

616 - 006

К 493

# КЛИНИЧЕСКАЯ ОНКОЛОГИЯ

**ПРАКТИКУМ**

616-00  
К 493  
А. И. ГНАТЫШАК, Б. Т. БИЛЫНСКИЙ, В. Р. САВРАН,  
Б. П. СТЕРНЮК, Д. Н. ШИЯН

# КЛИНИЧЕСКАЯ ОНКОЛОГИЯ

*Практикум*

*Допущено Главным управлением учебных заведений  
Министерства здравоохранения СССР  
в качестве учебного пособия  
для студентов медицинских институтов*



Л Ь В О В

ИЗДАТЕЛЬСТВО ПРИ ЛЬВОВСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ УНИВЕРСИТЕТЕ  
ИЗДАТЕЛЬСКОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ «ВИЩА ШКОЛА»

1980



ББК 55.6

617.3

К49

УДК 616.006 (071)

Гнатышак А. И., Билынский Б. Т., Савран В. Р., Стернюк Б. П., Шиян Д. Н. Клиническая онкология. Практикум. — Львов: Вища школа. Изд-во при Львов. ун-те, 1980. — 184 с.

Изложена методика клинических занятий по онкологии со студентами 4—6 курсов лечебных факультетов медицинских институтов. Приведены методические схемы занятий по локализациям опухолей кожи, челюстно-лицевой области, шеи, молочной железы, пищевода, желудка, толстой кишки и т. п. Приложены анкеты для проверки знания студентами нормы и патологии указанных локализаций, а также домашние задания и учебные истории болезни.

Для студентов лечебных факультетов медицинских институтов. Может быть использован преподавателями кафедр онкологии медицинских институтов, институтов и факультетов усовершенствования врачей, врачами-курсантами, специалистами-онкологами.

Ил. 10. Список лит.: 55 назв.

#### Рецензенты

доктор медицинских наук, профессор Ю. В. Фалелеев,  
доктор медицинских наук, профессор Г. А. Ивашкевич

#### Под редакцией

доктора медицинских наук, профессора А. И. Гнатышака

Редакция научно-технической и природоведческой литературы

К  $\frac{51300-093}{M225(04)-80}$

БЗ-17-20-80 4116000000

©Издательское объединение  
«Вища школа», 1980

## ОТ АВТОРОВ

ЦК КПСС и Совет Министров СССР в постановлении «О дальнейшем развитии высшей школы и повышении качества подготовки специалистов» наметили пути улучшения идейно-теоретической и профессиональной подготовки выпускников вузов. В этом документе указывается на необходимость максимального внедрения в преподавание новейших достижений науки и техники, повышения знаний общенаучных дисциплин и идейной закалки будущих специалистов. Все это имеет прямое отношение и к воспитанию врачебных кадров, к которым повышаются требования в области специальных знаний, общих нравственных принципов и врачебной деонтологии.

Предлагаемое пособие по клинической онкологии предназначено для студентов 4—6 курсов, его тематика соответствует межкафедральной программе по этой дисциплине. При составлении практикума использованы опыт преподавания онкологии во Львовском медицинском институте и имеющиеся по данной теме пособия и методические разработки других институтов. Учтены также материалы симпозиума по преподаванию онкологии, состоявшегося в 1979 г. в Ташкенте по программе III Всесоюзного съезда онкологов. Симпозиум показал, что в преподавании онкологии на лечебных факультетах медицинских институтов имеются определенные различия как в количестве часов, выделенных для преподавания на 4—5 курсах, так и в самой программе и методике преподавания. Поэтому мы рассматриваем настоящий практикум как первую попытку дать обобщенные методические установки для практических занятий со студентами.

Основная методическая цель пособия — привить студенту навыки самостоятельной работы, научить его клинически мыслить. На всех этапах проведения практических занятий необходимо нацеливать студента на решение основных клинических задач современной онкологии — профилактику и раннюю диагностику злокачественных новообразований, обеспечивающих эффективность работы онкологической службы в целом. Одновременно нельзя упрощать и суживать рамки современной онкологии как науки и практики. В настоящее время невозможно преподавание этой дисциплины без использования достижений морфологии, иммунологии, эндокринологии, а также биохимии



и физики. Вопросы загрязнения внешней среды канцерогенными веществами, охраны биосферы, гигиены питания, борьбы с курением и злоупотреблением крепкими напитками следует решать также с деонтологических позиций.

Практические занятия должны убедить студента в возможности профилактики и ранней диагностики большинства злокачественных опухолей различной локализации, особенно теперь, когда понятие визуального рака расширилось в связи с применением фиброоптики.

В основу предлагаемого практикума положен принцип самостоятельной работы студента над книгой и приобретения клинических навыков у постели больного при постоянном контроле и руководстве преподавателя. Материал каждой темы сопровождается методическими схемами, а также, за исключением опухолей редких локализаций, анкетой проверки исходного уровня знаний, домашним заданием, учебной историей болезни, позволяющими индивидуализировать задачи, которые стоят перед студентом.

Стандартные учебные истории болезни должны внести определенную последовательность в процесс сбора анамнеза и записи основных данных органопатологии, однако они не заменяют обязательного полного обследования больного.

Домашние задания дают возможность индивидуализировать клинические задачи. Для выполнения этих заданий студенту необходимо обратиться к учебникам и изучить материал по разбираемой теме. С помощью анкеты по проверке исходного уровня знаний выясняется степень усвоения студентом материала предыдущих курсов.

В тексты методических схем мы не стремились внести конкретную информацию о состоянии отдельных проблем, чтобы не превратить практикум в неполноценный микросправочник; наша задача — наметить основные направления работы студента и преподавателя, способствующие максимальному усвоению материала. По каждой теме определена конкретная цель занятия. Так, едва ли нужно ставить цель научить студента распознавать в ранней стадии рак поджелудочной железы, но распознавание рака кожи или шейки матки в стадии предрака и интраэпителиального рака — вполне реально. Точно так же нереальной будет целевая установка излечить средствами гормоно- или химиотерапии всех больных раком молочной железы, но определение

некоторых критериев гормоно- или химиочувствительности в настоящее время уже возможно. При этом нужно избегать детализации отдельных вопросов и акцентировать внимание студентов на основном материале. Например, студент должен знать, что рак желудка излечим только хирургическим методом, а рак шейки матки — и лучевым.

Авторы с благодарностью примут критические замечания и рекомендации, направленные на улучшение данного пособия.



## Тема 1: ОРГАНИЗАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Главная цель занятия — дать понятие о структуре онкологической сети в СССР и ее основных задачах.

При изучении данной темы студент должен ознакомиться с постановлениями партии и правительства СССР об улучшении онкологической помощи населению страны, в частности с постановлением СНК СССР от 30.04.1945 г. «О мерах по улучшению онкологической помощи населению» и особенно с постановлением Совета Министров СССР № 225 от 07.04.1976 г. «О мерах по дальнейшему улучшению онкологической помощи населению». Данными постановлениями в СССР создана строгая система онкологической службы, которая является самой передовой в мире; предусматривается дальнейшее развитие сети онкологических учреждений, в частности крупных онкодиспансеров, развитие научных исследований в области онкологии.

Изучаются также изданные на основе этих постановлений приказы Минздрава СССР, определяющие развитие онкологической помощи в республиках, областях, районах на X пятилетку.

Приказами предусмотрено создание крупных онкологических диспансеров на 450 коек каждый, обеспеченных современной диагностической и лечебной аппаратурой, квалифицированными кадрами. Большое значение придается проведению массовых профилактических осмотров на выявление опухолевых и предопухолевых заболеваний с использованием цитологических, эндоскопических методов и флюорографии. Дальнейшее совершенствование получили вопросы диспансерного обслуживания больных опухолевыми и предопухолевыми заболеваниями. В приказе указывается на необходимость повышения онкологических знаний у врачей общей лечебной сети, что важно для своевременной диагностики злокачественных заболеваний в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Обращается внимание на важность ранней диагностики злокачественных заболеваний, особенно у больных с «визуальными локализациями» рака (кожи, полости рта, нижней губы, щитовидной железы, шейки матки, молочной железы и прямой кишки). Третью стадию при данных локализациях следует считать «запущенной» и составлять протокол «на выявление у больных опухоли в поздней стадии» (ф. 248). Для обеспечения ранней диагностики предусмотрено развитие цитологической и эндоскопической служб в лечебно-профилактических учреждениях. Утверждены положения об онкологическом диспансере, оргметодкабинете диспансера, об онкологическом кабинете поликлиники и районном онкологе, о смотровом кабинете поликлиники.

Студентам объясняют задачи онкологического диспансера, которые предусмотрены приказом: обеспечение квалифицированной специализированной онкологической помощью населения,

учет и анализ заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований, анализ причин поздней диагностики злокачественных новообразований, контроль за проведением профилактических осмотров, организация санпросветработы и т. д.

Рассматривается роль онкологического кабинета поликлиники в организации противораковых мероприятий, проводимых общелечебной сетью (учет и диспансерное наблюдение за онкологическими больными, организация профилактических осмотров, конференций по разбору причин позднего выявления рака, санпросветработы).

Изучается ряд приказов Министерства здравоохранения СССР, направленных на улучшение отдельных звеньев онкологической службы, в частности о флюорографическом обслуживании населения с профилактической целью, которым предусмотрена организация при поликлиниках флюорографических кабинетов с целью обеспечения флюорографическим обследованием всех больных, обращающихся в поликлинику. Для обследования других контингентов (учащихся, студентов вузов, а также неработающих) организуются передвижные флюорографические кабинеты. Больные, выявленные при флюорографическом обследовании, направляются в специализированное (онкологическое) учреждение для дообследования и уточнения диагноза и лечения. Отдельными приказами МЗО СССР предусмотрены мероприятия по улучшению цитологической диагностики злокачественных новообразований, в частности организация централизованных цитологических лабораторий, проведение массовых флюорографических обследований женщин с целью раннего выявления рака молочной железы.

Анализируется заболеваемость злокачественными новообразованиями в СССР, республике и районе расположения кафедры онкологии. При этом подчеркивается роль учета онкологических заболеваний в качественном анализе заболеваемости и смертности от них, в том числе учета с помощью ЭВМ. В поликлинике облонкодиспансера студенты во время приема больных заполняют необходимые первичные учетные документы, что является методической основой при изучении данного вопроса. Студент должен знать, как составляется извещение о больном с впервые установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования (ф. У-281-б). Извещение подписывают все врачи общей и специальной сети лечебно-профилактических учреждений, в которых у больного впервые установлен диагноз злокачественного новообразования. Оно заполняется на больных, выявленных при обращении в поликлинику, профилактических осмотрах, обследовании в стационаре или другом установлении диагноза (на операции, при вскрытии и т. д.). На лиц с заболеваниями, подозрительными на злокачественные, или с предопухолевыми заболеваниями извещение не составляется. Извещение в трехдневный срок после его со-



ставления должно быть выслано в онкологическое учреждение, обслуживающее население данной территории. Извещение используется для организации обследования и лечения выявленных больных, следовательно, с одной стороны, — это оперативный документ, а с другой — учет данных извещений служит материалом для анализа заболеваемости злокачественными опухолями. Поэтому важно подчеркнуть, что правильное заполнение его имеет исключительное значение, особенно в случае машинной обработки.

Кроме того, в поликлинике студенты заполняют на каждого больного злокачественным новообразованием контрольную карту диспансерного наблюдения (ф. У-30-6). При этом подчеркивается, что контрольная карта является основным оперативным документом для текущего контроля за состоянием больных. Студенты должны знать, что источниками для заполнения ф. 30 являются: извещение (ф. У-281-6), выписка из истории болезни (в. 27-онко), индивидуальная карта амбулаторного больного (ф. 5). Студенты вносят в ф. 30 все необходимые данные, точные сведения о диагнозе, методах его установления, сведения о лечении, судьбе больных на конец года. Особенно важное значение имеет установление стадии и клинической группы. Обращают внимание на необходимость классификации стадий по системе TNM:

T (турмор) — первичная опухоль. В зависимости от ее размеров и отношения к окружающим тканям T имеет значения T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub>, T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub>, устанавливаемые при визуальном осмотре или при специальных исследованиях.

Для характеристики степени инвазии опухолью стенки органа при опухолях желудочно-кишечного тракта служит символ P (устанавливается при гистологическом исследовании): P<sub>1</sub> — опухоль расположена только в пределах слизистой оболочки; P<sub>2</sub> — опухоль инфильтрует подслизистый слой; P<sub>3</sub> — опухоль захватывает мышечный слой; P<sub>4</sub> — опухоль прорастает сквозь серозную оболочку.

N (нодулюс) — состояние регионарных лимфатических узлов. Характеристика символа N различна в зависимости от локализации опухоли и поражения соответствующих групп лимфоузлов (при раке нижней губы, молочной железы, шейки матки, желудочно-кишечного тракта и т. д.).

N<sub>0</sub> — метастазы в лимфатических узлах не определяются; N<sub>1</sub> — отдельные, увеличенные, подвижные, односторонние метастатические лимфатические узлы; N<sub>2</sub> — метастатические лимфатические узлы, спаянные между собой, но подвижные по отношению к окружающим тканям, или двусторонние, например, по обеим сторонам шеи; N<sub>3</sub> — конгломерат неподвижных метастатических лимфатических узлов или метастазы в более отдаленные регионарные лимфатические узлы, например, надключичные; N<sub>x</sub> — поражение лимфатических узлов невозможно опре-

делить клинически, состояние их уточняется при гистологическом исследовании:  $N_{x+}$  (имеются метастазы в лимфатические узлы) и  $N_{x-}$  (метастазы в лимфоузлах отсутствуют).

Кроме того, вводятся обозначения Ia при подозрении на метастатическое поражение лимфатического узла и Ib — при клинически явном метастазе.

M (метастазис) — отдаленные метастазы рака:  $M_1$  — выявлены,  $M_0$  — отсутствуют. При гистологическом исследовании определяется также степень дифференциации опухоли:  $G_1$  — высокая дифференциация;  $G_2$  — средняя дифференциация;  $G_3$  — низкая дифференциация (анapластическая опухоль).

Кроме международной классификации по системе TNM проводится четырехстадийная классификация, ранее принятая в СССР. К каждому занятию студент должен изучить по учебнику классификацию стадий изучаемой опухоли по системе TNM и четырехстадийную.

Студенты также должны знать о шифрах злокачественных заболеваний, которые служат для более четкого учета заболеваний с помощью ЭВМ, а также позволяют хранить в тайне от больного диагноз его заболевания.

После установления диагноза и стадии злокачественного процесса студент должен уметь установить клиническую группу у данного больного, так как это определяет тактику врача. Например, клинические группы:

Ia — подозрение на рак. Больной в данной клинической группе должен быть госпитализирован и нуждается в необходимых обследованиях, чтобы диагноз был либо подтвержден, либо без сомнения исключен.

Ib — предраковые заболевания. За данной группой больных необходимо вести активное диспансерное наблюдение, применяя при контрольных осмотрах эффективные специальные методы обследования (рентгенологические, эндоскопические, цитологические и др.).

II — больные, подлежащие специальному лечению (хирургическому, лучевому, химиотерапии).

III — практически здоровые лица, окончившие курс радикального лечения. Они состоят на диспансерном учете или проходят курс профилактического противорецидивного лечения. В первый год контрольные осмотры таких больных проводятся четыре раза, во второй — два раза и в последующие годы — один раз в год.

Если при контрольных осмотрах выявляются рецидивы или метастазы, больным снова назначается специальное лечение (они переводятся во II клиническую группу).

IV — больные с распространенным процессом; специальное лечение проводить невозможно, показано симптоматическое лечение.



Большое значение при проведении занятий имеет клинический разбор случаев поздней диагностики опухолей (IV клиническая группа). Обращается внимание на тот факт, что много опухолей еще диагностируется в поздней стадии заболевания. Студент должен знать, что на каждого больного с впервые установленным диагнозом «запущенной» злокачественной опухоли составляется «Протокол на выявление у больного злокачественной опухоли в поздней стадии» (ф. 248). В протоколе отражаются все этапы обследования больного и указываются фамилии врачей, по вине которых опухоль диагностирована с опозданием. Данные протоколов позволяют проводить анализ причин поздней диагностики злокачественных новообразований и намечать конкретные мероприятия по улучшению ранней диагностики данных заболеваний. Подчеркивается, что основными причинами поздней диагностики являются недостаточная квалификация врачей общелечебной сети в области онкологии и неосведомленность населения о раке и необходимости периодических обследований. Поэтому столь важное значение имеет повышение уровня онкологических знаний у всех врачей общелечебной сети. Такое же значение имеет повышение уровня санитарно-просветительной работы среди населения.

При проведении противораковой пропаганды нужно исходить из того, что население должно знать правду о раке. Каждую лекцию необходимо строго продумывать, так как всякого рода заявления о легкой излечимости рака лишь вызывают сомнения у слушателей. Основная задача противораковой пропаганды — избавить население от страха перед «раковой опасностью», чтобы люди не боялись идти к врачу. Необходимо убедить слушателей, что многих больных удастся вылечить (рак кожи, рак нижней губы, рак молочной железы, рак матки и др.), особенно при выявлении заболевания в ранней стадии. Нужно разъяснить населению, что существуют различные виды злокачественных опухолей, и определенные формы их могут быть радикально излечены. Важно указать, что лечение самых начальных форм дает почти 100%-ный эффект.

При этом необходимо подчеркнуть, что в настоящее время имеются надежные методы диагностики самых ранних форм опухолей. Здесь очень важны ссылки на конкретные примеры, которые вселяют оптимизм и опровергают мнение скептиков о том, что борьба против рака бесполезна. В содержание противораковой пропаганды следует включать и вопросы гигиены: гигиены питания, личной гигиены, гигиены женщин, разъяснения вреда курения и алкоголя, а также сведения о профилактике различных хронических заболеваний.

Конечная цель пропаганды заключается в том, чтобы убедить население в определенном возрасте (после 35—40 лет) хотя бы один раз в год посещать врача (или специальные медицинские учреждения) для выявления предопухолевых заболеваний

и ранних форм рака, поскольку многие опухоли протекают либо со слабо выраженными симптомами, либо вообще без симптомов.

Студенты должны знать порядок организации профилактических осмотров с применением эффективных методов обследования (цитологических, эндоскопических, рентгенологических). В первую очередь профилактическими осмотрами охватывают так называемые организованные группы населения (рабочие и служащие фабрик, заводов, учреждений, работники пищевых предприятий, торговли, детских учреждений, школ, медучреждений, представители ведущих профессий сельского хозяйства). Эти группы лиц подлежат периодическим профилактическим осмотрам. Кроме того, при приеме на работу все лица проходят предварительные медицинские осмотры. И, наконец, все амбулаторные и стационарные больные должны обследоваться с целью исключения предопухолевых и опухолевых заболеваний. Подчеркивается, что очень важно проводить периодические профилактические осмотры лиц в так называемых «группах повышенного риска», т. е. лиц, которые чаще всего подвержены риску заболеть злокачественными новообразованиями. К данной группе можно отнести лиц, на которых воздействуют профессиональные и бытовые вредности, лиц, страдающих хроническими болезнями, имеющих фактор опухолевой наследственности и т. д. Следует остановиться на необходимости обследования наиболее часто поражаемых злокачественными опухолями органов: кожи, губы, языка, слизистой пищевода, желудка, прямой кишки, легких, молочных желез, половых органов.

При проведении осмотров целесообразно использовать специальные «Карты профилактического осмотра». Студенты в поликлинике самостоятельно проводят профилактический осмотр больных и заполняют указанные карты. Если при профилактических осмотрах подозревается онкологическое заболевание, таким больным следует обеспечить обследование в онкологическом учреждении для уточнения диагноза. Данные о выявленных онкологических больных при профилактических осмотрах включаются онкодиспансерами в отчет-вкладыш № 6 о больных злокачественными новообразованиями.

По данной теме рекомендуется следующая литература: основная — 7, 55; дополнительная — 30, 32, 47.



**МЕТОДИЧЕСКАЯ СХЕМА  
ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ТЕМЕ: «ОРГАНИЗАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ»**

Се- местр	Тема и учебная цель	Содержание и форма занятий	Практические навыки	Материальное обеспечение
IX—X	История организации онкологической службы в СССР. Постановления партии и правительства по улучшению онкологической помощи населению онкологической службы в СССР по улучшению онкологической помощи населению. Организация учета онкологических заболеваний, профилактических осмотров.	Изучение постановлений партии и правительства по улучшению онкологической помощи населению СССР. Знакомство со структурными подразделениями онкодиспансера, задачи каждого отделения. Порядок направления больных с подозрением на злокачественное новообразование в онкологическое учреждение. Роль учета онкологических заболеваний для качества анализа заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований. Ранняя диагностика злокачественных новообразований как условия для успешного и эффективного их лечения, роль профилактических осмотров для ранней диагностики.	Правильное заполнение амбулаторной истории болезни (ф. 5) с картой-вкладышем онкопрофосмотров и экстренным извещением на случай злокачественного заболевания (ф. У-281-6).	Постановление Совета Министров СССР — № 225 от 7.04.1976 г. «О мерах по улучшению онкологической помощи населению».
XI— XII Субор- дина- тура	Система учета онкологических заболеваний, учетная документация. Диспансеризация онкологических больных. Профилактические осмотры, понятие о «группах повышенного риска». Противораковая пропаганда.	Осмотр больных в поликлинике и стационаре с заполнением необходимой первичной документации (формы 5, У-281-6, У-30-6, 27-онко, 266, 248). Установление большим диагнозом по системе TNM и четырехстадийной классификации. Клинические группы, тактика врача при различных клинических группах. Диспансеризация онкологических боль-	Заполнение стационарной и амбулаторной историй болезни и другой необходимой первичной учетной документации. Овладение методикой профилактических осмотров. Анализ протоколов на слу-	Приказы Минздрава СССР. Стационарные и амбулаторные истории болезни со всей необходимой первичной документацией.



Цель занятия — подготовить студента к самостоятельной работе с учетной документацией на онкобольных.

ных, периодичность осмотров, объем специальных обследований. Анализ протоколов на случай несвоевременной диагностики злокачественных новообразований, причины поздней диагностики. Участие в проведении профилактических осмотров в поликлинике, формирование «групп повышенного риска», организация специального обследования этих больных. Изучение приказов Минздрава СССР по улучшению ранней диагностики злокачественных заболеваний. Методика предраковой пропаганды. Экспертиза трудоспособности. Участие в работе ВКК и ВТЭК.

чай поздней диагностики рака.



## Тема 2: ОПУХОЛИ КОЖИ

Главная цель занятия — дать основное понятие по теме, подготовить студента к более самостоятельной работе во время субординатуры.

Приступая к изучению темы «Опухоли кожи», следует ознакомить аудиторию с частотой распространения опухолей этой локализации (в основном рака и злокачественной меланомы) и факторами, определяющими ее в разных географических зонах. Эти данные сопоставляют с частотой заболеваний опухолями кожи в регионе, обслуживаемом лечебным учреждением, на базе которого создана кафедра онкологии. Данные о заболеваемости объединяют по стадиям, клиническим группам за несколько последних лет. Студент должен знать, что диагностика опухолей кожи возможна в ранней стадии, поэтому каждый случай несвоевременного диагноза (даже II стадии) по данной области нужно тщательно анализировать.

При сборе анамнеза выясняют профессию, условия работы и быта, а также эндокринные нарушения (в частности, гипофиза при меланоме), наличие травмы. Обращают внимание на отсутствие каких-либо субъективных ощущений (в частности, боли) при опухолях кожи, что нередко является причиной несвоевременного обращения больного к врачу. Выясняют роль санитарно-гигиенической пропаганды среди населения с целью своевременного обращения за медицинской помощью, а также значение профилактических осмотров в раннем выявлении и лечении опухолей кожи.

Сбор анамнеза помогает выяснить предшествующие опухлевому заболеванию изменения кожи (дискератозы, длительно незаживающие язвы, рубцы, хронические дерматиты у лиц определенных профессий, волчанка, пигментные невусы, папилломы и т. д.). Обсуждается понятие облигатных предраковых заболеваний кожи.

Симптоматология злокачественных опухолей кожи весьма ограничена и сводится в основном к наличию безболезненного новообразования кожи. При объективном осмотре необходимо подчеркнуть частоту локализации процесса на коже различных участков тела (лица, туловища, конечностей), макроскопическую форму роста (в виде поверхностной бляшки, язвы или узла), наличие или отсутствие пигментации. Осмотр первичной опухоли дополняют обязательной пальпацией регионарных лимфатических узлов, при этом следует отметить их количество, величину, плотность, подвижность и т. д. Студент должен знать пути метастазирования опухолей кожи при различной их локализации.

При составлении плана лечения необходимо уточнить диагноз путем цитологического исследования (мазки-отпечатки при наличии язвы) или с помощью биопсии. Здесь же указать на

недопустимость биопсии при подозрении на злокачественную меланому. В этих случаях, кроме клинических признаков (быстрый рост невуса, изменение пигментации, появление воспалительного ободка вокруг опухоли, изъязвление), важное значение имеет радиоизотопная диагностика с помощью радиоактивного фосфора ( $P^{32}$ ). Студент должен объяснить принцип ее применения. Во время занятий необходимо научить студентов самостоятельно делать мазки-отпечатки, а после окрашивания — изучать их под микроскопом. Демонстрируется пункция и биопсия лимфатических узлов и объясняется техника выполнения этих операций.

Следует подчеркнуть, что цитологическое и гистологическое исследования имеют решающее значение в дифференциальном диагнозе рака кожи и туберкулеза, сифилиса, неэпителиальных доброкачественных и злокачественных опухолей кожи (фибромы, ангиомы, невриномы и др.), грибковых поражений и т. д.

Рассматриваются гистологические формы рака кожи, частота той или иной формы при различной локализации опухоли, значение гистологической формы для распространения процесса, а следовательно, для прогноза.

На основании изучения первичной опухоли, регионарных метастазов студент должен уметь установить диагноз по системе TNM.

При изучении вопросов лечения опухолей кожи необходимо разграничивать лечебную тактику при раке кожи и при злокачественной меланоме.

Подчеркивается необходимость индивидуализации плана лечения в зависимости от локализации опухоли, формы ее роста, стадии, гистологической структуры.

Студент должен знать показания к хирургическому, лучевому и другим видам лечения, предпочтение того или иного вида лечения в конкретных случаях. Рассматриваются вопросы лечения первичной опухоли и метастазов. Для субординаторов-хирургов более детально разбираются типы оперативных вмешательств на лимфатической системе (операция Крайля, операция Дюкена, абляция аксиллярной области).

На конкретных примерах демонстрируют непосредственные, а также отдаленные результаты лечения (по данным отчетов онкологического учреждения). Следует указать, что при раке кожи I и II стадий стойкого излечения можно добиться у 95—100% больных.

Освещаются особенности хирургического и лучевого лечения злокачественной меланомы, значение комбинированного лечения. При хирургическом лечении — широкое иссечение опухоли с пластикой дефекта лоскутом кожи, при лучевом — более широкий захват в поле облучения окружающих неизмененных тканей. Рассматривается тактика при клинически определяемых и не определяемых метастазах злокачественной меланомы, опера-



ции на первичной опухоли и метастазах в один и в два этапа. Эти способы более детально разбираются с субординаторами-хирургами.

Останавливаются на лекарственном лечении злокачественной меланомы при распространенном процессе (противоопухолевые антибиотики, нитрозометилмочевина, иммунотерапия и т. д.).

По данной теме рекомендуется следующая литература: основная — 7, 19; дополнительная — 50, 51.

**МЕТОДИЧЕСКАЯ СХЕМА  
ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ТЕМЕ «ОПУХОЛИ КОЖИ» (шифры 172, 173)**

Се- местр	Тема и учебная цель	С о д е р ж а н и е	Практические навыки	Материальное обеспечение
IX—X семестры	Эпидемиология рака кожи, предрак, семиотика рака кожи, классификация, принципы лечения. Клинические группы.	Заполнение анкеты для определения исходного уровня знаний студента по норме и патологии кожи. Изучение заболеваемости раком кожи в районе (области, крае, республике) расположения кафедры онкологии. Этнологические факторы. Облигатные и факультативные предраки кожи. Клиническое обследование больных раком кожи (исследование опухоли и регионарных лимфатических узлов). Клинико-морфологическая классификация рака кожи, течение заболевания, метастазирование. Классификация стадий по системе TNM и четырехстадийная. Лечение рака кожи (хирургическое, лучевое, лекарственное). Непосредственные результаты лечения. Клинические группы.	Методика физикального обследования больных с опухолью кожи (осмотр первичной опухоли, пальпация регионарных лимфоузлов). Изготовление мазков отпечатков для цитологического исследования.	Анкета для определения исходного уровня знаний студента по норме и патологии кожи, учебная история болезни.
XI— семестры, субординатура	Клинико-морфологическая классификация опухолей кожи (рака кожи, пигментных невусов, меланомы). Этиологические факторы. Дифференциальная диагностика.	Заполнение и разбор домашних заданий по теме. Курация больных раком кожи и пигментными опухолями кожи с последующим клиническим разбором историй болезни. Клиническая классификация рака кожи и пигментных невусов. Гистологическая классификация опу-	Оформление амбулаторной и стационарной историй болезни с необходимой документацией (формы 231, 30, 248, 265 и др.). Проверение цитологических исследований, пункций,	Бланки «Домашние задания» по теме «Опухоли кожи», учебные истории болезни с перичной документацией. Мазки для пункции, биопсии, гистологические препараты, го-





Се- местр	Тема и учебная цель	С о д е р ж а н и е	Практические навыки	Материальное обеспечение
хирур- гии	<p>Специальные методы исследования. Индивидуализация лечения. Цель занятия — убедить в возможности самой ранней диагностики опухолей кожи, их эффективного лечения.</p>	<p>лей кожи. Специальные методы исследования (радионизотопная диагностика Р<sup>32</sup>, цитологические исследования первичной опухоли и регионарных лимфоузлов, биопсия опухоли). Методы лечения (хирургический, лучевой, лекарственный, комбинированный). Отдаленные результаты лечения.</p> <p>Экспертиза трудоспособности. Анализ случаев несвоевременной диагностики опухолей кожи. Итоговое семинарское занятие с подготовкой реферативных докладов по данной теме.</p>	<p>лимфатических узлов (мазки-отпечатки). Участие в проведении биопсии опухоли.</p> <p>Расшифровка гистологических заключений и данных радионизотопной диагностики. Оформление документов на ВКК и ВТЭК.</p>	<p>довые отчеты онкодиспансера.</p>

## АНКЕТА

### ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ СТУДЕНТА ПО НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ КОЖИ (шифры 172, 173)

Фамилия, имя и отчество студента \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Курс \_\_\_\_\_ Группа \_\_\_\_\_

1. Какой эпителий покрывает кожу и из каких слоев он состоит?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Какие Вы знаете опухоли кожи:

эпителиальные: доброкачественные \_\_\_\_\_

злокачественные \_\_\_\_\_

неэпителиальные: доброкачественные \_\_\_\_\_

злокачественные \_\_\_\_\_

3. Какие этиологические факторы способствуют возникновению  
рака кожи? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Назовите предраковые заболевания кожи:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Назовите гистологические формы рака кожи:

\_\_\_\_\_

Дата

Подпись студента



**УЧЕБНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ «ОПУХОЛИ КОЖИ»**  
(шифры 172, 173)

История болезни № \_\_\_\_\_ Поступил \_\_\_\_\_ Выбыл \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

Пол \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Начало заболевания \_\_\_\_\_ Стадия \_\_\_\_\_

Первые субъективные симптомы: зуд, боль \_\_\_\_\_

Предопухолевые состояния: пятно, трещи- \_\_\_\_\_  
на, язва, бородавка \_\_\_\_\_

TNM \_\_\_\_\_

Клиническая группа \_\_\_\_\_

Доброкачественные опухоли: папилломы, фибромы и т. д. \_\_\_\_\_

Дистрофические процессы: гипер, -пара, -дискератозы, рубцы, свищи \_\_\_\_\_.

Динамика процесса: уплотнение, появление опухоли, увеличение пятна, изменение пигментации (усиление, уменьшение), кровоточивость, появление

сателлитов \_\_\_\_\_

Травма: случайная, умышленная (срезание бородавок, перевязывание ниткой), профессиональная.

Дата первичного обращения за медицинской помощью по поводу дан-  
ного заболевания \_\_\_\_\_

В какое учреждение \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ЭТАПЫ ДАЛЬНЕЙШЕГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО

Дата	Наименование лечебного учреждения	Методы обследования и их результат	Диагноз	Проведенное лечение

Результаты гистологического исследования \_\_\_\_\_

### АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Перенесенные заболевания \_\_\_\_\_  
год диагноз

Опухоли у родственников \_\_\_\_\_

### ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Рост \_\_\_\_\_ Масса тела \_\_\_\_\_  
 Состояние легких, сердечно-сосудистой системы \_\_\_\_\_

Локализация пятна, бородавки, язвы, опухоли \_\_\_\_\_  
 .Размеры (в см) \_\_\_\_\_

Форма \_\_\_\_\_ Консистенция \_\_\_\_\_

Отделяемое из язвы \_\_\_\_\_

Инфильтрация основы мышц, костей \_\_\_\_\_

Подвижность \_\_\_\_\_

Состояние регионарных лимфатических узлов (определяются, не определяются, величина, консистенция, локализация, подвижность) \_\_\_\_\_

Метастазы в коже \_\_\_\_\_

Метастазы в других органах \_\_\_\_\_

### ЛЕЧЕНИЕ

Лечение первичного очага

Операция (название, дата) \_\_\_\_\_

Обезболивание \_\_\_\_\_

Гистологические исследования (номер, дата) \_\_\_\_\_

Лучевая терапия (близкофокусная, глубокая рентгенотерапия)

дата

доза

Химиотерапия \_\_\_\_\_

дата

препарат

доза

Лечение в зоне регионарных лимфоузлов \_\_\_\_\_

*Подпись*



## ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ ПО ТЕМЕ «ОПУХОЛИ КОЖИ» (шифры 172, 173)

Преподаватель \_\_\_\_\_

Студент \_\_\_\_\_

Группа \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ Оценка \_\_\_\_\_

1. Укажите на схеме и обозначьте все слои эпидермиса.
2. Предопухолевые заболевания кожи. Подчеркните (двумя чертами) обязательные и (одной чертой) факультативные предраковые заболевания кожи;

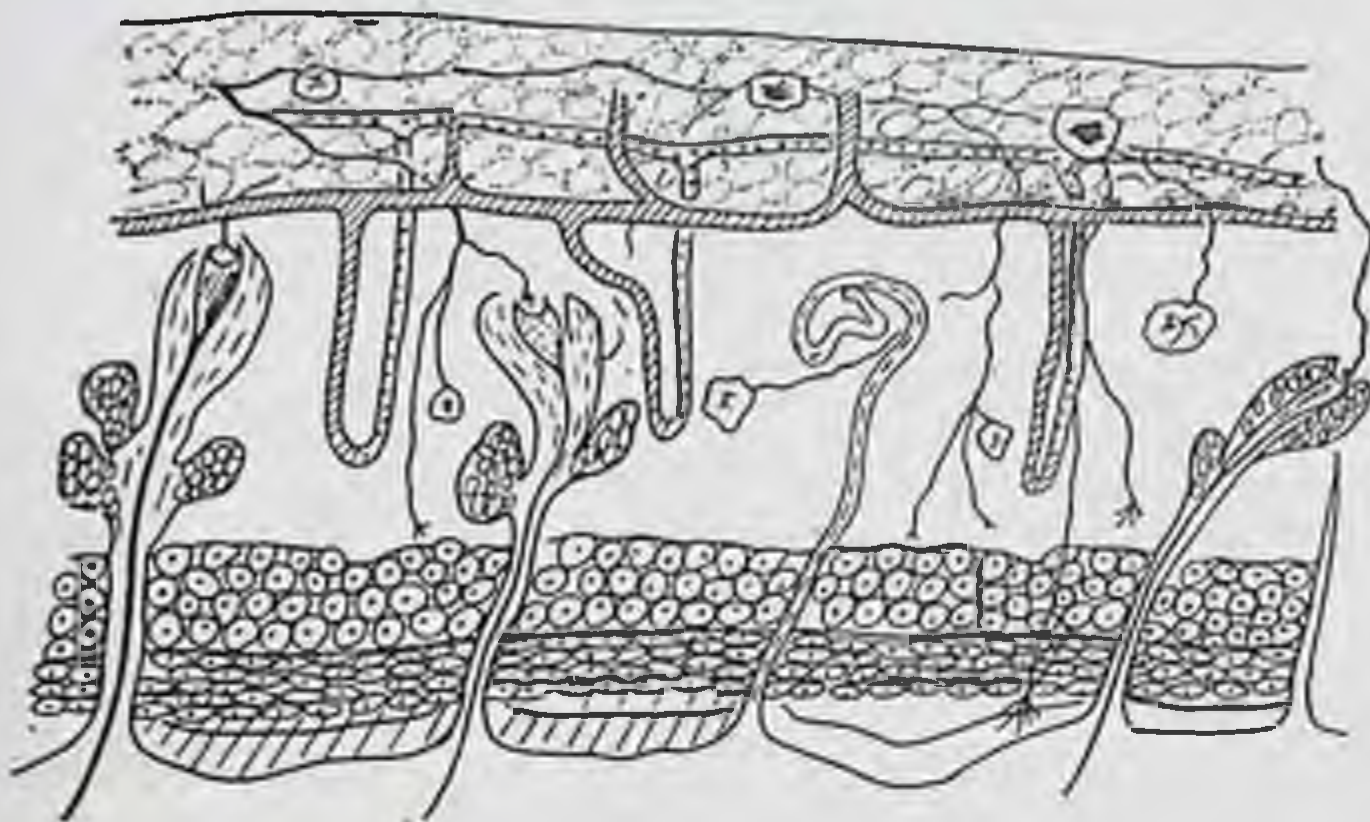


Схема гистологического строения кожи

папилломы, бородавки, хронические длительно незаживающие язвы, свищи, хронические рубцы, болезнь Боуэна, хронические дерматиты, волчанка, болезнь Педжета, пигментный невус, атеромы, пигментная ксеродерма, кератоакантома, кожный рог, старческий кератоз, псориаз.

3. Эпидемиология. Подчеркните двумя чертами название стран (Великобритания, Япония, Австрия, Австралия, Бельгия, Болгария) или республик СССР (Латвийская, Узбекская, Эстонская ССР) с высокой и одной чертой — с низкой заболеваемостью раком кожи. Укажите удельный вес опухолей кожи в общей структуре заболеваний в СССР . . . в республике . . .

4. Диагностика и стадия по системе TNM. Укажите стадию в соответствии с признаками, подчеркнутыми преподавателем: опухоль размером менее 2 см, 2—5 см, 5—10 см, более 10 см (T...). Регионарные метастазы в лимфоузлы не выявляются, определяются односторонние, единичные, подвижные; конгломерат лимфоузлов подвижный; двухсторонние лимфоузлы; конгломерат лимфоузлов неподвижный; более отдаленные метастатические лимфоузлы (N...). Отдаленные метастазы имеются, отсутствуют (M...). Окончательная стадия TNM.

Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза в данной стадии рака кожи, меланобластомы (подчеркивается преподавателем): биопсия опухоли, пункция лимфоузлов, радионуклидная диагностика, биопсия лимфоузлов, широкое иссечение опухоли.

5. Лечение. Подчеркните лечение первичной опухоли данной стадии и морфологии: рентгенотерапия близкофокусная, глубокая дистанционная гамма-терапия, кюритерапия, электрокоагуляция опухоли, хирургическое иссечение опухоли без кожной пластики, широкое иссечение опухоли с кожной пластикой, химиотерапия. Лечение регионарных метастазов: рентгенотерапия,

кюритерапия, дистанционная гамма-терапия хирургическое иссечение, химиотерапия. Какие препараты используются для лечения данного вида опухоли: тиотеф, 5-фторурацил, адриамицин, фторафур, нитрозометилмочевина, колхамин, сарколизин.

6. Прогноз. Подчеркните решающие для прогноза факторы: пол, возраст, гистологическое строение опухоли, величина опухоли, наличие метастазов в лимфатических узлах. Укажите частоту пятилетнего выздоровления больных

меланобластомой без метастазов в лимфатические узлы \_\_\_\_\_

с метастазами в лимфатические узлы \_\_\_\_\_

Клиническая группа курируемого Вами больного \_\_\_\_\_

Группа инвалидности \_\_\_\_\_

Трудоспособен.



### Тема 3: ОПУХОЛИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Главная цель занятия — дать основные понятия по клинике и лечению указанных локализаций рака и подготовить студентов к самостоятельной работе во время прохождения субординатуры.

При подготовке к клиническим занятиям по челюстно-лицевой онкологии следует обратить внимание студентов на особенности эпидемиологии рака нижней губы, языка, слизистой оболочки полости рта, верхней челюсти и связать их с конкретными бытовыми условиями, способствующими возникновению опухолей данной локализации.

Студент должен знать распространенность рака нижней губы и языка, а также других опухолей челюстно-лицевой области в различных странах (максимальные и минимальные уровни заболеваемости), в республиках СССР, а также в регионе, где находится институт. Следует обратить внимание на полость рта как объект осмотра врачами всех специальностей; отметить, что знание опухолевой патологии и предопухолевых состояний необходимо каждому врачу.

Во вступительной беседе к клиническому занятию рассматривается роль возможных этиологических факторов: солнечной радиации, обветривания, травм (особенно хронической травмы от пораженных кариесом зубов и плохо подогнанных протезов), курения.

Студент знакомится с предопухолевыми состояниями слизистых оболочек рта, языка, нижней губы: дискератозами, гипертрофическими и деструктивными изменениями — лейкоплакиями, эритроплакиями, трещинами, эрозиями, язвами; хроническими воспалительными процессами — хейлитами, глосситами, гайморитами, остеомиелитами и т. д. Необходимо обратить внимание на доброкачественные опухоли челюстно-лицевой области — папилломы, гемангиомы, аденомы и особенно на группу так называемых «смешанных» опухолей слюнных желез. Сложное гистологическое строение челюстно-лицевой области определяет многообразие доброкачественных и злокачественных опухолей этой локализации. Поэтому при проведении клинического занятия по теме «Опухоли челюстно-лицевой области» требуют от студента знания анатомии лица и органов полости рта. Разбирается гистологическая классификация опухолей челюстно-лицевой области.

Клиника опухолей этой области разнообразна и зависит от локализации, гистологического строения, темпа роста, стадии, осложнений. Большинство опухолей челюстно-лицевой области (за исключением опухолей гайморовой полости и костных сарком) относятся к визуальным формам, отсюда строгие требования к ранней диагностике. Студент должен усвоить особенности сбора анамнеза и объективного обследования. Обращают внимание на необходимость морфологического подтверждения ди-

агноза при хронически протекающих патологических процессах на слизистой оболочке полости рта.

При клиническом разборе больных со злокачественными опухолями верхней челюсти следует подчеркнуть, что не существует признаков, патогномоничных только для рака или саркомы верхней челюсти. Диагностика опухолей этой локализации сложна. Определенную помощь в диагностике оказывает знание симптомокомплексов в зависимости от места возникновения опухоли по схеме Энгрена. Важную роль в диагностике опухолей верхней челюсти играет рентгенологический метод. Поэтому клиническое занятие по диагностике опухолей верхней челюсти включает разбор рентгенограмм. Для полной рентгенологической характеристики опухоли верхней челюсти рентгенограммы делают в носо-подбородочной, полуаксиллярной и косой проекции. Студент должен усвоить интерпретацию этих рентгенограмм. Для уточнения замеченных нарушений проводят томографию в прямой фронтальной проекции.

Диагноз формулируют с указанием стадии по системе TNM. Студент должен четко усвоить значение критериев T, N и M для различных локализаций опухолей челюстно-лицевой области. При клиническом разборе обращают внимание на закономерности регионарного метастазирования различных локализаций рака челюстно-лицевой области.

**Рак нижней губы (шифр 140).** Это наиболее часто встречающаяся локализация рака челюстно-лицевой области, поэтому студент должен провести курацию больного, заполнив учебную историю болезни. Следует обратить внимание на важность морфологического подтверждения диагноза, продемонстрировать технику взятия материала для цитологического и гистологического исследований. Выбор метода лечения (лучевая, медикаментозная терапия, операция) зависит от стадии болезни, формы роста опухоли и состояния больного.

При составлении плана лечения больных раком нижней губы исходят из требований онкологического радикализма, учитывая при этом и косметические, и функциональные факторы.

Необходимо помнить, что рак нижней губы — наружная локализация. Он может и должен быть диагностирован в ранней стадии, что обеспечивает хорошие отдаленные результаты с косметическим эффектом.

Другие локализации опухолей челюстно-лицевой области занимают меньшее место в структуре заболеваемости опухолями, время для их изучения ограничено, поэтому целесообразно ознакомить студентов с опухолевыми поражениями слизистой оболочки полости рта, языка и челюстей, демонстрируя больных во время обхода и приема в поликлинике с разбором лечебно-диагностической тактики. При этом обращают внимание на особенности диагностики, лечения, реабилитации и трудовой экспертизы.



Рак языка (шифр 141), слизистой оболочки дна полости рта (шифр 144) и щек (шифр 145). Желательно продемонстрировать предопухолевые заболевания: лейкоплакии, эритроплакии, хронические язвы и пролежни от плохо подогнанных протезов. Обратит внимание на возможность санации полости рта в плане профилактики опухолей и подготовки к лечению. Морфологический критерий остается важнейшим звеном диагноза. Лечение рака полости рта зависит от стадии процесса, формы роста опухоли и ее локализации (передняя, средняя и верхняя часть языка, щечные поверхности, дно полости рта).

Применяются лучевые, оперативные и химиотерапевтические методы лечения. Следует рассмотреть со студентами место каждого метода в комплексном лечении рака органов полости рта.

Разбирая вопросы трудовой экспертизы и реабилитации, следует остановиться на современных возможностях протезирования.

По данной теме рекомендуется следующая литература: основная — 7, 28; дополнительная — 21.



**МЕТОДИЧЕСКАЯ СХЕМА**  
**ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ТЕМЕ «ОПУХОЛИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ» (шифры 140—147)**

Се- мestr	Тема и учебная цель	Содержание и форма занятий	Практические навыки	Материальное обеспечение
VII—X	<p>Клиника и лечебно-диагностическая тактика при основных локализациях опухолей челюстно-лицевой области: губы (140), языка (141), слюнных желез (142), слизистой оболочки десен (143), дна ротовой полости (144) и щеки (145), миндалин (146) и носоглотки (147). По каждой локализации подлежат разбору основные вопросы. Эпидемиология. Предрак. Клинико-морфологическая классификация. Семнотика и диагностика типичной формы рака. Принципы лучевого, хирургического и лекарственного лечения.</p>	<p>Заполнение анкеты для определения исходного уровня знаний студента по норме и патологии челюстно-лицевой области. Самостоятельное обследование больных. Интерпретация результатов дополнительных исследований (цитологического и рентгенологического). Демонстрация больных с различными локализациями опухолей челюстно-лицевой области и обсуждение плана их лечения.</p>	<p>Сбор анамнеза и физикальное обследование больных. Экспонативная биопсия опухоли нижней губы, изготовление мазков-отпечатков, изучение цитологических препаратов.</p>	<p>Анкета определенная исходного уровня знаний студента. Истории болезни курируемых больных. Цитологические препараты.</p>
Субор- дина- тура	<p>Дифференциальная диагностика опухолей челюстно-лицевой области. Индивидуализированная терапия. Резуль-</p>	<p>Выполнение домашнего задания. Курация больных раком нижней губы. Составление плана лечения в зависимости от возраста, стадии, формы роста, гистологического строения опухоли. Заполнение учебной истории</p>	<p>Полное клиническое обследование с заполнением истории болезни и всей первичной документации (формы 30, 266, 285, 248).</p>	<p>Домашнее задание. Учебные истории болезни. Набор гистологических препаратов опухолей нижней губы.</p>



Се- местр	Тема и учебная цель	Содержание и форма занятий	Практические навыки	Материальное обеспечение
	<p>таты лечения. Трудовая экспертиза.</p> <p>Цель занятия — овладеть элементами диагностики и лечения опухолей челюстно-лицевой области.</p>	<p>болезни. Изучение атипично протекающих форм рака нижней губы и дифференциальной диагностики. Демонстрация больных с другими локализациями опухолей челюстно-лицевой области. Обсуждение методов лечения, степени их радикализма, отдаленных результатов лечения. Трудовая экспертиза и реабилитация.</p>	<p>Оформление документации на ВКК и ВТЭК. Участие в лечебно-диагностических манипуляциях (биопсии) и оперативном лечении.</p>	

## АНКЕТА

### ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ СТУДЕНТА ПО НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ (шифры 140—147)

Фамилия, имя, отчество студента \_\_\_\_\_

Курс \_\_\_\_\_ Группа \_\_\_\_\_

1. Перечислите кости лица.

2. Назовите основные ветви наружной сонной артерии.

3. Укажите пути лимфооттока от нижней губы \_\_\_\_\_

от языка \_\_\_\_\_

4. Какие слюнные железы Вам известны? \_\_\_\_\_

5. Какой нерв проходит через околоушную железу? \_\_\_\_\_

6. Каким видом эпителия покрыта губа? \_\_\_\_\_

слизистая оболочка рта? \_\_\_\_\_

протоки слюнных желез? \_\_\_\_\_

7. Какие заболевания слизистой оболочки полости рта Вам известны?

8. Какие доброкачественные опухоли челюстно-лицевой области Вы знаете?

9. Назовите злокачественные опухоли челюстно-лицевой области. \_\_\_\_\_

Дата

Подпись студента



**ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ ПО ТЕМЕ «ОПУХОЛИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ»**

(губы, языка, слизистой оболочки полости рта, челюстей, слюнных желез).  
(Шифры 140—147)

Преподаватель \_\_\_\_\_ Студент \_\_\_\_\_

Группа \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ Оценка \_\_\_\_\_

1. Укажите на схеме основные группы лимфатических узлов и обозначьте черточками направление лимфооттока.



*Схема лимфооттока челюстно-лицевой области.*

2. Предопухолевые заболевания. Из перечисленных патологических процессов выберите предраковые и подчеркните их. Заболевания, особо опасные в отношении опухолевого превращения, подчеркните дважды: лейкоплакия, герпес, гемангиома, гайморит, глоссит, сиаденоит, эритроплакия, хронические трещины, эрозии, афтозный стоматит, грибковый стоматит, пролежни от протезов.

3. Эпидемиология. Подчеркните одной чертой название стран (Дания, США, Афганистан, Индия, Пакистан, ЧССР) и республик СССР (РСФСР, УССР, Узбекская, Киргизская, Таджикская, Литовская, Белорусская ССР) с минимальной заболеваемостью раком челюстно-лицевой области и двумя чертами — с максимальной. Укажите удельный вес рака нижней губы в

структуре онкозаболеваемости СССР \_\_\_\_\_ республики \_\_\_\_\_

области, где находится вуз.

4. Этиология. Подчеркните этиологические факторы, играющие роль в возникновении рака слизистой оболочки полости рта и языка: вирусная инфекция, бактериальная инфекция, вредные привычки (курение табака, жевание табака, жвачка, бетеля), употребление горячей пищи, употребление холодной пищи, употребление пряностей, наличие зубов, пораженных кариезом, плохо подогнанных протезов.

5. Диагностика и стадия по системе TNM. Укажите стадию в соответствии с признаками, подчеркнутыми преподавателем: опухоль или язва нижней губы, языка, слизистой оболочки полости рта размером 1,0—1,5 см, больше 1,5 см, но меньше половины губы, опухоль занимает всю губу и прорастает в ее слои, опухоль прорастает все слои тканей губы и нижнюю челюсть. Т... Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Увеличены подчелюстные лимфатические узлы на стороне поражения. С обеих сторон увеличены подчелюстные лимфатические узлы, лимфатические узлы сохраняют подвижность, их конгломерат неподвижен, увеличены лимфатические узлы по ходу кивательной мышцы, подключичные узлы. N...

Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза в данной стадии рака нижней губы (языка, слизистой оболочки ротовой полости) (подчеркивается преподавателем)? Цитологическое исследование отпечатков из опухоли, биопсия, пункция опухоли, пункция регионарных лимфатических узлов, радиоизотопная диагностика, рентгенография,

нижней челюсти, синалография, другие методы \_\_\_\_\_

6. Лечение. Назначьте лечение в соответствии с указанной Вами стадией (п. 5). Электрокоагуляция опухоли, криохирургия, экономное иссечение опухоли, широкое иссечение опухоли, резекция губы (языка), близкофокусная рентгенотерапия, мезовольтная рентгенотерапия, ортовольтная рентгенотерапия, дистанционная гамма-терапия, интерстициальная кюритерапия, операция Ванаса, операция Крайля, системная химиотерапия (укажите препараты)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

регионарная химиотерапия (укажите препараты и сосуды, через которые Вы предлагаете провести химиотерапию).

7. Укажите, какой прогноз при раке \_\_\_\_\_

TNM (локализация и цифровое значение проставляются преподавателем),  
пятилетнее выздоровление \_\_\_\_\_, 10-летнее выздоровление \_\_\_\_\_.

8. Заключение по трудовой экспертизе больного после радикального  
лечения \_\_\_\_\_

(локализацию и стадию проставляет преподаватель), который работал \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(профессию проставляет преподаватель) \_\_\_\_\_



**УЧЕБНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**  
**«ОПУХОЛИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ» (шифры 140—147)**

История болезни № \_\_\_\_\_ Поступил \_\_\_\_\_ Выбыл \_\_\_\_\_  
Количество койко-дней \_\_\_\_\_ Локализация \_\_\_\_\_  
Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_  
Стадия TNM \_\_\_\_\_ Клиническая группа \_\_\_\_\_  
Пол \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_ Группа крови \_\_\_\_\_  
Адрес \_\_\_\_\_  
Резус-принадлежность \_\_\_\_\_

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Начало заболевания \_\_\_\_\_  
Длительность заболевания \_\_\_\_\_ лет \_\_\_\_\_ месяцев \_\_\_\_\_  
Первый симптом \_\_\_\_\_  
Жалобы в настоящее время: наличие опухоли (локализация), наличие язвы (локализация), деформация лица (какая) \_\_\_\_\_  
нарушение акта жевания \_\_\_\_\_, нарушение артикуляции \_\_\_\_\_, слюнотечение, зловонные выделения \_\_\_\_\_, боли (локализация) \_\_\_\_\_  
Иррадиация, периодичность \_\_\_\_\_  
Провоцирующие факторы \_\_\_\_\_  
Чем снимаются \_\_\_\_\_  
Другие жалобы \_\_\_\_\_

Дата первичного обращения за медицинской помощью по поводу данного заболевания \_\_\_\_\_

В какое учреждение \_\_\_\_\_

Дата установления первичного диагноза рака \_\_\_\_\_

## ЭТАПЫ ДАЛЬНЕЙШЕГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО

Дата	Название учебного учреждения	Методы обследования и их результаты	Диагноз	Лечение

Опухоль обнаружена больным \_\_\_\_\_

Опухоль обнаружена при профилактическом осмотре \_\_\_\_\_

### АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Житель города (с детства, сколько лет) \_\_\_\_\_

Житель села (с детства, сколько лет) \_\_\_\_\_

Профессия (на протяжении трудовой деятельности) \_\_\_\_\_

Имеются ли вредные профессиональные факторы (какие) \_\_\_\_\_

Вредные привычки: курение (с какого возраста, сколько папирос в день) \_\_\_\_\_ ; употребление алкоголя (характер напитков, как часто и сколько) \_\_\_\_\_

Другие вредные привычки (жевание табака) \_\_\_\_\_

Перенесенные ожоги слизистой оболочки полости рта \_\_\_\_\_

Зубы (здоровые, не требующие лечения, следит за зубами, посещает стоматолога профилактически регулярно, не следит за зубами, имеются пораженные кариесом зубы) \_\_\_\_\_

Когда потерял зубы \_\_\_\_\_ , пользуется протезами вставными \_\_\_\_\_ , протезы удобные \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ; плохо подогнаны \_\_\_\_\_

Другие заболевания органов полости рта \_\_\_\_\_

Перенесенные заболевания \_\_\_\_\_

Дата, диагноз \_\_\_\_\_

Опухолевые заболевания у родственников \_\_\_\_\_



## ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Рост \_\_\_\_\_ Масса тела \_\_\_\_\_ Общее состояние \_\_\_\_\_

Состояние кожных покровов \_\_\_\_\_

Скелет \_\_\_\_\_

Периферические лимфатические узлы \_\_\_\_\_

Система дыхания \_\_\_\_\_

Сердечно-сосудистая система \_\_\_\_\_

Органы брюшной полости \_\_\_\_\_

Выделительная система \_\_\_\_\_

Дополнительные сведения \_\_\_\_\_

Локализация опухоли \_\_\_\_\_

Деформация лицевой области (какая) \_\_\_\_\_

Размер опухоли и прорастание в соседние ткани \_\_\_\_\_

Состояние регионарных лимфатических узлов \_\_\_\_\_

Состояние слизистой оболочки ротовой полости \_\_\_\_\_

Зубы: 

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

Данные рентгенологического исследования \_\_\_\_\_

Данные эксfolиативной или пункционной биопсии \_\_\_\_\_

Окончательный диагноз \_\_\_\_\_

Обоснование плана лечения \_\_\_\_\_

Лучевое лечение (дооперационное): дата, от \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_, поле, доза \_\_\_\_\_

Лучевое лечение как самостоятельный вид терапии: дата, от \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_, поле, доза \_\_\_\_\_

Эффект лучевого лечения \_\_\_\_\_

Химиотерапия (дооперационная, послеоперационная) как самостоятельный вид лечения, в комбинации с лучевым лечением \_\_\_\_\_

Системная химиотерапия \_\_\_\_\_

Регионарная химиотерапия \_\_\_\_\_

Препараты	Разовая доза	Ритм введения	Курсовая доза
1 _____	_____	_____	_____
2 _____	_____	_____	_____
3 _____	_____	_____	_____
4 _____	_____	_____	_____

Эффект химиотерапии \_\_\_\_\_

Операция на первичном очаге (дата, название операции) \_\_\_\_\_

Описание операционных препаратов \_\_\_\_\_

Гистологическое исследование \_\_\_\_\_

План реабилитационных мероприятий \_\_\_\_\_

Трудовая экспертиза \_\_\_\_\_

Наблюдение за больным:

Дата осмотра	Результат	Рекомендации
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Рецидив в зоне операции (дата, характеристика) \_\_\_\_\_

Метастазы (дата, локализация, размеры, единичные или множественные)

Длительность жизни больного: с момента выявления опухоли \_\_\_\_\_

с момента начала лечения \_\_\_\_\_

### РАСШИРЕННЫЙ ЭПИКРИЗ



## Тема 4: ОПУХОЛИ ШЕИ

Главная цель занятия — овладеть дифференциальной диагностикой опухолей шеи и элементами лечения.

При изучении темы следует обратить внимание студентов на особенности новообразований данной локализации. В структуре онкологической заболеваемости опухоли шеи не имеют большого удельного веса. Однако, объединяя в одной локализации весьма различные по гистогенезу опухоли, они являются значительной клинической проблемой как в отношении диагностики, так и лечебной тактики. Среди опухолей шеи выделяют так называемые **органные опухоли** (новообразования глотки, гортани, шейного отдела пищевода, щитовидной и околощитовидных желез и др.), **внеорганные опухоли** (опухоль нейроэктодермального генеза, производные мезенхимы и дисэмбриональные) и **опухолевые поражения лимфатических узлов шеи** (метастазы злокачественных опухолей, локализованных за пределами шеи, системные поражения лимфатических узлов при лейкозах, гематосаркомах и гемобластомах).

Анатомические отношения органов шеи весьма сложны, что определяет, с одной стороны, сложный гистогенез опухолей, а с другой — известное единообразие симптомов. Поэтому студент, приступая к изучению темы «Опухоли шеи», должен вспомнить данные нормальной и топографической анатомии, гистологии и физиологии. С этой целью он заполняет анкету с вопросами по норме и патологии органов шеи и выполняет домашнее задание.

Так как злокачественные опухоли гортани и щитовидной железы являются наиболее распространенными новообразованиями данной локализации, рекомендуется провести курацию больных, страдающих именно этими опухолями, а другие локализации опухолей шеи по возможности продемонстрировать и разобрать во время клинических обходов и амбулаторного приема больных.

При клиническом разборе больных раком гортани (шифр 161) обращают внимание на предраковые заболевания: хронические ларингиты, лейкоплакии слизистой оболочки гортани, пахидермию, доброкачественные опухоли — папилломы и фибромы (особенно на широком основании), кисты гортанных желудочков. Эти предопухолевые состояния, как и переход их в рак, рассматривают при учете бытовых и производственных вредностей.

При интерпретации клинических результатов принимают во внимание, что первые клинические проявления рака гортани зависят в основном от локализации опухоли. Поэтому различают рак верхнего, среднего и нижнего отделов гортани.

Наиболее злокачественные опухоли верхнего отдела гортани.

На занятии обсуждается механизм возникновения признаков «неблагополучия в гортани» (раздражение, першение, позывы

на кашель), дисфонии от изменения тембра голоса до полной афонии, дисфагии, болевого синдрома. Затруднение дыхания, как правило, — поздний симптом рака гортани.

Студент должен обратить внимание на пальпацию шеи, учитывать увеличение хрящевого скелета гортани, отсутствие ее крепитации, свидетельствующее о поражении опухолью гортано-глотки, увеличение лимфатических узлов шеи. Только после тщательно собранного анамнеза и детальной пальпации шеи приступают к ларингоскопии. Основным методом диагностики рака гортани является непрямая ларингоскопия.

Технику непрямой ларингоскопии студент усваивает на кафедре болезней органов уха, горла, носа. Следует указать студентам на необходимость уловить ранние, еще умеренные расстройства движения голосовых складок. Обсуждаются показания к двойной и прямой ларингоскопии, возможности рентгенологического метода. Особо следует подчеркнуть значение морфологического подтверждения диагноза, осуществляемого до начала лечения. При дифференциальной диагностике исключают хронический гипертрофический ларингит, папилломатоз гортани, пахидермию, доброкачественные опухоли, туберкулез, волчанку, гумму и склерому гортани. Диагноз устанавливают согласно международной классификации по системе TNM.

План лечения составляют с учетом стадии процесса, гистологической формы опухоли, ее локализации и общего состояния больного. Обсуждается возможность хирургического, лучевого и лекарственного метода лечения. Необходимо подчеркнуть желательность комбинированного лечения и преимущества дооперационной лучевой терапии.

При обсуждении прогноза заболевания следует указать, что ограниченные поражения гортани T<sub>1</sub> и T<sub>2</sub> могут быть извлечены как хирургическим, так и лучевым методом. Лечение больных в IV стадии заболевания сводится к симптоматическим мероприятиям: трахеостомии, гастростомии, противовоспалительной и обезболивающей терапии. После успешного лечения рака гортани в ранних стадиях большинство больных возвращается к прежней трудовой деятельности. При определении трудоспособности больных, перенесших оперативное вмешательство, учитывают объем производственной операции, степень сохранения функции и профессию больного.

Рак щитовидной железы занимает до 1% в общей структуре онкологической заболеваемости, и поэтому при изучении опухолей шеи данной локализации также уделяют внимание. Студенту необходимо напомнить анатомию и физиологию щитовидной железы. При курации больных раком щитовидной железы останавливаются на предраковых состояниях (аденома щитовидной железы, хронические тиреоидиты Хашимото и Риделя). Обследование больных раком щитовидной железы включает анамнез, общее исследование органов и систем больного, пальпацию шеи,



а также дополнительные исследования: радиоизотопные, цитологические, рентгенологические. Студент должен ознакомиться с методом  $I^{131}$ -индикация функции щитовидной железы и сканированием. Обсуждается вопрос о значении ее поднакопительной функции для выбора метода лечения. При проведении дифференциальной диагностики следует учитывать заболевания, имеющие сходную клиническую картину: узловатый зоб, хронические тиреоидиты Хашимото и Риделя, подострый тиреоидит де Кервена, острый гнойный тиреоидит, туберкулез, эхинококк, сифилис, доброкачественные опухоли щитовидной железы, лимфогрануломатоз, специфический лимфаденит шеи.

При выборе лечения исходят из стадии процесса, гистологической структуры опухоли и общего состояния организма. Обсуждаются возможности хирургического метода, дистанционной лучевой терапии, радиоiodтерапии, гормональной терапии и различных их комбинаций.

Студент должен получить четкое представление о показаниях к тиреоидэктомии, субтотальной резекции щитовидной железы и гемитиреоидэктомии. В случае выявления метастазов в лимфоузлах шеи показано фасциально-футлярное иссечение шейной клетчатки и операция Крайля.

Дистанционная гамма-терапия применяется в предоперационном и послеоперационном периодах. Студенту следует указать на преимущества дооперационного облучения. Успешно применяется лучевая терапия и как самостоятельный метод. Широкое распространение получило лечение радиододом. Студент должен ориентироваться в зависимости накопления радиодода от гистологической структуры опухоли. Фолликулярный рак, рак из клеток Ашкинази и опухоль Лангганса хорошо накапливают радиодод, папиллярная карцинома — слабо, а недифференцированный, плоскоклеточный и солидный рак с амилоидозом стромы — не накапливают.

Прогноз рака щитовидной железы зависит не столько от стадии, сколько от гистологической структуры опухоли. Студент должен учитывать это при составлении плана реабилитации и заключения о трудоспособности больного.

При клинических обходах и на амбулаторном приеме больных желательно продемонстрировать студентам другие опухоли, исходящие из органов шеи: опухоли глотки, шейного отдела пищевода, а также опухоли паращитовидных желез (аденомы и рак) и опухоли каротидной железы, обратив внимание на диагностику, методы лечения и гормональную активность двух последних.

Рекомендуется остановиться также на внеорганных опухолях шеи, которые можно разделить на три группы; I — опухоли нейроэктодермального генеза, включающие новообразования: а) периферических нервов (неврогенные саркомы, нейрофибромы, невриномы), б) собственно нервной ткани (глиомы), в) симпати-

ческих ганглиев, нейробластомы, ганглионевромы, г) параганглионарных структур (хемодектомы, параганглиомы); II — опухоли мезенхимального генеза: а) из фиброзной ткани (фибросаркомы, фибромы, десмоиды), б) из жировой ткани (липосаркомы, гиберномы, липомы), в) из синовиальной ткани (синовиальные саркомы, синовиомы), г) из сосудистой ткани (ангиосаркомы, гемангиоперицитомы, гемангиоэндотелиомы, гемангиомы, лимфангиомы), д) из мышечной ткани (лейомиосаркомы, рабдомиосаркомы, лейомиомы рабдомиомы) и др. III. Особую группу составляют дисэмбриональные внеорганные опухоли шеи: новообразования щитовидного протока, опухоли, исходящие из боковых кист шеи, бранхиогенный рак тератомы, тимомы и др.

Основной целью клинических занятий по опухолевой патологии шеи является ориентация студента в этом сложном вопросе. Студент должен усвоить классификацию опухолей данной локализации по гистогенетическому принципу и использовать ее при дифференциальной диагностике.

Важнейшим критерием диагноза является морфологическое исследование материала, полученного при пункции, биопсии, операции. Студент должен ориентироваться в дополнительных методах обследования и правильно оценивать их, используя полученные данные для составления плана лечения.

По данной теме рекомендуется следующая литература: основная — 7, 52; дополнительная — 33, 40.



**МЕТОДИЧЕСКАЯ СХЕМА  
ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ТЕМЕ «ОПУХОЛИ ШЕИ» (шифры 147, 149, 161, 193)**

Се- местр	Тема занятий	Содержание и форма занятий	Практические навыки	Материальное обеспечение
VII— VIII	<p>1) Органнне опухоли шен (гортани, щитовидной железы, парашитовидных желез, каротидной железы). Гистогенез, семнотика, клиника, классификация, лечение.</p> <p>2) Внеорганные опухоли (нейроэктодермального генеза, из мезенхимы и дисэмбриональные).</p> <p>3) Опухолевые поражения лимфатических узлов шен.</p>	<p>Заполнение анкеты проверки исходного уровня студента по норме и патологии органов шен. Изучение частоты заболевания раком щитовидной железы по матерналам диспансера.</p> <p>Нозологические формы органнных и внеорганных опухолей шен. Первичное и вторичное опухолевое поражение лимфатических узлов шен. Курация больных раком щитовидной железы и заполнение учебной истории болезни. Демонстрация болеванийми опухолими заболеваниями шен.</p>	<p>Сбор анамнеза, физикальное обследование больных опухолями шен. Пункция опухолей шен и изготовление цитологического мазка. Участие в радиоизотопной индикации щитовидной железы. Разбор скеннограмм.</p>	<p>Анкета по проверке исходного уровня знаний по норме и патологии органов шен. Учебная история болезни. Набор для пункционной биопсии. Набор скеннограмм.</p>
Субор- дина- тура	<p>Опухоли шен: дифференциальная диагностика и составление индивидуальных планов лечения.</p>			



## АНКЕТА

### ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ ПО НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ШЕИ (шифры 147, 149, 161, 193)

Фамилия, имя, отчество студента \_\_\_\_\_

Курс \_\_\_\_\_ Группа \_\_\_\_\_

1. Нарисуйте на схеме основные артериальные стволы шеи и укажите их названия.
2. Назовите фасции шеи.
3. Назовите основные группы лимфатических узлов шеи.
4. Какие нервные стволы проходят на шее?
5. Какими артериями кровоснабжается щитовидная железа?
6. Какие гормоны продуцирует щитовидная железа? Околощитовидная железа?
7. Из каких образований происходят боковые кисты шеи? Срединные кисты шеи?
8. Какова функция каротидной железы?
9. Какие злокачественные опухоли дают метастазы в лимфатические узлы шеи?



Схема шеи.

10. Обоснуйте радионуклидную диагностику заболеваний щитовидной железы.
11. Какие виды зоба Вы знаете?

Дата

Подпись студента



**ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ ПО ТЕМЕ «ОПУХОЛИ ШЕИ»**  
(шифры 147, 149, 161, 193)

Преподаватель \_\_\_\_\_ Студент \_\_\_\_\_

Группа \_\_\_\_\_ Оценка \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

1. Схема анатомии шеи. Обозначьте на схеме основные артериальные стволы и группы лимфатических узлов.

2. Предопухолевые заболевания. Из перечисленных заболеваний выделите предраковые и подчеркните их одной чертой; те из них, где вероятность малигнизации особенно высока, подчеркните двумя чертами: эутиреоидный зоб, гипертиреоидный зоб, диффузная струма, узловатый зоб, зоб Риделя, тиреоидит Хашимото, боковая киста шеи, срединная киста шеи, фолликулярная аденома щитовидной железы, капиллярная аденома щитовидной железы, туберкулезный лимфаденит шеи, хронический лимфаденит, мононуклеоз, хронический ларингит, лейкоплакия слизистой оболочки гортани, пахидермия, папиллома гортани, фиброма гортани, острый лимфаденит.

3. Гистогенез опухолей шеи. Напишите, какие злокачественные и доброкачественные опухоли шеи развиваются из указанных тканей (органов):



*Схема анатомии шеи.*

Ткань, орган	Доброкачественные опухоли	Злокачественные опухоли
Слизистая оболочка гортани Эпителий щитовидно-язычного протока Эпителий околощитовидных желез Каротидная железа Эмбриональные зачатки жаберного аппарата Щитовидная железа Периферические нервы шеи Симпатические ганглии Параганглионарные структуры Фиброзная ткань Жировая ткань Мышечная ткань Кровеносные сосуды Лимфатические сосуды Лимфатические узлы		

4. Диагностика и лечение опухолей шеи. Укажите, какие симптомы могут наблюдаться при раке щитовидной железы, TNM (значение символов проставляется преподавателем)

Опухоль \_\_\_\_\_

Регионарные лимфатические узлы \_\_\_\_\_

Отдаленные метастазы \_\_\_\_\_

Составьте план лечения: больному \_\_\_\_\_ лет, опухоль имеет \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ гистологическую структуру и не накапливает (указывается преподавателем)

радиоактивный йод.

5. Составьте план обследования больного \_\_\_\_\_ лет, у которого в \_\_\_\_\_ области шеи обнаружен узел \_\_\_\_\_ консистенции,

\_\_\_\_\_ подвижен, \_\_\_\_\_ болезненный (вводные данные проставляет (не) \_\_\_\_\_ (без) \_\_\_\_\_

преподаватель).

6. Составьте план лечения больного \_\_\_\_\_ лет, у которого обнаружен рак \_\_\_\_\_ отдела гортани T \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ (данные проставляет преподаватель).

Дата

Подпись студента



Кафедра онкологии \_\_\_\_\_

**УЧЕБНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**  
**«ОПУХОЛИ ШЕИ» (шифры 147, 149, 161, 193)**

История болезни № \_\_\_\_\_ Поступил \_\_\_\_\_

Выписан \_\_\_\_\_

Отделение \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_

Фамилия, имя отчество \_\_\_\_\_

Стадия TNM

\_\_\_\_\_

Клиническая группа \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Группа крови \_\_\_\_\_

Резус-принадлежность

\_\_\_\_\_

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Жалобы: нарушение общего состояния, возбудимость, раздражительность, сонливость, апатия, \_\_\_\_\_  
слабость (есть, нет), значительная, быстрая утомляемость, похудание (да, нет) на \_\_\_\_\_ кг за \_\_\_\_\_ недель, \_\_\_\_\_  
месяцев. Нарушение глотания (да, нет), поперхивание, ощущение задержки пищевого комка \_\_\_\_\_, на каком уровне. Изменение фонации \_\_\_\_\_ Другие жалобы \_\_\_\_\_

Дата первичного обращения за медицинской помощью по поводу данного заболевания \_\_\_\_\_

В какое медицинское учреждение \_\_\_\_\_

Дата установления первичного диагноза рака \_\_\_\_\_

## ЭТАПЫ ДАЛЬНЕЙШЕГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО

Дата	Название лечебного учреждения	Место обследования и результаты	Диагноз	Лечение

Опухоль возникла на почве предшествующих заболеваний (каких?) \_\_\_\_\_

Больной выявил опухоль сам \_\_\_\_\_

Опухоль обнаружена при обращении к врачу по поводу общего заболевания \_\_\_\_\_

Опухоль выявлена при профосмотре \_\_\_\_\_

### АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Профессия \_\_\_\_\_ Производственные вредности \_\_\_\_\_

Вредные привычки (курение, алкоголь) \_\_\_\_\_

Перенесенные заболевания (указать год и диагноз) \_\_\_\_\_

Опухолевые заболевания в семье \_\_\_\_\_

### ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Рост \_\_\_\_\_ Масса тела \_\_\_\_\_

Проводится описание общего статуса больного по органам и системам.

Местный статус: форма шеи \_\_\_\_\_

видимые деформации \_\_\_\_\_ симметричность \_\_\_\_\_

Локализация опухоли: 1) подбородочный треугольник, 2) подчелюстной треугольник, 3) подъязычная область, 4) сонный треугольник, 5) лопаточно-трахеальный треугольник, 6) грудно-ключично-сосцевидная область, 7) зачелюстная ямка, 8) боковой треугольник шеи, 9) надключичная область, 10) лопаточно-ключичный треугольник, 11) задняя область шеи.

Размеры опухоли: при первичном осмотре \_\_\_\_\_

до назначения лечения \_\_\_\_\_

после лучевого лечения \_\_\_\_\_

после химиотерапии \_\_\_\_\_



Консистенция опухоли: тестоватая, мягко-эластичная, хрящеподобная, зернистая. Пульсация опухоли: видимая на глаз, определяется при пальпации, не определяется.

Ограниченность опухоли: четкая, не ясная, не определяется.

Смещаемость (да, нет). Сращение с кожей, с подлежащими тканями,

изъязвление \_\_\_\_\_

Характер опухоли: узел, конгломерат узлов, инфильтрат, диффузное уплотнение \_\_\_\_\_

Лимфатические узлы: подчелюстные \_\_\_\_\_, подбородочные \_\_\_\_\_, грудно-ключично-сосцевидные, надключичные, глубокие лимфатические узлы шеи \_\_\_\_\_

Размер лимфатических узлов \_\_\_\_\_, одиночные, множественные.

Консистенция \_\_\_\_\_ . Подвижность \_\_\_\_\_

Спаянные между собой, с подлежащими тканями, с кожей \_\_\_\_\_

Болезненные \_\_\_\_\_

Данные дополнительного обследования органов шеи: \_\_\_\_\_

Цитологическое исследование пунктатов опухоли (дата, результат)

\_\_\_\_\_

пунктатов лимфатических узлов (дата, результат) \_\_\_\_\_

Гистологическое исследование опухоли (дата, результат) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

лимфатических узлов (дата, результат) \_\_\_\_\_

Рентгенологическое исследование \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Эндоскопическое исследование \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Обоснование диагноза \_\_\_\_\_

диагноз основной \_\_\_\_\_

диагноз сопутствующий \_\_\_\_\_

## ЛЕЧЕНИЕ

План лечения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Лучевое лечение (самостоятельное, дооперационное, послеоперационное — вид, доза, даты проведения) \_\_\_\_\_

Операция (название, дата) \_\_\_\_\_

Обезболивание \_\_\_\_\_

Описание препарата (первичная опухоль, отношение к окружающим тканям, состояние регионарных лимфатических узлов) \_\_\_\_\_

Гистологическое исследование (дата, диагноз) \_\_\_\_\_

Непосредственный результат операции \_\_\_\_\_

Осложнения общего характера \_\_\_\_\_

Послеоперационная лучевая терапия (вид, доза, дата) \_\_\_\_\_

Химиотерапия (препараты, дозы, даты) \_\_\_\_\_

Другие методы лечения \_\_\_\_\_

План реабилитации \_\_\_\_\_

Трудовая экспертиза \_\_\_\_\_

#### НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМ

Дата	Результат	Рекомендации
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Рецидив в зоне операции (дата, характеристика) \_\_\_\_\_

Метастазы (дата, локализация, размеры) \_\_\_\_\_

Дата смерти \_\_\_\_\_

Причина смерти \_\_\_\_\_

Длительность жизни больного: с момента выявления опухоли \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, с момента окончания радикального лечения \_\_\_\_\_

#### РАСШИРЕННЫЙ ЭПИКРИЗ



## Тема 5: РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Главная цель занятия — дать основные представления по названной теме, подготовить студента к более самостоятельной работе во время субординатуры.

При изучении этиологии рака молочной железы (РМЖ) студент должен располагать данными, касающимися территории (область, край, республика), обслуживаемой онкологическим учреждением, на базе которого создана кафедра. Это данные о заболеваемости, смертности, количестве больных II, III и IV клинических групп за последние годы. Указанные сведения могут быть использованы после клинического обхода и осмотра больных и служить основой для общей оценки уровня диагностики. Они должны осмысливаться студентом при сборе анамнеза и установлении причин несвоевременной диагностики и позднего распознавания РМЖ. Более подробно этот вопрос разбирается при заполнении бланка «Протокол на случай несвоевременного выявления рака».

Учитывая наружную локализацию опухоли, следует не только выявить ведущую причину запущенности, но и сделать организационные выводы, которые помогли бы снизить процент несвоевременной диагностики. Это касается также недостаточной осведомленности больных в отношении опухолей МЖ или их нежелания лечиться, т. е. уровня санитарно-гигиенического просвещения, пропагандирующего самообследование больных, профилактические осмотры и убежденность в успешности лечения РМЖ.

Сбор анамнеза преследует также другие цели: установление нарушений гормонального равновесия в организме, особенно половой и детородной функций, возраст больной при первой беременности, количество беременностей и родов, количество аборт, применение противозачаточных средств, укорочение времени кормления грудью, т. е. выяснение роли патогенетических факторов РМЖ. В такой же мере имеет значение сбор генетического анамнеза, в частности о заболевании РМЖ и другими злокачественными опухолями родственников больной по линии как отца, так и матери (формирование групп «повышенного риска»).

Учитывая роль печени в обмене стероидных гормонов, необходимо обратить внимание на эту сторону вопроса, выяснить режим и характер питания, учесть перенесенные и сопутствующие заболевания.

Следует по возможности выяснить темпы роста опухоли, ее размеры при первичном обнаружении, оценить все жалобы, особенно те, которые помогают установить степень распространенности опухоли, зная, что даже при незначительных ее размерах могут развиваться отдельные метастазы (в кости, легкие, печень).

Симптоматология и семиотика РМЖ в ранних стадиях очень скудна и сводится в основном к наличию чаще всего безболезненной опухоли. Только в более поздних стадиях, в связи с прорастанием опухоли в кожу, изъязвлением, метастазированием, клинические симптомы становятся более многообразными.

Своевременная диагностика РМЖ требует определенных навыков в пальпации молочной железы. Обращают внимание на размеры, симметричность, форму, консистенцию молочных желез. Необходимо научиться правильно пальпировать молочную железу и регионарные лимфатические узлы в различных положениях больной. При наличии опухоли или множественных уплотнений уточняют их локализацию (определяют квадранты), размеры, консистенцию, отношение к окружающим тканям, подвижность, смещаемость, болезненность. При пальпации подмышечной и подлопаточной ямок устанавливают пальпируются ли лимфатические узлы. В случае пальпаторного выявления лимфатических узлов, описывают их количество, размеры, без чего невозможно определить стадию процесса. Чем глубже расположена опухоль, чем больше размеры и плотнее консистенция ткани молочной железы, тем труднее установить характер опухоли и степень поражения лимфатических узлов. Поэтому пальпаторное исследование нужно считать основой для последующих диагностических мероприятий. К ним относятся: бесконтрастная рентгено(ксеро)маммография, контрастная маммо(дукто)графия, термография, цитологическое исследование выделений из соска, пункция опухоли, цитологическая и гистологическая диагностика. При разборе маммограмм необходимо обратить внимание на ведущие диагностические симптомы (контуры, плотность опухоли, обызвествление). Анализ термограмм лучше проводить параллельно с рентгенограммами. Особо следует отметить пункционную цитологию и биопсию опухоли: ощущения при прокалывании (плотность ткани), количество и характер содержимого, наносимого на предметное стекло, а при пункции кистовидных образований — на количество, цвет, прозрачность жидкости. При изготовлении цитологического препарата равномерно «размазывают» по стеклу содержимое, обращая внимание на крошкообразные включения, которые могут содержать основную массу опухолевых клеток. При достаточном количестве содержимого изготавливают 2—3 препарата, один из них срочно окрашивают метиленовым синим и изучают под микроскопом. Микроскопическая картина запоминается студентам и служит лучшим подтверждением роли и ценности цитологической диагностики РМЖ.

При разборе лимфограмм акцентируют внимание на контурах приводящих и отводящих лимфатических сосудов, их извилистости, утолщениях, обрывах, на размерах, дефектах наполнения лимфатических узлов.



Разбор клинических симптомов метастазирования в кости, которые чаще всего предшествуют рентгенологическим проявлениям метастазов, должен нацелить студента на дальнейшее обследование больных (рентгенограммы, томограммы, щелочная фосфатаза и кальций крови). Такое же внимание следует уделить изучению симптомов метастазов в легкие, плевру, средостение, подчеркнув, что в этих случаях клинические симптомы могут предшествовать другим, в частности рентгенологическим, проявлениям метастазов. Это обстоятельство нужно особенно подчеркивать, так как другая трактовка диагноза метастазов нередко ведет к неправильному лечению больных и к стимуляции опухолевого роста.

При распознавании метастазов в тела позвонков, головной мозг необходимо точно описать неврологический статус. Указанная группа больных может лечиться средствами химио-, гормоно- и лучевой терапии.

Студент IV курса должен ознакомиться со стадиями процесса по системе TNM, с патологоанатомическими заключениями, поскольку эти данные имеют принципиальное значение для составления плана лечения.

Самым сложным вопросом в изложении клиники РМЖ является лечение этой категории больных, так как до сих пор нет общепринятых схем лечения в зависимости от стадии процесса, формы роста опухоли, состояния различных функциональных систем организма, в частности эндокринной и иммунологической.

Нужно уделить внимание общим элементам лечения (хирургический, лучевой, химиотерапевтический, гормональный методы), т. е. основным операциям при РМЖ, способам лучевого лечения (дооперационное, самостоятельное), главным химиопрепаратам и элементам аблативной и лекарственной гормональной терапии.

Студента-субординатора нацеливают на индивидуализацию лечения РМЖ, его следует ознакомить с критериями для выбора отдельных видов операций (более подробно для хирургов), методами моно-, ди- и полихимиотерапии и критериями для их выбора (более подробно для терапевтов), и, наконец, — с критериями гормонотерапии (ПХ, гормональные рецепторы, фенотип, возраст, гормональный обмен, цитограммы, мазки из влагалища и др.). Больных необходимо наблюдать в процессе стационарного лечения, чтобы убедиться в непосредственной его эффективности и ознакомиться с отдаленными результатами лечения в поликлинике. В процессе комплексного лечения изучают данные иммунологического профиля больных (реакция бласттрансформации, РОК, БОК, кожные пробы), помогающие индивидуализировать лечение, выбрать оптимальные интервалы между отдельными этапами и методами лечения, предвидеть появление рецидивов и метастазов.

Важнейшим методическим приемом является изучение операционного препарата (секторальная резекция, мастэктомия), описание патологических находок (фиброз, кисты, пролиферативных узлов). При разборе патологических препаратов рекомендуется указать на пролиферативные формы фибroadеноматоза как морфологические критерии групп повышенного риска.

На всех этапах лечения (поликлиника, стационар), а также при направлении на ВКК, ВТЭК большое внимание следует уделять вопросам деонтологии. Нужно показать, что не только сам факт заболевания РМЖ (о чем большинство больных узнает), но и такие оперативные вмешательства, как мастэктомия и нарушающие репродуктивную и гормональную функцию организма (кастрация, эпинефрэктомия), иногда наносят непоправимый удар по психике больной. Поэтому психологическая реабилитация, проникнутая духом гуманности и оптимизма, в дальнейшем определяет социальную реабилитацию. Это тем более важно, что в будущем можно надеяться на улучшение своевременной диагностики РМЖ и на большее количество больных в III клинической группе, которые могут заниматься полезным общественным трудом и вернуться к полноценной творческой жизни.

По данной теме рекомендуется следующая литература: основная — 7, 44; дополнительная — 4.



**МЕТОДИЧЕСКАЯ СХЕМА  
ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ТЕМЕ «РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ» (шифр 174)**

Се- местр	Тема и учебная цель	Содержание и форма занятий	Практические навыки	Материальное обеспечение
VII— VIII	Эпидемиология рака молочной железы (РМЖ). Предрак. Семiotика и диагностика РМЖ. Клинико-морфологическая классификация РМЖ. Принципы лечения РМЖ. Клинические группы.	Заполнение анкет по проверке исходного уровня знаний студента по норме и патологии молочной железы. Рассмотрение заболеваемости и смертности от РМЖ по данным области (края, республики), где находится медицинский институт. Нозологические формы предрака (фиброаденоматоз). Четырехградная и международная классификация по системе TNM. Гистологические формы, метастазирование. Элементы хирургического, лучевого, лекарственного и гормонального лечения. Непосредственные результаты. Клинические группы.	Сбор анамнеза, физикальное обследование с акцентом на молочную железу и зоны регионарного метастазирования. Изготовление цитологического мазка. Осмотр и изучение операционных препаратов. Элементы расшифровки маммограмм, рентгенограмм с отдаленными метастазами, лимфограмм.	Анкета по проверке исходного уровня знаний по норме и патологии молочной железы. Статистические формы учета и отчетности № 285, 30, 286. Набор для пункции и пункционной биопсии.
Субор- дина- тура	Эпидемиология РМЖ. Предрак и элементы групп риска (фиброаденоматоз) с анализом патогенетических факторов. Особенности клинико-морфологической классификации форм и темпов роста РМЖ. Дифференциальная диагностика РМЖ. От-	Заполнение учебной истории болезни «Опухоль молочной железы» и курация больного. Заполнение бланка домашнего задания «Опухоль молочной железы». Эпидемиология РМЖ в отдельных республиках СССР и других странах мира. Значение эндокринного статуса (фепотип, экскреция гормонов, картина вагинальных мазков) для течения РМЖ, его клинические формы роста, локализация. Пути метастазирования.	Сбор анамнеза, в частности генетического (формирование групп риска). Производство пункции опухоли РМЖ, участие в операции (для хирургов). Чтение цитограмм РМЖ (более подробно для терапевтов). Изучение цитологических препаратов, особен-	Учебная история болезни «Опухоль молочной железы» бланки домашних заданий «Опухоль молочной железы». Бланки форм ЦСУ № 285, 30, 286, 248. Набор для пункции и пункционной биопсии. Набор маммограмм, термограмм, лимфограмм, музейные препараты удаленных молочных желез. Таблицы, диапозитивы. Санбюллетень.

даленные результаты лечения. Реабилитация. Цель занятия — убедить студента в возможности более ранней диагностики РМЖ и улучшении отдаленных результатов лечения.

Составление плана операции с учетом индивидуальной особенностей опухоли и организма. Типы хирургических вмешательств (более подробно для хирургов), обеспечение абластики, роль лучевого лечения, особенно предоперационного и самостоятельного.

Гормонотерапия, критерии; аблационная и лекарственная терапия (более подробно для терапевтов и гинекологов).

Отдаленные результаты лечения и анализ прогностических факторов. Реабилитация, участие в работе ВКК, ВТЭК.

но с наличием факторов риска (пролиферативные формы фиброаденоматоза) и отдельных форм РМЖ. Демонстрация больших с запущенными РМЖ и запущенные формы № 248, 285, 266, 307.



## АНКЕТА

### ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ СТУДЕНТА ПО НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (шифр 174)

Фамилия, имя и отчество студента \_\_\_\_\_

Курс \_\_\_\_\_ Группа \_\_\_\_\_

1. Где могут располагаться рудиментарные добавочные молочные железы (МЖ) у женщины и чем обусловлена их топография? \_\_\_\_\_

2. Какая ткань составляет основную массу МЖ? \_\_\_\_\_

3. Назовите составные анатомические части МЖ \_\_\_\_\_

4. Какие эпителиальные структуры имеются в МЖ (попробуйте нарисовать)? \_\_\_\_\_

5. Какие гормоны стимулируют развитие и функционирование МЖ у женщины? \_\_\_\_\_

6. Какие гормоны тормозят развитие и функцию МЖ? \_\_\_\_\_

7. Назовите доброкачественные опухоли МЖ \_\_\_\_\_

8. Назовите злокачественные опухоли МЖ \_\_\_\_\_

9. Что Вам известно об этиологических факторах рака МЖ? \_\_\_\_\_

Дата

*Подпись студента*

**ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ ПО ТЕМЕ «РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»**  
(шифр 174)

Преподаватель \_\_\_\_\_ Студент \_\_\_\_\_

Группа \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ Оценка \_\_\_\_\_

1. Обозначьте по схеме основные группы лимфатических узлов, покажите стрелочками направления лимфооттока.



Схема молочной железы.

2. Предопухолевые заболевания. Из перечисленных заболеваний выделите предраковые и подчеркните их одной чертой; заболевания с особенно большой вероятностью малигнизации подчеркните двумя чертами: диффузная мастопатия, локализованная мастопатия, кровотокающий сосок, болезнь Мондора, липома, фиброаденома, аденома, фиброма, киста, туберкулез, актиномикоз, острый мастит, хронический мастит, листовидная фиброаденома, экзема соска.

3. Эпидемиология. Подчеркните названия республик СССР (РСФСР, УССР, БССР, Литовская, Эстонская, Грузинская, Таджикская, Узбекская, Казахская ССР) и стран (ПНР, ЧССР, Япония, Индия, КНР, Великобритания, ВНР, США, Дания) с минимальной (одной чертой) и максимальной (двумя чертами) заболеваемостью раком молочной железы. Укажите удельный вес рака молочной железы в структуре онкозаболеваний: СССР \_\_\_\_\_  
республики \_\_\_\_\_, области \_\_\_\_\_

4. Этиология. Подчеркните этиологические факторы, играющие роль в возникновении рака молочной железы: бактериальная инфекция, травма, климатические влияния, алиментарные факторы, генетические факторы, ограничения детородной функции, нарушение половой функции, уменьшение лактации, географическая среда, факторы питания.

5. Основные симптомы и диагностика по стадиям. Подчеркните симптомы, соответствующие указанной стадии рака молочной железы. TNM (цифровые обозначения символов TNM даются преподавателем). Размер опухоли менее 2 см, 2—5 см, 5—10 см, более 10 см, кожа не вовлечена в процесс, ограниченная втянутость кожи, морщинистость, инфильтрация, изъязвление,



лимфатическая корка (в области опухоли), лимфатическая корка за пределами опухоли, нет ретракции соска, нет фиксации к грудной стенке, фиксация к грудной стенке, сморщивание всей молочной железы. Характеристика лимфатических узлов: отсутствие увеличенных лимфоузлов; односторонние лимфатические узлы прощупываются, но смещаемые, односторонние аксиллярные лимфатические узлы спаяны между собой или с окружающими тканями; односторонние над- и подключичные лимфоузлы, отек руки, поражение противоположных лимфатических узлов. Нет отдаленных метастазов, имеются отдаленные метастазы.

Какие дополнительные исследования следует провести (подчеркнуть) для определения лечебной тактики: пункция основного очага, пункция лимфатических узлов, лимфография, маммография, медиастиноскопия, определение полового хроматина опухоли, бронхоскопия, определение полового хроматина в слизистой оболочке рта, определение гормонального зеркала, определение экскреции стероидных гормонов с мочой.

6. Лечение. Подчеркните лечение, назначенное в указанной выше (п. 5)

стадии, если больной \_\_\_\_\_ лет, форма роста опухоли \_\_\_\_\_ локализация

\_\_\_\_\_, половой хроматин опухоли \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, менструация \_\_\_\_\_

(данные заполняются преподавателем). Дооперационная лучевая терапия, расширенная мастэктомия по Урбану, радикальная мастэктомия типа Холстеда, операция Патая, секторальная резекция, аднексэктомия, послеоперационная лучевая терапия, лучевая терапия как самостоятельный вид лечения, послеоперационная химиотерапия, гормонотерапия андрогенами, гормонотерапия эстрогенами.

7. Какими химиопрепаратами можно проводить противорецидивные курсы (подчеркнуть): сарколизин, новэмбихин, циклофосфан, циклофосфамид, дегранол, тиотэф, имифос, дипин, миэлосан, меркаптопурин, 5-фторурацил, фторафур, хризомалин, брунеомицин, оливомицин, адриабластин, нитрозометилмочевина, блеомицин, дийодбензо-тэф.

8. Прогноз заболевания. Подчеркните решающие для прогноза факторы: возраст, степень распространения основной опухоли (Т), наличие метастазов в лимфоузлы (N), форма роста экзофитная (неблагоприятная, благоприятная), эндофитная (неблагоприятная, благоприятная).

Какой прогноз у больных с указанной в п. 5 стадией: подчеркнуть вероятное пятилетнее выздоровление — менее 10%, 11—25%, 26—50%, 51—75%, 76—90%, более 90%.

9. Укажите срок нетрудоспособности (1, 2, 3, 4 месяца) и группу инвалидности (1, 2, 3 группа) больной, указанный в п. 5.

План реабилитации: психологической, социальной, трудовой.

**УЧЕБНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ  
«РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ» (шифр 174)**

История болезни № \_\_\_\_\_

Стадия TNM \_\_\_\_\_

Поступила \_\_\_\_\_ Выбыла \_\_\_\_\_

Клиническая группа \_\_\_\_\_

Количество койко-дней \_\_\_\_\_

Группа крови \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

Резус-принадлежность \_\_\_\_\_

Пол \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_

Половой хроматин \_\_\_\_\_

Семейное положение \_\_\_\_\_

Профессия \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Начало заболевания \_\_\_\_\_

Длительность заболевания \_\_\_\_\_ лет, \_\_\_\_\_ месяцев

Первый симптом: опухоль, уплотнение, выделение из соска, деформация \_\_\_\_\_

Дата первичного обращения за медицинской помощью по поводу данного заболевания \_\_\_\_\_

В какое медицинское учреждение \_\_\_\_\_

Дата установления первичного диагноза рака \_\_\_\_\_

**ЭТАПЫ ДАЛЬНЕЙШЕГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ**

Дата	Название лечебного учреждения	Методы обследования и их результаты	Диагноз	Лечение



Опухоль возникла на почве мастопатии, после травмы, мастита \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, в здоровой железе (подчернуть).

Больная выявила опухоль сама, опухоль выявлена при профосмотре (подчеркнуть).

### АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Семейное положение: незамужем, замужем \_\_\_\_\_ лет.

вдова \_\_\_\_\_ лет, брак 1-й, 2-й \_\_\_\_\_

Менструация с \_\_\_\_\_ лет, по \_\_\_\_\_ дней, через \_\_\_\_\_ дней \_\_\_\_\_

Приливы \_\_\_\_\_, Беременностей \_\_\_\_\_, последняя \_\_\_\_\_

Роды \_\_\_\_\_, последние \_\_\_\_\_ Кормления \_\_\_\_\_

до \_\_\_\_\_ мес.

Аборт(ов) \_\_\_\_\_ последний \_\_\_\_\_

Перенесенные заболевания (год, диагноз) \_\_\_\_\_

Опухолевые заболевания в семье \_\_\_\_\_

### ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Рост \_\_\_\_\_ Масса тела \_\_\_\_\_ Размеры молочных желез (большие, малые, средние). Форма \_\_\_\_\_ симметрия \_\_\_\_\_

Локализация опухоли: сторона \_\_\_\_\_, квадрант \_\_\_\_\_

Размер опухоли: до лучевого облучения \_\_\_\_\_, до операции \_\_\_\_\_

Консистенция: тестоватая, мягкоэластичная, хрящеподобная, зернистая

Ограниченность опухоли: четкая, неясная, не определяется.

Смещаемость (да, нет) \_\_\_\_\_

Сращение с кожей, с мышцами, с грудной клеткой

Изъязвление (да, нет), размеры \_\_\_\_\_

Ареола — форма правильная, измененная.

Сосок: смещен, втянут, без изменений \_\_\_\_\_

Выделения из соска: серозные, кровянистые, сливкообразные, гнойные

Характер опухоли: узел, инфильтрат, диффузное уплотнение \_\_\_\_\_

Отек сегмента, центра, всей железы, верхней конечности \_\_\_\_\_

Лимфатические узлы (размер, консистенция), аксиллярные \_\_\_\_\_

надключичные \_\_\_\_\_ другие группы лимфатических узлов \_\_\_\_\_

Метастазы (где, размеры) \_\_\_\_\_

## ДАнные ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Цитологическое исследование выделения из соска \_\_\_\_\_

Цитологическое исследование пунктатов первичной опухоли \_\_\_\_\_

Цитологическое исследование пунктатов метастазов \_\_\_\_\_

Половой хроматин в первичной опухоли \_\_\_\_\_

Другие дополнительные исследования \_\_\_\_\_

## ЛЕЧЕНИЕ

Дооперационное облучение: какое \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

Доза: молочная железа \_\_\_\_\_, аксиллярная область \_\_\_\_\_

надключичная область \_\_\_\_\_, парастернальная область \_\_\_\_\_

Операция (название, оператор, дата) \_\_\_\_\_

Обезболивание \_\_\_\_\_

Супероперационная химиотерапия \_\_\_\_\_

Операционный препарат: первичный очаг \_\_\_\_\_ (вид, размеры)

Вторичные узлы в молочной железе (какие?) \_\_\_\_\_

Поражение лимфатических узлов: аксиллярных, подключичных, надключичных, парастернальных \_\_\_\_\_

Гистологическое исследование: срочное, дата \_\_\_\_\_

Плановое: №, дата \_\_\_\_\_, основной очаг \_\_\_\_\_

окружающие ткани \_\_\_\_\_; лимфатические узлы — аксиллярные \_\_\_\_\_, подключичные \_\_\_\_\_

парастернальные \_\_\_\_\_

Осложнения: местные \_\_\_\_\_, общие \_\_\_\_\_

Непосредственный результат \_\_\_\_\_

Послеоперационная дистанционная гамма-терапия \_\_\_\_\_



Послеоперационная химиотерапия \_\_\_\_\_

Вмешательства на яичниках \_\_\_\_\_

Гистологическое исследование яичников \_\_\_\_\_

Гормонотерапия (препарат, доза, дата, результат) \_\_\_\_\_

Другие методы лечения \_\_\_\_\_

План реабилитации \_\_\_\_\_

Трудовая экспертиза \_\_\_\_\_

### НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНОЙ

Дата	Результат	Рекомендации

Рецидив в зоне операции (дата, характеристика) \_\_\_\_\_

Метастазы (дата, локализация, размеры, единичные или множественные) \_\_\_\_\_

в лимфатических узлах (каких) \_\_\_\_\_

костях \_\_\_\_\_, легких и плевре \_\_\_\_\_

печени \_\_\_\_\_, других органах \_\_\_\_\_

Дата смерти \_\_\_\_\_ Причина \_\_\_\_\_

Длительность жизни больной: с момента выявления опухоли \_\_\_\_\_

с момента радикальной операции \_\_\_\_\_

### РАСШИРЕННЫЙ ЭПИКРИЗ

## Тема 6: РАК ПИЩЕВОДА

Главная цель занятия — дать основное представление о диагностике и лечении рака пищевода и подготовить студента к более самостоятельной работе в субординатуре.

При изучении этиологии рака пищевода широко используются данные об эпидемиологии этого заболевания. Среди заболеваний пищевода рак — самая частая болезнь; в структуре онкологической заболеваемости он занимает более скромное место (около 6%). Распространенность рака пищевода в различных республиках Союза весьма неравномерная. Необходимо проанализировать причины этого явления на примере Украины, Белоруссии, Литвы как республик с низкой заболеваемостью раком пищевода (1,5—1,7 на 100 тыс. населения) и Туркменской, Узбекской, Казахской ССР как республик с высокой заболеваемостью (до 28 на 100 тыс. населения) и на основании этого анализа подойти к составлению группы повышенного риска. При этом учитывают возрастной фактор, пол, характер, регулярность приема пищи и напитков (горячая, твердая пища, алкоголь), курение, наличие других предрасполагающих к раку пищевода заболеваний (сидеропенический синдром, кардиоспазм, дивертикулы пищевода, грыжи пищеводного отверстия, доброкачественные опухоли, рубцовые структуры). Эти факторы учитывают при сборе анамнеза, а также при составлении протокола «Выявление у больных опухоли поздней стадии». В распознавании рака пищевода, особенно ранних его форм, важная роль принадлежит тщательно собранному анамнезу.

Необходимо уяснить, что ранние симптомы рака пищевода обычно слабо выражены, а явная дисфагия часто бывает признаком запущенности процесса. При выявлении характерного анамнеза проводят физическое, рентгенологическое и эндоскопическое обследования.

При физическом обследовании больного обращают внимание студентов на необходимость тщательного изучения всех органов и систем, так как эти данные нужны для установления истинной распространенности процесса и выбора метода лечения. Особое внимание уделяется пальпации периферических лимфатических узлов.

Симптомы рака пищевода с дидактической целью удобно разделить на пять групп: 1) местные; 2) общие; 3) симптомы поражения смежных органов и структур; 4) симптомы, связанные с отдаленными метастазами; 5) симптомы, обусловленные осложнениями.

После тщательного сбора анамнеза, общего осмотра больного, пальпации периферических лимфатических узлов и клинического исследования системы дыхания, кровообращения, внутренних органов и т. д. студент знакомится с данными



рентгенологического, лабораторного, эндоскопического обследования больного.

Желательно присутствие куратора при проведении рентгенологических исследований: рентгеноскопии, рентгенографии пищевода; при показаниях — рентгенокниематографии, пневмомедиастиноскопии, двойного контрастирования. Он должен оценить рентгенологические симптомы: сужение пищевода, ригидность и неровность его стенки, антиперистальтические движения, дефекты наполнения.

При помощи рентгеноскопии и рентгенографии уточняют топографию опухоли по отношению к позвонкам, дуге аорты, диафрагме, а также ее протяженность и форму. Эти сведения необходимы для ориентировочного планирования лечения. Если планируется оперативное лечение, более подробную информацию о рельефе слизистой оболочки пищевода получают в результате рентгенокниематографии.

Наиболее достоверные сведения о характере процесса дает эзофагоскопия, которая дополняется биопсией. Студенты присутствуют при эндоскопическом исследовании курируемых больных и полученные данные заносят в учебную историю болезни. Субординатор должен уметь интерпретировать данные лабораторного исследования. Изменения в картине крови неспецифичны для рака пищевода, хотя часто наблюдается анемизация, повышенная СОЭ, понижение содержания общего белка крови, особенно за счет альбуминовой фракции. В кале при помощи бензидиновой пробы можно определить скрытую кровь.

Рак пищевода следует дифференцировать с такими заболеваниями: а) хроническим эзофагитом; б) эзофагокардиоспазмом; в) рубцовым сужением пищевода; г) варикозным расширением вен пищевода; д) дивертикулом пищевода; е) доброкачественными опухолями.

Окончательный диагноз устанавливается с использованием системы TNM.

При обсуждении вопроса терапии рака пищевода исходят из: 1) стадии процесса, 2) локализации рака, 3) гистологического строения опухоли, 4) возраста и общего состояния больного. С учетом этих факторов обосновывают выбор оперативного или консервативного метода лечения.

В настоящее время операции при локализации опухоли в верхнем отделе пищевода не производят, при раке среднегрудного отдела показана операция Торека, при локализации опухоли в дистальных отделах — резекция пищевода. При локализации опухоли в среднегрудном отделе с операцией конкурирует лучевой метод лечения, который уже признан методом выбора при проксимальных локализациях рака.

Широко используется предоперационное облучение с целью улучшения результатов хирургического лечения рака пищевода.

Химиотерапия рака пищевода малоэффективна.

При составлении плана лечения студент должен оценить степень операционного риска, возможность радикального удаления опухоли и эффективность лучевой терапии. Необходимо обсудить методы предоперационной подготовки больного, роль парэнтерального питания.

Субординаторы хирургического профиля более глубоко изучают методы оперативных вмешательств (радикальных и паллиативных), а также принципы послеоперационного ведения больных.

Проводится трудовая экспертиза курируемых больных, оценивается прогноз и намечается план реабилитационных мероприятий. Большое внимание следует уделить вопросам деонтологии.

По данной теме рекомендуется следующая литература: основная — 7, 5; дополнительная — 41.



**МЕТОДИЧЕСКАЯ СХЕМА  
ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ТЕМЕ «РАК ПИЩЕВОДА» (шифр 150)**

Се- местр	Тема и учебная цель	Содержание и форма занятий	Практические навыки	Материальное обеспечение
VII— X	Эпидемиология рака. Семiotика и диагно- стика рака пищевода. Принципы лечения ра- ка пищевода. Клиниче- ские группы.	Заполнение контрольной анкеты для определения исходного уровня знаний студента. Клинический разбор тематических больных.. Изучение статистических данных о заболевае- мости и смертности от рака пищевода в регионе расположения института. Повторение вопросов этнологий, па- тогенеза, патологической анатомии. Демонстрация анатомических форм роста и гистологического строения. Изучение клиники и методов диагно- стики, закономерностей метастазиро- вания, стадийности, дифференциаль- ной диагностики. Выяснение показаний и противопоказаний к хирур- гическому лечению. Виды операций (радикальные, паллиативные), после- операционные осложнения. Изучение результатов хирургического лечения и пути их улучшения. Лучевое, ле- карственное и симптоматическое ле- чение.	Сбор анамнеза у боль- ных раком пищевода. Пальпация перифериче- ских лимфоузлов. Ана- лиз данных лабораторно- го, рентгенологического ис- следований.	Анкета для определе- ния исходного уровня знаний студента по нор- ме и патологии пищева- да. История болезни ку- рируемых больных. На- бор рентгенограмм.
Субор- дина- тура	Эпидемиология рака пищевода. Дифферен- циальная диагностика рака пищевода. Индиви- дуализированное лече- ние. Трудовая Экспер-	Изучение классических форм ра- ка пищевода. Проведение дифферен- циальной диагностики рака пищевода с анализом причин диагностических ошибок. Изучение основных рентге- нологических симптомов. Демонстра-	Полное клиническое обследование больного с участием в эндоскопиче- ском исследовании. Асси- стенция при операциях.	Учебные истории бо- лезни. Набор рентгено- грамм и гистологических препаратов опухолей пищевода.

тиза и реабилитация больных раком. Цель занятия — овладеть дифференциальной диагностикой опухолей пищевода.

ция эзофагоскопии и техники биопсии. Обсуждение критериев опербельности и выбора метода хирургического лечения. Изучение показаний и противопоказаний. Комбинированное и комплексное лечение. Изучение техники, показаний и противопоказаний к паллиативным операциям.



**АНКЕТА**  
**ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ СТУДЕНТА**  
**ПО НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ ПИЩЕВОДА**  
(шифр 150)

Фамилия, имя и отчество студента \_\_\_\_\_

Курс \_\_\_\_\_ Группа \_\_\_\_\_

1. Какие отделы пищевода Вы знаете? Назовите их границы.

2. Каково строение стенки пищевода в разных анатомических отделах?

3. Какие заболевания пищевода Вы знаете? \_\_\_\_\_

4. Назовите рентгенологические признаки опухолей пищевода.

5. Какие химические канцерогены Вы знаете? \_\_\_\_\_

6. Укажите заболевания, которые могут нарушить проходимость пищевода. \_\_\_\_\_

Дата

*Подпись студента*

### УЧЕБНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ «РАК ПИЩЕВОДА» (шифр 150)

История болезни № \_\_\_\_\_ Поступил \_\_\_\_\_ Выписан \_\_\_\_\_  
Отделение \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_  
Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_ Стадия \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Клиническая группа \_\_\_\_\_  
Адрес \_\_\_\_\_ Группа крови \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Резус-фактор \_\_\_\_\_

#### АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Дата начала заболевания \_\_\_\_\_, с каких симптомов: \_\_\_\_\_

Апетит \_\_\_\_\_, жажда \_\_\_\_\_, изжога \_\_\_\_\_

Отрыжка едой, воздухом, кислая, горькая, тухлым яйцом, нет.

Дисфагия: затруднение при глотании пищи твердой, кашицеобразной, жидкой. Как давно \_\_\_\_\_ Постоянная или переходящая дисфагия, связан-

ная с отрицательными эмоциями — да, нет.

Поперхивание при глотании — да, нет.

Явления дискомфорта за грудиной \_\_\_\_\_

Слюнотечение \_\_\_\_\_ Осиплость голоса — да, нет, как давно \_\_\_\_\_

Похудание — нет, есть, на сколько кг \_\_\_\_\_, на протяжении какого времени \_\_\_\_\_ слабость \_\_\_\_\_

Боли — есть, нет, постоянные, часто, приступы болей, локализация \_\_\_\_\_ иррадиация \_\_\_\_\_

Характер болей — острые, тупые, сжимающиеся, режущие, жгучие, опоясывающие. Интенсивность болей — сильные, незначительные, начинаются, постепенно, остро, при каких условиях \_\_\_\_\_

чем снимаются \_\_\_\_\_

Другие жалобы и симптомы \_\_\_\_\_

Дата первичного обращения за медицинской помощью по поводу данного заболевания \_\_\_\_\_

В какое лечебное учреждение \_\_\_\_\_



## ЭТАПЫ ДАЛЬНЕЙШЕГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО

Дата	Какое лечебное учреждение	Методы обследования и их результат	Диагноз	Лечение

Дата первичного диагноза рака \_\_\_\_\_

В каком учреждении \_\_\_\_\_

С каким диагнозом направлен в ООД \_\_\_\_\_

В каком состоянии — хорошо, тяжело, средней тяжести.

### АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Характер питания — дома, в столовой, \_\_\_\_\_ раз в день.

Соблюдает диету — да, нет, с какого времени \_\_\_\_\_

Привычка принимать горячую пищу (да, нет), твердую пищу (да, нет);  
 алкоголь принимает редко, часто, ежедневно, примерное количество и вид  
 алкогольных напитков \_\_\_\_\_

Курит с \_\_\_\_\_ лет, по \_\_\_\_\_ папирос в день.

Перенесенные заболевания (дата, диагноз) \_\_\_\_\_

Опухоли у родственников \_\_\_\_\_

### ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Общее состояние \_\_\_\_\_ ; масса тела \_\_\_\_\_ , рост \_\_\_\_\_

Полость рта (запах, слизистая оболочка, десны, язык, зубы, зев, небо,  
 глотка) \_\_\_\_\_

Видимые расстройства глотания \_\_\_\_\_

Состояние периферических лимфатических узлов \_\_\_\_\_

Данные рентгенологического исследования пищевода \_\_\_\_\_

Данные биопсии опухоли \_\_\_\_\_

Окончательный диагноз \_\_\_\_\_

Состояние других органов и систем: \_\_\_\_\_

Лечение: обоснование выбора методов лечения — лучевого, оперативного, химиотерапии \_\_\_\_\_

Операция (дата, название) \_\_\_\_\_

Препарат: локализация опухоли \_\_\_\_\_

поражение  $\frac{1}{3}$  просвета, более  $\frac{1}{3}$  просвета, тотальное поражение.

Опухоль экзофитная, эндофитная, глубина прорастания: в пределах слизистой, мышечный слой, все слои пищевода, переходит на соседние органы.

Расстояние от края опухоли до дистального \_\_\_\_\_

проксимального разреза \_\_\_\_\_

Гистологическое исследование опухоли \_\_\_\_\_

Послеоперационные осложнения \_\_\_\_\_

Облучение: поля \_\_\_\_\_, разовая доза \_\_\_\_\_, курсовая доза \_\_\_\_\_

Эффект облучения: объективный \_\_\_\_\_ %, субъективный \_\_\_\_\_  
отсутствует \_\_\_\_\_.

Химиотерапия: химиопрепарат \_\_\_\_\_, разовая доза \_\_\_\_\_

Эффект от химиотерапии \_\_\_\_\_

Осложнение от химиотерапии \_\_\_\_\_

Состояние больного при выписке \_\_\_\_\_

План реабилитации (социальной, медицинской, психологической)

Трудовая экспертиза \_\_\_\_\_

### РАСШИРЕННЫЙ ЭПИКРИЗ



## Тема 7: РАК ЖЕЛУДКА

Главная цель занятия — дать основные сведения о диагностике и лечении рака желудка при типичном его течении и этим подготовить студентов к более самостоятельному изучению атипически протекающего рака желудка при прохождении субординатуры.

Занятия по теме «Рак желудка» проводятся в хирургических отделениях онкодиспансера, поликлинике и вспомогательных диагностических кабинетах путем самостоятельной курации больных и углубленных клинических разборов.

При обсуждении вопроса этиологии рака желудка целесообразно широко использовать данные эпидемиологии, которые при этой локализации рака очень показательны. Необходимо остановиться на неравномерности распространения рака желудка в СССР и других странах, рассмотреть причины высокой заболеваемости в Эстонии, Латвии, на Украине, в Центральной части Российской Федерации и сопоставить их с низкими показателями в Молдавии, Грузии и других республиках южной части страны. Следует учесть динамику заболеваемости раком желудка на протяжении десятилетий, что хорошо демонстрируется данными по США. Эпидемиологию рака желудка изучают с использованием материалов, касающихся территории (области, края, республики), обслуживаемой онкологическим учреждением, на базе которого работает кафедра. Студенту должны быть предоставлены данные об уровне заболеваемости раком желудка и смертности, выявляемости по стадиям, структуре заболеваемости. Эти данные студент использует для установления причины несвоевременной диагностики опухоли у курируемых больных, составления «групп повышенного риска», оценивает их при составлении протокола запущенности.

Обсуждая причины неравномерности распространения рака желудка, выделяют три группы факторов: 1) географической среды (содержание микроэлементов в почве и в воде, климат и т. д.); 2) генетических особенностей населения (на примере высокой заболеваемости раком желудка не только среди населения Японии, но и среди эмигрантов японского происхождения в США); 3) относящиеся к исторически сложившимся привычкам потреблять определенную пищу и алкогольные напитки. Следует обратить внимание студентов на решающее значение последней группы факторов. Рак желудка — это прежде всего результат нерационального питания и злоупотребления крепкими алкогольными напитками. С этой точки зрения можно проанализировать низкую заболеваемость раком желудка в Грузии и Молдавии, а также в южных районах Франции.

Изучение эпидемиологии рака желудка должно привести к выводу о возможности влияния на заболеваемость и смертность путем проведения социально-гигиенических и организационных



мероприятий; в этом аспекте демонстрируются преимущества советской системы здравоохранения.

При подготовке к клиническому занятию и при курации больных с опухолями желудка студент знакомится с заболеваниями и патологическими состояниями, относимыми к предопухолевым процессам. При этом необходимо уяснить неодинаковую степень риска злокачественной трансформации при различных заболеваниях. Нужно четко представить себе, какие формы гастрита (гиперацидный, анацидный, нормацидный) таят в себе реальную опасность возникновения рака, оценить с этой точки зрения различные гистологические формы полипов (аденоматозные, пролиферирующие, грануломатозные), доброкачественные опухоли желудка и системные заболевания (мегалобластическая анемия). Необходимо подчеркнуть важное значение правильной оценки функционального состояния желудка: нормацидного, гиперацидного, гипоацидного, значение слизеобразования. Знание вопросов эпидемиологии и этиологии рака желудка необходимо для полноценного сбора анамнеза, позволяет на конкретном примере видеть состояние проблемы и значение своевременной диагностики рака желудка в исходе заболевания.

Нужно обратить внимание студента на скудность симптоматики в начальных стадиях развития рака желудка. Поэтому будущих врачей следует нацеливать на активное выявление опухолевой патологии желудка путем формирования групп «повышенного риска». С этой целью используются данные о возрастном и половом составе населения, вредных привычках, характере и регулярности питания и заболеваемости в семье. Важная роль в ранней диагностике опухолевых заболеваний желудка принадлежит исследованию желудочной секреции, а в группах повышенного риска — рентгенологическому и эндоскопическому методам исследования.

Субъективные жалобы и объективные симптомы появляются при раке желудка сравнительно поздно. Описываемая в руководствах классическая картина рака желудка характерна для далеко зашедшего процесса.

Студент должен научиться выявлять более ранние симптомы рака желудка, правильно интерпретировать их; нужно помнить, что нет патогномичных симптомов этого заболевания, большинство симптомов встречаются при другой желудочной патологии.

Диагностику проводят по стадиям заболевания. Необходимо вспомнить значения символов T, N, M, P и G.

Следует рассмотреть синдром «малых признаков» и его значение для ранней диагностики рака желудка. При беседе с больным обращают внимание на выявление в анамнезе этого синдрома и связывают его с функциональным состоянием желудка (гипоацидным, нормацидным, гиперацидным).



Симптомокомплекс при раке желудка тесно связан с локализацией опухоли (проксимальный, средний или дистальный отдел).

При поступлении больного в стационар обращают внимание студента на необходимость его полного клинического обследования, что облегчает постановку правильного диагноза и предупреждает ошибки. Следует подчеркнуть важность поэтапного обследования больного, начиная от простых приемов (сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия) и переходя к более сложным (лабораторные методы, рентгенологические исследования, эндоскопия, биопсия и т. д.).

Каждый метод исследования оценивается с точки зрения его информативности, а также вредности и неприятных ощущений для больного. Общий осмотр начинают с кожи больного (бледность при анемии), затем исследуют периферические лимфатические узлы (в частности, места наиболее частого метастазирования при раке желудка), сердечно-сосудистую (ложно-желудочные жалобы при патологии сердца) и легочную (метастазы и сопутствующие заболевания) системы. Особенно большое значение имеет правильное обследование органов живота: техника поверхностей и глубокой пальпации, определение болезненности живота и наличие патологических образований во внутренних органах (метастазы в печень, забрюшинные лимфатические узлы, в яичники и т. д.). Только после полного физического обследования допустимо применение дополнительных методов — лабораторных, рентгенологических и инструментальных.

Необходимо оценить информативность общего анализа крови, исследования желудочного содержимого, анализа кала на скрытую кровь. Студент должен различать, какие изменения свидетельствуют об опухолевом поражении желудка, какие — о сопутствующих заболеваниях, не имеющих решающего значения в диагностике рака.

Одним из основных является рентгенологический метод исследования. Студент должен присутствовать при рентгенологическом обследовании курируемого больного и сопоставить наблюдаемую им картину с эндоскопией, а при выборе хирургического метода лечения — с действительным состоянием желудка, наблюдаемым при операции.

Необходимо уяснить возможности рентгенологического метода при исследовании желудка в зависимости от локализации опухоли и формы ее роста (экзофитная, мезофитная, эндофитная). Следует усвоить показания для применения двойного и тройного контрастирования.

После лабораторного и рентгенологического обследования могут возникнуть показания для эндоскопии желудка. Эндоскопия желудка является сложным, небезразличным для больного, методом обследования и поэтому должна применяться по четким показаниям. Необходимо учесть, что диагноз рака *in situ* воз-



можен только при сочетании эндоскопии и биопсии. Следует обсудить возможность морфологического критерия в постановке диагноза, понятие интраэпителиального рака и степень дифференциации опухоли.

Рак желудка дифференцируют с опухолевыми заболеваниями других органов: раком толстого кишечника (анемическая форма), раком пищевода, системными, лимфопролиферативными процессами (лимфогрануломатоз желудка). Значительные трудности составляет дифференциация с неопухолевыми заболеваниями желудка (язвенной болезнью, хроническим гастритом) и других органов (цирроз печени, гепатиты, ишемическая болезнь сердца, энтериты и колиты различного происхождения).

На занятиях со студентами следует учитывать направление их специализации. Субординаторы-хирурги более детально изучают технику хирургических операций при раке желудка; субординаторы-терапевты — вопросы реабилитации и противорецидивного лечения после радикальных операций на желудке.

Опухоль желудка является показанием к хирургическому лечению. Студенты должны определить степень риска операции и выяснить противопоказания к проведению операции. Абсолютным противопоказанием к резекционной хирургии при раке желудка является только диссеминация процесса. Относительными противопоказаниями могут служить сопутствующие заболевания и возраст. Эти факторы требуют тщательной предоперационной подготовки и соответствующего анестезиологического обеспечения операции и послеоперационного периода.

Составляется план лечения курируемого больного с учетом возможности его радикального лечения, степени операционного риска, необходимости предоперационной подготовки с целью коррекции жизненно важных функций организма, выбора метода обезболивания, метода оперативного вмешательства и основных принципов послеоперационного ведения больного. Необходимо указать на целесообразность комбинированного лечения. В составлении плана лечения принимают участие химиотерапевт и радиолог.

При обсуждении методов лечения оперативные вмешательства делят на: а) радикальные, б) паллиативные. К радикальным относятся: 1) гастрэктомия, 2) субтотальная резекция желудка, 3) проксимальная резекция желудка. Паллиативными являются: 1) паллиативная резекция желудка, 2) обходные анастомозы, 3) гастростомия и др.

Обсуждаются показания к каждой из названных операций в зависимости от локализации, стадии и формы опухолевого роста.

Субординаторы хирургического профиля детально изучают технику выполнения каждой операции, используя материал по курсу нормальной и топографической анатомии, а также хирургии. Они участвуют в операциях по поводу рака желудка.



Обязательным является осмотр операционного препарата. Его макроскопическую картину оценивают с точки зрения диагностики (параллелизм рентгенологической, эндоскопической и макроскопической картины) и лечения (радикальности проведенной операции).

Субординаторы-хирурги активно участвуют в послеоперационном ведении больного (динамическое наблюдение за больным, адекватная коррекция возникающих изменений).

Следует обратить внимание студентов на важность полноценного парэнтерального питания, обеспечивающего больного необходимым энергетическим (углеводы, жировые эмульсии) и пластическим материалом.

На материале клиники обсуждаются непосредственные и отдаленные результаты лечения рака желудка. Студентов информируют о возможности современной химиотерапии (5-фторурацил, фторафур) в лечении рака желудка.

Целесообразно указать на перспективы индивидуализации лечения больных раком желудка путем применения тестов на индивидуальную чувствительность опухолей к химиопрепаратам и иммунологической реактивности больных. С этой точки зрения можно обсудить вопрос о профилактических курсах химиотерапии при раке желудка. В случае отказа больного от операции составляется план консервативного лечения, включающего химиотерапию, лечение сопутствующих заболеваний, диетический режим и симптоматическую терапию. Подчеркивается роль терапевтов в лечении больных иноперабельными формами злокачественных опухолей.

Студенты знакомятся с законодательством по трудовой экспертизе больных раком желудка. Они присутствуют на заседании ВКК и ВТЭК или на проведении учебной экспертизы трудоспособности курируемых больных.

Трудовая экспертиза дополняется решением вопроса реабилитации — социальной, психической, медицинской.

Субординаторы составляют план реабилитации курируемых больных.

Основываясь на данных литературы и материале, представляемом преподавателем о результатах лечения рака желудка в зоне деятельности онкоучреждения, студенты оценивают прогноз заболевания.

По данной теме рекомендуется следующая литература: основная — 7, 42; дополнительная — 9, 10, 37.



**МЕТОДИЧЕСКАЯ СХЕМА  
ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ТЕМЕ «РАК ЖЕЛУДКА» (шифр 151)**

Се- мestr	Тема занятия	Содержание и форма занятий	Практические навыки	Материальное обеспечение
VIII— X	Эпидемиология рака желудка. Клинико-морфологическая классификация. Семнотика и диагностика типичных форм рака желудка. Клинические группы.	Заполнение анкеты для определения исходного уровня студента по норме и патологии желудка. Знакомление студентов с заболеваемостью и смертностью от рака желудка в регионе расположения института. Изучение основных предраковых состояний желудка и оценка опасности. Усвоение клинической (четырехстадийной и международной по системе TNM) классификация рака желудка. Изучение типичной клиники рака желудка в зависимости от локализации, формы роста опухоли и осложнений. Усвоение типичных путей метастазирования рака желудка; техники обследования больного с опухолевым заболеванием желудка. Изучение основных принципов лечения рака желудка; непосредственные результаты лечения. Занятие проводится в виде клинического разбора тематических больных.	Сбор анамнеза и физикальное обследование больных с патологией желудка. Изготовление мазков для цитологического исследования материала, взятого при биопсии. Анализ рентгенограмм и скенограмм.	Анкеты для определения исходного уровня знаний студента по норме и патологии желудка. Истории болезни курируемых больных. Набор рентгенограмм и скенограмм.
Субор- дина- тура	Эпидемиология рака желудка. Предрак. Клинико-морфологическая классификация рака желудка. Дифференциальная диагностика. Инди-	Выполнение домашнего задания по теме «Рак желудка». Курация больных с опухолями желудка. Заполнение учебной истории болезни. Изучение заболеваемости и смертности от рака желудка в различных стра-	Полное клиническое обследование больных. Оформление стационарной и амбулаторной истории болезни со всей первичной документаци-	Бланки «Домашнее задание» по опухолям желудка. Учебные истории болезни. Эндоскопическая аппаратура. Набор рентгенограмм и скено-



Семестр	Тема занятия	Содержание и форма занятий	Практические навыки	Материальное обеспечение
	<p>видуализированное лечение рака желудка. Трудовая экспертиза и реабилитация.</p>	<p>нах мира, в СССР, в республике и области. Анализ предраковых состояний как компонента формирования групп риска. Выяснение значения стадии рака и формы роста, гистологического строения и локализации для клинического проявления рака желудка. Занятие проводится в виде курса, участия в клинических обходах, клинических конференциях и семинарах.</p>	<p>ей (формы № 285, 30, 266, 248). Оформление документов для ВТЭК и ВКК. Участие в рентгенологическом и эндоскопическом обследовании больных. Участие в операциях (для субординаторов хирургического профиля).</p>	<p>грамм. Макропрепараты и гистологические препараты опухолей желудка.</p>

**АНКЕТА**  
**ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ СТУДЕНТА**  
**ПО НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДКА**  
(шифр 151)

Фамилия, имя, отчество студента \_\_\_\_\_

Курс \_\_\_\_\_ Группа \_\_\_\_\_

1. Изобразите схематически контуры желудка и обозначьте дно, антральный, пилорический отделы и тело желудка. Нарисуйте основные группы лимфатических узлов, назовите их, укажите основные артерии желудка.

2. Какие ферменты продуцируют клетки слизистой оболочки желудка? Какие типы клеток в этой оболочке Вы знаете?

3. Чем характеризуется скirrosная и мозговидная форма рака? Чем характерна аденокарцинома?

4. Какие рентгенологические симптомы наблюдаются при раке кардии?

\_\_\_\_\_ при раке антрального отдела? \_\_\_\_\_

5. При каких формах рака наблюдается симптом ниши и при каких дефект наполнения?

6. Какие показатели кислотности желудочного сока характерны для рака желудка? О чем свидетельствует положительный анализ на скрытую кровь в кале?

Дата

Подпись студента



## ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ ПО ТЕМЕ «РАК ЖЕЛУДКА» (шифр 151)

Преподаватель \_\_\_\_\_ Студент \_\_\_\_\_

Группа \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ Оценка \_\_\_\_\_

1. Укажите на схеме следующие отделы желудка: кардия, дно, антральный, пилорический, тело желудка. Назовите обозначенные на рисунке группы лимфатических узлов. Нарисуйте и напишите названия основных артерий желудка.

2. Подчеркните предопухольные заболевания желудка и нарушения функции: гастрит гипертрофический, атрофический, дисрегенераторный (метапластический); полипы, аденоматозные, пролиферирующие, грануломатозные, единичные, множественные, небольших (до 0,5 см) и более значительных (более 2 см) размеров. Мегалобластическая анемия. Неэпителиальные опухоли, Гипоацидное состояние, увеличение, уменьшение слизи, изменение ее количественного и качественного состава.

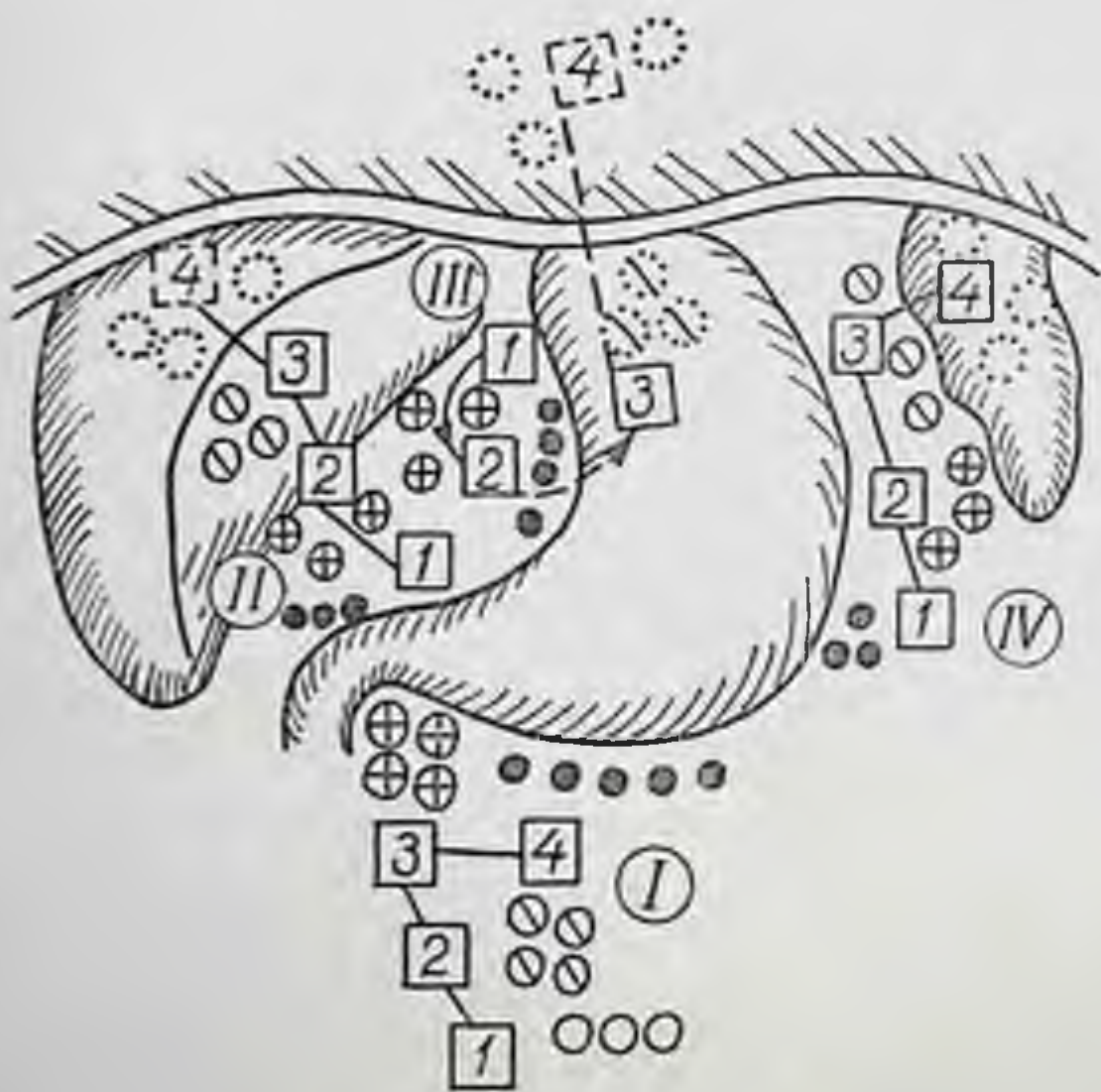


Схема анатомии желудка.

3. Эпидемиология. Подчеркните названия республик СССР (РСФСР, УССР, БССР, МССР) и стран мира (Финляндия, Австрия, Уганда, СФРЮ, Япония, США, Испания) с минимальной (одной чертой) и максимальной (двумя чертами) заболеваемостью желудка. Укажите удельный вес (151) в структуре онкозаболеваемости СССР \_\_\_\_\_, республики \_\_\_\_\_, области \_\_\_\_\_

4. Симптоматика и диагностика. Подберите основные симптомы и опишите необходимые диагностические приемы соответственно указанной преподавателем стадии, форме роста и локализации опухоли. TNM, локализация (кардия, малая кривизна, антрум, тело), форма роста (экзофитная, мезофитная) — подчеркивается преподавателем. Синдром малых признаков (да,

нет), изменение кислотности желудочного сока (да, нет), появление молочной кислоты (да, нет), гексокиназы (да, нет), опухолевого эмбрионального антигена (да, нет). Рентгенологические признаки: положительные данные отсутствуют, язва до 2 см в диаметре с конвергирующими, параллельными складками слизистой, дефект наполнения, разбрызгивания, ригидность стенки, сглаженность перистальтики. Выражен стеноз (да, нет), рентгенологические признаки можно обнаружить при помощи специальных методов обследования: двойного, тройного контрастирования, латероскопии или при помощи фиброгастроскопии, биопсии, лапаротомии.

5. Стадии по системе TNM (символы обозначает преподаватель). Т \_\_\_\_\_ опухоль занимает менее трети, всю треть, более половины, весь желудок, опухоль менее 2 см в диаметре. Гистологически установлено прорастание опухоли в слизистую, подслизистую, мышечный, серозный слой органа (Р \_\_\_\_\_). Опухоль имеет высоко-, средне-, низкодифференцированную структуру (G \_\_\_\_\_). Метастазы обнаружены в перигастральных, более отдаленных, забрюшинных лимфатических узлах (N \_\_\_\_\_), в сальнике, в двух, трех бассейнах одновременно (N). Отдаленные метастазы не обнаружены, обнаружены в виде метастазов Крукенберга и Шницлера, в печени, по серозной оболочке кишечника (M \_\_\_\_\_).

6. Лечение. Подчеркните, какая операция производится у больного, согласно п. 5. с учетом стадии процесса и формы роста опухоли: обычная, субтотальная, проксимальная резекция; гастрэктомия, расширенная, комбинированная; гастроэнтероанастомоз, гастростома, лапаротомия. Всегда ли удаляется большой сальник (да, нет), лимфатические узлы первого (да, нет), второго (да, нет) порядка. Подчеркните, какие химиопрепараты используются для лечения рака желудка: тиотеф, сарколизин, винбластин, 5-фторурацил, бензотеф, 6-меркаптопурин, фторафур, брунеомицин, метотрексат.

7. Прогноз заболевания. Подчеркните решающие для прогноза факторы (основные двумя чертами): пол, возраст, степень распространения основной опухоли (T), наличие метастазов в лимфатических узлах (N+), форма роста экзофитная (неблагоприятная, благоприятная), степень радикализма, операции (да, нет).

8. Реабилитация: ранняя соматическая, психологическая, социальная. Какие факторы определяют успех ранней соматической реабилитации \_\_\_\_\_

логической реабилитации \_\_\_\_\_

социальной реабилитации \_\_\_\_\_

Клиническая группа курируемого Вами больного \_\_\_\_\_

Трудовая экспертиза. Группа инвалидности \_\_\_\_\_

Возможна ли поздняя реабилитация больных III клинической группы (да, нет) и какие ее основные элементы \_\_\_\_\_



**УЧЕБНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ «РАК ЖЕЛУДКА»  
(шифр 151)**

История болезни № _____	Поступил _____	Выбыл _____
Отделение _____	Пол _____	Возраст _____
Фамилия, имя, отчество _____		Стадия TNM _____
_____		Клиническая группа _____
Адрес _____		Группа крови _____
Жалобы _____		Резус-принадлежность _____

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Начало заболевания (дата) \_\_\_\_\_ с каких симптомов \_\_\_\_\_

Аппетит: хороший, усиленный, пониженный, отсутствует, прогрессирующее ухудшение аппетита, утрата чувства удовлетворения от пищи, какой \_\_\_\_\_, отвращение к пище: нет, ко всякой, к мясу, к жирам, сладостям. Быстрое насыщение, вздутие, чувство полноты.

Жажда: нет, постоянная, неутолимая, сколько времени.

Изжога: нет, незначительная; после приема пищи: перед едой, независимо от еды, натощак, постоянно, иногда, как давно \_\_\_\_\_, уменьшается или исчезает после приема соды, еды, питья \_\_\_\_\_

Отрыжка: нет, постоянно, периодически, как давно \_\_\_\_\_, зависит от времени приема пищи: отрыжка пищей, воздухом, кислая, горькая, тухлыми яйцами.

Тошнота: нет, постоянная, иногда, как давно \_\_\_\_\_, слегка тошнит, с чем связана \_\_\_\_\_, сопровождается слюноотделением, рвотой, позывами к рвоте.

Рвота: нет, ежедневная, \_\_\_\_\_ раз в день, как давно \_\_\_\_\_, зависит от приема пищи, утром, натощак, непосредственно после приема пищи, через какое время \_\_\_\_\_, связана с болями в животе. Характер рвотных масс: слизь, кислая жидкость, желчь, пища не измененная, изменена, с остатками предыдущей пищи, содержит примесь крови — нет, чистой, измененной,

рвотные массы цвета «мясных помоев», «кофейной гущи»; были кровавые рвоты в прошлом (да, нет). После рвоты больному лучше, нет, вызывает с этой целью рвоту, нет.

Боли в животе: нет, постоянно, часто, приступы болей, локализация \_\_\_\_\_

Характер болей: острые, тупые, давящие, режущие, схваткообразные, опоясывающие \_\_\_\_\_

Сильные, незначительные, равномерной интенсивности; начинаются остро, приступообразно, постепенно, при каких обстоятельствах усиливаются, появляются \_\_\_\_\_

Ночные боли, птошак, головные боли, обостряются весной, осенью, зимой, продолжительность болей \_\_\_\_\_

Иррадиация в \_\_\_\_\_

Сопровождается тошнотой, рвотой, повышением температуры, другими явлениями \_\_\_\_\_

Слабость: нет, значительная, быстрая утомляемость, снижение работоспособности — да, нет. \_\_\_\_\_

Похудание (да, нет) на \_\_\_\_\_ кг, за \_\_\_\_\_ недель, \_\_\_\_\_ мес.

Испражнения: самостоятельные, после слабительного, нерегулярные, запоры, поносы, характер поносов \_\_\_\_\_

Другие жалобы, симптомы \_\_\_\_\_

Дата первичного обращения за медицинской помощью по поводу данного заболевания \_\_\_\_\_

В какое медицинское учреждение \_\_\_\_\_

### ЭТАПЫ ДАЛЬНЕЙШЕГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО

Дата	Название лечебного учреждения	Методы обслуживания и их результаты	Диагноз	Лечение

Дата установления первичного диагноза рака \_\_\_\_\_

В каком лечебном учреждении \_\_\_\_\_

С каким диагнозом направлен в ООД \_\_\_\_\_

В каком состоянии: хорошо, удовлетворительном, тяжелом.



## АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Питается дома, в столовой \_\_\_\_\_ раз в день, регулярно, нерегулярно; соблюдает диету, нет, с какого времени \_\_\_\_\_, регулярно, нет.

Алкоголь употребляет часто, редко, ежедневно, примерное количество \_\_\_\_\_

---

Курит с \_\_\_\_\_ лет, по \_\_\_\_\_ штук папирос в день.

Перенесенные заболевания (дата, диагноз) \_\_\_\_\_

или сопутствующие \_\_\_\_\_

Опухоли у родственников \_\_\_\_\_

---

## ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Общее состояние \_\_\_\_\_, масса тела \_\_\_\_\_

Рост \_\_\_\_\_. Полость рта (запах, слизистая, язык, небо, зев, глотка)

---

Видимые нарушения глотания \_\_\_\_\_

Живот: нормальной конфигурации, увеличен, втянут равномерно, неравномерно, выпячивание живота, отдельных участков, каких \_\_\_\_\_

---

«Живот лягушки» \_\_\_\_\_

Пигментация кожи живота в области \_\_\_\_\_

Видимые движения передней брюшной стенки (есть, нет); видимые контуры желудка (есть, нет), шум плеска жидкости (есть, нет). Ограничение, отсутствие движений передней брюшной стенки, отставание одной половины, резистентность, напряжение в области \_\_\_\_\_

Перитонеальные симптомы \_\_\_\_\_ отсутствуют, какие \_\_\_\_\_

---

Локализация \_\_\_\_\_

Пупок: норма, втянутый, сглажен, выпячен, выполнен опухолью.

Расширение подкожных вен в области \_\_\_\_\_

Асцит — есть, нет.

Опухоль не определяется, пальпируется четко, нечетко, локализация

\_\_\_\_\_, форма опухоли \_\_\_\_\_

контуры четкие, нечеткие, величина \_\_\_\_\_ см, консистенция — твердая, бугристая, эластичная, подвижность при дыхании сохранена, нет.

Наружные лимфатические узлы не определяются, увеличены в \_\_\_\_\_

Исследование через влагалище: норма, определяется \_\_\_\_\_

Исследование через прямую кишку: норма, определяется \_\_\_\_\_

Печень \_\_\_\_\_

Другие признаки болезни \_\_\_\_\_

Состояние других внутренних органов \_\_\_\_\_

Схематически изобразить результат рентгенологического исследования (указать локализацию, форму роста опухоли, ее распространение)

Схематически изобразить результат фиброгастроскопии (указать локализацию, форму роста опухоли, ее распространение)

Операция (дата, название) \_\_\_\_\_

Схема операции (схематически показать объем удаленной части желудка и способ наложения анастомоза)

Препарат: грибвидная, блюдцеобразная язва, плоско-инфильтративная, диффузная опухоль, поражает отделы: антральный, тело, дно, кардинальный, тотально, малую кривизну, большую кривизну, переднюю, заднюю стенку, размеры \_\_\_\_\_ см, прорастает в серозную оболочку, нет; пылевые метастазы в толщу стенки, нет, прорастает в другие органы, нет \_\_\_\_\_

Метастазы отсутствуют, лимфатические узлы подозрительны на метастазы, метастазы единичные, множественные, размером \_\_\_\_\_, спаянные между собой, нет, по малой кривизне, ретропилорические, в большом сальнике, по ходу левой желудочной артерии, в воротах селезенки, забрюшинные, в других органах — печень, поджелудочная железа \_\_\_\_\_

Расстояние от края опухоли до проксимального сечения \_\_\_\_\_ см, до дуоденального сечения \_\_\_\_\_ см.

Изобразить схематически расположение, форму, размер опухоли и обозначить пораженные лимфоузлы.



Гистологическое исследование опухоли \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ метастазов в парагастральных лимфоузлах, в селезенке, в забрюшинных лимфатических узлах, двух-трех бассейнах одновременно (\_\_\_\_\_). Отдаленные метастазы не обнаружены, имеются в печени, типа Крукенберга и Шницлера, мелкие по серозной оболочке кишок (\_\_\_\_\_), краям среза; опухоль обнаружена, не обнаружена.

Окончательная стадия процесса Т... N... M... P... G... или по четырехстадийной классификации стадия....

Осложнение после операции (дата, название) \_\_\_\_\_

Химиотерапия: до операции, после операции, химиопрепарат \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, разовая доза (даты) \_\_\_\_\_, общая доза \_\_\_\_\_

дата \_\_\_\_\_, пути введения \_\_\_\_\_

Осложнения: со стороны крови \_\_\_\_\_

со стороны других органов и систем \_\_\_\_\_

Результаты: объективный эффект отсутствует, имеется (какой: 0, 1, 2, 3). Субъективный эффект имеется, отсутствует \_\_\_\_\_

Состояние больного(ой) при выписке — хорошее, удовлетворительное, тяжелое.

Реабилитация: ранняя соматическая, психологическая, социальная.

Какие факторы определяют успех ранней соматической реабилитации

психологической реабилитации \_\_\_\_\_

социальной реабилитации \_\_\_\_\_

Клиническая группа курируемого Вами больного \_\_\_\_\_

Стадия инвалидности \_\_\_\_\_

Возможна ли поздняя реабилитация больных III клинической группы (да нет) и какие основные ее элементы \_\_\_\_\_

### ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМ

Дата обследования	Клиническая группа	Рецидив	Метастазы	Назначенное лечение	Срок повторного обследования

### РАСШИРЕННЫЙ ЭПИКРИЗ

## Тема 8: РАК ТОЛСТОЙ И ПРЯМОЙ КИШОК

Главная цель занятия — дать основное понятие по теме, подготовить студента к самостоятельной работе в субординатуре.

При изучении данной темы следует ознакомить студентов с частотой распространения рака толстой кишки (РТК) и прямой кишки (РПК) в различных районах мира, а также в стране, республике, крае, области, которая обслуживается онкоучреждением. При этом студент должен связать различную заболеваемость с определенными факторами, т. е. показать зависимость возникновения РТК от характера питания (белковая, углеводистая пища, богатая или бедная витаминами, какими), роли вредных привычек, глистной инвазии и т. д. Данные эпидемиологии важно подтвердить экспериментальными данными о роли различных факторов в возникновении РТК и РПК. Студент должен знать удельный вес РТК и РПК в общем числе злокачественных заболеваний (экстенсивный показатель), а также частоту поражения опухолями различных отделов кишок (какие отделы поражаются опухолью чаще всего и чем это можно объяснить). Все это имеет значение как для выяснения причин, способствующих появлению опухоли, так и для диагностики данной патологии.

Выясняется роль предопухолевых заболеваний в возникновении РТК и РПК. Необходимо четко представлять, какие предопухолевые процессы являются основными, какие второстепенными, а какие не имеют значения в развитии РТК и РПК.

Например, при рассмотрении полипоза толстого кишечника как предракового состояния уточняется, какие полипы чаще переходят в рак (единичные или множественные, на узкой или широкой ножке, большие или малые). Роль семейного полипоза в возникновении РТК, значение гистологического строения полипа в будущем его озлокачествлении (пролиферирующий, аденоматозный полип). Роль воспалительных заболеваний толстого кишечника (сигмоидит, проктосигмоидит, неспецифический язвенный колит) в этиологии РТК и РПК. Студенту нужно знать, как ведется диспансерное наблюдение за больными с предопухолевыми заболеваниями, какие специальные методы исследования проводятся в таких случаях с целью своевременной диагностики рака; необходимо усвоить тактику врача при доброкачественных опухолях и воспалительных заболеваниях кишечника, принципы лечения предраковых заболеваний с целью предупреждения рака.

Очень важно изучить макроскопические формы роста опухолей, в том числе в различных отделах кишечника и их значение для клинической и рентгенологической диагностики РТК. Известно, что макроскопическая форма роста опухоли может обуславливать те или иные клинические симптомы (наличие или отсутствие стеноза). Еще большее значение она имеет для кли-



нической и рентгенологической диагностики. Экзофитные опухоли легче обнаруживаются при клиническом обследовании (пальпация), при эндоскопическом и рентгенологическом исследовании. Необходимо также знать, какие опухоли (экзофитные, эндофитные) являются более злокачественными, а следовательно, прогностически более неблагоприятными.

При изучении микроскопического строения опухолей ТК и ПК объясняют разницу между аденокарциномой, солидным раком, коллоидным раком, скirrрозным раком и т. д. Указывают, какое это имеет значение, с одной стороны, для симптоматики заболевания (распад мягких опухолей с появлением крови в кале), и с другой — для лечения и прогноза заболевания. Нужно знать опухоли более чувствительные к лучевому и лекарственному лечению, а также протекающие более злокачественно (обладающие более выраженным инвазивным ростом, рано дающие метастазы).

Изучение симптоматики и диагностики РТК и РПК должно быть нацелено на симптоматику своевременной диагностики, так как в начальном периоде РТК протекает почти без симптомов, и ранний диагноз поставить очень трудно, почти невозможно. Очень редко у больных РТК и РПК проявляются все или большинство симптомов, о которых студент знает из лекций или литературы. Необходимо усвоить, как часто наблюдается тот или иной симптом и чем он обусловлен. Так, клиническая картина злокачественного процесса зависит от локализации опухоли (правая, левая половина толстой кишки; анальный, ампулярный, ректосигмоидный отделы ПК). Более того, даже при одинаковой локализации опухоли симптомы могут быть разные, что зависит от ряда других факторов. В частности, боли могут носить периодический схваткообразный характер при стенозировании опухолью кишки в узких ее участках (левая половина ТК, ректосигмоидный отдел, анальный отдел ПК).

В ряде случаев при прорастании опухолью окружающих тканей или вовлечении окружающих тканей в сопутствующий воспалительный процесс боли могут носить постоянный характер, что свидетельствует о поздней стадии заболевания.

И, наконец, боли могут отсутствовать, если опухоль располагается на слизистой оболочке, не инвазирует всей стенки кишки и не стенозирует ее просвета. Поэтому в ряде случаев клиническая картина ограничивается только наличием диспепсии, анемии или прощупываемой опухоли без каких-либо других симптомов. Если преобладают воспалительные изменения слизистой, развиваются симптомы энтероколита. Все это обуславливает различные клинические формы РТК. Необходимо также объяснить наличие или отсутствие ряда других симптомов, что связано с различной формой роста опухоли, ее гистологическим строением и т. д. наличие крови в кале при мягких распадающихся опухолях и отсутствие ее при фиброзных опухо-

лях, карандашеобразный или лентовидный стул при различных формах роста опухоли в разных отделах ПК).

Поэтому при наличии какого-либо симптома со стороны ТК и ПК можно предполагать опухолевое заболевание, особенно у лиц старше 40 лет. При дифференциальном диагнозе с воспалительными заболеваниями кишечника, заболеваниями других органов (желудка, желчного пузыря, почек, гениталей и др.) большое значение придают тщательно собранному анамнезу и данным специальных обследований желудка, кишечника и других органов (урография, холецистография и др.).

При сборе анамнеза обращают внимание на длительность симптомов, их динамику; при наличии в прошлом заболеваний кишечника — на изменение симптоматики в последнее время.

При объективном обследовании отмечают цвет кожи и слизистых (анемия), состояние брюшной стенки (мягкая, ригидная), вздутие живота, наличие видимой перистальтики кишечника, состояние печени (ее величина, наличие узлов). Студент должен уметь пальпировать опухоль в брюшной полости, но помнить при этом, что отсутствие пальпируемой опухоли не отвергает ее наличия у данного больного. Нужно объяснить, как это связано с локализацией процесса.

Особенно важное значение для диагноза РТК и РПК имеет специальное обследование ТК и ПК (пальцевое исследование ПК, ректороманоскопия, ирригоскопия). Студент должен уметь подготовить больных к этим обследованиям, объяснить рентгенологическую симптоматику РТК, ее зависимость от формы роста опухоли, локализации. Методически важным является проведение анализа рентгенограмм толстого кишечника при тугом наполнении контрастной смесью и после опорожнения.

Характеризуя опухоль, обнаруженную при пальпаторном исследовании ПК или при ректороманоскопии, указывают ее локализацию, величину, поражение просвета кишки, форму роста, подвижность, отношение к смежным органам. Отмечают необходимость обязательного гинекологического исследования у женщин для выяснения отношения опухоли к генитальным органам. Важным методическим моментом является участие студентов в проведении ректороманоскопии, изучение ректороманоскопической картины, присутствие при биопсии через ректороманоскоп. Параллельно можно изготовить мазок для цитологического исследования и изучить его под микроскопом. Студенты проводят также пальцевое исследование прямой кишки, изучают препараты удаленных опухолей с их описанием (величина, форма роста и т. д.). Если при указанных методах исследований диагноз установить не удалось, обращают внимание на необходимость фиброколоноскопии. Студенты знакомятся с методикой подготовки к данному обследованию и принимают участие в его проведении.

При изучении вопросов лечения РТК и РПК обращают



внимание на значение своевременного диагноза для радикального лечения данных опухолей. Студент должен увидеть больных в процессе лечения и убедиться в его непосредственной эффективности, а также ознакомиться с отдаленными результатами лечения (по данным отчетов в оргметодкабинете).

Для субординаторов-хирургов важно рассмотреть характер и объем операций в зависимости от локализации опухоли, степени ее распространения, осложнений, которые вызваны опухолью, и общего состояния больных.

Рассматриваются радикальные и паллиативные операции, методы операций, показания к ним. Субординаторы-хирурги должны хорошо знать предоперационную подготовку, ведение больных в послеоперационном периоде, тактику при осложнениях, летальность после радикальных и паллиативных операций, ее причины. Рассматривается химиотерапия РТК и РПК, дистанционная гамма-терапия, а также вопросы симптоматического лечения.

При изучении отдаленных результатов лечения подчеркивается роль своевременной диагностики в этих результатах. Сравняются отдаленные результаты лечения РТК и РПК с отдаленными результатами лечения рака желудка (пятилетняя выживаемость) и объясняется разница этих результатов.

Студенты-субординаторы самостоятельно курируют больных РТК и РПК с заполнением стандартной истории болезни и всех первичных документов, составляют план обследования и лечения больных, принимают участие в их обследовании и лечении. Проводится экспертиза нетрудоспособности больных, при необходимости они направляются на ВТЭК. Студенту важно знать, что при одинаковом характере операции больному может быть установлена разная группа инвалидности в зависимости от его профессии, а также от функции кишечника (наличие или отсутствие искусственного ануса).

Вопросы реабилитации больных после радикальных операций по поводу РТК и РПК имеют особое значение. Больные часто становятся инвалидами не из-за функциональных нарушений, а из-за отрицательных эмоциональных факторов. Необходимо обратить внимание на профилактику послеоперационных осложнений как важный фактор снижения функциональных расстройств, возникающих в отдаленные сроки после операций. Правильное формирование колостомы во время операций, а также усовершенствование ухода за колостомой определяют социальную и трудовую реабилитацию больных с искусственным задним проходом. Важно еще в стационаре добиться нормализации функции кишки у больного, научить его уходу за искусственным анусом, вселить в больного уверенность в возможность возвращения его к труду.

По данной теме рекомендуется следующая литература: основная — 7, 13; дополнительная — 1, 53, 54.



**МЕТОДИЧЕСКАЯ СХЕМА  
ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ТЕМЕ «РАК ТОЛСТОЙ И ПРЯМОЙ КИШОК» (шифры 153, 154)**

Се- мestr	Тема и учебная цель	Содержание и форма занятий	Практические навыки	Материальное обеспечение
VII— X	Эпидемиология РТК и РПК, предрак, семиотика и диагностика РТК и РПК, клинико-морфологическая классификация РТК и РПК, принципы лечения, клинические груп- пы.	Заполнение анкеты для определения исходного уровня студента по норме и патологии толстого кишечника и прямой кишки. Изучение заболеваемости и смертности от РТК и РПК в регионе расположения кафедры онкологии. Нозологические формы предрака толстого кишечника и прямой кишки (поллипоз кишечника, хронический неспецифический язвенный колит, сигмоидит, проктосигмоидит). Клиническое обследование больного РТК и РПК, обсуждение анамнеза и данных объективного обследования. Клиническая классификация РТК и РПК (четырёхстадийная и международная по системе TNM). Формы роста, гистологические формы, метастазирование РТК и РПК. Элементы хирургического, лучевого и лекарственного лечения РТК и РПК, непосредственные результаты лечения, клинические группы.	Сбор анамнеза. Методика физикального обследования больного РТК и РПК (пальпация живота, пальцевое исследование прямой кишки). Участие в эндоскопическом исследовании (ректороманоскопия). Изготовление мазка-отпечатка опухоли, взятой при биопсии. Элементы рентгенографии рентгенограмм, гистологических анализов.	Анкета для определения исходного уровня знаний студента по норме и патологии ЖК и ПК. Учебная история болезни, эндоскопическая аппаратура, наборы рентгенограмм, годовые отчеты онкодиспансера, музейные препараты опухолей ЖК и ПК.
XI— XII семестры, субор-	Эпидемиология РТК и РПК. Предраковые заболевания. Клинико-морфологическая классификация. Дифферен-	Заполнение и разбор домашних заданий по теме. Курация больных РТК и РПК с заполнением учебных историй болезни. Клинический разбор историй болезней с выяснением	Оформление стационарной и амбулаторной истории болезни со всей первичной документацией (формы 281,	Бланки «Домашнее задание» по теме РТК и РПК, учебные истории болезни с другой первичной документацией. Эн-



Се- мestr	Тема и учебная цель	Содержание и форма занятий	Практические навыки	Материальное обеспечение
днна- тура	<p>циальная диагностика РТК и РПК. Индивидуализация лечения, реабилитация и трудовая экспертиза. Цель занятия — убедить студента в возможности ранней диагностики РТК и РПК и улучшить результаты лечения.</p>	<p>следующих вопросов: заболеваемость РТК и РПК в республике, в СССР, в мире. Нозологические формы предрака. Предрак как компонент формирования группы риска. Значение стадий, форм роста опухоли, гистологического строения и локализации опухоли в клиническом проявлении РТК и РПК. Анализ случаев поздней диагностики, причины поздней диагностики. Индивидуализация лечения. Для субординаторов-хирургов — более детальный разбор радикальных и паллиативных видов оперативного лечения показаний и противопоказаний к операциям, послеоперационных осложнений, их профилактики и лечения. Оценка непосредственных и отдаленных результатов лечения. Знакомство с системой реабилитации больных (медцинской, социальной и трудовой). Участие в работе комиссии ВКК и ВТЭК. Итоговое семинарское занятие с подготовкой реферативных докладов по основным проблемам данной темы.</p>	<p>30, 248, 266). Участие при эндоскопических исследованиях (ректороманоскопия, фиброколоноскопия). Проведение цитологических исследований (мазки-отпечатки опухоли, взятой при биопсии). Расшифровка рентгенограмм (ирригограмм), гистологических заключений. Оформление документов на комиссию ВКК и ВТЭК.</p>	<p>доскопическая аппаратура, наборы рентгенограмм, гистологических препаратов опухоли, ТК и ПК, таблицы, диапозитивы.</p>

## АНКЕТА

### ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ СТУДЕНТА ПО НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ И ПРЯМОЙ КИШКИ (шифры 153, 154)

Фамилия, имя, отчество студента \_\_\_\_\_

Курс \_\_\_\_\_ Группа \_\_\_\_\_

1. Назовите отделы толстого кишечника и прямой кишки

\_\_\_\_\_

2. Какой эпителий выстилает толстый кишечник и прямую кишку?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Назовите заболевания толстой кишки и прямой кишки:

воспалительные \_\_\_\_\_

доброкачественные опухоли \_\_\_\_\_

злокачественные опухоли \_\_\_\_\_

4. Какие специальные исследования проводятся для установления диагноза опухоли толстой кишки и прямой кишки?

\_\_\_\_\_

5. Какие гистологические формы РТК и РПК Вы знаете?

\_\_\_\_\_

6. Какой метод лечения опухолей толстой кишки и прямой кишки является радикальным?

\_\_\_\_\_

Дата

Подпись студента



## ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ ПО ТЕМЕ «РАК ТОЛСТОЙ И ПРЯМОЙ КИШОК» (шифры 153, 154)

Преподаватель \_\_\_\_\_ Студент \_\_\_\_\_

Группа \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ Оценка \_\_\_\_\_

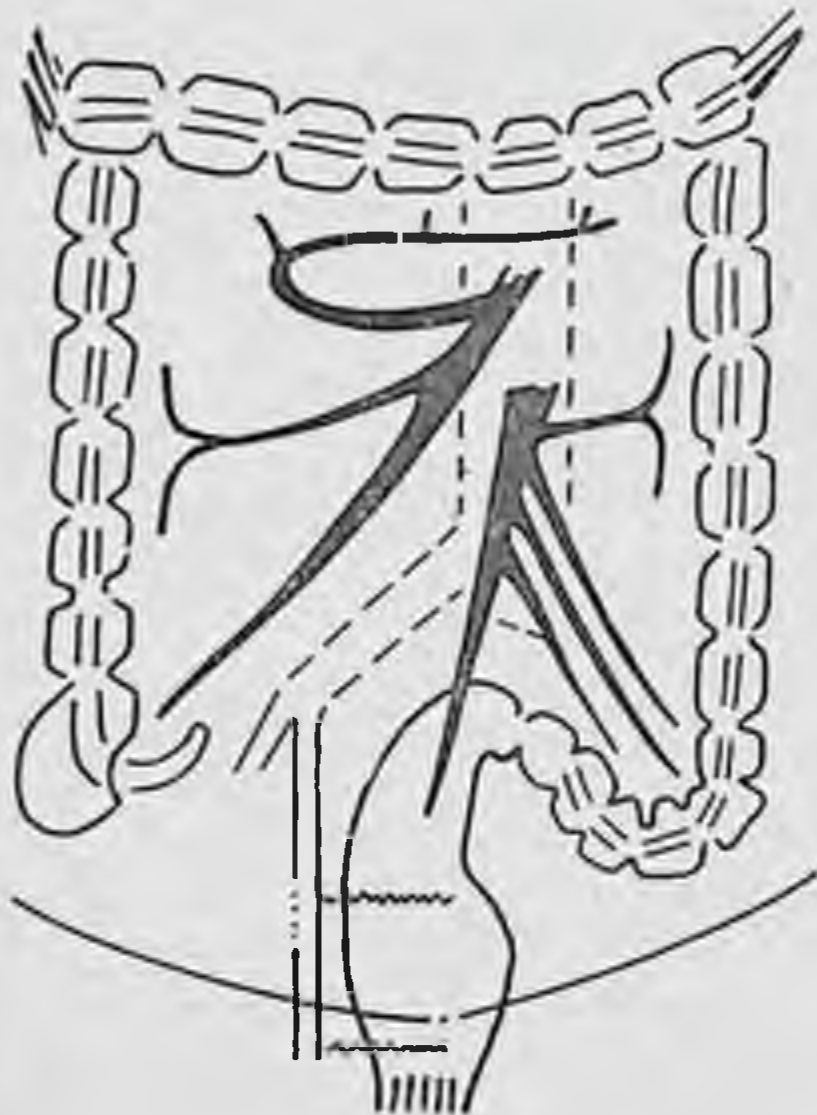


Схема толстого кишечника.

1. Обозначьте цифрами отделы толстого кишечника и прямой кишки (1 — слепая кишка; 2 — поперечноободочная; 3 — восходящая; 4 — нисходящая; 5 — сигмовидная; 6 — прямая; а — внутрибрюшинная часть, б — внебрюшинная). Обозначьте артериальные сосуды и нарисуйте лимфоузлы толстого кишечника и прямой кишки.

2. Предопухолевые заболевания (подчеркните). Полипоз кишечника: множественный, аденоматозный семейный полипоз, единичные аденоматозные полипы, одиночные ворсинчатые полипы, псевдополипы. Неэпителиальные доброкачественные опухоли: фибромы, миомы, липомы. Колиты (острый, хронический неспецифический колит, дизентерийный). Геморрой, трещины прямой кишки.

3. Эпидемиология. Подчеркните двумя чертами названия стран с высокой заболеваемостью и одной чертой с низкой заболеваемостью опухолями кишечника: Чили, Япония, Англия, США, Израиль, Португалия, Дания, Бельгия, страны Африки. Укажите удельный вес опухолей толстого кишечника в общей структуре онкозаболеваний в СССР \_\_\_\_\_, в республике \_\_\_\_\_, в области \_\_\_\_\_.

4. Основные клинические формы и диагностика. Подчеркните клиниче-

ские формы, чаще встречающиеся при локализации опухоли, указанной преподавателем в п. 1: анемическая, болевая, диспептическая, энтероколитическая, обтурационная, псевдовоспалительная, опухольная.

Какие специальные исследования необходимо провести у больного для установления диагноза: пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, ирригоскопия (с двойным, тройным контрастированием, анализ кала на скрытую кровь, сколько раз \_\_\_\_\_).

5. Стадия по системе TNM (окончательно устанавливается после операции). Укажите стадию в соответствии с признаками, подчеркнутыми преподавателем: опухоль занимает  $\frac{1}{3}$  окружности или длины анатомического отдела кишки, больше  $\frac{1}{3}$ , но не более  $\frac{1}{2}$  анатомического отдела, инфильтрирует ткани, вокруг кишки T \_\_\_\_\_. Гистологически установлено прорастание рака в слизистую, подслизистую, мышечный, серозный слой кишки. P \_\_\_\_\_. Опухоль имеет микроскопическую структуру высоко-, слабо-, дифференцированной аденокарциномы, недифференцированную структуру. G \_\_\_\_\_. Опухоль метастазировала в регионарные лимфоузлы. N \_\_\_\_\_. Обнаружены метастазы в печень, висцеральную брюшину. M \_\_\_\_\_. Окончательная стадия T, N, M или стадия по четырехстадийной классификации \_\_\_\_\_.

6. Лечение. Подчеркните, какая операция производится при локализации опухоли, указанной преподавателем в п. 1, если опухоль удалимая, неудалимая (подчеркнуто преподавателем): гемиколэктомия, резекция кишечника, обходные анастомозы, экстирпация прямой кишки, ампутация прямой кишки с низведением, операция Гартмана, искусственный анус. Подчеркните, какие химиопрепараты используются для лечения рака прямой кишки (5-фторурацил, тиотеф, бензотеф, 6-меркаптопурин, фторафур, метотрексат).

7. Прогноз заболевания. Подчеркните решающие для прогноза факторы: пол, возраст, степень распространения основной опухоли T, наличие метастазов в лимфоузлах N, форма роста экзофитная (менее, более неблагоприятная), эндофитная (менее, более неблагоприятная), степень радикализма операции (да, нет). Подчеркните менее благоприятную прогностически гистоструктуру опухоли (аденокарцинома, солидный рак, коллоидный рак, скirr).

8. Трудовая экспертиза. Укажите, какая группа инвалидности назначается больному с III клинической группой: а) после радикальной операции с искусственным анусом — I, II, III, временно нетрудоспособен; б) после радикальной операции без искусственного ануса — I, II, III, временно нетрудоспособен.

Какая группа инвалидности у больного после паллиативной операции — I, II, III, временно нетрудоспособен.

9. Реабилитация: медицинская (соматическая и психологическая) и социально-трудовая.

Какие факторы определяют успех соматической реабилитации:

\_\_\_\_\_, психологической: \_\_\_\_\_

социально-трудовой: \_\_\_\_\_

Возможна ли поздняя реабилитация больных III клинической группы (да, нет) и какие ее основные элементы \_\_\_\_\_

Клиническая группа курируемого Вами больного \_\_\_\_\_

Группа инвалидности \_\_\_\_\_



**УЧЕБНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**  
**«РАК ТОЛСТОЙ И ПРЯМОЙ КИШОК» (шифр 153, 154)**

История болезни № \_\_\_\_\_ Год \_\_\_\_\_

Выбыл \_\_\_\_\_

Поступил \_\_\_\_\_

Стадия TNM \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

Клиническая группа \_\_\_\_\_

Пол \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_

Группа крови \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

Резус-принадлежность \_\_\_\_\_

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Начало заболевания \_\_\_\_\_ с симптомов \_\_\_\_\_

Функция кишечника: нормальная, поносы \_\_\_\_\_ раз в сутки, запоры на протяжении \_\_\_\_\_ дней, длительность этих симптомов \_\_\_\_\_

Характер кала: нормальный, жидкий, твердый, «овечий», нерегулярный; примесь крови свежей, темной, икхорозной, сукровичной, в начале, в конце дефекации; слизь (много, умеренно, мало, нерегулярно), в начале, в конце дефекации, с прожилками \_\_\_\_\_

Боли: схваткообразные, постоянные, длительные, интенсивность: умеренные, терпимые, сильные \_\_\_\_\_

иррадиация \_\_\_\_\_

связь с дефекацией \_\_\_\_\_

Отхождение газов (обильное, нормальное, затрудненное, значительные вздутия) \_\_\_\_\_

Время появления первого симптома \_\_\_\_\_

Динамика развития симптомов \_\_\_\_\_

Общее состояние (удовлетворительное, общая слабость, утомляемость, повышение температуры, бледность кожи) \_\_\_\_\_

Предшествующие заболевания (полипы, колит, язвенный колит, геморрой, трещина, дизентерия, парапроктит, проктит, другие) \_\_\_\_\_

Дата первичного обращения за медицинской помощью по поводу данного заболевания \_\_\_\_\_

В какое учреждение \_\_\_\_\_

## ЭТАПЫ ДАЛЬНЕЙШЕГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО

Дата	Название лечебного учреждения	Методы обследования и их результат	Диагноз	Лечение

### АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Перенесенные заболевания (дата, диагноз) \_\_\_\_\_

Опухоли у родственников \_\_\_\_\_

Другие анамнестические данные \_\_\_\_\_

### ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Масса тела \_\_\_\_\_ Рост \_\_\_\_\_ Дефицит, избыток массы тела \_\_\_\_\_

Кожные покровы: нормальные, бледные, очень бледные \_\_\_\_\_

Тургор кожи \_\_\_\_\_ нормальный, снижен, обезвоживание \_\_\_\_\_

Живот \_\_\_\_\_ нормальный, умеренно, сильно увеличен, вздут, асцит.

Подвижность при дыхании: нормальная, пониженная, дефанс.

Печень: нормальная, увеличенная, бугристая \_\_\_\_\_

Локализация опухоли \_\_\_\_\_, размеры ее \_\_\_\_\_ см.

Консистенция: плотная, бугристая, эластичная, подвижность — значительная, ограничена; неподвижная; болезненность — незначительная, умеренная, значительная, безболезненная. Пальцевое исследование прямой кишки — тонус сфинктера (норма, повышен, понижен, зияет).

Опухоль пальпируется: нижний край \_\_\_\_\_

верхний край \_\_\_\_\_ см, занимает  $\frac{1}{3}$ ,  $\frac{1}{2}$ ,  $\frac{2}{3}$ ,  $\frac{3}{3}$  просвета.

Стеноз: полный, частичный, нет. Подвижность сохранена, ограничена, отсутствует. Форма: экзо-, мезо-, эндофитная.

Вагинальное исследование: опухоль пальпируется, занимает переднюю стенку ( $\frac{1}{3}$ ,  $\frac{1}{2}$ ,  $\frac{2}{3}$ ).

Матка \_\_\_\_\_ Придатки \_\_\_\_\_

Ректоскопическое исследование: нижний край опухоли \_\_\_\_\_ см, от ануса верхний край \_\_\_\_\_ см (не определяется).

Протяженность опухоли в см \_\_\_\_\_ Поражение просвета кишки.

Подвижность нормальная, ограниченная, полная фиксация. Прорастание во влагалище, мочевого пузыря, крестец, матку, простату. Тип роста: полилоидный, язвенно-инфильтративный, диффузный.

Биопсия \_\_\_\_\_

Рентгенологическое исследование, дата \_\_\_\_\_



Легкие \_\_\_\_\_

Границы сердца \_\_\_\_\_

Тоны \_\_\_\_\_ Пульс \_\_\_\_\_

### ЛЕЧЕНИЕ

Подготовка к операции (обычная, специальная) — указать \_\_\_\_\_

Операция, дата \_\_\_\_\_ Название \_\_\_\_\_

Наркоз, дата \_\_\_\_\_ Название \_\_\_\_\_

Макропрепарат \_\_\_\_\_ см длиной, содержит \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ кишку и \_\_\_\_\_

На разрезе опухоль типа полиповидного, язвенно-инфильтративного, диффузного; дистальный край опухоли на \_\_\_\_\_ см от линии разреза, проксимальный \_\_\_\_\_ см. Опухоль занимает  $\frac{1}{3}$ ,  $\frac{1}{2}$ ,  $\frac{2}{3}$ ,  $\frac{3}{4}$ , весь поперечник кишки и суживает просвет кишки до \_\_\_\_\_ см.

Опухоль прорастает \_\_\_\_\_

Имеются метастазы в лимфатические узлы (количество, размеры) \_\_\_\_\_

Послеоперационное течение: осложнения — нагноение раны, расхождение швов (1—2, 2—3 шва, полное), образование свища, абсцесс, перитонит, легочные осложнения. Цистит, другие осложнения \_\_\_\_\_

Лучевая терапия: интегральная доза на опухоль \_\_\_\_\_

Реакция опухоли на облучение \_\_\_\_\_

Изменение со стороны крови \_\_\_\_\_, других органов и систем \_\_\_\_\_

Химиотерапия \_\_\_\_\_

Препарат \_\_\_\_\_ Разовая доза \_\_\_\_\_

Общая доза \_\_\_\_\_ Метод введения \_\_\_\_\_

Изменения со стороны крови \_\_\_\_\_

других органов и систем \_\_\_\_\_

Объективный эффект отсутствует, имеется.

Субъективный эффект отсутствует, имеется.

Состояние больного при выписке: хорошее, удовлетворительное, тяжелое.

### РАСШИРЕННЫЙ ЭПИКРИЗ

## Тема 9: ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ, ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ПАНКРЕАТО-ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Главная цель занятия — обратить внимание на различную этиологию холангио- и гепатоцеллюлярного рака печени, значение иммунологической диагностики рака и анамнеза при распознавании рака поджелудочной железы.

Проведение практических занятий по данной теме связано с рядом объективных трудностей, так как этиология большинства опухолей указанной локализации неизвестна и методы их своевременной диагностики не разработаны. Лучше всего начинать занятия с опухолей печени, так как в этой области имеются определенные достижения.

Анамнестические данные должны учитывать пребывание больного в местностях, где действуют признанные в настоящее время этиологические факторы гепатоцеллюлярного (афлатоксины) и холангиоцеллюлярного (описторхозы) рака. При сочетании этих факторов с любым хроническим «желудочно-кишечным дискомфортом» врач обычно предполагает опухоль печени.

Пальпаторное исследование может выявить опухоли печени, локализованные у переднего ее края, однако внутриорганные опухоли, особенно небольших размеров, распознают только на скенограммах. Так как печень чаще всего поражается опухолью вторично, во всех случаях обнаружения в ней опухоли проводится тщательное обследование других органов, откуда могут метастазировать первичные опухоли. Значительную пользу приносит лапароскопия и пункционная биопсия под контролем лапароскопа, особенно при гепатоцеллюлярном раке, имеющем более типичную морфологию. Необходимо правильно оценивать так называемые печеночные пробы, так как печень обладает большой компенсаторной надежностью, и даже при значительных ее поражениях данные этих проб могут быть в пределах нормы. Для гепатоцеллюлярного рака наибольшее диагностическое значение имеет лабораторная реакция на обнаружение фетопротенинов. Эту пробу рекомендуется показать студентам, а при отсутствии больного посмотреть препарат с положительной пробой. Таким образом, для диагностики гепатоцеллюлярного рака в распоряжении клиницистов имеются три добавочных исследования: лапароскопия, пункционная биопсия и определение фетопротенинов.

Для холангиоцеллюлярного рака проба с фетопротенином неспецифична. Это обстоятельство должно быть использовано для доказательства разновидностей понятия *рак* как собирательного, общего термина, под которым объединяются процессы, существенно различающиеся между собой. Цитологическая картина холангиоцеллюлярного рака менее специфична,



а при наличии этой опухоли дифференциальный диагноз с метастатическими опухолями затруднителен.

Лечение первичных раковых опухолей печени возможно в ранних стадиях и сводится к резекциям ее долей или реже сегментов.

Раку желчного пузыря может предшествовать желчнокаменная болезнь. При объективном исследовании больного необходимо учитывать локализацию процесса, степень плотности опухоли, ее контуры, подвижность в стороны и при дыхательных экскурсиях, правильно оценивать наличие желтухи в соответствии с анатомией желчных протоков. Большую помощь при распознавании рака желчного пузыря может оказать лапароскопия, менее информативна экскреторная холангиография и холецистография.

К группе опухолей со сходной клинической картиной принадлежит рак внепеченочных желчных протоков, рак дуоденального (фатерова) сосочка и головки поджелудочной железы. В дифференциальной диагностике могут помочь правильно собранные анамнестические данные. Следует выяснить, при какой локализации опухоли тип механической желтухи будет постоянный, а при какой ремиттирующий; когда чаще обнаруживается явное и скрытое кишечное кровотечение; когда развитию механической желтухи предшествуют явления дискомфорта, плохой аппетит и прогрессирующее снижение массы тела больного. Студент должен осмыслить последствия выпадения экскреторной функции поджелудочной железы в результате закупорки вирсунгова протока и значение этого патологического состояния для процесса пищеварения. Следует подчеркнуть роль фибродуоденоскопии в диагностике рака дуоденального сосочка, возможность проведения панкреатодуктографии и значение этого метода в распознавании рака головки поджелудочной железы. Необходимо проанализировать вопрос об информативном значении ангиографии в дифференциальной диагностике рака панкреатодуоденальной зоны. Для этого нужно напомнить анатомию портальной вены и артериальных сосудов, проанализировать преимущества и недостатки методов порто- и артериографии.

Большое диагностическое значение имеет правильный анализ болевого синдрома в эпигастрально-подреберных областях, время появления болевого синдрома и его отношение к другим симптомам (падение массы тела, нарушение эвакуации кишечника). Рекомендуется выяснить, предшествует ли этот болевой синдром другим симптомам или же появляется через некоторое время безболезненного протекания процесса на фоне других патологических симптомов. Это особенно важно при установлении диагноза рака тела поджелудочной железы, при котором анализ фазности болевого синдрома в дифференциально-диагностическом плане (хронический панкреа-

тит) имеет первостепенное значение. На примере диагноза рака головки и прежде всего тела поджелудочной железы студент должен убедиться в большой роли правильно собранного анамнеза и оценки отдельных симптомов, в том числе болевого синдрома. Некоторое значение в правильной диагностике рака панкреатодуоденальной зоны имеет рентгенологическое исследование. На фоне рельефа слизистой оболочки 12-перстной кишки можно выявить измененный дуоденальный сосок, опухоли 12-перстной кишки. При этом изучают рентгенологическую картину всех трех анатомических частей 12-перстной кишки («подкову»), которая может изменяться при опухолях головки поджелудочной железы.

Одной из ведущих целевых установок при проведении практических занятий об опухолях панкреатодуоденальной зоны является правильная оценка анамнестических данных с последующим применением комплекса продуманных диагностических приемов, большинство из которых можно осуществить в хорошо оснащенных лечебных учреждениях; промедление с поликлиническим и стационарным обследованием и установлением диагноза в таких случаях может привести к фатальному исходу.

Следует вспомнить о редкой опухоли поджелудочной железы — инсуломе, приводящей к спонтанной гипогликемии или иногда к гипогликемическому шоку, являющемуся диагностическим симптомом этого новообразования. Инсулома — единственная опухоль изучаемой области, при которой можно исцелить больного сравнительно щадящим оперативным вмешательством. Все другие опухоли требуют расширенных (рак фатерова сосочка) или сверхрасширенных (рак головки поджелудочной железы) операций. Лучевое лечение и химиотерапия могут в отдельных случаях давать кратковременный паллиативный эффект.

Несмотря на сложность диагностики рака панкреатодуоденальной зоны, нетрудно убедиться в том, что при онкологической настороженности и целенаправленном обследовании больного можно с большой вероятностью своевременно заподозрить опухоль данной локализации, и в таких случаях окончательно установить диагноз при лапаротомии.

По данной теме рекомендуется следующая литература: основная — 7, 17; дополнительная — 25.



**МЕТОДИЧЕСКАЯ СХЕМА  
ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ТЕМЕ  
«ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ, ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ПАНКРЕАТО-ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ» (шифры 155, 156, 157)**

Се- мestr	Тема занятия	Содержание и форма занятий	Практические навыки	Материальное обеспечение
IX—X	Рак печени, рак жел- чного пузыря, внепе- ченочных протоков, рак поджелудочной железы, инсулома.	<p>Заполнение анкеты по проверке ис- ходного уровня знаний студента по норме и патологии печени и подже- лудочной железы. Сбор анамнеза с акцентом на измененные функциональ- ных особенностей печени и под- желудочной железы (перенесенные болезни, характер питания, чрезмер- ное потребление жиров) для рака желчного пузыря и поджелудочной железы. Указать на отсутствие ран- них признаков изучаемых опухолей, понятне общего синдрома (боли, снижение аппетита, похудание, жел- туха) и на значение онконасторо- женности для более своевременного распознавания рака этой локализа- ции. Физикальное обследование больных. Назначение необходимых лабораторных анализов (биохимиче- ских, иммунологических) и их ин- терпретация. Назначение и проведе- ние рентгенологического обследова- ния. Лапароскопия. Дифференциаль- ная диагностика. Методы хирургиче- ского лечения. Симптоматическое лу- чевое лечение и химиотерапия. Тру- довая экспертиза. ВКК, ВТЭК.</p>	<p>Сбор анамнеза, усо- вершенствование мето- да глубокой пальпа- ции органов брюшной полости, зондирование 12-перстной кишки. За- полнение форм № 285, 266, 30, 248.</p>	<p>Анкета проверки исхо- дного уровня знаний сту- дента по норме и пато- логии печени и подже- лудочной железы. Таб- лицы-рисунки сегмен- тарной структуры пече- ни, ее протоков и вне- печеночных желчных пу- тей, а также поджелу- дочной железы. Холести- сто-дуктограммы, пан- креато-дуктограммы. На- бор для пункции пече- ни, лапароскоп.</p>



**АНКЕТА**  
**ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ СТУДЕНТА**  
**ПО НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ, ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ**  
**И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (шифры 155, 156, 157)**

Фамилия, имя, отчество студента \_\_\_\_\_

Курс \_\_\_\_\_ Группа \_\_\_\_\_

1. Какие клетки составляют основную массу печени и, кроме того, какие другие клеточные элементы имеются в этом органе?

2. Назовите основные функции печени (метаболические и выделительные)

3. Какие сосуды снабжают кровью печень \_\_\_\_\_  
и в какую вену оттекает печеночная кровь? \_\_\_\_\_

4. Чем выстланы внутрипеченочные желчные протоки и желчный пузырь?

5. Назовите известные Вам заболевания печени \_\_\_\_\_  
и желчного пузыря \_\_\_\_\_

6. Какие заболевания печени и желчного пузыря могут служить фоном для возникновения опухолей? \_\_\_\_\_

7. Назовите основные структурные элементы поджелудочной железы

8. Назовите известные Вам субстраты эндокринной и экскреторной функции поджелудочной железы \_\_\_\_\_

9. Назовите известные Вам заболевания поджелудочной железы

10. Какие опухоли поджелудочной железы Вам известны? \_\_\_\_\_

Дата

Подпись студента



## Тема 10: РАК ЛЕГКОГО

Главная цель занятия — дать основные сведения о семиотике, способах диагностики и лечения больных основными формами рака легкого, подготовив студентов к изучению так называемых атипичных форм заболевания.

При изучении статистики и эпидемиологии рака легкого (РЛ) следует четко ориентироваться в стандартизованных показателях заболеваемости и смертности в зависимости от пола и возраста больных, профессии, вредных привычек; в изменении динамики заболеваемости по сравнению с другими злокачественными опухолями; определить удельный вес данной патологии среди прочих новообразований. Необходимо выяснить особенности распределения стандартизованных показателей в промышленно развитых и аграрных странах, их зависимость от темпов индустриализации страны. Особое внимание обращают на загрязненность атмосферного воздуха канцерогенными веществами, источники поступления их в окружающую среду, особенности профессиональных условий труда. Студенты должны выяснить канцерогенные свойства табака, роль хронических воспалительных процессов в возникновении рака легкого.

На основании анализа данных статистики, эпидемиологии, изучения этиологических факторов студент должен прийти к выводу о возможных путях профилактики рака легкого (общегосударственные мероприятия, медико-гигиенические, индивидуальные).

Студентам нужно использовать материал о гистологической структуре бронхиального дерева и легкого, познакомиться с патологическими и клиническими данными об особенностях локализации злокачественных опухолей в легком.

Клинические проявления рака легкого во многом определяются локализацией опухоли в органе и особенностями ее макроскопической формы роста. Очень важным является знание признаков экзофитной, эндофитной и мезофитной форм роста рака легкого, его направленности в просвет бронха или наружу (эндобронхиальный, внебронхиальный, перибронхиальный рост).

По микроскопическому строению рак легкого целесообразно разделить на три группы: высокодифференцированные, недифференцированные и промежуточные опухоли.

Рак легкого относится к опухолям, характеризующимся высокой склонностью к метастазированию. Поэтому изучается поэтапность лимфооттока в зависимости от локализации опухоли в легком.

Студенты должны знать особенности международной клинической классификации рака легкого по системе TNM.

При раке бронхов, за исключением редких случаев бессимптомного течения, наблюдаются те же симптомы, что и при не-

опухолевой патологии легких. Характер и интенсивность, совокупность и последовательность появления отдельных симптомов у больных раком легкого зависят от многих факторов:

— локализации опухоли (поражения крупных бронхов протекают иначе, чем сегментарных и мелких периферических);

— макроскопической формы роста опухоли и степени нарушения бронхиальной проходимости (при эндобронхиальной направленности роста ряд симптомов более четко выражен, чем при экзобронхиальных и особенно перибронхиальных раках; наиболее часто и рано проходимость бронха нарушается при экзофитных раках, растущих эндобронхиально);

— стадии заболевания (чем больше размеры опухоли, протяженность поражения бронхиального дерева, тем выраженнее клиническая картина заболевания; метастазы в регионарные и особенно в отдаленные органы, выход опухоли за пределы легкого проявляются рядом дополнительных симптомов, которые могут занимать доминирующее положение в общей картине заболевания);

— присоединения вторичной инфекции (необходимо усвоить механизм возникновения таких процессов, как пневмония, абсцедирование, развитие бронхоэктазов у больных раком легкого);

— сопутствующей патологии других органов и систем;

— особенностей нервно-психического состояния организма больного (низкий порог болевой чувствительности, невыраженность кашлевого рефлекса, невнимание к своему здоровью, боязнь диагноза и т. д.).

Для своевременной и ранней диагностики очень большое значение имеет правильно и скрупулезно собранный анамнез заболевания. Анализируя его данные, удастся установить ряд симптомов, имеющих единую патологическую основу — нарушение проходимости бронха.

Несмотря на наличие более усовершенствованных методов обследования органов дыхательной системы, классические физические методы исследования (наружный осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация) до сих пор не потеряли своего значения.

При осмотре больного обращают внимание на его общий вид, состояние кожных покровов, видимых слизистых, на деформации опорно-двигательного аппарата, характер дыхания, одышки, симметричность дыхательных движений грудной стенки.

При помощи пальпации определяют подвижность грудной клетки, состояние межреберных промежутков, голосовое дрожание, отмечают болезненные места при надавливании. Особое внимание уделяется выявлению опухолевых образований в шейно-надключичных и других областях, которые могут быть метастазами рака легкого в лимфатические узлы.

Перкуссия в начальных стадиях заболевания, когда размеры



патологически измененных тканей не превышают на разрезе 3 см толщины, не позволяют обнаружить изменения в воздухонаполнении (аэрации) легкого. Тем не менее, следует целенаправленно и очень тщательно искать симптомы уплотнения легкого, частичного или полного нарушения бронхиальной проходимости.

Очень важным этапом обследования является аускультативное выявление симптомов сужения просвета бронха. Клинические признаки небольших стенозов бронха можно установить только при положении пациента на больном боку. Не следует забывать, что катаральные явления у больных раком легкого могут зависеть от вторичных воспалительных процессов в легких.

При лабораторном исследовании крови специфических изменений у больных раком легкого не обнаруживается. Тем не менее обращают внимание на содержание лейкоцитов в периферической крови, величину СОЭ.

Для облегчения дифференциальной диагностики в пульмонологической практике применяют различные методы обследования больного: общее клиническое, различные виды рентгенологического, эндоскопического, хирургического, морфологического и др. В зависимости от разрешающей способности и сложности существующие диагностические методы можно объединить в несколько групп:

I. Методы обследования больного, позволяющие предположить опухолевую природу заболевания: анамнез, физикальные методы исследования, флюорография, рентгеноскопия, рентгенография легких в двух проекциях, анализ мокроты (атипичные клетки, свежие эритроциты).

II. Методы исследования больного, уточняющие диагноз: томография, бронхоскопия, бронхография, селективная ангиография, многократные цитологические исследования мокроты.

III. Методы исследования больного, помогающие окончательно установить диагноз рака легкого и относящиеся к группе морфологических: гистологическое заключение, цитологическое заключение.

Материал для морфологического исследования получают при: а) бронхоскопии (биопсия, смывы, отпечатки, пункция); б) многократном исследовании мокроты; в) трансторакальной пункции опухоли; г) диагностической торакотомии.

IV. Методы обследования больного, уточняющие распространенность опухолевого процесса: а) в пределах грудной клетки: бронхоскопия, медиастиноскопия, транскаринальная, паратрахеальная пункции, биопсия надключичных лимфатических узлов, пневмомедиастиноскопия, -графия, флебография вен передней грудной стенки; пробная торакотомия; б) для выявления отдаленных метастазов: неврологическое, урологическое, гепатологическое и другие виды исследований в зависимости от клиники заболевания.

Основными обязательными методами исследования органов грудной клетки являются: рентгеноскопия и рентгенография.

При анализе рентгеновских данных студент должен прежде всего выяснить следующие вопросы:

1. Является ли образование (затемнение, просветление), которое привлекло его внимание, отображением нормальной анатомической структуры или оно соответствует патологическому субстрату? 2. Относится ли выявленная патология к легким или внелегочным структурам органов грудной клетки? 3. Какова локализация патологического процесса в легком — доля, сегмент? 4. Каков морфологический субстрат патологического процесса?

Для правильного ответа на указанные вопросы студенту необходим следующий объем знаний из курса рентгенологии:

— рентгенологическая семиотика нормальных образований органов грудной клетки;

— доленое, сегментарное строение легких и принципы их топографического определения на снимках;

— основные рентгенологические синдромы легочной патологии (синдром затемнения или просветления легочного поля, синдром круглой тени, синдром нарушения проходимости бронха, синдром полости, синдром патологии корня легкого и средостения, синдром очаговых затемнений и диссеминации).

Следует подчеркнуть, что не существует патогномоничных рентгенологических симптомов патологии легких. Поэтому дальнейшей задачей студента и врача является уточнение другими методами исследования того патологического субстрата, который лежит в основе конкретной клинической и рентгенологической картины заболевания.

Для исследования легочных процессов, корневых и медиастинальных лимфоузлов большое значение имеют послойные снимки в сагиттальной проекции (томография). Томограммы позволяют изучить состояние трахеи и главных бронхов; паренхимы легкого, особенно в уплотненных участках; состояние лимфоузлов корня легкого и средостения.

С помощью бронхографии можно получить четкое изображение главных, доленых, сегментарных и мелких бронхов вплоть до периферии легкого, выяснить их взаимоотношение с различными патологическими процессами в легких и средостении. Она показана в тех диагностически сложных случаях, когда другие методы исследования себя исчерпали. Сравнительно мало информации клиницисту дает бронхография при перибронхиальном инфильтративном росте опухоли, периферических раках легкого.

Селективная ангиопульмонография в ряде случаев дает возможность выявить нарушения в кровоснабжении легкого, характерные для рака. Однако этот метод является очень сложным.

Бронхоскопия, являясь методом прямого осмотра брон-



хиального дерева, в настоящее время считается так же, как и рентгеноскопия, -графия, томография, обязательным методом обследования больного при подозрении на рак легкого. Применение современной бронхоскопической аппаратуры позволяет объективно оценить патологические процессы в трахее, главных, долевых и сегментарных бронхах. Существенным дополнением к бронхоскопии является возможность одновременного проведения биопсии, забора материала для цитологического, бактериологического и микологического изучения.

Наиболее важными эндоскопическими симптомами опухолевой природы заболевания являются прямые анатомические признаки рака легкого. При перибронхиальной и эндобронхиальной форме роста злокачественной опухоли чаще всего определяются косвенные анатомические и функциональные признаки. Поэтому при данных опухолей возрастает роль эндоскопической биопсии.

Следующая группа методов обследования пульмонологического больного относится к категории хирургических. Все они преследуют одну цель — получение материала для морфологического исследования. Применяются следующие виды биопсии: аспирационная (пункция) и открытая биопсия пальпируемых периферических лимфатических узлов и опухолевидных образований: биопсия непальпируемых надключичных лимфатических узлов (прескаленная), медиастинальных лимфоузлов (медиастиноскопия по Карленс), трансторакальная аспирационная биопсия опухолевидных образований в легком (пункция), биопсия плевры, легкого (путем пункции или во время торакотомии), диагностическая торакотомия.

С помощью биопсии надключичных и медиастинальных лимфатических узлов удается распознать целый ряд заболеваний, избежав торакотомии.

К трансторакальной пункции опухолевидных образований легкого прибегают в тех случаях, когда размеры опухоли 2—3 см и она близко прилегает к грудной стенке. Исследование должно проводиться под контролем рентгеновского экрана. Пункционная биопсия опухоли легкого опасна возможностью развития пневмоторакса, кровотечения и даже эмболии.

Биопсия плевры может быть пункционной и открытой и приобретает большое значение при диагностике новообразований плевры, туберкулеза, если другие методы исследования себя исчерпали.

В тех случаях, когда природа заболевания не может быть установлена другими методами исследования, но имеется веское подозрение рака легкого, обращаются к диагностической торакотомии с интраоперационной биопсией легкого, лимфатических узлов, самой опухоли.

Следует подчеркнуть, что торакотомия является важным методом дифференциальной диагностики как узелковых, так и диссеминированных изменений легочной паренхимы. Благодаря

открытой биопсии легкого были диагностированы столь редкие заболевания, как протеиноз легочных альвеол, альвеолярный лигитаз и др.

В онкологической клинике морфологическое подтверждение диагноза является самым важным. Наиболее простым для пульмонологического больного считают цитологическое исследование мокроты. Диагноз рака легкого на основании исследования мокроты — один из самых сложных и трудных методов цитологического анализа. Лишь наличие в препаратах мокроты комплекса истинных раковых клеток при неоднократном воспроизведении анализа может служить основанием для правильного диагноза. В ряде случаев элементы опухоли в мокроту не попадают. Это обусловлено особенностями макроскопической формы роста опухоли и стадией заболевания. Гистологическое заключение по биопсийному материалу всегда является более информативным и достоверным.

Эффективность морфологического подтверждения опухолевой природы заболевания зависит от макроскопической формы роста опухоли, локализации ее в бронхиальном дереве, способа получения биопсийного материала и может колебаться:

— от 60 до 70—80% при инфильтративных, интра- и перибронхиальных формах роста, локализации опухоли в сегментарных бронхах и цитологическом исследовании полученного материала;

— более 95% верификации диагноза при экзофитных эндобронхиальных растущих формах, расположении опухоли в главных, долевыми и реже сегментарных бронхах, гистологическом исследовании биопсийного материала.

Для проведения дифференциальной диагностики в пульмонологии значительную роль играют дополнительные методы исследования, в частности серологические, аллергологические, микробиологические, гематологические. Эти методики имеют большое значение при распознавании туберкулеза, микоза, паразитарных заболеваний, саркоидоза, лейкемии. При трудностях в дифференциальной диагностике следует склониться в сторону опухолевого характера заболевания и ставить вопрос о возможности диагностической торакотомии.

При выборе метода лечения рака легкого нужно исходить из того принципиального положения, что на современном этапе развития онкологии лишь оперативное вмешательство может привести к полному излечению больного. Лучевые методы и лекарственная терапия носят паллиативный характер и применяются лишь при наличии противопоказаний к радикальному хирургическому лечению. Противопоказания к оперативному лечению следует разделить на две группы: а) со стороны опухоли, связанные с распространенностью процесса и б) со стороны организма, обусловленные функциональным состоянием важнейших органов и систем.



Выбор объема операции определяется рядом факторов: клинико-анатомической формой заболевания (центральный или периферический рак легкого); локализацией опухоли и закономерностями лимфооттока; степенью распространения процесса; функциональными возможностями организма больного.

Отдаленные результаты хирургического лечения больных раком легких зависят прежде всего от стадии заболевания и гистологической структуры удаленной опухоли.

Для лучевого лечения больных раком легкого целесообразно использовать гамма-излучение радиоактивных изотопов, тормозное излучение больших энергий. Отказ больного от радикальной операции является весьма условным показанием к лучевому и лекарственному методам лечения. Выбор способа облучения (статический или ротационный) зависит от локализации, глубины залегания опухоли и метастазов, общего состояния больного. Точное знание границ первичной опухоли, регионарных лимфатических узлов является основой для индивидуального планирования лучевой терапии. Для эффективности лучевого лечения важное значение имеет очаговая доза ионизирующей радиации.

Химиотерапевтическое лечение у больных раком легкого на современном этапе мало эффективно ввиду отсутствия избирательно действующих на опухоль препаратов. Применяются различные химиотерапевтические препараты и способы лечения (моно-, полихимиотерапия). Результаты медикаментозного лечения (объективный и субъективный эффекты) в значительной мере обусловлены гистологическим строением опухоли.

Симптоматическое лечение показано большинству больных раком легкого (инфекционные осложнения, кашлевой рефлекс, кровохаркание, болевой синдром и др.).

При проведении трудовой экспертизы больных раком легкого следует учитывать такие факторы: стадию заболевания, гистологическое строение опухоли, характер лечения (радикальное, паллиативное, симптоматическое); возраст и профессию больного; выраженность функциональных нарушений, вызванных болезнью и лечением; процент потери трудоспособности. Больным раком легкого противопоказана работа в холодных и горячих цехах, в запыленной обстановке, с кислотами, щелочами, требующая умеренного физического напряжения.

Прогноз при раке легкого всегда следует считать сомнительным, особенно в тех случаях, когда не удастся провести радикальное лечение.

По данной теме рекомендуется следующая литература: основная — 7, 36; дополнительная — 6, 27.



**МЕТОДИЧЕСКАЯ СХЕМА  
ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ТЕМЕ «РАК ЛЕГКОГО» (шифр 162)**

Се- местр	Тема занятия	Содержание и форма занятий	Практические навыки	Материальное обеспечение
VII— X	<p>Изучение эпидемиологии и этнологии РЛ. Изучение предраковых заболеваний легкого. Изучение клинико-морфологической классификации РЛ. Изучение семиотики и способов диагностики РЛ.</p>	<p>Стандартизованные показатели заболеваемости, смертности в регионе расположения кафедры онкологии (область, край, республика). Роль загрязнения атмосферного воздуха и курения в возникновении РЛ. Пути профилактики РЛ. Заболевание, предшествующие РЛ: хронические бронхиты, пневмония, бронхоэктазы. Макроскопические формы роста опухоли, ее гистологическое строение. Пути и особенности метастазирования РЛ. Центральный и периферический РЛ. Четырехстадийная и международная классификация РЛ по системе TNM. Особенности анамнеза у больных РЛ. Симптоматология центрального и периферического РЛ. Общее клиническое обследование больного РЛ. Рентгенодиагностика РЛ: рентгенокопия, -графия, флюорография, томография, бронхография. Эндоскопическая диагностика РЛ. Роль и место хирургических методов обследования и диагностики РЛ: пункция и биопсия лимфоузлов, поверхностных опухолевых образований, плевральной полости.</p>	<p>Ориентация в статистических показателях. Изучение гистологического строения РЛ. Освоенные методики клинического обследования больных РЛ. Расшифровка рентгенограмм с опухолевой патологией легких. Участие в бронхоскопии, при производстве пункции периферических лимфоузлов. Самостоятельное изготовление цитологических препаратов, их микроскопия. Усвоение методики забора мокроты для цитологического исследования. Присутствие на операциях. Разбор удаленных препаратов.</p>	<p>Анкета для определения исходного уровня знаний студента по нормам и патологии легких. Стандартизованные показатели заболеваемости, смертности. Статистические формы учета и отчетности: формы 285, 30, 286, 248. Посыльной лист на ВТЭК. Учебная история болезни. Макропрепараты удаленных опухолей. Гистологические препараты. Микроскопы. Больные различными формами РЛ. Рентгенограммы. Бронхоскопы. Наборы для аспирационной биопсии. Установки для дистанционной гамма-терапии. Противоопухолевые препараты.</p>



Семестр	Тема занятия	Содержание и форма занятий	Практические навыки	Материальное обеспечение
	<p>Изучение методов лечения больных РЛ. Клинические группы РЛ.</p>	<p>Трансторакальная пункция легочной опухоли. Экцизия опухоли через бронхоскоп при торакоскопии, медиастиноскопии, диагностическая торакотомия. Морфологические методы исследования: мокроты, бронхальных смывов, плеврального выпота, материала, добытого путем пункции. Гистологическое исследование биопсийного материала. Другие специальные методы обследования: биохимические, гематологические, серологические, микробиологические.</p> <p>Хирургическое лечение больных РЛ: показания и противопоказания к хирургическому лечению, выбор объема оперативного вмешательства. Непосредственные и отдаленные результаты лечения. Лекарственная терапия больных РЛ: показания, противопоказания, метод облечения, апаратура. Непосредственные и отдаленные результаты лечения. Комбинированное лечение больных РЛ: показания, противопоказания, виды, непосредственные и отдаленные результаты. Симптоматическое лечение РЛ.</p>	<p>Для субординаторов-хирургов — ассистирование на операциях. Знание с работой гамма-терапевтического кабинета; с противоопухолевыми химиопрепаратами. Участие в работе специализированных ВКК и ВТЭК.</p>	
<p>XI— XII Субор-</p>	<p>Изучение этиологии и эпидемиологии РЛ. Изучение</p>	<p>Эпидемиология РЛ в республике, СССР, мире и значение ее данных для выяснения этиологических фак-</p>	<p>Знание методики клинического и рентгенологического обследования</p>	<p>См. выше. Дополнительно домашнее задание.</p>

дина-  
тура  
по те-  
рапии  
и хи-  
рургии

XI—  
XII

чение предраковых забо-  
леваний РЛ.

Семiotика и диаг-  
ностика РЛ. Диффе-  
ренциальная диагности-  
ка РЛ.

торов РЛ. Предрак легкого и фор-  
мирование групп повышенного рис-  
ка. Роль профилактических осмотров  
в выявлении ранних форм РЛ. Вза-  
имосвязь морфологических особенно-  
стей РЛ с клиническим проявлением  
заболевания.

Основные клинические и ати-  
пические формы РЛ. Редкие формы  
РЛ. Дисгормональный эктопический  
синдром у больших РЛ. Дифферен-  
циальный диагноз с воспалительны-  
ми процессами бронхов, легочной па-  
рехимы, плевры, бронхопальмональ-  
ных и медиастинальных лимфоузлов  
неспецифической и туберкулезной  
этиологии. Доброкачественные опу-  
холи бронхов. Лимфоретикулярные  
и другие опухоли средостения.  
Особенности дифференциальной ди-  
агностики «шаровидных» образова-  
ний легкого.

Показания и противопоказания  
к оперативному лечению. Виды  
оперативных вмешательств у боль-  
ных РЛ. Выбор метода лечения в  
зависимости от локализации, стадии,  
гистологического строения опухоли.  
Предоперационная подготовка и ве-  
денне послеоперационного периода.  
Послеоперационные осложнения, их  
профилактика и лечение. Непосред-  
ственные и отдаленные результаты  
лечения. Лучевая терапия больших

Субор-  
дина-  
тура  
по хи-  
рургии

больных раком легкого,  
расшифровка рентгено-  
грамм. Пункция пери-  
ферических лимфоузлов.  
Знание современных ме-  
тодов лечения больших  
РЛ.



Се- мestr	Тема занятия	Содержание и форма занятий	Практические навыки	Материальное обеспечение
Субор- дина- тура по те- рапии		<p>РЛ. Принципы индивидуального планирования лучевой терапии. Непосредственные и отдаленные результаты лучевой терапии РЛ. Лекарственная терапия. Комбинированное и комплексное лечение. Симптоматическое лечение больных РЛ. Принципы диспансерного наблюдения за излеченными от РЛ. Реабилитация и трудовая экспертиза больных РЛ.</p> <p>Показания и противопоказания к хирургическому лечению больных РЛ. Непосредственные и отдаленные результаты оперативного лечения РЛ. Лучевая терапия больных РЛ. Принципы индивидуального планирования лучевой терапии. Непосредственные и отдаленные результаты лучевой терапии больных РЛ. Лекарственная терапия больных РЛ: показания, противопоказания, химиопрепараты. Осложнения противоопухолевой химиотерапии. Непосредственные и отдаленные результаты химиотерапии больных РЛ. Комбинированное и комплексное лечение больных РЛ: показания, противопоказания, непосредственные и отдаленные результаты лечения. Симптоматическое лечение запущенных стадий РЛ. Принципы диспансерного наблюдения за больными. Реабилитация и трудовая экспертиза больных РЛ.</p>		

**АНКЕТА**  
**ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ СТУДЕНТА**  
**ПО НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ ЛЕГКИХ (шифр 162)**

Фамилия, имя и отчество студента \_\_\_\_\_

Курс \_\_\_\_\_ Группа \_\_\_\_\_

1. Из каких анатомических образований состоят легкие?  
\_\_\_\_\_
2. Что является анатоμοфункциональной единицей легкого?  
\_\_\_\_\_
3. Сколько долей в правом, левом легком? \_\_\_\_\_
4. Сколько и какие сегменты расположены в верхней, нижней долях правого, левого легкого? \_\_\_\_\_
5. Какие сосуды обеспечивают газообмен в легких, трофику трахеобронхиального дерева и паренхимы легкого? \_\_\_\_\_
6. Каким эпителием выстланы трахея, главные, долевыe, сегментарные, субсегментарные бронхи? \_\_\_\_\_
7. Как изменяется длина и ширина бронха при вдохе и выдохе?  
\_\_\_\_\_
8. Какое в норме давление в плевральной полости? \_\_\_\_\_
9. Из каких составных частей состоит жизненная емкость легких?  
\_\_\_\_\_
10. Назовите регионарные зоны лимфооттока легкого и обозначьте их на схеме трахеобронхиального дерева \_\_\_\_\_
11. Нарисуйте схему экзофитной эндобронхиальнорастущей опухоли легкого \_\_\_\_\_
12. Нарисуйте схему экзофитной экзобронхиальнорастущей опухоли легкого \_\_\_\_\_
13. Нарисуйте схему эндофитной перибронхиальнорастущей опухоли легкого \_\_\_\_\_
14. Что такое ателектаз доли легкого? \_\_\_\_\_
15. Назовите известные Вам доброкачественные и злокачественные опухоли легкого \_\_\_\_\_

Дата

Подпись студента

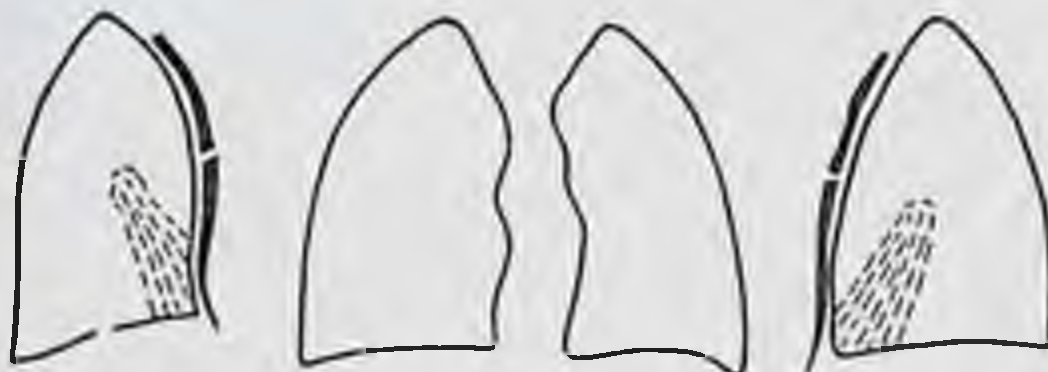


**ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ ПО ТЕМЕ «РАК ЛЕГКОГО» (шифр 162)**

Преподаватель \_\_\_\_\_ Студент \_\_\_\_\_

Группа \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ Оценка \_\_\_\_\_

1. Подчеркните из каких отделов легкого исходят (указывается преподавателем): эпителий альвеол, альвеолярные перегородки, мезотелий, слизистая оболочка бронхов, клетки и волокна соединительной ткани бронхов,



*Схема легких в боковой проекции.*

легочной паренхимы; хрящевые кольца, мышцы бронхов, артериальные, венозные, лимфатические сосуды; слизистые железы слизистой бронхов. Согласно данным схемы приведите названия лимфатических коллекторов легких, бронхов, трахей:

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |
| 5. _____ | 6. _____ |

2. Подчеркните предраковые заболевания легких: острый, хронический бронхит; грипп; очаговая, крупозная, хроническая пневмония; эмфизема легких; бронхиальная астма; острые, хронические абсцессы; инфильтративный, очаговый, кавернозный туберкулез легких; бронхоэктазы, кисты легкого; аденома, папиллома, липома, фиброма бронхов.

3. Подчеркните названия стран (Англия, Индия, США, ФРГ, Швейцария, Япония) и республик СССР (УССР и УзССР) с низкой (одной чертой) и высокой (двумя чертами) заболеваемостью раком легкого. Укажите удельный вес рака легкого в общей структуре онкозаболеваний в СССР, \_\_\_\_\_, УССР \_\_\_\_\_, Львовской области \_\_\_\_\_.

4. Подчеркните факторы, имеющие отношение к этиологии рака легкого: работа с анилиновыми красителями, с едкими химическими веществами, сажой, пряжей, в горячих цехах, с асбестом; курение трубки, сигарет, папирос с фильтром, без фильтра; пыль грунтовых, гудроновых, асфальтных, бетонных дорог; выхлопные газы автотранспорта, самолетов, дым заводских труб, котельных, работа на угольных, калийных, урановых, кобальтовых, никелевых рудниках.

5. Основные симптомы и синдромы заболевания, которые могут наблюдаться у больного раком легкого (характеристику больного приводит преподаватель): центральный, периферический рак, слева, справа, доля \_\_\_\_\_ сегмент \_\_\_\_\_, стадия TNM, экзофитная, эндофитная, переходная форма роста, эндобронхиальная, экзобронхиальная, перибронхиальная форма роста, другие признаки заболевания \_\_\_\_\_

**Симптоматология:** бессимптомное течение, температура нормальная, субфебрильная, гектическая. Кашель — отсутствует, сухой, судорожный, постоянно, редко, с выделением мокроты — слизистой, гнойной, зловонной. Одышка — в покое, при физической нагрузке. Голосовое дрожание усилено, ослаблено, не определяется. Перкуссия — нормальный легочный звук, тимпанит, коробочный звук, укорочение перкуторного звука, тупость, линия Дамузо, средостенне смещено в здоровую сторону, в сторону патологического процесса.

**Аускультация** — нормальное везикулярное дыхание, ослабленное; дыхательные шумы не определяются, бронхиальное дыхание; хрипы — не выслушиваются, сухие, влажные, шум трения плевры.



*Схема лимфатического коллектора легких.*

**Рентгенологически** — ателектаз сегмента, доли, легкого; гиповентиляция сегмента, доли, легкого. Синдром обширного, ограниченного затемнения; круглой, кольцевидной, очаговых тканей; легочной диссеминации, патологии корня легкого и бронхиальных лимфатических узлов; легочного рисунка, обширного просветления; рентгенологические изменения со стороны легких не определяются.

**Анализ мокроты:** патологических изменений не выявлено, в мокроте свежие эритроциты, атипические клетки, раковые клетки, туберкулезные палочки.

**Диагностика** (подчеркните, какие методы исследования необходимо провести у больного для установления диагноза «Рак легкого»): рентгенологическое исследование легких — рентгеноскопия, -графия, томография, бронхография; бронхоскопия, цитологическое исследование мокроты и материала, полученного во время бронхоскопии; бактериологическое исследование мокроты, диагностический пневмоторакс, диагностическая пункция плевральной полости, легкого, периферических лимфатических узлов, прескаленная биопсия, биопсия других тканей, меднастиноскопия, торакотомия, аллергические и серологические реакции (укажите какие) \_\_\_\_\_

специальные биохимические реакции (укажите какие) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ На схеме укажите расположение доли сегмента (указывается преподавателем)



6. Подчеркните, какое лечение необходимо провести у больного раком легкого (характеристика больного приводится преподавателем): больной(ая)

\_\_\_\_\_ лет, локализация патологического процесса \_\_\_\_\_

данные морфологического исследования мокроты, биопсийного материала \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

центральный, периферический рак, стадия \_\_\_\_\_

**Хирургическое лечение:** торакотомия, клиновидная, сегментарная резекция легкого, резекция бронха, трахеи, лобэктомия, пульмонэктомия.

**Лучевое лечение:** как единственный способ лечения, в комбинации с химиотерапией до, после, во время облучения. Источники облучения — контактная гамма-терапия, близкофокусная, глубокая рентгенотерапия, дистанционная гамма-терапия, ускорители, корпускулярные частички.

**Химиотерапия:** как единственный способ лечения больного, в комбинации с операцией, облучением. Химиопрепараты: бензотэф, циклофосфан, эмбихин, метотрексат, 6-меркаптопурин, 5-фторурацил, фторафур, брунеомицин, блеомицин, колхамин, винбластин, натулан, кортикостероиды, эстрогены, андрогены.

7. Подчеркните факторы, определяющие плохой прогноз в отношении выздоровления больного, данные о котором приведены в п. 6: возраст, пол, сопутствующие заболевания, макроскопическая форма роста опухоли, ее гистологическое строение, стадия, TNM.

8. Проведите трудовую экспертизу больного, описанного в п. 6, учитывая, что профессия больного \_\_\_\_\_, характер предшествующего лечения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

больной временно нетрудоспособен на 1, 2, 3, 4, 5, 6 и больше месяцев; приступить к прежней работе, сменить профессию, является инвалидом I, II, III группы сроком \_\_\_\_\_ месяцев \_\_\_\_\_, лет, постоянно.

**УЧЕБНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ «РАК ЛЕГКОГО» (шифр 162)**

История болезни № \_\_\_\_\_ Поступил \_\_\_\_\_ Выбыл \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_ Стадия TNM \_\_\_\_\_

Пол \_\_\_\_\_ Клиническая группа \_\_\_\_\_

Профессия \_\_\_\_\_ Группа крови \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_ Резус-принадлежность \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Считает себя больным с \_\_\_\_\_

Заболевание началось: остро, постепенно, с каких симптомов и их динамика \_\_\_\_\_

Начало заболевания связывает с \_\_\_\_\_

На протяжении последних 6—12 месяцев перенес грипп, пневмонию, бронхит или другие воспалительные (указать, когда, какие) заболевания дыхательных путей \_\_\_\_\_

Дата первичного обращения больного за медицинской помощью по поводу данного заболевания \_\_\_\_\_

В какое медицинское учреждение \_\_\_\_\_

Дата первичного рентгенологического обследования \_\_\_\_\_

В каком лечебном учреждении \_\_\_\_\_

**ЭТАПЫ ДАЛЬНЕЙШЕГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО**

Дата	Название лечебного учреждения	Методы обследования и результаты	Диагноз	Лечение

Дата установления первичного диагноза рака легких \_\_\_\_\_

В каком лечебном учреждении \_\_\_\_\_

С каким диагнозом направлен в ООД \_\_\_\_\_

В каком состоянии \_\_\_\_\_



## АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Канцерогенность среды (работы, места проживания) \_\_\_\_\_

Курит папиросы, сигареты, трубку, начиная с \_\_\_\_\_ лет, в день до  
штук на протяжении \_\_\_\_\_

Алкоголь употребляет редко, часто, ежедневно, примерное количество  
\_\_\_\_\_

Перенесенные заболевания (дата, диагноз) \_\_\_\_\_

Опухоли у родных \_\_\_\_\_

Другие данные анамнеза \_\_\_\_\_

## ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Общее состояние \_\_\_\_\_ Масса тела \_\_\_\_\_ Рост \_\_\_\_\_

Кашель — отсутствует, постоянно, периодически (утром, днем, вече-  
ром, ночью), сильный, слабый, в виде покашливания, приступообразный,  
мучительный, надсадный, сухой, с мокротой, связан с (каким фактором)  
\_\_\_\_\_

Мокрота — нет; слизистая, гнойная, слизисто-гнойная с запахом \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, без запаха \_\_\_\_\_, с примесью крови \_\_\_\_\_  
примерное количество в сутки \_\_\_\_\_, другие особенности  
мокроты \_\_\_\_\_

Кровохарканье — нет; прожилки крови в мокроте, отдельные кровя-  
ные сгустки, легочное кровотечение, скрытая кровь, другие особенности  
кровохаркания \_\_\_\_\_

Одышка — не отмечает, в покое, при ходьбе, подъеме по лестнице,  
физической работе, незначительная, выраженная, мучительная, другие осо-  
бенности одышки \_\_\_\_\_

Боли — отсутствуют; локализация \_\_\_\_\_  
иррадируют в \_\_\_\_\_, связаны с \_\_\_\_\_  
периодические, постоянные, незначительные, сильные, острые, тупые, дру-  
гие особенности болей \_\_\_\_\_

Температура — нормальная; характер \_\_\_\_\_, продолжительность —  
\_\_\_\_\_, сопровождается ознобами, нет, другие  
особенности температуры \_\_\_\_\_

Слабость — не отмечает; незначительная, выраженная, снижение тру-  
доспособности, нет, быстрая утомляемость — нет, другие особенности  
\_\_\_\_\_

Похудание — не отмечает; на \_\_\_\_\_ кг за \_\_\_\_\_ недель, \_\_\_\_\_ месяцев.

Другие признаки заболевания \_\_\_\_\_

Результаты физического обследования: форма грудной клетки \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, состояние надключичных областей \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, расположение лопаток \_\_\_\_\_

состояние межреберных промежутков, наличие расширенных подкожных вен, тип дыхания, его частота и особенности, повышение чувствительности кожи, голосовое дрожание, перкуссия, границы легких, подвижность нижних краев легких, аускультация, хрипы и их характеристика, голосовое дрожание и другие изменения \_\_\_\_\_

Состояние периферических лимфатических узлов \_\_\_\_\_

Сердечно-сосудистая система \_\_\_\_\_

Состояние других органов и систем \_\_\_\_\_

Результаты специального обследования:

Рентгеноскопия, рентгенография (дата, описание) \_\_\_\_\_

Томография \_\_\_\_\_ (дата, результаты) \_\_\_\_\_

Бронхография (дата, результаты) \_\_\_\_\_

Заключение рентгенолога \_\_\_\_\_

Бронхоскопия (дата, результаты, описание) \_\_\_\_\_

Результаты морфологического исследования материала, полученного во время бронхоскопии \_\_\_\_\_

Патология мокроты \_\_\_\_\_

Результаты других специальных методов обследования больного \_\_\_\_\_



Макроскопическая форма роста опухоли на основании клинико-рентгенологических, эндоскопических данных: экзофитная опухоль с эндобронхиальным, экзобронхиальным ростом, эндофитная опухоль с эндобронхиальным, перибронхиальным ростом, смешанный тип, шаровидное образование связано, не связано с просветом бронха. Другие особенности \_\_\_\_\_

Диагноз \_\_\_\_\_ Стадия TNM. \_\_\_\_\_. Клиническая группа \_\_\_\_\_

а) основное заболевание \_\_\_\_\_

б) осложнения основного заболевания \_\_\_\_\_

в) сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_

Лечение. Дооперационная лучевая терапия (дата) \_\_\_\_\_

источник облучения \_\_\_\_\_, поля облучения \_\_\_\_\_

разовая доза \_\_\_\_\_, интегральная доза \_\_\_\_\_

Объективный эффект и его цифровая оценка \_\_\_\_\_

Субъективный эффект и цифровая оценка \_\_\_\_\_

Реакция на облучение со стороны гемопоза \_\_\_\_\_

Реакция на облучение со стороны других органов и систем \_\_\_\_\_

Дооперационная химиотерапия: дата \_\_\_\_\_, химиопрепараты \_\_\_\_\_

разовая доза \_\_\_\_\_, суммарная доза \_\_\_\_\_

Объективный эффект и его цифровая оценка \_\_\_\_\_

Субъективный эффект и его цифровая оценка \_\_\_\_\_

Реакция со стороны гемопоза \_\_\_\_\_

Реакция со стороны других органов и систем \_\_\_\_\_

Хирургическое лечение: дата \_\_\_\_\_ название операции \_\_\_\_\_

Локализация опухоли в легком, размеры \_\_\_\_\_

Макроскопическая форма роста опухоли \_\_\_\_\_

Макроскопическая оценка регионарных лимфатических узлов: не увеличены, увеличены до \_\_\_\_\_, явно метастатические \_\_\_\_\_

подозрительные на метастазы, локализация лимфоузлов \_\_\_\_\_

Результаты гистологического исследования: первичной опухоли \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, регионарных лимфатических узлов \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, других тканей \_\_\_\_\_

Методика обработки сосудов легкого \_\_\_\_\_

Методика обработки бронха \_\_\_\_\_

Осложнения во время операции \_\_\_\_\_

Послеоперационный период: без осложнений, дата и характер осложнений \_\_\_\_\_

Послеоперационная лучевая терапия: дата \_\_\_\_\_, источник облучения \_\_\_\_\_, поля облучения \_\_\_\_\_, разовая доза \_\_\_\_\_, интегральная доза \_\_\_\_\_

Реакция на облучение со стороны гемопоза \_\_\_\_\_

Реакция на облучение со стороны других органов и систем \_\_\_\_\_

Послеоперационная химиотерапия: дата \_\_\_\_\_, химиопрепараты \_\_\_\_\_, разовая доза \_\_\_\_\_, суммарная доза \_\_\_\_\_

Реакция со стороны гемопоза \_\_\_\_\_

Реакция со стороны других органов и систем \_\_\_\_\_

Паллиативное лечение. Лучевая терапия: дата \_\_\_\_\_, источник облучения \_\_\_\_\_, поля облучения \_\_\_\_\_, разовая доза \_\_\_\_\_, интегральная доза \_\_\_\_\_

Объективный эффект и его цифровая оценка \_\_\_\_\_

Продолжительность ремиссии \_\_\_\_\_

Характер прогрессирования заболевания \_\_\_\_\_

Химиотерапия: дата \_\_\_\_\_, химиопрепараты \_\_\_\_\_, разовая доза \_\_\_\_\_, суммарная доза \_\_\_\_\_

Объективный эффект и его цифровая оценка \_\_\_\_\_

Продолжительность ремиссии \_\_\_\_\_

Характер прогрессирования заболевания \_\_\_\_\_

Результаты лечения: продолжительность клинической группы III \_\_\_\_\_

рецидив опухоли (дата, характер) \_\_\_\_\_

метастазы (дата, характер) \_\_\_\_\_

Дата смерти \_\_\_\_\_, причина \_\_\_\_\_

Продолжительность жизни от начала заболевания (по анамнезу) \_\_\_\_\_

Продолжительность жизни с момента окончания радикального лечения (операции) \_\_\_\_\_, паллиативного лечения \_\_\_\_\_

### РАСШИРЕННЫЙ ЭПИКРИЗ



## Тема 11: РАК ШЕЙКИ МАТКИ

Главная цель занятия — продемонстрировать бессимптомное течение начальных стадий рака шейки матки и возможность диагностики в доклинической стадии при профилактических осмотрах.

После ознакомления с эпидемиологией обсуждаются вопросы этиологии рака шейки матки (РШМ): личная гигиена женщины, в том числе половой жизни, репродуктивная деятельность организма, травматизм в родах, его предупреждение и лечение, а также выявление и лечение заболеваний шейки матки.

Сбор анамнеза преследует и другие цели: демонстрация бессимптомного течения начального процесса и наличие симптомов (бели, боли, кровотечение) при более поздних стадиях (II, III, IV).

При выяснении этапов установления диагноза вскрываются ошибки в обследовании больной.

Изучая анамнез болезни, обращают внимание на перенесенные заболевания шейки матки, методы обследования, лечения, изучают роль заболеваний, предшествующих раку шейки матки, в его этиологии.

В анамнезе обязательно учитывают прохождение онкопрофилактических осмотров (частота, периодичность, применение цитологических методов исследования, кем проводились осмотры — врачом или акушеркой). Выясняют степень осведомленности больных в отношении опухолевых заболеваний — возможность профилактики, раннего выявления у «здоровых лиц», возможность излечения рака.

Подводя итог полученным данным, следует не только выяснить ведущую причину распространенности процесса, но и сделать организационные выводы на будущее (санитарно-просветительная работа на предприятии, организация профилактических осмотров, уровень квалификации врачей (акушерок), материальное обеспечение учреждений (цитологическая лаборатория, кольпоскоп и т. д.).

Обследование женщин начинают с общего осмотра. При осмотре шейки матки пользуются ложкообразными зеркалами, которые вводятся осторожно. Изучаются выделения, влагалищная часть шейки матки, стенки и своды влагалища. Обращают внимание на форму и размеры шейки матки, а также на наличие или отсутствие старых разрывов. Отмечают распространенность процесса. Необходимо подчеркнуть, что при отсутствии видимых изменений не исключается возможность наличия рака шейки матки, так как существуют доклинические его формы, которые диагностируются только морфологически. Обращают внимание на значение кольпоскопии, которая может помочь не только выявить патологический процесс, но и определить наи-

более подходящий участок для взятия биопсии (прицельная биопсия).

Студент должен осознать, что кольпоскопия основана на субъективном восприятии признаков. Демонстрируя кольпоскопию при ранних стадиях РШМ, обращают внимание на одновременное наличие очагов дисрегенераторных процессов различной степени зрелости. Просматривая кольпоскопические картины, студент должен изучить зависимость и степень угрожаемости развития дисплазий разной степени, внутриэпителиального и инвазивного РШМ при атипическом, повышено-атипическом и раковом эпителии. Применяя кольпоскопию в процессе наблюдения за больной, одновременно следят за динамикой заболевания. После кольпоскопии производят забор материала для цитологического исследования. Материалом исследования должны быть выделения из шейки матки (подозрительного участка). Делается 2—3 препарата, один из них срочно окрашивается и осматривается под микроскопом. Необходимо зарисовать препарат; рисунок запомнится студенту и будет лучшим подтверждением роли и ценности цитологической диагностики РШМ.

При ознакомлении с гистоструктурой заболевания шейки матки рекомендуется пользоваться таблицами, диапозитивами и гистологическими препаратами, полученными при операции конизации шейки матки при биопсии конхотомом, в которых имеются участки нормального эпителия, дисплазии, микроинвазивного и инвазивного рака. Подчеркивается целесообразность прицельной биопсии.

Производя бимануальное исследование, обращают внимание на размеры, форму, консистенцию шейки матки; размеры, форму, консистенцию и место расположения (чаще обычные) матки и придатков. Указывают на трудность определения состояния параметриев, что подтверждает необходимость ректально-брюшного исследования.

Закончив осмотр больной, ставят диагноз (у недообследованных больных — предварительный, после чего назначается дообследование). Интегральной частью диагноза является установление стадии (по системе TNM) и клинической группы.

Студенты присутствуют при прямом эндолимфатическом и непрямом введении контрастного вещества или изотопа. Изучают рентгено- и скенолимфограммы. Необходимо остановиться на трудностях в интерпретации лимфограмм.

Поставив точный диагноз, составляют план лечения.

В вопросе лечения начального РШМ центральное место занимает диагноз. Студенту необходимо усвоить, что внутриэпителиальный и микроинвазивный РШМ являются прежде всего гистологическим понятием. Данные, основанные на биопсии, нередко даже прицельной, не могут исключить наличия инвазии процесса, поэтому должны считаться предварительными.



Точное определение размеров начальной первичной опухоли основано на морфологическом изучении всей шейки матки, что возможно путем проведения серийноступенчатых срезов. Таким образом, единственным правильным методом лечения начального РШМ может быть только оперативный метод, позволяющий обстоятельно изучить удаленный препарат.

При наличии внутриэпителиального рака радикальными являются экономные операции — конусовидная ампутация или диатермоконизация шейки матки. Исход заболевания во многом обусловлен контролем за состоянием больной.

Студент должен твердо усвоить истину о равноценности лучевого и хирургического лечения только для первой стадии РШМ.

Рассматриваются общие принципы техники операции расширенной экстирпации матки. Обращают внимание на глубину операционного поля, выделение сосудов крупного калибра, мочеточников, мочевого пузыря, соблюдение принципов абластики и антиблаستيки, что требует от хирурга определенных навыков. Изучаются причины, профилактика и лечение осложнений во время и после операции.

Следует подчеркнуть роль дистанционной гамма-терапии в комбинированном лечении РШМ, время проведения операции, отметить преимущества дооперационного облучения.

Лучевой метод должен применяться в случаях, когда удаление опухоли в пределах здоровой ткани невозможно.

Наметив план лечения, используя эскизы, проводят расчет доз, демонстрируют необходимость индивидуальных доз, полей облучения, ритмов и интервалов при контактной гамма-терапии. Указывают на преимущество шланговых аппаратов.

Рассматриваются осложнения лучевого лечения. Фиксируется внимание на необходимости систематического контроля за состоянием организма. Подчеркивается связь возникновения гнойных воспалительных процессов в облученном организме. Изучаются общие реакции организма.

Непосредственные результаты лучевого лечения РШМ демонстрируются у больных с экзофитной формой опухоли.

Следует уделить внимание вопросам работоспособности — инвалидности или трудоустройства. Желательно присутствие студентов на заседании ВКК и ВТЭК или проведение учебной экспертизы трудоспособности у курируемых больных. Трудовая экспертиза должна дополняться решением вопросов психологической, социальной и медицинской реабилитации.

Основываясь на данных литературы о результатах лечения РШМ, студенты оценивают прогноз курируемых больных.

Отдаленные результаты лечения РШМ изучаются на больных, состоящих на диспансерном учете и посещающих поликлинику онкоучреждения. У этих больных изучаются поздние осложнения и последствия лечения.

При осмотре лиц, перенесших лечение по поводу РШМ, исследуют состояние культи влагалища, консистенцию и подвижность рубца. При диагностике рецидивов РШМ большую помощь оказывает знание статуса на предыдущем осмотре врачом. Это обстоятельство подчеркивает значение диспансерного наблюдения.

После окончания основного лечения РШМ возникает проблема борьбы с отрицательными последствиями лечения и осложнениями (лучевой кольпит, проктит, цистит, пиелонефрит).

Для больных, у которых путем осмотра и дополнительных исследований (биопсия, пункция и т. д.) диагностирован рецидив РШМ, составляется план лечения с учетом реакции у больного на первичную терапию. Разбираются вопросы лечения рецидивов и метастазов РШМ, их методика и эффективность.

По данной теме рекомендуется следующая литература: основная — 7, 3; дополнительная — 8, 20.



## МЕТОДИЧЕСКАЯ СХЕМА

### ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ТЕМЕ «РАК ШЕЙКИ МАТКИ» (шифр 180)

Семестр	Тема занятия	Содержание и форма занятий	Практические навыки	Материальное обеспечение
IX—X	<p>Статистические данные. Предраковые заболевания и ранние формы РШМ, их диагностика и лечение. Классификация по стадиям заболевания. Морфология предрака и рака. Метастазирование. Клиника и диагностика. Методы лечения (лучевое, комбинированное). Выбор метода лечения. Отдаленные результаты. Рецидивы и метастазы, их лечение.</p>	<p>Заполнение анкеты «Проверка» исходного уровня знаний студентов по норме и патологии шейки матки. Сбор анамнеза с акцентом на анамнез генеративной функции, проведенные профилактические осмотры, анализ перенесенных заболеваний шейки матки и их лечения. Осмотр шейки матки в зеркалах, кольпоскопия простая и расширенная, цитологическая диагностика. Присутствие при прицельной биопсии. Бимануальное и ректо-брюшное исследование. Осмотр и интерпретация цитологических мазков и гистологических препаратов. Установление стадии процесса по системе TNM. Составление плана лечения — хирургического, комбинированного, сочетанно-лучевого. Осмотр операционных препаратов. Осмотр женщины, перенесших лечение по поводу РШМ и в процессе лечения. Домашнее задание по теме «Заболевание шейки матки».</p>	<p>Сбор анамнеза. Методика физикального обследования. Знакомство с принципами кольпоскопии. Забор материала и изготовление мазков для эксфолиативной цитологии.</p>	<p>Анкета проверки исходного уровня знаний по норме и патологии женских гениталий. Цитологические и гистологические препараты. Музейные операционные препараты. Таблицы, диапозитивы.</p>
Субординатура	<p>Классификация предраковых состояний шейки матки. Методы диагностики. Роль кольпоскопии и цитологических</p>	<p>Заполнение учебных историй болезни. Сбор анамнеза с акцентом на генеративную функцию, проведение осмотров, перенесенных заболеваний шейки матки и их лечение. Осмотр</p>	<p>Сбор анамнеза. Методика физикального обследования. Освоение основ простой и расширенной кольпоскопии.</p>	<p>Учебная история болезни «Опухоль женских половых органов». Бланки домашних заданий «Злокачественные ново-</p>

исследований в распознавании предрака и ранних стадий РШМ. Клиника РШМ. Стадии и клинические группы РШМ. Закономерности метастазирования. Показание к лучевым и комбинированным методам лечения. Результаты лечения. Наблюдение за больными после лечения РШМ. Симптоматическое лечение. Главная цель — продемонстрировать возможность диагностики опухоли в доклинической стадии, особенно при профилактических осмотрах. Ознакомление с принципами лечения РШМ. Отдаленные и ближайшие результаты лечения.

шейки матки в зеркалах. Кольпоскопия простая и расширенная. Забор материала для цитологического исследования, ректо-брюшное исследование. Пальпация подвздошных лимфоузлов. Присутствие при прицельной биопсии. Изготовление и осмотр мазков из шейки матки для цитологического исследования, а также интерпретация морфологических препаратов. Зарисовка (схематическая) цитологических и гистологических препаратов, а также кольпоскопических картинок. Назначение необходимых лабораторных анализов и других дополнительных анализов (рентгенологическое исследование, цистоскопия, лимфография и т. д.). Интерпретация анализов и данных других исследований. Установление стадии процесса по системе TNM. Составление общего плана лечения. Составление плана лечения в послеоперационном периоде. Осмотр операционных материалов. Ведение больших, принимающих лучевое лечение. Занятие на фантоме женских гениталий с применением бутафоров радиоактивного кобальта. Расчет доз лучевой энергии. Выполнение домашних заданий по заболеванию шейки матки. Ознакомление с принципами реабилитации больших и работой ВТЭК.

Забор материала и изготовление мазков для эксfolиативной цитологии. Забор прицельной биопсии. Диатермокоагуляция эрозии шейки матки. Усовершенствованное бимануальное исследование. Заполнение стационарных и амбулаторных историй болезни, статистических форм учета и отчетности: формы 251, 248, 30, 27-онко, 281, 266.

образования женских гениталий» или соответственно «Рак шейки матки». Набор инструментов для взятия цитологических мазков и биопсии шейки матки. Музейные мазки и гистологические и послеоперационные препараты. Макет женских гениталий. Бутафоры радиоактивного кобальта. Эскизы женского таза. Шаблоны изодозных кривых. Таблицы, диапозитивы. Бланки форм ЦСУ: формы 281-б, 248, 30-б, 27-онко.



## АНКЕТА

### ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ СТУДЕНТА ПО НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ ЖЕНСКИХ ГЕНИТАЛИЙ (шифры 180—183)

Фамилия, имя и отчество студента \_\_\_\_\_

Курс \_\_\_\_\_ Группа \_\_\_\_\_

1. Впишите названия лимфоузлов, обозначенных на рисунке цифрами:

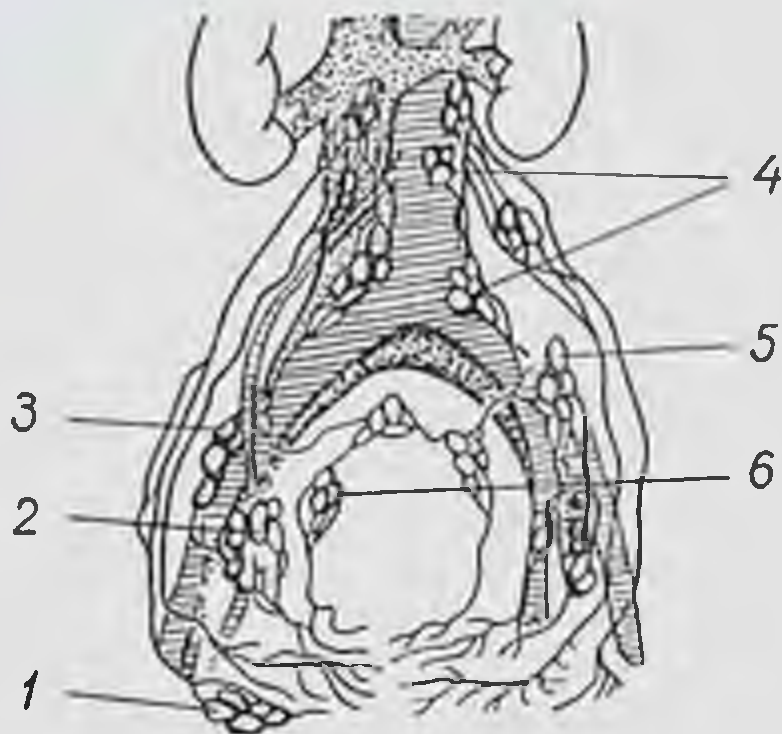


Схема анатомии женских гениталий.

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

2. Подчеркните, каким видом эпителия выстлана шейка матки (одной чертой), полость матки (двумя чертами): однослойный плоский, однослойный, кубический, однослойный цилиндрический, многорядный цилиндрический, многослойный плоский.

3. Подчеркните гормоны, стимулирующие пролиферацию эндометрия: тестостерон, прогестерон, фолликулостимулирующий гормон, лютеинизирующий гормон, лютеотропный гормон, эстрадиол, эстрон, эстриол.

4. Всегда ли возникает рак шейки матки на фоне эрозии? Да, нет (нужное подчеркнуть).

5. Подчеркните форму роста ранней (начинающей) стадии рака: моноцентрическая, мультицентрическая.

6. Подчеркните, какие характерные состояния, болезни предшествуют раку тела матки или сосуществуют с ним: метроррагии, меноррагии, полименорреи, ожирение, диабет, тиреотоксикоз, бесплодие, частые беременности, фибромиома матки, метрит, серозная киста яичника, гипертония, гастрит.

7. Подчеркните опухоль, более чувствительную к лучам с высокой, низкой митотической активностью.

8. Подчеркните, какая ткань получает большую дозу рентгеновских лучей: мягкая, костная.

9. Подчеркните, какой радиоактивный изотоп применяется для диагностики поверхностных опухолей: золото, железо, йод, стронций, фосфор, кальций.

Дата

Подпись студента

### ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ

#### ДЛЯ СУБОРДИНАТОРА НЕГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ЦИКЛА ПО ТЕМЕ «ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ЖЕНСКИХ ГЕНИТАЛИЙ» (шифры 180—183)

Преподаватель \_\_\_\_\_ Студент \_\_\_\_\_

Группа \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ Оценка \_\_\_\_\_

1. Каким показателем характеризуется заболеваемость раком шейки матки по СССР \_\_\_\_\_ и области (краю, республике), где расположен медицинский институт? \_\_\_\_\_

2. Приведите показатель смертности от рака шейки матки по СССР \_\_\_\_\_

и области (краю, республике), где расположен медицинский институт \_\_\_\_\_

3. Укажите, какой процент составляют раки яичника среди всех опухолей яичников \_\_\_\_\_

4. Укажите процент пятилетнего выздоровления больных раком яичников \_\_\_\_\_

5. Подчеркните лечебную тактику в случае предракового заболевания яичника: гормонотерапия, диспансерное наблюдение, физиотерапевтическое лечение, оперативное лечение, лучевая терапия.

6. Составьте план обследования и лечения процесса, указанного преподавателем: рак шейки матки, рак тела матки, рак яичников. Туморозная, инфильтративная форма; TNM. Отдельные элементы системы TNM (1, 2, 3, 4) указываются преподавателем.

а) Кольпоскопия, рентгеноскопия желудка, бимануальное исследование, ректо-брюшное исследование; цитологическое исследование мазка из шейки матки, асцитической жидкости; биопсии (выскабливание полости матки), цистоскопия, лапароскопия, гистерография, ректороманоскопия (нужное подчеркнуть).

б) Хирургический самостоятельный; хирургический после предварительного облучения; химиотерапевтический самостоятельный, химиотерапевтический до-, послеоперационный; сочетанно-лучевое, симптоматическое лечение (нужное подчеркнуть).

7. Какой процент пятилетнего излечения процесса в данной стадии?

8. Подчеркните основной метод лечения хориоэпителиомы матки: хирургический, химиотерапевтический, лучевой.



**ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ**  
**ДЛЯ СУБОРДИНАТОРА ПО АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ**  
**«РАК ШЕЙКИ МАТКИ» (шифр 180)**

Преподаватель \_\_\_\_\_ Студент \_\_\_\_\_

Группа \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ Оценка \_\_\_\_\_

1. Подчеркните название республики (одной чертой) с минимальной частотой заболеваемости раком шейки матки и максимальной частотой (двумя чертами): Азербайджанская, Армянская, Белорусская, Грузинская, Украинская, Казахская, Киргизская, Латвийская, Литовская, Туркменская, Эстонская ССР.

2. Укажите удельный вес рака шейки матки в общей структуре онкозаболеваемости женщин по СССР, \_\_\_\_\_, области (краю, республике), где находится мединститут \_\_\_\_\_

3. Укажите средний возраст больных раком шейки матки \_\_\_\_\_

Стадия Т \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ M (вписывает преподаватель).

Стадия TNM (вписывает преподаватель).

4. Подчеркните симптомы, характерные для стадии процесса, указанного преподавателем: боли, бели, кровотечения, бессимптомное течение.

5. Подчеркните распространенность процесса при стадии, указанной преподавателем: эрозия шейки матки (гистологически раковая), эрозия шейки матки (гистологически внутриэпителиальный рак), визуальные изменения не определяются, опухоль в пределах шейки матки, параметрий инфильтрирован около шейки матки, инфильтрат в параметрии переходит на стенку таза, опухоль переходит на влагалище в пределах верхней и средней трети, влагалище поражено опухолью в нижней трети, опухоль прорастает в мочевой пузырь или прямую кишку, лимфоузлы у стенки таза в форме плотных пакетов, метастазы в отдаленные органы.

6. Подчеркните, какое исследование необходимо для диагностики процесса, указанного преподавателем: ректально-брюшное, осмотр в зеркалах, бимануальное исследование, цистоскопия, ректороманоскопия, цитологическое исследование мазка из шейки матки, цитологическое исследование мазка вагинальных выделений, биопсия, кольпоскопия, цервикоскопия, лимфография, рентгеноскопия желудка или грудной клетки, рентгенография костей таза.

7. Подчеркните метод лечения процесса данной стадии: экстирпация матки, ампутация шейки матки, диатермоконизация шейки матки, расширенная экстирпация матки, контактная гамма-терапия, химиотерапия, симптоматическое лечение, дистанционная гамма-терапия, сочетанная лучевая терапия.

8. Укажите процент пятилетнего излечения процесса, указанного преподавателем \_\_\_\_\_

9. Трудовые рекомендации: больничный лист продлить на 1, 2, 3, 4—6 месяцев, до года, оформить I, II, III группу инвалидности (нужное подчеркнуть).

**УЧЕБНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**  
**«ОПУХОЛИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ» (шифры 180, 182, 183)**

История болезни \_\_\_\_\_ Год \_\_\_\_\_ Стадия TNM \_\_\_\_\_  
 Поступила \_\_\_\_\_ Выписана \_\_\_\_\_ Резус-принадлежность \_\_\_\_\_  
 Возраст \_\_\_\_\_ Семейное положение \_\_\_\_\_ Клиническая группа \_\_\_\_\_  
 Адрес \_\_\_\_\_

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Заболевание обнаружено при профилактическом осмотре: в смотровом кабинете, на производстве. За медпомощью обратилась самостоятельно \_\_\_\_\_

Бели: нет, бесцветные, светло-желтые, сукровичные, гноевидные \_\_\_\_\_ мес.

Кровотечения: нет, контактные, умеренные, значительные, профузные \_\_\_\_\_ мес.

Боли: нет, периодические, постоянные, острые, тупые, ноющие \_\_\_\_\_ мес.

Локализация: низ живота, поясница. Иррадиация: по всему животу, в нижнюю конечность.

Дизурические жалобы: нет, боли, частое мочеиспускание, макрогематурия, олигурия, недержание мочи, затрудненное мочеиспускание \_\_\_\_\_ мес.

Дефекация: нормальная, запоры, понос, тенезмы \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ мес.

Общее самочувствие удовлетворительное, нет \_\_\_\_\_ мес.

Похудание: нет, незначительное, значительное \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ мес.

Температура: нормальная, нет, \_\_\_\_\_ мес.

Другие жалобы: \_\_\_\_\_

**ЭТАПЫ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА И ЛЕЧЕНИЯ**

Дата	Название лечебного учреждения, фамилия врача	Методы обследования и результаты	Диагноз	Лечение или направление в лечебное учреждение



## АНАМНЕЗ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ

Менструальная функция с \_\_\_\_\_ лет, продолжительность \_\_\_\_\_ дней, через \_\_\_\_\_ дней. Циклично, ациклично. Расстройства: без патологии, болезненные, аменоррея, гипоменоррея, меноррагия. Время последней менструации \_\_\_\_\_ дней, указать не может. Климакс: наступил в \_\_\_\_\_ лет; течение: приливы, неврозы, кровотечения. Менопауза с \_\_\_\_\_ лет.

Сексуальные функции: вирго; половая жизнь с \_\_\_\_\_ лет, регулярная, нерегулярная; продолжительность \_\_\_\_\_ лет; в настоящее время живет, не живет. Либидо: выраженное, умеренное, отсутствует.

Генеративные функции: беременностей не было, количество \_\_\_\_\_; время первой \_\_\_\_\_ лет, время последней \_\_\_\_\_ лет; роды: не было число \_\_\_\_\_; нормальные, патологические; внематочная беременность; аборт: не было \_\_\_\_\_, число \_\_\_\_\_, из них искусственных \_\_\_\_\_, самопроизвольных \_\_\_\_\_.

Послеродовые заболевания: септические, разрывы шейки матки, разрывы промежности. Послеабортные заболевания — да, нет.

Предохранения от беременности: прерванное сношение, презерватив, средства химические, механические.

Гинекологические болезни: не болела, \_\_\_\_\_

Перенесенные (негинекологические) заболевания: \_\_\_\_\_

## ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Общее состояние \_\_\_\_\_

Масса тела \_\_\_\_\_ Рост \_\_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_

Кровяное давление \_\_\_\_\_

Гинекологический статус. Вульва: норма, атрофия крауроз, лейкоплакия, метастаз — локализация \_\_\_\_\_, размеры \_\_\_\_\_

Влагалище: норма, опущение, сужение, кольпит, инфильтрированное опухолью, метастаз — локализация \_\_\_\_\_, размеры \_\_\_\_\_

Бели: нет, бесцветные, желтые, жидкие, густые, пенистые, сукровичные; обильные, нет; с запахом, нет.

Шейка матки: форма — коническая, цилиндрическая, бочкообразная; разрывы — поверхностные, глубокие; деформирована разрывами, опухолью \_\_\_\_\_

Слизистая шейки матки: норма, эрозия, лейкоплакия; опухоль формы цветной капусты, кратера, смешанная. Локализация патологии: передняя губа, задняя губа, вся шейка, цервикальный канал; процесс переходит на: правый, левый, передний, задний свод, стенку влагалища размер \_\_\_\_\_ см.

При пальпации шейка матки: нормальная, плотная, бугристая, кровоточивая.

Матка: норма, увеличена до 8 недель беременности, до 12 недель беременности, больше 12 недель беременности; плотная, бугристая, дряблая, неравномерная; в анте, ретрофлексио; отклонена влево, вправо, опущена; подвижная, ограничено подвижная, неподвижная; гематометра, пиометра; другие изменения: \_\_\_\_\_

Параметрий левый: мягкий, укорочен, инфильтрирован; около матки, до стенки таза.

Параметрий правый: мягкий, укорочен инфильтрирован; около матки, до стенки таза.

Придатки матки: не пальпируются; правый размером \_\_\_\_\_ см, левый \_\_\_\_\_ см; консистенция эластичная, мягкая, плотная; контуры четкие, нечеткие; поверхность гладкая, бугристая; подвижность сохранена, ограничена, неподвижная. Пальпируется только нижний полюс опухоли, диссиминанты по брюшине; исследование затруднено из-за ожирения, наличия асцита, напряжения мышц брюшной стенки. Другие особенности \_\_\_\_\_

## ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Кольпоскопия: норма, эктопия, зона трансформации, полип, атрофия, истинная эрозия, кольпит, простая лейкоплакия, основание простой лейкоплакии, образование полей, бугристая лейкоплакия, основание бугристой лейкоплакии, образование атипических полей, рак.

Цитологическое исследование: I, II, III, IV, V класс.

Биопсия: аденокарцинома, плоскоклеточный ороговевающий, неороговевающий (начальный), внутриэпителиальный (зрелая, незрелая, средняя степень зрелости) рак, дисплазия (тяжелой, средней, легкой степени) \_\_\_\_\_

Реакция влагалищного мазка: первая, вторая, третья, четвертая.

Другие методы исследований \_\_\_\_\_

## КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:

## ЛЕЧЕНИЕ

Лучевое:

Дистанционная гамма-терапия на аппаратуре РОКУС, Луч-1, РУМ;

до-, послеоперационная, сочетанная с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_



Кюритерапия с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

Результаты лечения: улучшение, выздоровление, без эффекта, генерализация процесса, смерть.

Осложнения: лейкоцитопения, цистит, ректит, аднексит, перитонит

Оперативное лечение: число \_\_\_\_\_

Название операции: лапаротомия, расширенная экстирпация матки, простая экстирпация матки, ампутация матки, диатермокоагуляция шейки матки, удаление правых, левых придатков матки, резекция салышка, \_\_\_\_\_

Распространенность процесса, установленная на основании находок на операции: \_\_\_\_\_

Особенности удаленного препарата \_\_\_\_\_

Осложнения во время операции \_\_\_\_\_

Осложнения после операции \_\_\_\_\_

Гистологическое исследование удаленного препарата \_\_\_\_\_

Химиотерапия.

Курс: дооперационный, субоперационный, послеоперационный.

Наименование препарата \_\_\_\_\_; метод введения \_\_\_\_\_

Разовая доза \_\_\_\_\_; курсовая доза \_\_\_\_\_

Результаты лечения: субъективное улучшение, объективно — уменьшение опухоли на 75%, 50% 25%, без эффекта, генерализация процесса.

Осложнения: лейкоцитопения, кровотечения, диспепсия, выпадение волос \_\_\_\_\_

Гормонотерапия: наименование препарата \_\_\_\_\_

разовая доза \_\_\_\_\_, курсовая доза \_\_\_\_\_

### РАСШИРЕННЫЙ ЭПИКРИЗ

## Тема 12: РАК ТЕЛА МАТКИ

Главная цель занятия — продемонстрировать симптоматику опухоли и указать на необходимость проведения пробного выскабливания полости матки.

При изучении анамнеза больной следует обратить внимание на репродуктивную деятельность, менструальную функцию, срок наступления менопаузы, сопутствующие или перенесенные заболевания (фибромиома матки, синдром Штейна—Левенталя, феминизирующие опухоли яичников). Сведения о них могут указать на предшествующие раку тела матки (РТМ) нарушения гормонального баланса. Необходимо помнить, что РТМ нередко сосуществует или возникает в какой-либо последовательности (до и после) со злокачественными новообразованиями других локализаций (молочной железы, яичника).

Изучая жалобы больной, следует подчеркнуть, что основным симптомом, указывающим на наличие злокачественного новообразования в матке, является маточное кровотечение, причем только в редких случаях обильное. Вторым по частоте, а возможно, и более ранним симптомом возникновения РТМ, являются бели водянистого характера, светлые или сукровичные. Возникновение других симптомов (боли разного характера, учащенное мочеиспускание, повышение температуры и т. д.) может быть проявлением запущенности процесса.

Рассматривая вопросы предрака ТМ, нужно отметить, что в определении и оценке предопухолевых состояний ведущее место принадлежит морфологическим методам исследования. Отдифференцировать клинически предрак от рака невозможно. Студент должен усвоить, что гинекологу для работы в клинике нужно уметь читать морфологические исследования.

Необходимо подчеркнуть, что не все гиперпластические процессы эндометрия (полипы и различного вида гиперплазии) относятся к предраку, поскольку в структурном отношении и по риску малигнизации эти формы имеют существенные различия.

Студентам демонстрируются гистологические препараты. Очаговый аденоматоз, атипичная гиперплазия эндометрия и аденоматозные полипы должны всегда рассматриваться как предраковые заболевания. Это обусловлено не только характером морфологических изменений, соответствующих понятию предрака, но и риском перехода указанной патологии в рак. Следует обратить внимание, что в основном опухоли ТМ железистой структуры имеют разную степень дифференцировки.

Особенности распространения процесса связаны с локализацией опухоли в теле матки.

Обследование больной на кресле начинают с осмотра наружных половых органов. Нужно подчеркнуть, что при РТМ матка может быть обычных или слегка увеличенных размеров.



Для изучения состояния параметров и определения выраженных изменений тазовых лимфатических узлов применяют ректально-брюшное исследование.

На основании данных анамнеза и гинекологического исследования можно только заподозрить РТМ. Для установления окончательного диагноза проводят дополнительные исследования. Следует отметить недостаточную диагностическую ценность цитологического исследования выделений из цервикального канала. Более информативным считается исследование аспирата из полости матки. Заключая раздел цитологического исследования в диагностике РТМ, необходимо подчеркнуть, что данным методом предварительный диагноз можно подтвердить, однако отвергнуть трудно.

Демонстрируется гистероскопия. Обсуждается ее диагностическая ценность. Гистерография изучается на серии гистерограмм. Последние позволяют определить внешнее состояние всей слизистой оболочки полости матки, локализацию и протяженность опухолевого очага. Окончательный диагноз ставится в большинстве случаев на основании гистологического исследования соскоба из полости матки.

Отмечают необходимость проведения последовательного диагностического выскабливания. Вначале берут соскоб из шейки, а затем из полости матки. При получении характерного «ракового соскоба» в первой же партии в достаточном количестве выскабливание прекращают, но для выявления начального малого поражения требуется тщательное последовательное выскабливание всех стенок матки. Указывают на возможность получения ложноотрицательного результата морфологического исследования.

Закончив обследование больной и изучив данные дополнительного исследования, ставят диагноз. У недообследованных больных ставится предварительный диагноз, намечается дополнительное обследование. Неотъемлемой частью диагноза является определение стадии (по четырехстадийной системе и по системе TNM) и клинической группы. Подчеркивают, что правильно установить до операции степень распространенности процесса не всегда удается. Стадию рака обсуждают при осмотре послеоперационного препарата, музейных препаратов и соответствующих таблиц или диапозитивов.

Составляют план лечения, указав, что при РТМ предпочтителен хирургический метод. Хирургическое лечение должно состоять из расширенной экстирпации матки. Часто ввиду сопутствующих заболеваний и возрастных изменений проводится простая экстирпация матки. Оперативному лечению подлежат больные с опухолью T<sub>1a</sub>, T<sub>1b</sub>, T<sub>2</sub> и даже T<sub>3</sub> стадии. Простая экстирпация матки может носить явно паллиативный характер у больных РТМ с отдаленными метастазами и кровоточащей или интоксигирующей организм опухолью (пиометра).

Лучевое лечение РТМ изучают, используя музейные препараты и бутафоры радиоактивных кобальтовых бус. Следует подчеркнуть, что введение радиоактивных препаратов обычно сопровождается травмой шейки матки и, как правило, инфицированной опухолью, что приводит к гнойным местным осложнениям. Осложнения, опасные для жизни, мешают проведению лечения РТМ. Частота осложнений и эффективность лечения РТМ параллельны размерам опухоли — стадии процесса. Нужно напомнить студентам, что трудности в точном определении стадии процесса (до лечения) осложняют показания и противопоказания к лучевому лечению РТМ. Делают заключение, что лучевое лечение РТМ применяется лишь при противопоказаниях к оперативному вмешательству или отказе больной от операции и при отсутствии противопоказаний общего и местного характера к внутриполостной — внутриматочной радиальной терапии.

Изучая вопросы гормонотерапии, обсуждают механизм действия препарата, разовую и курсовые дозы, а также цель терапии (профилактическая, дополняющая, паллиативная).

Рассматриваются вопросы работоспособности — инвалидности или трудоустройства. Больной даются советы и рекомендации. Студент присутствует на заседании ВКК и специализированной ВТЭК.

Основываясь на данных литературы и сведениях, представляемых преподавателем о результатах лечения РТМ в районе деятельности учреждения, студенты оценивают прогноз курируемых больных.

Отдаленные результаты лечения больных РТМ изучают на лицах, состоящих на диспансерном учете и посещающих поликлинику онкоучреждения.

При осмотре больных, перенесших лечение по поводу РТМ, обращают внимание на общее состояние, состояние культи влагалища, консистенцию и подвижность рубца, отсутствие или наличие уплотнений — метастазов в стенке влагалища. Пальпацией живота определяют наличие или отсутствие опухолей, асцита, а также состояние послеоперационного рубца передней брюшной стенки влагалища. При показаниях проводятся дополнительные исследования (рентгеноскопия грудной клетки, цистоскопия и т. п.) для выявления отдаленных метастазов.

Больным, у которых диагностирован рецидив или метастаз РТМ, составляется план лечения с учетом реакции больного на первичную терапию.

По данной теме рекомендуется следующая литература: основная — 7, 3; дополнительная — 15, 45.



## МЕТОДИЧЕСКАЯ СХЕМА

### ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ТЕМЕ «РАК ТЕЛА МАТКИ» (шифр 182)

Се- местр	Тема и учебная цель	Содержание и форма занятий	Практические навыки	Материальное обеспечение
IX—X	<p>Заблеваемость и смертность. Предраковые заболевания и их лечение. Гистологическая классификация. Особенности распространения и метастазирования. Клиническая классификация по стадиям. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Методы лечения и отдаленные результаты.</p> <p>Указать на преимущество оперативного метода лечения РТМ над лучевым.</p>	<p>Сбор анамнеза с акцентом на генеративную функцию и состояние гормональной системы. Осмотр больной — пальпация подкожных лимфоузлов и живота. Осмотр шейки матки в зеркалах. Бимануальное и ректально-брюшное исследование. Присутствие при пробиом выскабливании полости матки. Осмотр и интерпретация гистологических препаратов. Установление стадии процесса по четырехстадийной системе и системе TNM. Составление плана лечения. Изучение препаратов, удаленных во время операции. Осмотр женщин, перенесших лечение по поводу РТМ. Назначение профилактического или лечебного курса гормональных препаратов. Симптоматическое лечение РТМ.</p>	<p>Сбор анамнеза. Методика физикального обследования. Знакомство с принципами пробного выскабливания полости матки. Осмотр и изучение операционных препаратов.</p>	<p>Анкета проверки исходного уровня знаний студента по норме и патологии женских гениталий. Музейные операционные препараты. Гистогаммы. Таблицы, диапозитивы.</p>
Субор- днина- тура	<p>Эпидемиология РТМ. Предраковые заболевания и их лечение. Гистологическая классификация. Особенности распространения и метастазирования. Симптоматология, клиника.</p>	<p>Выполнение домашнего задания «Рак тела матки». Сбор анамнеза с акцентом на гормональный статус, генеративную функцию, перенесенные заболевания. Заполнение учебных историй болезни «Заболевания женских половых органов». Осмотр шейки матки в зеркалах. Бимануаль-</p>	<p>Сбор анамнеза. Методика физикального обследования. Освоение производства пробного выскабливания полости матки. Чтение гистогамм. Усовершенствованные бимануального ис-</p>	<p>Учебная история болезни «Опухоль женских половых органов». Бланки домашних заданий: «Рак тела матки». Музейные гистологические и операционные препараты. Гистогаммы.</p>

**Диагностика.** Стадии. Показания и выбор метода лечения. Хирургическое, лучевое и гормональное лечение. Симптоматическое лечение инкурабельных больных. Цель занятия — обратить внимание на рост заболеваемости РТМ. Нацелить на формирование групп повышенного риска и значение ранней диагностики.

ное и ректо-брюшное исследование. Пальпация подкожных лимфоузлов. Участие в пробном выскабливании полости матки. Осмотр и интерпретация гистологических препаратов. Присутствие при гистероскопии. Осмотр и разбор гистерограмм. Назначение дополнительного обследования и необходимых лабораторных анализов. Интерпретация данных дополнительных обследования. Установление стадии процесса по четырёхстадийной системе и системе TNM. Составление общего плана лечения. Осмотр послеоперационных препаратов. Ведение послеоперационных больных. Занятие на макете женских генштаблей с бутафорами радиоактивного кобальта. Осмотр женщин, перенесших лечение по поводу РТМ, с целью выявления рецидивов или метастазов. Назначение профилактического или лечебного курса гормонов, симптоматического лечения.

следования. Заполнение стационарных и амбулаторных историй болезни, статистических форм учета и отчетности: формы 25-281-6, 248, 30-6, 27-онко. Оформление документации для ВКК и ВТЭК.

мы. Макет женских генштаблей. Бутафоры радиоактивного кобальта. Бланки форм ЦСУ: 25-281-6, 248, 30-6, 27-онко.



**ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ**  
**ДЛЯ СУБОРДИНАТОРА ПО АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ**  
**ПО ТЕМЕ «РАК ТЕЛА МАТКИ» (шифр 182)**

Преподаватель \_\_\_\_\_ Студент \_\_\_\_\_

Группа \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ Оценка \_\_\_\_\_

1. Характерные морфологические признаки предрака тела матки: железистая гиперплазия, железисто-кистозная гиперплазия эндометрия; диффузная, очаговая, базальная гиперплазия эндометрия; аденоматозные, железистые полипы тела матки (подчеркнуть).

2. Морфологические признаки, характеризующие внутриэпителиальный рак: гомогенная гиперплазия, полиморфизм клеток, полиморфизм ядер, анизоцитоз, нарушение целостности собственной мембраны, инвазия эпителиальных клеток в подлежащую ткань (подчеркнуть).

3. Впишите средний возраст больных раком тела матки \_\_\_\_\_

4. Характерные заболевания, сопутствующие раку тела матки: холецистит, ожирение, фибромиома матки, гипертония, маскулинизирующие опухоли яичников, феминизирующие опухоли яичников, серозные кисты яичников, диабет, колит, нефрит (подчеркнуть).

Стадия TNM. Возраст больной \_\_\_\_\_

Общее состояние \_\_\_\_\_

(вписывает преподаватель).

5. Распространенность процесса при стадии, указанной преподавателем: полость матки обычной величины, увеличена; процесс переходит на мюетрий, цервикальный канал, параметрий, серозную оболочку, мочевой пузырь, яичники; метастазы во влагалище, большой сальник, лимфатические узлы таза, параортальные, в отдельные органы (подчеркнуть).

6. Симптомы при стадии, указанной преподавателем: кровотечение, бели, боли, похудание, субфебрилитет, запоры, увеличение живота в объеме (подчеркнуть).

7. Объективные симптомы при стадии, указанной преподавателем: матка обычной величины, увеличена; консистенция матки плотная, тестоватая, эластичная; увеличены лимфатические узлы аксиллярные, паховые; параметрий мягкий, инфильтрирован; асцит, опухоль пальпируется через брюшные покровы (подчеркнуть).

8. Исследование, необходимое для диагностики процесса, указанного преподавателем: цитологическое исследование мазка из шейки матки, аспирата из полости матки; кольпоскопия; выскабливание цервикального канала, полости матки, гистероскопия, гистерография, лимфография, цистоскопия, рентгеноскопия желудка (подчеркнуть).

9. Метод лечения больной, указанный преподавателем: ампутация матки; расширенная, простая экстирпация матки; кюритерапия; дистанционная гамма-терапия; химиотерапия; гормонотерапия; симптоматическое лечение (подчеркнуть).

10. Впишите процент пятилетнего излечения процесса, указанного преподавателем \_\_\_\_\_

11. Больной продлить больничный лист на 1, 2—3, 4—6 месяцев, оформить I, II, III группу инвалидности (нужное подчеркнуть).

## Тема 13: РАК ЯИЧНИКОВ

Главная цель занятия — продемонстрировать студенту симптоматику рака яичников, указать на отсутствие специфических симптомов. Отметить сходство клиники рака этой локализации с заболеваниями других органов брюшной полости и вытекающую отсюда необходимость осмотра каждой женщины гинекологом.

При сборе анамнеза болезни отмечают частоту посещения женщиной гинеколога. Выясняют срок последнего посещения, состояние гениталий во время последнего осмотра. Обращают внимание студентов, что большое число больных раком яичников (РЯ) направляются на лечение в негинекологические отделения больниц, наблюдаются и лечатся в женских консультациях по поводу других болезней.

Собирая анамнез, изучают нарушение гормонального равновесия в организме, особенно половой и репродуктивной функций, т. е. вскрывают роль патогенетических факторов РЯ. В жалобах больной выясняют такие симптомы заболевания, как ощущение дискомфорта со стороны органов брюшной полости — желудочно-кишечного тракта, увеличение объема живота, реже приступы болей в животе или другие симптомы, сопутствующие отдаленным метастазам (плеврит, радикулит и т. д.), генитальные симптомы, свидетельствующие о гормональной дисфункции. Делается вывод, что симптоматология и семиотика РЯ в ранних стадиях очень скудны. Только в более поздних стадиях клинические симптомы становятся более многообразными.

Физическое исследование больной начинают с общего осмотра живота в ее горизонтальном и вертикальном положении. Обращают внимание на его форму, величину в стоячем и лежащем положениях. При пальпации живота определяют наличие асцита, опухоли. Выясняют их локализацию, размеры, консистенцию, поверхность, контуры, подвижность. Пальпируются подкожные паховые, аксиллярные и шейные лимфоузлы.

Гинекологическое исследование начинают с осмотра наружных половых органов, шейки матки и слизистой влагалища. При раке обычно поражаются оба яичника, опухоль вся или местами плотная, бугристая. Обращается внимание на своды влагалища — пальпируется тазовый отдел брюшины, где часто определяются метастазы в виде бугристых образований или инфильтратов. Следует подчеркнуть, что бимануальное исследование у больных РЯ обычно безболезненно или малочувствительно.

Проводят ректально-брюшное исследование, получают дополнительную информацию о тазовой брюшине и определяют состояние параметрия, а также стенки прямой кишки.

Обсуждая данные физического исследования, подчеркивают, что оно является единственным методом диагностики.



Устанавливается предварительный диагноз и назначается необходимое дополнительное исследование. У всех больных опухолями яичников обязательно проводят рентгенологическое обследование желудка.

Обсуждают показания к лапароскопии, кульдоскопии, пневмопельвиографии, ангиографии и демонстрируют эти методы. Если же это невозможно, демонстрируют рентгенограммы, аппаратуру, оценивают их информативность и роль в диагностике злокачественных опухолей яичников. Студенты присутствуют при эвакуации экссудата брюшной полости и осматривают мазок осадка на предмет раковых клеток.

При дифференциальной диагностике отмечают, что распознать РЯ можно только при распространенном процессе. Следует напомнить студентам о существовании погранично (потенциально) злокачественных опухолей яичника, определить характер которых трудно даже во время лапаротомии. Делается вывод, что всякая опухоль яичников должна рассматриваться как потенциально злокачественная, и больной должна быть предложена операция.

По типам роста раковые опухоли делят на туморозные, инфильтративные и смешанного типа.

Определяя стадию процесса по четырехстадийной и TNM системам, обращают внимание студентов на трудности определения стадий РЯ в пределах брюшной полости, поэтому диагноз уточняется только во время лапаротомии.

Обсуждая значение морфологического исследования и степени дифференцирования опухоли яичника или биопического материала, взятого во время пробного чревосечения, т. е. символ G, указывают на необходимость определения степени злокачественности.

Намечая или обсуждая проводимое лечение, останавливаются на двух его аспектах: хирургическом и лекарственном. При наличии туморозной формы опухоли лечение начинают с оперативного вмешательства. Объем операции зависит от характера опухоли и степени ее распространенности. При подозрении на рак только одного яичника в молодом возрасте обсуждают тактику хирурга.

Обычный объем операции при РЯ — надвлагалищная ампутация матки с придатками и резекцией сальника. В брюшную полость вставляют трубку для введения химиопрепаратов.

Обсуждая вопросы хирургического лечения опухолей яичника, подчеркивают достоинство лапаротомии: удаление больших подвижных опухолей, определение распространенности процесса, морфологическая верификация диагноза.

Лечение инфильтративных форм РЯ начинают с противоопухолевых препаратов.

Химиотерапия применяется до операции, во время операции,

после операции и как самостоятельный метод лечения. Предпочтение следует отдавать внутрибрюшному способу введения. При наличии выпота в плевральной полости препараты вводят внутривлеврозно после эвакуации жидкости. В практике химиотерапии РЯ наибольшее применение находят препараты алкирирующего ряда.

Студентам демонстрируют химиопрепараты. Обсуждают вопросы разовой и курсовой дозировки препаратов, механизм действия каждого из них, методы введения. Указывают, что существует моно- и полихимиотерапия. Рассматривают вопросы осложнений и их профилактики при химиотерапии злокачественных опухолей, РЯ в частности, подчеркивая иммунодепрессивное действие противоопухолевых препаратов. Изучают чувствительность и резистентность к химиопрепаратам, а также методы определения индивидуальной чувствительности опухоли к химиопрепарату. Определяют целесообразность применения противорецидивных курсов химиотерапии, а также повторное лечение химиопрепаратами резистентных к лекарству опухолей у истощенных больных.

Заканчивая обсуждение лечения РЯ, отмечают место и роль гамма-терапии в лечении РЯ. Обсуждают вопросы гормонотерапии.

Заключая обсуждение курируемой студентом больной, останавливаются на вопросах инвалидности и трудоустройства. Даются соответствующие советы и рекомендации. Трудовая экспертиза должна дополняться решением вопросов реабилитации — медицинской, социальной, профессиональной. Студент оценивает прогноз курируемой больной.

Отдаленные результаты лечения больных РЯ, а также диагностику рецидивов и метастазов изучают на больных, состоящих на диспансерном учете и посещающих поликлинику онкоучреждения.

Больным с диагнозом рецидива РЯ или прогрессирования процесса составляется план лечения с учетом реакции организма на перенесенное лечение. Больным, у которых рецидив или метастазы признаются инкурабельными, назначается симптоматическое лечение.

При симптоматическом лечении больных РЯ обращают внимание на такие симптомы: рецидивирующий асцит, боли, отеки нижних конечностей, расстройство функции кишечника, анемия, жалобы со стороны сердца, отек брюшной стенки, легочная недостаточность, нарастающее ухудшение общего состояния, кахексия и т. д. Основными паллиативными методами лечения являются пункция брюшной полости, регулирование функции кишечника, общеукрепляющие, сердечные и обезболивающие средства.

По данной теме рекомендуется следующая литература: основная — 7, 26; дополнительная — 31.



**МЕТОДИЧЕСКАЯ СХЕМА  
ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ТЕМЕ «РАК ЯИЧНИКОВ» (шифр 183)**

Се- мestr	Тема и учебная цель	Содержание и форма занятия	Практические навыки	Материальное обеспечение
IX—X	<p>Статистика. Классификация по гистогенезу с учетом клинических особенностей течения опухолей яичников. Распространение и метастазирование. Клиническая классификация по стадиям заболевания. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Методы лечения и отдаленные результаты. Метастатические опухоли яичников, особенности их течения и лечения.</p>	<p>Заболеемость и смертность от РЯ по данным области (края, республики), где находится мединститут. Сбор анамнеза с акцентом на анамнез генеративной функции, проходившее профилактические осмотры. Запись жалоб органов брюшной полости. Осмотр больной: пальпация и перкуссия живота, определение паховых лимфоузлов. Бимануальное исследование. Обсуждение результатов проведенных дополнительных исследований. Четырехстадийная и международная классификация по системе TNM. Гистологические формы. Составление (элементы) плана лечения (хирургического и лекарственного). Присутствие при операции. Осмотр женщин, перенесших лечение, и в процессе лечения по поводу РЯ.</p>	<p>Сбор анамнеза, физикальное обследование с акцентом на пальпацию и перкуссию брюшной полости. Осмотр и изучение операционных препаратов. Осмотр и изучение цитологических мазков осадка асцитической жидкости.</p>	<p>Музейные операционные препараты. Цитологические мазки осадка асцитической жидкости. Стенд с противоопухолевыми химиопрепаратами.</p>
Субор- дина- тура	<p>Эпидемиология. Классификация опухолей яичников. Особенности течения и закономерности метастазирования.</p>	<p>Эпидемиология РЯ в союзных республиках СССР и в других странах. Заполнение учебной истории болезни «Заболевания женских половых органов». Сбор анамнеза с акцентом</p>	<p>Сбор анамнеза. Методы физикального обследования, включая бимануальное и ректально-брюшное исследование.</p>	<p>Опухоли женских половых органов. Бланки домашних заданий «Рак яичников». Пневмопельвиограммы, ангиограммы.</p>

Вклад отечественной науки в классификацию. Дифференциальный диагноз. Показання к хирургическому лечению. Химиотерапия при раке яичников. Цель занятия — продемонстрировать студенту отсутствие специфической симптоматиологии РЯ, трудности в диагностике начальных стадий, темпы роста опухолей и дифференцированый подход к методам выбора лечения РЯ.

том на анализ регенеративной функции организма, перенесенные заболевания гениталий и прохождения профилактических осмотров. Анализ жалоб больной с рассмотрением функции органов брюшной полости. Осмотр больной, в частности, перкуссия и пальпация живота. Пальпация периферических лимфоузлов. Бимануальное исследование, ректально-брюшное исследование. Назначение и интерпретация лабораторных и других дополнительных исследований. Установление стадии процесса и клинической группы. Составление плана лечения. Типы и объемы хирургических операций. Средства и методы химиотерапии и осложнения. Присутствие и участие в операциях. Осмотр операционных и музейных препаратов. Классификация опухолей яичников. Участие в эвакуации асцита и экссудата плевральной полости. Изготовление и осмотр мазков осадка асцита. Осмотр женщин, перенесших лечение, и в процессе лечения по поводу РЯ. Посредственные и отделенные результаты. Клиника, запущенных случаев РЯ и симптоматическое лечение. Медицинская социальная и профессиональная реабилитация.

Эвакуация асцитической жидкости. Изготовление, осмотр и интерпретация цитологических мазков. Заполнение стационарных и учебных исторических статистических форм учета и отчетности: 54-281-6, 248, у 30-6, 27-онко, уф 218.

мы, цитологические мазки, таблицы, диаграммы, диапозитивы. Бланки форм ЦСУ 54-281-6, 248, у 30-6, 27-онко, уф 218. Стенд с противопухолевыми препаратами.



**ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ  
ДЛЯ СУБОРДИНАТОРА ПО АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ  
ПО ТЕМЕ «РАК ЯИЧНИКОВ»**

Преподаватель \_\_\_\_\_ Студент \_\_\_\_\_

Группа \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ Оценка \_\_\_\_\_

1. Укажите, какой процент составляют раки яичников среди раков женских гениталий. \_\_\_\_\_

2. Укажите, какой процент составляют раки яичников среди всех опухолей яичников \_\_\_\_\_

3. Приведите процент пятилетнего выздоровления больных раком яичников: \_\_\_\_\_ Стадия \_\_\_\_\_ Возраст больной \_\_\_\_\_ Форма роста опухоли \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Общее состояние больной \_\_\_\_\_

(вписывает преподаватель).

4. Симптомы рака яичника при стадии, указанной преподавателем: боли по всему животу, в эпигастрии, внизу живота; увеличение живота в объеме; запоры, поносы; учащенное мочеиспускание, общая слабость, фибриллитет, рвоты, тошнота, отсутствие аппетита, одышка, похудание (подчеркнуть).

5. Распространенность процесса, указанного преподавателем: один яичник, оба яичника, переход на матку, брюшину малого таза, брюшину за пределами малого таза, сальник, висцеральную брюшину, асцит; метастазы в пупок, печень, лимфатические забрюшинные узлы, прорастание в кишку, мочевого пузырь (подчеркнуть).

6. Какое исследование необходимо для диагностики процесса, указанного преподавателем: вагинальное исследование, кольпоскопия, лапароскопия, цистоскопия, цитологическое исследование мазка из шейки матки, влагалищных выделений, пунктата лимфатического узла, осадка экссудата брюшной полости, легких, желудка, кишечника; пневмопельвиография, ангиография, радиоизотопная диагностика печени.

7. Наметьте и подчеркните план лечения процесса, указанного преподавателем:

Хирургическое: а) радикальное, паллиативное, диагностическое; б) самостоятельное, комбинированное; в) полное удаление опухолей яичников, частичное удаление опухолей яичников, ампутация матки, экстирпация матки, резекция сальника, пробная лапаротомия, наложение противостественного прохода.

Химиотерапия: а) курс профилактический, лечебный; самостоятельный; до или после операции; б) тиотэф, циклофосфан, лофенол, фторафур; разовая

доза \_\_\_\_\_ курсовая доза \_\_\_\_\_ ; в) метод введения; внутривенный, внутримышечный, эндоабдоминальный, эндоплевральный.

8. Данной больной продлить больничный листок на 1, 2, 3, 4—6 месяцев, оформить I, II, III группу инвалидности (нужное подчеркнуть).

## Тема 14: РАК НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Главная цель занятия — показать роль предраковых состояний в возникновении рака.

Изучаются вопросы эпидемиологии рака наружных половых органов (РНПО).

Больных предраком вульвы демонстрируют во время осмотров в поликлинике онкоучреждения. Следует подчеркнуть, что РНПО чаще, чем раку других локализаций, предшествуют длительно существующие изменения тканей вульвы, так называемые предраковые заболевания. Среди этих заболеваний наибольшее значение имеют такие хронические дистрофические процессы, как лейкоплакия и крауроз, объединяемые в группу гиперкератозов. Указывают частоту перехода предрака в рак, а также частоту сопутствующих изменений.

Демонстрируя больную лейкоплакией вульвы, подчеркивают, что данный процесс относится к очаговым, гипертрофическим (со значительным ороговением и гиперплазией мальпигиевого слоя). Крауроз вульвы проявляется прогрессирующей склеротической атрофией тканей.

Необходимо отметить, что причину возникновения крауроза и лейкоплакии вульвы связывают с нарушением гормонального баланса в организме женщины. У большинства больных дистрофические изменения вульвы сопровождаются постоянным, а иногда нетерпимым зудом. Распознавание РНПО не представляет затруднения.

Назначая лечение больной предраком вульвы, следует учитывать возможные этиологические факторы. Местное лечение сочетается с назначением витаминов, антигистаминных и гормональных препаратов.

При осмотре больной раком вульвы пальпируют опухоль, определяют ее величину, консистенцию, глубину инфильтрации. Определяют состояние регионарных лимфоузлов, их размеры, подвижность. Изучают форму роста опухоли, отмечая, что она обуславливает выбор метода лечения, а также прогноз заболевания. Указывают, что локализация опухоли во многом определяет клиническое течение РНПО. Анатомо-топографическое строение наружных половых органов изучается с помощью таблиц и диапозитивов, а стадии процесса — по четырехстадийной и международной TNM системам классификации. Перечисляют типичные места локализации опухоли соответственно частоте поражения, а также указывают степень трудности лечения.

Распознавание РНПО представляет затруднение лишь в ранних стадиях. Окончательный диагноз на этом этапе может быть установлен только путем гистологического исследования, которое совершенно необходимо при выраженных формах процесса.



Осмотр больной заканчивают взятием мазка-отпечатка или пунктата опухоли и пунктата подозрительного лимфоузла для цитологического исследования, а при необходимости для биопсии.

Составляя план лечения курируемой больной раком вульвы, указывают на возможность использования хирургического лучевого и комбинированного методов. Хирургическое лечение может заключаться только в иссечении опухоли или в более широкой операции, вплоть до вульвэктомии и одностороннего или двухстороннего удаления регионарных лимфоузлов. При лучевом методе лечения опухоль облучают с помощью рентгенотерапевтической установки или аппликаторов радиоактивного кобальта. Комбинированный метод лечения в свою очередь состоит из дооперационного облучения только опухоли и ее удаления с лимфаденэктомией или без последней, а также может включать дооперационное облучение регионарных лимфоузлов.

Изучая частоту рецидивов РНПО, обращают внимание на необходимость дальнейшего наблюдения за больной. Обсуждаются вопросы лечения рецидивов, а также симптоматического лечения больных, не подлежащих специфическому лечению.

Студент оценивает прогноз курируемой больной.

По данной теме рекомендуется следующая литература: основная — 7; дополнительная — 3.



## МЕТОДИЧЕСКАЯ СХЕМА

### ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ТЕМЕ «РАК НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ» (шифр 184, 1)

Семестр	Тема и учебная цель	Содержание и форма занятий	Практические навыки	Материальное обеспечение
X IX—	<p>Предраковые заболевания. Клиника и диагностика. Стадии. Закономерности метастазирования. Дифференциальная диагностика. Показання и выбор метода лечения. Хирургическое, лучевое, гормональное лечение.</p>	<p>Заболееваемость и смертность от РНПО. Нозологические формы предрака (лейкоплакия и крауроз). Частота перехода предрака в рак НПО. Четырехстадийная и международная классификация РНПО по системе TNM. Особенности анатомо-топографического строения наружных половых органов. Метастазирование. Элементы хирургического лечения (операции на наружных половых органах и регионарных лимфоузлах). Лучевое лечение первичной опухоли. Непосредственные и отдаленные результаты. Клинические группы. Разбор домашнего задания.</p>	<p>Сбор анамнеза, физикальное обследование с акцентом на место болезни и зоны регионарного метастазирования. Изготовление мазков (отпечатков и пункционной биопсии).</p>	<p>Набор для цитологических мазков и пункционной биопсии. Инструменты для биопсии. Музейные мазки, отпечатки пункционной биопсии. Таблицы и диапозитивы.</p>
Субординатура	<p>Предраковые заболевания. Особенности распространения и метастазирования. Морфология. Клиническая классификация по стадиям распространения. Клиническое течение. Диагностика и дифференциальная диагностика. Методы лечения и отдаленные результаты. Цель занятия.</p>	<p>Заполнение учебной истории болезни «Опухоли женской половой сферы». Заболееваемость РНПО. Место среди всех злокачественных опухолей женских половых органов. Смертность от РНПО. Нозологические формы предрака (лейкоплакия и крауроз) — клиника, диагностика, лечение. Частота перехода предрака в РНПО. Четырехстадийная и международная классификация РНПО по системе TNM. Особенности ана-</p>	<p>Сбор анамнеза с акцентом на перенесенные заболевания наружных половых органов, регенеративную функцию и эндокринный статус организма. Изготовление мазков-отпечатков, производство пункций опухоли и подопонательных лимфоузлов и подготовка маз-</p>	<p>Учебная история болезни «Опухоли женских половых органов». Бланки домашнего задания на тему: «Лучевая терапия опухолей женских гениталий». Набор для цитологических мазков и пункционной биопсии. Музейные мазки и гистопрепараты. Бланки форм ЦСУ. Таблицы и</p>



Се- местр	Тема и учебная цель	Содержание и форма занятий	Практические навыки	Материальное обеспечение
	<p>Тема — показать взаимосвязь клинического течения рака наружных половых органов с локализацией опухоли.</p>	<p>томо-топографического строения наружных половых органов. Закономерности метастазирования. Диагностика и дифференциальная диагностика РНПО. Составление плана лечения. Типы хирургических вмешательств при РНПО. Роль лучевого лечения, самостоятельного, предоперационного. Роль диспансерного наблюдения. Диагностика и лечение рецидивов и запущенных форм РНПО.</p>	<p>ков. Чтение мазков. Забор биопсии и интерпретация патологических данных. Разбор больших с запущенными РНПО.</p>	<p>диапозитивы. Заполнение форм 54-281-б, ф. 248, 4-30-б, ф 27-онко, уф 218 и санбюллетеня.</p>

**ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ**  
**ДЛЯ СУБОРДИНАТОРОВ ПО АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ ПО**  
**ТЕМЕ «ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ОПУХОЛЕЙ ЖЕНСКИХ ГЕНИТАЛИЙ»**

Преподаватель \_\_\_\_\_ Студент \_\_\_\_\_

Группа \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ Оценка \_\_\_\_\_

1. Впишите, какой процент больных злокачественными заболеваниями принимает лучевую терапию \_\_\_\_\_

2. Подчеркните локализацию рака, при котором применяется только лучевая терапия: молочная железа, желудок, легкие, тело матки, шейка матки, пищевод, яичник, кожа, нижняя губа, прямая кишка, яичник, вульва, язык.

Составьте план лучевого лечения больной: раком шейки матки, тела матки, вульвы, TNM стадии; плоскоклеточный неороговевающий, ороговевающий, аденокарцинома, солидный (нужное вписывает и подчеркивает преподаватель).

3. Курс лучевого лечения: самостоятельный, симптоматический, до- или послеоперационный, первичной опухоли, регионарных зон метастазирования (подчеркнуть).

4. Источник: статический, подвижный (подчеркнуть).

5. Впишите суммарную дозу: в точке А \_\_\_\_\_ рад, в точке В \_\_\_\_\_ рад, очаговая доза \_\_\_\_\_ рад, зоны метастазирования \_\_\_\_\_ рад.

6. Время подведения дозы: одномоментное, крупнофракционное, дробное, дробнопротяжное, непрерывное (подчеркнуть).

7. Метод лучевой терапии: наружный, внутренний, сочетанный (подчеркнуть).

8. а) Наружное облучение: альфа-терапия, бета-терапия, гамма-терапия, рентгенотерапия, облучение тормозным излучением или электронами высокой энергии; короткодистанционная, дальнедистанционная, аппликационная (подчеркнуть).

б) Внутреннее облучение: внутриопухолевое введение радиоактивного препарата, путем избирательного накопления изотопа в опухоли или прямого хирургического введения в патологический очаг, внутрисполостное введение закрытых или жидких радиоактивных изотопов в специальных технических устройствах и приспособлениях (подчеркнуть).

9. Средства и устройства, необходимые для лечения: фосфорные аппликаторы, рентгеновские установки (РУМ), гамма-терапевтические установки («Луч-1», «Агат», «Гут-СО-400»), линейные ускорители, радиоактивные кобальтовые аппликаторы, радиоактивные кобальтовые бусы, бетатроны (подчеркнуть).



## Тема 15: ХОРИОНЭПИТЕЛИОМА МАТКИ

Главная цель занятия — продемонстрировать излечимость хорионэпителиомы матки при помощи химиотерапии.

При ознакомлении студентов с эпидемиологией хорионэпителиомы матки (ХМ) необходимо подчеркнуть, что частота возникновения этой патологии в разных странах далеко не одинакова.

Изучая этиологию ХМ, отмечают, что заболевание обычно развивается в связи с беременностью. Указывают на значение реактивных особенностей материнского организма, гормональных нарушений и влияние климатических условий. Поэтому при сборе анамнеза у больной ХМ акцентируют внимание на генеративной функции организма и особенно на исходе последней беременности.

Жалобы больной ХМ, как правило, носят общий характер. Основным гинекологическим симптомом является маточное кровотечение различной длительности и интенсивности. Другим гинекологическим симптомом могут быть боли внизу живота, иногда схваткообразного характера.

При объективном исследовании больной обязательно изучают кровь и легкие с целью выявления анемии и метастазов.

При гинекологическом осмотре больной, обычно, отмечают цвет слизистой влагалища и шейки матки. Выявляют наличие или отсутствие метастазов. Обращают внимание на величину, форму и консистенцию матки. Определяют придатки матки (опухоли яичников).

Указывают, что диагностика ХМ основывается на анамнезе, данных физического исследования и рентгеноскопии легких. При субмукозном расположении опухоли в матке диагностическую ценность представляет гистологическое исследование соскоба полости матки. Очень ценными методами диагностики ХМ являются реакции, основанные на избыточном количестве хорионического гонадотропина в моче больной.

Составляя план лечения, подчеркивают, что основной его метод — химиотерапия. Назначается полихимиотерапия, включающая препарат антиметаболического действия, и антибиотики. К лекарственному лечению относят также гормонотерапию. Лечение проводится курсами, при этом следят за их эффективностью и реакцией организма. Изучаются показания к оперативному вмешательству и объем операции.

Указывается на необходимый контроль за больными, перенесшими лечение по поводу ХМ. Контроль осуществляется клиническими наблюдениями и повторным определением содержания ХГ. Обсуждается прогноз курируемой больной. Напоминают данные литературы о пятилетнем выживании больных ХМ. Обсуждаются вопросы последующей беременности и родов.

По данной теме рекомендуется следующая литература: основная — 7, 18; дополнительная — 3.



**МЕТОДИЧЕСКАЯ СХЕМА  
ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ТЕМЕ: «ХОРИОНЭПИТЕЛИОМА МАТКИ» (шифр 181)**

Се- мestr	Тема занятий	Содержание и форма занятий	Практические навыки	Материальное обеспечение
Субор- дина- тура	Эпидемиология. Кли- ника и особенности те- чения. Диагностика. Хи- мотерапия и показания к хирургическому лече- нию. Результаты лече- ния.	Заболеемость и смертность от хо- рионэпителиомы матки в области (крае, республике), где находится мединститут, в СССР и других стра- нах мира. Заполнение учебной исто- рии болезни «Опухоли женских по- ловых органов». Характер предше- ствующей беременности. Средний возраст. Латентный период. Микро- и макроскопические формы хорни- оэпителиомы матки. Метастазирование. Симптоматология, клиника и диагно- стика (клиническая, гормональная, иммунологическая и гистологиче- ская). Химioterapia, гормонотера- пия и показания к хирургическому вмешательству. Последующее наблю- дение за больными, перенесшими лечение по поводу хорниоэпителио- мы матки. Отдаленные результаты. Трудовая экспертиза.	Сбор анамнеза. Со- вершенствование навы- ков гинекологического исследования больной. Лабораторное определе- ние хорниоэпителиома гона- дотропина. Заполнение форм ЦСУ: ф 251-281-б, у 30-б, ф 248.	Учебная история бо- лезни «Опухоли женских половых органов». Му- зейные препараты. Таб- лицы, диапозитивы. Стенд химиопрепаратов. Реактивы для определе- ния хорниоэпителиома гона- дотропина. Бланки форм ЦСУ ф 251-281-б, у 30-б, ф 248.



## Тема 16: ОПУХОЛИ КОСТЕЙ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Главная цель занятия — выработать у будущих специалистов онконастороженность в отношении более раннего распознавания сарком костей.

Студент, изучающий данную патологию, должен ознакомиться, с одной стороны, с наиболее распространенными опухолями этой области, с другой — с наиболее злокачественными новообразованиями, отличающимися специфическим течением и трудностями диагностики. Следует обратить внимание на условность и некоторую классификационную расплывчатость понятия «Опухоли мягких тканей», но это понятие утвердилось в медицине и под ним подразумевают опухоли, исходящие из мягких тканей, за исключением кожи и некоторых отделов забрюшинного пространства.

К первой группе опухолей, встречающихся довольно часто, относятся гемангиомы, захватывающие кожу и подкожную клетчатку, липомы, лимфоангиомы, нейрофибромы; ко второй — наиболее злокачественные фибросаркомы, синовиомы, особенно саркома костной и хрящевой ткани.

Важным элементом диагностики является установление темпов роста опухоли, определяющего с большой вероятностью степень их злокачественности. Это касается прежде всего липом, фибром, лимфангиом и доброкачественных опухолей костной и хрящевой ткани.

Нужно также обратить внимание на то, что у большинства больных с остеогенными саркомами и саркомой Юинга в процессе их лечения можно выявить недостаточные знания и недостаточную онкологическую настороженность врачей, из-за чего в стационар попадают больные с первичной опухолью III и IV стадий, иногда также с отдаленными метастазами. Это обстоятельство необходимо наглядно изучить, особенно с субординаторами-хирургами, и предъявлять к ним повышенные требования в отношении знания указанной патологии, без чего нельзя в будущем надеяться на улучшение качества диагностики костных сарком.

При общем обследовании больного нужно обратить особое внимание на место локализации патологического процесса. Некоторые опухоли (нейрофибромы, липомы) могут иметь множественную локализацию. Околосуставные и околосухжильные опухоли должны вызывать подозрение на синовиомы. При пальпации опухолей учитывают и место их расположения. Так, подкожные липомы имеют обычно дольчатую структуру и мягко-эластичную консистенцию, а межмышечные — из-за напряжения раздвигаемой опухолью мышечной ткани — плотную консистенцию и монолитную структуру. Это касается и степени смещаемости опухоли в зависимости от ее размеров и локализации. Поэтому обычная клиническая диагностика глубоко рас-

положенных опухолей мягких тканей неточна и требует дополнительных диагностических приемов. Это прежде всего относится к костным опухолям.

При разборе рентгенологической диагностики костных сарком, особенно плоских костей, следует подчеркнуть несоответствие между сравнительно небольшими начальными проявлениями костных изменений и вполне определенными жалобами больного, а также явно пальпируемой неподвижной плотной опухолью. Эту часть занятий нельзя ограничивать демонстрацией 1—2 больных, ее рекомендуется дополнять анализом набора соответствующих рентгенограмм в учебной комнате, оснащенной световым стендом. Здесь студент должен увидеть различные доброкачественные опухоли (костно-хрящевые экзостозы, хондромы, остеомы), научиться дифференцировать составные элементы тканей. Необходимо уделить внимание пограничным процессам — остеобластокластомам, указать на многоликость их рентгенологических проявлений, заключающуюся в наличии различной степени зон остеолиза, и в меньшей мере — костетворения.

При изучении костных сарком следует остановиться на стадийности процесса, изменении центральных и субпериостальных отделов трубчатых костей, на особенностях картины сарком плоских костей, таких, как таз и череп. Студенты должны научиться интерпретировать процессы остеолиза и костетворения, структурных изменений хрящевой ткани в плане дифференциальной диагностики с остеомиелитом и метастазами других злокачественных опухолей. В связи с этим полезно ознакомиться с двумя противоположными изменениями: остеопластическими — при раке предстательной железы и остеолитическими — при раке легкого и молочной железы. При этом обращают внимание на важность определения в крови кислых фосфатаз и ионов кальция.

На рентгенограммах следует показать значение этого метода для диагностики опухолей мягких тканей (межмышечные липомы, рабдомиосаркомы и др.), особенно с добавочным контрастированием газом (кислород, закись азота). С помощью ангиограмм выясняют структуру сосудов доброкачественных и злокачественных опухолей. Нужно остановиться на патогномных особенностях строения этих сосудов при злокачественных опухолях (извилистость, лакуны, обрывы и т. п.). Это относится также к скенограммам опухолей костей и мягких тканей (радиоактивный стронций, технеций, галлий). Определенную роль в диагностике изучаемых злокачественных опухолей мягких тканей и костей играют пункционная цитология и биопсия. Последняя требует применения специального устройства — трепана и дает положительные результаты при опухолях, не столь богатых сосудами более плотной консистенции (солидные синовиомы, рабдомиобластомы, фибросаркомы), распо-



знание которых вообще дается нелегко. При пункции злокачественных опухолей, насыщенных сосудами (остеогенные саркомы), в шприц часто попадает кровь, как из вены, и этот симптом является вспомогательным при установлении правильного диагноза. Пункционная цитологическая диагностика эффективна при остеобластокластомах, когда можно получить патогномичные элементы диагностики — коричневатую жидкость и гигантские клетки.

При изучении вопросов лечения сарком указывают на разнообразие врачебной тактики: например, выжидание при врожденных капиллярных гемангиомах кожи, которые нередко самоизлечиваются, осторожное применение лучевой терапии при данном процессе у детей. Все доброкачественные опухоли можно удалить хирургическим путем, однако лишь безусловно установленный диагноз позволяет решиться на такую операцию. Это относится и к злокачественным синовиомам.

В результате поздней диагностики костных сарком сложилось представление о их неизлечимости. Поэтому следует закрепить сведения, позволяющие своевременно распознавать эти опухоли и добиваться излечения таких больных с помощью комбинированного (лучевого и хирургического) метода, не прибегая к малоперспективным оперативным вмешательствам. Отдельно обсуждают лечение неостеогенной костной опухоли — саркомы Юинга, отличающейся значительной чувствительностью к воздействию ионизирующей радиации и химиотерапии.

Из деонтологических особенностей данного раздела онкологии следует отметить вопросы, относящиеся не только к самому больному, но и к родителям детей, страдающих саркомами. Нужно помнить, что в поисках иллюзорных лекарственных воздействий родители больных нередко способствуют переходу саркомы в неизлечимую, распространенную стадию. В таких ситуациях от врача требуется большой такт и умение добиться согласия родителей на предлагаемое лечение. В то же время при распространенных стадиях процесса врачебная деонтология не позволяет настаивать на операциях, исход которых малообещающий.

По данной теме рекомендуется следующая литература: основная — 7, 11; дополнительная — 12, 49.

## МЕТОДИЧЕСКАЯ СХЕМА

### ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ТЕМЕ «ОПУХОЛИ КОСТЕЙ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ» (шифры 170, 171)

Се- местр	Тема занятий	Содержание и форма занятий	Практические навыки	Материальное обеспечение
VII— VIII	Гемангиомы, лимфангиомы, липомы, синовиомы, хондромы, остеоиды, хондросаркомы, остеосаркомы, опухоли Юинга, десмоид, фибросаркома, остеобластокластома.	Заполнение анкеты проверки исходного уровня знаний студента по норме и патологии производных мезенхимы. Заполнение учебной истории болезни «Опухоли костей». Сбор анамнестических данных у больных и их родителей (если болен ребенок), физикальное обследование больных с условным разделением опухолей на более поверхностные (гемангиома, лимфангиома, липома, нейрофиброма, синовиома) и более глубокие, особенно опухоли хрящевой и костной тканей. Основные методы диагностики: пальпация, рентгенография, пункция. Дифференциальная диагностика первичных и вторичных костных новообразований. Хирургическое и лучевое лечение, результаты.	Сбор анамнеза. Объемное обследование. Заполнение форм 285, 266, 30, 248. Пункция поверхностных опухолей.	Учебная история болезни «Опухоли костей». Формы 285, 266, 30, 248. Набор рентгенограмм. Набор для пункции.



**АНКЕТА**  
**ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ СТУДЕНТА**  
**ПО НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ ОСНОВНЫХ ТКАНЕЙ,**  
**ПРОИЗВОДНЫХ МЕЗЕНХИМЫ (шифры 170, 171)**

Фамилия, имя и отчество студента \_\_\_\_\_

Курс \_\_\_\_\_ Группа \_\_\_\_\_

1. Что Вам известно о структурных элементах следующих тканей:

а) жировая \_\_\_\_\_

б) хрящевая \_\_\_\_\_

в) костно-соединительная \_\_\_\_\_

г) кровеносные сосуды \_\_\_\_\_

д) лимфатические сосуды \_\_\_\_\_

е) оболочка периферических нервов \_\_\_\_\_

2. Назовите доброкачественные опухоли, происходящие из данных элементов (в указанном выше порядке) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Назовите злокачественные опухоли, происходящие из следующих тканей: жировой \_\_\_\_\_, соединительной \_\_\_\_\_  
хрящевой \_\_\_\_\_, костной \_\_\_\_\_  
кровеносных сосудов \_\_\_\_\_  
поперечнополосатых мышц \_\_\_\_\_  
гладких мышц \_\_\_\_\_

4. Известна ли Вам какая-нибудь саркома животных, вызванная вирусом? \_\_\_\_\_

Дата

*Подпись студента*

**УЧЕБНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ  
«ОПУХОЛИ КОСТЕЙ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ» (шифр 170)**

История болезни № \_\_\_\_\_ Год \_\_\_\_\_ Поступил \_\_\_\_\_ Выбыл \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_  
 (фамилия, имя, отчество)

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Начало заболевания (дата) \_\_\_\_\_ Локализация \_\_\_\_\_

Боль умеренная, острая, днем, ночью, \_\_\_\_\_ Стадия TNM  
 \_\_\_\_\_ Р

во время ходьбы \_\_\_\_\_ Клиническая группа \_\_\_\_\_

Опухоль обнаружена больным, вра- \_\_\_\_\_ Группа крови \_\_\_\_\_  
 чом, дата \_\_\_\_\_ Резус-принадлежность \_\_\_\_\_

Динамика роста (постепенно, медленно, быстро). Нарушение функции  
 (да, нет) \_\_\_\_\_. Травма (да, нет) \_\_\_\_\_

Дата первичной рентгенографии \_\_\_\_\_

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

Перенесенные заболевания: \_\_\_\_\_

Дата первичного обращения к врачу по поводу заболевания \_\_\_\_\_

В какое учреждение \_\_\_\_\_

Дата установления первичного диагноза \_\_\_\_\_

**ЭТАПЫ ДАЛЬНЕЙШЕГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО**

Дата	Наименование лечеб- ного учреждения	Методы обследования и результаты	Диагноз	Лечение



## ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Общее состояние \_\_\_\_\_ Рост \_\_\_\_\_ Масса тела \_\_\_\_\_

Опухоль (локализация), окружность конечности здоровой \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, больной \_\_\_\_\_

Консистенция (очень плотная, плотная, мягко-эластичная)

Болезненность при пальпации (незначительная, выраженная) \_\_\_\_\_

Отношение к коже (сращена, не сращена). Местная температура \_\_\_\_\_

Сосудистый рисунок (выражен, не выражен) \_\_\_\_\_

Другие изменения \_\_\_\_\_

Характер ограничения движений в суставах \_\_\_\_\_

Регионарные лимфатические узлы (увеличены, не увеличены) \_\_\_\_\_

Отдаленные метастазы \_\_\_\_\_

Данные рентгенографии \_\_\_\_\_

Анализ крови на кальций \_\_\_\_\_, фосфор \_\_\_\_\_  
щелочную фосфатазу \_\_\_\_\_

Цитология \_\_\_\_\_ Биопсия \_\_\_\_\_

Предоперационный диагноз \_\_\_\_\_

Дооперационная лучевая терапия (дата, доза) \_\_\_\_\_

Операция \_\_\_\_\_

Описание операционного препарата \_\_\_\_\_

Патолого-гистологические данные \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Осложнения \_\_\_\_\_

Результат \_\_\_\_\_

## Тема 17: ГЕМАТОБЛАСТОЗЫ

Главная цель занятия — дать студентам основные сведения по клинико-морфологическим особенностям, семиотике, диагностике и способах лечения больных гематобластозами и подготовить к углубленному изучению гематосарком при прохождении субординатуры.

К гематобластозам относят ряд опухолевых заболеваний кроветворной ткани, которые целесообразно разделить на две большие группы. Первую составляют неопластические процессы, отличающиеся системным поражением всей кроветворной ткани в целом или отдельных ее компонентов — лейкозы. Как правило, заболевания этой группы сопровождаются характерными изменениями периферической крови. Вторая группа заболеваний представлена процессами, образующими очаговые опухолевые разрастания без изменений в периферической крови, — это гематосаркомы или опухолевые ретикулезы.

**Лейкозы.** Под лейкозами подразумевают неопластические поражения кроветворной ткани на уровне родоначальных, так называемых «бластных» (острый лейкоз) или же более зрелых клеточных элементов (хронические лейкозы).

Изучение темы начинается со статистики и эпидемиологии. Студенты должны ориентироваться в данных литературы о возможных этиологических факторах лейкозов человека и животных.

Для правильного понимания и усвоения многообразия неопластических процессов кроветворной ткани изучается унитарная теория кроветворения, номенклатура клеток крови. Необходимо уметь четко дифференцировать нормальные клеточные элементы периферической крови под микроскопом.

В основе генеалогического дерева всех клеточных элементов кроветворной ткани лежит лимфоидно-ретикулярная клетка. Злокачественная пролиферация различных клеток — прародителей зрелых элементов крови обуславливает соответствующие типы гематобластозов.

Важно знать патофизиологические механизмы развития заболевания. По современным данным, возможно образование отдельных ограниченных лейкемических очагов, но, как правило, наступает быстрая генерализация заболевания. При этом в организме больного выявляются расстройства двоякого вида: а) пролиферация и инвазия лейкемических клеток в кроветворных и других органах; выход их в циркулирующую кровь способствует развитию прямых симптомов со стороны пораженных органов и тканей; б) наличие патологических клеток в организме обуславливает появление косвенных расстройств — интоксикации, лихорадки, анемии, истощения, геморрагического синдрома, иммунологических нарушений.

Каждая форма лейкоза представляет собой отдельное само-



стоятельное заболевание. Тем не менее, всем им присущи общие признаки, которые можно объединить в ряд клинических синдромов: синдром ранних признаков; синдром недостаточности нормального кроветворения; геморрагический синдром; синдром иммунологической недостаточности.

Методом выбора при лечении больных острым лейкозом является химиотерапия в сочетании с кортикостероидами. Лечение состоит из нескольких этапов: а) индукция ремиссии, б) поддерживающее лечение и в) реиндукция, т. е. усиление поддерживающего лечения.

Необходимо изучить современные схемы полихимиотерапии больных острым лейкозом (ВАМП, ЦАМП и др.), знать, какие химиотерапевтические препараты применяются для индукции, ремиссии, поддерживающего лечения и реиндукции.

При лечении больных лейкозами различают клиническую, гематологическую и костномозговую ремиссии. На конкретных клинических наблюдениях дается характеристика каждого вида ремиссии.

На основании данных литературы и клинических наблюдений демонстрируют успехи в лечении острого лейкоза — учащение полных ремиссий и удлинение продолжительности жизни больных.

В течении хронических лейкозов можно выделить три периода: 1) начальный период с маловыраженными гематологическими признаками; 2) период развернутой клинико-гематологической картины; 3) период прогрессирования дистрофических изменений (терминальный).

В клинической картине хронического миелолейкоза ведущее место может занимать увеличение размеров селезенки в связи с ее миелоидной метаплазией, а хронического лимфолейкоза — увеличение лимфатических узлов. Диагностика бывает сложной лишь в раннем периоде болезни. Решающее значение для дифференциального диагноза имеет исследование периферической крови.

Методом выбора лечения больных хроническими лейкозами является химиотерапия. Однако при хронических формах заболевания, особенно лимфолейкозе, прибегать к цитостатическим препаратам необходимо при явных признаках прогрессирования заболевания. При так называемых доброкачественных формах болезни (особенно хроническом лимфолейкозе) следует ограничиться назначением общеукрепляющих средств, санаторного лечения общего профиля с исключением физиотерапевтических процедур, инсоляции. Для больных хроническим лимфолейкозом важным терапевтическим мероприятием является применение кортикостероидов. Для больных обеими формами хронического лейкоза рекомендуется лучевая терапия (на область селезенки, увеличенных лимфатических узлов), а при соответствующих показаниях — спленэктомии. При клини-



ческой демонстрации больных внимание студентов акцентируют на характеристике химиотерапевтических препаратов, методике их применения, побочном действии, эффективности. Занятие заканчивается обсуждением вопросов трудовой экспертизы, реабилитации больных данного профиля.

**Гематосаркомы.** При изучении данной темы необходимо четко разграничивать целый ряд заболеваний, объединенных названием «гематосаркомы»: лимфогрануломатоз, лимфосаркома, ретикулосаркома, гигантофолликулярная лимфома, болезнь Брилля-Симмерса, центральноафриканская лимфома (лимфосаркома Беркита), миеломная болезнь, макроглобулиновый ретикулез (болезнь Вальденстрема). На лимфогрануломатоз приходится 17—18% всех случаев заболеваний системы крови (включая лейкозы), а в группе гематосарком данная патология занимает первое место (40%). Поэтому основное внимание при изучении гематосарком уделяется лимфогрануломатозу.

**Лимфогрануломатоз.** При изучении статистических показателей обращают внимание на особенности заболеваемости лимфогрануломатозом в связи с возрастом и полом. Рекомендуется проследить эволюцию взглядов на происхождение данного заболевания.

Лимфогрануломатоз поражает ретикулярные и лимфоидные клетки. Поскольку ретикулярные клетки находятся практически во всех органах и тканях человека, возможна локализация процесса в самых разнообразных участках организма (лимфатические узлы, легочная паренхима, желудок, тонкий кишечник, селезенка, печень, почки, кожа, кости и т. д.).

Лимфогрануломатозные разрастания в лимфатических узлах и других тканях в своем развитии претерпевают эволюцию: от патологической гиперплазии ретикулярных клеток, через развитие специфической гранулемы к образованию фиброза. Гистологические типы лимфогрануломатоза оказывают определенное влияние на прогноз заболевания. Следует рекомендовать для изучения гистологическую классификацию по Люкес (1965) или классификацию международной конференции по лимфогрануломатозу (Нью-Йорк, сентябрь, 1965).

Чаще всего процесс локализуется в периферических лимфатических узлах и нередко с самого начала охватывает несколько областей. Могут наблюдаться локализованные формы лимфогрануломатоза, которые характеризуются преимущественным поражением одной группы лимфатических узлов или какого-либо одного органа.

С прогрессированием заболевания патологический процесс постепенно переходит с лимфатических узлов на внутренние органы. В связи с этим в клинической картине проявляются симптомы, характерные для органа, вовлеченного в процесс.

Кожные симптомы лимфогрануломатоза определяются поражением кожных покровов или являются следствием разнообраз-



разных процессов аллергического и воспалительного характера. Следует подчеркнуть трудность диагностики чисто кожных вариантов заболевания, когда в коже не определяются специфические инфильтраты, доступные для биопсии и морфологического изучения.

При анализе данных лабораторного исследования крови нужно помнить, что выявляемые изменения в основном отражают активность процесса и не имеют существенного диагностического значения.

Лимфогрануломатоз у ряда больных сопровождается симптомами поражения иммунологической системы организма. Анемия и лейкопения у данных больных может быть следствием не только генерализации заболевания, но и образования антител к собственным эритроцитам, лейкоцитам. Поэтому студентам следует обратить внимание на иммунологические тесты, позволяющие диагностировать аутоиммунный характер указанных симптомов.

Морфологическое исследование лимфатических узлов является основным способом диагностики заболевания. Микроскопия пунктата лимфатических узлов часто позволяет правильно установить диагноз.

Тем не менее, современный подход к данной патологии требует гистологического исследования биопсийного материала для выяснения точной морфологической картины процесса.

Диагностические затруднения возникают при распознавании локальных форм лимфогрануломатоза, когда патологический процесс поражает внутренние органы или лимфатические узлы средостения, забрюшинного, тазового пространства. Точный диагноз может быть установлен при морфологическом исследовании биопсийного материала, взятого путем эндоскопии (медиастиноскопия, бронхоскопия, гастроскопия), трансторакальной пункции, пункции селезенки и даже хирургического вмешательства (лапаротомия).

При дифференциальной диагностике прежде всего следует исключить инфекционные (бактериальные, вирусные) лимфаденопатии, саркоидоз, лимфо- и ретикулосаркоматоз, хронический лимфаденоз, лейкемии. Дифференциальная диагностика должна основываться на данных пункции и биопсии патогенетического субстрата, изучении костного мозга, картины крови.

После установления диагноза «лимфогрануломатоз» студенты приступают к определению стадии заболевания. За основу рекомендуется брать международную клиническую классификацию, предложенную Комитетом по стадиям лимфогрануломатоза Нью-Йоркского симпозиума (сентябрь 1965). Необходимо остановиться на роли дополнительных методов обследования больных (нижняя рентгеноконтрастная лимфография, радиоизотопная лимфография, сканирование печени, селезенки). Критически рассматривают диагностическое значение отдельных



методов оценки стадийности заболевания и акцентируют внимание студентов на том, что современный подход к определению стадии заболевания и выбор правильного метода лечения диктуют необходимость применения диагностической лапаротомии со спленэктомией, биопсии забрюшинных парааортальных лимфатических узлов, печени, тщательной ревизии всей брюшной полости.

Прогресс в лечении лимфогрануломатоза связан с установлением стадийности течения заболевания, совершенствованием лучевого и химиотерапевтического методов лечения больных. Терапевтические возможности определяются прежде всего стадией заболевания. Начальные стадии лимфогрануломатоза могут быть излечены. При генерализованных формах терапевтические возможности значительно ограничены и направлены на получение максимально глубокой и продолжительной ремиссии или только симптоматического эффекта.

В начальных (локальных) стадиях заболевания методом выбора является лучевая терапия по радикальной программе. Облучению подлежат как области, в которых выявлены патологические изменения (облучение с лечебной целью), так и зоны вероятного распространения заболевания на другие лимфатические коллекторы (облучение с профилактической целью). Студентам необходимо усвоить разницу в суммарных очаговых дозах на зону клинического поражения и область возможного метастазирования.

Вместе с преподавателем студенты намечают фигурные поля облучения, рассчитывают очаговые дозы для различных зон. При проведении лучевой терапии обращается внимание студентов на необходимость максимального щажения окружающих органов и тканей, правильную укладку больных.

При генерализованных стадиях заболевания без явлений интоксикации возможно применение лучевой терапии по радикальной программе. Методом выбора лечения генерализованных стадий лимфогрануломатоза является химиотерапия. Тем не менее, весьма целесообразно включать в план лечения и лучевое воздействие на зоны клинического поражения с целью получения максимально полной клинической ремиссии. При благоприятном течении заболевания всегда нужно стремиться закончить *лечение* лучевой терапией по радикальной программе.

При изучении химиотерапевтического метода студенты должны знать, каким химиотерапевтическим препаратам и схемам их применения отдается предпочтение. Изучаются особенности назначения кортикоостероидных гормонов в плане борьбы с интоксикацией и профилактики угнетения гемопоэза при полихимиотерапии.

Весьма важным является изучение методики оценки терапевтического эффекта лечения. Следует рекомендовать способ, предложенный Фармкомитетом СССР для оценки терапевтической



эффективности при испытании новых противоопухолевых химиотерапевтических препаратов (объективный и субъективный эффекты, их цифровая оценка).

В конце практического занятия обсуждаются вопросы трудовой экспертизы и реабилитации больных лимфогранулематозом.

**Лимфосаркомы.** Данное заболевание может исходить из элементов лимфатических узлов селезенки, миндалин, окологлоточного лимфатического кольца, желудка, кишечника и других органов. С клинической точки зрения различают локальную (одна или несколько рядом расположенных групп лимфатических узлов, один орган) и генерализованную формы заболевания (первично-множественный опухолевый процесс). У небольшой части больных могут быть выявлены специфические изменения и в периферической крови.

Диагноз основывается на морфологическом исследовании пунктатов или биопсийного материала пораженных тканей.

Лечебная тактика лимфосарком определяется степенью генерализации процесса. Локальные формы подлежат лучевой терапии, реже хирургическому удалению, генерализованные — медикаментозному лечению. Лимфосаркоматозная ткань весьма чувствительна к ионизации. Следует остановиться на необходимости достижения оптимальных курсовых доз лучевой терапии, несмотря на выраженную регрессию патологического процесса от небольших очаговых доз облучения.

При генерализованных формах заболевания (наличие более 3—4 локализаций процесса в различных местах организма) показано применение противоопухолевых химиотерапевтических препаратов. Обращают внимание на различную терапевтическую активность современных противоопухолевых медикаментозных средств, их наиболее эффективную комбинацию (полихимиотерапия), на роль поддерживающей химиотерапии.

**Ретикулосаркома.** Опухолевый процесс исходит из ретикулярных клеток или их тканевых производных в лимфатических узлах, костном мозге или любых других тканях и органах.

Диагноз базируется на данных морфологического исследования пунктатов или биопсийного материала пораженных тканей.

Клиническая картина заболевания определяется локализацией процесса и его распространенностью.

Лечебная тактика при ретикулосаркоме такая же, как при лимфосаркоме и зависит от степени генерализации заболевания. Следует помнить о неблагоприятном прогнозе для жизни при обеих формах гематосарком.

**Миеломная болезнь.** Заболевание часто имеет диффузный характер и исходит из плазматических клеток, которые продуцируют патологические белки — парапротеины. Диагноз заболевания основывается на морфологическом исследовании пунк-

татов или биопсийного материала пораженных тканей, характерной рентгенологической картине поражения костей, электрофоретическом и иммуноэлектрофоретическом анализе крови, мочи.

Клиническая картина заболевания определяется локализацией, распространенностью патологических разрастаний плазматической крови и интенсивностью белковосинтезирующей функции. В ряде случаев доминирующее значение имеет синдром протениоз, синдром недостаточности антител, геморрагический синдром). Заболевание характеризуется постепенным прогрессированием, иногда с преобладанием одного из синдромов (анемического, костного, почечного).

Основным методом лечения миеломной болезни является химиотерапия. Кортикостероиды, как правило, неэффективны. Наиболее целесообразно применение методики курсовых доз в течение максимально возможного времени с последующим переходом на поддерживающую терапию препаратом, вызывающим ремиссию процесса. Одним из критериев, указывающих на картину динамического наблюдения за белковым спектром крови.

По данной теме рекомендуется следующая литература: основная — 7, 22; дополнительная — 2, 23, 35.



**МЕТОДИЧЕСКАЯ СХЕМА  
ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ТЕМЕ «ГЕМАТОБЛАСТОЗЫ» (шифры 200—205)**

Се- мestr	Тема занятия	Содержание и форма занятий	Практические навыки	Материальное обеспечение
VII— X	<p>Изучение эпидемиоло- гии и этнологии лейко- зов, миеломной болезни. Изучение клинско- морфологической клас- сификации лейкозов, миеломной болезни. Изучение семiotики и диагностики лейкозов, миеломной болезни.</p>	<p>Стандартизованные показатели за- болеваемости и смертности. Изучение возможных этнологических факторов. Клинско-морфологическая и гисто- генетическая классификация лейко- зов. Патофизиология клинических проявлений заболеваний: прямые и косвенные расстройства; нарушение гемостаза; аномалии сывороточных белков; иммунологического наруше- ния. Особенности анамнеза у больных различными формами лейкозов и ми- еломной болезни. Клинические вари- анты острого и хронического лейко- зов, миеломной болезни. Клиниче- ское и лабораторное обследование больных: периферическая кровь, ко- стный мозг, сывороточные белки, тре- панобиопсия. Особенности дифферен- циальной диагностики.</p>	<p>Ориентация в показа- телях, этнологии. Знакомство с клас- сификацией лейкозов, мие- ломной болезни. Освоение методики клинического обследова- ния больных; расшиф- ровка препаратов пери- ферической крови; уча- стие в производстве стерильной пункции, трепанобиопсии. Знаком- ство с методикой расши- фровки миелограмм, протениограмм.</p>	<p>Анкета для определе- ния исходного уровня знаний студентов. Стан- дартизованные показате- ли заболеваемости и смертности. Препараты периферической крови, миелограммы, протенио- граммы больных. Набор для аспираци- онной биопсии, стер- ильной пункции, трепа- нобиопсии, рентгено- граммы. Больные разны- ми формами лейкозов, миеломной болезни, про- тивоопухолевые химио- препараты, кортикосте- роиды. Аппаратура для лучевой терапии.</p>
			<p>Изучение схем химио- терапии, гормонотерапии и лучевого лечения.</p>	

ных хроническими миелолейкозом и миеломной болезнью. Общеукрепляющее лечение и корригирующая терапия у больных хроническим лейкозом. Результаты лечения больных острым и хроническим лейкозам, миеломной болезнью. Клиническая и гематологическая ремиссия. Прогноз.

Лимфогрануломатоз (шифр 201).

Изучение эпидемиологии ЛГМ. Изучение семиотики и способов диагностики ЛГМ.

Изучение методов лечения ЛГМ.

Стандартизованные показатели заболеваемости, смертности. Возможные этиологические факторы ЛГМ. Особенности анамнеза. Общие и местные проявления заболевания. Гистологические варианты и их прогностическое значение. Международная клиническая классификация стадий ЛГМ. Методика установления стадии заболевания. Особенности дифференциальной диагностики. Лучевая терапия ЛГМ: показания и противопоказания, источники облучения, методы облучения. Результаты лечения. Химиотерапия ЛГМ: показания, противопоказания, химиопрепараты, осложнения и результаты лечения. Гормонотерапия ЛГМ. Комбинированное лечение ЛГМ: показания, виды лечения, результаты. Вопросы трудовой экспертизы и реабилитации.

Ориентация в статистических показателях, этиологических факторах. Знание клишки и основных способов диагностики. Участие в аспиранционной биопсии периферических лимфоузлов, эксцизионной биопсии, стеральной пункции.

Знакомство с методами специального обследования больных: радиоизотопное, прямая лимфография, лапаротомия. Знание международной классификации стадий ЛГМ и методов лечения.

Анкета для определения исходного уровня знаний студентов. Стандартизованные показатели заболеваемости и смертности. Больные разными формами и стадиями ЛГМ. Набор для аспиранционной биопсии. Цитологические и гистологические препараты. Рентгенограммы. Скенограммы.

Аппаратура для лучевой терапии. Химиопрепараты. Кортикостероиды.



Семестр	Тема занятия	Содержание и форма занятий	Практические навыки	Материальное обеспечение
VII— X	Ретикулосаркомы. Лимфосаркомы. Изучение эпидемиологии и этиологии. Изучение семiotики и способов диагностики. Изучение методов лечения.	Стандартизованные показатели заболеваемости и смертности. Возможные этнологические факторы. Клинические формы заболеваний. Роль морфологических методов исследования в диагностике. Особенности дифференциальной диагностики. Лечебная терапия: показания, виды, результаты. Химиотерапия: показания, препараты, результаты. Комбинированное лечение. Результаты лечения и прогноз.	Ориентация в статистических показателях, этнологических факторах. Знание клиники и способов диагностики. Участие при пункции периферических лимфоузлов. Изучение цитологических и гистологических препаратов. Знание методов лечения.	Анкета для определения исходного уровня знаний студентов. Стандартизованные показатели. Больные различными формами заболеваний. Учебная история болезни. Набор для пункционной биопсии. Цитологические и гистологические препараты. Аппаратура для лучевой терапии. Химиопрепараты. Кортикостероиды.
XI— XII Субординатура по территории	Острый и хронический лейкозы. Миеломная болезнь. Углубление знаний по: диагностике разных форм лейкозов, миеломной болезни; современным методам лечения; экспертизе трудоспособности; реабилитации.	Заболеваемость и смертность в СССР, мире. Вопросы этиологии. Клинические варианты заболеваний. Современные методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Современные методы лечения. Трудовая экспертиза, реабилитация, деонтология.	Знание клинко-анатомической классификации лейкозов, методики клинического и лабораторного обследования больных. Расшифровка препаратов периферической крови у больных. Производство стерильной пункции под руководством преподавателя. Знакомство с методикой расшифровки миелограммы. Знание современных методов лечения.	То же, что и в VII—X семестрах, дополнительно дано по теме «Гематосаркомы».



мероприятий; в этом аспекте демонстрируются преимущества советской системы здравоохранения.

При подготовке к клиническому занятию и при курации больных с опухолями желудка студент знакомится с заболеваниями и патологическими состояниями, относимыми к предопухолевым процессам. При этом необходимо уяснить неодинаковую степень риска злокачественной трансформации при различных заболеваниях. Нужно четко представить себе, какие формы гастрита (гиперацидный, анацидный, нормацидный) таят в себе реальную опасность возникновения рака, оценить с этой точки зрения различные гистологические формы полипов (аденоматозные, пролиферирующие, грануломатозные), доброкачественные опухоли желудка и системные заболевания (мегалобластическая анемия). Необходимо подчеркнуть важное значение правильной оценки функционального состояния желудка: нормацидного, гиперацидного, гипоацидного, значение слизеобразования. Знание вопросов эпидемиологии и этиологии рака желудка необходимо для полноценного сбора анамнеза, позволяет на конкретном примере видеть состояние проблемы и значение своевременной диагностики рака желудка в исходе заболевания.

Нужно обратить внимание студента на скудность симптоматики в начальных стадиях развития рака желудка. Поэтому будущих врачей следует нацеливать на активное выявление опухолевой патологии желудка путем формирования групп «повышенного риска». С этой целью используются данные о возрастном и половом составе населения, вредных привычках, характере и регулярности питания и заболеваемости в семье. Важная роль в ранней диагностике опухолевых заболеваний желудка принадлежит исследованию желудочной секреции, а в группах повышенного риска — рентгенологическому и эндоскопическому методам исследования.

Субъективные жалобы и объективные симптомы появляются при раке желудка сравнительно поздно. Описываемая в руководствах классическая картина рака желудка характерна для далеко зашедшего процесса.

Студент должен научиться выявлять более ранние симптомы рака желудка, правильно интерпретировать их; нужно помнить, что нет патогномоничных симптомов этого заболевания, большинство симптомов встречаются при другой желудочной патологии.

Диагностику проводят по стадиям заболевания. Необходимо вспомнить значения символов T, N, M, P и G.

Следует рассмотреть синдром «малых признаков» и его значение для ранней диагностики рака желудка. При беседе с больным обращают внимание на выявление в анамнезе этого синдрома и связывают его с функциональным состоянием желудка (гипоацидным, нормацидным, гиперацидным).



**АНКЕТА**  
**ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ СТУДЕНТА**  
**ПО ТЕМЕ «ГЕМАТОБЛАСТОЗЫ» (шифры 200—205)**

Фамилия, имя, отчество студента \_\_\_\_\_

Курс \_\_\_\_\_ Группа \_\_\_\_\_

1. Из какой ткани образуются первичные кровяные клетки? \_\_\_\_\_
2. В каком органе происходит первое образование крови у зародыша?  
\_\_\_\_\_
3. В каких тканях осуществляется эмбриональное кроветворение?  
\_\_\_\_\_
4. В каких тканях и органах происходит кроветворение у взрослого человека? \_\_\_\_\_
5. Какие Вы знаете нормальные клеточные элементы костного мозга?  
\_\_\_\_\_
6. Как называется клетка, из которой происходят все зрелые кроветворные клетки периферической крови? \_\_\_\_\_
7. Какие клетки продуцируют иммуноглобулины? \_\_\_\_\_
8. Каков уровень общего белка в периферической крови здорового человека? \_\_\_\_\_
9. Что такое паропротейны? \_\_\_\_\_
10. Какие Вы знаете фракции белков сыворотки крови и их содержание в % в норме? \_\_\_\_\_
11. Какие клеточные элементы отвечают за иммунитет? \_\_\_\_\_
12. Какие Вы знаете системные злокачественные заболевания кроветворной ткани? \_\_\_\_\_
13. Какие заболевания относятся к группе опухолевых гематосарком?  
\_\_\_\_\_
14. Как называется патогномоничная для лимфогрануломатоза клетка, которую гистолог или цитолог находит в исследуемом материале?  
\_\_\_\_\_
15. При каком инфекционном заболевании гистолог или цитолог находит гигантские клетки и как они называются по автору? \_\_\_\_\_

Дата

*Подпись студента*

## ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ ПО ТЕМЕ «ГЕМАТОБЛАСТОЗЫ»

Преподаватель \_\_\_\_\_ Студент \_\_\_\_\_

Группа \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ Оценка \_\_\_\_\_

1. Нарисуйте нормальные клеточные элементы периферической крови (эритроциты, все виды лейкоцитов, лимфоциты, моноциты, плазматические клетки).

2. Из каких клеточных элементов исходят \_\_\_\_\_ (форма заболевания указывается преподавателем): ретикулярные клетки, гемогистиобласты, гемацитобласты, миелобласты, промиелоциты; миелоциты; лейкоциты; лимфобласты, пролифоциты, лимфоциты; моноциты; мегакариобласты, промегакариоциты, мегакариоциты, проэритробласты, эритробласты, нормобласты; плазматические клетки (подчеркнуть).

3. Подчеркните названия стран с низкой (одной чертой) и высокой (двумя чертами) заболеваемостью лейкозами, гематосаркомаами (подчеркивается преподавателем): СССР, Англия, Индия, ФРГ, США, Швеция, Япония, Израиль, Австралия. Укажите удельный вес лейкозов, гематосарком (подчеркивается преподавателем) в общей структуре онкозаболеваний в СССР \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ ССР, \_\_\_\_\_ области.

4. Факторы, имеющие отношение к этиологии лейкозов, лимфогрануломатоза, лимфо-, ретикулосарком: работа с анилиновыми красителями, едкими химическими веществами, работа на угольных, урановых, никелевых рудниках; ионизирующая радиация, повышенная солнечная инсоляция; курение сигарет, папирос; работа с химическими канцерогенами, вирусная инфекция, контакт с крупным рогатым скотом, болеющим лейкозом, наследственность (подчеркнуть).

5. Подчеркните основные симптомы и синдромы заболевания, которые могут наблюдаться у следующего больного лимфогрануломатозом, лимфоретикулосаркомой, плазмоцитомой (характеристику больного приводит преподаватель) \_\_\_\_\_

**Симптомы и синдромы:** бессимптомное течение, температура нормальная, субфебриальная, гектическая. Инфильтраты или уплотнения в области кожи, покраснение кожи, зуд кожи, изъязвления, следы расчесов, потливость.

Локальное, системное увеличение периферических лимфатических узлов (шейных, надключичных, подмышечных, паховых). Увеличение селезенки, печени. В брюшной полости пальпируются конгломераты лимфатических узлов. Кашель отсутствует, покашливание, сухой, судорожный, постоянно, редко, с выделением мокроты — слизистой, гнойной, зловонной. Одышка отсутствует, в покое, при физической нагрузке. Синдром верхней полой вены, Синдром пареза возвратного нерва.

**Рентгенологически.** Легкие: ателектаз сегмента, доли, легкого; гиповентиляция сегмента, доли, легкого. Синдром патологии корня легкого и бронхиальных лимфатических узлов. Синдром кольцевидной, круглой тени. Увеличение размеров средостения. Экссудативный плеврит. Рентгенологические изменения со стороны легких, средостения не определяется.

**Желудок:** дефект наполнения в желудке, симптом ниши, синдром инфильтративных изменений в стенке желудка; смещение желудка в сторону новообразованием, расположенным вне самого желудка.



**Кости:** в длинных трубчатых костях единичный остеолитический, остеобластический очаг деструкции; в плоских костях единичные или множественные остеолитические, остеобластические очаги деструкции.

**Лабораторно:** общий анализ крови без патологических изменений. Определяется гипохромная анемия в пределах 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80% гемоглобина; лейкопения — менее 1 000, в пределах 1 000; 2 000; 3 000; 4 000; лейкоцитоз — 8 000; 10 000; 15 000; свыше 25 000; формула — нейтрофилез со сдвигом лейкоцитарной формулы вправо, влево, агранулоцитоз, лимфоцитоз, лимфопения; СОЭ в пределах 20, 40, 50, 60, 80 мм/ч.

В периферической крови — гемогистобласты, гемоцитобласты, мегакариобласты, плазматические клетки свыше 20%.

При анализе миеелограмм обнаружено: гемогистнобластов — 0,5%, 4%; плазматических клеток — до 0,5%, свыше 10%, лимфобластов — до 0,4%, больше 20%.

**6. Диагностика.** Подчеркните, какие методы исследования необходимо провести у больного с подозрением на (указывается преподавателем)

\_\_\_\_\_ для установления правильного диагноза: рентгенологическое исследование легких — рентгеноскопию, рентгенографию, томографию, бронхографию. Рентгеноскопию желудочно-кишечного тракта. Прямую, верхнюю, нижнюю лимфографию. Бронхоскопию, медиастиноскопию, лапароскопию, торакоскопию. Цитологическое исследование мокроты, плевральной жидкости, бронхоскопического материала, пунктатов периферических лимфатических узлов. Прескаленную биопсию, биопсию периферических лимфатических узлов. Лапаротомию, биопсию забрюшинных парааортальных лимфатических узлов, биопсию селезенки, спленэктомию, биопсию печени.

Клинический анализ крови. Определить общий белок и содержание отдельных фракций в сыворотке крови, моче. Проба на белок Бенс-Джонса. Стернальная пункция, трепанобиопсия.

**7.** Подчеркните, какое лечение необходимо провести у следующего больного (характеристика больного дается преподавателем) \_\_\_\_\_

**Хирургическое лечение:** удаление конгломерата лимфатических узлов, тонзилэктомию, резекцию желудка, спленэктомию, лобэктомию.

**Лучевое лечение:** локальное облучение увеличенных лимфатических узлов инфильтратов в мягких тканях; лучевая терапия по радикальной программе. Источники облучения — контактная гамма-терапия, близкофокусная, глубокая рентгенотерапия; дистанционная гамма-терапия; ускорители, корпускулярные частички.

**Химioterapia:** тиотеф, бензотеф, циклофосфан, эмбихин, метотрексат, 6-меркаптопурин, 5-фторфурецил, фторафур, сарколизин, депан, дегранол, колхамин, натулан, винкаалкалоиды, кортикостероиды, эстрогены, андрогены.

**Комбинированное лечение:** операция+лучевая терапия, операция+химиотерапия, операция+гормонотерапия; лучевая терапия+химиотерапия, лучевая терапия+гормонотерапия; лучевая терапия+химиотерапия+кортикостероиды.

**8.** Проведите трудовую экспертизу больного, описанного в п. 7, учитывая, что профессия больного \_\_\_\_\_, возраст \_\_\_\_\_, предшествующее лечение \_\_\_\_\_

и его продолжительность \_\_\_\_\_

эффективность \_\_\_\_\_

Больной временно нетрудоспособен — 1, 2, 3, 4, 5, 6 и более месяцев. Приступить к прежней работе, сменить профессию. Является инвалидом I, II, III группы.

Кафедра онкологии \_\_\_\_\_

## УЧЕБНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ «ГЕМАТОБЛАСТОЗЫ»

История болезни № \_\_\_\_\_ Отделение \_\_\_\_\_

Дата поступления \_\_\_\_\_ Дата выписки \_\_\_\_\_ Койко-дни \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_ Стадия \_\_\_\_\_

Профессия \_\_\_\_\_ Клиническая группа \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_ Группа крови \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_ Резус-принадлежность \_\_\_\_\_

Жалобы \_\_\_\_\_

### АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Считает себя больным с \_\_\_\_\_

Заболевание началось: остро, постепенно, с каких симптомов и их динамика \_\_\_\_\_

Начало заболевания связывает с \_\_\_\_\_

Дата первичного обращения больного за медицинской помощью по поводу данного заболевания \_\_\_\_\_, в какое лечебное учреждение \_\_\_\_\_

Дата первичного цитологического \_\_\_\_\_, рентгенологического обследования больного \_\_\_\_\_, в каком лечебном учреждении \_\_\_\_\_

### ЭТАПЫ ДАЛЬНЕЙШЕГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО

Дата	Название лечебного учреждения	Методы обслуживания и результат	Диагноз	Лечение

Дата установления первичного диагноза \_\_\_\_\_  
в каком лечебном учреждении \_\_\_\_\_

С каким диагнозом направлен в ООД \_\_\_\_\_  
в каком состоянии \_\_\_\_\_

Характер предшествующего лечения и его эффективность:

Дата \_\_\_\_\_ Лучевая терапия (разовая, суммарная, дозы) \_\_\_\_\_

Эффективность \_\_\_\_\_



Дата \_\_\_\_\_ Химиотерапия (препарат, суммарная доза) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Эффективность \_\_\_\_\_

### АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Канцерогенность среды (работы, места проживания) \_\_\_\_\_

Курит: да, нет; папиросы, сигареты; начиная с \_\_\_\_\_ возраста, \_\_\_\_\_  
в день, до \_\_\_\_\_ штук, на протяжении \_\_\_\_\_

Алкоголь употребляет редко, часто, ежедневно, примерное количество \_\_\_\_\_

Изменилась ли переносимость алкоголя за последнее время — да, нет, в чем она выражается \_\_\_\_\_

Перенесенные заболевания (дата, диагноз) \_\_\_\_\_

Опухоли у родных \_\_\_\_\_

Другие данные анамнеза \_\_\_\_\_

### ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Общее состояние \_\_\_\_\_ Масса тела \_\_\_\_\_ кг. Рост \_\_\_\_\_ см.

Состояние кожных покровов (цвет, следы расчесов, наличие воспалительных высыпаний, изъязвлений, инфильтратов) \_\_\_\_\_

Потливость — есть, нет, интенсивность \_\_\_\_\_, дата появления \_\_\_\_\_

Кожный зуд — есть, нет, выраженность \_\_\_\_\_, дата появления \_\_\_\_\_

Температура, нормальная, характер \_\_\_\_\_, продолжительность \_\_\_\_\_, сопровождается ознобами — да нет, другие особенности температуры \_\_\_\_\_

Слабость не отмечает, незначительная, выраженная, снижена трудоспособность — нет, быстрая утомляемость — нет, другие особенности.

Похудание не отмечает, на \_\_\_\_\_ кг за \_\_\_\_\_ недель, \_\_\_\_\_ месяцев.

Состояние периферических лимфатических узлов — не увеличены, пальпируются: \_\_\_\_\_

в шейной области — слева, справа (размеры, подвижность, консистенция, форма, отношение к коже, подлежащим тканям, друг к другу и т. д.);

в подключичной области — слева, справа (характеристика) \_\_\_\_\_

в надключичной области — справа, слева (характеристика) \_\_\_\_\_

в подмышечной области — слева, справа (характеристика) \_\_\_\_\_

в паховой области — справа, слева (характеристика) \_\_\_\_\_

в других областях тела (кроме средостения, забрюшинного пространства, области малого таза) \_\_\_\_\_

Результаты морфологического исследования периферических лимфатических узлов

пункция — дата \_\_\_\_\_, место пункции \_\_\_\_\_

Заключение \_\_\_\_\_

Эксцизионная биопсия — дата \_\_\_\_\_, место биопсии \_\_\_\_\_

Заключение \_\_\_\_\_

### ДАННЫЕ ФИЗИКАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Опорно-двигательного аппарата, туловища \_\_\_\_\_

Легких \_\_\_\_\_

Сердечно-сосудистой системы \_\_\_\_\_

Пульс \_\_\_\_\_ Артериальное давление \_\_\_\_\_

Брюшной полости \_\_\_\_\_

Печень — не увеличена, увеличена (характеристика) \_\_\_\_\_

Селезенка — не увеличена, увеличена (характеристика) \_\_\_\_\_

Забрюшинные лимфатические узлы — не пальпируются, увеличены (характеристика) \_\_\_\_\_

Моче-половой системы: тазовые лимфатические узлы не увеличены, увеличены (характеристика)

Нервно-психической системы \_\_\_\_\_

Другие дополнительные данные \_\_\_\_\_

### РЕЗУЛЬТАТЫ СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки (рентгеноскопия, рентгенография, томография) \_\_\_\_\_



Заключение: лимфатические узлы средостения не увеличены, увеличены, имеются данные о патологии паренхимы легкого, нет.

Рентгенологическое исследование органов брюшной полости: \_\_\_\_\_

Рентгенологическое исследование других органов и систем (при наличии показаний): \_\_\_\_\_

Лимфография (дата, вид исследования, заключение): \_\_\_\_\_

Эндоскопия (дата, вид исследования, заключение): \_\_\_\_\_

Результаты радиоизотопного исследования (дата, вид исследования):

печени \_\_\_\_\_

селезенки \_\_\_\_\_

другие изменения \_\_\_\_\_

Результаты лапаротомии (дата, описание удаленных тканей, органов):

забрюшинные лимфатические узлы \_\_\_\_\_

интестинальные лимфатические узлы \_\_\_\_\_

печень \_\_\_\_\_

селезенка \_\_\_\_\_

другие изменения \_\_\_\_\_

Результаты морфологического исследования:

забрюшинные лимфатические узлы \_\_\_\_\_

печень \_\_\_\_\_

селезенка \_\_\_\_\_

другие изменения (органы, ткани) \_\_\_\_\_

Результаты других специальных методов обследования больного (дата, вид, заключение) \_\_\_\_\_

## ДИАГНОЗ

а) основное заболевание \_\_\_\_\_ Стадия \_\_\_\_\_

Клиническая

б) осложнения основного заболевания \_\_\_\_\_ группа \_\_\_\_\_

в) сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_

**Лечение:**

А. Радикальное.

В. Симптоматическое.

Б. Паллиативное.

Г. Комбинированное.  
(подчеркнуть)

Лучевая терапия:

Дата начала облучения \_\_\_\_\_ окончания \_\_\_\_\_

Источник облучения \_\_\_\_\_ Методика облучения:

мантневидное облучение, последовательное облучение.

Поля облучения и дозы: шея \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

разовая доза \_\_\_\_\_, интегральная \_\_\_\_\_

Надключичная область: дата \_\_\_\_\_ разовая доза \_\_\_\_\_ интегральная \_\_\_\_\_

Подключичная область: дата \_\_\_\_\_ разовая доза \_\_\_\_\_ интегральная \_\_\_\_\_

Подмышечная область: дата \_\_\_\_\_ разовая доза \_\_\_\_\_ интегральная \_\_\_\_\_

Средостенне: дата \_\_\_\_\_ разовая доза \_\_\_\_\_ интегральная \_\_\_\_\_

Парааортальная забрюшинная зона: дата \_\_\_\_\_ разовая доза \_\_\_\_\_

интегральная \_\_\_\_\_

Селезенка: дата \_\_\_\_\_ разовая доза \_\_\_\_\_ интегральная \_\_\_\_\_

Паховая область: дата \_\_\_\_\_ разовая доза \_\_\_\_\_ интегральная \_\_\_\_\_

Малый таз: дата \_\_\_\_\_ разовая доза \_\_\_\_\_ интегральная \_\_\_\_\_

Другие зоны: дата \_\_\_\_\_ локализация \_\_\_\_\_

разовые и суммарные дозы \_\_\_\_\_

Объективный эффект и его цифровая оценка \_\_\_\_\_

Субъективный эффект и его цифровая оценка \_\_\_\_\_

Реакция на облучение со стороны гемопоза \_\_\_\_\_

Реакция на облучение со стороны других органов и систем \_\_\_\_\_

Продолжительность ремиссии \_\_\_\_\_

Рецидив процесса в \_\_\_\_\_ и дата \_\_\_\_\_

**Химиотерапия**

Дата \_\_\_\_\_ Какой курс химиотерапии \_\_\_\_\_

**Химиопрепараты:**

\_\_\_\_\_ разовая доза \_\_\_\_\_ суммарная доза \_\_\_\_\_

(название)

\_\_\_\_\_ разовая доза \_\_\_\_\_ суммарная доза \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ разовая доза \_\_\_\_\_ суммарная доза \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_ разовая доза \_\_\_\_\_ суммарная доза \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ разовая доза \_\_\_\_\_ суммарная доза \_\_\_\_\_

Объективный эффект и его цифровая оценка \_\_\_\_\_

Субъективный эффект и его цифровая оценка \_\_\_\_\_

Продолжительность ремиссии \_\_\_\_\_

Характер рецидива \_\_\_\_\_ и дата \_\_\_\_\_

Осложнения со стороны гемопоэза \_\_\_\_\_

Осложнения со стороны других органов и систем \_\_\_\_\_

Результаты лечения: продолжительность III клинической группы \_\_\_\_\_  
рецидив заболевания в \_\_\_\_\_ области, дата \_\_\_\_\_

Дата смерти \_\_\_\_\_ Причина смерти \_\_\_\_\_

Продолжительность жизни от начала заболевания (по анамнезу) \_\_\_\_\_

Продолжительность жизни с момента окончания радикального лечения  
\_\_\_\_\_ паллиативного \_\_\_\_\_

### РАСШИРЕННЫЙ ЭПИКРИЗ

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александров В. Б. Рак прямой кишки. — М.: Медицина, 1977. X
2. Алексеев Г. А., Андреева И. Е. Миеломная болезнь. — М.: Медицина, 1968.
3. Бакшеев Н. С. Злокачественные новообразования женских половых органов. — М.: Медицина, 1977.
4. Баженова С. И. Болезнь Педжета — рак молочной железы. — М.: Медицина, 1975.
5. Березов Ю. Е. Рак пищевода. — М.: Медицина, 1979.
6. Бидяк И. В. Рак легкого. — Кишинев: Штиинца, 1977.
7. Блохин Н. Н., Петерсон Б. Е. Клиническая онкология, т. 1, 2. — М.: Медицина, 1979.
8. Бохман Я. В. Клиника и лечение рака шейки матки. — Кишинев: Штиинца, 1976.
9. Буянов В. М., Ермолов А. С. Рак желудка. — М.: Медицина, 1977.
10. Василенко В. Х. Рак желудка и его ранняя диагностика. — М.: Медицина, 1977.
11. Виноградова Т. П. Опухоли костей. — М.: Медицина, 1973.
12. Виноградова Т. П. Опухоли суставов, сухожилий, фасций, апоневрозов. — М.: Медицина, 1976.
13. Ганичкин А. М. Рак толстой кишки. — Л.: Медицина, 1970.
14. Герасименко В. Н. Реабилитация онкологических больных. — М.: Медицина, 1977.
15. Глебова М. И. Рак матки (заболеваемость и смертность). — М.: Медицина, 1977.
16. Гнатышак А. И. Учебное пособие по общей клинической онкологии. — М.: Медицина, 1975.
17. Гранов А. М. Первичный рак печени. — Л.: Медицина, 1977.
18. Давиденко А. А. Хорионэпителиома. — Киев: Здоров'я, 1973.
19. Даниель-Бек К. В. Злокачественные опухоли кожи и мягких тканей. — М.: Медицина, 1979.
20. Деражне А. Б. Преклинический рак шейки матки. — Л.: Медицина, 1972.
21. Кабаков Б. Д., Ермолаев И. И., Воробьев Ю. И., Александров Н. Н. Лечение злокачественных опухолей челюстно-лицевой области. — М.: Медицина, 1978.
22. Кассирский И. А. Клиническая гематология. — М.: Медицина, 1970.
23. Ковалева Л. Г. Острые лейкозы. — М.: Медицина, 1978.
24. Козлова А. В. Лучевая терапия злокачественных опухолей. — М.: Медицина, 1976.
25. Коцуг Г. Д. Первичный рак печени. — Кишинев: Штиинца, 1976.
26. Краевская И. С. Рак яичника. — М.: Медицина, 1978.
27. Мазаев П. Н., Саркисов Д. С., Адамян А. А. Периферический рак легкого. — Ташкент: Медицина УзССР, 1977.
28. Мельников Р. А. Клиника злокачественных опухолей верхней челюсти. — М.: Медицина, 1971.
29. Муратов С. Н., Булдакова А. А., Аксиненко Л. Н. Руководство по клинической онкологии. — Чита, 1977.
30. Напалков Н. П. Организация противораковой борьбы, профилактика злокачественных опухолей. — М.: Медицина, 1976.
31. Нечаева И. Д. Лечение опухолей яичников. — Л.: Медицина, 1972.
32. Павлов К. А., Пайкин М. Д., Дымарский Л. Ю. Онкология поликлинического врача. — М.: Медицина, 1979.
33. Пачес А. И. Опухоли головы и шеи. — М.: Медицина, 1971.
34. Переводчикова Н. И. Химиотерапия злокачественных опухолей. — М.: Медицина, 1978.
35. Переслегин И. А., Филькова Е. М. Лимфогрануломатоз. — М.: Медицина, 1974.
36. Петерсон Б. Е. (отв. ред.) Рак легкого. — М.: Медицина, 1971.



37. Петерсон Б. Е. Рак проксимального отдела желудка. — М.: Медицина, 1972.
38. Петерсон Б. Е. Справочник по онкологии. — М.: Медицина, 1974.
39. Петухов И. А., Демидчик Е. П. Пособие по онкологии. — Минск: Высшая школа, 1977.
40. Пропп Р. М. Клиника и лечение злокачественных опухолей щитовидной железы. — М.: Медицина, 1966.
41. Русанов А. А. Рак пищевода. — Л.: Медицина, 1974.
42. Савельев В. С., Березов Ю. Е., Грицман Ю. Я. Рак желудка. — М.: Медицина, 1977.
43. Савицкий А. И. Избранные лекции по клинической онкологии. — М.: Медицина, 1972.
44. Сергеев С. И., Власов П. В., Островская И. М. Комплексная диагностика рака молочной железы. — М.: Медицина, 1978.
45. Серебров А. И. Рак матки. — Л.: Медицина, 1968.
46. Серебров А. И., Холдин С. А. Семiotика и диагностика злокачественных опухолей. — Л.: Медицина, 1970.
47. Серенко А. Ф., Церковный Г. В. Злокачественные преобразования (статистические материалы по СССР). — М.: Медицина, 1974.
48. Слинчак С. М. Рак желудка. — Киев: Здоров'я, 1974.
49. Трапезников Н. Н. Опухоли опорно-двигательного аппарата. — М.: Медицина, 1971.
50. Трапезников Н. Н. Меланомы. — М.: Медицина, 1976.
51. Трапезников Н. Н. Пигментные невусы и новообразования кожи. — М.: Медицина, 1976.
52. Фалилеев Г. В. Опухоли шеи. — М.: Медицина, 1978.
53. Федоров В. Д. (отв. ред.) Рак прямой кишки. — М.: Медицина, 1979.
54. Холдин С. А. Новообразования прямой и сигмовидной кишки. — М.: Медицина, 1977.
55. Чаклин А. В., Глебова М. И., Бармина Н. М. Организация онкологической службы в СССР. — М.: Медицина, 1976.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ОТ АВТОРОВ	3
Тема 1: ОРГАНИЗАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ	3
Тема 2: ОПУХОЛИ КОЖИ	6
Тема 3: ОПУХОЛИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ	14
Тема 4: ОПУХОЛИ ШЕИ	24
Тема 5: РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	36
Тема 6: РАК ПИЩЕВОДА	48
Тема 7: РАК ЖЕЛУДКА	61
Тема 8: РАК ТОЛСТОЙ И ПРЯМОЙ КИШОК	70
Тема 9: ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ, ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ПАНКРЕАТО-ДУО- ДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ	85
Тема 10: РАК ЛЕГКОГО	97
Тема 11: РАК ШЕЙКИ МАТКИ	102
Тема 12: РАК ТЕЛА МАТКИ	122
Тема 13: РАК ЯИЧНИКОВ	135
Тема 14: РАК НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ	141
Тема 15: ХОРИОНЭПИТЕЛИОМА МАТКИ	147
Тема 16: ОПУХОЛИ КОСТЕЙ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ	152
Тема 17: ГЕМАТОБЛАСТОЗЫ	154
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	161
	181



Анатолий Иванович Гнатышак,  
Борис Тарасович Билынский,  
Владимир Романович Савран,  
Богдан Петрович Стернюк,  
Дмитрий Николаевич Шиян

## КЛИНИЧЕСКАЯ ОНКОЛОГИЯ

### *Практикум*

Редактор *Ю. Л. Котляров*  
Переплет художника *И. С. Куючко*  
Художественный редактор *В. В. Ковальчук*  
Технический редактор *Т. М. Веселовский*  
Корректоры *М. Т. Ломеха, А. В. Карминская,*  
*В. В. Андреева*

Информ. бланк № 5061

Сдано в набор 09.06.80. Подп. в печать 27.11.80.  
БГ 10958. Формат 60×90/16. Бумага кн.-журн.  
Лит. гарн. Выс. печать. 11,5 усл. печ. л. 11,57  
уч.-изд. л. Тираж 15000 экз. (1-й завод 1—3000  
экз.). Изд. № 805. Зак. 3523. Цена 50 коп.

Издательство при Львовском государственном  
университете издательского объединения «Вища  
школа». 290000, Львов, ул. Университетская, 1.

Областная книжная типография Львовского  
областного управления по делам издательств,  
полиграфии и книжной торговли. 290000, Львов,  
ул. Стефаника, 11.

50 коп.

