

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О.БОГОМОЛЬЦЯ**

КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ №2

«Затверджено»
на методичній нараді кафедри
від 28 серпня 2019 р., протокол №1

Завідувач кафедри
д.мед.н., професор

_____ О.Ю. Іоффе

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

***ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПРИ ПІДГОТОВЦІ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ***

Навчальна дисципліна	Загальна хірургія
Модуль № 2	Хірургічна інфекція. Змертвіння. Основи клінічної онкології, та трансплантології. Особливості обстеження хірургічних хворих.
Змістовний модуль 2	Основи трансплантології та клінічної онкології.
Тема заняття № 20	Пухлини. Етіологія, патогенез. Доброякісні і злоякісні пухлини. Гістогенетична, морфологічна, клінічна і міжнародна (TNM) класифікації. Клінічні групи онкологічних хворих. Клінічні прояви. Методи діагностики. Принципи лікування.
Курс	Третій
Факультет	Медичний №1 та №4, ЗСУ

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

Онкологія продовжує залишатись однією із основних причин смерті в розвинутих державах. По даним ВОЗ кожний рік в світі виявляється біля 6 млн. нових хворих з пухлинами і кожний рік від злоякісних пухлин вмирає майже 5 млн. людей, із них 1,7 млн. в Європі. 80% онкохворих страждають на рак, 6%-страждають від саркоми і 5% пацієнтів вражаються злоякісними захворюваннями кровотворних тканин.

В зв'язку з цим, діагностика та лікування онкологічних хворих є одним із найважливіших завдань медицини, в тому числі і вищих учбових медичних закладів.

Онкологія являється комплексним розділом медицини, а тому цим займаються як теоретики так і клініцисти (хірурги, терапевти, гінекологи, дермато-венерологи, отоларингологи, патофізіологи, патанатоми та ін.)

Пухлина – це патологічне розростання клітин тканини поліетіологічного характеру, якій властивий безмежний ріст (злоякісна пухлина), автономність або ж мала залежність від дії організму, морфологічна і функціональна атиповість.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- Пояснювати актуальність теми „Пухлини”;
- Етіологія і патогенез пухлин;
- Класифікація пухлин;
- Диференціальна діагностика доброякісних і злоякісних пухлин;
- Обстеження хворих з підозрою на пухлини;
- Засвоєння клінічних ознак доброякісних і злоякісних пухлин;
- Міжнародна класифікація пухлин;
- Клінічні групи хворих з пухлинами;
- Сучасні методи діагностики та лікування пухлин;
- Профілактика пухлин.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ:

<i>Назва попередніх дисциплін</i>	<i>Отримані навички</i>
Анатомія людини	Знання анатомії тканин і органів людини
Гістологія	Володіти знаннями видів тканин та їх гістологічної будови
Біологічна хімія	Знання про порушення обміну речовин при злоякісних пухлинах (розпад протеїнів, анаеробний гліколіз, „пухлинна анемія” та ін.)
Патологічна анатомія	Морфологічні особливості злоякісних пухлин
Патологічна фізіологія	Визначати, що таке гіпертрофія та гіперплазія, атиповість та патологічна регенерація. Особливості онкологічного процесу в тканинах злоякісних пухлин. Роль біологічних факторів в етіології злоякісних пухлин. Зміст теорії „соматичної мутації”.

4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ ПРАЦІ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО

ЗАНЯТТЯ.

4.1 Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен зайти студент при підготовці до заняття:

Тumor-Пухлина	Синонім: бластома, неоплазма, новоутворення.
Карцинома-рак	Злоякісна пухлина із епітеліальної тканини.
Sarcoma	Злоякісна пухлина із сполучної тканини.
Лімфосаркома	Злоякісна пухлина із лімфатичної тканини.
Остеосаркома	Злоякісна пухлина із кісткової тканини.
Ангіосаркома	Злоякісна пухлина із кровоносних судин.
Міосаркома	Злоякісна пухлина із м'язової тканини.
Ліпосаркома	Злоякісна пухлина із жирової тканини.
Аденома	Доброякісна пухлина із епітеліальної тканини.
Міома	Доброякісна пухлина із м'язової тканини.
Рабдоміома	Доброякісна пухлина із поперечно смугастих м'язів.
Лейоміома	Доброякісна пухлина із гладких м'язів внутрішніх органів (матки, шлунку, кишечника та ін.).
Фіброма	Доброякісна пухлина із сполучної тканини (фібробластів, колагенових волокон).
Фіброміома	Доброякісна пухлина до складу якої входить дві тканини: фібробласти і м'язова тканина.
Ліпома	Доброякісна пухлина із жирової тканини.
Невринома	Доброякісна пухлина із нервової тканини.
Остеома	Доброякісна пухлина із кісткової тканини.
Хондрома	Доброякісна пухлина із хрящової тканини.
Інвазія	Проростання злоякісної пухлини в сусідні органи і тканини.
Метастази	Розповсюдження клітин злоякісних пухлин по кровоносним судинам (переважно саркома) і лімфатичним судинам (як правило рак) в інші органи і тканини.
Метастаз Вірхова	Занос ракових клітин в лімфовузли лівої надключичної ділянки (рак шлунку)
Метастаз Крукенберга	Занос клітин ракового процесу в придатки матки (рак шлунку)

Поліетіологічна теорія	Багатопричинна теорія виникнення новоутворення.
Тератома (ембріонна пухлина)	Вроджена пухлина, яка складається із тканин одного чи декількох зародкових листків.
T- tumor	Пухлина.
N-nodula	Лімфатичний вузол.
M- metastasis	Метастаз пухлини.
G- gradus	Ступінь злоякісності.
P-penetration	Характеризує глибину проростання пухлини в стінку порожнинного органу.
T-tumor	Має 4 стадії від T1 до T4
N-nodulus (N0, N1, N2, N3).	N0 – відсутні метастази, N1 – метастази в регіонарні лімфовузли, N2 – метастази в лімфовузли 2-го порядку, N3 – метастази у віддалені лімфовузли
M-metastasis (M0, M1).	M0 – метастази відсутні M1 – є метастази.
G. gradus (G1, G2, G3, G4).	G1 – низька ступінь злоякісності; G2 – середня ступінь злоякісності; G3 – висока ступінь злоякісності (низько диференційовані пухлини). G4 – недиференційована пухлина
P-penetration (P1, P2, P3, P4).	P1 – рак проростає слизову оболонку; P2 – пухлина проростає слизову оболонку; P3 – пухлина розповсюджується до субсерозного шару; P4 – пухлина проростає серозний шар або ж виходить за межі органу.
Класифікація TNMGP	Виглядає так T1-4N0-3M0-1G1-3P1-4.
Критерії T T1 T2 T3 T4	Для раку кишечника має свої особливості: T1 – Пухлина займає частину стінки кишки; T2 – Пухлина займає половину окружності кишки; T3 – Пухлина займає окружність кишки, звужує просвіт, викликає симптоми кишкової непрохідності; T4 – Пухлина циркулярно звужує чи обтурує просвіт кишки, викликає кишкову непрохідність.
Рецидив	Ріст пухлини на тому ж місці де була до її видалення.
Операбельність	Стан, коли вдається видалити пухлину оперативно і вилікувати хворого.
Лейкоплагія	Білі плями на шкірі.
ЯМРТ	Ядерно-магнітно-резонансна томографія.
ФГДС	Фібро-гастро-дуоденоскопія.

Радикальна операція	Передбачає видалення всього органу і регіонарних лімфатичних вузлів разом з оточуючою його жировою та сполучною тканиною.
Паліативна операція	Передбачає видалення органу чи його частини, що полегшує життя хворого, але метастази пухлини залишаються.
Цитостатичні препарати	Гальмують розмноження клітин пухлин.
Антиметаболіти	Впливають на обмін речовин в ракових клітинах та їх ферментні системи.
Абластика	Видалення пухлини в межах здорових тканин з видаленням враженого органу одним блоком з регіонарними лімфовузлами; з попередньою перев'язкою лімфатичних і кровоносних судин. Використання під час операції електроножа, лазера, УЗ, аргону.
Антибластика	Опромінення пухлини і зони метастазування перед операцією та в післяопераційному періоді; використання регіонарної інфузії - внутрішньо артеріальне введення протипухлинних препаратів до операції і після неї.
Ад'ювантна хіміотерапія	Хіміотерапія після радикальної або паліативної операції
Неoad'ювантна хіміотерапія	Хіміотерапія перед оперативним втручанням

4.2 Теоретичні питання до заняття:

1. Актуальність проблеми.
2. Визначення поняття «пухлина».
3. Чим відрізняється пухлина від припухлості.
4. Етіологія (теорії) і патогенез пухлин.
5. Епідеміологія пухлин.
6. Класифікація пухлин в залежності від того із якої тканини вона виникає.
7. Класифікація пухлин в залежності від характеру росту і клінічного перебігу.
8. Чим відрізняється злоякісність пухлини.
9. Що таке імплантація, рецидив та метастаз пухлини.
10. Шляхи метастазування пухлин.
11. Що таке регіонарні та віддалені лімфовузли (метастаз Вірхова, Крукенберга, Шніцлера).
12. Стадії злоякісних пухлин.
13. Міжнародна класифікація пухлин (символи - TNMGP).
14. Клінічні групи хворих злоякісними пухлинами.
15. Які захворювання відносяться до передракових.
16. Методи діагностики злоякісних пухлин (що таке синдром малих симптомів).
17. Методи лікування злоякісних пухлин.
18. Види операцій при лікуванні хворих із злоякісними пухлинами.
19. Види профілактики пухлинних захворювань

4.3 Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Проводити опитування хворих при наявності або підозрі на злоякісну пухлину, звертаючи увагу на скарги, наявність хронічних захворювань (травм), виникнення і характер росту пухлини, професію, наявність шкідливих звичок і злоякісних захворювань в родині.
2. Проводити пальпацію лімфатичних вузлів в місцях доступних пальпації (підщелепних, шийних, надключичних, пахових і пахвинних).
3. Характеризувати пухлину та припухлості, гострі запальні процеси на основі місцевих і загальних клінічних проявів.
4. Проводити обстеження хворих шляхом огляду, пальпації, перкусії, аускультатії.
5. Вивчити результати додаткових методів обстеження онкологічних хворих (аналіз крові, біохімічні дослідження крові, Rö- дослідження, УЗД, ендоскопічні результати).

5. ЗМІСТ ТЕМИ

Злоякісна пухлина - це патологічне розростання тканин, яке не є координованим з ростом нормальних тканин, переважає його і продовжується після зупинки дії причинного фактору що його викликає (Уілліс).

М.М. Петров справедливо називав ці розростання не відрегульованим надлишком клінічного розмноження, а Фішер і Вазельс (1926) говорили про ексцеси росту - що виходять за межі нормального плану побудови організму.

Основна ознака пухлинного росту полягає в тому, що він здійснюється за рахунок розмноження клітинних елементів пухлини, тобто пухлини ростуть "самі із себе" (Роберт).

Властивість клітинних елементів до розмноження практично не вичерпується, так як вона біологічно обумовлена глибокими змінами їх тонкої хімічної структури, що виникає в результаті малігнізації. З цим пов'язано те, що ріст пухлини іде безконтрольно і продовжується навіть при зупинці дії причинного фактору. звідси народилась уява про автономний незалежний ріст істинних пухлин.

Пухлина, що розвивається в організмі відчуває на собі вплив багаточисельних і різноманітних факторів, як загального так і місцевого характеру, що сприяє прискоренню чи пригніченню пухлинного росту (наприклад - гормональні пухлини).

В нормальних тканинах процес розмноження складових частин клітин визначається функціональними потребами організму і проходить лише в необхідних межах що регулюються біологічними закономірностями, які лежать в основі взаємовідносин організму і зовнішнього середовища.

При патологічних станах процес розмноження клітин може порушуватися, набуваючи характеру патологічної регенерації, але клітинні елементи, що приймають участь в цьому процесі зберігають свою суть. І навпаки, при пухлинному рості процес розмноження клітин прискорюється, втрачає регуляцію, йде безперервно без закінчення. Таким чином, в процесі малігнізації клітини міняють свою біологічну суть, в них відбуваються глибокі якісні зміни і функція розмноження домінує в протизагау всім іншим функціям.

На теперішній час єдиної думки про походження пухлин не існує. Серед існуючих теорій, які висвітлюють причини виникнення пухлин, не втратила свого значення

теорія Р.Вірхова - хронічного розростання в результаті тривалої дії подразнюючих речовин на тканини, а також теорія ембріонального походження пухлин Д.Конгейма. Згідно останньої, пухлина виникає із ембріональних елементів, що володіють великим потенціалом росту і втрачають властивість до нормального фізіологічного диференціювання. Має значення також вірусно-імуногенетична теорія Л.Зільбера, згідно якої віруси, що занурюються в клітину сприяють утворенню онкогена і порушують нормальну регуляцію клітинного ділення.

Існує також гормональна теорія виникнення пухлин, згідно якої, гормони за певних умов, знижують захисно-приспосувальні реакції організму, пригнічуючи протипухлинний імунітет.

Нині найбільше прихильників отримала поліетіологічна теорія злоякісних пухлин, в основі якої лежить багатопричинність в розвитку новоутворень: дія канцерогенних речовин, генетичних факторів, дія пухлинних вірусів.

По даним ВООЗ, 90% злоякісних пухлин виникає в результаті дії зовнішніх онкогенних факторів і 10% зумовлені генетичними змінами та дією вірусів.

Канцерогенні фактори можуть бути фізичного, хімічного або ж біологічного походження. Серед фізичних факторів велике значення має іонізуюче опромінення; серед хімічних - дія поліциклічних ароматичних вуглеводнів (бензпірен, бензидін т.ін.), ароматичні аміни, інсектициди т.ін.

Бензпірен, наприклад, знаходиться в тютюновому димі, смолах вихлопних газів двигунів т.ін. Злоякісні пухлини розвиваються під дією онкогенних речовин після певного часу (летальний період) через 15-20 років.

Пухлини діляться по 3 основним категоріям: вид тканини, в якій виникає пухлина; локалізація; морфологічні особливості і здатність до розповсюдження.

В залежності від тканини, в якій розвивається пухлина розрізняють пухлини епітеліальні, із сполучної тканини, м'язові, судинні, нервові та змішані.

Відповідно до органу, що вражається, виділяють пухлини легень, шлунку, кишечника, шкіри, кісток т.ін.

В залежності від особливостей пухлинного росту та розповсюдження в організмі пухлини діляться на доброякісні і злоякісні.

Класифікація

За характером тканини, з якої розвивається пухлина, виділяють епітеліальні, ендотеліальні, сполучнотканинні, м'язові, судинні, нервові.

За складністю будови пухлини розподіляються на: прості та складні. Прості складаються з 1 чи 2 і більше тканини (наприклад фіброміома). Складні повторяють будову цілих органів або частин організму (тератоми).

За клінічним перебігом і морфологічною будовою пухлини класифікують на доброякісні та злоякісні.

До доброякісних пухлин із епітеліальної тканини відноситься аденома, яка виникає із епітелію шкіри, слизових оболонок, слинних, молочних, травних, ендокринних, передміхурової та інших залоз. Аденома має таку ж саму будову, як і залоза з якої вона походить і часто зберігає функцію материнських клітин.

Пухлина із м'язової тканини - міома. Існує дві різновидності міом - рабдоміома (із посмугованих м'язів) і лейоміома (із гладеньких м'язів внутрішніх органів - матки, шлунку, кишечника і інш.).

Із сполучної тканини виникає фіброма (із фібробластів, колагенових волокон), вона частіше знаходиться в шкірі, фасціях та сухожилках. Нерідко до складу фібром входять елементи інших тканин (фіброліптома, фіброміома, нейрофіброма).

З хрящової тканини виникає хондрома, із жирової - ліпома, із нервової- невринома, із судинної тканини - гемангіома, із лімфатичних судин - лімфангіома.

Вроджені пухлини, які складаються із тканин одного чи декількох зародкових листків, інколи вони мають органічну будову - тератома (ембріома, паразитуючий плід).

90% злякисних новоутворень відноситься до карцином (раку) - пухлини із епітелією, слизових оболонок і залоз. До злякисних пухлин із сполучної тканини відносяться саркоми 5% (лімфосаркома, остеосаркома, ангіосаркома, міосаркома т.ін.), ще 5% складають пухлини із кровоутворюючих тканин (лімфатичних та міелоїдних).

Злякисна пухлина проростає (інвазія) в сусідні органи і тканини, а її клітини розповсюджуються по лімфатичним (переважно - раки) і кровоносним судинам (саркома), утворюючи метастази.

Ріст і розмноження клітин злякисних пухлин вимагають великої енергії, яка забезпечується за рахунок анаеробного гліколізу, а також розпаду протеїнів.

Злякисні пухлини мають грубі морфологічні відхилення від норми: поліморфізм клітин та їх ядер, багатоядерність, не диференційованість і ін.

Клінічна класифікація злякисних пухлин визначає її розмір і ступінь розповсюдження, наявність метастазів в різних групах лімфатичних вузлів та віддалених органах.

Стадії розвитку злякисних пухлин:

I стадія - пухлина розміром до 1 см, не проростає глибше стінки органу, метастази відсутні.

II стадія - порівняно невелика пухлина діаметром понад 2 см, може проростати в стінку органу, але не виходить за межі органу, можлива наявність поодиноких рухомих метастазів в регіонарних лімфовузлах.

III стадія - пухлина діаметром понад 5 см, що проростає всі шари стінки органу, розпад пухлини, обмежена рухомість органу, багаточисельні метастази в регіонарні лімфатичні вузли.

IV стадія - пухлина будь-якого розміру з віддаленими метастазами або глибоким проростанням у сусідні органи і тканини.

Міжнародна класифікація

З метою уніфікації класифікації пухлин в 1958 р. впроваджено міжнародну класифікацію за TNMGP, яка точніше відображає стан первинної пухлини і її метастазів.

T - tumor, характеризує розмір пухлини, має 4 стадії від T1 до T4

N - nodula, характеризує враження лімфатичних вузлів: N0- відсутність метастазів; N1 - метастази в регіонарні лімфовузли; N2 - метастази в лімфовузли 2-го порядку; N3- метастази в віддаленні лімфовузли.

M - metastasis, вказує на наявність метастазів в органи і тканини; M0 - метастази відсутні; M1 - наявні метастази.

G - gradus, ступінь злоякісності за рівнем диференційованості клітин пухлини; G1 – висока диференціація (низький градус); G2 - середня; G3 - низька (високий градус), G4 - недиференційовані пухлини (найвищий градус)..

P - penetration, характеризує глибину проростання пухлин в стінку порожнистого органу; P1 - рак проростає слизову оболонку; P2 - проростає підслизову оболонку; P3 - рак розповсюджується до субсерозного шару; P4 - пухлина проростає серозний шар, або ж виходить за межі органу.

Класифікація TNMGP в цілому має вигляд так - T1-4NO-3MO-1G1-3P1-4

Критерій T для пухлини кожного органу має свої особливості: *для рака кишечника:*

T1 - пухлина займає частину стінки кишки;

T2 - пухлина займає половину окружності кишки;

T3 - пухлина займає окружність кишки, звужує просвіт, викликає симптоми кишкової непрохідності;

T4 - пухлина циркулярно звужує чи обтурує просвіт кишки, викликає кишкову непрохідність.

Для пухлини молочної залози: T1 - пухлина розміром до 2 см; T2 - пухлина розміром 2-5 см, втягіння шкіри соска; T3 - пухлина розміром 5-10 см, зрощена зі шкірою чи фіксована до грудної стінки, наявність виразки; T4 - пухлина розміром 10 см, вражена шкіра грудної стінки з розпадом.

Клінічні групи

Для обліку і диспансерного нагляду онкологічних хворих поділено на 4 клінічні групи:

I група: а) хворі з підозрою на пухлину;

б) хворі з передпухлинними захворюваннями;

II група: хворі яким необхідно спеціальне чи радикальне хірургічне лікування;

III група: хворі яким проведено радикальне лікування (хірургічне, комбіноване) і в даний час вони вважаються практично здоровими. При виникненні рецидиву або ж метастазу у хворих цієї групи, вони переводяться до II-ї групи, якщо можливе радикальне лікування, або ж - до IV-ї групи, якщо радикальне лікування неможливе.

IV група: хворі із запущеними злоякісними пухлинами, що вимагають тільки симптоматичного лікування.

Диференційна діагностика злоякісного і доброякісного росту.

Доброякісні пухлини характеризуються наявністю капсули, експансивним повільним ростом, відсутністю проростання в оточуючі тканини. Ці пухлини не рецидивують після радикальної операції і не дають метастазів; за гістологічною будовою вони мало відрізняються від тканин, із яких виникли. Доброякісні пухлини можуть набувати несприятливий перебіг і призвести до важких порушень в організмі, якщо при своєму рості стискають життєво важливі органи (наприклад - мозок, великі судини, бронхи, жовчні шляхи і т.д.)

Злоякісні пухлини характеризуються відсутністю капсули, швидким та інфільтративним ростом, здатністю проростання в оточуючі тканини і органи, а також метастазувати - переноситися по лімфатичним та кровоносним судинам в різні органи. Після видалення такі пухлини можуть рецидивувати - ріст пухлини на тому ж місці, де вона була до її видалення. Особливість злоякісних пухлин (на відміну від доброякісних) - це здатність впливати на загальний стан організму, включаючи

ракову інтоксикацію, яка супроводжується анемією, втратою ваги тіла, виснаженням (кахексією).

Передракові захворювання Виникненню злоякісних новоутворень можуть передувати хронічні захворювання (трофічні виразки, поліпи, нориці, хронічна кальозна виразка шлунку, анацидний гастрит, поліпи шлунково-кишкового тракту, мастопатія, папіломи, вроджені пігментні плями, ерозія шийки матки і.ін.), довготривала повторювальна травма тканин. По відношенню до хворих із перерахованими захворюваннями в лікарів повинна бути онкологічна настороженість, при підозрі на виникнення злоякісного утворення показана біопсія тканини з цього місця. Такі хворі повинні знаходитися під постійним диспансерним наглядом. Своєчасне лікування цих хворих, поєднане з хірургічною операцією, є головною профілактикою виникнення злоякісних утворень.

У хворого, у якого передбачається наявність пухлини необхідно встановити:

чи є пухлина взагалі;

- Характер пухлини - доброякісний чи злоякісний;
- Локалізація пухлини;
- Наявність або відсутність метастазів;
- Операбельність чи неоперабельність пухлини.

Для вирішення цих питань має значення детальне обстеження хворого – з'ясування умов побуту, звички, скарги, анамнез захворювання, об'єктивні данні т.ін.

Важливим є активний збір анамнезу. Велике значення має з'ясування так званого синдрому малих ознак (Савицького), або ж стану дискомфорту, тобто ознак, що свідчать про порушення функцій внутрішніх органів.

На ранніх стадіях онкологічного захворювання хворі майже ніколи не скаржаться на біль, разом з тим відмічають підвищену стомлюваність, сонливість, зниження інтересу до зовнішнього середовища, зниження працездатності. Після фізіологічних відправлень може виникнути відчуття важкості, наявність стороннього тіла. Такі скарги є основними для виникнення у лікаря онкологічної настороженості, що дозволяє йому діагностувати злоякісне новоутворення на ранній стадії.

Для онкологічного анамнезу характерним є безперервне збільшення негативних симптомів.

Анамнез захворювання частіше буває коротким. Але необхідно враховувати, що при розвитку злоякісного новоутворення на фоні хронічного запального процесу або ж доброякісної пухлини анамнез може бути багаторічним.

Важливо відмітити, що на початкових стадіях росту злоякісної пухлини клінічні ознаки відсутні. І навіть у певної кількості хворих може зберігатися здоровий вигляд і нормальна чи навіть підвищена вага тіла. Об'єктивно якщо пухлину видно, то необхідно встановити її характер, відношення до оточуючих тканин і операбельність. При місцевому дослідженні визначають розмір пухлини, форму, межу, поверхню пухлини (рівна, горбкувата), консистенцію (тверда - кісткова тканина, щільна - фіброма, м'яка-ліпома).

Розмір пухлини вимірюється в міліметрах або ж сантиметрах. Пухлина щільної консистенції, горбкувата з нерівною поверхнею, зрощена з оточуючими тканинами характеризує її злоякісність. Доброякісні пухлини характеризуються круглою формою, рухливістю, відсутністю зрощення з оточуючими тканинами. Гладенька поверхня характерна для кісти та інших доброякісних пухлин.

М'яку консистенцію мають доброякісні пухлини - ліпоми, поліпи слизових оболонок. Дерев'яниста консистенція та відсутність чітких меж пухлин підтверджує їх ракове походження.

Симптом рухливості має велике значення для визначення доброякісності пухлини. Рак та саркома часто зрощенні з прилеглими тканинами. Рухомість злоякісної пухлини в якійсь мірі тотожна її операбельності.

Пальпація при обстеженні онкологічного хворого має велике значення. Пальпація пухлини чи ділянки, де вона розміщена, дає можливість визначити її межі, консистенцію, відношення до оточуючих тканин і органів, флюктуацію та болючість. Ретельно повинні бути пропальповані всі доступні лімфовузли. Незмінений лімфовузол - невеликий, овальний, м'який, рухливий, безболісний і не відрізняється від інших (сусідніх та віддалених) лімфатичних вузлів.

Вузол, вражений метастазом - збільшений, круглий, щільний, інколи бугруватий, зрощений з оточуючими тканинами та іншими лімфатичними вузлами і не болючий.

Найбільш доступні діагностуванню дифузні та вогнищеві передпухлинні розрощення епітелію шкіри та слизової оболонки - так званий синдром плюс - тканина, що визначається оптичними приладами та візуально. Типовим прикладом цього є лейкоплакія (білі плями), розрощення епітелію слизових оболонок шкіри - папіломи, поліпи, вроджені пігментні плями.

Різні старечі дискератози також можуть бути джерелом росту пухлини.

Клінічна картина

Клінічні прояви є основними в діагностиці пухлин. Синдром патологічних виділень (кров'янисті виділення, кровотечі) часто спостерігаються при пухлинах, особливо при запущених стадіях раку. Всяка явна та прихована кровотеча зобов'язує лікаря запідозрити пухлину і провести необхідне обстеження.

Не менш важливим синдромом клінічного проявлення злоякісного процесу є синдром порушення функції. Це один із самих складних синдромів, в основі якого лежать порушення, що викликаються функціональними та анатомічними змінами органу, ураженого пухлиною.

Внутрішньорганні пухлини рано викликають симптоми непрохідності. При рості пухлини в просвіт трубчатих органів (кишки, стравоходу, гортані, бронху, жовчних шляхів т. ін.) виникають відповідні клінічні прояви їхньої непрохідності. Некроз пухлини часто призводить до прориву стінки порожнистого органу і виникнення перитоніту, плевриту чи кровотечі.

Дія злоякісних пухлин на організм залежить від місця їх виникнення, а також від отруєння організму токсичними речовинами, що утворюються в процесі росту і розпаду пухлини. Токсичні речовини пригнічують нормальні процеси обміну речовин. До цього приєднується виснаження організму в результаті голодування, недостатності травлення і абсорбції їжі. Часто виникають гарячка, гіповітаміноз, імунна депресія, прискорюється ріст пухлини.

Наслідком інтоксикації є адинамія, зниження апетиту, "пухлинна анемія", гіпопротеїнемія, дизпротеїнемія, прискорення ШОЕ, підвищення процесів згортання крові.

Ріст пухлини викликає біль, симптоми подразнення нервів за рахунок стиснення тканин.

Сучасні методи діагностики і лікування

До засобів діагностики пухлин входять: медична документація, анамнез захворювання, клінічні та лабораторні дослідження, рентгенологічне обстеження, ендоскопія, біопсія, електронна мікроскопія (недиференційовані та низько диференційовані пухлини), цитологічна діагностика, радіоізотопне і імунологічне дослідження, УЗД, комп'ютерна і ядерно-магнітно-резонансна томографія (ЯМРТ).

Рання діагностика раку - розпізнавання пухлини на стадії інтраепітеліального росту гарантує повну ліквідацію пухлинного процесу. Цьому сприяє введення ендоскопічних приборів – ФГДС, ФКС та ін. - що розширило можливості діагностики раку *in situ* і дозволило виконувати фотографування і біопсію пухлини.

Морфологічна і цитологічна діагностика включає створення мазків-відбитків, цитологію та біопсію. Радіоізотопна діагностика визначає загально-функціональні зміни органу та специфічні зміни, що властиві пухлині певної локалізації.

Хворі із злоякісними пухлинами потребують термінового лікування. Лікування доброякісних пухлин проводять в випадках, якщо вони порушують функцію органу, спричиняють косметичний дефект, вважаються передраковими захворюваннями чи підозрілими на перетворення у злоякісну пухлину.

Методами лікування злоякісних пухлин є хірургічний, променевий, хіміотерапевтичний і гормонально-терапевтичний та комбінація цих методик.

Хірургічне лікування

Основним методом лікування багатьох пухлин – є хірургічний, який в низці випадків (наприклад, при раку молочної залози, матки та ін.) поєднується з променевою чи хіміотерапією. Таке комплексне лікування називається комбінованим. Комбіноване хірургічне лікування з променевим може бути в вигляді перед - чи післяопераційного опромінення. Можливе поєднання опромінення з хіміотерапією (мієломна хвороба, лімфогранулематоз). Хірургічне лікування не показано в випадках, коли захворювання може бутивилікуваним променевим методом (рак губи).

Протипоказане хірургічне лікування злоякісних пухлин при неоперабельності процесу. При виконанні операції у онкологічного хворого обов'язковим є принцип абластики, тобто оперування в межах здорових тканин, видалення враженого органу одним блоком (*en bloc*) з регіонарними лімфатичними вузлами, з попередньою перев'язкою лімфатичних та кровоносних судин, з виключенням травмування самої пухлини - розтин пухлини, розкриття органу, враженого пухлиною.

Хірургічне лікування передбачає також використання методів антибластики: використання під час операції електроножа, лазера, УЗ, опромінення пухлини та зони регіонарного метастазування перед операцією і в післяопераційному періоді, використання регіонарної інфузії - внутрішньоартеріальне введення протипухлинних препаратів до операції та після неї.

Радикальна операція передбачає видалення всього органу (молочної залози, матки) чи значної його частини (шлунку, кишечника) і регіонарного лімфатичного апарату, разом з оточуючою його жировою і сполучною тканиною. Радикальною буде операція і тоді, коли разом з враженим пухлиною органом видаляють чи резектують орган (чи його частину), в який пухлина проросла.

Паліативні операції передбачають видалення органу чи його частини, якщо метастази пухлини залишаються. Такі операції направлені на усунення ускладнень, що викликані пухлиною без її видалення (наприклад гастростомія при раку стравоходу, міжкишечні анастомози при раку кишечника з розвитком кишкової непрохідності, трахеостомія при пухлині гортані).

При паліативних операціях усуваються основні, найбільш важкі симптоми захворювання, частіше за все - непрохідність порожнистих органів. Кріохірургічне видалення пухлин переважно використовують для видалення пухлин шкіри, порожнини рота, носа та інших органів, метастазів в печінку.

Променева терапія

Основною метою променевої терапії є повне порушення клітин шляхом дії як на основне вогнище, так і на регіонарні лімфатичні вузли. Цей вид лікування використовується досить широко: більша половина хворих підлягає променевій терапії. Лікувальна дія досягається з одного боку, більшою чутливістю клітини злоякісних пухлин, з іншого - меншою здатністю до репаративних процесів після враження їх опроміненням. Нормальна клітина вражена опроміненням, має більш високі репаративні здібності, ніж пухлинна. Клітини, які мають вищу репродуктивну активність та нижчу морфологічну ступінь диференціації є більш чутливими до опромінення.

Найбільш чутливою є лімфатична тканина, кістковий мозок, вілочкова залоза. В меншій мірі чутливі яєчники, епітелій слизових оболонок, підшкірна клітковина, епідерміс, легені, нирки, м'язова тканина, хрящі, кістки і нервова тканина. Нестаток кисню значно підвищує стійкість до променевої дії. Іонізуюче випромінення призводить до розщеплення або ж зміни структури молекули ДНК, порушенню мітохондрій, синтезу білка, пригніченню здібності клітини ділитися, порушенню ритму цього процесу.

Найбільш вразливі до опромінення - спинний мозок, нирки, печінка, кишечник. Очі не повинні підлягати опроміненню.

Успіх променевої терапії залежить від чіткості визначення оптимальної дози опромінення відповідно розміру пухлини та місця її розташування. Променеву терапію в основному комбінують з хірургічним лікуванням, використовуючи її в перед- та післяопераційних періодах. Променеву терапію можна поєднувати з хіміо-і гормонотерапією. Променева дія на пухлину та її метастази може бути досягнута за рахунок зовнішнього, внутрішньопорожнинного чи внутрішньотканинного опромінення. Зовнішнє опромінення проводиться у вигляді γ - терапії та за допомогою спеціальних сильних променевих установок, які мають заряд радіоактивних препаратів (^{60}Co , ^{137}Cs та ін.). При порожнинній променевій терапії джерело опромінення вводять в природні отвори (наприклад, в порожнину рота, порожнинну матки, сечового міхура та ін.). Для внутрішньотканинного опромінення використовують ізотопи, які вводять в вигляді голок, капсул в тканини після видалення пухлини (наприклад, при мастектомії). Ці радіоактивні речовини залишаються в тканинах на довгий час і проявляють променеву дію на залишені в тканинах клітини пухлини, їх метастази в лімфатичних вузлах.

Хіміотерапія. При найбільш розповсюджених пухлинах людини (рак легень, молочної залози, шлунку, кишечника) хіміотерапевтичні препарати значно поступаються

хірургічному і променевою лікуванню. Хіміотерапія використовується в комплексі з іншими методами лікування і не може підмінити оперативного або променевого методів лікування, а може їх тільки доповнювати. Велике значення хіміотерапія має при системних онкологічних захворюваннях - лейкозі, лімфогранулематозі. Використання тільки хіміотерапії на ранніх стадіях пухлин, коли пухлина може бути видалена хірургічно, неприпустиме.

Розрізняють наступні групи хіміопрепаратів:

Цитостатичні препарати: новембіхін, циклофосфан, тіофосфамід (Тио-ТЕФ), допан, вінбластин, вінкріситан т.ін. Ці препарати гальмують розмноження пухлинних клітин, діючи на їх мітотичну активність.

Антиметаболіти - препарати, які впливають на обмін речовин в ракових клітинах, пригнічують, наприклад, синтез пуринів (меркаптопурин) чи діють на ферментні системи (фторурацил, фторафур) або процеси перетворення фолієвої кислоти (метотрексат).

Протипухлинні антибіотики - група речовин, що продукуються грибами чи мікроорганізмами: хризомалін (актиноміцин С і Д), брунеоміцин.

Гормонотерапія. Для лікування гормонозалежних пухлин використовують гормональні препарати. Препарати чоловічих статевих гормонів - андрогени (тестостерона пропіонат, метілтестостерон) використовують при раку молочної залози. Сінестрол та діетілстільбестрол (жіночі статеві гормони) призначають при раку передміхурової залози.

До гормонотерапії пухлин відносяться також втручання на ендокринних залозах з лікувальною метою, наприклад хірургічна чи променева стерилізація жінок при раку молочної залози або видалення яєчок (кастрація) у чоловіків при раку передміхурової залози

Профілактика пухлин

За профілактикою раку профілактичні заходи поділяються на три категорії.

Особиста профілактика. Самоспостереження має велике значення. Людина повинна слідкувати за собою, звертаючи увагу, на небезпечні ознаки раку:

- 1) Повторні кровотечі, патологічні виділення (наприклад, білі у жінок);
- 2) Вузлики чи ущільнення в молочній залозі або в якомусь іншому органі;
- 3) Рани які не загоюються;
- 4) Подовжений розлад функції кишечника, сечового міхура;
- 5) Подовжені охриплість голосу, кашель;
- 6) Зміни бородавок і природних плям.

Необхідно, щоб населення набуло необхідних медико-біологічних відомостей, які б спонукали до необхідності вести правильний образ життя (не переїдати, не зловживати алкоголем, не курити, не вживати ліки без призначення лікаря).

Лікарська профілактика. Лікар повинен роз'яснювати профілактичні заходи через органи санітарної просвіти, шляхом особистого контакту з населенням або ж із залученням засобів інформації (преси, радіо, телебачення). Важливим є контроль за групами хворих з підвищеним ризиком до розвитку пухлин, які мають карциному *in situ*, пренеоплазії і вроджену схильність (спадковість) до раку. Пропагувати необхідність проведення профілактичних досліджень особливо в профілактиці та

ранньому встановленню раку щитовидної залози, матки, молочної залози, шкіри, передміхурової залози, шлунку та кишечника

Загальна профілактика. Мова йде про виключення відомих і передбачуваних канцерогенів (промислових речовин) із атмосфери (щільні дими, сажа, газы, порох, пари), води, повітря, а також із продуктів харчування та напоїв. Професійна профілактика і захист від променевої дії повинні бути оптимальними. Необхідна ретельна перевірка всіх медикаментів у відношенні їх можливої канцерогенної дії.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

6.1 Тестові завдання

1. Чому відповідає злаякісна пухлина шлунку, що не виходить за межі слизової оболонки і не має метастазів в регіонарних та віддалених лімфовузлах:
 - A. T2N1M1P1
 - B. T2 NM0P1
 - C. T1N0M0
 - D. T2N0MP3
 - E. T1N2M1P2
2. Із якої тканини виникає лейоміома?
 - A. Сполучної тканини
 - B. Гладенької м'язової тканини
 - C. Епітеліальної тканини
 - D. Жирової тканини
 - E. Судинної тканини
3. Із якої тканини виникає тератома?
 - A. М'язової
 - B. Кісткової
 - C. Лімфоїдної
 - D. Епітеліальної
 - E. Гоноцити
4. Із якої тканини виникає ліпома?
 - A. Епітеліальної тканини
 - B. М'язової тканини
 - C. Жирової тканини
 - D. Нервової тканини
 - E. Сполучної тканини
5. До якого методу діагностики відноситься гастроскопія?
 - A. Радіоізотопному методу
 - B. Цитологічного методу
 - C. Ендоскопія
 - D. Біопсія
 - E. Дуоденоскопія

6. *Який із існуючих методів лікування пухлин відноситься до симптоматичного?*
- Знеболення
 - Протизапальне лікування
 - Променева терапія
 - Оперативне
 - Гормонотерапія
7. *У хворого з кровотечею із пухлини шлунку, знайдено в лівій надключичній ділянці „Вірховський метастаз”. Яке показано лікування?*
- Видалення „Вірховського лімфовузла”
 - Паліативна операція
 - Секторальна резекція шлунку
 - Променева терапія
 - Радикальна операція
8. *Хворому 64-роки встановлено діагноз: рак нижньої третини стравоходу ІУ ст. Через стравохід проходить тільки вода. Яку допомогу необхідно надати хворому?*
- Езофагектомія
 - Накласти гастроентероанастомоз
 - Сформувати гастростому
 - Проводити бужування стравоходу
 - Проводити парантеральне харчування
9. *У хворого під час операції знайдена пухлина, яка проростає всі шари стінки шлунку, знайдені метастази в регіонарні лімфовузли. Віддалені метастази не знайдено. Пухлина рухлива. Яка стадія процесу?*
- III
 - IV
 - II
 - рак in situ
 - I
10. *Злоякісній пухлині характерним є:*
- Виражена болючість при пальпації
 - Наявність капсули
 - М'яка при пальпації
 - Метастазування в лімфовузли
 - Виражений запальний процес
11. *Хворий госпіталізований з діагнозом: кишкова непрохідність. Відмічає схуднення на 12кг за останній місяць., слабкість, наявність в калі слизу і крові. Яка найбільш вірогідна причина непрохідності?*
- Злукова хвороба
 - Глистна інвазія
 - Виразковий коліт
 - Копростаз
 - Пухлина кишечника
12. *Яке з перелічених утворень буде найбільш щільним на рентгенограмі?*
- Міома
 - Кіста

- C. Одонтома
- D. Фіброма
- E. Остеома

13. В залежності від гістологічної будови внутрішньокісткові фіброми не бувають:

- A. Осифікуючими
- B. Лімфогенними
- C. Петрифікуючими
- D. Міксоматозними
- E. Нейрофібромами

14. Що нагадує на рентгенограмі фіброма?

- A. Міому
- B. Злоякісну пухлину
- C. Хронічний остеомієліт
- D. Ліпому
- E. Кісту

15. У якій злоякісній пухлині найбільш агресивний характер росту?

- A. Скірр
- B. Високодиференційованої
- C. Середньодиференційованої
- D. Солідний рак
- E. Низькодиференційованої

16. Із якої тканини походить міксом?

- A. Сполучної
- B. Судинної
- C. Слизової
- D. М'язової
- E. Епітеліальної

17. В якому віці найчастіше зустрічається саркома Юїнга?

- A. У дорослих
- B. У людей похилого віку
- C. У дітей підліткового віку
- D. У дітей раннього грудного віку
- E. У новонароджених

18. Рак. Якого генезу ця пухлина?

- A. Епітеліального
- B. Із сполучної тканини
- C. Судинного походження
- D. Із нервової тканини
- E. М'язового походження

19. Абластика це?

- A. Хірургічне видалення тільки пухлини
- B. Операція – видалення тільки первинної пухлини з наступною хіміотерапією
- C. Операція, заснована на видаленні пухлини за допомогою лазера
- D. Операція яка включає в себе видалення злоякісної пухлини кріохірургічним методом

- Е. Профілактика рецидиву і метастазування пухлини, яка включає в себе видалення пухлини одним блоком з лімфовузлами в межах здорових тканин

20. Ознаками переродження невуса в злоякісну пухлину не являється:

- А. Покриття його виразками
- В. Значне збільшення його в розмірі
- С. Збільшення регіонарних лімфовузлів
- Д. Ріст волосся на невусі
- Е. Зміна ступеню пігментації

21. Меланома це:

- А. Пухлиноподібне утворення шкіри
- В. Вроджена вада розвитку шкіри
- С. Злоякісна пухлина
- Д. Доброякісна пухлина
- Е. Пухлина із лімфоїдної тканини

22. Лікування меланоми шкіри:

- А. Комбіноване (спочатку променеве, а потім хірургічне)
- В. Консервативне
- С. Хіміотерапія
- Д. Хірургічне
- Е. Гормонотерапія

23. На скільки сантиметрів від краю меланоми необхідно відступити при її видаленні?

- А. Відступити на 0,5 см від краю пухлини
- В. Відступити на 1 см від краю пухлини
- С. Відступити на 3 см від краю пухлини
- Д. Відступити на 2 см від краю пухлини
- Е. По краю пухлини

24. Синоніми рака:

- А. Амелобластома
- В. Саркома
- С. Лімфома
- Д. Циліндрома
- Е. Карцинома

25. У хворого рак нижньої губи T2N0M0, яка це стадія?

- А. III
- В. IV
- С. in situ
- Д. I
- Е. II

26. По будові гемангіоми бувають:

- А. Капілярні, гілчасті, кистозні
- В. Плоскі, капілярні
- С. Капілярні, кистозні, кавернозні
- Д. Капілярні, гілчасті, кавернозні, змішані
- Е. Гілчасті, гроноподібні

27. Для склерозуючого лікування гемангіом, що знаходяться в глибині м'яких тканини використовується?

- A. 20% розчин глюкози
- B. Новокаїн
- C. Преднізолон
- D. 40% етиловий спирт
- E. Рідкий азот

28. Які існують методи лікування гемангіом м'яких тканин?

- A. Склерозуючий метод, електрокоаляція
- B. Кріодеструкція, електрокоагуляція, склерозуюча терапія, хірургічний метод
- C. Електрокоаляція, склерозуюча терапія, хірургічний і комбінований метод
- D. Кріодеструкція, променева і склерозуюча терапія, хірургічний і комбінований метод
- E. Кріодеструкція, електрокоагуляція, променева і склерозуюча терапія, хірургічний і комбінований метод

29. Лімфангіоми за будовою бувають:

- A. Капілярна, гронувидна, кавернозна, змішана
- B. Капілярна, гілчаста, кистозна
- C. Гілчаста, гроноподібна
- D. Капілярна, кистозна, кавернозна, печериста
- E. Проста, кистозна, кавернозна

30. Які межі характерні для лімфангіоми?

- A. Капсула відсутня
- B. Має тонку капсулу
- C. Має чіткі межі
- D. Має відносно чіткі межі
- E. Має грубу капсулу

31. Як називаються пухлини, які розвиваються із оболонки периферійних нервів?

- A. Гангліоневроми
- B. Невріноми
- C. Хемодектоми
- D. Невріноми і нейрофіброми
- E. Нейрофіброми

32. Як називаються невrogenні пухлини, що розвиваються із парангліонарних структур?

- A. Гангліоневроми
- B. Невріноми
- C. Невріноми і нейрофібром
- D. Хемодектоми
- E. Нейрофіброми

33. Нейрофіброматоз це:

- A. Наявність численних ліпом
- B. Наявність численних неврином, гангліоневром
- C. Наявність численних лімфангіом і ліпом
- D. Наявність численних нейрофібром
- E. Наявність численних фібром

34. Рабдоміома – це доброякісна пухлина, яка складається із клітин?

- A. Посмугованої мускулатури і жирової тканини

- В. Посмугованої мускулатури і сполучної тканини
- С. Посмугованої мускулатури
- Д. Сполучної і нервової тканини
- Е. Гладеньком'язевої мускулатури

35. Що не характерно для злоякісних пухлин?

- А. Інтотоксикація
- В. Експансивний ріст
- С. Схильність до рецидивування
- Д. Наявність капсули
- Е. Метастазування в лімфовузлі і органи

36. Лейоміома – це доброякісна пухлина яка складається із тканини:

- А. Лімфоїдної тканини
- В. Посмугованої мускулатури
- С. Посмугованої мускулатури і сполучної тканини
- Д. Гладеньком'язевої тканини
- Е. Жирової тканини

37. Що відноситься до найбільш безпечних засобів попередження малігнізації виразки шлунку?

- А. Санаторно-курортне лікування
- В. Призначення противиразкових препаратів
- С. Тривала і постійна дієтотерапія
- Д. Призначення соляної кислоти
- Е. Своєчасне оперативне втручання

38. Метастаз Шніцлера це:

- А. Метастаз в надключичний лімфовузол
- В. Метастаз в 12 -палу кишку
- С. Метастаз в яєчник
- Д. Метастаз в пупок
- Е. Метастаз в косу (селезінку)

39. Симптомами раку шлунку можуть бути:

- А. Біль під грудьми та нудота
- В. Стійкий закріп
- С. Печія
- Д. Порушення сечевипорожнення
- Е. Нестійкі випорожнення

40. В клініку надходить хворий з діагнозом: пухлина печінки. Яке дослідження буде найбільш інформативним для підтвердження діагнозу?

- А. Колоноскопія
- В. Лапароцентез
- С. Оглядова ренгенгоскопія органів живота
- Д. КТ черевної порожнини
- Е. УЗД печінки

41. Хворий 60 років, оперований з приводу пухлини печінкового кута ободової кишки. Яке дослідження допоможе підтвердити характер пухлини?

- А. Колоноскопія
- В. Рентгеноскопія органів черевної порожнини
- С. Гістологічне дослідження пухлини

D. Ректороманоскопія

E. УЗД – печінки

42. При ревізії органів черевної порожнини встановлено діагноз: кишкова непрохідність пухлинного генезу. Знайдено метастази у віддалені лімфовузли та печінку. Яке оперативне лікування показано?

A. Паліативна операція

B. Радикальна операція

C. Дієта

D. Хіміотерапія

E. Променева терапія

43. При обстеженні хворого діагностовано: пухлина сігмоподібної кишки. Що буде найбільш інформативним для підтвердження діагнозу після операції:

A. Ректороманоскопія

B. Гістологічне обстеження видаленої пухлини

C. Аналіз крові та сечі

D. Біохімічні дослідження крові

E. Рентгеноскопія органів грудної клітки

44. У хворій 48 років знайдено пухлину молочної залози та збільшені пахвові лімфовузли. Яке обстеження в першу чергу необхідно провести?

A. Біопсію пухлини

B. Бронхоскопію

C. УЗД молочної залози

D. Маммографію

E. Аналіз крові

45. В поліклініці при огляді хворій знайдено пухлину молочної залози. Яке дослідження допоможе в постановці остаточного діагнозу:

A. Рентгенографія органів грудної клітини

B. Мамографія

C. Пункційна біопсія пухлини

D. Консультація онколога

E. УЗД дослідження молочної залози

46. Хворий госпіталізований з діагнозом кишкова непрохідність. Відмічає схуднення, слабкість, періодично кров в калі. Яка найбільш вірогідна причина непрохідності?

A. Неспецифічний виразковий коліт

B. Пухлина товстої кишки

C. Копростаз

D. Глистна інвазія

E. Злукова хвороба

47. В поліклініку звернулась хвора 29 років з великою кількістю виразок в ділянці соска лівої молочної залози. В лівій пахвовій ділянці визначається лімфовузол діаметром до 1, 5см, щільної консистенції. Хворіє протягом 3-х місяців. Яке захворювання необхідно виключити в першу чергу:

A. Алергічний дерматит

B. Гострий мастит

C. Рак молочної залози

D. Хронічний мастит

Е. Екзема соска

48. Хворий 64 роки, скаржиться на біль в правій здухвинній ділянці, втрату ваги на 20 кг за 6 місяців, стійкий закріп, відсутність апетиту. Реакція Грегерсена позитивна. Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Апендикулярний інфільтрат
- В. Заочеревинна пухлина
- С. Пухлина сліпої кишки
- Д. Пухлина прямої кишки
- Е. Копростаз

49. У хворого на місці пігментного невуса виникла виразка з темно-коричневим дном. Регіонарні лімфовузли збільшені в розмірі. Який діагноз у хворого?

- А. Меланома
- В. Невус
- С. Базаліома
- Д. Фіброма
- Е. Туберкульозна виразка

50. Хто є основоположником теорії подразнення у виникненні злоякісних пухлин?

- А. Ерліх
- В. Конгейм
- С. Зільбер
- Д. Кохер
- Е. Вірхов

51. Для злоякісної пухлини характерно все крім:

- А. Метастазування в лімфовузли і органи
- В. Експансивний ріст
- С. Наявність капсули
- Д. Схильність до рецидиву
- Е. Інфільтруючий ріст

52. При гастроскопії стравоходу можна встановити все, крім:

- А. Раку
- В. Дивертикулу
- С. Стану регіонарних лімфовузлів
- Д. Поліпу
- Е. Пухлини

53. Абсолютним показником для видалення доброякісної пухлини буде все, крім:

- А. Прискорений ріст пухлини
- В. Наявність стиснення пухлиною органа, що порушує його функцію
- С. Тривале існування пухлини
- Д. Постійне травмування пухлин
- Е. Підозра на переродження пухлини в злоякісну

54. При операції у хворого знайдено пухлину, яка проростає всі шари стінки шлунку, виявлені регіональні метастази, віддалених метастазів не виявлено. Пухлина рухлива. Яка стадія процесу?

- А. I
- В. Злоякісність пухлини сумнівна
- С. II

D. IV

E. III

55. В поняття „абластика” входить все, окрім:

- A. Видалення пухлини в межах здорових тканин
- B. Попередня перев'язка кровоносних та лімфатичних судин
- C. Запобігання травмування пухлини під час операції
- D. Розкриття органу враженого пухлиною
- E. Використання електроножа під час операції

56. Методики, які уточнюють діагноз злоякісної пухлини, окрім:

- A. Біопсія пухлини
- B. Загальний аналіз крові
- C. Цитологічна діагностика
- D. Ендоскопічне дослідження
- E. УЗД

57. Методики, які уточнюють діагноз злоякісної пухлини, окрім:

- A. Рентгенографія
- B. Загальний аналіз сечі
- C. Комп'ютерна томографія
- D. Радіоізотопне дослідження
- E. МРТ

58. Вражений метастазом пухлини лімфовузол характеризується:

- A. Щільним зрощенням з оточуючими тканинами
- B. Збільшенням
- C. Ущільненням
- D. Відсутністю болючості
- E. Овальністю і м'якістю

59. До доброякісних пухлин із сполучної тканини не відноситься:

- A. Хондрома
- B. Папілома
- C. Остеома
- D. Ліпома
- E. Фіброма

60. До злоякісних пухлин із сполучної тканини не відноситься:

- A. Остеосаркома
- B. Ангіосаркома
- C. Міксома
- D. Лімфосаркома
- E. Міосаркома

6.2 Ситуаційні задачі

1. В клініку поступив хворий з діагнозом: пухлина черевної порожнини. Із анамнезу відомо, що протягом останнього року турбує закріп, а в останні 3-4 місяці при акті випорожнення став помічати в калі домішок крові і слизу. Погіршилось самопочуття, зменшився апетит, втратив вагу тіла на 4 кг. При обстеженні хірургом в поліклініці було знайдено ущільнення в лівій мезогастральній ділянці, дещо болюче, рухливе. Які додаткові відомості із анамнезу можуть мати суттєве значення для постановки діагнозу?

- A. Які захворювання органів черевної порожнини відмічалися раніше
- B. Чи були онкохворі в родині
- C. Чи мало місце підвищення температури протягом останніх 3-4 місяців
- D. Чи мало місце, що закріп змінювався послабленням випорожнень
- E. Чи мало місце порушення сечовипускання
2. *В клініку поступив хворий з діагнозом: пухлина черевної порожнини. Із анамнезу відомо, що протягом останнього року турбує закріп, а в останні 3-4 місяці при акті випорожнення став замічати в калі домішки крові і слизу. Погіршилось самопочуття, зменшився апетит, втратив вагу тіла на 4 кг. При обстеженні хірургом в поліклініці було знайдено ущільнення в лівій мезогастральній ділянці, дещо болюче, рухливе. Яке дослідження буде найбільш інформативним для постановки діагнозу?*
- A. УЗД печінки
- B. Загальний аналіз крові
- C. Біохімічні дослідження крові
- D. Пальцеве ректальне дослідження
- E. Фіброколоноскопія
3. *Хворий, 60 років, оперований з приводу раку печінкового кута ободової кишки. При ревізії органів черевної порожнини знайдено: пухлина розміром 12 см, проростає всі шари стінки кишки з інфільтрацією в заочеревинний простір, наявність метастазів в печінці. Клініка часткової кишкової непрохідності. Визначить діагноз процесу за міжнародною класифікацією.*
- A. T4 N3 M1 P4
- B. T2 N2 M0 P3
- C. T4 N1 M1 P2
- D. T3 N3 M0 P4
- E. T3 N2 M1 P2
4. *Хворий, 60 років, оперований з приводу раку печінкового кута ободової кишки. При ревізії органів черевної порожнини знайдено: пухлина розміром 12 см, проростає всі шари стінки кишки з інфільтрацією в заочеревинний простір, наявність метастазів в печінці. Клініка часткової кишкової непрохідності. Яке лікування показано хворому?*
- A. Гормонотерапія
- B. Хіміотерапія
- C. Променева терапія
- D. Паліативна операція
- E. Хіміотерапія + променева терапія
5. *Хворий, 60 років, оперований з приводу раку печінкового кута ободової кишки. При ревізії органів черевної порожнини знайдено: пухлина розміром 12 см, проростає всі шари стінки кишки з інфільтрацією в заочеревинний простір, наявність метастазів в печінці. Клініка часткової кишкової непрохідності. Яка стадія процесу у хворого?*
- A. I a
- B. I б
- C. III
- D. IV
- E. II

6. При ревізії органів черевної порожнини під час операції знайдено, що в висхідному відділі ободової кишки має місце пухлина розміром 5 x 6 см, яка циркулярно звужує просвіт кишки, проростає всі шари її стінки, лімфатичні вузли по ходу судин розміром 0,5 см, м'які, віддалені метастази не знайдені. Ваш інтраопераційний діагноз?
- T3 N2 M0 P4
 - T3 N3 M P3
 - T2 N1 M1 P3
 - T3 N2 M1 P4
 - T3 N1 M0 P4
7. При ревізії органів черевної порожнини під час операції знайдено, що в вихідному відділі ободової кишки має місце пухлина розміром 5 x 6 см, яка циркулярно звужує просвіт кишки, проростає шара її стінки, лімфатичні вузли по ходу судин розміром 0,5 см, м'які, віддалені метастази не знайдені. Яке лікування показано хворому?
- Паліативна операція + променева терапія
 - Хіміотерапія
 - Радикальна операція + хіміотерапія
 - Паліативна операція
 - Променева терапія
8. На амбулаторному прийомі лікар оглянув хвору 48 років. У хворої є виписка з наступним заключенням: «при ректороманоскопії на відстані 30 см від ануса знайдено пухлину і проведена біопсія останньої. При гістологічному дослідженні встановлено тип пухлини – аденокарцинома». Якому обстеженню підлягає хвора перед операцією, окрім:
- УЗД черевної порожнини
 - Аналіз крові на ТТГ та тиреотропний гормон
 - Загальний аналіз крові і сечі
 - Біохімічні дослідження крові
 - Зібрати повний анамнез захворювання
9. В порядку швидкої допомоги в стаціонар поступив хворий 66 років із скаргами на переймистий біль по всьому животу, більше зліва, відсутність випорожнень протягом 3-4 діб, погане відходження газів. Температура тіла 37,6°. Протягом останніх 3-х місяців наявний знижений апетит, схуд на 5 кг. Випорожнення змінного характеру – закріп змінюється послабленням, інколи при акті випорожнень відмічається кров і слиз. Ваш діагноз?
- Коліт
 - Перитоніт
 - Обтураційна товстокишкова непрохідність
 - Копростаз
 - Апендикулярний інфільтрат
10. Хвора 60 років скаржиться на „мокнуття” в ділянці соска лівої залози, деформацію в ділянці соска. Рік тому помітила «корочку» в ділянці соска лівої молочної залози. Стан хворої задовільний, тони серця ясні, ритм правильний. АТ 140/70 мм рт. ст. , в легенях везикулярне дихання. Живіт м'який, печінка не збільшена. В ділянці соска лівої молочної залози ділянки тріщини і мокнуча поверхня. Сосок лівої молочної залози згладжений,

патологічне утворення в молочній залозі не визначається, регіонарні лімфовузли не збільшені. Які обстеження необхідно зробити для уточнення діагнозу?

- A. Цитологічне дослідження
- B. Мамографію
- C. УЗД молочної залози
- D. Рентгенографію органів грудної клітини
- E. УЗД-печінки

7. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

7.1 Основна:

1. Загальна хірургія . Підручник для мед.ВНЗ IV р.а. Хіміч С.Д., Желіба М.Д., Герич І.Д. та ін. – К., 2018.
2. Березницький Я.С. (редактор) - Загальна хірургія. - Національний підручник. – 2018р.
3. Каніковський О.Є., Дронов О.І., Польовий В.П. та ін. Загальна хірургія з клінічною психологією: підруч. для студентів вищ. мед. навч. закл. III-IV рівня акредитації. - Вінниця: Рогальська І. О., 2015. - 589 с.
4. Іоффе О.Ю., Крижановський Я.Й., Буренко Г.В. та ін. Загальна хірургія (практичні навички).- К.: Сталь, 2014.- 308 с.
5. Schwartz's, F. Charles Brunicaardi, Dana K. Andersen, Timothy R. Billiar, David L. Dunn, John G. Hunter, Jeffrey V. Matthews, Raphael E. Pollock Principles of surgery Tenth Edition, 2015 року видання

7.2 Додаткова:

1. Березницький Я.С., Захараш М.П., Мішалов В.Г. Хірургія (Том1).- Дніпропетровськ: РВА Дніпро-VAL, 2007.- 445 с.
2. Борота А.В., Гюльмамедов Ф.И., Василенко Л. И. и др. Общая хирургия. - Донецк: Донбасс, 2013. - 295 с.
3. Пантьо В.І., Шимон В.М., Болдіжар О.О. Загальна хірургія. - Ужгород: ІВА, 2010. - 462 с.
4. Нехаев А.Н., Рычагов Г.П. Практические навыки в общей хирургии. - Минск: Вышэйшая школа, 2012. - 524.
5. Зубарев П.Н., Кочеткова А.В. Общая хирургия.- М.: Спецлит, 2011.- 608 с.
6. Петров С.В. Общая хирургия, 4-издание.- СПб.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.- 832с.
7. Michael W. Mulholland, Keith D.Lillemoie, Gerard M.Doherty, Gilbert R.Upchurch, Jr., Hasan Alan, Timothy M.Pawlik Greenfield's Surgery Scientific Principles & Practice Sixth Edition. -2017 Wolters Kluwer