Нв крові - 90г/л. ШОЕ - 42мм/год. При іригоскопії з тугим наповненням кишечника на 30см від ануса визначається циркулярне звуження на 2/3 просвіту кишки протяжністю до 5см з нерівним контуром.

- А. Найбільш достовірний та повний діагноз.
- Б. Які додаткові методи дослідження слід призначити?
- В. Ваш план лікування.

РАК ПРЯМОЇ КИШКИ (МКХ-0-С18)

Епідеміологія:

- захворюваність складає 19,7 на 100 тис. населення;
- смертність складає 12,4 випадки на 100 тис. населення;
- на рак прямої кишки хворіють переважно чоловіки;
- рак прямої кишки посідає 3 місце серед пухлин шлунково-кишкового тракту;
- рак прямої кишки складає 4-6% від усіх злоякісних пухлин;
- у структурі онкозахворюваності рак ободової кишки посідає 6 місце;
- зустрічаються переважно у віці 40-60 років.

Етіологія та фактори ризику:

- нестача в харчових продуктах рослинної клітковини;
- гіподинамія;
- багата на білки та жири їжа;
- часте вживання міцних спиртних напоїв;
- спадкові чинники;
- хронічний виразковий коліт;
- хвороба Крона ;
- ворсинчасті та аденоматозні поліпи;
- множинні поліпи;
- імунодефіцит.

Гістологічні форми:

- плоскоклітинний рак (зроговілий та незроговілий);
- муцинозний (слизоутворюючий) рак;
- аденокарцинома (папілярна, тубулярна, ацинарна);
- адено-канкроїд (залозисто-плоскоклітинна форма);
- персневидноклітинний рак;
- слизовий (колоїдний) рак;
- некласифікований рак;
- недиференційований рак.

Макроскопічні форми:

- екзофітна (поліпоподібний рак, грибоподібний рак, капустиподібний, ворсинчастий);
- ендофітна (інфільтративний рак, виразковий рак, виразково-інфільтративний рак);
- змішана (блюдеподібний рак).

Клінічна класифікація - TNM:

T - первинна пухлина:

T_x - недостатньо даних для оцінки первинної пухлини;

T₀ - первинна пухлина не визначається;

T_{is} - преінвазивна карцинома;
T₁ - пухлина інфільтрує базальну мембрану, слизовий та підслизовий шар;
T₂ - пухлина інфільтрує м'язовий шар;
T₃ - пухлина інфільтрує адвентиційний шар;
T₄ - пухлина поширюється на суміжні структури та органи.

N - регіонарні лімфатичні вузли:

N_x - недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів;
N₀ - немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів метастазами;
N₁ - наявність метастазів у 1-3 регіонарних лімфовузлах;
N₂ - наявність метастазів у 4 та більше регіонарних лімфовузлах;

M - віддалені метастази:

M_x - недостатньо даних для оцінки віддалених метастазів;
M₀ - віддалені метастази не визначаються;
M₁ - наявні віддалені метастази.

Ступінь диференціювання:

G_x - недостатньо даних для оцінки ступеня диференціювання;
G₁ - високодиференційована пухлина;
G₂ - помірнодиференційована пухлина;
G₃ - низькодиференційована пухлина;
G₄ - недиференційована пухлина.

Групування за стадіями

Стадія 0	T_{is}	N₀	M₀
Стадія I	T₁	N₀	M₀
	T₂	N₀	M₀
Стадія IIА	T₃	N₀	M₀
Стадія IIВ	T₄	N₀	M₀
Стадія IIIА	T₁, T₂	N₁	M₀
Стадія IIIВ	T₃, T₄	N₁	M₀
Стадія IIIС	T_{будь-яка}	N₂	M₀
Стадія IV	T_{будь-яка}	N_{будь-яка}	M₁

Клініка:

- больовий синдром;
- патологічні виділення (кров, слиз, гній);
- проноси або закрепи;
- тенезми;
- гіпертермія;
- синдром загальної інтоксикації;
- анемія.

Діагностика:

- пальцеве дослідження прямої кишки
- ректороманоскопія;

- іригоскопія;
- морфологічний метод;
- лапароскопія;
- оглядова рентгенографія органів грудної клітини;
- УЗД;
- проба на приховану кров.

Лікування:

- Операція:
 - передня (внутрішньочеревна) резекція прямої кишки;
 - черевно-анальна резекція прямої кишки (операція Петрова-Холдіна);
 - черевно-промежинна екстирпація прямої кишки (операція Кеню-Майлса);
 - операція Гартмана;
 - ампутація прямої кишки;
 - сигмостомія.
- Хіміотерапія (мітоміцин С, поліплатилен, адриабластин, фторафур, цисплатин, блеоміцин, метотрексат, кселода, кампто, елоксатин, томудекс).

Тестові завдання

1. Оптимальний вид лікування раку прямої кишки III стадії:
 - 1) *доопераційна променева терапія + операція + хіміотерапія;
 - 2) операція;
 - 3) променева терапія;
 - 4) хіміотерапія;
 - 5) променева терапія + хіміотерапія.
2. Тактика при поліпі прямої кишки розміром до 1,5см:
 - 1) *ендоскопічне видалення з гістологічним дослідженням;
 - 2) періодичне спостереження;
 - 3) консервативне лікування;
 - 4) хіміотерапія;
 - 5) променева терапія.
3. Оптимальна радикальна операція при раку прямої кишки на 1,4см над анусом:
 - 1) *внутрішньоочеревинна резекція;
 - 2) екстирпація прямої кишки;
 - 3) резекція кишки з низведенням;
 - 4) очеревинно-анальна резекція;
 - 5) операція Кеню-Майлса.
4. Найчастіша форма раку прямої кишки:
 - 1) *аденокарцинома;

- 2) недиференційований рак;
 - 3) високодиференційований рак;
 - 4) базальноклітинний рак;
 - 5) саркома;
5. Тактика при раку прямої кишки з ознаками гострої кишкової непрохідності без віддалених метастазів:
- 1) *сигмостомія + променева терапія + радикальна операція;
 - 2) променева терапія;
 - 3) радикальна операція;
 - 4) хіміотерапія + променева терапія;
 - 5) хіміотерапія.
6. Вид радикальної операції при анальній локалізації раку прямої кишки:
- 1) *екстирпація прямої кишки;
 - 2) резекція кишки;
 - 3) сигмостомія;
 - 4) передня резекція;
 - 5) внутрішньочеревна резекція.
7. Доброякісна пухлина прямої кишки епітеліального походження:
- 1) *поліп;
 - 2) міома;
 - 3) фіброма;
 - 4) невринома;
 - 5) базаліома;
8. Основний шлях метастазування раку прямої кишки:
- 1) *гематогенний;
 - 2) контактний;
 - 3) періневральний;
 - 4) змішаний;
 - 5) імплантаційний.
9. G₁ раку прямої кишки це:
- 1) *високодиференційована пухлина;
 - 2) низькодиференційована пухлина;
 - 3) середньодиференційована пухлина;
 - 4) недиференційована пухлина;
 - 5) некласифікована пухлина.
10. Облігатні передракові захворювання при раку прямої кишки:
- 1) *поліпоз Гарднера;
 - 2) ректит;
 - 3) коліт;
 - 4) поодинокий поліп;
 - 5) геморой.

Основні задачі

1. У 72-річної пацієнтки скарги на закрепи і здуття живота. При акті дефекації кал зі слизом і домішкою свіжої крові. При пальцевому дослідженні прямої кишки - органічної патології на висоті пальця не знайдено. Який додатковий метод дослідження необхідно призначити для постановки діагнозу:

- 1) *фіброколоноскопія;
- 2) контрастна рентгенографія стравоходу;
- 3) ультразвукове дослідження;
- 4) контрастна рентгенографія шлунка;
- 5) фіброгастроскопія.

2. У 66-річного хворого скарги на наявність крові в калі і тенезми. При пальцевому дослідженні виявлена екзофітна пухлина передньої стінки прямої кишки на відстані 2см від зубчастої лінії ануса. Після повного обстеження за допомогою додаткових методів, був виставлений діагноз: рак анального відділу прямої кишки. Яка радикальна операція найбільш оптимальна в даному випадку:

- 1) *черевно-промежинна екстирпація;
- 2) черевно-анальна резекція;
- 3) внутрішньочеревна резекція;
- 4) операція Гартмана;
- 5) сигмостомія.

Додаткова задача

Хворий П., 55 років, скаржиться на біль і відчуття стороннього тіла в прямій кишці, здуття живота, закрепи, що чергується з проносом, наявність слизу і крові в калі, дизуричні розлади. Хворіє протягом 6 місяців, не лікувався. Об'єктивно: живіт піддутий, печінка біля краю реберної дуги, симптоми подразнення очеревини негативні. Загальний аналіз крові - без змін. При пальцевому дослідженні прямої кишки на її передній стінці визначається щільний вузол з горбистою поверхнею, непорушений, безболісний при пальпації; на рукавичці після дослідження - сліди крові. При ректороманоскопії - на 5см від ануса визначається щільний вузол діаметром 4см на широкій основі, з горбистою поверхнею, контактено кровоточить.

- А. Найбільш вірогідний діагноз.
- Б. Призначити додаткове обстеження.
- В. Яким буде план лікування?

ПУХЛИНИ ЗАОЧЕРЕВИННОГО ПРОСТОРУ (МКХ-0-С48)

Епідеміологія:

- пухлини заочеревинного простору зустрічаються досить рідко (0,2-0,6 % у структурі онкологічної захворюваності);
- захворюваність складає 1,8 на 100 тис. населення;
- смертність складає 1,2 на 100 тис. населення;
- пухлини заочеревинного простору частіше зустрічаються у віці від 40 до 60 років;
- пухлини заочеревинного простору частіше зустрічається у жінок;
- серед усіх пухлин заочеревинного простору частіше переважають злоякісні пухлини.

Класифікація (у залежності від походження пухлини)

- Нейрогенні пухлини:
 - пухлини нервових оболонок (злоякісна шванома);
 - пухлини парагангліонарних структур (злоякісна хемодектома);
 - пухлини симпатичної нервової системи (нейробластома);
- Пухлини мезодермального походження:
 - пухлини сполучної тканини (фібросаркома);
 - пухлини жирової тканини (ліпосаркома);
 - пухлини кровоносних судин (злоякісні гемангіоперицитома та гемангіоендотеліома);
 - пухлини непосмугованої м'язової тканини (лейоміосаркома);
 - пухлини мезенхіми (злоякісна мезенхіома);
- Некласифіковані пухлини.
- Герміногенні пухлини (тератокарцинома).

Клінічна класифікація - TNM

T - первинна пухлина:

- T_x** - недостатньо даних для оцінки первинної пухлини;
- T₀** - первинна пухлина не визначається;
- T₁** - пухлина до 5см у найбільшому вимірі;
- T_{1a}** - поверхнева пухлина до 5см у найбільшому вимірі;
- T_{1b}** - глибока пухлина до 5см у найбільшому вимірі;
- T₂** - пухлина понад 5см у найбільшому вимірі;
- T_{2a}** - поверхнева пухлина понад 5см у найбільшому вимірі;
- T_{2b}** - глибока пухлина понад 5см у найбільшому вимірі.

N - регіонарні лімфатичні вузли:

- N_x** - недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів;
- N₀** - немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів метастазами;
- N₁** - наявність метастазів у регіонарних лімфовузлах.

M - віддалені метастази:

- M_x** - недостатньо даних для оцінки віддалених метастазів;

M_0 - віддалені метастази не визначаються;

M_1 - наявні віддалені метастази.

Ступінь диференціювання:

G_x - недостатньо даних для оцінки ступеня диференціювання;

G_1 - високодиференційована пухлина;

G_2 - помірнодиференційована пухлина;

G_3 - низькодиференційована пухлина;

G_4 - недиференційована пухлина.

Групування за стадіями

Стадія IA	T_{1a}	N_0	M_0	G_{1-2}
	T_{1b}	N_0	M_0	G_{1-2}
Стадія IB	T_{2a}	N_0	M_0	G_{1-2}
Стадія IIA	T_{2b}	N_0	M_0	G_{1-2}
Стадія IIB	T_{1a}	N_0	M_0	G_{3-4}
	T_{1b}	N_0	M_0	G_{3-4}
Стадія IIC	T_{2a}	N_0	M_0	G_{3-4}
Стадія III	T_{2b}	N_0	M_0	G_{3-4}
Стадія IV	$T_{\text{будь-яка}}$	N_1	M_0	$G_{\text{будь-яка}}$
	$T_{\text{будь-яка}}$	$N_{\text{будь-яка}}$	M_1	$G_{\text{будь-яка}}$

Клініка (переважно синдрому стискання):

- кишкова непрохідність;
- біль внизу живота, що іррадіює у поперекову ділянку;
- розлади пасажу сечі;
- набряк нижніх кінцівок;
- гідронефроз;
- варикоцеле;
- портальна гіпертензія;
- збільшення живота;
- розширення підшкірних вен передньої черевної стінки;
- пальпація пухлини при великих розмірах.

Діагностика:

- фізикальне обстеження;
- рентгенографія органів грудної клітини;
- морфологічні методи (цитологічні та гістологічні);
- лапароскопія;
- лапаротомія;
- контрастна рентгенографія ШКТ;
- КТ, СКТ;
- УЗД;
- МРТ;
- пневмоперитонеум і ретропневмоперитонеум;

- радіонуклідне дослідження.

Лікування:

- хірургічний метод (операція);
- променева терапія;
- хіміотерапія.

Тестові завдання

1. T₁ пухлини заочеревинного простору:
 - 1) *до 5см в діаметрі;
 - 2) до 3см в діаметрі;
 - 3) до 4см в діаметрі;
 - 4) до 2см в діаметрі;
 - 5) до 1см в діаметрі.
2. Пухлини заочеревинного простору найчастіше зустрічаються у:
 - 1) *чоловіків;
 - 2) жінок;
 - 3) дітей;
 - 4) підлітків;
 - 5) молоді.
3. Серед злоякісних пухлин заочеревинного простору найчастіше зустрічаються:
 - 1) *саркома;
 - 2) меланома;
 - 3) остеогенна саркома;
 - 4) лімфогрануломатоз;
 - 5) рак.
4. Доброякісна пухлина заочеревинного простору мезенхімального походження:
 - 1) *фіброма;
 - 2) папілома;
 - 3) лімфома;
 - 4) невринома;
 - 5) нейрома.
5. Різновид гемобластозів, який найчастіше зустрічається у заочеревинному просторі:
 - 1) *лімфогрануломатоз;
 - 2) ангіосаркома;
 - 3) ретикулосаркома;
 - 4) лімфосаркома;
 - 5) лімфолейкоз.

6. Найефективніший метод лікування доброякісних пухлин заочеревинного простору:
- 1) *операція;
 - 2) гормонотерапія;
 - 3) хіміотерапія;
 - 4) рентгенотерапія;
 - 5) променева терапія.
7. Радикальна операція при пухлинах заочеревинного простору:
- 1) *екстирпація;
 - 2) резекція;
 - 3) широке висічення;
 - 4) ампутація;
 - 5) субтотальна резекція.
8. Фібросаркома заочеревинного простору частіше метастазує в:
- 1) *легені;
 - 2) молочну залозу;
 - 3) головний мозок;
 - 4) шкіру;
 - 5) селезінку.
9. Основний гістологічний метод діагностики пухлин заочеревинного простору при лапароскопії:
- 1) *інцизійна біопсія;
 - 2) мазок-відбиток;
 - 3) пункційна аспіраційна біопсія;
 - 4) відкрита біопсія;
 - 5) зішкріб.
10. До незрілих пухлин заочеревинного простору відноситься:
- 1) *саркома;
 - 2) фіброма;
 - 3) меланома;
 - 4) ліпома;
 - 5) карцинома.

Основні задачі

1. У 58-річного пацієнта скарги на закрепи, здуття живота і погане відходження газів. При пальпації органів черевної порожнини визначається щільна нерухома пухлина в правій клубовій ділянці до 15см в діаметрі. При фіброколоноскопії органічної патології не знайдено. Показники аналізу крові і температура тіла в нормі. Який найбільш вірогідний попередній діагноз:

- 1) *пухлина заочеревинного простору;
- 2) рак сигмовидної кишки;
- 3) апендикулярний інфільтрат;

- 4) апендицит;
- 5) рак правої нирки.

2. У 53-річної пацієнтки скарги на біль у мезогастральній ділянці і в лівому підребер'ї, яка іррадіює в спину, виражену загальну слабкість і зниження маси тіла. У лівому підребер'ї пальпується щільна горбиста нерухома пухлина до 17см в діаметрі. З боку шлунка і кишечника скарг немає. Який найбільш вірогідний попередній діагноз:

- 1) *пухлина заочеревинного простору;
- 2) рак низхідної ободової кишки;
- 3) кіста лівої нирки;
- 4) кіста селезінки;
- 5) кіста підшлункової залози.

Додаткова задача

Хворий П., 56 років, скаржиться на періодичні здуття живота, відчуття дискомфорту в животі, погане відходження газів, порушення дефекації. Об'єктивно: при пальпації живота в лівій здухвинній ділянці визначається щільний, нерухомий, помірно болючий інфільтрат 10x12см. При колоноскопії патології кишечника не виявлено. На ірігограмах – сигмоподібна кишка стиснута ззовні й відтиснена медіально та вперед об'ємним утворенням заочеревинного простору.

- А. Ваш попередній діагноз?
- Б. Призначте додаткове обстеження.
- В. Обґрунтуйте послідовність лікувальних маніпуляцій.

РАК ЛЕГЕНІВ (МКХ-0-С34)

Епідеміологія:

- займає друге місце в структурі онкологічної захворюваності;
- захворюваність складає 39,4 на 100 тис. населення;
- майже 90% випадків раку легенів припадає на вік понад 50 років;
- смертність складає 31 на 100 тис. населення;
- зустрічається переважно у чоловіків.

Етіологія та фактори ризику:

- тютюнопаління;
- промислові канцерогени: радон, азбест, нікель, хром, берилій;
- 3,4-бензипірен;
- атрофічний бронхіт;
- атмосферні фактори: забруднення радіоактивними речовинами та підвищений рівень радіації;

- спадкові чинники.

Гістологічні форми:

- плоскоклітинний рак;
- крупноклітинний (недрібноклітинний) рак: світлоклітинний рак, гігантоклітинний рак;
- аденокарцинома;
- змішаний рак;
- дрібноклітинний рак: овсяноклітинний, плеоморфний рак;
- карциноїд;
- рак бронхіальних залоз.

Клінічні форми:

- Центральний рак:
 - ендобронхіальний;
 - перибронхіальний;
 - розгалужений.
- Периферичний рак:
 - рак верхівки легені (Пенкоста);
 - кругла форма;
 - пневмонієподібна форма.
- Атипові форми:
 - кісткова;
 - серцево-судинна;
 - шлунково-кишкова;
 - печінкова;
 - ниркова;
 - медіастинальна;
 - міліарний карциноматоз.

Клінічна класифікація - TNM

T - первинна пухлина:

T_x- недостатньо даних для оцінки первинної пухлини;

T₀ - первинна пухлина не визначається;

T_{is}- преінвазивна карцинома;

T₁ - пухлина розміром до 3см у найбільшому вимірі, оточена легеневою тканиною або вісцеральною плеврою, без бронхоскопічних даних, що вказують на враження головного бронху;

T₂ - пухлина, яка має будь-яку з наступних характеристик:

- розмір більше ніж 3см у діаметрі;
- пухлина інфільтрує вісцеральну плевру;
- пухлина переходить на головний бронх на відстані 2см і більш детальніше від біфуркаційного кіля головного бронха (карини);
- пухлина супроводжується ателектазом, що поширюється на корінь легені, але не захоплює всю легеню;

T₃ - пухлина будь-якого розміру, яка прямо інфільтрує будь-яку з наступних анатомічних структур: діафрагму, грудну стінку, медіастинальну плевру, парієтальний перикард, або пухлина переходить на головний бронх на відстані менше, ніж на 2см до біфуркаційного кіля головних бронхів (але кіль не уражено), або тотальний ателектаз чи обструктивна пневмонія всієї легені;

T₄ - пухлина будь-яких розмірів, яка інфільтрує будь-яку з наступних анатомічних структур: середостіння, серце, великі магістральні судини, трахею, стравохід, тіла хребців, біфуркаційний кіль, або з наявністю плеврального ексудату із наявністю ракових клітин у ньому.

N - регіонарні лімфатичні вузли:

N_x - недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів;

N₀ - немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів метастазами;

N₁ - ураження перибронхіальних і/або лімфатичних вузлів кореня легені і внутрішньолегеневих вузлів на боці ураження, включно з безпосереднім поширенням пухлини на лімфатичні вузли;

N₂ - ураження одного або кількох лімфатичних вузлів середостіння на боці ураження і/або біфуркаційних;

N₃ - ураження одного або кількох контрлатеральних лімфатичних вузлів середостіння, контрлатеральних вузлів кореня, або прескаленних чи надключичних лімфатичних вузлів на боці ураження або на протилежному боці.

M - віддалені метастази:

M_x - недостатньо даних для оцінки віддалених метастазів;

M₀ - віддалені метастази не визначаються;

M₁ - наявні віддалені метастази.

Ступінь диференціювання:

G_x - недостатньо даних для оцінки ступеня диференціювання;

G₁ - високодиференційована пухлина;

G₂ - помірнодиференційована пухлина;

G₃ - низькодиференційована пухлина;

G₄ - недиференційована пухлина.

Групування за стадіями

Прихований рак	T _x	N ₀	M ₀
Стадія 0	T _{is}	N ₀	M ₀
Стадія IA	T ₁	N ₀	M ₀
Стадія IB	T ₂	N ₀	M ₀
Стадія IIA	T ₁	N ₁	M ₀
Стадія IIB	T ₂	N ₁	M ₀
	T ₃	N ₀	M ₀
Стадія IIIA	T ₁	N ₂	M ₀
	T ₂	N ₂	M ₀
	T ₃	N ₁	M ₀
	T ₃	N ₂	M ₀

Стадія IIIВ	T _{будь-яка}	N ₃	M ₀
	T ₄	N _{будь-яка}	M ₀
Стадія IV	T _{будь-яка}	N _{будь-яка}	M ₁

Клініка центрального раку легені:

- кашель;
- кровохаркання;
- задишка;
- біль у грудях.

Паранеопластичні прояви:

- гіперкальціємія або гіпокаліємія;
- синдром Кушинга;
- м'язова слабкість;
- гіпонатріємія;
- остеоартропатія;
- гіпонатріємія.

Діагностика:

- рентгенографія органів грудної клітини;
- бронхоскопія;
- трансторакульна пункційна аспіраційна біопсія пухлини;
- морфологічні методи (цитологічні та гістологічні);
- медіастиноскопія;
- торакоскопія;
- біопсія лімфатичного вузла;
- КТ;
- УЗД.

Лікування:

- Хірургічний метод (операція):
 - пульмонектомія;
 - лобектомія;
 - білобектомія;
 - комбіновані (пульмонектомія, лобектомія, білобектомія);
 - розширені (пульмонектомія, лобектомія, білобектомія);
 - клиновидні резекції;
 - сегментектомія.
- Променева терапія: телегаматерапія.
- Хіміотерапія (цисплатин, вінкрисдин, метотрексат, етопозид, таксотер, циклофосфан, циклофосфамід, адриаміцин).

Тестові завдання

1. Яка гістологічна форма раку легенів має найменшу 5-річну виживаємість:
 - 1) *дрібноклітинний рак;

- 2) аденокарцинома;
- 3) плоскоклітинний рак;
- 4) низькодиференційований крупноклітинний рак;
- 5) світлоклітинний рак.

2. Синдром Горнера спостерігається при розповсюдженні злоякісного процесу на наступну анатомічну структуру:

- 1) *симпатичний стовбур;
- 2) поворотний нерв;
- 3) блукаючий нерв;
- 4) діафрагмальний нерв;
- 5) плечове сплетіння.

3. Яка макроскопічна форма раку легенів відноситься до периферичного:

- 1) *кулястий рак;
- 2) ендобронхіальний рак;
- 3) екзобронхіальний рак;
- 4) аденокарцинома;
- 5) медіастинальна форма.

4. Яка локалізація раку часто метастазує в головний мозок:

- 1) *рак легенів;
- 2) рак нижньої губи;
- 3) рак грудної залози;
- 4) рак шлунку;
- 5) рак прямої кишки.

5. Вкажіть радикальну операцію при центральному раку легенів:

- 1) *пульмонектомія;
- 2) резекція ураженого бронха;
- 3) сегментарна резекція;
- 4) клиновидна резекція;
- 5) парціальна резекція.

6. До чого призводить повна обтюрція бронха при раку легенів:

- 1) *ателектазу;
- 2) вікарній емфіземі;
- 3) реактивному плевриту;
- 4) пневмотораксу;
- 5) гіповентиляції.

7. Резекція легенів не має переваги перед хіміопроменевим лікуванням раку легенів у випадку:

- 1) *дрібноклітинний рак;
- 2) плоскоклітинний рак без ороговіння;
- 3) аденокарцинома;
- 4) плоскоклітинний рак з ороговінням;
- 5) солідний рак.

8. Розгалужений рак є різновидом:

- 1) *центрального раку легенів;
- 2) раку атипії легенів;
- 3) периферичного раку легенів;
- 4) пневмонієподібного раку легенів;
- 5) раку Пенкоста.

9. Вкажіть основну тріаду скарг при центральному раку легенів:

- 1) *кровохаркання, задишка, кашель ;
- 2) кашель, схуднення, підвищена стомлюваність;
- 3) задишка, нездужання, підвищення температури;
- 4) задишка, схуднення, головний біль;
- 5) кровохаркання, біль, підвищення температури.

10. Куди найчастіше метастазує рак легенів:

- 1) *лімфатичні вузли середостіння;
- 2) печінка;
- 3) кістки;
- 4) головний мозок;
- 5) молочна залоза.

Основні задачі

1. У хворого 59 років після ретельного обстеження з використанням комп'ютерної томографії виявлено пухлину нижньої частки правої легені розмірами 3 x 4см та метастази в лімфатичні вузли середостіння з лівого боку. З допомогою бронхоскопії верифіковано плоскоклітинний рак. Яка стадія раку легень в даного хворого:

- 1)* III a;
- 2) II;
- 3) II b;
- 4) I b;
- 5) I.

2. Хворий А., 55 р., скаржиться на кашель протягом 2 міс. з гнійним харкотинням, кровохаркання, підвищення температури тіла, загальну слабкість. Працює електрозварювальником, багато палить. При аналізі харкотиння: атипівні клітини. Ваш діагноз:

- 1) *рак легені;
- 2) туберкульоз легені;
- 3) абсцес легені;
- 4) пневмонія;
- 5) бронхіт.

Додаткова задача

До лікаря звернувся чоловік 49 років зі скаргами на біль у колінних суглобах, сухий кашель. Раніше не хворів. Хронічний курець. При обстеженні: деформації суглобів немає. ШОЕ - 48мм/год. Проби на ревматизм негативні. На рентгенограмах колінних суглобів визначається потовщення кіркового шару і окістя в метаепіфізарній ділянці стегнових та великих гомілкових кісток з обох боків. При рентгенографії ОГК - в прикореневій зоні правої легені тяжкість, в верхній частці правої легені кругле неоднорідне затемнення з променистими контурами 5см в діаметрі.

А. Найбільш ймовірний і повний діагноз?

Б. Яке дообстеження слід призначити?

В. План лікування.

ПУХЛИНИ СЕРЕДОСТІННЯ (МКХ-0-С38)

Епідеміологія:

- пухлини середостіння зустрічаються досить рідко (біля 1% у структурі онкологічної захворюваності);
- пухлини середостіння частіше зустрічаються у віці до 50 років;
- пухлини середостіння частіше зустрічаються переважно у жінок;
- серед пухлин середостіння переважають доброякісні пухлини.

Класифікація:

- новоутворення органів середостіння;
- первинні пухлини середостіння;
- пухлини із тканин, що обмежують середостіння;
- вторинні (метастатичні) пухлини.

Класифікація (в залежності від походження пухлин):

- нсйрогенні пухлини;
- пухлини вилочкової залози;
- пухлини лімфоїдної тканини;
- некласифіковані пухлини;
- герміногенні пухлини;
- мезотеліома плеври;
- мезенхімальні пухлини;
- метастатичні (вторинні).

Клінічна класифікація:

- для пухлин середостіння проводиться за системою TNM згідно походженню пухлини (при нейрогенних та мезенхімальних пухлинах за системою TNM для пухлин м'яких тканин і т.д.)

Клініка (переважно синдроми стискання):

- синдром верхньої порожнистої вени (набряк та одутлуватість обличчя, розширення та пульсація шийних вен, ціаноз слизових оболонок, шум у вухах);

- синдром стискання головних бронхів (задишка, кашель, клініка дихальної недостатності, кровохаркання);

- синдром стискання трахеї (задишка, кашель, клініка дихальної недостатності, кровохаркання);

- синдром нижньої порожнистої вени (набряк нижніх кінцівок і нижньої частини тулуба, розширення і набухання вен нижніх кінцівок, розширення підшкірних вен передньої черевної стінки, carut meduse);

- синдром стискання судин (тахікардія, підвищення або зниження артеріального тиску);

- синдром стискання стравоходу (парадоксальна дисфагія);

- синдром стискання серця (біль, тахікардія, перебої у роботі серця);

- синдром стискання нервів:

- синдром Клода-Бернара-Горнера (птоз, міоз та енофтальм) при стисканні симпатичного стовбура;

- гикавка при стисканні діафрагмального нерву;

- осиплість голосу внаслідок ураження поворотного нерву;

- біль;

- синдром порушення загального стану (гіпертермія, загальна слабкість, втомлюваність, схуднення, підвищена пітливість, зниження апетиту);

- Паранеопластичні синдроми (синдром Кушинга, м'язова слабкість).

Діагностика:

- фізикальне обстеження;

- рентгенографія органів грудної клітини;

- бронхоскопія;

- трансторакальна голкова пункція та аспіраційна біопсія пухлини;

- морфологічні методи (цитологічні та гістологічні);

- медіастиноскопія;

- торакоскопія;

- біопсія лімфатичного вузла;

- КТ;

- УЗД;

- пневмомедіастинографія;

- пневмоторакографія;

- МРТ;

- езофагоскопія.

Лікування:

- Хірургічний метод (операція);

- Променева терапія;

- Хіміотерапія.

Тестові завдання

1. Найінформативніший метод діагностики пухлин середостіння:
 - 1) *морфологічний;
 - 2) рентгенографія;
 - 3) комп'ютерна томографія;
 - 4) медіастиноскопія;
 - 5) діагностичний пневмоторакс.
2. Пухлина середостіння неvroгенного походження:
 - 1) *феохромочитома;
 - 2) лімфома;
 - 3) лімфогрануломатоз;
 - 4) фіброма;
 - 5) ліпосаркома.
3. До неорганних пухлин середостіння відносяться:
 - 1) *ліпома;
 - 2) тимоцитома;
 - 3) тимофіброма;
 - 4) тимоліпома;
 - 5) грануломатозна ліпома.
4. Пухлина середостіння мезенхімального походження:
 - 1) *гемангіосаркома;
 - 2) феохромочитома;
 - 3) лімфома;
 - 4) лімфогрануломатоз;
 - 5) лімфосаркома.
5. До неорганних пухлин середостіння відносяться:
 - 1) *лімфогрануломатоз;
 - 2) тимоліпома;
 - 3) тимоцитома;
 - 4) гранулематозна тимома;
 - 5) внутрішньогрудний зоб.
6. Найінформативніший метод діагностики пухлини середостіння:
 - 1) *торакотомія;
 - 2) ангіографія;
 - 3) рентгенографія;
 - 4) пневмомедіастіnum;
 - 5) торакоскопія.
7. Основний метод лікування медіастинального лімфогрануломатоза:
 - 1) *променева терапія;
 - 2) гормонотерапія;
 - 3) операція;
 - 4) дезінтоксикаційна терапія;

5) гормонотерапія.

8. Нейрогенні пухлини середостіння найчастіше розвиваються з:

- 1) *симпатичного стовбура;
- 2) правого діафрагмального нерва;
- 3) лівого діафрагмального нерва;
- 4) діафрагмальних нервів;
- 5) нервів перикарда.

9. Пухлина середостіння мезенхімального походження:

- 1) *гемангіома;
- 2) тератома;
- 3) дермоїдна кіста;
- 4) лімфома;
- 5) лімфосаркома

10. Основний симптом при стисканні нижньої порожнистої вени:

- 1) *набряк нижніх кінцівок;
- 2) одутловатість обличчя;
- 3) головний біль;
- 4) набряк верхніх кінцівок;
- 5) набухання шийних вен.

Основні задачі

1. У 38-річного пацієнта скарги на одутловатість обличчя, набряк шиї і верхньої частини тулуба, при огляді спостерігається набухання і пульсація шийних вен. Який найбільш ймовірний діагноз:

- 1) *пухлина верхнього середостіння;
- 2) тимома;
- 3) пухлина нижнього середостіння;
- 4) саркоїдоз;
- 5) центральний рак легені.

2. У 49-річної пацієнтки скарги на набряки нижніх кінцівок і нижньої частини тулуба, при огляді відзначається розширення підшкірних вен нижніх кінцівок і передньої черевної стінки. Який найбільш ймовірний діагноз:

- 1) *пухлина нижнього середостіння;
- 2) тимома;
- 3) пухлина верхнього середостіння;
- 4) саркоїдоз;
- 5) периферичний рак легені.

Додаткова задача

Хворий скаржиться на задишку, набряк обличчя та рук. При огляді: очні щілини звужені, шийні вени розширені, шия потовщена, надключичні ямки набухають, вени верхніх кінцівок і грудної стінки розширені. При рентгенологічному обстеженні визначається розширення і зміщення в правий бік тіні середостіння.

- А. Найбільш ймовірний і повний діагноз?
- Б. Яке дообстеження слід призначити?
- В. План лікування.

ПУХЛИНИ ПЛЕВРИ (МКХ-0-С38)

Епідеміологія:

- мезотеліома плеври зустрічається досить рідко (захворюваність 2,3 на 100 тис. населення);
- пухлина плеври частіше зустрічається у віці понад 40 років;
- зустрічається переважно у чоловіків.

Етіологія:

- азбест;
- радіація;
- тютюнопаління;
- забрудненість довкілля;
- вірус мавп;
- генетична схильність.

Класифікація:

- первинні;
- вторинні;
- доброякісні;
- злоякісні.

Гістологія:

- епітеліальна мезотеліома;
- фіброзна саркоматозна (веретеноподібна) мезотеліома;
- змішана мезотеліома (біфазна).

Макроскопічні форми:

- вузлова;
- дифузна.

Клінічна класифікація - TNM

T - первинна пухлина:

T_x - недостатньо даних для оцінки первинної пухлини;

T₀ - первинна пухлина не визначається;

T₁ - пухлина поширюється на парієтальну плевру з боку ураження; вогнищевим ураженням вісцеральної плеври або без неї;

T_{1a} - пухлина поширюється на парієтальну (медіастинальну, діафрагмальну) плевру з боку ураження; без вогнищєвого ураження вісцеральної плеври;

T_{1b} - пухлина поширюється на парієтальну (медіастинальну, діафрагмальну) плевру з боку ураження; з вогнищєвим ураженням вісцеральної плеври;

T₂ - пухлина поширюється на будь яку парієтальну плевру з боку ураження і є принаймні одна з таких ознак:

- зливна пухлина вісцеральної плеври (включаючи борозну);
- проростання в діафрагмальний м'яз;
- проростання в паренхіму легені.

T₃ - пухлина поширюється на будь-яку парієтальну плевру з боку ураження і є принаймні одна з таких ознак:

- проростання в жирову тканину середостіння;
- окреме вогнище пухлини, яке поширюється на м'які тканини грудної клітини;
- нетрансмуральне ураження перикарда.

T₄ - пухлина поширюється на будь-яку парієтальну плевру з боку ураження і є принаймні одна з таких ознак:

- дифузне або багатовогнищєве ураження пухлиною, яке поширюється на м'які тканини грудної клітини;
- на будь-яке ребро;
- поширення через діафрагму на перитонеум;
- ураження будь якого органа (органів) середостіння;
- безпосереднє поширення на контрлатеральну плевру;
- проростання в хребець;
- поширення на внутрішню поверхню перикарду;
- перикардіальний випіт з позитивним висновком цитологічного дослідження;
- інвазія в міокард;
- поширення на бронхіальне сплетення;

N - регіонарні лімфатичні вузли:

N_x - недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів;

N₀ - немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів метастазами;

N₁ - метастази в лімфатичний вузол (вузли) з боку ураження: бронхопультмональні і/ або кореня легенів;

N₂ - метастази в лімфатичний вузол (вузли): під carina tracheae/ або внутрішні грудні чи медіастинальні з боку ураження;

N₃ - метастази в контрлатеральні лімфатичні вузли середостіння, внутрішні грудні, кореня легенів і/ або прискаленні чи надключичні (з боку ураження або контрлатеральні) лімфатичні вузли;

M - віддалені метастази:

M_x - недостатньо даних для оцінки віддалених метастазів;

M₀ - віддалені метастази не визначаються;

M_1 - наявні віддалені метастази.

Ступінь диференціювання:

G_x - недостатньо даних для оцінки ступеня диференціювання;

G_1 - високодиференційована пухлина;

G_2 - помірнодиференційована пухлина;

G_3 - низькодиференційована пухлина;

G_4 - недиференційована пухлина.

Групування за стадіями

Стадія I	T_1	N_0	M_0
Стадія IA	T_{1a}	N_0	M_0
Стадія IB	T_{1b}	N_0	M_0
Стадія II	T_2	N_0	M_0
Стадія III	$T_{1,2}$	N_1	M_0
	$T_{1,2}$	N_2	M_0
	T_3	N_0, N_1, N_2	M_0
Стадія IV	$T_{\text{будь-яка}}$	N_3	M_0
	T_4	$N_{\text{будь-яка}}$	M_0
	$T_{\text{будь-яка}}$	$N_{\text{будь-яка}}$	M_1

Клініка:

- біль;
- синдром Клода-Бернара-Горнера;
- задишка (за рахунок плеврального випоту);
- сухий кашель;
- гіпертермія.

Діагностика:

- фізикальне обстеження;
- рентгенографія органів грудної клітини;
- імуногістохімічне дослідження;
- трансторакальна голкова пункційна аспіраційна біопсія пухлини;
- морфологічні методи (цитологічні та гістологічні);
- медіастиноскопія;
- торакоскопія;
- біопсія лімфатичного вузла;
- КТ;
- УЗД;
- пневмомедіастинографія;
- пневмоторакографія;
- МРТ;
- позитронно-емісійна томографія.

Лікування:

- оперативне:

- плевректомія (декортикація);
- екстраплевральна пульмонектомія.
- променева терапія;
- хіміотерапія (мітоміцин, цисплатин, доксорубіцин, карбоплатин, дигідроазацитидин, триметрексат, едатрексат).

Тестові завдання

1. Мезотеліома плеври частіше зустрічається у віці:
 - 1) *старше 40 років;
 - 2) 30-40 років;
 - 3) до 40 років;
 - 4) 20-30 років;
 - 5) 25-40 років.
2. Етіологічний фактор розвитку мезотеліоми плеври:
 - 1) *радіація;
 - 2) хронічна інфекція;
 - 3) сонячна інсоляція;
 - 4) вірус папіломи людини;
 - 5) гормональний дисбаланс.
3. Гістологічна форма мезотеліоми плеври:
 - 1) *біфазна;
 - 2) аденокарцинома;
 - 3) плоскоклітинна;
 - 4) дрібноклітинна;
 - 5) базальноклітинна.
4. T_{1a} мезотеліоми плеври:
 - 1) *пухлина поширюється на парієтальну (медіастинальну, діафрагмальну) плевру з боку ураження; без вогнищового ураження вісцеральної плеври;
 - 2) пухлина поширюється на парієтальну (медіастинальну, діафрагмальну) плевру з боку ураження; з вогнищевим ураженням вісцеральної плеври;
 - 3) пухлина розміром до 2см;
 - 4) пухлина розміром до 3см;
 - 5) пухлина розміром до 5см.
5. N₁ мезотеліоми плеври:
 - 1) *метастази в лімфатичний вузол (вузли) з боку ураження: бронхо-пульмональні і/ або кореня легенів;
 - 2) метастази в лімфатичний вузол (вузли) з протилежного боку ураження: бронхо-пульмональні і/ або кореня легенів;
 - 3) метастази в лімфатичний вузол (вузли): під carina tracheae/ або внутрішні грудні чи медіастинальні з боку ураження;
 - 4) метастаз розміром до 2см;

- 5) метастаз розміром до 5см.
6. G₂ мезотеліоми плеври:
- 1) *помірнодиференційована пухлина;
 - 2) високодиференційована пухлина;
 - 3) недостатньо даних для оцінки ступеня диференціювання;
 - 4) низькодиференційована пухлина;
 - 5) недиференційована пухлина.
7. T₁N₁M₀ мезотеліоми плеври відповідає:
- 1) *IIIА стадія;
 - 2) II стадія;
 - 3) IIА стадія;
 - 4) I стадія;
 - 5) IA стадія.
8. Найінформативніший метод діагностики мезотеліоми плеври:
- 1)*морфологічний;
 - 2) УЗД;
 - 3) рентгенографія ОГК;
 - 4) термографія;
 - 5) сканування.
9. Цитологічний метод діагностики мезотеліоми плеври:
- 1)*мазок з центрифугату рідини в плевральній порожнині;
 - 2) інцизійна біопсія;
 - 3) ексфолюативна біопсія;
 - 4) ексцизійна біопсія;
 - 5) трипан біопсія.
10. Найефективніший хіміотерапевтичний препарат для лікування мезотеліоми плеври:
- 1) *цисплатин;
 - 2) дакарбазин;
 - 3) прокарбазин;
 - 4) натулан;
 - 5) тамоксіфен.

Основні задачі

1. У 58-річного хворого скарги на схуднення і сухий кашель. Об'єктивно визначається притуплення перкуторного звуку нижче кута лопатки над лівою легенею. Проведена плевральна пункція, отримані типові клітини. Який найбільш ймовірний діагноз:

- 1) *метастатичний плеврит;
- 2) туберкульозний плеврит;
- 3) парапневмонічний плеврит;
- 4) ревматоїдний плеврит;
- 5) емпієма плеври.

2. У 55-річного пацієнта скарги на зниження апетиту, виражену загальну слабкість, зниження апетиту, задишку і сухий кашель. Перкуторно над правою легенею - притуплення перкуторного звуку нижче кута лопатки. При проведенні плевральної пункції отримано 250мл геморагічної рідини. При відсоторакоскопії виявлена пухлина плеври. Який найбільш вірогідний попередній діагноз:

- 1) *мезотеліома плеври;
- 2) емпієма плеври;
- 3) туберкульоз плеври;
- 4) периферичний рак правої легені;
- 5) рак Пенкоста.

Додаткова задача

Хворий К., 54 роки, скаржиться на слабкість, зниження апетиту, схуднення, сухий кашель. Об'єктивно: перкуторно над легеньми з правого боку притуплення перкуторного звуку нижче кута лопатки. При аускультатії - над притупленням дихання не вислуховується. Проведена плевральна пункція, евакуйовано біля 2000мл геморагічної рідини, в плевральній рідині виявлені злоякісні клітини. При СКТ грудної клітини в правій плевральній порожнині виявлено пухлину правильної округлої форми 4см в діаметрі, що виходить з парієтальної плеври реберно-діафрагмального синуса, проростає в паренхіму легені. Лімфовузли коренів легень та середостіння не збільшені.

- А. Який найбільш вірогідний і повний діагноз?
- Б. План додаткового обстеження
- В. План лікування

РАК ШКІРИ (МКХ-0-С44)

Епідеміологія:

- займає друге місце в структурі онкологічної захворюваності;
- захворюваність складає 36,3 на 100 тис. населення;
- рак шкіри складає приблизно 10% в загальній структурі захворюваності злоякісними новоутвореннями;
- приблизно 90 % усіх злоякісних пухлин шкіри локалізуються в ділянці голови та шиї;
- зустрічається переважно у похилому віці.

Етіологія та фактори ризику:

- тривала та інтенсивна сонячна інсоляція;
- механічні та термічні травми шкіри;
- післяопікові рубці;

- радіоактивне опромінення;
- атмосферні фактори (вітряність, мороз, вологість).

Облігатні передраки шкіри:

- пігментна ксеродерма;
- хвороба Боуена;
- еритроплазія Кейра;
- хвороба Педжета.

Факультативні передраки:

- старечий кератоз;
- кератоакантома;
- шкірний ріг;
- трофічні виразки;
- пізні променеві виразки;
- рубці;
- стареча тератома;

Гістологічні форми:

- плоскоклітинний рак;
- базаліома;
- аденокарцинома;
- недиференційований рак;
- змішаний рак;
- рак Педжета.

Клінічні форми:

- поверхнева форма;
- папілярна форма (екзофітна)
- інфільтративна (ендофітна) форма.

Клінічна класифікація - TNM

T - первинна пухлина:

- T_x** - недостатньо даних для оцінки первинної пухлини;
- T₀** - первинна пухлина не визначається;
- T_{is}** - прerinвазивна карцинома;
- T₁** - пухлина до 2см у найбільшому вимірі;
- T₂** - пухлина до 5см у найбільшому вимірі;
- T₃** - пухлина понад 5см у найбільшому вимірі;
- T₄** - пухлина, яка проростає такі суміжні структури.

N - регіонарні лімфатичні вузли:

- N_x** - недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів;
- N₀** - немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів метастазами;
- N₁** - наявність метастазів у регіонарних лімфовузлах.

M - віддалені метастази:

- M_x** - недостатньо даних для оцінки віддалених метастазів;
- M₀** - віддалені метастази не визначаються;

M_1 - наявні віддалені метастази.

Ступінь диференціювання:

G_x - недостатньо даних для оцінки ступеня диференціювання;

G_1 - високодиференційована пухлина;

G_2 - помірнодиференційована пухлина;

G_3 - низькодиференційована пухлина;

G_4 - недиференційована пухлина.

Групування за стадіями

Стадія 0	T_0	N_0	M_0
Стадія I	T_1	N_0	M_0
Стадія II	T_{2-3}	N_0	M_0
Стадія III	T_4	N_0	M_0
Стадія IV	$T_{\text{будь-яка}}$	$N_{\text{будь-яка}}$	M_1

Діагностика:

- огляд;
- анамнез;
- об'єктивне обстеження;
- морфологічні методи (цитологічні та гістологічні).

Лікування:

- Хірургічний метод (операція, кріодеструкція, лазерна ексцизія, електроексцизія);
- Променева терапія (близькофокусна рентгенотерапія, телегаматерапія);
- Хіміотерапія (5-фторурацил, блесоміцин).

Тестові завдання

1. Назвіть факультативне передракове захворювання шкіри:

- 1) *кератоакантома;
- 2) пігментна ксеродерма;
- 3) еритроплазія Кейра;
- 4) хвороба Педжета;
- 5) хвороба Боуена.

2. Який розмір пухлини шкіри характеризує $T_4 N_0 M_0$:

- 1) *проростає в навколишні тканини;
- 2) більше 3см в діаметрі;
- 3) більше 4см в діаметрі;
- 4) більше 5см в діаметрі;
- 5) більше 2см в діаметрі.

3. Вкажіть найінформативніший метод діагностики раку шкіри:

- 1) *морфологічний;
- 2) лабораторний;
- 3) УЗД;

- 4) термографія;
 - 5) клінічний.
4. Назвіть оптимальне лікування T₁ рака шкіри:
- 1) *кріохірургія;
 - 2) хіміотерапія;
 - 3) лазерна терапія + хіміотерапія;
 - 4) хірургія + гормонотерапія;
 - 5) хіміотерапія + променева терапія.
5. Вкажіть облігатне передракове захворювання шкіри:
- 1) *хвороба Боуена;
 - 2) хронічні виразки;
 - 3) старечий кератоз;
 - 4) кератоакантома;
 - 5) шкірний ріг.
6. Який розмір раку шкіри характеризує T₃ :
- 1) *більше 4см в діаметрі;
 - 2) до 5см в діаметрі;
 - 3) більше 5см в діаметрі;
 - 4) проростає в навколишні тканини;
 - 5) до 2см в діаметрі.
7. Вкажіть оптимальний метод огорожі матеріалу для цитологічної діагностики раку шкіри:
- 1) *мазок-відбиток;
 - 2) аспіраційна біопсія;
 - 3) ексцизійна біопсія;
 - 4) відкрита біопсія;
 - 5) трипан біопсія.
8. Вкажіть основний шлях метастазування раку шкіри:
- 1) *лімфогенний;
 - 2) контактний;
 - 3) гематогенний;
 - 4) імплантаційний;
 - 5) шляхом дисемінації.
9. Вкажіть облігатне передракове захворювання шкіри:
- 1) *пігментна ксеродерма;
 - 2) старечий кератоз;
 - 3) рубці;
 - 4) хронічні виразки;
 - 5) незаживаючі рани.
10. Яка найменш злоякісна пухлина шкіри:
- 1) *базаліома;
 - 2) неороговіваючий плоскоклітинний рак;

- 3) аденокарцинома;
- 4) ороговіваючий плоскоклітинний рак;
- 5) змішано-клітинний рак.

Основні задачі

1. У 67-річного пацієнта з'явилося виразкування шкіри щоки розміром 1,5x2,5см. Попередній діагноз: рак шкіри обличчя T₂N₀M₀. Який найбільш інформативний метод для верифікації діагнозу:

- 1) *інцизійна біопсія;
- 2) термографія;
- 3) ультразвукове дослідження;
- 4) радіоізотопний метод;
- 5) спіральна комп'ютерна томографія.

2. У 59-річного хворого протягом року на шкірі скроневої ділянки виявлено пухлиноподібне утворення сіруватого кольору з виразкуванням в центрі, діаметром до 1см. Регіонарні лімфовузли не збільшені. Найбільш ймовірний діагноз:

- 1) *базаліома;
- 2) невус;
- 3) дискератоз;
- 4) гіперкератоз;
- 5) недиференційований рак.

Додаткова задача

Жінка 66 років, півроку тому помітила виразку на верхній третині правого стегна, на місці рубця після опіку. Виразка швидко збільшувалася, почала кровоточити. Термічний опік отримала близько 20 років тому. Об'єктивно: на верхній третині правого стегна виразка розміром близько 4,0см, з інфільтрованими, підритими краями, хрящоподібної консистенції, обмежено рухома, контактено кровоточить. У паховій ділянці пальпується щільний безболісний рухливий лімфовузол до 1,5см в діаметрі. При цитологічному дослідженні зіскрібка з дна виразки виявлені клітини плоскоепітеліального раку.

- А. Встановіть діагноз.
- Б. Призначте дообстеження.
- В. Складіть план лікування.

МЕЛАНОМА (МК-С43)

Епідеміологія:

- займає 13 місце в структурі онкологічної захворюваності;
- захворюваність складає 5,7 на 100 тис. населення;
- меланома складає приблизно 1-10% злоякісних пухлин шкіри;
- на меланому частіше хворіють жінки;
- зустрічаються переважно віком 40-60 років.

Етіологія та фактори ризику:

- сонячна інсоляція;
- радіаційні впливи;
- сонячні опіки;
- травматизація пігментних невусів;
- хімічні чинники;
- біологічні чинники.

Меланомонебезпечні невуси:

- гігантський волосяний пігментний невус;
- меланоз шкіри Дюбрея (облігатний передмеланоз);
- невус Отта;
- Лентиго;
- пограничний невус;
- голубий (синій) невус.

Гістологічні форми:

- епітеліоїдноклітинний;
- веретенноклітинний;
- невоклітинний;
- змішаноклітинний.

Клінічні форми:

- вузлова форма (10%-30%);
- поверхнево-розповсюджена (39%-75%) усіх меланом;
- злоякісна лентигіозна (10%-13%);
- інфільтративно-виразкова.

Рівні інвазії меланоми за Кларком:

I рівень - пухлина розташована в епідермісі;

II рівень - пухлина проростає в базальну мембрану й інфільтрує в сосочковий шар дерми;

III рівень - пухлина досягає верхньої половини сітчастого шару;

IV рівень - пухлина проростає сітчастий шар шкіри;

V рівень - інвазія пухлини за межі дерми в підшкірну жирову клітковину.

Клінічна класифікація -TNM:

T - первинна пухлина:

pT₁ - I, II рівень інвазії за Кларком;

pT_2 - III рівень інвазії за Кларком;
 pT_3 - IV рівень інвазії за Кларком;
 pT_4 - V рівень інвазії за Кларком.

N - регіонарні лімфатичні вузли:

N_x - недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів;
 N_0 - немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів метастазами;
 N_1 - наявність метастазів у регіонарних лімфовузлах розмірами до 3см;
 N_2 - наявність метастазів у регіонарних лімфовузлах розмірами більше 3см.

M - віддалені метастази:

M_x - недостатньо даних для оцінки віддалених метастазів;
 M_0 - віддалені метастази не визначаються;
 M_1 - наявні віддалені метастази.

Ступінь диференціювання:

G_x - недостатньо даних для оцінки ступеня диференціювання;
 G_1 - високодиференційована пухлина;
 G_2 - помірnodиференційована пухлина;
 G_3 - низькодиференційована пухлина;
 G_4 - недиференційована пухлина.

Групування за стадіями

Стадія 0	pT_{is}	N_0	M_0
Стадія I	pT_1, pT_2	N_0	M_0
Стадія II	pT_3	N_0	M_0
	pT_4	N_0	M_0
Стадія III	$pT_{\text{будь-яка}}$	N_1, N_2	M_0
Стадія IV	$pT_{\text{будь-яка}}$	$N_{\text{будь-яка}}$	M_1

Симптоми малігнізації невисів:

- підсилення або зменшення пігментації;
- поява вінчика гіперемії або депігментації навколо невису;
- швидкий ріст невису;
- ущільнення невису;
- поява тріщин, вкривання виразками, кровотечі;
- поява суб'єктивних відчуттів - свербіння, поколювання, печії;
- поява сателітів;
- поява променів навколо невису.

Діагностика:

- огляд;
- анамнез;
- об'єктивно;
- дерматоскопія;
- морфологічний метод (мазок-відбиток);
- дослідження меланіну в сечі;

- радіонуклідна діагностика;
- термографія.

Лікування:

- хірургічний метод (операція - широке висічення пухлини);
- променева терапія (телегаматерапія);
- хіміотерапія (дакарбазин, адриабластин, циклофосфан, алкеран, препарати платіни);
- імунотерапія (інтерферон, елеутерокок, тималін, т-активін)

Тестові завдання

1. Меланомнебезпечний невус:

- 1) *меланоз Дюбрея;
- 2) пігментна ксеродерма;
- 3) еритроплазія Кейра;
- 4) хвороба Педжета;
- 5) хвороба Боуена.

2. Фактор ризику розвитку меланому:

- 1) *сонячна інсоляція;
- 2) тютюнопаління;
- 3) вірус герпеса;
- 4) вірус папіломи людини;
- 5) вірус мавп.

3. Вкажіть самий інформативний метод діагностики меланому:

- 1) *морфологічний;
- 2) лабораторний;
- 3) УЗД;
- 4) термографія;
- 5) клінічний.

4. Назвіть оптимальне лікування T₁ меланому шкіри:

- 1) *операція;
- 2) хіміотерапія;
- 3) лазерна терапія + хіміотерапія;
- 4) хірургія + гормонотерапія;
- 5) хіміотерапія + променева терапія.

5. Гістологічна форма меланому шкіри:

- 1) *веретенноклітинна;
- 2) дрібноклітинна;
- 3) папілярна;
- 4) крупноклітинна;
- 5) карциноїдна.

6. Яка структура шкіри уражується меланою при III рівні інвазії за Кларком:
- 1) * сітчастий шар;
 - 2) сосочковий шар;
 - 3) епідерміс;
 - 4) базальна мембрана;
 - 5) підшкірно-жирова клітковина.
7. Вкажіть оптимальний метод огорожі матеріалу для цитологічної діагностики меланоми шкіри до операції:
- 1) *мазок-відбиток;
 - 2) аспіраційна біопсія;
 - 3) ексцизійна біопсія;
 - 4) відкрита біопсія;
 - 5) трепанобіопсія.
8. T₁N₁M₀ меланоми шкіри відповідає:
- 1) *III стадія;
 - 2) II стадія;
 - 3) II A стадія;
 - 4) III A стадія;
 - 5) III B стадія.
9. Радикальна операція при меланомі шкіри:
- 1) *широке висічення;
 - 2) екстирпація;
 - 3) резекція;
 - 4) ампутація пухлини;
 - 5) висічення пухлини.
10. Хіміотерапевтичний препарат вибору при лікуванні меланоми шкіри:
- 1) *прокарбазін;
 - 2) тамоксіфен;
 - 3) андрокур;
 - 4) зофран;
 - 5) новобан.

Основні задачі

1. У 45-річного хворого амбулаторно видалена чорного кольору "родимка". Гістологічне дослідження не проводилось. Через 3 місяці в пахвовій області з'явився конгломерат лімфатичних вузлів. Ваш попередній діагноз:

- 1) *метастази нерадикально видаленої меланоми;
- 2) лімфаденіт;
- 3) саркоїдоз;
- 4) туберкульоз;
- 5) лімфогрануломатоз.

2. У 35-річного пацієнта близько року тому з'явилося "пігментне утворення" на шкірі лівої гомілки, яке швидко збільшувалося в розмірах. Який метод діагностики найбільш показаний для постановки попереднього діагнозу в даному випадку:

- 1) *радіоізотопний метод;
- 2) пункційна аспіраційна біопсія;
- 3) ультразвукове дослідження;
- 4) термографія;
- 5) ексцизійна біопсія.

Додаткова задача

Жінка 38 років, з дитинства спостерігала темну пляму на задній поверхні лівої гомілки, яка мала розмір близько 1,5см, не виступала над шкірою. Півроку тому випадково травмувала пляму, після чого вона почала поступово збільшуватися, з'явився свербіж. Об'єктивно: на шкірі задньої поверхні лівої гомілки в с/з визначається пігментне утворення чорного кольору з глянцевою поверхнею, близько 2,5см в діаметрі, виступає над шкірою до 3,0мм, пальпаторно - щільно-еластичної консистенції. Регіонарні лімфовузли не збільшені. Виконана широка ексцизація новоутворення. Гістологічним дослідженням визначена меланома, яка інфільтрує шкіру до середини сітчастого шару.

- А. Встановити ступінь інвазії меланоми.
- Б. Яке додаткове обстеження слід призначити.
- В. Назначте подальше лікування хворих.

ЛІМФОГРАНУЛОМАТОЗ (ХВОРОБА ГОДЖКІНА) (МКХ-0-С81)

Епідеміологія:

- захворюваність складає 2,4 на 100 тис. населення;
- смертність складає 1,1 на 100 тис. населення;
- на меланому частіше хворіють хлопчики та чоловіки;
- це захворювання зустрічається тільки у людини і частіше вражає представників білої раси;
- зустрічається переважно у пацієнтів віком 15-30 і старше 50 років.

Етіологія та фактори ризику:

- віруси (вірус Епштейна-Барр, Epstein-Barr virus, EBV);
- генетична схильність;
- хімічні речовини;
- фактори навколишнього середовища;
- імунодефіцити.

*Морфофункціональна структурна одиниця лімфогранулематозу (поліморфноклітинна гранульома, яка містить багатоядерні гігантські клітини Березовського-Штернберга-Ріда).

Гістоморфологічні варіанти:

- лімфогістіоцитарний варіант;
- нодулярний склероз;
- змішаноклітинний;
- лімфоїдне виснаження (ретикулярний варіант).

Клінічні форми:

- вузлова (поверхнева або нодулярна);
- дифузна (глибока);
- медіастинальна;
- пахова.

Клініка:

- лімфаденопатія (у 70-75% випадків це шийні або надключичні лімфовузли, в 15-20% пахові і лімфовузли середостіння і 10% це пахові лімфовузли. Збільшені лімфатичні вузли рухливі, м'якоеластичні, не спаяні зі шкірою і між собою).

Клінічна класифікація Ann Arbor (групування за стадіями):

- **I стадія** - пухлина знаходиться в лімфатичних вузлах одної групи або в одному органі лімфатичної системи за межами лімфатичних вузлів;
- **II стадія** - ураження лімфатичних вузлів у двох і більше груп лімфатичних вузлів по одну сторону діафрагми (вгорі, внизу) або органу і лімфатичних вузлів по одну сторону діафрагми;
- **III стадія** - ураження лімфатичних вузлів по обидві сторони діафрагми, супроводжується чи ні поразкою органу, або поразка селезінки або всі разом;
 - o Стадія III (1) - пухлинний процес локалізований у верхній частині черевної порожнини;
 - o Стадія III (2) - поразка лімфатичних вузлів, розташованих в тазу і вздовж аорти;
- **IV стадія** - захворювання поширюється крім лімфатичних вузлів на внутрішні органи (які не відносяться до органів лімфатичної системи): печінка, нирки, кишечник та інші з їх дифузним ураженням. Кожна стадія поділяється на категорію А і В відповідно до наведеного нижче:
 - Буква А - відсутність симптомів інтоксикації;
 - Буква В - наявність одного або більше з наступним:
 - o немотивована втрата ваги більше 10% початкової в останні 6 місяців;
 - o немотивована лихоманка ($t > 38^{\circ}\text{C}$);
 - o проливні поти;
 - o генералізований свербіж шкіри.

Лабораторні показники активності процесу інтоксикації:

- збільшення ШОЕ більше 30мм/год;
- підвищення концентрації фібриногену понад 5г/л;
- альфа-2-глобулін більше 10г/л;
- гаптоглобін більше 1,5мг %;
- церулоплазмін більше 0,4 одиниць.

Якщо хоча б 2 з цих 5 показників перевищує зазначені рівні, то констатується біологічна активність процесу і ставиться у підстадії.

Діагностика:

- огляд;
- анамнез;
- об'єктивно;
- дерматоскопія;
- пункційна аспіраційна біопсія;
- відкрита біопсія;
- лабораторне дослідження (еритроцити, ШОЕ, лейкоцити, глобуліни, фібриноген, церулоплазмін);
- рентгенографія органів грудної клітини у двох проекціях;
- УЗД селезінки, печінки і заочеревинних лімфатичних вузлів;
- термографія;
- визначення рівня CD15 антигену і CD30 антигену.

Лікування:

В даний час використовуються наступні методи лікування:

- променева терапія;
- хіміотерапія;
- їх комбінація;
- хіміотерапія високими дозами препаратів з наступною пересадкою кісткового мозку.

I, II стадія:

A - променева терапія (45 Гр);

B - хіміотерапія + променева терапія;

III, IV стадія (A, B) – хіміотерапія;

Препарат вибору - (дакарбазин-прокарбазін-натулан).

Схеми поліхіміотерапії:

СОРР (циклофосфамід, прокарбазін, онковін, преднізолон);

МОРР (мустарген, прокарбазін, онковін, преднізолон).

Тестові завдання

1. Прогноз лімфогрануломатоза при лімфоїдному виснаженні:

- 1) * несприятливий;
- 2) непередбачуваний;
- 3) сприятливий;
- 4) сумнівний;

- 5) важко оцінити.
2. Патологічний субстракт при лімфогрануломатозі:
- 1) *поліморфно-клітинна гранульома;
 - 1) розростання клітин;
 - 2) гіперплазія клітин;
 - 3) нейтрофільна гранульома;
 - 4) лейкоцитарна гранульома.
3. Оптимальне лікування II A стадії лімфогрануломатоза:
- 1) *променева терапія по радикальній програмі;
 - 2) інтермітуюча хіміотерапія;
 - 3) хіміотерапія MOPP;
 - 4) хіміотерапія COPP;
 - 5) локальна променева терапія.
4. Скільки існує морфологічних варіантів лімфогрануломатоза:
- 1) *4;
 - 2) 3;
 - 3) 5;
 - 4) 6;
 - 5) 2.
5. Характеристика III A стадії лімфогрануломатоза:
- 1) *шийні лімфовузли + селезінка;
 - 2) шийні лімфовузли + селезінка + нічний піт;
 - 3) шийні лімфовузли + підпахвинні лімфовузли;
 - 4) шийні лімфовузли + нічний піт;
 - 5) підпахвинні лімфовузли + нічний піт.
6. Йде ураження тільки надключичних лімфовузлів з правого боку і відмічається нічна профузна пітливість, яка стадія лімфогрануломатоза:
- 1) *IV;
 - 2) I A;
 - 3) II A;
 - 4) II B;
 - 5) II A.
7. При якій стадії лімфогрануломатоза цілеспрямовано починати з цитостатичної терапії:
- 1) *II B;
 - 2) I A;
 - 3) II A;
 - 4) I A і II A;
 - 5) II A і II B.
8. Специфічна морфологічна особливість лімфогрануломатоза:
- 1) *багатоядерні клітини Березовського-Штернберга;
 - 2) гігантські епітеліальні клітини;

- 3) гігантські клітини;
- 4) гігантські клітини Пирогова-Лангханса;
- 5) багатоядерні клітини Лангерганса-Ріда.

9. На чому повинен базуватись діагноз лімфогрануломатоза:

- 1) *даних морфології;
- 2) даних УЗД;
- 3) даних клініки;
- 4) даних рентгенографії;
- 5) даних анамнезу.

10. Найхарактерніша ознака лімфогрануломатоза:

- 1) *збільшення лімфовузлів;
- 2) спленомегалія;
- 3) гепатомегалія;
- 4) гектична температура;
- 5) субфебрильна температура.

Основні задачі

1. У 19-річного пацієнта збільшені шийні та пахові лімфатичні вузли. Проводилась пункційна аспіраційна біопсія. Поставлено діагноз лімфогрануломатоз. Яка стадія захворювання у даного пацієнта:

- 1) *III стадія;
- 2) I стадія;
- 3) IV стадія;
- 4) II стадія;
- 5) II стадія.

2. У 47-річного пацієнта пальпуються збільшені безболісні рухливі пахові лімфатичні вузли з правого боку. При цитологічному дослідженні пунктату отримані клітини Березовського-Штернберга. Який найбільш ймовірний діагноз:

- 1) *лімфогрануломатоз;
- 2) лімфосаркома;
- 3) лімфолейкоз;
- 4) саркоїдоз;
- 5) лімфаденіт.

Додаткова задача

Хворий 52 роки, скаржиться на сухий кашель, підвищення температури до 38⁰С, лихоманку, утруднення дихання, нічні поти, значну загальну слабкість, осиплість голосу. При огляді: з правого боку над ключицею щільний, безболісний, еластичний лімфовузол розміром 3x4см, не спаяний зі

шкірою. В легенях жорстке везикулярне дихання, сухі хрипи. Рентгенографія легень: легеневі поля підвищеної прозорості, середостіння і корені легень розширені. Пункція лімфатичного вузла: на тлі склерозу лімфоїдної тканини зустрічаються лейкоцити з проліферацією і поодинокі клітини Березовського - Штернберга.

А. Ваш попередній діагноз?

Б. Призначте додаткове обстеження.

В. Обґрунтуйте послідовність лікувальних маніпуляцій.

ПУХЛИНИ КІСТОК (МК-С40-С41)

Епідеміологія:

- захворюваність складає 1,2 на 100 тис. населення;
- смертність складає 0,9 на 100 тис. населення;
- пухлини кісток складають 0,2-1% від усіх онкологічних захворювань;
- пухлини кісток частіше зустрічаються у віці від 15 до 40 років;
- пухлини кісток локалізуються переважно в довгих трубчастих кістках і в кістках тазу;
- переважно хворіють чоловіки;
- доброякісні пухлини кісток зустрічаються у 2-3 рази рідше, ніж зляжкісні.

Етіологія та фактори ризику:

- генетичні порушення;
- радіація;
- травми;
- робота з отрутохімікатами;
- канцерогени;
- берилій;
- імунодепресанти;

Морфологічна класифікація:

1. Пухлини кісткової тканини:

1.1. доброякісні:

- остеома;
- остеодостеома;
- доброякісна остеобластома.

1.2. зляжкісні:

- остеогенна саркома;
- юкстакортикальна (параостальна) остеосаркома.

2. Пухлини з хрящової тканини:

2.1. доброякісні:

- хондрома;

- остеохондромаома;
- хондробластома;
- хондроміксоїдна фіброма.

2.2. злоякісні:

- хондросаркома;
- юкстакортикальна хондросаркома;
- мезенісальна хондросаркома.

3. Гігантоклітинна пухлина (остеобластокластома)

4. Пухлини кісткового мозку:

- 4.1. саркома Юїнга;
- 4.2. ретикулосаркома;
- 4.3. лімфосаркома кістки;
- 4.4. міелома.

5. Пухлини судин:

5.1. доброякісні:

- гемангіома;
- лімфангіома;
- гломусна пухлина.

5.2. проміжні пухлини:

- гемангіоендотеліома;
- гемангіоперицитома.

5.2. злоякісні:

- ангіосаркома.

6. Інші сполучнотканинні пухлини:

6.1. доброякісні:

- десмопластична фіброма;
- ліпома кістки.

6.2. злоякісні:

- фібросаркома;
- ліпосаркома кістки;
- злоякісна мезенхімома;
- недиференційована саркома.

7. Інші пухлини:

7.1. хордома;

7.2. адамантинома довгих кісток;

7.3. неврилемома;

7.4. нейрофіброма:

- злоякісна невринома;

8. Пухлини, що не класифікуються.

Клінічна класифікація - TNM

T - первинна пухлина:

T_x - недостатньо даних для оцінки первинної пухлини;

T₀ - первинна пухлина не визначається;

T₁ - пухлина до 8см у найбільшому вимірі;

T₂ - пухлина понад 8см у найбільшому вимірі;

T₃ - множинні пухлини в кістках первинного вогнища.

N - регіонарні лімфатичні вузли:

N_x - недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів;

N₀ - немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів метастазами;

N₁ - наявність метастазів у регіонарних лімфовузлах.

M - віддалені метастази:

M_x - недостатньо даних для оцінки віддалених метастазів;

M₀ - віддалені метастази не визначаються;

M₁ - наявні віддалені метастази.

Ступінь диференціювання :

G_x - недостатньо даних для оцінки ступеня диференціювання;

G₁ - високодиференційована пухлина;

G₂ - помірнодиференційована пухлина;

G₃ - низькодиференційована пухлина;

G₄ - недиференційована пухлина.

Групування за стадіями

Стадія IA	T ₁	N ₀	M ₀	G ₁₋₂
Стадія IB	T ₂	N ₀	M ₀	G ₁₋₂
Стадія IIA	T ₁	N ₀	M ₀	G ₃₋₄
Стадія IIB	T ₂	N ₀	M ₀	G ₃₋₄
Стадія III	T ₃	N ₀	M ₀	G _{будь-яка}
Стадія IV	T _{будь-яка}	N _{будь-яка}	M ₁	G _{будь-яка}

Клініка:

- наявність пухлини;
- біль;
- порушення функції кінцівки;
- набряк.

Діагностика:

- фізикальне обстеження;
- рентгенографія кінцівки з пухлиною;
- рентгенографія органів грудної клітини;
- морфологічні методи (цитологічні та гістологічні);
- КТ, СКТ;
- УЗД;
- МРТ;
- термографія;
- радіонуклідне дослідження;

- ангиографія.

Лікування:

- оперативне:
 - резекція кістки;
 - резекція кістки з пластикою;
 - ампутація кінцівки;
 - екзартикуляція.
- променева терапія;
- хіміотерапія (доксорубіцин, адриаміцин, метотрексат, фосфамід, цисплатин, лейковорин).

Тестові завдання

1. Пухлини кісток частіше метастазують:

- 1) *гематогенним шляхом;
- 2) лімфогенним шляхом;
- 3) імплантаційним шляхом;
- 4) лімфогематогенним шляхом;
- 5) шляхом проростання.

2. Саркома Юїнга частіше зустрічається:

- 1) *у юнацькому віці;
- 2) у старечому віці;
- 3) у літньому віці;
- 4) у 40-60 років;
- 5) у 40-50 років.

3. Головний чинник ризику розвитку пухлин кісток:

- 1) *радіація;
- 2) перелом в анамнезі;
- 3) цукровий діабет;
- 4) гормональний дисбаланс;
- 5) ожиріння.

4. Для радіонуклідного дослідження пухлин кісток використовують:

- 1) *технецій;
- 2) берилій;
- 3) фосфор;
- 4) цезій;
- 5) стронцій.

5. Саркома Юїнга це:

- 1) *недиференційована пухлина;
- 2) високодиференційована пухлина;
- 3) середньодиференційована пухлина;
- 4) низькодиференційована пухлина;
- 5) некласифікована пухлина.

6. T₁ пухлини кісток це:

- 1) *до 8см в діаметрі;
- 2) до 5см в діаметрі;
- 3) пухлина обмежена кірковим шаром;
- 4) пухлина виходить за межі кіркового шару;
- 5) пухлина проростає в навколишні тканини.

7. Який метод має переважну можливість ранньої діагностики пухлин кісток:

- 1) *радіонуклідний;
- 2) рентгенологічний;
- 3) біопсія пункції;
- 4) трепанобіопсія;
- 5) відкрита біопсія.

8. Найбільш часто вживаний морфологічний метод дослідження пухлин кісток:

- 1) *трепанобіопсія;
- 2) біопсія голкою;
- 3) аспіраційна біопсія;
- 4) мазок-відбиток;
- 5) ексцизійна біопсія.

9. Пухлини кісток найчастіше метастазують в:

- 1) *легені;
- 2) печінку;
- 3) головний мозок;
- 4) молочну залозу;
- 5) шкіру.

10. При пухлинах кісток частіше вражається:

- 1) *стегнова кістка;
- 2) ребра;
- 3) лопатка;
- 4) клубові кістки;
- 5) грудина.

Основні задачі

1. У 39-річного пацієнта скарги на біль і наявність горбистої пухлини передньої поверхні середньої третини правої гомілки, що пальпується. Проведена оглядова рентгенографія кісток правої гомілки, виявлено козирковий періостит великогомілкової кістки. Який найбільш ймовірний діагноз у хворого:

- 1) *остеосаркома;
- 2) остеома;
- 3) міسلمна хвороба;
- 4) хронічний остеомієліт;

5) мармурова хвороба.

2. У 14-річного пацієнта скарги на нічні болі в нижній частині лівого стегна. При оглядовій рентгенографії лівої стегнової кістки виявлена ділянка деструкції з нерівними краями. Окістя зруйноване і нависає у вигляді періостального дашка. Який найбільш вірогідний попередній діагноз:

- 1) *остеогенна саркома;
- 2) остеома;
- 3) хондрома;
- 4) саркома Юїнга;
- 5) мієломна хвороба.

Додаткова задача

Юнак 16 років кілька місяців скаржився на болі в ділянці лівої сідниці. В даний час болі посилилися, особливо вночі. Об'єктивно: в ділянці нижніх квадрантів лівої сідниці виявлена гіперемована хвороблива пухлина розмірами 4х6см без чітких меж. Хворий при ходьбі кульгає. При рентгенографії лівої сідниці в метаепіфізарній зоні стегнової кістки виявлена ділянка деструкції з нерівними обірваними краями. Окістя зруйноване і нависає у вигляді періостального дашка.

- А. Найбільш ймовірний діагноз
- Б. Необхідні дослідження
- В. План лікування

ПУХЛИНИ М'ЯКИХ ТКАНИН (МК-О-С38.1, 2; С47-49)

Епідеміологія:

- пухлини м'яких тканин складають близько 0,8% усіх онкологічних захворювань;
- захворюваність складає 4,6 на 100 тис. населення;
- смертність складає 1,2 на 100 тис. населення;
- пухлини м'яких тканин частіше зустрічаються у віці до 30 років;
- пухлини м'яких тканин локалізуються переважно на кінцівках та тулубі.
- пухлини м'яких тканин локалізуються переважно на кінцівках та тулубі.

Етіологія та фактори ризику:

- генетичні порушення;
- азбест;
- радіація;
- вінілхлорид;
- хлорфеноли;
- травми

Морфологічна класифікація:

1. Пухлини фіброзної тканини:

1.1. Зрілі, доброякісні:

- фіброма;
- десмоїд.

1.2. Незрілі, злоякісні:

- фібросаркома.

2. Пухлини з жирової тканини:

2.1. Зрілі, доброякісні:

- ліпома;
- гібернома.

2.2. Незрілі, злоякісні:

- ліпосаркома;
- злоякісна гібернома.

3. Пухлини м'язової тканини (з гладкої і поперечно-смугастої):

3.1. Зрілі, доброякісні з гладких м'язів:

- лейоміома.

3.2. Зрілі, доброякісні з поперечно-смугастих м'язів:

- рабдоміома.

3.3. Незрілі, злоякісні з гладких м'язів:

- лейоміосаркома.

3.4. Незрілі, злоякісні з поперечно-смугастих м'язів:

- рабдоміосаркома.

4. Пухлини кровоносних та лімфатичних судин:

4.1. Зрілі, доброякісні:

- гем- (лімф-) ангиома;
- гемангіоперицитома;
- гломусангиома.

4.2. Незрілі, злоякісні:

- гем (лімф) ангиоендотеліома;
- злоякісна гемангіоперицитома.

5. Пухлини синовіальних тканин:

5.1. Зрілі, доброякісні:

- доброякісна синовіома.

5.2. Незрілі, злоякісні:

- злоякісна синовіома.

6. Пухлини мезотеліальної тканини:

6.1. Зрілі, доброякісні:

- доброякісна мезотеліома.

6.2. Незрілі, злоякісні:

- злоякісна мезотеліома.

7. Пухлини периферичних нервів:

7.1. Зрілі, доброякісні:

- невринома (шванома, неврилемома);
- нейрофіброма.

7.2. Незрілі, злоякісні:

- злоякісна невринома.

8. Пухлини симпатичних гангліїв:

8.1. Зрілі, доброякісні:

- гангліоневрома.

8.2. Незрілі, злоякісні:

- нейробластома (симпатобластома, симпатогоніома);
- гангліонейробластома.

9. Пухлини парагангліонарних структур:

9.1. Феохромоцитома:

- доброякісна;
- злоякісна.

9.2. Хемодектома:

- доброякісна;
- злоякісна.

9.3. Парагангліома:

- некласифікована.

10. Пухлини плюріпотентної мезенхіми:

9.1. Мезенхімома:

- доброякісна;
- злоякісна.

11. Тератоми.

Клінічна класифікація - TNM:

T - первинна пухлина:

- T_x - недостатньо даних для оцінки первинної пухлини;
- T₀ - первинна пухлина не визначається;
- T₁ - пухлина до 5см у найбільшому вимірі;
- T_{1a} - поверхнева пухлина до 5см у найбільшому вимірі;
- T_{1b} - глибока пухлина до 5см у найбільшому вимірі;
- T₂ - пухлина понад 5см у найбільшому вимірі;
- T_{2a} - поверхнева пухлина понад 5см у найбільшому вимірі;
- T_{2b} - глибока пухлина понад 5см у найбільшому вимірі.

N - регіонарні лімфатичні вузли:

- N_x - недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів;
- N₀ - немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів метастазами;
- N₁ - наявність метастазів у регіонарних лімфовузлах.

M - віддалені метастази:

M_x - недостатньо даних для оцінки віддалених метастазів;

M_0 - віддалені метастази не визначаються;

M_1 - наявні віддалені метастази.

Ступінь диференціювання :

G_x - недостатньо даних для оцінки ступеня диференціювання;

G_1 - високодиференційована пухлина;

G_2 - помірнодиференційована пухлина;

G_3 - низькодиференційована пухлина;

G_4 - недиференційована пухлина.

Групування за стадіями

Стадія IA	T_{1a}	N_0	M_0	G_{1-2}
	T_{1b}	N_0	M_0	G_{1-2}
Стадія IB	T_{2a}	N_0	M_0	G_{1-2}
Стадія IIA	T_{2b}	N_0	M_0	G_{1-2}
Стадія IIB	T_{1a}	N_0	M_0	G_{3-4}
	T_{1b}	N_0	M_0	G_{3-4}
Стадія IIC	T_{2a}	N_0	M_0	G_{3-4}
Стадія III	T_{2b}	N_0	M_0	G_{3-4}
Стадія IV	$T_{\text{будь-яка}}$	N_1	M_0	$G_{\text{будь-яка}}$
	$T_{\text{будь-яка}}$	$N_{\text{будь-яка}}$	M_1	$G_{\text{будь-яка}}$

Клініка:

- наявність пухлини;
- біль;
- порушення функції кінцівки;
- набряк.

Особливості сарком м'яких тканин:

- мають схильність до гематогенного метастазування;
- ростуть інфільтративно;
- не мають капсули;
- досить часто зустрічається мультицентричність росту;
- біль;
- обмежена рухомість;
- швидкий ріст пухлини;
- поверхня пухлини з горбистістю;
- щільна консистенція пухлини;
- підвищення локальної температури;
- виразкування шкіри над пухлиною, кровотеча.

Діагностика:

- фізикальне обстеження;
- рентгенографія кінцівки з пухлиною;
- рентгенографія органів грудної клітини;

- морфологічні методи (цитологічні та гістологічні);
- КТ, СКТ;
- УЗД;
- МРТ;
- термографія;
- радіонуклідне дослідження;
- ангиографія.

Лікування

- Оперативне:
 - екстирпація пухлини;
 - ампутація кінцівки;
 - екзартикуляція.
- Променева терапія;
- Хіміотерапія (адриаміцин, метотрексат, іфосфамід).

Тестові завдання

1. Найінформативніший метод діагностики пухлин м'яких тканин:

- 1) *цитологічний;
- 2) ендоскопічний;
- 3) рентгенологічний;
- 4) лабораторний;
- 5) радіоізотопний.

2. G₃ саркоми м'яких тканин це:

- 1) *низкодиференційована пухлина;
- 2) недиференційована пухлина;
- 3) вискодиференційована пухлина;
- 4) середньодиференційована пухлина;
- 5) некласифікована пухлина.

3. Етіологічний фактор розвитку пухлин м'яких тканин:

- 1) *радіація;
- 2) куріння;
- 3) алкоголь;
- 4) стрес;
- 5) гормональний дисбаланс.

4. Пухлини м'яких тканин частіше вражають:

- 1) *нижню кінцівку;
- 2) голову;
- 3) черевну стінку;
- 4) грудну клітку;
- 5) верхні кінцівки.

5. Пухлини м'яких тканин частіше метастазують в:

- 1) *головний мозок;
- 2) кістки;
- 3) нирки;
- 4) селезінку;
- 5) молочну залозу.

6. Основний метод лікування пухлин м'яких тканин:

- 1) *операція;
- 2) променева терапія;
- 3) хіміотерапія;
- 4) гормонотерапія;
- 5) променева терапія + хіміотерапія.

7. Найчастіший шлях метастазування при пухлинах м'яких тканин:

- 1) *гематогенний;
- 2) лімфогенний;
- 3) імплантаційний;
- 4) змішаний;
- 5) шляхом дисемінації.

8. Саркома – це злоякісна пухлина:

- 1) *мезодермального походження;
- 2) лімфоїдного походження;
- 3) епітеліального походження;
- 4) залозистого походження;
- 5) ембріонального походження.

9. T₂ гемангіосаркоми це:

- 1) *пухлина більше 5см в діаметрі;
- 2) пухлина до 3см в діаметрі;
- 3) поверхнева пухлина до 5см в діаметрі;
- 4) пухлина більше 3см в діаметрі;
- 5) поверхнева пухлина більше 3см в діаметрі.

10. T₁ в ліпосаркоми це:

- 1) *поверхнева пухлина до 5см в діаметрі;
- 2) пухлина до 3см в діаметрі;
- 3) поверхнева пухлина до 3см в діаметрі;
- 4) пухлина до 5см в діаметрі;
- 5) глибока пухлина до 5см в діаметрі.

Основні задачі

1. У 37-річної пацієнтки є щільне горбисте пухлиноподібне утворення задньої поверхні правого стегна розмірами до 3см, яке з'явилося близько 2-х

місяців тому. Пальпуються збільшені щільні регіонарні лімфовузли. Який найбільш вірогідний попередній діагноз:

- 1) *фібросаркома;
- 2) фіброма;
- 3) ліпома;
- 4) кіста;
- 5) ангіома.

2. У 45-річного пацієнта пальпується безболісне рухоме пухлиноподібне утворення м'яких тканин грудної стінки до 5см у діаметрі. Який найбільш вірогідний попередній діагноз:

- 1) *ліпома;
- 2) фібросаркома;
- 3) ліпосаркома;
- 4) лейоміосаркома;
- 5) рабдоміосаркома.

Додаткова задача

Хворий Н., 32 р., скаржиться на біль при ходьбі, наявність ущільнення в товщі м'яких тканин правої гомілки. 3 місяці тому під час гри в футбол отримав удар по гомілці. Гематома розсмокталась, але залишилось незначне ущільнення, яке почало швидко збільшуватись в розмірах. Об'єктивно: по задній поверхні в/з правої гомілки пальпується щільна, помірно болюча, овальної форми пухлина 4×5см., розташована в товщі м'язів гомілки, обмежено рухома. В правій паховій ділянці пальпується рухомий, еластичний лімфовузол 1,5см в діаметрі. При пункційній біопсії пухлини отримані клітини міосаркоми низького ступеня диференціації.

- А. Поставте найбільш повний діагноз.
- Б. Яке додаткове обстеження слід призначити?
- В. Ваш план лікування?

РАК ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ (МК-О-С73)

Епідеміологія:

- займає 14 місце в структурі онкологічної захворюваності;
- захворюваність складає 4 на 100 тис. населення;
- рак щитовидної залози складає приблизно 1,3% в загальній структурі захворюваності злоякісних новоутворень;
- відмічається два піки захворюваності: від 7 до 20 років і від 40 до 65 років;
- зустрічається переважно у жінок.

Етіологія та фактори ризику:

- зниження або підвищення функції щитовидної залози;
- підвищення тиреотропної функції гіпофіза;
- радіоактивне опромінення;
- дефіцит йоду.

Передракові захворювання:

- вузловий зоб;
- ендемічний зоб;
- дифузний зоб;
- хвороба Грейвса;
- аденома;
- хронічний тиреоїдит.

Гістологічні форми:

- фолікулярна;
- папілярна;
- медулярна;
- недиференційована (веретенноклітинна, гігантоклітинна, дрібноклітинна);
- змішана;
- плоскоклітинна.

Походження гістологічних форм

Походження	Гістологічна форма раку
А- клітини	Фолікулярна, папілярна, недиференційована
В- клітини	Фолікулярна, папілярна, недиференційована
С- клітини	Медулярна
Метаплазований епітелій	Плоскоклітинна

Клінічна класифікація - TNM

T - первинна пухлина:

- T_x - недостатньо даних для оцінки первинної пухлини;
- T₀ - первинна пухлина не визначається;
- T_{is} - преінвазивна карцинома.;
- T₁ - пухлина до 1см у найбільшому вимірі;
- T₂ - пухлина до 4см у найбільшому вимірі;
- T₃ - пухлина понад 4см у найбільшому вимірі;
- T₄ - пухлина, яка проростає такі суміжні структури.

N - регіонарні лімфатичні вузли:

- N_x - недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів;
- N₀ - немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів метастазами;
- N₁ - наявність метастазів у регіонарних лімфовузлах.

M - віддалені метастази:

- M_x - недостатньо даних для оцінки віддалених метастазів;

M_0 - віддалені метастази не визначаються;

M_1 - наявні віддалені метастази.

Ступінь диференціювання :

G_x - недостатньо даних для оцінки ступеня диференціювання;

G_1 - високодиференційована пухлина;

G_2 - помірнодиференційована пухлина;

G_3 - низькодиференційована пухлина;

G_4 - недиференційована пухлина.

Групування за стадіями

Папілярний або фолікулярний рак			
До 45 років			
Стадія I	$T_{\text{будь-яка}}$	$N_{\text{будь-яка}}$	M_0
Стадія II	$T_{\text{будь-яка}}$	$N_{\text{будь-яка}}$	M_1
45 років і старші			
Стадія I	T_1	N_0	M_0
Стадія II	$T_{2,3}$	N_0	M_0
Стадія III	$T_{\text{будь-яка}}$	N_0	M_0
	$T_{\text{будь-яка}}$	$N_{\text{будь-яка}}$	M_1
Стадія IV			
Медулярний рак			
Стадія I	T_1	N_0	M_0
Стадія II	$T_{2,3,4}$	N_0	M_0
Стадія III	$T_{\text{будь-яка}}$	N_1	M_0
Стадія IV	$T_{\text{будь-яка}}$	$N_{\text{будь-яка}}$	M_1
Недиференційований рак			
Стадія IV	$T_{\text{будь-яка}}$	$N_{\text{будь-яка}}$	$M_{\text{будь-яка}}$

Макроскопічні форми:

- вузлова;
- дифузна.

Клінічні форми:

- струмоподібна;
- прихована;
- тиреоїдитоподібна;
- псевдозапальна.

Діагностика:

- ультразвукова ехографія;
- морфологічні методи (цитологічні та гістологічні);
- радіонуклідні методи;
- визначення рівня гормонів сироватки крові - Т3, Т4, ТТГ та кальцитоніну;
- термографія.

Лікування:

- Оперативне:
 - гемірезекція з видаленням перешийка;
 - субтотальна резекція;
 - тиреоїдектомія;
- Променева терапія (близькофокусна рентгенотерапія, телегаматерапія);
- Хіміотерапія (адріаміцин, вінкрисин, блеоміцин);
- Радіонуклідотерапія I¹³¹.

Тестові завдання

1. Куди фолікулярний рак щитовидної залози частіше метастазує:

- 1) *легені;
- 2) шкіру;
- 3) простату;
- 4) нирки;
- 5) селезінку.

2. Виберіть препарат хіміотерапії для лікування раку щитовидної залози:

- 1) *адріаміцин;
- 2) прокарбазин;
- 3) гемзар;
- 4) левамизол;
- 5) дакарбазин.

3. Якому розміру пухлини відповідає T₃а раку щитовидної залози:

- 1) *солітарна пухлина більше 4см в діаметрі;
- 2) множинна пухлина більше 4см в діаметрі;
- 3) до 5см в діаметрі;
- 4) до 3см в діаметрі;
- 5) більше 5см в діаметрі.

4. Вкажіть доброякісну пухлину щитовидної залози неепітеліального походження:

- 1) *гемангіома;
- 2) гемангіосаркома;
- 3) папілома;
- 4) аденома;
- 5) бластома.

5. За синтез якого продукту відповідають В- клітини щитовидної залози:

- 1) *серотоніна;
- 2) кальцитоніну;
- 3) йоду;
- 4) тироксина;
- 5) тиреотироксина.

6. Назвіть радикальну операцію при раку щитовидної залози:

- 1) *тиреоїдектомія;
- 2) висічення;
- 3) операція Дюкена;
- 4) операція Крайля;
- 5) операція Кеню.

7. Вкажіть гістологічну форму раку щитовидної залози:

- 1) *фолікулярна;
- 2) набряково-інфільтративна;
- 3) псевдозапальна;
- 4) панцирна;
- 5) персневидноклітинна.

8. Який найчастіший клінічний симптом раку щитовидної залози:

- 1) *наявність вузла в залозі;
- 2) гормональні порушення;
- 3) очні симптоми;
- 4) біль в залозі;
- 5) симптоми тиреотоксикозу.

9. Дрібноклітинний рак щитоподібної залози це різновид:

- 1) *недиференційованого раку;
- 2) плоскоклітинного раку;
- 3) папілярного;
- 4) фолікулярного;
- 5) солідного.

10. Який основний метод діагностики раку щитовидної залози:

- 1) *морфологічний;
- 2) радіоізотопний;
- 3) лабораторний;
- 4) рентгенологічний;
- 5) клінічний.

Основні задачі

1. У 39-річної пацієнтки папілярний рак правої частки щитовидної залози T₁N₀M₀. Яка найбільш оптимальна радикальна операція в цьому разі:

- 1) *тиреоїдектомія;
- 2) клиновидна резекція;
- 3) проста резекція;
- 4) крайова резекція;
- 5) висічення пухлини.

2. У 42-річної пацієнтки рак щитовидної залози зі зміною рівня кальцитоніну. Яка найбільш ймовірна гістологічна форма раку в даному

випадки:

- 1) *медулярний;
- 2) змішаний;
- 3) фолікулярний;
- 4) плоскоклітинний;
- 5) базальноклітинний.

Додаткова задача

Хвора Н., 60 років, скаржиться на осиплість голосу, збільшення щитовидної залози, утруднення ковтання. Під час огляду щитовидна залоза горбиста, щільно спаяна з оточуючими тканинами. У лівій надключичній зоні визначається одиничний щільно-еластичний лімфатичний вузол до 1см в діаметрі.

А. Поставте попередній діагноз.

Б. Назначте додаткове обстеження

В. Ваша тактика лікування на першому етапі

РАК ТІЛА МАТКИ (МКХ-О-С54)

Епідеміологія:

- захворюваність складає 27 випадків на 100 тис. жіночого населення;
- займає перше місце серед злоякісних пухлин жіночих статевих органів;
- смертність складає 8,1 на 100 тис. населення;
- частіше зустрічається серед африканок, рідше серед європейських і азійських жінок;
- зустрічається переважно до 50 років.

Етіологія та фактори ризику:

- вірус папіломи людини;
- порушення імунної системи;
- порушення гормонального балансу;
- генетична теорія;
- гіперплазія.

Доброякісні та передракові захворювання:

- поліп ендометрію;
- атипова гіперплазія ендометрію (аденоматоз);
- гіперплазія ендометрію.

Гістологічні форми:

- плоскоклітинна;
- аденокарцинома;

- недиференційована;
- світлоклітинна;
- серозно-папілярна;
- ендометріоїдна.

Клінічна класифікація - TNM

T - первинна пухлина:

- T_x - недостатньо даних для оцінки первинної пухлини;
 T_0 - первинна пухлина не визначається;
 T_{is} - преінвазивна карцинома;
 T_1 - пухлина обмежена тілом матки;
 T_{1a} - пухлина обмежена ендометрієм;
 T_{1b} - пухлина уражає не більше половини товщини міометрія;
 T_{1c} - пухлина уражає більше половини товщини міометрія;
 T_{1b2} - клінічно видиме ураження розміром понад 4см у найбільшому вимірі;
 T_2 - пухлина поширена на шийку матки, але не за межі матки;
 T_{2a} - захоплює лише ендоцервікальні залози;
 T_{2b} - цервікальна стромальна інвазія;
 T_3 - локальне і/або регіонарне поширення, як описано нижче для категорій T_{3a} , T_{3b} , N_1 ;
 T_{3a} - пухлина проростає серозний шар і/або в придатки (пряме поширення або метастаз) і/або ракові клітини в асцитичній рідині чи перитонеальних змивах;
 T_{3b} - поширення на піхву (пряме поширення або метастаз);
 T_4 - пухлина проростає в слизовий шар сечового міхура і/або товстої кишки.

N - регіонарні лімфатичні вузли:

- N_x - недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів;
 N_0 - немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів метастазами;
 N_1 - наявність метастазів у регіонарних лімфовузлах.

M - віддалені метастази:

- M_x - недостатньо даних для оцінки віддалених метастазів;
 M_0 - віддалені метастази не визначаються;
 M_1 - наявні віддалені метастази.

Ступінь диференціювання:

- G_x - недостатньо даних для оцінки ступеня диференціювання;
 G_1 - високодиференційована пухлина;
 G_2 - помірнодиференційована пухлина;
 G_3 - низькодиференційована пухлина;
 G_4 - недиференційована пухлина.

Групування за стадіями

Стадія 0	T_{is}	N_0	M_0
Стадія I	T_1	N_0	M_0
Стадія IA	T_{1a}	N_0	M_0
Стадія IB	T_{1b}	N_0	M_0

Стадія IC	T _{1c}	N ₀	M ₀
Стадія II	T ₂	N ₀	M ₀
Стадія IIIA	T _{2a}	N ₀	M ₀
Стадія IIIB	T _{2b}	N ₀	M ₀
Стадія III	T ₃	N ₀	M ₀
Стадія IIIA	T _{3a}	N ₀	M ₀
Стадія IIIB	T _{3b}	N ₀	M ₀
Стадія IIIC	T ₁	N ₁	M ₀
	T ₂	N ₁	M ₀
	T _{3b}	N ₁	M ₀
	T _{3a}	N _{будь-яка}	M ₀
Стадія IVA	T ₄	N _{будь-яка}	M ₀
Стадія IVB	T _{будь-яка}	N _{будь-яка}	M ₁

Клініка:

- кровотеча;
- кров'янисті виділення;
- уплави;
- асцит.

Діагностика:

- огляд у дзеркалах;
- піхвове-ректальне дослідження;
- ультразвукове дослідження;
- гістерографія та гістероскопія;
- цитологічне дослідження аспірата порожнини матки;
- вишкрібання порожнини матки та цервікального каналу.

Лікування:

- Операція:
 - екстирпація матки з придатками за методом Бохмана;
 - екстирпація матки із придатками;
 - розширена екстирпація матки із придатками за методом Вертгейма-Губарева;
- Променева терапія (інтравагінальна та дистанційна);
- Хіміотерапія (5-фторурацил, доксорубіцин, циклофосфан);
- Гормонотерапія (провера, золадекс).

Тестові завдання

1. Основний метод лікування раку тіла матки:

- 1) *хірургічний;
- 2) променева терапія;
- 3) хіміотерапія;
- 4) імунотерапія;
- 5) фітотерапія.

2. Яка найбільш часта гістологічна форма раку тіла матки:
- 1) *аденокарцинома;
 - 2) плоскоклітинний рак;
 - 3) недиференційований рак;
 - 4) анапластичний рак;
 - 5) світлоклітинний рак.
3. Самий перший симптом раку ендометрія:
- 1) *водянисті білі;
 - 2) маткова кровотеча;
 - 3) біль в животі;
 - 4) загальна слабкість;
 - 5) біль під час статевого акту.
4. Радикальна операція при раку тіла матки:
- 1) *тотальна екстирпація матки;
 - 2) резекція матки;
 - 3) гістеректомія;
 - 4) оваріогістеректомія;
 - 5) екстирпація матки.
5. Розширена радикальна екстерпація матки це:
- 1) *операція Вертгейма;
 - 2) операція Кеню-Майлса;
 - 3) операція Гарлока;
 - 4) гістеректомія;
 - 5) операція Дюкена.
6. Найбільш несприятливий морфологічний варіант раку - ендометрія:
- 1) *G₄;
 - 2) G₂;
 - 3) G₁;
 - 4) G₃;
 - 5) G₀.
7. Який вірус має істотну роль в етіології раку тіла матки:
- 1)*вірус папіломи людини;
 - 2) вірус грипу;
 - 3) вірус герпісу;
 - 4) вірус Епштейна-Барр;
 - 5) вірус СНІДу.
8. III стадія раку ендометрія це:
- 1) *T₃AN₀M₁;
 - 2) T₁BN₀M₀;
 - 3) T₂BN₀M₀;
 - 4) T₂AN₀M₀;
 - 5) T₄N₁M₀.

9. У якому віковому періоді найбільш часто виникає рак тіла матки:

- 1) *до 50 років;
- 2) 20-40 років;
- 3) 50-70 років;
- 4) 55-60 років;
- 5) 20-30 років.

10. З якого епітелію розвивається рак тіла матки:

- 1) *війчастого циліндричного;
- 2) багат шарового неороговіваючого;
- 3) багат шарового ороговіваючого ;
- 4) кубічного;
- 5) призматичного.

Основні задачі

1. Жінка 53-х років, скаржиться на збільшення розмірів живота, схуднення, мажучі кров'яністі виділення з піхви. Менопауза протягом 3-х років. Вагінально: шийка матки циліндрична, чиста. Тіло матки окремо не пальпується. З обох боків від матки визначаються щільні, з нерівною поверхнею пухлиноподібні утворення, нерухомі, виповнюють усю порожнину малого тазу. Що необхідно провести для підтвердження діагнозу:

- 1) *ультразвукове обстеження;
- 2) термографію;
- 3) рентгенографію малого тазу;
- 4) ректороманоскопію;
- 5) цистоскопію.

2. До гінеколога звернулася жінка, віком 63-х років зі скаргами на забарвлення сечі у червоний колір, тупий, ниючий біль у нижніх відділах живота, кров'яністі виділення з піхви. З анамнезу відомо, що хвора за останні місяці почала різко втрачати вагу, відчуває слабкість, відсутність апетиту. В аналізі сечі все поле зору вкрите незміненими еритроцитами. Яка найбільш вірогідна патологія зумовлює появу гематурії:

- 1) *рак тіла матки з проростанням стінки сечового міхура;
- 2) гострий гломерулонефрит;
- 3) фіброміома матки;
- 4) аднексит;
- 5) рак яєчника.

Додаткова задача

Хвора М., 65 років, скаржиться на біль у лівому стегні, особливо вночі. У калі з'явилася кров. Вперше до лікаря звернулася 3 місяці тому. Вагінально: піхва звужена за рахунок інфільтрації пухлинним процесом, шийку матки

оглянути неможливо. Ректально: стінки піхви і прямої кишки інфільтративні пухлиною. Тіло матки збільшене до 11 тижнів вагітності, щільне. У параметрі з обох боків пальпуються інфільтрати, які досягають стінок тазу. При біопсії отримано плоскоклітинний рак.

А. Поставте найбільш повний діагноз.

Б. Яке додаткове обстеження слід призначити?

В. Ваш план лікування.

РАК ШИЙКИ МАТКИ (МКХ-0-С53)

Епідеміологія:

- захворюваність складає 20,5 на 100 тис. жіночого населення;
- займає друге місце серед злоякісних пухлин жіночих статевих органів;
- смертність складає 4,9 на 100 тис. населення;
- частіше зустрічається серед африканок, рідше серед європейських і азіатських жінок;
- зустрічається переважно до 50 років.

Етіологія та фактори ризику:

- вірус папіломи людини;
- травми під час пологів і абортів;
- порушення гормонального балансу;
- бактерії та найпростіші;
- вірус простого герпесу II.

Доброякісні (фонові) захворювання:

- поліпи цервікального каналу;
- псевдоерозії;
- проста лейкоплакія;
- ерозивний ектропіон;
- цервіцит;
- кольпіт;
- фіброміома шийки матки;
- кісти шийки матки;
- дисплазія шийки матки;
- лейкоплакія;
- конділоматозно-папіломатозні утворення.

Гістологічні форми:

- плоскоклітинна (з ороговінням або без ороговіння);
- аденокарцинома;
- недиференційована;
- світлоклітинна;
- диморфна залозисто-плоскоклітинна.

Клінічна класифікація - TNM

T - первинна пухлина:

T_x - недостатньо даних для оцінки первинної пухлини;

T₀ - первинна пухлина не визначається;

T_{is} - преінвазивна карцинома;

T₁ - пухлина обмежена шийкою матки (поширення на тіло матки не враховується);

T_{1a} - інвазивна карцинома, яка діагностується тільки мікроскопічно;

T_{1a1} - інвазія строми не більше, ніж на 3мм у глибину і горизонтальне поширення не більше, ніж на 7мм;

T_{1a2} - строми понад 3мм, але не більше, ніж на 5мм у глибину і горизонтальне поширення не більше, ніж на 7мм;

T_{1b} - клінічно видиме ураження шийки матки або мікроскопічне ураження більше, ніж при T_{1a2}/стадія I_{a2};

T_{1b1} - клінічно видиме ураження розміром не більше, ніж 4см у найбільшому вимірі;

T_{1b2} - клінічно видиме ураження розміром понад 4см у найбільшому вимірі;

T₂ - пухлина поширюється за межі матки, але без проростання стінки таза або нижньої третини піхви;

T_{2a} - без інвазії параметрія;

T_{2b} - з інвазією параметрія;

T₃ - пухлина поширюється на стінку таза і/або на нижню третину піхви і/або призводить до гідронефрозу, або нефункціонуючої нирки;

T_{3a} - пухлина уражає нижню третину піхви, але не поширюється на стінку таза;

T_{3b} - пухлина поширюється на стінку таза і/або призводить до гідронефрозу, або нефункціонуючої нирки;

T₄ - пухлина проростає в слизовий шар сечового міхура чи прямої кишки і/або поширюється поза межі малого таза.

N - регіонарні лімфатичні вузли:

N_x - недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів;

N₀ - немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів метастазами;

N₁ - наявність метастазів у регіонарних лімфовузлах.

M - віддалені метастази:

M_x - недостатньо даних для оцінки віддалених метастазів;

M₀ - віддалені метастази не визначаються;

M₁ - наявні віддалені метастази

Ступінь диференціювання:

G_x - недостатньо даних для оцінки ступеня диференціювання;

G₁ - високодиференційована пухлина;

G₂ - помірнодиференційована пухлина;

G₃ - низькодиференційована пухлина;

G₄ - недиференційована пухлина.

Групування за стадіями

Стадія 0	T_{is}	N_0	M_0
Стадія I	T_1	N_0	M_0
Стадія IA	T_{1a}	N_0	M_0
Стадія IA1	T_{1a1}	N_0	M_0
Стадія IA2	T_{1a2}	N_0	M_0
Стадія IB	T_{1b}	N_0	M_0
Стадія IB1	T_{1b1}	N_0	M_0
Стадія IB2	T_{1b2}	N_0	M_0
Стадія II	T_2	N_0	M_0
Стадія IIA	T_{2a}	N_0	M_0
Стадія IIB	T_{2b}	N_0	M_0
Стадія III	T_3	N_0	M_0
Стадія IIIA	T_{3a}	N_0	M_0
Стадія IIIB	T_1	N_1	M_0
	T_2	N_1	M_0
	T_{3a}	N_1	M_0
	T_{3b}	$N_{\text{будь-яка}}$	M_0
Стадія IVA	T_4	$N_{\text{будь-яка}}$	M_0
Стадія IVB	$T_{\text{будь-яка}}$	$N_{\text{будь-яка}}$	M_1

Клініка:

- кровотеча;
- біль;
- патологічні виділення;
- менорагія;
- альгодисменорея.

Діагностика:

- огляд у дзеркалах;
- фракційне вишкрібання матки;
- піхвово-ректальне дослідження;
- ультразвукове дослідження;
- кольпоскопія;
- біопсія (конізація).

Мікроскопічна оцінка мазків:

- I тип – здоровий;
- II тип - елементи запалення і доброякісні захворювання;;
- III тип - передракові захворювання, або дисплазії;
- IV тип - підозра на рак;
- V тип - рак.

Лікування:

- Оперативне:
 - ампутація шийки матки;

- електроконізація;
- екстирпація матки із придатками;
- розширена екстирпація матки із придатками за методом Вертгейма-Губарева;
- Променева терапія;
- Хіміотерапія (5-фторурацил, цисплатин, метотрексат, циклофосфан).

Тестові завдання

1. Який вірус має істотну роль в етіології раку шийки матки:
 - 1) *вірус папіломи людини;
 - 2) вірус грипу;
 - 3) вірус герпісу;
 - 4) вірус Епштейна-Барр;
 - 5) вірус СНІДу.
2. II стадія раку шийки матки це:
 - 1) *T₂aN₀M₀;
 - 2) T₁bN₁M₀;
 - 3) T₁bN₀M₁;
 - 4) T₄N₀M₀;
 - 5) T₂aN₁M₀.
3. З якого епітелію розвивається рак шийки матки (канал шийки):
 - 1) *високого циліндричного;
 - 2) плоского;
 - 3) призматичного;
 - 4) кубічного;
 - 5) в'їчастого циліндричного.
4. З якого епітелію розвивається рак шийки матки (вагінальної поверхні):
 - 1) *плоского;
 - 2) в'їчастого циліндричного;
 - 3) призматичного;
 - 4) кубічного;
 - 5) високого циліндричного.
5. Високодиференційований морфологічний варіант раку шийки матки:
 - 1) *G₁;
 - 2) G₀;
 - 3) G₄;
 - 4) G₃;
 - 5) G₂.
6. Самий інформативний метод діагностики раку шийки матки:
 - 1) *кольпоскопія;
 - 2) лапароскопія;

- 3) лабораторний;
- 4) УЗД;
- 5) клінічний.

7. Яка комбінація методів лікування раку шийки матки найбільш ефективна:

- 1) *операція + променева терапія;
- 2) операція + хіміотерапія;
- 3) хіміотерапія + променева терапія;
- 4) імунотерапія + хіміотерапія;
- 5) імунотерапія + фітотерапія.

8. III стадія раку шийки матки це:

- 1) *T₂aN₁M₀;
- 2) T₁bN₀M₀;
- 3) T₂bN₀M₀;
- 4) T₂aN₁M₀;
- 5) T₄N₀M₀.

9. Який варіант променевої терапії найбільш ефективний при раку шийки матки:

- 1) *поєднаний ;
- 2) дистанційний;
- 3) внутрішньоматковий;
- 4) зовнішній;
- 5) контактний.

10. Основний метод лікування раку шийки матки:

- 1) *хірургічний;
- 2) хіміотерапія;
- 3) променева терапія;
- 4) імунотерапія;
- 5) фітотерапія.

Основні задачі

1. У 46-річної пацієнтки скарги на часте виділення крові з піхви. При дослідженні per vaginalis шийка матки збільшена, щільна, обмежено рухома. Ваш попередній діагноз:

- 1) * рак шийки матки;
- 2) поліп цервікального каналу;
- 3) папіломи шийки матки;
- 4) лейкоплакія шийки матки;
- 5) еритроплакія шийки матки.

2. У 58-річної пацієнтки скарги на кров'янисті виділення з статевих шляхів після статевого контакту. При per vaginalis шийка матки збільшена, щільна, гіпертрофована. Який найбільш інформативний метод дослідження

для верифікації діагнозу:

- 1) * біопсія;
- 2) ультразвукове дослідження;
- 3) визначення рівня маркерів;
- 4) визначення рівня статевих гормонів;
- 5) радіонуклідний.

Додаткова задача

Хвора 44 роки, звернулась в жіночу консультацію зі скаргами на кров'янисті виділення з піхви після статевих контактів. Вагінально: шийка матки гіпертрофована. У передній губі шийки - пухлина у вигляді кольорової капусти 2х2см, що контактено кровоточить. Тіло матки звичайних розмірів, склепіння вільні. Ректально: надпіхвова частина шийки матки дещо ущільнена.

А. Поставте найбільш повний діагноз.

Б. Яке додаткове обстеження слід призначити?

В. Ваш план лікування.

РАК ЯЄЧНИКІВ (МКХ-О-С56)

Епідеміологія:

- захворюваність складає 16,5 на 100 тис. жіночого населення;
- займає друге місце серед злоякісних пухлин жіночих статевих органів;
- займає 7 місце в структурі онкологічної захворюваності;
- смертність складає 5,1 9 на 100 тис. населення;
- злоякісні новоутворення яєчників складають 20% усіх злоякісних новоутворень жіночих статевих органів;
- зустрічається переважно після 40 років.

Етіологія та фактори ризику:

- трубна безплідність;
- генетична схильність;
- гіперестрогенія;
- травматизація яєчників;
- застосування гормональних препаратів.

Передракові захворювання та доброякісні пухлини:

- кісти (фолікулярні, параоваріальні);
- кістоми;
- аденофіброма і цистоаденофіброма;
- цистоаденома.

Гістологічні форми:

- серозна;

- муцинозна;
- ендометріоїдна;
- світлоклітинна;
- пухлини Бреннера;
- змішана;
- плоскоклітинна;
- недиференційована;
- некласифікована;
- ембріональна карцинома;
- хоріокарцинома.

Клінічна класифікація - TNM

Т - первинна пухлина:

- T_x - недостатньо даних для оцінки первинної пухлини;
- T₀ - первинна пухлина не визначається;
- T_{is} - преінвазивна карцинома;
- T₁ - пухлина обмежена тільки яєчниками;
- T_{1a} - пухлина обмежена тільки яєчниками;
- T_{1b} - обидва яєчники, капсула інтактна;
- T_{1c} - розрив капсули, пухлина на поверхні яєчників, ракові клітини в асцитичній рідині, чи змивах з очеревини;
- T₂ - поширення на таз;
- T_{2a} - матка, одна чи дві труби ;
- T_{2b} - інші органи таза;
- T_{2c} - злоякісні клітини в асцитичній рідині, чи змивах з очеревини;
- T₃ - перитонеальні метастази поза тазом і/або метастази в регіонарні лімфовузли;
- T_{3a} - мікроскопічні перитонеальні метастази;
- T_{3b} - макроскопічні перитонеальні метастази ≤2см;
- T_{3c} - перитонеальні метастази >2см, і/або метастази в регіонарні лімфовузли;
- T₄ - віддалені метастази за виключенням перитонеальних метастазів.

N - регіонарні лімфатичні вузли

- N_x - недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів;
- N₀ - немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів метастазами;
- N₁ - наявність метастазів у регіонарних лімфовузлах.

M - віддалені метастази:

- M_x - недостатньо даних для оцінки віддалених метастазів;
- M₀ - віддалені метастази не визначаються;
- M₁ - наявні віддалені метастази.

Ступінь диференціювання:

- G_x - недостатньо даних для оцінки ступеня диференціювання;
- G₁ - високодиференційована пухлина;
- G₂ - помірнодиференційована пухлина;

G₃ - низькодиференційована пухлина;

G₄ - недиференційована пухлина.

Групування за стадіями

Стадія IA	T _{1a}	N ₀	M ₀
Стадія IB	T _{1b}	N ₀	M ₀
Стадія IC	T _{1c}	N ₀	M ₀
Стадія IIA	T _{2a}	N ₀	M ₀
Стадія IIB	T _{2b}	N ₀	M ₀
Стадія IIC	T _{2c}	N ₀	M ₀
Стадія IIIA	T _{3a}	N ₀	M ₀
Стадія IIIB	T _{3b}	N ₀	M ₀
Стадія IIIC	T _{3c}	N ₀	M ₀
	T _{будь-яка}	N ₁	M ₀
Стадія IV	T _{будь-яка}	N _{будь-яка}	M ₁

Клініка:

- збільшення живота;
- біль в мезо- і гіпогастральних ділянках;
- асцит;
- порушення дефекації (проноси чи запори);
- часте сечовипускання.

Діагностика:

- огляд у дзеркалах;
- фракційне вишкрібання матки;
- пункція передньої черевної стінки або парацентез;
- пункція заднього склепіння;
- піхвово-ректальне дослідження;
- ультразвукове дослідження;
- комп'ютерна томографія;
- кольпоскопія;
- цистоскопія та іригоскопія.

Лікування:

- Операція (проводять 5 типів оперативних втручань):
 - первинна циторедукція;
 - інтервенційна циторедукція;
 - повторна циторедукція;
 - Second look операція;
 - паліативні операції.

Об'єм операції: екстирпація матки з придатками, екстирпація матки з придатками й резекцією сальника, при IA стадії у молодих жінок може бути виконана однобічна аднексектомія і резекція сальника.

- Променева терапія;

- Хіміотерапія (5-фторурацил, метотрексат, циклофосфан, доксорубіцин, цисплатин).

Тестові завдання

1. Розширена радикальна екстирпація матки це:

- 1) *операція Вертгейма;
- 2) операція Кеню-Майлса;
- 3) операція Гарлока;
- 4) гістеректомія;
- 5) операція Дюкена.

2. Яка найбільш часта гістологічна форма серед епітеліальних злоякісних пухлин яєчників:

- 1) *серозна;
- 2) муциозна;
- 3) світлоклітинна;
- 4) пухлина Бреннера;
- 5) ендометріюдна.

3. Радикальна операція при раку яєчників:

- 1) *тотальна екстирпація матки;
- 2) резекція матки;
- 3) гістеректомія;
- 4) оваріогістеректомія;
- 5) екстирпація матки .

4. Найбільш сприятливий морфологічний варіант раку яєчників:

- 1) *G₁;
- 2) G₂;
- 3) G₄;
- 4) G₃;
- 5) G_x.

5. Який лабораторний маркер є діагностично значущим при раку яєчників:

- 1) *CA-125;
- 2) CA-28;
- 3) CA-22;
- 4) CA-33;
- 5) CA-128.

6. T₂aN₀M₀ раку яєчників відповідає стадії:

- 1) *IIa;
- 2) IIc;
- 3) Ia;
- 4) IIb;
- 5) Ic.

7. T₂ раку яєчників це:

- 1) * пухлина розповсюджується на один або два яєчники з розповсюдженням на таз;
- 2) пухлина проростає в сусідні тканини;
- 3) пухлина не виходить за межі яєчників;
- 4) пухлина розповсюджується на тіло матки;
- 5) пухлина розповсюджується на один або два яєчники з перитонеальними метастазами.

8. Низькодиференційований морфологічний варіант раку яєчників:

- 1) *G₃;
- 2) G₁;
- 3) G₄;
- 4) G₂;
- 5) G₀.

9. Високоінформативний метод діагностики раку яєчників:

- 1) *УЗД;
- 2) Ro-дослідження;
- 3) лабораторний;
- 4) клінічний;
- 5) біохімічний.

10. Лікування раку яєчників I стадії слід починати з:

- 1) *операції;
- 2) хіміотерапії;
- 3) гормонотерапії;
- 4) імунотерапії;
- 5) променевої терапії.

Основні задачі

1. Жінка 49-річна звернулася до гінеколога зі скаргами на значну загальну слабкість, значне схуднення, біль внизу живота протягом року. Менструація не порушена, статевим життям не жила. Шийка матки циліндрична, чиста. Тіло матки окремо не пальпується. З обох боків від матки визначаються щільні, бугристі, нерухомі пухлини, які виповнюють порожнину малого тазу. Поставте діагноз:

- 1) *рак яєчників;
- 2) рак тіла матки;
- 3) фіброміома матки;
- 4) рак прямої кишки;
- 5) рак сечового міхура.

2. Жінка 48-річна скаржиться на ниючий біль внизу живота. Менструації відсутні протягом 2 років, статевим життям не жила. У 46 років оперована з приводу раку шлунка. Матка пальпується з утрудненням. В ділянці додатків

пальпуються щільні малорухомі пухлини. Який найбільш ймовірний діагноз у хворой:

- 1)*метастази Крукенберга;
- 2) дермоїдні кісти яєчників;
- 3) хронічний аднексит;
- 4) фіброміома матки;
- 5) рак яєчників.

Додаткова задача

Хвора В., 52 роки, скаржиться на загальну слабкість, біль внизу живота. Менопауза 2 роки. В анамнезі 1 пологи, 2 аборти, хронічний аднексит. При огляді встановлено: збільшення розмірів живота, ознаки асцити. При бімануальному обстеженні: шийка матки циліндрична, чиста. Тіло матки невеликих розмірів, відхилено вправо. Праві додатки не змінені. Зліва і ззаду від матки пальпується горбисте, безболісне, нерухоме утворення, щільної консистенції, розміром 12х15см., фіксоване до стінок тазу.

- А. Найбільш ймовірний і повний діагноз?
- Б. Яке дообстеження слід призначити?
- В. План лікування?

РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ (МКХ-0-С50)

Епідеміологія

- Найчастіше захворювання у жінок розвинутих країн
- Лідируючі по захворюваності країни
США – 110 (на 100 тис населення)
Бельгія – 79,2
Швеція – 72,8
Україна – 63,1
Франція – 58,2
- Смертність в світі 17,9 (на 100 тис населення)
- Смертність в Україні 29,9

Фактори ризику

- Наявність онкозахворювань в сім'ї (особливо РГЗ)
- Вага при народженні (вище 4кг)
- Початок менструацій (ранній до 12, пізній - після 16р.)
- Початок статевого життя (після 25р.)
- Характер статевого життя (не регулярне, безладне, відсутнє)
- Види контрацепції (гормональні контрацептиви, спіраль)
- Переривання вагітності (аборти, штучні роди, викидні)

- Патологія вагітності, пологів, лактації (гіпо- та гіпергалактія, мастити, тріщини соска)
- Термін перших та останніх пологів (після 28 та після 40р)
- Клімакс (ранній - до 40, пізній – після 55р.)
- Патологія генітальної сфери (срозія ш/м, кісти яєчника, запальні та пухлинні захворювання)
- Патологія ендокринних органів (гіпер- та гіпотіреоз, цукровий діабет, хв. Іценко-Кушинга)
- Антропометричні дані (зріст > 175см, вага > 80кг)
- Тріада Дільмана (ожиріння, цукровий діабет, гіпертонія)
- Вік (старше 65р.)

Клінічні форми

- Вузлова форма (найбільш часта)
- Інфільтративно-набрякова
- Маститоподібна форма
- Еризипелоїдна (бешихоподібна)
- Панцирний рак
- Хвороба Педжета

Клінічна класифікація TNM

T - первинна пухлина

T_x - недостатньо даних для характеристики первинної пухлини.

T_0 - пухлина не виявляється.

T_{is} - преінвазивна карцинома - cancer in situ. Або хвороба Педжета (соска) без ознак пухлини.

T_1 - пухлина до 2,0см у найбільшому вимірі. T_{1mic} - мікроінвазія до 0,1см в найбільшому вимірі. T_{1A} - пухлина від 0,1 до 0,5см у найбільшому вимірі. T_{1B} - пухлина від 0,5 до 1,0см у найбільшому вимірі. T_{1C} - пухлина від 1,0 до 2,0см у найбільшому вимірі.

T_2 - пухлина до 5,0см у найбільшому вимірі.

T_3 - пухлина понад 5,0см у найбільшому вимірі.

T_4 - будь-яких розмірів з поширенням на грудну стінку або шкіру.

T_{4A} - з поширенням на грудну стінку.

T_{4B} - з набряком, виразкуванням або сателітами в шкірі залози.

T_{4C} - критерії T_{4A} та T_{4B} разом.

T_{4D} - запальна форма раку.

N - регіонарні лімфатичні вузли

N_x - недостатньо даних для визначення метастазів в лімфовузлах.

N_0 - метастази в регіонарних лімфатичних вузлах відсутні.

N_1 - метастази у рухомих пахвових лімфовузлах з боку ураження (гомолатеральних).

N_{2A} - метастази в гомолатеральних пахвових лімфатичних вузлах фіксованих поміж собою або з навколишніми структурами.

N_{2B} - метастази у гомолатеральних внутрішніх грудних лімфовузлах при відсутності клінічно доведених метастазів в пахових лімфовузлах.

N_{3A} - метастази у гомолатеральних підключичних лімфовузлах.

N_{3B} - метастази у гомолатеральних внутрішніх грудних лімфовузлах при наявності клінічно доведених метастазів в пахових лімфовузлах.

N_{3C} - метастази у гомолатеральних надключичних лімфовузлах.

М - віддалені метастази

M_x - недостатньо даних для визначення віддалених метастазів.

M₀ - віддалені метастази відсутні.

M₁ - наявні віддалені метастази.

Ступінь диференціації (G)

G_x - недостатньо даних для визначення ступеню диференціації.

G₁ - високий ступінь диференціації.

G₂ - середній ступінь диференціації.

G₃ - низький ступінь диференціації.

G₄ - недиференційований рак.

Стадійна класифікація раку грудної залози.

0 стадія	T_{is}	N₀	M₀
I стадія	T₁	N₀	M₀
II _A стадія	T₀	N₁	M₀
	T₁	N₁	M₀
	T₂	N₀	M₀
II _B стадія	T₂	N₁	M₀
	T₃	N₀	M₀
III _A стадія	T₀	N₂	M₀
	T₁₋₂	N₂	M₀
	T₃	N₁₋₂	M₀
III _B стадія	T₄	N₁₋₂	M₀
III _C стадія	T будь-яка	N₃	M₀
IV стадія	T будь-яка	N будь-яка	M₁

Клініка

- Збільшення або зменшення розмірів органу.
- Зміщення грудних залоз вгору або в сторони, або їх фіксація.
- Втягнення соска
- Локальна або тотальна гіперемія шкіри грудної залози
- Вузлові ущільнення, виразки шкіри, скориночки, мокнення соска, розпад тканин
- Асиметрія сосків – симптом Форже
- Відсутність чітких меж визначуваного пухлинного вузла
- Поступовий перехід пухлини в навколишню тканину
- Хрящова щільність, наростаюча від периферії до центру

- Наявність одного або декількох лімфовузлів в пахвових і надключичних ділянках
- Утягнення шкіри в місці виявленої пухлини грудної залози, симптом умбілікації або майданчика
- Потовщення соска і складки ареоли в грудній залозі, де визначено наявність пухлини – симптом Краузе
- Явища лімфостазу – симптом лимонної кірки над пухлиною або за її межами
- Симптом Кеніга – при притисненні долонею грудної залози в положенні навзнік пухлина не зникає
- Симптом Прібрама – при потягуванні за сосок пухлина зміщується за ним
- Патологічні виділення з соска (кров, темна або світла прозора рідина)

Додаткові методи дослідження

- Термографія
- Ультразвукова діагностика
- Мамографія
- Радіонуклідна діагностика
- Морфологічні методи діагностики:
Пункційна аспіраційна біопсія
Трепанобіопсія
Ексцизійна біопсія
- Онкомаркери СА-15-3 та РЕА

Лікування

- **Хірургічні методи:**

Квадрантектomia з пахвовою лімфодесекцією (частіше при I стадії)

Мастектомія за Маденом (частіше при II-III стадії)

Мастектомія за Холстедом-Майером (при вроданні в грудні м'язи)

Санітарна ампутація грудної залози (при розпаді)

- **Променева терапія:** (сумарна доза 45 Гр)

Ад'ювантна (післяопераційна) – частіше при I-II стадії

Неоад'ювантна (доопераційна) – частіше при III-IV стадії

Розщеплена (до і післяопераційна) – частіше при II-III стадії

- **Хіміотерапія:** (Ад'ювантна, неоад'ювантна)

CMF – циклофосфан, адриаміцин, фторурацил;

CMFP - циклофосфан, адриаміцин, фторурацил, преднізолон (схема Купера);

CAF - циклофосфан, адриаміцин, фторурацил

- **Гормонотерапія:** (антагоністами естрогенів)

Тамоксіфен

Фаристон

Ралоксифен

Тестові завдання

1. Вкажіть клінічні форми раку грудної залози:
 - 1) *вузлова, дифузна (інфільтративна), рак Педжета;
 - 2) рак Педжета, внутрішньопроотоковий рак, рак соска;
 - 3) рак соска, вузлова форма, маститоподібний рак;
 - 4) внутрішньопроотоковий рак, вузловий рак, рак Педжета;
 - 5) бешихоподібний, рак соска, вузловий рак.
2. Призначте I етап лікування раку грудної залози T4b:
 - 1) *санітарна ампутація грудної залози ;
 - 2) квадрантектomia з пахвовою лімфаденектомією;
 - 3) операція Холстеда-Майєра;
 - 4) хіміотерапія ;
 - 5) променева терапія.
3. Назвіть оптимальну схему першої лінії хіміотерапії раку грудної залози:
 - 1) *циклофосфан, метатрексат, фторурацил;
 - 2) метотрексат, онковін, преднізолон;
 - 3) прокарбазин, вінкрістин, преднізолон;
 - 4) вінбластин, онковін, мітоміцин;
 - 5) циклофосфан, гемзар, дакарбазин.
4. Вкажіть метод забору матеріалу для цитологічного дослідження раку грудної залози:
 - 1) *пункційна аспіраційна біопсія;
 - 2) інцизійна біопсія;
 - 3) зішкріб;
 - 4) мазок-відбиток;
 - 5) ексцизійна біопсія.
5. Призначте лікування T_{4d} раку грудної залози:
 - 1) *хіміотерапія і променева терапія ;
 - 2) операція Пейті-Дісона ;
 - 3) операція Холстеда;
 - 4) квадрантектomia з пахвовою лімфаденектомією;
 - 5) променева терапія.
6. T_{1a} раку грудної залози це:
 - 1) *вузловий рак до 0,5см. в діаметрі;
 - 2) вузловий рак до 5см. в діаметрі;
 - 3) інфільтративний рак;
 - 4) вузловий рак до 2см. в діаметрі;
 - 5) вузловий рак до 1см. в діаметрі.
7. Які найбільш ймовірні чинники розвитку раку грудної залози:
 - 1) *гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, ожиріння;
 - 2) туберкульоз, інфаркт міокарду, пневмонія;
 - 3) алкоголь, виразкова хвороба, бронхіт;

- 4) гіпертонічна хвороба, коліт, дисбактеріоз;
- 5) хвороба Дауна, ожиріння, анемія.

8. Функція яких ендокринних залоз у хворих на рак грудної залози має значення при виборі схеми гормонотерапії?

- 1) *яєчників;
- 2) наднирків;
- 3) щитоподібної залози;
- 4) гіпофіза;
- 5) гіпоталамуса.

9. При якій стадії раку молочної залози лікування обмежується лише хірургічним методом:

- 1) *I А;
- 2) III Б;
- 3) II А;
- 4) III А;
- 5) II Б.

10. Найбільш оптимальне лікування раку Педжета:

- 1) *хірургічний метод;
- 2) хіміотерапія;
- 3) променева терапія;
- 4) комплексне;
- 5) променева і хіміотерапія.

Основні задачі

1. Пацієнтка 35-річна скаржиться на збільшення правої молочної залози, біль в залозі, страждає безпліддя. Права молочна залоза збільшена у розмірах, шкіра її пастозна, гіперемована, пальпується інфільтрат тістуватої консистенції без чітких контурів, позитивний симптом “апельсинової шкірки”.

Ваш діагноз:

- 1) *інфільтративний рак;
- 2) вузловий рак;
- 3) вузлова мастопатія;
- 4) туберкульоз молочної залози;
- 5) фіброаденома.

2. На профілактичному огляді у пацієнтки 47 р. в зовнішньо-верхньому квадранті лівої молочної залози знайдено пухлинне утворення округлої форми діаметром до 2см, еластичної консистенції, не спаяне зі шкірою і навколишніми тканинами, помірно болюче. Менструації нерегулярні. Яке обстеження є першочерговим:

- 1) *мамографія;
- 2) УЗД;
- 3) термографія;

- 4) сканування;
- 5) визначення онкомаркерів.

Додаткова задача

Хвора 36-річна скаржиться на наявність пухлинного утворення в нижньо-внутрішньому квадранті лівої молочної залози, біль в грудному відділі хребта. При пальпації грудної залози: пухлина розмірами 6x4см, щільна, малорухома, помірно болюча. Шкіра над пухлиною інфільтрована по типу «лимонної кірки». В пахвовій ділянці поодинокий щільний рухомий лімфовузол 1,5см в діаметрі. Загальний стан хворої задовільний. У загальних аналізах крові і сечі без змін.

- А. Найбільш вірогідний і повний діагноз.
- Б. Які додаткові методи дослідження слід призначити?
- В. Ваш план лікування.

РАК НИРКИ (МКХ-0-С64)

Епідеміологія:

- захворюваність складає 11,1 випадків на 100 тис. населення;
- пік захворюваності припадає на вік 40-60 років;
- смертність складає 5,4 на 100 тис. населення;
- чоловіки хворіють у 2 рази частіше, ніж жінки.

Етіологія та фактори ризику:

- дисбаланс статевих гормонів (естрогенів);
- куріння тютюну;
- іонізуюче випромінювання;
- хімічне забруднення навколишнього середовища;
- вплив нітрозамінів та ароматичних амінів;
- генетичний чинник;
- аномалії нирки.

Гістологічні форми:

- папілярна;
- аденокарцинома;
- хромофобна;
- світлоклітинна альвеолярна;
- темноклітинна (зерниста);
- онкоцитарна;
- плоскоклітинна;
- веретеноподібноклітинна.

Клінічна класифікація - TNM

T- первинна пухлина:

- T_x** - недостатньо даних для оцінки первинної пухлини;
T₀ - первинна пухлина не визначається;
T_{is} - преінвазивна карцинома;
T₁ - пухлина до 7см у найбільшому вимірі, обмежена ниркою;
T_{1a} - пухлина до 4см;
T_{1b} - пухлина від 4 до 7см;
T₂ - пухлина понад 7см у найбільшому вимірі, обмежена ниркою;
T₃ - пухлина поширюється на великі вени або надниркову залозу, або навколониркові тканини, але в межах фасції Герота;
T_{3a} - пухлина поширюється на надниркову залозу, або навколониркові тканини, але в межах фасції Герота;
T_{3b} - масивне поширення пухлини в ниркову або порожнисту вену(и) нижче від діафрагми;
T_{3c} - масивне поширення пухлини в ниркову або порожнисту вену(и) вище від діафрагми;
T₄ - пухлина поширюється за межі фасції Герота.

N - регіонарні лімфатичні вузли:

- N_x** - недостатньо даних для оцінки стану регіональних лімфатичних вузлів;
N₀ - немає ознак ураження регіональних лімфатичних вузлів метастазами;
N₁ - наявність метастазів в один лімфатичний вузол;
N₂ - наявність метастазів більше ніж в один лімфатичний вузол.

M - віддалені метастази:

- M_x** - недостатньо даних для оцінки віддалених метастазів;
M₀ - віддалені метастази не визначаються;
M₁ - наявні віддалені метастази.

Ступінь диференціювання:

- G_x** - недостатньо даних для оцінки ступеня диференціювання;
G₁ - високодиференційована пухлина;
G₂ - помірнодиференційована пухлина;
G₃ - низькодиференційована пухлина;
G₄ - недиференційована пухлина.

Групування за стадіями

Стадія I	T ₁	N ₀	M ₀
Стадія II	T ₂	N ₀	M ₀
Стадія III	T ₁	N ₁	M ₀
	T ₂	N ₁	M ₀
	T ₃	N ₀	M ₀
	T ₃	N ₀ , N ₁	M ₀
Стадія IV	T ₄	N ₀ , N ₁	M ₀
	T _{будь-яка}	N ₂	M ₀
	T _{будь-яка}	N _{будь-яка}	M ₁

Клініка:

- макрогематурія;
- біль у попереку;
- пухлина нирки, що пальпується;
- втрата маси тіла;
- гіпертермія;
- набряки.

Діагностика:

- ультразвукове дослідження;
- пункційна аспіраційна біопсія з послідуочим цитологічним дослідженням;
- хромоцистоскопія;
- цитологічне дослідження сечі;
- екскреторна урографія;
- уретероскопія;
- рентгенографія грудної клітини;
- ангіографія нирки;
- ретроградна уретеропієлографія;
- КТ.

Лікування:

- Оперативне:
 - радикальна нефректомія;
 - селективна емболізація ниркової артерії;
 - нефростомія;
 - радіочастотна абляція пухлинного вузла;
 - уретеросигмостомія;
 - уретерокутанеостомія.
- Хіміотерапія (5-фторурацил);
- Гормонотерапія: 17-б-оксипрогестерон, тестенат, капронат;
- Променева терапія;
- Імунотерапія: інтерлейкін-2, α -інтерферон, інтрон.

Тестові завдання

1. Пік захворюваності на рак нирки припадає на вік:

- 1) *40-60 років;
- 2) 30-40 років;
- 3) до 40 років;
- 4) 30-45 років;
- 5) старше 60 років.

2. Фактор ризику розвитку раку нирки:

- 1) *тютюнопаління;

- 2) вірус папіломи людини;
 - 3) вірус герпеса;
 - 4) сонячна інсоляція;
 - 5) вірус мавп.
3. Гістологічна форма раку нирки:
- 1) *папілярна;
 - 2) дрібноклітинна;
 - 3) базальноклітинна;
 - 4) крупноклітинна;
 - 5) карциноїдна.
4. T₁ раку нирки:
- 1) *пухлина до 7см у найбільшому вимірі, обмежена ниркою;
 - 2) пухлина до 4см;
 - 3) пухлина від 4 до 7см;
 - 4) пухлина понад 7см у найбільшому вимірі, обмежена ниркою;
 - 5) пухлина поширюється на великі вени або надниркову залозу, або навколониркові тканини, але в межах фасції Герота.
5. N₁ раку нирки:
- 1) *наявність метастазів в один лімфатичний вузол;
 - 2) наявність метастазів більше ніж в один лімфатичний вузол ;
 - 3) наявність метастазів в один або декілька лімфатичних вузлів, розмірами більше ніж 5см;
 - 4) метастаз розміром до 2см;
 - 5) метастаз розміром до 5см.
6. G₃ раку нирки:
- 1) *низкодиференційована пухлина;
 - 2) вискодиференційована пухлина;
 - 3) помірнодиференційована пухлина;
 - 4) недостатньо даних для оцінки ступеня диференціювання;
 - 5) недиференційована пухлина.
7. T₁N₁M₁ раку нирки відповідає:
- 1) *III стадія;
 - 2) II стадія;
 - 3) II A стадія;
 - 4) III A стадія;
 - 5) III B стадія.
8. Найбільш частий клінічний симптом раку нирки:
- 1) *гематурія;
 - 2) гіпертермія;
 - 3) піурія;
 - 4) полакіурія;
 - 5) ішурія.

9. Найінформативніший метод діагностики раку нирки:

- 1) *морфологічний;
- 2) УЗД;
- 3) цистоскопія;
- 4) термографія;
- 5) сканування.

10. Радикальна операція при раку нирки:

- 1) *нефректомія;
- 2) уретеросигмостомія;
- 3) уретерокутанеостомія;
- 4) орхітектомія;
- 5) цистектомія.

Основні задачі

1. У 55-річного пацієнта скарги на біль у ділянці правої нирки, періодичне підвищення температури тіла до субфебрильних цифр і на появу в сечі червоподібних згустків крові. Який найбільш вірогідний попередній діагноз:

- 1) *рак правої нирки;
- 2) кіста правої нирки;
- 3) рак сечового міхура;
- 4) хронічний цистит;
- 5) структура уретри.

2. У 52-річного пацієнта скарги на наявність крові в сечі. Симптом Пастернацького позитивний зліва. При екскреторній урографії виявлено відсутність контрастної речовини в проекції лівої нирки. Який ваш попередній діагноз:

- 1) *рак лівої нирки;
- 2) гломерулонефрит;
- 3) пієлонефрит;
- 4) структура лівого сечоводу;
- 5) кіста лівої нирки.

Додаткова задача

У чоловіка 57-річного двічі протягом місяця спостерігалася гематурія, періодично турбують болі в правій поперековій ділянці. При УЗД виявлено круглу пухлину в нижньому полюсі правої нирки 3см в діаметрі, параортальні лімфатичні вузли не візуалізуються. Загальний стан задовільний.

- А. Передбачуваний діагноз.
- Б. План обстеження.
- В. Тактика лікування.

РАК СЕЧОВОГО МІХУРА (МКХ-0-С67)

Епідеміологія:

- захворюваність складає 10,9 випадків на 100 тис. населення;
- рак сечового міхура складає близько 3% усіх пухлин і 30-50% пухлин сечостатевого органів;
- пік захворюваності припадає на вік 40-60 років;
- смертність складає 5,2 на 100 тис. населення;
- чоловіки хворіють у 3-4 рази частіше, ніж жінки.

Етіологія та фактори ризику:

- біологічні канцерогени: віруси;
- куріння тютюну;
- хімічні канцерогени: аміносполуки ароматичного ряду;
- хронічна інфекція сечового міхура;
- промислові канцерогени.

Гістологічні форми:

- перехідноклітинна;
- аденокарцинома;
- плоскоклітинна;
- сосочкова.

Клінічна класифікація - TNM

T - первинна пухлина:

- T_x - недостатньо даних для оцінки первинної пухлини;
- T₀ - первинна пухлина не визначається;
- T_a - папілярний неінвазивний рак;
- T_{is} - преінвазивна карцинома;
- T₁ - пухлина з ураженням підслизового шару;
- T₂ - пухлина поширюється на м'язовий шар;
- T_{2a} - внутрішня половина;
- T_{2b} - зовнішня половина;
- T₃ - пухлина поширюється на навколomіхурову клітковину;
- T_{3a} - мікроскопічно;
- T_{3b} - макроскопічно (екстравезикальні маси);
- T₄ - пухлина поширюється на суміжні органи та структури;
- T_{4a} - пухлина поширюється на простату, піхву або матку;
- T_{4b} - пухлина поширюється на стінку таза або черевну стінку.

N - регіонарні лімфатичні вузли:

- N_x - недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів;
- N₀ - немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів метастазами;
- N₁ - наявність метастазів в один лімфатичний вузол, розмірами до 2см;
- N₂ - наявність метастазів в один або декількох лімфатичних вузлів, розмірами від 2 до 5см;

N_3 - наявність метастазів в один або декілька лімфатичних вузлів, розмірами більше ніж 5см.

M - віддалені метастази:

M_x - недостатньо даних для оцінки віддалених метастазів;

M_0 - віддалені метастази не визначаються;

M_1 - наявні віддалені метастази.

Ступінь диференціювання:

G_x - недостатньо даних для оцінки ступеня диференціювання;

G_1 - високодиференційована пухлина;

G_2 - помірнодиференційована пухлина;

G_3 - низькодиференційована пухлина;

G_4 - недиференційована пухлина.

Групування за стадіями

Стадія 0 is	T_{is}	N_0	M_0
Стадія 0 a	T_a	N_0	M_0
Стадія I	T_1	N_1	M_0
Стадія II	T_{2a}	N_1	M_0
	T_{2b}	N_0	M_0
Стадія III	T_{3a}	N_0	M_0
	T_{3b}	N_0	M_0
	T_{4a}	N_0	M_0
Стадія IV	T_{4b}	N_0	M_0
	$T_{\text{будь-яка}}$	$N_{1,2,3}$	M_0
	$T_{\text{будь-яка}}$	$N_{\text{будь-яка}}$	M_1

Клініка:

- гематурія;
- піурія;
- дизурія;
- біль;
- утруднене сечовивипускання;
- несправжні та імперативні позиви.

Діагностика:

- ультразвукове дослідження;
- пункційна аспіраційна біопсія з послідуочим цитологічним дослідженням;
- хромоцистоскопія;
- цитологічне дослідження сечі;
- уретероцистоскопія;
- рентгенографія грудної клітини;
- ретроградна уретероніслографія;
- КТ.

Лікування:

- Оперативне:
 - трансуретральна електрокоагуляція;
 - трансуретральна резекція (ТУР) нефростомія;
 - часткова резекція сечового міхура;
 - субтотальна резекція сечового міхура;
 - цистектомія;
 - уретеросигмостомія;
 - уретерокутансостомія;
- Хіміотерапія (вінбластин, цисплатин, метотрексат, доксорубіцин);
- Імунотерапія: інтерлейкін-2, α -інтерферон, інтрон, вакцина БЦЖ.

Тестові завдання

1. Пік захворюваності на рак сечового міхура припадає на вік:

- 1) *40-60 років;
- 2) 30-40 років;
- 3) до 40 років;
- 4) 30-45 років;
- 5) старше 60 років.

2. Фактор ризику розвитку раку сечового міхура:

- 1) *тютюнопаління;
- 2) аномалія нирки;
- 3) дисбаланс статевих гормонів;
- 4) сонячна інсоляція;
- 5) вірус мавп.

3. Гістологічна форма раку сечового міхура:

- 1) *перехідноклітинна;
- 2) дрібноклітинна;
- 3) базальноклітинна;
- 4) крупноклітинна;
- 5) карциноїдна.

4. T₁ раку сечового міхура:

- 1) *пухлина з ураженням підслизового шару;
- 2) пухлина поширюється на м'язовий шар;
- 3) внутрішня половина;
- 4) зовнішня половина;
- 5) пухлина поширюється на навколومیхурову клітковину.

5. N₁ раку сечового міхура:

- 1) *наявність метастазів в один лімфатичний вузол, розмірами до 2см;
- 2) наявність метастазів в один або декілько лімфатичних вузлів, розмірами від до 5см;

- 3) наявність метастазів в один або декілька лімфатичних вузлів, розмірами більше ніж 5см;
 - 4) метастаз розміром до 2см;
 - 5) метастаз розміром до 5см.
6. G₃ раку сечового міхура:
- 1)* низькодиференційована пухлина;
 - 2) високодиференційована пухлина;
 - 3) помірнодиференційована пухлина;
 - 4) недостатньо даних для оцінки ступеня диференціювання;
 - 5) недиференційована пухлина.
7. T₁N₁M₀ раку сечового міхура відповідає:
- 1) *I стадія;
 - 2) II стадія;
 - 3) II A стадія;
 - 4) III A стадія;
 - 5) III B стадія.
8. Найбільш частий клінічний симптом раку сечового міхура:
- 1) *гематурія;
 - 2) гіпертермія;
 - 3) піурія;
 - 4) полакіурія;
 - 5) ішурія.
9. Найінформативніший метод діагностики раку сечового міхура:
- 1) *морфологічний;
 - 2) УЗД;
 - 3) цистоскопія;
 - 4) термографія;
 - 5) сканування.
10. Радикальна операція при раку сечового міхура:
- 1) *цистектомія;
 - 2) уретеросигмостомія;
 - 3) уретерокутанеостомія;
 - 4) орхітектомія;
 - 5) нефректомія.

Основні задачі

1. Хворому 74 роки, скаржиться на виражений біль при сечовипусканні, часті позиви на сечовипускання, потемніння сечі. В анамнезі – періодична гематурія протягом останніх 2-х років. Об'єктивно: при бімануальному дослідженні виявляється ущільнення стінки сечового міхура. Лікар запідозрив

пухлину сечового міхура. Вкажіть метод, який з найбільшою достовірністю дозволить верифікувати діагноз:

- 1) *цистоскопія з біопсією;
- 2) цистографія;
- 3) екскреторна урографія;
- 4) тазова артеріографія;
- 5) хромоцистоскопія.

2. У 64-річного пацієнта скарги на домішки крові в сечі. Вперше домішки крові помітив два тижні тому. На сонографії виявлено пухлиноподібне утворення до 1см на лівій стінці сечового міхура. Яка найбільш оптимальна операція показана в даному випадку:

- 1) *трансуретральна резекція сечового міхура;
- 2) епіцистостомія;
- 3) простатектомія;
- 4) цистпростатектомія;
- 5) цистектомія.

Додаткова задача

Чоловік, 45 років, скаржиться на відчуття тяжкості в надлобковій ділянці, часте сечовипускання, різі при сечовипусканні, сеча періодично буває пофарбована в червоний колір. Об'єктивно: над лоном пальпується болоче ущільнення. Ректально: простата не змінена. При УЗД - стінка сечового міхура потовщена з пристінковим розростанням, об'єм міхура зменшений. Візуалізуються збільшені клубові лімфатичні вузли справа.

- А. Можливий діагноз?
- Б. Тактика обстеження?
- В. Тактика лікування?

РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ (МКХ-10, С-61)

Епідеміологія:

- захворюваність складає 29,9 випадків на 100 тис. чоловічого населення;
- рак передміхурової залози зустрічається у чоловіків похилого і старечого віку від 50 до 70 років;
- смертність складає 14,9 на 100 тис. населення;
- рак простати виявляють у 14-46% чоловіків, старших 50 років

Етіологія та фактори ризику:

- сексуальна активність;
- вірусні та венеричні захворювання;
- порушення гормонального балансу;

- простатит;
- генетичний фактор;
- тютюнопаління;
- гіперплазія.

Гістологічні форми:

- перехідна карцинома;
- аденокарцинома;
- світло клітинна тубулоальвеолярна;
- нейроендокринна карцинома;
- темноклітинна тубулярна;
- криброзна;
- недиференційована;
- плоскоклітинна.

Клінічна класифікація - TNM

T - первинна пухлина:

T_x - недостатньо даних для оцінки первинної пухлини;

T₀ - первинна пухлина не визначається;

T_{is} - преінвазивна карцинома;

T₁ - клінічно безсимптомна пухлина, не пальпується і спеціальними методами не візуалізується;

T_{1a} - пухлина виявлена випадково під час гістологічного дослідження і складає не більше 5% резекційної тканини;

T_{1b} - пухлина виявлена випадково під час гістологічного дослідження і складає більше 5% резекційної тканини;

T_{1c} - пухлина виявлена під час пункційної біопсії, виконаної у зв'язку з підвищенням рівня простатичного специфічного антигена;

T₂ - пухлина обмежена передміхуровою залозою або розповсюджується на капсулу;

T_{2a} - пухлина вражає половину однієї частки і менше;

T_{2b} - пухлина вражає більше половини однієї частки, але не обидві частки;

T₃ - пухлина розповсюджується за межі капсули передміхурової залози;

T_{3a} - екстракапсулярне розповсюдження (з одного боку або двобічне);

T_{3b} - пухлина розповсюджується на сім'яні міхурці;

T₄ - нерухома пухлина або пухлина, що розповсюджується на шийку сечового міхура, зовнішній сфінктер, пряму кишку, м'язи тазу і (або) стінку тазу.

N - регіонарні лімфатичні вузли:

N_x - недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів;

N₀ - немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів метастазами;

N₁ - наявність метастазів у регіонарних лімфовузлах.

M - віддалені метастази:

M_x - недостатньо даних для оцінки віддалених метастазів;

M₀ - віддалені метастази не визначаються;

M_1 - наявні віддалені метастази.

Ступінь диференціювання:

G_x - недостатньо даних для оцінки ступеня диференціювання;

G_1 - високодиференційована пухлина;

G_2 - помірнодиференційована пухлина;

G_3 - низькодиференційована пухлина;

G_4 - недиференційована пухлина.

Групування за стадіями

Стадія I	T_{1a}	N_0	M_0	G_1
Стадія II	T_{1a}	N_0	M_0	$G_{2,3-4}$
	T_{1b}	N_0	M_0	$G_{\text{будь-яка}}$
	T_{1c}	N_0	M_0	$G_{\text{будь-яка}}$
	T_1	N_0	M_0	$G_{\text{будь-яка}}$
	T_2	N_0	M_0	$G_{\text{будь-яка}}$
Стадія III	T_3	N_0	M_0	$G_{\text{будь-яка}}$
Стадія IV	T_4	N_0	M_0	$G_{\text{будь-яка}}$
	$T_{\text{будь-яка}}$	N_1	M_0	$G_{\text{будь-яка}}$
	$T_{\text{будь-яка}}$	$N_{\text{будь-яка}}$	M_1	$G_{\text{будь-яка}}$

Клініка:

- гематурія;
- біль в промежині;
- дизурія;
- затримка або нетримання сечі;
- часті позиви на сечовипускання, особливо в нічний час;
- утруднене сечовипускання.

Діагностика:

- пальцьове ректальне дослідження;
- ультразвукове дослідження;
- пункційна аспіраційна біопсія з послідуочим цитологічним дослідженням;
- трепанобіопсія з послідуочим гістологічним дослідженням;
- визначення рівня простатичного специфічного антигену (PSA).

Лікування:

- Операція:
 - простатектомія;
 - кастрація у поєднанні з естрогенотерапією;
 - трансуретральна резекція простати.
- Хіміотерапія (вінбластин, 5-фторурацил, доксорубіцин);
- Гормонотерапія:
 - естрогенна терапія (синестрол, мікрофоллін-форте, фосфестрол, хлортріанізен);
 - стероїдні антиандрогени (андрокур);

- агоністи (аналоги) ЛГРГ (золадекс, простап);
- нестероїдні антиандрогени (косадекс, флутамід, анандрон).
- Променева терапія.

Тестові завдання

1. Який препарат відноситься до антиандрогенів:
 - 1) *флутамід;
 - 2) доксорубіцин;
 - 3) цисплатин;
 - 4) вінкрістин;
 - 5) циклофосфан.
2. Гістологічна форма раку передміхурової залози:
 - 1) *аденокарцинома;
 - 2) дрібноклітинна;
 - 3) недрібноклітинна;
 - 4) медулярна;
 - 5) неklasифікована.
3. Рак передміхурової залози частіше метастазує в:
 - 1) *кістки;
 - 2) печінку;
 - 3) тонку кишку;
 - 4) легені;
 - 5) товсту кишку.
4. У якому віці частіше хворіють на рак простати :
 - 1) *старше 50 років ;
 - 2) 30-40 років;
 - 3) 40-50 років;
 - 4) до 20 років;
 - 5) 20-30 років.
5. Яка найбільш поширена злоякісна пухлина простати:
 - 1) *аденокарцинома;
 - 2) саркома;
 - 3) дрібноклітинний рак;
 - 4) папілярний рак;
 - 5) плоскоклітинний рак.
6. Який найбільш поширений симптом раку передміхурової залози:
 - 1) *дизурія;
 - 2) олігоурія;
 - 3) поліурія;
 - 4) біль в надлобковій області;
 - 5) протеїнурія.

7. Яка операція виконується у стадії T₃ раку простати :

- 1) *кастрація;
- 2) цистопростатектомія;
- 3) комбінована простатектомія;
- 4) резекція яєчка;
- 5) трансуретральна резекція простати.

8. Тестостерон - основний гормон :

- 1) *передміхурової залози;
- 2) щитоподібної залози;
- 3) паращитовидної залози;
- 4) підшлункової залози;
- 5) гіпофіза.

9. Яке найбільш вірогідне лікування раку простати у стадії T₄:

- 1) *симптоматичне лікування;
- 2) променева терапія;
- 3) хіміотерапія;
- 4) радикальна простатектомія;
- 5) двостороння орхітектомія.

10. T₂ раку простати – це:

- 1) *пухлина обмежена передміхуровою залозою або розповсюджується на капсулу;
- 2) пухлина капсули простати;
- 3) клінічно безсимптомна пухлина;
- 4) первинна пухлина не визначається;
- 5) пухлина розповсюджується на шийку сечового міхура.

Основні задачі

1. Хворий 43-х років поступив в урологічне відділення зі скаргами на гостру затримку сечі, дизурію, макрогематурію. Лабораторні показники в межах норми, за винятком ШОЕ - 24мм/год, гемоглобін 109г/л, простато-специфічний антиген 25нг/мл. Попередній клінічний діагноз: аденокарцинома простати. Яка тактика лікування:

- 1) *трансуретральна резекція простати;
- 2) масаж простати;
- 3) адреноблокатор;
- 4) нефростомія;
- 5) цистектомія.

2. У 63-річного хворого скарги на дизуричні явища протягом року. Звернувся за медичною допомогою до уролога. При пальцевому дослідженні визначається збільшена, щільна, горбиста простата. PSA-73нг/мл. Яке захворювання необхідно запідозрити в першу чергу:

- 1) *рак простати;

- 2) рак нирки;
- 3) рак сечового міхура;
- 4) пухлина заочеревинного простору;
- 5) тератома малого тазу.

Додаткова задача

Чоловік, 67 років, скаржиться на часте сечовипускання вночі (до 7 разів), відчуття важкості внизу живота. Близько місяця почали турбувати болі в хребті і ногах. При пальцевому ректальному дослідженні простата збільшена, безболісна, права доля щільна горбиста. Рівень PSA-16нг/мл. Хворобливі активні рухи в поперековому відділі хребта і осьове навантаження на ліве стегно.

- A. Попередній діагноз.
- B. Обстеження.
- B. Тактика лікування.

РАК СТАТЕВОГО ЧЛЕНА (МКХ-10, С-60)

Епідеміологія:

- рідкісне онкологічне захворювання, що зустрічається з частотою 0,1-7,9 на 100 000 чоловічого населення;
- найчастіше рак статевого члена реєструється у віці 50-70 років.

Етіологія та фактори ризику:

- недотримання особистої гігієни;
- фімоз;
- вірус папіломи людини 16-го і 18-го типів.

Передракові захворювання та доброякісні пухлини:

- шкірний ріг (гіперкератоз);
- лейкоплакія;
- папілома;
- еритроплакія;
- хвороба Боуена;
- еритроплазія Кейра.

Гістологічні форми:

- плоскоклітинна (зроговіла або не зроговіла);
- аденокарцинома;
- базальноклітинна.

Макроскопічні форми:

- ендофітна (вузлова, виразкова, капустоподібна);
- екзофітна (папілярна, грибоподібна);
- змішана.

Клінічна класифікація - TNM

T - первинна пухлина:

- T_x - недостатньо даних для оцінки первинної пухлини;
- T₀ - первинна пухлина не визначається;
- T_{is} - преінвазивна карцинома;
- T_a - неінвазивна бородавчаста карцинома;
- T₁ - пухлина розповсюджується на субепітеліальну сполучну тканину;
- T₂ - пухлина розповсюджується на губчасте або печеристе тіло;
- T₃ - пухлина розповсюджується на сечовипускальний канал або простату;
- T₄ - пухлина, яка проростає в суміжні структури.

N - регіонарні лімфатичні вузли:

- N_x - недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів;
- N₀ - немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів метастазами;
- N₁ - метастази в одному поверхневому паховому лімфатичному вузлі;
- N₂ - метастази раку в декількох поверхневих пахових лімфатичних вузлах або поверхневі метастази з обох боків;
- N₃ - метастази в глибоких пахових лімфатичних вузлах або лімфатичних вузлах тазу з однієї або обох сторін.

M - віддалені метастази:

- M_x - недостатньо даних для оцінки віддалених метастазів;
- M₀ - віддалені метастази не визначаються;
- M₁ - наявні віддалені метастази.

Ступінь диференціювання:

- G_x - недостатньо даних для оцінки ступеня диференціювання;
- G₁ - високодиференційована пухлина;
- G₂ - помірnodиференційована пухлина;
- G₃ - низькодиференційована пухлина;
- G₄ - недиференційована пухлина.

Групування за стадіями

Стадія 0	T _{is}	N ₀	M ₀
	T _a	N ₀	M ₀
Стадія I	T ₁	N ₀	M ₀
Стадія II	T ₁	N ₀	M ₀
	T ₁₋₂	N ₀₋₁	M ₀
Стадія III	T ₁	N ₂	M ₀
	T ₂	N ₂	M ₀
	T ₃	N ₀₋₁	M ₀
Стадія IV	T ₄	N ₀₋₂	M ₀
	T _{будь-яка}	N ₃	M ₀
	T _{будь-яка}	N _{будь-яка}	M ₁

Клініка:

- гіперемія шкіри статевого члена;
- набряк;
- виразкування;
- поява вогнища ущільнення;
- поява тріщини;
- почуття свербіння;
- біль при сечовипусканні;
- часткова або повна затримка сечовипускання;
- кровотеча.

Діагностика:

- огляд;
- анамнез;
- об'єктивно;
- контрастна рентгенографія кавернозних тіл;
- ультразвукова ехографія внутрішніх органів.
- лімфосканування пахових лімфатичних вузлів;
- морфологічні методи (цитологічні та гістологічні).

Лікування:

- Хірургічний метод:
 - операція: резекція статевого члена, пенектомія;
 - кріодеструкція;
 - лазерна ексцизія;
 - при наявності метастазів в пахових лімфатичних вузлах показана проста лімфаденектомія або лімфаденектомія за Дюкеном.
- Променева терапія:
 - близькофокусна рентгенотерапія на первинне вогнище;
 - телегаматерапія на зони регіонарного метастазування.
- Хіміотерапія (цисплатин, адриаміцин, метотрексат, блеоміцин, вінбластин).

Тестові завдання

1. Пік захворюваності на рак статевого члена припадає на вік:

- 1) *50-70 років;
- 2) 30-40 років;
- 3) до 40 років;
- 4) 30-45 років;
- 5) 40-50 років.

2. Фактор ризику розвитку раку статевого члена:

- 1) *вірус папіломи людини;
- 2) тютюнопаління;
- 3) вірус герпеса;

- 4) сонячна інсоляція;
 - 5) вірус мавп.
3. Гістологічна форма раку статевого члена:
- 1) *базальноклітинна;
 - 2) дрібноклітинна;
 - 3) папілярна;
 - 4) крупноклітинна;
 - 5) карциноїдна.
4. T₁ раку статевого члена:
- 1) *пухлина розповсюджується на субепітеліальну сполучну тканину;
 - 2) пухлина розповсюджується на губчасте або печеристе тіло;
 - 3) пухлина від 4 до 7см;
 - 4) пухлина розповсюджується на сечовипускальний канал або простату;
 - 5) пухлина, яка проростає в суміжні структури.
5. N₁ раку статевого члена:
- 1) *метастази в одному поверхневому паховому лімфатичному вузлі;
 - 2) метастази раку в декількох поверхневих пахових лімфатичних вузлах або поверхневі метастази з обох боків;
 - 3) метастази в глибоких пахових лімфатичних вузлах або лімфатичних вузлах тазу з однієї або обох сторін;
 - 4) метастаз розміром до 2см;
 - 5) метастаз розміром до 5см.
6. G₃ раку статевого члена:
- 1)* низькодиференційована пухлина;
 - 2) високодиференційована пухлина;
 - 3) помірнодиференційована пухлина;
 - 4) недостатньо даних для оцінки ступеня диференціювання;
 - 5) недиференційована пухлина.
7. T₁N₁M₀ раку статевого члена відповідає:
- 1) *II стадія;
 - 2) III стадія;
 - 3) II A стадія;
 - 4) III A стадія;
 - 5) III B стадія.
8. Найбільш частий клінічний симптом раку статевого члена:
- 1) *виразкування;
 - 2) гіпертермія;
 - 3) піурія;
 - 4) полакіурія;
 - 5) ішурія.
9. Найінформативніший метод діагностики раку статевого члена:
- 1)* морфологічний;

- 2) УЗД;
- 3) цистоскопія;
- 4) термографія;
- 5) сканування.

10. Радикальна операція при раку статевого члена:

- 1)* резекція статевого члена;
- 2) уретеросигмостомія;
- 3) уретерокутанеостомія;
- 4) архітектомія;
- 5) цистектомія.

Основні задачі

1. У пацієнта 63-х років скарги на наявність виразки на голівці статевого члена діаметром до 2см. Пахові лімфатичні вузли збільшені щільні розміром до 2см в діаметрі, малорухомі. Який найбільш інформативний метод дослідження для верифікації діагнозу у хворого:

- 1) *біопсія;
- 2) спіральна комп'ютерна томографія;
- 3) цистоскопія;
- 4) ультразвукове дослідження;
- 5) сканування.

2. У 59-річного хворого скарги на наявність щільного пухлиноподібного утворення на голівці статевого члена діаметром до 1,5см. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені. Результат гістологічного дослідження макропрепарату після проведеної операції: бородавчата неінвазивна карцинома. Яка стадія раку статевого члена у хворого:

- 1) *0;
- 2) I;
- 3) II;
- 4) II A;
- 5) II B.

Додаткова задача

Хворий Н., 36 р., скаржитися на наявність ущільнення з виразкуванням в товщі крайньої плоті. Хворий веде невпорядковане статеве життя. Виразку помітив 3 місяці тому. Звертався до дерматовенеролога, який порадив консультацію онколога. Об'єктивно: по внутрішній поверхні крайньої плоті визначається щільний, безболісний інфільтрат до 2,0см в діаметрі з виразкуванням, шкіра навколо не змінена. В правій паховій ділянці пальпується рухомий, еластичний лімфовузол 1,5см в діаметрі. RW негативна.

При скарифікаційній біопсії отримані клітини плоского ороговіючого епітелію з ознаками малігнізації.

- А. Поставте найбільш повний діагноз.
- Б. Яке додаткове обстеження слід призначити?
- В. Ваш план лікування?

ДОДАТКОВО-ІНФОРМАЦІЙНІ ДАНІ ДЛЯ РОЗВ'ЯЗАННЯ ЗАДАЧ

Рак нижньої губи

А. Діагноз: плоскоклітинний рак нижньої губи $T_2N_1M_0$, III стадія, II клінічна група, виразково-інфільтративна форма.

Б. Додаткове дослідження:

- 1) відкрита біопсія пухлини;
- 2) пункційна біопсія лімфовузлів;
- 3) рентгенографія ОГК;
- 4) УЗД печінки та органів черевної порожнини;
- 5) непряма рино- та ларінгоскопія.

В. Лікування:

- 1) близькофокусна рентгенотерапія;
- 2) резекція губи;
- 3) фасціальна-футлярна лімфодисекція зліва;
- 4) ад'ювантне хіміопроменеве лікування.

Рак язика

А. Верифікувати діагноз можна на підставі:

- 1) цитологічного дослідження слини;
- 2) цитологічного дослідження мазка-відбитка з виразки;
- 3) цитологічного дослідження зішкрібка з дна виразки;
- 4) гістологічного дослідження тканини виразкового інфільтрату;
- 5) цитологічного дослідження пунктату лімфовузла.

Б. Пухлину слід диференціювати:

- 1) з сифілітичною виразкою (RW);
- 2) з лімфангіомою (тривалість анамнезу і характер росту);
- 3) з системним червоним вовчаком (С-реактивний білок, LE-клітини, анти-нуклеарні антитіла).

В. Лікування:

- 1) близькофокусна рентгенотерапія;
- 2) гемірезекція язика;
- 3) підщелпна лімфодисекція при верифікації метастазів;
- 4) ад'ювантна хіміотерапія.

Рак слинних залоз

А. Діагноз: аденокарцинома правої білявушної слинної залози G₃ T₄ N₁ M₀ IVA стадія. Вростання в лицевий нерв.

Б. Обстеження:

- 1) ультразвукове дослідження пухлини;
- 2) сіалографія;
- 3) рентгенографія черепа;
- 4) пункційна біопсія лімфовузла;
- 5) УЗД печінки та органів черевної порожнини;
- 6) рентгенографія ОГК.

В. Лікувальна тактика:

- 1) операція (екстирпація пухлини);
- 2) фасціально-футлярна лімфодисекція за Крайлом;
- 3) променева терапія;
- 4) хіміотерапія.

Рак слизової оболонки порожнини рота

А. Діагноз: плоскоклітинний рак слизової оболонки ротової порожнини G₁, T₂ N_x M₀, II стадія, II клінічна група.

Б. Верифікацію можна отримати при:

- 1) цитологічному дослідженні слини;
- 2) відкритій біопсії пухлини;
- 3) пункційній аспіраційній біопсії лімфовузла.

В. План обстеження та лікування:

- 1) рентгенографія ОГК;
- 2) УЗД печінки та органів черевної порожнини;
- 3) лімфосканування;
- 4) близькофокусна рентгенотерапія;
- 5) лімфаденектомія;
- 6) хіміотерапія.

Рак печінки

А. Попередній діагноз: рак правої частки печінки, вузлова форма, мультицентричний ріст T₃N_xM_x, II клінічна група, змішана (жовтянична і гепатомегалічна) клінічна форма.

Б. План обстеження:

- 1) СКТ печінки й черевної порожнини;
- 2) рентгенографія ОГК;
- 3) ФГДС і ФКС;
- 4) пункційна біопсія печінки під контролем УЗД.

В. План лікування:

- 1) резекція печінки або РЧА пухлинних вузлів;
- 2) ад'ювантна хіміотерапія.

Рак стравоходу

А. Діагноз: плоскоклітинний рак середньогрудинного відділу стравоходу, ендофітний ріст T₄ N_x M_x, III стадія, II клінічна група. Дисфагія II ступеня. Стравохідно-трахеальна норичя. Аспіраційна пневмонія.

Б. Дообстеження:

- 1) рентгенографія стравоходу з рідким контрастом;
- 2) КТ середостіння;
- 3) рентгенографія ОГК;
- 4) бронхоскопія;
- 5) УЗД органів черевної порожнини.

В. Тактика лікування:

- 1) стентування стравоходу або гастростоми;
- 2) хіміопроменева терапія.

Рак шлунка

А. Діагноз: інфільтративний рак пілороантрального відділу шлунка IV стадія IV клінічна група. Стеноз виходу з шлунка. Метастаз Вірхова.

Б. Дообстеження:

- 1) контрастна рентгеноскопія шлунка;
- 2) УЗД печінки та органів черевної порожнини;
- 3) ректальне пальцеве дослідження;
- 4) пункційна біопсія надключичних лімфовузлів;
- 5) лапароскопія.

В. Тактика лікування:

- 1) паліативна дистальна резекція шлунка або обхідний гастроентеро-анастомоз;
- 2) хіміотерапія.

Рак підшлункової залози

А. Рак голівки підшлункової залози, механічна жовтяниця.

Б. 1. Жовчнокам'яна хвороба

2. Вірусний гепатит
3. Гострий холангіт
4. Хронічний індуративний панкреатит
5. Рак печінки

В. 1. Аналіз крові на трансамінази печінки

2. Аналіз крові на маркери вірусного гепатиту
3. Аналіз крові на онкомаркер СА-19-9
4. Контрастне рентген-дослідження шлунка і 12-палої кишки
5. КТ органів черевної порожнини

Г. 1. На першому етапі дреноуюча операція (обхідний анастомоз)

2. Хіміопроменеве лікування

3. Другий етап, після ліквідації жовтяниці й за умови операбельності пухлини, панкреато-дуоденальна резекція

Рак ободової кишки

А. Рак сигмоподібної (або лівої половини ободової) кишки клінічна група II. Ендофітна форма. Ентероколічна клінічна форма. Хронічна анемія.

- Б.** 1. Колоноскопія з біопсією
2. УЗД органів черевної порожнини
3. Видільна урографія (або ізотопна ренографія)
4. Рентгенографія ОГК

- В.** 1. Резекція сигмоподібної кишки (або лівостороння геміколектомія)
2. Ад'ювантна хіміотерапія
3. Хіміотерапія: 5-фторурацил, леворин, ірінотекан

Рак прямої кишки

А. Рак середньо-ампулярного відділу прямої кишки. Екзофітний ріст. Ентероколічна форма. Підозра на вrostання в сечовий міхур.

- Б.** 1. ФКС з біопсією
2. УЗД печінки та органів черевної порожнини
3. Рентгенографія ОГК
4. Цистоскопія

- В.1.** Передопераційна променева терапія
2. Операція - БАР прямої кишки
3. Ад'ювантна хіміо-променева терапія

Пухлини заочеревинного простору

А. Пухлина заочеревинного простору.

- Б.** 1. УЗД органів черевної порожнини
2. Пункційна біопсія пухлини під контролем УЗД
3. СКТ черевної порожнини
4. Екскреторна урографія
5. Лімфосканування

- В.** 1. Хірургічне лікування (екстирпація пухлини)
2. Променева терапія і хіміотерапія (при злоякісній природі пухлини)

Рак легенів

А. Периферичний рак верхньої частки правої легені $T_2N_xM_x$, I клінічна група. Остеоартропатія колінних суглобів (синдром Марі-Бомбергера)

- Б.** Обстеження:
1) бронхоскопія;
2) цитологічне дослідження харкотиння та промивних вод;
3) трансторакальна пункційна біопсія пухлини;
4) СКТ середостіння;

5) УЗД печінки та органів черевної порожнини.

В. План лікування:

- 1) операція (лобектомія, білобектомія або пульмонектомія);
- 2) променева терапія;
- 3) хіміотерапія.

Пухлини середостіння

А. Пухлина верхнього середостіння. Синдром верхньої порожнистої вени.

Б. Обстеження:

- 1) СКТ середостіння;
- 2) медіастіноскопія з біопсією або трансторакульна пункційна біопсія пухлини;
- 3) бронхоскопія;
- 4) УЗД печінки та органів черевної порожнини.

В. План лікування:

- 1) операція (екстирпація пухлини середостіння);
- 2) променева терапія;
- 3) хіміотерапія.

Пухлини плеври

А. Мезотеліома плеври правої легені, вузлова форма T₂N₀M₀, II стадія, I клінічна група. Геморагічний плеврит.

Б. Обстеження:

- 1) бронхоскопія;
- 2) торакоскопія з біопсією пухлини або трансторакульна пункційна біопсія;
- 3) рентгенографія ОГК в двох проекціях;
- 4) УЗД печінки та органів черевної порожнини.

В. План лікування:

- 1) операція (плевректомія з пульмонектомією);
- 2) променева терапія;
- 3) хіміотерапія.

Рак шкіри

А. Встановіть діагноз. Плоскоклітинний рак шкіри верхньої третини правого стегна T₂N₁M_x. Глибокопроникаюча форма.

Б. Призначте дообстеження:

- 1) відкрита біопсія пухлини;
- 2) пункційна біопсія пахових лімфовузлів;
- 3) рентгенографія ОГК;
- 4) УЗД печінки та органів черевної порожнини;
- 5) радіоізотопне сканування клубових і заочеревинних лімфовузлів.

В. Складіть план лікування:

- 1) екстирпація пухлини шкіри;

- 2) пахова лімфаденектомія по Дюкену;
- 3) ад'ювантне хіміопроменеве лікування.

Меланома

А. Встановіть ступінь інвазії меланоми. У хворої IV ступінь інвазії меланоми за Кларком (T₃N₀M₀).

Б. Яке додаткове обстеження слід призначити:

- 1) рентгенографія ОГК;
- 2) УЗД печінки та органів черевної порожнини;
- 3) ізотопне лімфосканування.

В. Назначте подальше лікування хворих:

- 1) пахова лімфаденектомія по Дюкену ліворуч;
- 2) хіміотерапія (цисплатин, вінкрестин, дакарбазин);
- 3) імунотерапія (інтерферон, інтерлейкін, моноклональні антитіла).

Лімфогрануломатоз

А. Діагноз: лімфогрануломатоз II Б стадія, компресійний синдром (компресія трахеї та зворотнього нерва), гістологічний варіант – нодулярний склероз.

Б. Обстеження:

- 1) відкрита біопсія лімфовузла з гістологічним дослідженням;
- 2) СКТ середостіння;
- 3) УЗД печінки та органів черевної порожнини;
- 4) лімфосканування.

В. Лікувальна тактика:

- 1) променева терапія з метою зняття компресійного синдрому;
- 2) хіміотерапія (за схемами COPP, MOPP, ABVD).

Пухлини кісток

А. Найбільш ймовірний діагноз: остосаркома верхньої третини лівої стегнової кістки. Остеолітична форма. Ускладнена деструкцією кістки і починається флегмоною сідниці.

Б. Необхідні дослідження:

- 1) рентгенографія ОГК;
- 2) УЗД печінки та органів черевної порожнини;
- 3) ізотопне лімфосканування;
- 4) відкрита біопсія.

В. План лікування:

- 1) неoad'ювантна хіміо-променева терапія;
- 2) операція - екзартикуляція лівого стегна;
- 3) ад'ювантна хіміотерапія.

Пухлини м'яких тканин

А. Діагноз: міосаркома в/з правої гомілки G₃, T₁6N_xM₀, II В стадія

Б. Обстеження:

- 1) трепанобіопсія пухлини з гістологічним дослідженням;
- 2) пункційна біопсія лімфовузла;
- 3) рентгенографія правої гомілки;
- 4) лімфосканування;
- 5) рентгенографія ОГК;
- 6) УЗД печінки та органів черевної порожнини.

В. Лікувальна тактика:

- 1) операція (екстирпація пухлини);
- 2) променева терапія;
- 3) хіміотерапія.

Рак щитовидної залози

А. Поставте попередній діагноз. Рак щитовидної залози T_4N_1 . Проростання поворотного нерва.

Б. Назначте додаткове обстеження:

- 1) непряма ларингоскопія;
- 2) УЗД щитовидної залози з прицільною біопсією;
- 3) пункційна біопсія лімфатичного вузла;
- 4) сцинтиграфія щитоподібної залози;
- 5) Рб-графія ОГК;
- 6) УЗД печінки та органів черевної порожнини.

В. Ваша тактика лікування на першому етапі:

- 1) розширена тиреоїдектомія;
- 2) лімфаднектомія;
- 3) превентивна трахеостомія;
- 4) препарати Са.

Рак тіла матки

А. Плоскоклітинний рак тіла матки $T_4N_xM_0$, IV стадія, II клінічна група.

Б. Обстеження:

- 1) УЗД органів малої миски вагінальним датчиком;
- 2) УЗД печінки та органів черевної порожнини;
- 3) СКТ органів черевної порожнини;
- 4) рентгенографія ОГК;
- 5) гістерографія та гістероскопія.

В. План лікування:

- 1) променева терапія;
- 2) хіміотерапія.

Г. Який метод лікування найбільш ефективний:

- 1) комбінована операція (ТЕМ з резекцією сечового міхура);
- 2) ад'ювантна хіміотерапія.

Рак шийки матки

А. Рак шийки матки, екзофітна форма росту $T_1N_0M_0$, I стадія, I клінічна група.

Б. Обстеження:

- 1) УЗД органів малої миски вагінальним датчиком;
- 2) УЗД печінки та органів черевної порожнини;
- 3) СКТ органів черевної порожнини;
- 4) рентгенографія ОГК;
- 5) біопсія пухлини.

В. План лікування:

- 1) операція ТЕМ (тотальна екстирпація матки з додатками);
- 2) променева терапія;
- 3) хіміотерапія.

Рак яєчників

А. Рак лівого яєчника $T_2N_xM_0$, II стадія, I клінічна група. Асцит.

Б. Обстеження:

- 1) УЗД органів малої миски вагінальним датчиком;
- 2) УЗД печінки та органів черевної порожнини;
- 3) лапароскопія з біопсією пухлини;
- 4) пункція черевної порожнини з цитологічним дослідженням асцитичної рідини;
- 5) рентгенографія ОГК.

В. План лікування:

- 1) операція ТЕМ (тотальна екстирпація матки з додатками);
- 2) променева терапія;
- 3) хіміотерапія.

Рак грудної залози

А. Рак нижньо-внутрішнього квадранту лівої грудної залози $T_3N_1M_x$ IIIA ст. II клінічна група.

Б. Мамографія, пункційна аспіраційна біопсія, УЗД органів черевної порожнини, рентгенографія ОГК, остеосцинтиграфія.

В. Неоад'ювантна хіміотерапія, променева терапія за дрібно-протяжною програмою, мастектомія за Маденом, ад'ювантна хіміотерапія, антигормональна терапія.

Рак нирки

А. Передбачуваний діагноз. Рак правої нирки $T_1N_0M_0$. I стадія. II клінічна група. Макрогематурія.

Б. План обстеження:

- 1) СКТ органів черевної порожнини;
- 2) рентгенографія ОГК;

- 3) ізотопна ренографія;
- 4) пункційна біопсія під контролем УЗД.

В. Тактика лікування:

- 1) нефректомія;
- 2) хіміопроменеве лікування;
- 3) імунотерапія (інтерферон, інтерлейкін).

Рак сечового міхура

А. Можливий діагноз. Рак сечового міхура T₃N₁.

Б. Тактика обстеження:

- 1) цистоскопія з біопсією;
- 2) КТ/МРТ органів черевної порожнини;
- 3) екскреторна урографія;
- 4) рентгенографія ОГК.

В. Тактика лікування:

- 1) операція – цистектомія;
- 2) уретерокутансостомія або внутрішнє дронування сечоводів;
- 3) хіміопроменева терапія;
- 4) імунотерапія.

Рак передміхурової залози

Відповідь

А. Попередній діагноз. Рак передміхурової залози. Метастази в кістки скелета.

Б. Обстеження:

- 1) трансуректальне УЗД передміхурової залози, заочеревинних лімфовузлів;
- 2) трансуректальна або промежінна пункційна біопсія;
- 3) визначення рівня PSA (> 6 нг/мл);
- 4) рентгенографія органів грудної клітини;
- 5) УЗД печінки та органів черевної порожнини;
- 6) остеосцинтиграфія.

В. Тактика лікування:

- 1) операція – орхітектомія;
- 2) гормонотерапія.

Рак статевого члена

А. Діагноз: плоскоклітинний рак статевого члена G₁, T₁N_xM₁, II стадія, II клінічна група.

Б. Обстеження:

- 1) пункційна біопсія лімфовузла;
- 2) лімфосканування пахових лімфатичних вузлів;
- 3) рентгенографія ОГК;
- 4) УЗД печінки та органів черевної порожнини.

В. Лікувальна тактика:

- 1) операція (резекція статевого члена);
- 2) при наявності метастазів в лімфовузлі - лімфаденектомію за Дюкеном;
- 3) променева терапія (близькофокусна рентгенотерапія на первинне вогнище, телегаматерапія на зони регіонарного метастазування);
- 4) хіміотерапія.

ДОДАТОК

Препарат	Одноразова доза (мг/м ²)	Спосіб застосування	Дні циклу
РАК ГУБИ			
Methotrexate	40мг/м ² /день	в/в струйно	1-й
Fluorouracil	600мг/м ² /день	в/в інфузія 20-30хв.	1-й
Cyclophosphamide	600мг/м ² /день	в/в інфузія 30-40хв.	1-й
РАК ЯЗИКА			
Methotrexat	40мг/м ² /день	в/в струйно або коротка інфузія 5хв.	1-й
Fluorouracil	750мг/м ² /день	в/в інфузія 20-30хв.	з 1-го по 5-й
Mitomycin	10мг/м ² /день	в/в інфузія 20-30хв.	1-й
Methotrexat	40мг/м ² /день	в/в струйно або коротка інфузія 5хв.	1-й
РАК СЛИННИХ ЗАЛОЗ			
Methotrexate	40мг/м ² /день	в/в струйно	1-й
Fluorouracil	600мг/м ² /день	в/в інфузія 20-30хв.	1-й
Cyclophosphamide	600мг/м ² /день	в/в інфузія 30-40хв.	1-й
Methotrexate	40мг/м ² /день	в/в струйно	1-й
РАК СЛИЗОВИХ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ			
Methotrexat	40мг/м ² /день	в/в струйно або коротка інфузія 5хв.	1-й
Fluorouracil	750мг/м ² /день	в/в інфузія 20-30хв.	з 1-го по 5-й
Mitomycin	10мг/м ² /день	в/в інфузія 20-30хв.	1-й
Methotrexat	40мг/м ² /день	в/в струйно або коротка інфузія 5хв.	1-й
РАК ПЕЧІНКИ			
Fluorouracil	750мг/м ² /день	в/в тривала інфузія більше 2год.	з 1-го по 5-го
Interferon alfa	5млн ОД/день	п/ш	1-й, 3-й, 5-й

РАК СТРАВОХОДУ			
Methotrexat	40мг/м ² /день	в/в струйно або коротка інфузія 5хв.	1-й
Fluorouracil	750мг/м ² /день	в/в інфузія 20-30хв.	з 1-го по 5-й
Mitomycin	10мг/м ² /день	в/в інфузія 20-30хв.	1-й
РАК ШЛУНКА			
Irinotecan	80мг/м ² /день	в/в інфузія >90хв.	1-й
Folinic acid	500мг/м ² /день	в/в інфузія 2год.	1-й
Fluorouracil	2000мг/м ² /день	в/в інфузія 24год.	1-й
РАК ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ			
Gemcitabine	1000мг/м ² /день	в/в інфузія >30хв.	1-й, 8-й, 15-й, 22-й
Folinic acid	200мг/м ² /день	в/в інфузія 120хв.	1-й, 8-й, 15-й, 22-й
Fluorouracil	750мг/м ² /день	в/в інфузія 24год.	1-й, 8-й, 15-й, 22-й
РАК ОБОДОВОЇ КИШКИ			
Fluorouracil	450мг/м ² /день	в/в інфузія >4год.	з 1-го по 5-й
Levamisole	150мг/день	per os 50мг 3 рази в день	з 1-го по 3-й
РАК ПРЯМОЇ КИШКИ			
Irinotecan	180мг/м ² /день	в/в капельно 2год.	1-й, 2-й
Fluorouracil	600мг/м ²	в/в струйно 24год.	1-й, 2-й
ПУХЛИНИ ЗАОЧЕРЕВИННОГО ПРОСТОРУ			
Doxorubicin	25мг/м ² /день	в/в струйно	з 1-го по 3-й
Cisplatin	100мг/м ² /день	в/в інфузія >30хв.	1-й
РАК ЛЕГЕНІВ			
Cisplatin	25мг/м ² /день	в/в інфузія >30хв.	з 1-го по 3-й
Etoposide	100-120мг/м ² /день	в/в інфузія >30-60хв.	з 1-го по 3-й
ПУХЛИНИ СЕРЕДОСТІННЯ			
Epirubicin	60мг/м ² /день	в/в струйно	1-й, 3-й
Cisplatin	30мг/м ² /день	в/в інфузія >30хв.	2-й, 5-й
ПУХЛИНИ ПЛЕВРИ			
Doxorubicin	60мг/м ² /день	в/в струйно	1-й
Cisplatin	60мг/м ² /день	в/в інфузія >30хв.	1-й
РАК ШКІРИ			
Cisplatin	75мг/м ² /день	в/в інфузія 1год.	1-й
Doxorubicin	50мг/м ² /день	в/в коротка інфузія	1-й

МЕЛАНОМА			
Docetaxel	80мг/м ² /день	в/в інфузія 1год.	1-й
Dacarbazine	400мг/м ² /день	в/в інфузія 15-60хв.	з 1-го по 2-й
ЛІМФОГРАНУЛЕМАТОЗ			
Cyclophosphamide	650мг/м ²	в/в	1-й, 8-й
Vincristine	1,4мг/м ² не > 2мг/день	в/в	1-й, 8-й
Procarbasine	100мг/м ²	per os	1-14
Prednisoloni	40мг/м ²	per os	1-14
ЗЛОЯКІСНІ ПУХЛИНИ КІСТОК			
Ifosfamide	3000мг/м ² /день	в/в інфузія більше 60хв.	1-й, 2-й
Mesna	1200-1800мг/м ² /день	в/в інфузія 15хв.	1-й, 2-й
Cisplatin	120мг/м ² /день	в/в інфузія 72год.	з 3-го по 5-й
САРКОМИ М'ЯКИХ ТКАНИН			
Vincristine	1,0мг/м ² /день	в/в струйно	1-й, 4-й
Doxorubicin	40мг/м ² /день	в/в струйно	2-й
Cyclophosphamide	400мг/м ² /день	в/в інфузія 20-60хв.	2-й
Dacarbazine	200мг/м ² /день	в/в інфузія >60хв.	з 1-го по 4-й
РАК ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ			
Cisplatin	40мг/м ² /день	в/в інфузія > 30хв.	1-й
Doxorubicin	60мг/м ² /день	в/в струйно	1-й
РАК ТІЛА МАТКИ			
Fluorouracil	750мг/м ² /день	в/в інфузія 20-30хв.	з 1-го по 5-й
Mitomycin	10мг/м ² /день	в/в інфузія 20-30хв.	1-й
РАК ШИЙКИ МАТКИ			
Methotrexate	30мг/м ² /день	в/в інфузія 5-15хв.	1-й
Cisplatin	60мг/м ² /день	в/в інфузія >30хв.	2-й
Bleomycin	30мг/м ² /день	в/в інфузія 10-15хв.	
РАК ЯЄЧНИКІВ			
Cyclophosphamide	500мг/м ² /день	в/в інфузія 20-60хв.	1-й
Doxorubicin	50 мг/м ² /день	в/в струйно	1-й
Cisplatin	100мг/м ² /день	в/в інфузія >30хв.	1-й
РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ			
Methotrexate	40мг/м ² /день	в/в струйно	1-й
Fluorouracil	600мг/м ² /день	в/в інфузія 20-30хв.	1-й
Cyclophosphamide	600мг/м ² /день	в/в інфузія 30-40хв.	1-й
РАК ПИРКИ			
Methotrexate	30мг/м ² /день	в/в струйно	1-й, 15-й, 22-й

Vinblastine	3мг/м ² /день	в/в струйно	1-й, 15-й, 22-й
Doxorubicin	30мг/м ² /день	в/в струйно	1-й або 2-й
Cisplatin	70мг/м ² /день	в/в інфузія >30хв.	2-й
РАК СЕЧОВОГО МІХУРА			
Paclitaxel	200мг/м ²	в/в 3год.	1-й
Cisplatin	70мг/м ²	в/в	1-й
Ifosfamid	1500мг/м ²	в/в	з 1-го по 3-й
РАК ПРОСТАТИ І ПЕНІСА			
Bleomycin	15мг/день	в/в струйно або інфузія 10-15хв.	з 1-го по 3-й
Vincristine	1,4мг/м ² /день	в/в струйно	3-й
Mitomycin	10мг/м ² /день	в/в інфузія 20-30хв.	3-й
Cisplatin	60мг/м ² /день	в/в інфузія >30хв.	3-й

ПРЕДМЕТНИЙ ПОКАЖЧИК

А

Аборт 108,118

Абсцес 63

Ад'ювантна 121

Адвентиція 45

Адено-канкроїд 49

Аденокарцинома 5, 7, 10, 14, 16, 19, 21, 23, 25, 28, 31, 37-39, 42, 49, 58, 62, 74, 103, 108, 124, 133, 138

Аденома 14,42,99,101

Аденоматоз 103

Аденоматозний 33

Аднексектомія 115

Аднексит 107, 118

Адреноблокатор 137

Адріаміцин 15, 61, 90, 96, 100, 121, 140

Азбест 39, 58, 68

Алкєран 80

Алкоголь 23, 26, 96, 122

Альгодисменорея 110

Альфафетопротеїн 25, 26

Аміносполуки 129

Ампутація 31, 57, 81, 89, 96, 110, 121

Анандрон 136

Анастомоз 27, 30, 36, 38, 41, 46

Ангіографія 25, 41, 66, 89, 96, 125

Ангіосаркома 42, 56, 88

Андрокур 81, 135

Анемічна 35

Аномалії 124, 131

Антиандрогени 135

Апендицит 38, 58

Ароматичні аміни 124, 129

Асиметрія 120

Асцит 25, 40, 105, 115

Афлотоксин 23, 26

Ацинарний рак 39, 44, 49

Б

Базаліома 5, 10, 25, 52, 74, 76

Базальноклітинний 7, 16, 21, 28, 47, 51, 71, 102

Бактерії 108

Безплідність 113

Бензипірен 26, 58

Берилій 58, 87, 90
Бешихоподібна 119, 122
Білі 106
Білірубін 26,43
Білобектомія 61, 147
Біль 26, 41, 60, 67, 89, 95, 105, 114, 130, 136
Біфазна 68,71
Блеоміцин 7, 11, 15, 30, 46, 75, 100, 140
Блювання 26, 30, 41
Блюдцеподібний 34,44
Бляшкоподібний 34
Больова 35, 43, 45, 50
Бронхіт 58, 63, 122
Бронхоскопія 32, 61, 65, 146, 147

В

Вага 118
Вакцина БЦЖ 131
Варикоцеле 55
Веретенподібний 68
Верифікація 17, 22, 27, 48, 77, 112, 142
Викидні 118
Вилочкова залоза 64
Виразка 9, 19, 22, 33, 76, 120, 143
Виразкування 95, 139, 141
Висічення 57, 79, 81, 101, 102
Виснаження 84
Високодиференційований 6, 11, 15, 20, 29, 34, 40, 47, 52, 60, 69, 74, 89, 96, 99
Вишкрібання 110, 115
Відеоторакоскопія 72
Відкрита біопсія 7, 21, 57, 76, 81, 91, 143, 147
Вікарна емфізема 62
Вінілхлорид 92
Вірусна інфекція 5,10
Вітамін 28, 33, 44
Внутрішньопроотоковий рак
Вторинний 64, 68
Втягнення 120
Вузловий 23, 68, 78, 82, 98, 122

Г

Гангліоневрома 94
Гангліонейробластома 94
Гаптоглобін 84
Гастректомія 36-38

Гастростомія 30, 32, 36
Гемангіоендотеліома 54, 88
Гемангіоперицитома 54, 88, 93
Гемангіосаркома 42, 66, 101
Гематогенний 47, 52, 76, 90, 97
Гемзар 25, 41, 101, 122
Геміколектомія 46, 47, 146
Гемірезекція 7, 11, 12, 100, 143
Гемолітична 43
Геморагічний 26, 35, 147
Геморой 52
Гемохроматоз 23
Генетичний 33, 124, 134
Генатектомія 25
Гепатит 23, 38, 145
Гепатомегалія 25, 26, 86
Гепатоцелюлярний рак 23, 25, 26
Герміногенні пухлини 54, 64
Гібернома 93
Гідронефроз 55
Гіпергалактія 119
Гіперестрогенія 113
Гіперкератоз 5, 7-9, 21, 77, 138
Гіперплазія 85, 103, 134
Гіперспленізм 26
Гіпертонія 119
Гіповентиляція 62
Гіпоталамус 123
Гіпофіз 123, 137
Гістеректомія 105, 106, 116
Гістерографія 105, 149
Гістероскопія 149
Глобулін 83, 84
Гломерулонефрит 107, 128
Гломусангіома 88
Гломусна пухлина 88
Глосит 21
Гній 50
Гнійний 26
Головний мозок 57, 63, 91, 96
Гомолатеральний 6, 10, 15, 16, 19
Гормонотерапія 8, 12, 32, 56, 66, 76, 97, 105, 117, 121, 135, 151
Гранульома 85
Грибоподібна 44, 49, 138
Грудина 91

Губа 9

Д

Дакарбазин 8, 72, 79, 84, 101, 122, 148
Декортикація 71
Дерматоскопія 79, 84
Дермоїдна кіста 67, 118
Десмоїд 93
Дефекація 53, 115
Дефіцит 28, 33, 44
Дигідроазациитидин 71
Дизурія 130, 135, 136
Диморфна 108
Дисбактеріоз 44, 123
Дисбаланс 71, 90
Дисемінація 76, 97
Дискератоз 77
Диспептична 35, 45, 46
Дисплазія 108, 110
Дистанційна 105, 112
Дисфагія 30, 65
Дифузний 7, 23, 34, 44, 68, 82, 99
Діафрагмальний нерв 62, 65, 67
Доброякісна 42, 48, 52, 68, 88, 92-94
Доксорубіцин 25, 36, 41, 70, 90, 105, 115, 130, 135
Доплерографія 13
Дрібні слинні залози 14, 16
Дрібноклітинний 8, 16, 58, 62, 71, 80, 99, 136
Дуоденографія 41

Е

Едатрексат 71
Езофагіт 28
Езофагоскопія 30, 65
Езофагостомія 31
Екзартикуляція 31, 89, 96, 148
Екзофітний 10, 31, 34, 37, 44, 49, 53, 74
Екскреторна урографія 125, 132, 146, 151
Екстирпація 7, 12, 31, 57, 81, 96, 106, 116, 146, 150
Ексfolіативна біопсія 7, 8, 17, 21, 72
Екцизійна біопсія 7-9, 17, 21, 76, 80, 81, 91, 121, 122
Ектропіон 108
Електроексцизія 7, 20, 75
Електрокоагуляція 131
Елсутерокок 80

Елоксатин 46
Емболізація 27, 126
Ембріональна 97, 114
Емпієма 72, 73
Ендобронхіальний 59, 62
Ендоетріодна 104, 114, 116
Ендоскопічний 40, 47, 51, 96
Ендоефітний 10, 31, 34, 37, 44, 49, 74
Енофтальм 30, 65
Ентероколітична 45, 47
Епідеміологія 5, 9, 18, 27, 38, 48, 53, 64, 73, 82, 92, 103, 113, 124, 133, 138
Епідерміс 81
Епіцистостомія 133
Еризипелоїдна
Еритроплакія 7-9, 10, 22, 112, 138
Еритроцити 84
Ерозія 21, 119
Етіологія 5, 9, 23, 33, 44, 58, 68, 73, 82, 92, 103, 113, 128, 138
Етопозид 61
Ехографія 100, 140
Ехокардіографія 32

Ж

Жовтяниця 24, 26, 27, 40, 41, 43, 145
Жовчний міхур 43
Жовчнокам'яна хвороба 23, 39, 145

З

Забрудненість 58, 68, 124
Задишка 30, 60, 62-64, 70
Закрепи 26, 50, 52, 53, 57
Залози м'якого піднебіння 14, 16
Залози твердого піднебіння 14, 16
Залозисто-плоскоклітинний 34, 39, 49
Заочеревинний простір 53, 56, 57, 137, 146, 153
Захворюваність 5, 14, 18, 33, 43, 53, 68, 77, 82, 92, 103, 113, 126, 133, 140
Зішкріб 57, 122
Злоякісна 14, 31, 42, 53, 56, 68, 78, 87, 93, 154
Змішаний рак 5, 10, 19, 26, 34, 37, 44, 52, 58, 74, 97, 102
Зоб 66, 99
Золадекс 105, 136
Зофран 81
Зригування 30

І

Імплантаційний 47, 52, 76, 90, 97
Імунодепресанти 23, 87
Імунотерапія 8, 79, 105, 111, 112, 117, 126, 130, 148, 151
Інсоляція 5, 71, 73, 78, 80, 126, 131, 140
Інтерферон 79, 126, 130, 148, 151
Інтравагінальна 105
Інтрон 126, 131
Інфільтративний 19, 31, 34, 37, 49, 74, 95, 122
Інцизійна біопсія 7, 17, 21, 57, 72, 77, 122
Іригоскопія 46, 47, 51, 115
Іфосфамід 90, 96
Ішурія 127, 132, 141

Й

Йод 101

К

Кальцитонін 100, 101
Кампто 46
Капронат 126
Капустоподібна 44, 49, 138
Карбоплатин 71
Карциноід 59
Карцинома 14, 28, 31, 34, 42, 57, 59, 113, 133
Кастрація 135, 137
Кахектична 35
Кашель 61, 63, 65, 70
Квадрантектomia 121, 122
Кератоакантома 5, 74-76
Кила 28
Кінчик 12
Кіста 43, 48, 58, 97, 108, 113, 118, 128
Кістки 63, 91, 97, 136, 148
Кістома 113
Клиновидна резекція 61, 102
Клімакс 119
Клінічна група 13
Клінічний 76, 80, 102, 112, 117
Клонорхоз 23
Коліт 44, 47, 49, 52, 123
Колоїдний 28, 44, 49
Колостомія 46
Кольпіт 108
Кольпоскопія 110, 111, 115

Комп'ютерна томографія 17, 25, 30, 35, 41, 55, 65, 77, 89, 95, 115, 126, 130, 144, 151
Конізація 110
Контактний 47, 52, 76, 112
Контрацептивні препарати 23
Корінь 12, 59
Косадекс 136
Крибозна 134
Кріодеструкція 7, 8, 75, 140
Кріохірургія 12, 75
Кров 46, 48, 50, 120
Кровохаркання 61, 63-65
Кругла форма 59
Крупноклітинний 8, 16, 59, 61, 80
Кселода 46
Ксеродерма 74, 75, 76, 80

Л

Лабораторний 20, 26, 41, 47, 75, 80, 84, 96, 102, 111, 116
Лазерна ексцизія 7, 20, 75, 140
Лазерна терапія 8, 76, 80
Лапароскопія 25, 35, 41, 45, 50, 55, 57, 111, 145, 150
Лапаротомія 25, 41, 55
Левамізол 101
Лейковорин 90
Лейкоплакія 5, 7, 8, 10, 18, 21, 22, 28, 108, 112, 138
Лейкоцити 84
Лейоміома 36, 93
Лейоміосаркома 31, 54, 93, 98
Лентиго 78
Лихоманка 83
Лімфаденектомія 12, 122, 140, 148
Лімфангіоми 31, 42, 88, 93, 143
Лімфатичні вузли 6, 10-16, 28, 34, 45, 60, 63, 68, 70, 78, 85
Лімфогенний 47, 76, 90, 97
Лімфогістіоцитарний 83
Лімфогрануломатоз 56, 66, 81, 82, 84, 86, 148, 154
Лімфоїдна тканина 64
Лімфоїдне виснаження 83, 84
Лімфолейкоз 56, 86
Лімфома 36, 56, 66, 67
Лімфосканування 13, 140, 146, 148, 149, 151
Лімфостаз 121
Ліпома 42, 47, 57, 66, 88, 93, 97, 98
Ліпосаркома 54, 66, 88, 93, 98
Лобектомія 61, 147

Лопатка 91

М

Магнітно-резонансна томографія 22, 25, 27, 41, 55, 65, 70, 89, 95, 151
Мазок-відбиток 8, 9, 57, 76, 80, 91, 122
Макрогематурія 126, 150
Малігнізація 79
Мамографія 121, 123, 150
Маркер 41, 113, 116, 145
Мармурова хвороба 92
Масивний 24
Мастит 119
Маститоподібна 119, 122
Медіастинальна форма 59, 62, 69, 71, 83
Медіастиноскопія 61, 65, 70, 147
Мезенхімальні пухлини 64
Мезенхіома 54
Мезотеліома 64, 68, 71, 72, 93, 147
Мезофітний 31, 37
Меланома 21, 31, 56, 57, 77, 80-82, 147, 154
Менорагія 110
Метастазування 41, 47, 52, 62, 63, 76, 95, 140, 152
Метастатичний 23, 27, 64, 72, 76
Метотрексат 8, 15, 25, 31, 36, 46, 61, 90, 96, 110, 115, 130, 140
Миш'як 23
Міслома 88
Міслонна хвороба 91, 92
Мікроопік 5, 9
Мікрофоллін-форте 135
Міліарний карциноматоз 59
Міоз 30, 65
Міома 52
Мітоміцин-С 25, 36, 37, 41, 46, 70, 121
Мокнення 120
Морфологічні методи 6, 11, 17, 25, 35, 40, 47, 55, 65, 70, 79, 89, 95, 102, 121, 132, 140, 141
Мукоепідермоїдний 19
Мустарген 84
Муцинозна 34, 44, 49, 113, 116
М'які тканини 69, 92, 98, 148, 154

Н

Набряк 55, 64, 67, 89, 95, 125, 139
Набрякова 35
Набряково-інфільтративна 102
Набухання 67

Наднирники 42, 123
Нас 18, 28, 33
Натулан 72, 84
Нафтиламін 39
Невоклітинний 78
Неврилемома 88, 94
Невринома 52, 56, 88, 94
Недиференційований 5, 10, 23, 31, 34, 37, 39, 44, 49, 51, 61, 77, 102, 105
Нейробластома 54, 94
Нейрогенні пухлини 64
Неуроендокринна 134
Некласифікований 13, 21, 34, 39, 44, 49, 53, 64, 90, 94, 96
Неоад'ювантна 121
Нефректомія 126, 128, 132, 151
Низькодиференційований 6, 13, 20, 29, 37, 45, 52, 60, 69, 74, 89, 96, 116
Нирка 97, 101
Нітрозаміни 26, 33, 39, 124
Нодулярний склероз 83, 148
Нудота 26, 30

О

Облігатний передрак 22, 47, 52, 74, 176
Обтураційна 45-47
Оваріогістеректомія 106, 116
Одуглуватість обличчя 67
Ожиріння 39, 90, 119, 123
Оксипрогестерон 126
Онковін 84, 121
Онкоцитарна 124
Операція 12, 16, 20, 32, 46, 51, 56, 66, 80, 97, 106, 115, 121, 122
Опісторхоз 23, 26
Опромінення 74
Опромінювання 12
Орхітектомія 128, 132, 137, 151
Остеоартропатія 61, 146
Остеобластокластома 88
Остеобластома 87
Остеогенна саркома 56, 87, 91
Остеоїд-остеома 87
Остеома 87, 91, 92
Остеохондромаома 87
Очний 102

П

Паліативна 115
Панкреатектомія 41
Панкреатит 38, 39, 145
Панкреатодуоденальна 41, 43
Панцирний рак 102, 119
Папілома 5, 7-9, 18, 21, 22, 56, 101, 112, 138
Папілярна форма 5, 10, 19, 33, 44, 49, 74, 80, 99, 124, 138, 140
Папілярний 102, 136
Парагангліома 94
Параоваріальна 113
Параостальна остеосаркома 87
Паренхіматозна 43
Парціальна резекція 37
Пенектомія 140
Первинний 6, 10, 14, 19, 24, 26, 28, 34, 39, 44, 49, 54, 68
Перехідноклітинний 16
Перибронхіальний 59, 60
Перикард 59, 67
Периферичний рак 59, 63, 67, 73
Періневральний 47, 52
Персневидноклітинний 8, 33, 37-39, 44, 49, 102
Піднижньощелепна слинна залоза 14, 16
Піелонефрит 128
Піт 65, 85
Піурія 127, 130, 132, 141
Пластика 31
Плевра 59, 68, 71, 147, 154
Плевректomia 71, 147
Плеврит 62, 72, 147
Плоский лишай 5, 19
Плоскоклітинний рак 5, 7, 14, 21, 26, 31, 39, 44, 58, 62, 76, 99, 102, 105, 136
Пневмомедіастинографія 30, 65, 70
Пневмонієподібна форма 59, 63
Пневоперитонеум 41, 55
Пневоторахс 62, 65
Поверхнева форма 74, 78, 83
Поворотний нерв 62, 65
Поєднаний 112
Позиви 130
Позитронно-емісійна томографія 9, 70
Полакіурія 127, 132, 141
Пологи 108, 119
Помірнодиференційований 6, 11, 17, 24, 37, 45, 54, 60, 69, 74, 79, 89, 99
Порціальна резекція 12

Преднізолон 84, 121
Привушна залоза 14, 16
Прихована 100
Провера 105
Прокарбазин 72, 81, 84, 101, 121
Промсенева терапія 7, 12, 20, 32, 41, 56, 65, 70, 79, 84, 90, 97, 105, 117, 126, 137, 144, 152
Пронози 26, 41, 50, 53
Простап 136
Простата 42, 101
Простатектомія 133, 135, 137
Простатит 134
Простатоспецифічний антиген
Протеїнурія 136
Псевдосрозії 108
Псевдозапальна 45, 100, 102
Птоз 30, 65
Пульмонектомія 61, 62, 71, 147
Пункційна аспіраційна біопсія 13, 18, 27, 57, 65, 70, 81, 84, 122, 130, 135, 143, 148, 150
Пухлина 7, 11, 12, 16, 22, 42, 56, 67, 71, 94, 97, 101, 115, 116, 126, 131, 137, 141

Р

Рабдоміома 93
Рабдоміосаркома 93, 98
Радіація 68, 71, 87, 90, 92, 96
Радіоізотопний 20, 77, 82, 96, 102
Радіонукліди 23
Радіонуклідний 17, 22, 25, 27, 41, 55, 79, 89, 91, 96, 100, 112
Радіонуклідотерапія 101
Радіочастотна абляція 126
Рак грудної залози 62, 118, 150
Рак легенів 58, 59, 61-63, 146, 153
Рак нижньої губи 5, 9, 143, 152
Рак нирки 58, 124, 128, 137, 150, 155
Рак ободової кишки 43, 44, 46, 47, 58, 145, 153
Рак передміхурової залози 133, 151
Рак печінки 23, 26, 145, 152
Рак підшлункової залози 38, 41-43, 145, 153
Рак прямої кишки 48, 51-53, 62, 117, 146, 153
Рак сечового міхура 117, 128, 137, 151, 155
Рак слизової оболонки 18, 20-22, 144, 152
Рак слинних залоз 14, 16, 143, 152
Рак соска 121
Рак статевого члена 138, 151
Рак стравоходу 27, 28, 30-32, 144, 153
Рак тіла матки 48, 103, 107, 117, 149, 154

Рак шийки матки 107, 112, 150, 154
Рак шкіри 73, 147, 154
Рак шлунка 33, 36-38, 62, 145, 153
Рак щитовидної залози 98, 149, 154
Рак язика 9, 12, 13, 21, 143, 152
Рак яєчників 107, 113, 117, 150, 155
Ралоксифен 8, 121
Регіонарний 5, 10, 14, 19, 24, 34, 39, 45, 49, 60
Резекція 12, 27, 31, 33, 38, 41, 47, 52, 57, 62, 81, 89, 105, 116, 130, 136, 140, 143, 152
Реаналізація 30
Ректороманоскопія 46, 48, 50, 107
Рентгенотерапія близькофокусна 7, 8, 11, 101, 143, 152
Ретикулосаркома 56, 88
Ретикулярний 83
Ретропневмоперитонеум 41, 55
Родимка 81
Розгалужений 59
Розпад 120
Розщеплена 121
Ромбоподібний 22
Рубець 73, 74, 76
Рухомість 95

С

Сальник 115
Санітарна ампутація 122
Саркоїдоз 67, 81, 86
Саркома 31, 36, 42, 47, 51, 56, 57, 88, 90, 92, 136, 154
Саркоматозна 68
Сателіт 79
Свербіж 25, 40, 79, 83, 140
Світлоклітинний 7, 8, 21, 59, 62, 106
Сегментектомія 61
Селезінка 58, 85, 97, 101
Середньодиференційований 13, 52, 90, 96
Середостіння 42, 63-65, 67, 147, 153
Серозний 26
Серотонін 101
Сечовипускання 115, 130, 132, 135, 140
Сигмостомія 46, 52, 53
Симпатичний стовбур 62, 65, 67
Симпатобластома 94
Симпатогоніома 94
Синестрол 135
Синовіома 93

Сіалографія 15, 17, 143
Сканування 9, 15, 17, 22, 27, 72, 123, 127, 132, 141, 142
Скаргама
Скарифікація 7, 22
Скір 34
Склероз 83, 148
Слиз 50, 53
Смертність 5, 14, 23, 27, 33, 39, 43, 48, 53, 58, 82, 87, 92, 103, 107, 113, 118, 124, 128, 133
Солідний рак 62, 102
Сонографія 9, 133
Сосочкова 81, 129
Спадковий 23, 28, 33, 39, 44, 49, 58
Спинка 12
Стадія 6, 13, 17, 21, 29, 35, 46, 55, 63, 72, 79, 83, 86, 95, 104, 111, 120, 125, 131, 139
Старечий кератоз 74, 76
Стенотична 35
Стентування 30, 145
Стома 46
Стоматит 19, 22
Стравохід 28-32, 60, 144
Стриктурна 28, 128
Стронцій 90
Струмоподібна 100
Суглоб 64
Схильність 68, 82, 113

Т

Таксотер 61
Т-активін 80
Тамоксифен 8, 72, 81, 121
Тахікардія 30, 65
Телегаматерапія 7, 8, 11, 15, 20, 30, 61, 75, 79, 100, 140, 152
Темноклітинна 124, 134
Температура 86
Тенезми 50
Тератокарцинома 54
Тератома 67, 74, 94, 138
Термографія 13, 15, 17, 72, 75, 79-81, 89, 95, 100, 107, 123, 127, 132, 141
Тестенат 126
Тестостерон 137
Технецій 90
Тималін 80
Тимоліпома 66
Тимофіброма 66
Тимоцитомма 66

Тиреоїдектомія 101, 102
Тиреоїдит 99
Тиреоїдитоподібна 100
Тиреотироксин 101
Тиреотоксикоз 102
Тироксин 101
Тіло 12, 42
Токсико-анемічна 45, 47
Томографія 21
Томудекс 46
Торакоскопія 30, 61, 65, 66, 70, 147
Травматизація 5, 9, 28, 33, 78, 87, 92, 113
Трансаміназа 27, 145
Трансуретральна 131, 133, 135, 137, 151
Трепанобіопсія 17, 81, 91, 121, 135, 149
Триметрексат 71
Трипан біопсія 72, 76
Тріщина 10, 79, 140
Туберкульоз 63, 73, 81, 122, 123
Тубулярна 44, 49
Туморозна 35, 45
Тютюнопаління 9, 18, 23, 28, 33, 39, 58, 68, 80, 126, 131, 133, 140

У

Ультразвукове дослідження 9, 17, 27, 36, 48, 52, 65, 70, 81, 95, 111, 123, 132, 144, 150
Уплати 105
Уретерокутанеостомія 126, 128, 131, 132, 142
Уретеропієлографія 126, 130
Уретеросигмостомія 126, 128, 131, 132, 142
Уретероскопія 126
Ущільнення 79, 120, 140

Ф

5-фторурацил 7, 11, 20, 25, 31, 36, 37, 41, 75, 105, 110, 115, 121, 126, 135, 146
Фактор ризику 5, 9, 23, 33, 39, 44, 58, 78, 81, 87, 98, 103, 108, 118, 124, 128, 133, 140
Факультативний передрак 7
Фаристон 121
Феохромоцитома 66, 94
Ферітин 26, 27
Фібриноген 84
Фібroadенома 123
Фіброезофагогастродуоденоскопія 35
Фіброзна 68, 93
Фіброколоноскопія 46, 48, 53, 57
Фіброма 42, 47, 52, 56, 57, 66, 93, 98

Фіброміома 107, 108, 117
Фібросаркома 42, 54, 57, 88, 93, 98
Фімо́з 138
Фітотерапія 105, 112
Флутамід 136
Фолікулярна 99, 102, 113
Фосфестрол 135
Фосфор 90
Фторафур 8, 25, 31, 32, 37, 46
Функція 99

Х

Хейліт 5, 7, 8, 22
Хейлоскопія 7
Хемодектома 54, 94
Хіміотерапія 8, 12, 20, 30, 37, 46, 52, 56, 65, 76, 84, 90, 97, 105, 117, 123, 130, 137, 146, 152
Хірургічний 20, 55, 61, 65, 75, 79, 105, 112, 121, 122, 140
Хлоргідрин 39
Хлортріанізен 135
Хлорфеноли 92
Холангіографія 25, 40
Холангіопанкреатографія 40
Холангіоцелюлярний рак 23, 26
Холедохоєюноанастамоз 43
Хондробластома 88
Хондрома 87, 92
Хордома 88
Хоріокарцинома 114
Хромофобна 124
Хромоцистоскопія 126, 130, 133

Ц

Цезій 90
Целіакографія 41
Центральний рак 59, 63, 67
Цервікальний канал 105, 108, 112
Цервіцит 108
Церулоплазмін 84
Циклофосфамід 20, 61, 84
Цинк 28, 44
Цироз 23
Цисплатин 20, 31, 46, 61, 70, 72, 90, 110, 130, 135, 140, 148
Цистоаденокарцинома 23, 39
Цистоаденофіброма 113
Цистит 128

Цистографія 133
Цистоскопія 107, 115, 128, 132, 142, 146, 151
Цистопростатектомія 133, 137
Цитологічне дослідження 7, 21, 25, 72, 96, 105, 125, 130, 143, 146
Циторедукція 115
Цукровий діабет 39, 90, 119, 122

Ч

Червоний вовчак 5, 143

Ш

Шар 28, 34, 44, 49, 80
Шванома 54, 94
Широке висічення 57, 81
Шистосомоз 23
Шкіра 57, 91, 101
Шкірний ріг 5, 9, 74, 76, 138
ШОЕ 48, 64, 84
Штучні роди 118

Ю

Юкстакортикальна остеосаркома 87

Я

Яечник 37, 123

ІМЕННИЙ ПОКАЖЧИК

Баррета стравохід 28, 146
Березовського-Штернберга-Ріда клітини 83, 85, 86
Боуена хвороба 5, 19, 22, 74, 75, 76, 80, 138
Бохмана операція 105
Бреннера пухлина 114, 116
Вертгейма-Губарева операція 105, 106, 111, 116
Вірхова метастаз 35, 145
Гарднера дифузний сімейний поліпоз 44, 47, 52
Гарлока операція 30, 31, 32, 106, 115
Гартмана операція 46, 47, 51, 53
Годжкіна хвороба
Грейвса хвороба 99
Джозеф метастаз 35
Дільмана тріада 119
Добромілова-Торека операція 32
Дюбрея меланоз 78, 80
Дюкена операція 32, 101, 106, 115, 140, 147, 148, 151
Епштейна-Барр вірус 82, 106, 111
Іценко-Кушинга хвороба 119
Кейра еритроплазія 74, 75, 80, 138
Кеніга симптом 121
Кеню-Майлса операція 51, 102, 106, 116
Кларк рівень 78, 81, 148
Клода-Бернара-Горнера синдром 30, 65, 70
Крайля операція 7, 11, 12, 16, 32, 101, 144
Краузе симптом 121
Крона хвороба 44, 49
Крукенберга метастаз 35, 37, 118
Купера схема 121
Курвуазьє симптом 40, 43
Кушинга синдром 61, 65
Лангерганса-Ріда клин 86
Льюїса операція 30, 31, 32
Мадена операція 121
Марі-Бомбергера синдром 146
Менетріє хвороба 34
Отта невус 78
Педжета рак 74, 122, 123
Педжета хвороба 74, 75, 80, 119
Пейті-Дісона операція 122
Пейтца-Єгерса синдром 44
Пенкоста рак 59

Петрова-Холдіна операція 51
Пирогова-Лангханса клітини 85
Пламера-Вінсона синдром 28
Прібрама симптом 121
Форже симптом 120
Холстеда-Майєра операція 121, 122
Шніцлера метастаз 35
Юїнга саркома 88, 90, 92
Якша реакція 13
Ann Arbor класифікація 83
Second look операція 115



**Scanned by
war-hawk_66**

ОСНОВНА ЛІТЕРАТУРА

1. Антіпова С.В. Рак тіла матки: епідеміологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування, профілактика/С.В. Антіпова. – Л.: СНУ, 2001. – 505 с.
2. Баштан В.П. Онкологія/В.П. Баштан, А.Л. Адабаш'ян, П.В. Шелешко. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 316 с.
3. Білінський Б.Т. Онкологія /Б.Т. Білінський, Ю.М. Стернюк, Я.В. Шпарик. – Львів: Медицина світу, 1998. – 272 с.
4. Бондар Г.В. Лекції з клінічної онкології. Том 1. Пухлини травного тракту/ Г.В. Бондар. – Донецьк: «Донеччина», 2006. – 256 с.
5. Бондар Г.В. Паліативна медична допомога: навчальний посібник/Г.В. Бондар, І.С. Вітенко, О.Ю. Попович. – Донецьк: АТ «Видавництво «Донеччина», 2004. – 80 с.
6. Бронштейн Б.Л. Рак толстой кишки/Б.Л. Бронштейн. – Л.: Медгиз, 1956. – 168 с.
7. Василенко И.В. Предрак и рак желудка: этиология, патогенез, морфология, лечебный патоморфоз/И.В. Василенко, В.Д. Садчиков, К.А. Галахин. – Киев: Книга-плюс, 2001. – 232 с.
8. Вельшер Л.З. Клиническая онкология. Избранные лекции: учебное пособие/Вельшер Л.З., Поляков Б.И., Петерсон С.Б. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 496 с.
9. Вибрані лекції з клінічної онкології: навч. посіб./[Бондар Г.В., Думанський Ю.В., Антіпова С.В., Попович. О.Ю. та ін.];- Луганськ: ВАТ «Луганська обласна друкарня», 2009. – 560 с.
10. Ганул В.Л. Рак пищевода: руководство для онкологов и хирургов/В.Л. Ганул, С.И. Киркилевский. – Киев: ООО «Книга плюс», 2003. – 200 с.
11. Ганцев Ш.Х. Онкология: Учебник для студентов медицинских вузов. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 488с.
12. Гарин А.М. Рак поджелудочной железы: значение проблемы, возможности лечения/А.М. Гарин. – М.: Медицина, 2000. – 104 с.
13. Гилязутдинов И.А. Опухоли гормонально-зависимых и гормонопродуцирующих органов/Гилязутдинов И.А., Хасанов Р.Ш. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 464 с.
14. Гранов А.М. Лучевая терапия в онкологии/А.М. Гранов. В.Л. Винокуров. – СПб.: «Фолиант», 2002. – 347 с.
15. Грицман Ю.Я. Диагностические и тактические ошибки в онкологии/Ю.Я. Грицман. – М.: Медицина, 1981. – 176 с.
16. Давыдов М.И. Новые подходы в комбинированном лечении рака/М.И. Давыдов, В.А. Норматович. – М.: Медицина, 2003. – 220 с.
17. Давыдов М.И. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ/М.И. Давыдов. – М.: РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2002. – 281 с.
18. Давыдов М.И. Энциклопедия клинической онкологии: руководство для практикующих врачей/М.И. Давыдов, М.Л. Вышковский. – М.: РЛС, 2004. – 1536 с.

19. Дедкова Е.М. Паранеопластические заболевания/Е.М. Дедкова, А.С. Рабен. – М.: Медицина, 1977. – 136 с.
20. Довгалюк А.З. Рак молочной железы: пособие для врачей/А.З. Довгалюк. – СПб.: ООО «МЕГА-ПРИНТ», 2001. – 204 с.
21. Довідник онколога. Випуск третій/[упоряд.: Я.В. Шпарик]. – Львів: «Галицька видавнича спілка», 2002. – 136 с.
22. Дуда В.И. Гинекология /В.И. Дуда, И.В. Дуда. – [2-е изд]. – М.: АСТ, Мн.: Харвест, 2008. – 896с.
23. Елисеева О.И. Ранняя Диагностика рака. Сенсационные открытия новой медицины/О.И Елисеева. – [2-е изд.]. – СПб.: ИГ «Весь», 2003. – 96 с.
24. Зыбина М.А. Диагностика и лечение рака прямой кишки/М.А. Зыбина. – Киев: Здоров'я, 1980. – 168 с.
25. Киселева Е.С. Лучевая терапия злокачественных опухолей: руководство/Е.С. Киселева. – М.: Медицина, 1996. – 460 с.
26. Колесников И.С. Хирургия легких и плевры: руководство для врачей/И.С. Колесников М.И. Лыткин. – Л.: Медицина, 1988. – 384 с.
27. Колосов А.Е. Рак печени и прогноз для больных/А.Е.Колосов. – СПб.: Киров, 2002. – 144 с.
28. Комов Д.В. Лекарственное лечение первичного и метастатического рака печени/Д.В. Комов и др. – М.: Триада-Х, 2002. – 160 с.
29. Летягин В.П. Первичные опухоли молочной железы. Практическое руководство по лечению/В.П. Летягин. – М.: «Миклош», 2004. – 332 с.
30. Линдернбратен Л. Д. Медицинская радиология: учебник [для студ. мед. вузов]/Л.Д. Линденбратен, И.П.Королюк. – [2-е изд.]. – М.: Медицина, 2000. – 670 с.
31. Маринбах Е.Б. Рак предстательной железы/Е.Б.Маринбах. – М.: Медицина, 1980. – 160 с.
32. Марьина Л.Ф. Рак шейки и тела матки/Л.Ф. Марьина и др. – М.: Изд. центр «Вентана-Граф», 2004. – 430 с.
33. Матвеев Б.П. Клиническая онкоурология/Б.П Матвеев. – М.: Вердана, 2003. – 406 с.
34. Мирошниченко Б. Б. Хирургия рака пищевода/Б.Б.Мирошниченко, К.М. Лебединский. – СПб.: «Фолиант», 2002. – 303 с.
35. Михайлов А.Н. Рентгеносемиотика и диагностика болезней человека: справ. пособие/А.Н. Михайлов. – Мн.: Выш. шк., 1989. – 608 с.
36. Моисеенко В.М. Лекции по фундаментальной и клинической онкологии/В.М. Моисеенко, А.Ф. Урманчеева, К.П. Хансон.:– СПб.: Изд Н-Л, 2004. – 703 с.
37. Моисеенко В.М. Справочник по онкологии/В.М. Моисеенко. – СПб.: Издательство «Центр ТОММ», 2008. – 258 с.
38. Напалков И.П. Общая онкология: руководство для врачей/И.П. Напалков. – Л.: Медицина, 1989. – 648 с.
39. Новые морфологические методы в онкологии (на примере опухолей из переходного эпителия)/[Н.Т.Райхлин, А.М.Романенко, А.Опперман]; под ред. Краевского Н.А. – М.: Медицина, 1977. – 344 с.

40. Овнатаян К.Т. Опухоли и кисты средостения (включая патологию вилочковой железы)/К.Т. Овнатаян, В.М. Кравец. – Киев: «Здоров'я», 1971. – 164 с.
41. Ольховский В.К. Лечение онкологических заболеваний. Новейший справочник./В.К. Ольховский. – Ростов н/Д: Феникс, 2007. – 224 с.
42. Онкогінекологія: Класифікація TNM. Клінічні рекомендації. Режими медикаментозної терапії/[упоряд.: Я.В. Шпарик, О.О. Олексяк, М.І. Ломницька]. – Львів: «Галицька видавнича спілка», 2005. – 80 с.
43. Онкологія. Словарь-справочник/[И.В. Касьяненко, В.Г. Пинчук, Д.В.Мясоедов и др.]. – Киев: Наукова думка, 1992. – 264 с.
44. Онкологія: Підручник. – 3-тє видання, перероб. і доп./[Б.Т. Білинський, Н.А. Володько, А.І. Гнатишак, О.О. Галай та ін.]. – К.: Здоров'я, 2004. – 528 с.
45. Островская И.М. Рак молочной железы у мужчин/И.М. Островская, Л.Д. Островцев, О.Ю. Ефимова. – М.: Медицина, 1988. – 144 с.
46. Ошибки в клинической онкологии: руководство для врачей/[Чиссов В.И., Трахтенберг А.Х. и др.]. – М.: Медицина, 1993. – 544 с.
47. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи/А.И. Пачес.-М.: Медицина, 2000.- 480 с.
48. Пачес А.И. Рак щитовидной железы/А.И. Пачес, Р.М. Прот. – М.: Медицина, 1984. – 320 с.
49. Переверзев А.С. Опухоли мочевого пузыря/А.С. Переверзев, С.Б. Петров. – Харьков: Факт, 2002. – 301 с.
50. Переводчикова Н.И. Клиническая химиотерапия опухолевых заболеваний/Н.И. Переводчикова. – М.: Медицина, 1976. – 200 с.
51. Петерсон Б.Е. Атлас онкологических операций/Б.Е. Петерсон, В.И. Чиссов, А.И. Пачес – М.: Медицина, 1987. – 536 с.
52. Поддубна И.В. Онкология: Справочник практического врача/И.В. Поддубна. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 768 с.
53. Портной Л.М. Рак желудка. Лучевая диагностика/Л.М. Портной. – М.: Медицина, 1999. – 296 с.
54. Путов Н.В. Рак поджелудочной железы/Н.В. Путов и др. – СПб.: Питер, 2005. – 305 с.
55. Пухлини органів травної системи: Класифікація TNM. Клінічні рекомендації ESMO. Режими медикаментозної терапії/[упоряд.: Я.В. Шпарик, Р.Д. Шиян, Т.Б. Качмар, О.Б. Абрамюк]. – Львів: Галицька видавнича спілка, 2006. – 88 с.
56. Рак поджелудочной железы (современное состояние проблемы): Монография/[С.А. Шалимов, Д.С. Осинский, В.А. Черный, Й. Клифф, Г. Фрисс]. - К.: «Основа», 2007. – 320 с.
57. Рак прямой кишки/[Одарюк Т.С., Ривкин В.Л. и др.] под ред. В.Д. Федорова. – [2-е изд.]. – М.: Медицина, 1987. – 320 с.
С.Л. Дарьялова. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2006. – 270 с.
58. Саркомы мягких тканей: практическое руководство для врачей/[И.А. Гилязутдинов, Р.Ш. Хасанов, В.Н. Моисеев, И.Р. Сафин]. – Казань: ООО «Куратор», 2008 – 166 с.

59. Семиглазов В.В. Рак молочной железы/В.В. Семиглазов, Э.Э. Топузов. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 176 с.
60. Сибирцева Л.П. Лимфогранулематоз/Л.П. Сибирцева, Л. Холсти. – М.: Медицина, 1985. – 304с.
61. Скачко Б.Г. Рак /Б.Г. Скачко. – К.: Медицина, 2006. – 160 с.
62. Справочник по классификации злокачественных опухолей. Официальные рекомендации Американской объединенной комиссии по злокачественным образованиям/[перевод с английского под ред. Б.Л. Штильмана]. – С.-Пб.: Медакадемия, 2007. – 432 с.
63. Справочник по онкологии/[В.В. Грубник, В.В. Степула, И.А. Воронов, А.А. Берзой]. – К.:Здоров'я, 2003. – 240 с.
64. Стариков В.И. Рак легкого/В.И. Стариков, Г.В. Трунов. – Харьков: ООО «КАТРАН КПК», 2002. – 212 с.
65. Стариков В.И. Рак легкого: учебное пособие/В.И. Стариков. – Харьков: «Рубикон», 1997. – 198 с.
66. Тащев Р.К. Первичный и метастатический рак печени: учебное пособие/Р.К.Тащев. – Донецк: «Издательский дом Заславский», 2008. – 336 с.
67. Трахтенберг А.Х. Клиническая онкопульмонология/А.Х. Трахтенберг, В.И. Чиссов. – М.: Медицина, 2000. – 600с.
68. Трахтенберг А.Х. Рак легкого/А.Х. Трахтенберг. – М.: Медицина, 1987. – 304 с.
69. Фрадкин С.З. Клиническая онкология/С.З. Фрадкин, И.В. Залуцкий. – Минск: Беларусь, 2003. – 389 с.
70. Фрадкин С.З. Меланома кожи: практическое пособие для врачей/ С.З. Фрадкин, И.В. Залуцкий. – Минск: Беларусь, 2000. – 221 с.
71. Чехун В.Ф. Медикаментозная терапия злокачественных новообразований. Солидные формы./В.Ф. Чехун. – Киев: ООО «ОИРА «Здоров'я України», 2006. – 456 с.
72. Чиссов В.И. Клинические рекомендации. Онкология / В.И. Чиссов,
73. Чиссов В.И. Онкология: учебник/В.И. Чиссов, С.Л. Дарьялова. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. – 560 с.
74. Шалимов С.А. Справочник по онкологии/Шалимов. С.А, Гриневич Ю.А., Мясоедов Д.В. – К.: Здоров'я, 2000. – 560 с.
75. Шалімов С.О. Сучасна діагностика і лікування злоякісних пухлин ободової кишки: навч. посіб. [для студ. вищ. навч. закл.]/С.О. Шалімов, О.І. Євтушенко, Д.В. М'ясосдов. – Київ: Четверта хвиля, 2004. – 248 с.
76. Шипилов В.И. Рак мочевого пузыря/В.И. Шипилов. – М.: Медицина, 1983. – 192 с.
77. Шувалов С.М. Злокачественные опухоли ротоглотки/С.М. Шувалов. – Винница: «ОАО «Виноблтипография», 1996. – 231 с.
78. Щепотин И. Б. Алгоритмы современной онкологии/Щепотин И.Б., Бондар Г.В., Ганул В.Л. – Киев: Книга плюс, 2006. – 304 с.

79. Щепотин И.Б. Рак желудка: практическое руководство по профилактике, диагностике и лечению/И.Б. Щепотин, С. Эванс. – Киев: Книга-плюс, 2000. – 227 с.
80. Щепотін І.Б. Бюллетень національного канцер-реєстру України. – К., 2009. – №10. – 105 с.
81. Щепотін І.Б. Онкологія: підруч.[для студ. вищ. навч. закл.]/І.Б. Щепотін. – Київ: Книга плюс, 2006. – 496 с.
82. Яицкий Н.А. Опухоли толстой кишки/Н.А Яицкий и др. – М.: Медпресс-информ, 2004. – 371 с.
83. Clinical oncology: Textbook/[V. Sorkin, A. Popovich, Yu. Dumansky and others] under the editorship of G.V. Bondar. – Simferopol, 2008. – 192 p.
84. Heine H. Hansen Lung Cancer: Basic and Clinical Aspects/Heine H. Hansen. – Boston: Martinus Nijhoff Publishers, 1986. – 274 p.
85. Oncology/[Cheshuk V.E., Grivkova L.V. and others]; under the editorship of I.B. Schepotin, R.T. Evans. – Kyiv: "MEDICINE", 2008. - 216 p.

ДОДАТКОВА ЛІТЕРАТУРА

1. Березов Ю.Е. Хирургия рака желудка/Ю.Е. Березов. – М.: Медицина, 1976. – 356 с.
2. Білинський Б.Т. Проблеми медикаментозного лікування раку грудної залози: посібник для лікарів/Б.Т. Білинський, Я.В. Шпарик. – Львів: Галицька видавнича спілка, 2001. – 160 с.
3. Блохин Н.Н. Противораковая пропаганда/Н.Н. Блохин, Л.В. Орловский, А.И. Серебров. – М.: Медицина, 1980. – 186 с.
4. Бондар Г.В. Первинно-неоперабельний рак молочної залози: Монографія/Г.В. Бондар, І.С. Ссдаков, В.Г. Шлопов. – Донецьк: «Каштан», 2005. – 448 с.
5. Бондар Г.В. Переможемо рак разом/Г.В. Бондар. – Донецьк: «Донеччина», 2008. – 203 с.
6. Вершинина С.Ф. В помощь онкологическому больному: гарантия качества жизни/С.Ф. Вершинина, Е.В. Потявина. – СПб.: ИК «Невский проспект», 2005. – 192 с.
7. Власов П.В. Клинико-рентгенологическая семиотика рака желудка/П.В. Власов. – М.: Медицина, 1974. – 225 с.
8. Гершанович М.Л. Симптоматическое лечение при злокачественных новообразованиях/М.Л. Гершанович, М.Д. Пайки. – М.: Медицина, 1986. – 288 с.
9. Гешелин С.А. Неотложная онкохирургия/С.А. Гешелин. – Киев.: «Здоровья», 1988. – 200 с.
10. Грушина Т.И. Реабилитация в онкологии: физиотерапия: руководство для врачей/Т.И. Грушина. – М.: "ГЭОТАР - Медиа", 2006. – 239 с.

11. Долгих В.Т. Опухолевый рост: учеб. пособие/В.Т. Долгих. – Ростов н/Д: Феникс, 2007. – 160 с.
12. Лечение болевого синдрома в онкологии: учебно-методическое пособие/[О.Е. Бобров, Л.Н. Брындиков, А.В. Кравченко и др.]; под ред. И.П. Шлапака, Е. Яроша. – Петрозаводск: ИнтелТек, 2004. – 160 с.
13. Мишура В.И. Онкологический диспансер/В.И. Мишура, Н.Я Шабашева, Н.М. Бармина. – М.: Медицина, 1982. – 192 с.
14. Онкогенные вирусы: атлас/[Клицунова Н.В., Миллер Г.Г., Мартыненко В.Б., Горохова Л.В.]; под ред. Быковского А.Ф.–М.: Медицина, 1983.-224 с.
15. Сучасні аспекти діагностики та лікування лімфом: матеріали науково-практичної конференції, 23-24 вересня 1999 р., Чернігів/відп. ред. С.О. Шалімов. – Київ: АТ «Телеоптик», 1999. – 192 с.
16. Чернова О.В. Уход за онкологическими больными/О.В. Чернова. – Ростов н/Д: «Феникс», 2002. – 224 с.
17. Шулутко Б.И. Болезни печени и почек/Б.И. Шулутко.– СПб.:Издательство Санкт-Петербургского санитарно-гигиенического мединститута,1993.-480 с.

Редактор: Хімич С.Д.
Коректор: Чернякевич С.І.

І.Ф. Хурані, О.Я. Какарькін, А.П. Ковальчук
Основи клінічної онкології. - Вінниця: Видавництво "Тезис", 2010 – 180 с.

ISBN 978-966-421-110-6

УДК 616-006.001.32

ББК 55.6я7

X-98

ОСНОВИ КЛІНІЧНОЇ ОНКОЛОГІЇ

ПОСІБНИК

**Затверджено: Міністерство освіти і науки України
як навчально-методичний посібник для студентів вищих медичних
навчальних закладів III-IV рівня акредитації**

© І.Ф. Хурані, О.Я. Какарькін, А.П. Ковальчук. Текст, 2010.

© ПП "Видавництво "Тезис". Видання, оформлення, 2010.

Друк блоку і палітурні роботи: ПП «ДРУК», м. Вінниця, вул. 600 річчя, 25
Формат 60x84/16. Папір офсетний. Друк офсетний. Ум. друк. аркушів 11,6.
Зам. № 76. Тираж 1000 прим.

Видавництво "Тезис"

Свідоцтво про внесення до державного реєстру видавців

ДК № 632 від 12.10.2001р.

а/с 2890, м. Вінниця, Україна, 21027 Тел.: (0432) 655-755

e-mail: editor@teza.in.ua сайт: www.teza.in.ua

Відділ збуту: zbut@teza.in.ua

Тел.: 0432 655-755



Хурані Іяд Фахід - доктор філософії і медицини з онкології, доцент кафедри променевої діагностики, променевої терапії та онкології Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова



Какарькін Олександр Якович - кандидат медичних наук, доцент кафедри променевої діагностики, променевої терапії та онкології Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова



Ковальчук Анатолій Пилипович - асистент кафедри променевої діагностики, променевої терапії та онкології Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова