

ГОУ ВПО Кыргызско-Российский Славянский университет



Онкология

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Онкологии и лучевой терапии**

Учебный план

Специальность 31.08.72 Стоматология общей практики

Квалификация

врач-стоматолог общей практики

Форма обучения

очная

Общая трудоемкость

2 ЗЕТ

Часов по учебному плану 72

Виды контроля в семестрах:

в том числе:

зачеты 1

аудиторные занятия 48

самостоятельная работа 24

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семес тр на курсе>)	1 (1.1)		Итого	
	УЦ	РПД	УП	РПД
Неделя	22			
Вид занятий	УЦ	РПД	УП	РПД
Лекции	8	8	8	8
Практически	40	40	40	40
Итого ауд.	48	48	48	48
Контактная	48	48	48	48
Сам. работа	24	24	24	24
Итого	72	72	72	72

Программу составил(и):

д.м.н. профессор, Заведующий кафедрой, Камарли Закир Пашаевич З.Камарли; к.м.н., Доцент, Усенова Асель Абдумомунова У.Усенова; старший преподаватель, Тараров Владимир Сергеевич В.Тараров; к.м.н., Завуч Кафедры, Туманбаев Арстанбек Муктарбекович А.Туманбаев

Рецензент(ы):

А.Р. Мухамедов
Главный научный сотрудник
НИЦОГ
Д.м.н., профессор Мухамедов А.Р.

В.А. Бабаев
Научный сотрудник НИЦОГ
Преподаватель кафедры
Хирургической стоматологии КРСУ
к.м.н. Бабаев В.А.

Рабочая программа дисциплины
Онкология

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.72
СТОМАТОЛОГИЯ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ (уровень подготовки кадров высшей квалификации). (приказ Минобрнауки
России от 26.08.2014г. №1115)

составлена на основании учебного плана:

Специальность 31.08.72 Стоматология общей практики
утвержденного учёным советом вуза от 29.09.2015 протокол № 11.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры
Онкологии и лучевой терапии

Протокол от 10.09 2015 г. № 2

Срок действия программы: 2015-2020 уч.г.


Зав. кафедрой д.м.н. профессор Камарли Закир Пашаевич З.Камарли

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
16.11 2016 г.



Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2016-2017 учебном году на заседании кафедры Онкологии и лучевой терапии


Протокол от 30.08 2016 г. № 1
Зав. кафедрой д.м.н. профессор Камарли Закир Пашаевич 

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
24.05 2017 г.



Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2017-2018 учебном году на заседании кафедры Онкологии и лучевой терапии


Протокол от 23.05 2017 г. № 10
Зав. кафедрой д.м.н. профессор Камарли Закир Пашаевич 

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
23.05 2018 г.



Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2018-2019 учебном году на заседании кафедры Онкологии и лучевой терапии


Протокол от 19.04 2018 г. № 11
Зав. кафедрой д.м.н. профессор Камарли Закир Пашаевич 

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
21.05 2019 г.



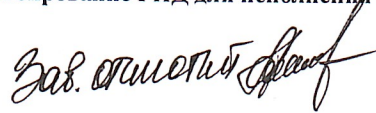
Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры Онкологии и лучевой терапии

Протокол от 18.04 2019 г. № 9
Зав. кафедрой д.м.н. профессор Камарли Закир Пашаевич 

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

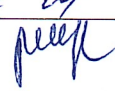
12 сентября 2020 г.

Зав. кафедрой 

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2020-2021 учебном году на заседании кафедры

Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии

Протокол от 12 09 2020 г. № 2

Зав. кафедрой 

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

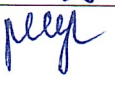
20 сентября 2021 г.

Зав. кафедрой 

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2021-2022 учебном году на заседании кафедры

Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии

Протокол от 23 08 2021 г. № 1

Зав. кафедрой 

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

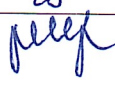
21 сентября 2022 г.

Зав. кафедрой 

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2022-2023 учебном году на заседании кафедры

Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии

Протокол от 25 08 2022 г. № 1

Зав. кафедрой 

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

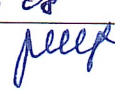
20 сентября 2023 г.



Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2023-2024 учебном году на заседании кафедры

Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии

Протокол от 26 08 2023 г. № 1

Зав. кафедрой 

Рецензия

На рабочую программу по дисциплине «Онкология», для подготовки ординаторов по специальности 31.08.72 «Стоматология общей практики»

(72 часа)

ГОУ ВПО Кыргызско-Российского Славянского университета.

Рабочая программа, составлена как смежная дисциплина для полноценной и комплексной подготовки специалистов стоматологов. Кафедрой онкологии и лучевой терапии, учтены требования ФГОС. Основной тематический план, наиболее полно отражает программу по онкологии для клинических ординаторов медицинских вузов. Структура программы, содержание и виды занятий содержат основные фундаментальные вопросы дисциплины, для формирования компетенций будущего врача стоматолога.

Информационные источники содержат перечень относительно свежей основной, дополнительной литературы и ссылки на интернет ресурсы. Имеется клиническая база, для более полного освоения практических навыков. Кроме того изложены расширенные требования, что должен знать, уметь и какими навыками и компетенциями овладеть обучающийся. лекциях, практических занятиях, самостоятельной подготовки. Тематика обосновано, разделена на аудиторную и самостоятельную работу ординаторов. В самостоятельной работе кроме практических навыков, разработана тематика рефератов, а также докладов по данной дисциплине.

Отдельным блоком описаны фонды оценочных средств для оценки результатов освоения учебной дисциплины и контроля самостоятельной работы. Имеются контрольные вопросы, тесты, ситуационные задачи, и отдельным пунктом пример ведения больного. Технологическая карта дисциплины отражает все этапы проведения вариантов контроля обучения.

Данная учебная программа кафедры онкологии и лучевой терапии для клинических ординаторов по специальности 31.08.72 «Стоматология общей практики», подготовлена с учетом требований образовательного процесса и может быть использована в высшем медицинском учебном заведении для подготовки высококвалифицированных кадров.

Главный научный сотрудник НЦОГ

д.м.н., профессор



А. Жумабаев

Жумабаев А.Р.

*Тарихсе Жумабаева А.Р.
заверено
И.И. ОК*

РЕЦЕНЗИЯ

На рабочую программу по дисциплине «Онкология» послевузовского профессионального образования, для подготовки ординаторов по специальности 31.08.72 «Стоматология общей практики» (72 часа)

ГОУ ВПО Кыргызско-Российского Славянского университета.

Программа дисциплины «Онкология» разработана кафедрой онкологии и лучевой терапии медицинского факультета КРСУ для полноценной и комплексной подготовки специалистов стоматологов общей практики. Кафедрой использованы, учтены основные требования образовательного процесса. Соотношение лекционных, практических и самостоятельных занятий предусматривает нормативы учебной нагрузки. Структура программы, содержание и виды занятий также соответствует нормативам, для расширенного формирования компетенций будущего врача стоматолога.

Информационные источники содержат перечень основной, дополнительной литературы, а также ссылки на интернет ресурсы. Имеется клиническая база, для более полного освоения практических навыков. Определены требования, что должен знать, уметь и какими навыками и компетенциями овладеть обучающийся. В самостоятельной работе кроме практических навыков, представлена тематика рефератов и докладов по данной дисциплине и пример ведения пациентов.

Разработана технологическая карта дисциплины, которая содержит все этапы проведения вариантов контроля обучения.

Представленная рабочая программа кафедры онкологии и лучевой терапии для клинических ординаторов по специальности «Стоматология общей практики», подготовлена на должном методическом уровне и может быть применена в высшем медицинском учебном заведении для постдипломной подготовки медицинских кадров узких специальностей.

Научный сотрудник НЦОГ

Преподаватель кафедры хирургической стоматологии КРСУ

к.м.н.

Бабалаев А.А.



Задание Бабалаева А.А.
Заверено.



1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1	Целью производственной практики по специальности 31.08.57 «Онкология» является закрепление теоретических знаний по онкологии, развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения в ординатуре, формирование профессиональных компетенций врача-онколога, приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач
-----	---

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:		Б1.В
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:	
2.1.1	Общественное здоровье и здравоохранение	
2.1.2	Инфекционные болезни	
2.1.3	Пластическая хирургия	
2.1.4	Патология	
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:	
2.2.1	Онкология	
2.2.2	Стационарная	
2.2.3	Хирургическая стоматология	
2.2.4	Челюстно-лицевая хирургия	

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)**ПК-2: готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией****Знать:**

Уровень 1	этиологию, патогенез и клиническую картину основных онкологических заболеваний челюстно-лицевой области;
Уровень 2	симптомы наиболее частых злокачественных новообразований, патогенез их развития;
Уровень 3	современные методы исследования пациентов с онкологическими заболеваниями челюстно-лицевой области;

Уметь:

Уровень 1	собрать анамнез, проанализировать характер жалоб (нарушений функций органа, болевого синдрома, патологических выделений, изменений общего состояния и т. д.);
Уровень 2	проводить физикальное обследование онкологического больного;
Уровень 3	провести онкологический профилактический осмотр.

Владеть:

Уровень 1	скрининговых исследований, направленных на выявление ранних форм колоректального рака;
Уровень 2	диспансеризации лиц группы повышенного риска и излеченных от злокачественных;
Уровень 3	паллиативной помощи инкурабельным больным.

ПК-6: готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы**Знать:**

Уровень 1	факторы, способствующие возникновению злокачественных опухолей челюстно-лицевой области, механизмы роста опухолей;
Уровень 2	Классификацию злокачественных опухолей челюстно-лицевой области по типу роста;
Уровень 3	Способы морфологических исследований при различных опухолях челюстно-лицевой области.

Уметь:

Уровень 1	Оценить различать доброкачественные и злокачественные опухоли челюстно-лицевой области по клинической картине;
Уровень 2	проводить осмотр больной с опухолями челюстно-лицевой области;
Уровень 3	составить план клинического обследования с подозрением на злокачественную опухоль челюстно-лицевой области.

Владеть:

Уровень 1	Методами скрининговых исследований, направленных на выявление ранних форм рака челюстно-лицевой области;
Уровень 2	диспансеризации лиц группы повышенного риска и излеченных от злокачественных новообразований челюстно-лицевой области;

Уровень 3	исследования, направленными на улучшение ранней диагностики и результатов лечения рака челюстно-лицевой области.
-----------	--

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	факторы, способствующие возникновению злокачественных опухолей, механизмы роста опухолей;
3.1.2	Способы морфологических исследований при различных опухолях;
3.1.3	Классификацию злокачественных опухолей по типу роста;
3.1.4	Факторы, способствующие возникновению злокачественных опухолей и меры профилактики рака и сарком;
3.1.5	Симптомы наиболее частых злокачественных новообразований, патогенез их развития, особенности морфологической диагностики;
3.1.6	Современные методы морфологической диагностики злокачественных опухолей, роль иммуногистохимических методов;
3.1.7	Современные принципы и результаты радикального и паллиативного лечения злокачественных новообразований в зависимости от гистологической картины;
3.1.8	Современную гистологическую классификацию опухолей;
3.1.9	факторы, способствующие возникновению злокачественных опухолей челюстно-лицевой области, механизмы роста опухолей;
3.1.10	Способы морфологических исследований при различных опухолях челюстно-лицевой области;
3.1.11	этиологию, патогенез и клиническую картину основных онкологических заболеваний челюстно-лицевой области;
3.1.12	современные методы исследования пациентов с онкологическими заболеваниями челюстно-лицевой области;
3.1.13	особенности течения онкологических заболеваний челюстно-лицевой области;
3.1.14	основные методы лечения онкологических заболеваний челюстно-лицевой области, возможности их комбинирования;
3.1.15	вопросы организации медико-профилактической помощи населению с целью профилактики онкозаболеваний.
3.2	Уметь:
3.2.1	составить план морфологического обследования с подозрением на злокачественную опухоль;
3.2.2	собрать анамнез, проанализировать характер жалоб (нарушений функций органа, болевого синдрома, патологических выделений, изменений общего состояния и т. д.);
3.2.3	Проводить физикальное обследование онкологического больного;
3.2.4	составить план клинического и инструментального обследования с подозрением на злокачественную опухоль;
3.2.5	провести онкологический профилактический осмотр;
3.2.6	сформулировать и обосновать клинический диагноз;
3.2.7	сформировать группу лиц повышенного риска по возникновению злокачественной опухоли и предрака;
3.2.8	проводить осмотр больной с опухолями челюстно-лицевой области;
3.2.9	составить план клинического обследования с подозрением на злокачественную опухоль челюстно-лицевой области.
3.2.10	провести анализ причин поздней диагностики рака;
3.2.11	защитить коллектив (цеха, предприятия) от канцерогенных факторов, связанных с производством.
3.2.12	провести комплексное стоматологическое обследование пациента с целью исключения или выявления онкозаболевания челюстно-лицевой области;
3.2.13	диагностировать опухоли челюстно-лицевой области, учитывая особенности течения доброкачественных и злокачественных новообразований челюстно-лицевой области;
3.2.14	правильно оформить медицинскую карту и историю болезни;
3.2.15	составить план лечения стоматологического больного с онкологическим заболеванием;
3.2.16	использовать гигиеническое обучение и воспитание населения в интересах формирования здорового образа жизни.
3.3	Владеть:
3.3.1	Методами скрининговых исследований, направленных на выявление ранних форм рака;
3.3.2	Диспансеризации лиц группы повышенного риска и излеченных от злокачественных новообразований;
3.3.3	Исследования, направленными на улучшение ранней диагностики и результатов лечения рака;
3.3.4	Паллиативной помощи инкурабельным больным;
3.3.5	Исследованиями, направленными на улучшение ранней диагностики и результатов лечения онкологических больных;

3.3.6	Методами скрининговых исследований, направленных на выявление ранних форм рака челюстно-лицевой области;
3.3.7	диспансеризации лиц группы повышенного риска и излеченных от злокачественных новообразований челюстно-лицевой области;
3.3.8	исследования, направленными на улучшение ранней диагностики и результатов лечения рака челюстно-лицевой области;
3.3.9	навыками проведения врачебно-консультативного обследования пациента с опухолями челюстно-лицевой области;
3.3.10	навыками проведения врачебного обследования пациента и назначения программы лечения.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1. Общая онкология						
1.1	Опухоли и опухолеподобные процессы мягких тканей и челюстных костей. Принцип онкологической настороженности. Диагностика, принципы лечения, диспансеризация. /Лек/	1	4	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л3.1 Л3.2 Л3.3	0	
1.2	Общие принципы классификации злокачественных опухолей /Пр/	1	4	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3	0	
1.3	Общие принципы диагностики злокачественных опухолей /Пр/	1	4	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3	0	
1.4	Общие принципы лечение злокачественных опухолей /Пр/	1	4	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3	0	
1.5	Эпидемиология, этиопатогенез злокачественные опухолей. Синдромы и симптомы при злокачественных опухолях /Ср/	1	6	ПК-6	Л1.1 Л2.2 Л2.3 Э1	0	
1.6	Общие принципы диагностики и лечения злокачественных опухолей /Ср/	1	6		Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Э1 Э3	0	
	Раздел 2. Частная онкология						
2.1	Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения. /Лек/	1	2	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3	0	
2.2	Современные методы диагностики и лечения опухолей челюстно-лицевой области /Лек/	1	2	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3	0	
2.3	Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения. /Пр/	1	4	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3	0	
2.4	Рак слизистой полости рта. Клиника. Диагностика. Лечение. /Пр/	1	4	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3	0	
2.5	Доброкачественные опухоли челюстно-лицевой области. /Пр/	1	4	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3	0	
2.6	Рак слизистой пазух верхней челюсти. Клиника. Диагностика. Лечение. /Пр/	1	4	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3	0	
2.7	Меланома и рак кожи головы и шеи. Клиника. Диагностика. Лечение. /Пр/	1	4	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
2.8	Злокачественные опухоли языка. Клиника. Диагностика и лечение. /Пр/	1	2	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3	0	
2.9	Радикальные методы лечения опухолей челюстно-лицевой области. /Пр/	1	2	ПК-2	Л1.1 Л2.2 Л2.1 Л2.3 Л3.1	0	
2.10	Паллиативные методы лечения опухолей челюстно-лицевой области. /Пр/	1	4	ПК-2	Л1.1 Л2.2 Л2.3 Л2.1 Л3.1 Л3.3	0	

2.11	Принципы морфологической классификации злокачественных опухолей челюстно-лицевой локализации /Ср/	1	6	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э4	0	
2.12	Современные методы диагностики и лечения опухолей челюстно-лицевой области /Ср/	1	6	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1	0	
2.13	/Зачёт/	1	0			0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ:

1. Опухоли и опухолеподобные процессы мягких тканей и челюстных костей. Принцип онкологической настороженности. Диагностика, принципы лечения, диспансеризация.
2. Общие принципы классификации злокачественных опухолей.
3. Общие принципы диагностики злокачественных опухолей.
4. Основные симптомы опухолей челюстно-лицевой области.
5. Основные методы лечения злокачественных опухолей в зависимости от гистологической структуры.
6. Скрининговые исследования, направленные на выявление ранних форм рака и предрака опухолей челюстно-лицевой области.
7. Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения
8. Рак слизистой полости рта. Клиника. Диагностика. Лечение.
9. Доброкачественные опухоли челюстно-лицевой области.
10. Предопухолевые и злокачественные заболевания щитовидной железы;
11. Основные принципы диагностики и лечения рака основных локализаций челюстно-лицевой области;
12. Первичные и вторичные злокачественные опухоли челюстно-лицевой области;
13. Виды и типы метастазирования при раке челюстно-лицевой области.
14. Меланома и рак кожи головы и шеи. Клиника. Диагностика. Лечение.
15. Злокачественные опухоли языка. Клиника. Диагностика и лечение.
16. Радикальные методы лечения опухолей челюстно-лицевой области.
17. Паллиативные методы лечения опухолей челюстно-лицевой области.

Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ

1. проводить взятие материала на цитологическое исследование;
2. Интерпретировать результаты цитологических и гистологических исследований злокачественных опухолей челюстно-лицевой области;
3. Оценивать данные дополнительных, лабораторных и инструментальных исследований при раке челюстно-лицевой области;
4. Проводить рутинные цитологические мазки при опухолях челюстно-лицевой области
5. Методы лечения опухолей челюстно-лицевой области
6. Уточнять степень распространенности опухоли челюстно-лицевой области
7. Определять фоновые изменения при интерпретации гистологического заключения.

Задания для проверки уровня обученности ВЛАДЕТЬ:

1. По раздаточному материалу продемонстрировать владение техникой инцизионной и экцизионной биопсии;
2. По раздаточному материалу продемонстрировать владение техникой проведения пункции щитовидной железы и лимфатического узла при подозрении на злокачественный процесс;
3. По раздаточному материалу продемонстрировать владение методикой проведения диагностической пункции, взятие мазков-отпечатков, соскобов при опухолях челюстно-лицевой области;
4. По раздаточному материалу продемонстрировать владение техникой приготовления рутинных мазков, мазков отпечатков;
5. По раздаточному материалу продемонстрировать владение техникой вырезания и клипирования опухолевых участков в удаленном органе.

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

курсовая работа не предусмотрена

5.3. Фонд оценочных средств

Тест (приложение 1)
Ситуационные задачи (приложение 2)
Доклад (приложение 3)
Реферат (приложение 4)

5.4. Перечень видов оценочных средств

Тест
Ситуационные задачи

Доклад
Реферат

Шкалы оценивания по видам оценочных средств в ПРИЛОЖЕНИИ 5

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Камарли З.П.	Онкология: Учебник	Бишкек: Изд-во КPCY 2013

6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой	Онкология: Учебник с компат-диском	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007
Л2.2	Ш.Х. Ганцев	Онкология: Учеб.	М.: ООО "Медицинское информационное агентство" 2006
Л2.3	Трапезников Н.Н., Шайн А.А.	Онкология: Учебник для студентов мед. вузов	М.: Медицина 1992
Л2.4	Под ред. Г.А. Галил-Оглы, В.А. Молочкова, Ю.В. Сергеева	Дерматоонкология: Учеб. пособие	М.: Медицина для всех 2005

6.1.3. Методические разработки

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л3.1	Камарли З.П.	Обезболивание в паллиативном лечении онкологических больных (методические рекомендации): Учебно-методические рекомендации	Бишкек: Изд-во КPCY 2011
Л3.2	Камарли З.П., Макимбетов Э.К., Баур И.Г., Усенова А.А.	Курс лекций по гемобластозам: учебное пособие	Бишкек: Изд-во КPCY 2009
Л3.3	Усенова А.А., Раимжанов А.Р., Макимбетов Э.К.	Эпидемиологические особенности лейкозов в Кыргызстане: монография	Бишкек: Изд-во КPCY 2009

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1	Генетика и канцерогенез	http://gpma.ru/structure/chair/med/gen/gen_kanceroqe
Э2	Цитологическое исследование	file:///C:/Users/User/Downloads/tsitologicheskie-
Э3	Гистология	http://virolab.ru/doc/doc28.pdf
Э4	Морфологическая классификация	https://www.molneo.com/upload/pdf/10.05.2016/Делект
Э5	Иммуногистохимия	http://istina.msu.ru/media/publications/book/a91/142/99

6.3. Перечень информационных и образовательных технологий

6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии

6.3.1.1	Традиционные образовательные технологии – лекции, семинары, ориентированные прежде всего на сообщение знаний и способов действий, передаваемых ординаторам в готовом виде и предназначенных для воспроизводящего усвоения и разбора конкретных образцов. Лекционный материал предоставляется обучающимся с использованием мультимедийного оборудования и периодическим представлением тематических пациентов. Использование палат, учебных комнат для работы ординаторов.
6.3.1.2	Инновационные образовательные технологии – формируют системное мышления и способности генерировать идеи при решении различных ситуационных задач. К ним относятся электронные тексты лекций с презентациями. Мультимедийный комплекс ноутбук, персональный компьютер. Наборы слайдов, таблиц/мультимедийных наглядных материалов по различным разделам дисциплины. Наглядные пособия, стенды.
6.3.1.3	Информационные образовательные технологии – самостоятельное использование ординаторами компьютерной техники и интернет-ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы. Для лучшего усвоения материала и самостоятельной работы ординаторы готовят рефераты, доклады и презентации.

6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения	
6.3.2.1	Электронно-библиотечная система "ZNANIUM.COM"
6.3.2.2	Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/)
6.3.2.3	«Электронная библиотека» КРСУ (www.lib.krsu.kg)

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Клиническая база Национальный центр онкологии Министерства здравоохранения КР. Коечный фонд 320, 13 клинических отделений, 2 диагностических отделения. 2 хирургических корпуса, 2 корпуса для лучевой терапии, 2 операционные, 1 реанимация. Национальный центр онкологии располагает аппаратурой и оборудованием для диагностики и лечения онкологических больных: рентгендиагностические комплексы – 3; маммографы – 2; эндоскопическая аппаратура – 5; аппараты для УЗИ – 5; аппараты для лучевой терапии – 3 с компьютерным томографом для топометрии. Ординаторы имеют доступ во все подразделения. Кафедра располагает помещением с отдельным входом, общая площадь 64 м ² , в том числе 3 учебные комнаты на 45 посадочных мест. Кроме того имеется 1 учебная комната в главном хирургическом корпусе на 1-м этаже, на 18 посадочных мест. Кафедра имеет технические средства: 1 компьютер, 1 персональный компьютер, мультимедийный проектор с нетбуком и экраном. Имеются 4 стенда и 20 наглядных пособий, которые размещены в учебных комнатах; учебные фильмы – 3. Лекции проводятся в большом конференц-зале Национального центра онкологии на 400 мест.
-----	--

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Технологическая карта дисциплины в ПРИЛОЖЕНИИ 6

Обучение складывается из аудиторных занятий (48 часов), включающих лекционный курс и практические занятия, и самостоятельной работы (24 часа). Основное учебное время выделяется на практическую работу по онкологии.

При изучении учебной дисциплины необходимо использовать теоретические знания и освоить практические умения по онкологии.

Практические занятия проводятся в виде опроса, демонстрации учебных слайдов и использования наглядных пособий, решения ситуационных задач, ответов на тестовые задания, разбора клинических больных.

Самостоятельная работа ординаторов подразумевает подготовку к практическим занятиям, написание рефератов, выполнение творческих заданий и включает работу с учебной литературой, лекционным материалом, работу с электронными интернет-ресурсами по онкологии.

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине онкология и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРС).

Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам Университета и кафедры.

По частным разделам учебной дисциплины разработаны методические рекомендации для студентов и методические указания для преподавателей.

Во время изучения учебной дисциплины ординаторы самостоятельно проводят обследование онкологического больного.

Написание реферата, учебной истории болезни способствуют формированию компетенций теоретических и практических навыков (умений).

Работа ординаторов в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность.

Обучение ординаторов способствует воспитанию у них навыков общения с больным с учетом этико-деонтологических особенностей патологии и пациентов. Самостоятельная работа с пациентами способствует формированию врачебного поведения, аккуратности, дисциплинированности.

Исходный уровень знаний ординаторов определяется тестированием, текущий контроль усвоения предмета определяется устным опросом в ходе занятий, во время клинических разборов, при решении типовых ситуационных задач и ответах на тестовые задания.

В конце изучения учебной дисциплины (модуля) проводится промежуточный контроль знаний с использованием тестового контроля, проверкой практических умений и решением ситуационных задач.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Пример выполнения в ПРИЛОЖЕНИИ 7

ДОКЛАД

Подготовка доклада к занятию.

Основные этапы подготовки доклада:

- выбор темы;
- консультация преподавателя;
- подготовка плана доклада;
- работа с источниками и литературой, сбор материала;
- написание текста доклада;
- оформление рукописи и предоставление ее преподавателю до начала доклада, что определяет готовность ординатора к выступлению;
- выступление с докладом, ответы на вопросы.

Тематика доклада предлагается преподавателем в ФОС.

РЕФЕРАТ

Рекомендации по написанию реферата.

1. Тема реферата выбирается в соответствии с Вашими интересами и должна соответствовать приведенному примерному перечню. Важно, чтобы в реферате: во-первых, были освещены как естественно-научные, так и социальные стороны проблемы; а во-вторых, представлены как обще-теоретические положения, так и конкретные примеры. Особенно приветствуется использование собственных примеров из окружающей Вас жизни.
 2. Реферат должен основываться на проработке нескольких дополнительных к основной литературе источников. Как правило, это специальные монографии или статьи. Рекомендуется использовать также в качестве дополнительной литературы научно-популярные журналы, а также газеты специализирующиеся на онкологической тематике.
 3. План реферата должен быть авторским. В нем проявляется подход автора, его мнение, анализ проблемы.
 4. Все приводимые в реферате факты и заимствованные соображения должны сопровождаться ссылками на источник информации. Например: ... Рак поджелудочной железы (РПЖ) входит в группу злокачественных опухолей ЖКТ, а именно билиопанкреатодуоденальной зоны, куда входят еще и опухоли большого дуоденального сосочка и внепеченочных желчных протоков (Арсангиреева Г.Ж., 1992; Грачева Н.А., 2006;) ...
 5. Недопустимо просто скопировать реферат из кусков заимствованного текста. Все цитаты должны быть представлены в кавычках с указанием в скобках источника и страницы. Отсутствие кавычек и ссылок означает плагиат и, в соответствии с установившейся научной этикой, считается грубым нарушением авторских прав.
 6. Реферат оформляется в виде текста на листах стандартного формата (А- 4) шрифтом TimesNewRoman, 14. Начинается с титульного листа (оформляется по образцу ПРИЛОЖЕНИЕ 8), в котором указывается название вуза, учебной дисциплины, тема реферата, фамилия и инициалы ординатора, год и географическое место местонахождения вуза. Затем следует оглавление с указанием страниц разделов. Сам текст реферата желательно подразделить на разделы: главы, подглавы и озаглавить их. Приветствуется использование в реферате количественных данных и иллюстраций (графики, таблицы, диаграммы, рисунки).
 7. Завершают реферат разделы "Заключение" и "Список использованной литературы". В заключении представлены основные выводы, ясно сформулированные в тезисной форме и, обычно, пронумерованные.
 8. Список литературы должен быть составлен в полном соответствии с действующим стандартом (правилами), включая особую расстановку знаков препинания. Для этого достаточно использовать в качестве примера любую книгу изданную крупными научными издательствами: "Наука", "Онкология", "Лучевая терапия", и др. Или приведенный выше список литературы. В общем случае наиболее часто используемый в нашей стране порядок библиографических ссылок следующий:
Автор И.О. Название книги. Место издания: Издательство, Год издания. Общее число страниц в книге.
Автор И.О. Название статьи // Название журнала. Год издания. Том __. № __. Страницы от __ до __.
Автор И.О. Название статьи / Название сборника. Место издания: Издательство, Год издания. Страницы от __ до __.
- Примерное содержание работы:
Наименование: Объем: 13-15 стр.

Курация больного и написание истории болезни (Схема написания истории болезни ПРИЛОЖЕНИЕ 9)

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Тесты

Вариант 1
1
К предракам нижней губы относятся: 1) очаговый и диффузный гиперкератоз, 2) абразивный хейлит Манганноти, 3) лейкоплакия, 4) кожный рог, 5) кератоакантома, 6) эритроплакия, 7) папиллома:
Правильно все перечисленное
Правильно все перечисленное, кроме 5), 6)
Правильно все перечисленное, кроме 1), 2), 6)
Правильно все перечисленное, кроме 3), 5), 6)
Правильно все перечисленное, кроме 2), 3), 4)
#
2
Частота рака нижней губы имеет:
Тенденцию к увеличению
Остается на том же уровне
Тенденцию к уменьшению
#
3
К факторам, оказывающим влияние на возникновение рака нижней губы, относятся: 1) Курение, 2) Травма, 3) Контакт с мышьяковистыми соединениями, 4) Лучистая энергия, 5) Климатические условия, 6) Эндогенные факторы:
Правильно все, кроме 2), 3)
Правильно все, кроме 5), 6)
Правильно все, кроме 2), 4)
Правильно все, кроме 2), 4), 6)
Правильно все
#
4
Криодеструкция первичной опухоли нижней губы может применяться:
При I стадии
При IIa стадии
При IIб стадии
При рецидиве опухоли
При всех перечисленных стадиях
#
5
Операцию Ванаха превентивно целесообразно выполнять при раке нижней губы:
IIб стадии
IIIб стадии
IVa стадии
IVб стадии
Все ответы правильные
#
6
У больного 70 лет рак нижней губы IIa стадии. Наиболее целесообразный метод лечения:
Близкофокусная рентгенотерапия
Внутритканевая гамматерапия
Облучение электронами 4-6 МЭВ
Контактная аппликационная гамматерапия на шланговом аппарате
Все ответы правильные
#
7
Близкофокусная рентгенотерапия может быть применена как самостоятельный радикальный метод лечения при раке нижней губы:

I стадии
IIa стадии
IIIa стадии
При всех стадиях
Правильные ответы 1 и 2
#
8
Радикальная лучевая терапия рака нижней губы IIIa стадии возможна с помощью:
Близкофокусной рентгенотерапии
Дистанционной гамматерапии
Облучение электронами
Все ответы правильные
Правильные ответы 2 и 3
#
9
Лучевая терапия регионарных метастазов рака нижней губы используется:
Как самостоятельный радикальный метод
Как этап комбинированного лечения
Как паллиативный метод лечения
Правильно 1 и 2
Правильные ответы 2 и 3
#
10
Показаниями к химиотерапии у больных злокачественными опухолями головы и шеи являются:
Местные неоперабельные рецидивы
Отдаленные метастазы
Низкодифференцированные опухоли
Все перечисленное
Только 1 и 2
#
11
Адьювантная химиотерапия применяется:
При раке щитовидной железы
При плоскоклеточных опухолях головы и шеи
При раке гортани
Показания для адьювантной химиотерапии не разработаны
#
12
При опухолях головы и шеи в настоящее время считается наиболее эффективной:
Системная химиотерапия
Регионарная внутриартериальная инфузия
Эндолимфатическое введение
Все методы одинаково эффективны
#
13
Одной из наиболее эффективных схем применения химиопрепаратов при опухолях головы и шеи является:
Платинидиам+5-фторурацил (инфузия)
Оливомицин + циклофосфан
Винбластин + блеомицин
Циклофосфан + метотрексат + 5-фторурацил
#
14
Химиотерапия при опухолях головы и шеи может применяться:
До лучевой терапии
Одновременно с лучевой терапией
После лучевой терапии
Верно 1 и 2
Все ответы верные
#
15

Эффективность наиболее активных цитостатиков при плоскоклеточном раке головы и шеи (метотрексат, платидиам, 5-фторурацил) в монокимиотерапии составляет:
4-5%
15-30%
50-60%
80-90%
Более 90%
#
16
Сочетание платидиама с лучевой терапией при опухолях головы и шеи:
Не улучшает результата
Улучшает результат лечения
Улучшения незначительные
Отмечается значительное улучшение (70% излеченных)
#
17
Заболеваемость раком слизистой полости рта в РФ:
Снижается
Стабильная
Повышается
#
18
Наибольшая частота рака слизистой полости рта отмечается:
В государствах Балтии
В средней полосе России
В Узбекистане
В Сибири
#
19
Наиболее частой морфологической формой злокачественных опухолей слизистой полости рта является:
Плоскоклеточный рак
Саркома
Мукоэпидермоидная опухоль
Цилиндрома
Недифференцированный рак
#
20
Наиболее частой локализацией рака слизистой полости рта является:
Язык
Дно полости рта
Слизистая щеки
Слизистая мягкого неба
Слизистая альвеолярного отростка челюсти
#
21
Наиболее часто рак слизистой оболочки полости рта метастазирует в регионарные лимфатические узлы при локализации:
В подвижной части языка
В корне языка
В мягком и твердом небе
#
22
Превентивное фасциально-фулярное иссечение клетчатки шеи оправдано:
При раке подвижной части языка Ia стадии
При раке подвижной части языка IIa стадии
При раке корня языка IIa стадии
При раке слизистой дна полости рта IIa стадии
#
23
При наличии у больного меланомы слизистой мягкого неба предпочтительнее проводить:

Хирургическое лечение
Лучевое лечение
Химиотерапию
Химиолучевое лечение
Комбинированное лечение (операция и лучевая терапия)
#
24
Лучевая терапия в лечении рака слизистой полости рта может быть применена:
Как самостоятельный радикальный метод лечения
Как паллиативный метод
Как этап комбинированного лечения
Правильные ответы 2 и 3
Все ответы правильные
#
25
У больного 55 лет рак IIa стадии боковой поверхности языка в средней трети. Среди вариантов лучевой терапии наиболее предпочтительна:
Дистанционная гамма терапия
Внутритканевая лучевая терапия
Сочетанная лучевая терапия
Правильные ответы 2 и 3
Правильные ответы 1 и 2
Вариант 2
1
Превентивное облучение регионарных зон (лимфоузлов шеи) при раке языка требует подведения суммарных доз:
30 Гр
45-50 Гр
60 Гр
Правильного ответа нет
#
2
Среди злокачественных опухолей слюнных желез наиболее часто встречается:
Аденокарцинома
Плоскоклеточный рак
Рак из смешанных опухолей
Мелкоэпидермоидная опухоль
Цистаденокарцинома
#
3
Для установления диагноза злокачественной опухоли слюнной железы необходимо выполнить:
Сиалографию
Биопсию с морфологическим исследованием
Компьютерную томографию
Ангиографию
#
4
У больного 60 лет рак околоушной слюнной железы IIa стадии. Наиболее целесообразным методом лечения является:
Комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией
Комбинированное лечение с послеоперационной лучевой терапией
Сочетанная лучевая терапия
Только хирургическое лечение
#
5
При метастазах в легкие цилиндры околоушной слюнной железы наиболее эффективна следующая схема химиотерапевтического лечения:

САР (циклофосфан + адриамицин + платидиам)
СМФ (циклофосфан + метотрексат + 5-фторурацил)
Блеомицин + винбластин
Оливомицин + циклофосфан
#
6
К одонтогенным образованиям нижней челюсти относятся: 1) Амелобластома, 2) Одонтома, 3) Адамантинома, 4) Хондрома, 5) Одонтогенная фиброма, 6) Остеома, 7) Остеокластобластома, 8) Остеоид-остеома, 9) Рак челюсти
Правильно 1,3,5,8
Правильно 1,2,4,7,9
Правильно 1,2,3,4,9
Правильно 1,4,9
Все ответы правильные.
#
7
В полости носа из перечисленных злокачественных опухолей встречаются: 1) Аденокарцинома, 2) Плоскоклеточный рак, 3) Мягкотканые саркомы, 4) Меланома, 5) Цилиндрома, 6) Эстезиондробластома
Все перечисленное.
Все перечисленное кроме 1,5
Все перечисленное кроме 1,3,5
Все перечисленное кроме 3,4,6
Все перечисленное кроме 4,5,6
#
8
У больного 65 лет плоскоклеточный рак нижней носовой раковины I стадии. Из методов лучевой терапии ему наиболее целесообразна:
Дистанционная У-терапия.
Внутриканевая лучевая терапия.
Внутриполостная лучевая терапия.
Сочетанная лучевая терапия (дистанционная У-терапия + внутриполостная лучевая терапия).
#
9
Среди новообразований носоглотки встречаются следующие опухоли эпителиальной природы: 1) Аденома, 2) Ангиома, 3) Краниофарингиома, 4) Папилома, 5) Кератома, 6) Невринома
Все перечисленное.
Все перечисленное кроме 6
Все перечисленное кроме 1,2
Все перечисленное кроме 1,4,6
Все перечисленное кроме 2,3,5,6
#
10
К новообразованиям носоглотки неэпителиальной природы относится: 1) Аденома, 2) Ангиома, 3) Краниофарингиома, 4) Папиллома, 5) Кератома, 6) Невринома
Правильно 1,4,6
Правильно 2,3,4,5
Правильно 3,4,5,6
Правильно 2,3,5,6
#
11
Лучевая терапия при опухолях носоглотки используется:
Как радикальный метод лечения
Как паллиативный метод лечения
В комбинации с хирургическим лечением
Правильно 1 и 2
Правильно 2 и 3
#
12
Облучение регионарных зон при лучевой терапии рака носоглотки:
Обязательно во всех случаях

Проводится только при верификации метастазов в лимфатических узлах шеи
Проводится только при подозрении на наличие метастазов в лимфатических узлах шеи
Облучение регионарных зон нецелесообразно
Правильные ответы 2 и 3
#
13
Наиболее радиочувствительной среди опухолей носоглотки является:
Плоскоклеточный ороговевающий рак
Плоскоклеточный рак с высокой степенью лимфатической инфильтрации
Лимфосаркома
Правильные ответы 1 и 2
Правильные ответы 2 и 3
#
14
Для лечения рака носоглотки наиболее целесообразен:
Хирургический метод
Лучевой метод
Химиотерапия
Комбинированный (хирургический + лучевая терапия)
#
15
У больного 65 лет плоскоклеточный низкодифференцированный рак корня языка T3N2M0. Наиболее целесообразным методом лечения является:
Резекция языка в сочетании с операцией Крайля
Сочетанная лучевая терапия
Дистанционное облучение языка и регионарных зон в сочетании с локальной гипертермией
Внутритканевая лучевая терапия
#
16
При раке гортани эффективны следующие химиопрепараты:
Метотрексат
Проспидин
Блеомицин
Верные ответы 1 и 2
Все перечисленное
#
17
Профилактическая химиотерапия применяется:
При раке гортани
При раке щитовидной железы
При злокачественной цилиндроме
Правильного ответа нет
#
18
У больного 43 лет плоскоклеточный неороговевающий рак гортани Ia стадии с поражением левой гортанной складки. Ему следует:
Провести самостоятельную дистанционную лучевую терапию
Провести боковую резекцию гортани с предоперационной лучевой терапией
Провести боковую резекцию гортани с послеоперационной лучевой терапией
Выполнить ларингэктомию
#
19
У больного 60 лет плоскоклеточный неороговевающий рак гортани IIIa стадии, инфильтративная форма с явлениями перихондрита. Ему необходимо:
Ларингэктомию
Комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией
Комбинированное лечение с послеоперационной лучевой терапией
Самостоятельный полный курс лучевой терапии по радикальной программе
#
20

Больному 45 лет по поводу плоскоклеточного рака гортани IIIa стадии с преимущественно экзофитной формой роста проведено предоперационное облучение в дозе 40 Гр. Через 2 недели отмечено клинически практически полное исчезновение опухоли. Ему следует:	
3	
Выполнить резекцию гортани	
Выполнить ларингэктомию	
Продолжить лучевую терапию по радикальной программе	
Наблюдать	
#	
21	
Заболеваемость раком щитовидной железы в СНГ за последние годы:	
Снижается	
Остается на том же уровне	
Растет	
#	
22	
К наиболее часто встречающимся морфологическим формам рака щитовидной железы относятся:	
Папиллярная аденокарцинома	
Фолликулярная аденокарцинома	
Медуллярный рак	
Недифференцированный рак	
#	
23	
Медуллярный рак щитовидной железы развивается:	
Из А-клеток	
Из В-клеток	
Из С-клеток	
Из любой вышеуказанной	
#	
24	
Частота высокодифференцированных аденокарцином щитовидной железы составляет:	
10%	
20%	
50%	
70%	
#	
25	
Частота медуллярного рака щитовидной железы составляет:	
10%	
20%	
50%	
70%	
Вариант 3	
1	
Под понятием "скрытый" рак щитовидной железы подразумевают:	
Наличие малых размеров опухоли щитовидной железы без клинических ее проявлений	
Наличие метастазов рака щитовидной железы в лимфоузлы шеи без клинических признаков первичной опухоли	
Наличие метастазов рака щитовидной железы в лимфоузлы шеи	
Все ответы правильные	
#	
2	
Частота регионарного метастазирования рака щитовидной железы составляет:	
От 10 до 20 %	
От 25 до 35 %	
От 40 до 50 %	
От 60 до 80 %	
#	

3
Наиболее часто метастазами рака щитовидной железы поражаются:
Лимфоузлы вдоль внутренней яремной вены
Надключичные
Паратрахеальные
Претрахеальные
Загрудинные
#
4
Для медуллярного рака щитовидной железы характерно:
Наличие плотных "каменистых" узлов в щитовидной железе
Диарея
Синдром Уиппла
Все вышеперечисленные
#
5
Этиологическими моментами в развитии рака щитовидной железы следует считать:
Наличие неопластических процессов в ткани щитовидной железы
Ионизирующее излучение
Длительную стимуляцию организма повышенным содержанием тиреотропного гормона
Все вышеперечисленное
#
6
Минимальным объемом хирургического вмешательства при раке щитовидной железы следует считать:
Энуклеацию узла
Резекцию доли
Гемитиреоидэктомию
Гемитиреоидэктомию с резекцией перешейка
Субтотальную резекцию щитовидной железы
#
7
У больного 55 лет медуллярный рак щитовидной железы T3N1 M0. Ему наиболее целесообразно:
Выполнить тиреоидэктомию с фасциально-фулярным иссечением клетчатки шеи
Провести комбинированное лечение с предоперационной дистанционной лучевой терапией на 1 этапе с последующей тиреоидэктомией и фасциально-фулярным иссечением клетчатки шеи
Провести комбинированное лечение с предоперационной дистанционной лучевой терапией с последующим лечением радиоактивным йодом
Провести самостоятельный курс лучевой терапии по радикальной программе
#
8
У больного 50 лет папиллярный рак щитовидной железы T2N0M0 с локализацией в правой доле. Ей следует:
Выполнять субтотальную резекцию
Провести комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией
Провести комбинированное лечение с послеоперационной терапией
Провести самостоятельную лучевую терапию
#
9
Больному 55 лет, произведена гемитиреоидэктомия с резекцией перешейка по поводу аденоматоза щитовидной железы. В двух узлах - фолликулярная аденома. В 1-м (размером в 1 см) -папиллярный рак. Ему следует назначить:
Повторную операцию - в объеме тиреоидэктомии
Профилактическую лучевую терапию
Профилактическую химиотерапию
Лечение радиоактивным йодом
Наблюдение
#
10
Показаниями для химиотерапии рака щитовидной железы могут быть:
Неоперабельная недифференцированная форма рака

Быстрорастущая рецидивная опухоль
Метастазы в отдаленные органы
Все перечисленное
Только 2 и 5
#
11
Наиболее эффективным химиотерапевтическим препаратом при раке щитовидной железы является:
Адриаомицин
Циклофосфан
Блеомицин
Метотрексат
Тио-ТЭФ
#
12
Эффективность адриамина при раке щитовидной железы составляет:
5-10%
25-30%
55-60%
70-75%
90-95%
#
13
Химиотерапия наиболее эффективна:
3
При папиллярном раке щитовидной железы
При фолликулярном раке щитовидной железы
При низкодифференцированном раке щитовидной железы
Эффективность не зависит от морфологической структуры
#
14
У больного 47 лет неоперабельная хемодектома шеи. Ему следует:
Провести дистанционную лучевую терапию по радикальной программе
Провести дистанционную лучевую терапию с паллиативной целью
Провести сочетанную лучевую терапию
Симптоматическое лечение
#
15
Частота внеорганных опухолей среди всех новообразований шеи составляет:
От 3 до 5%
От 20 до 25%
От 30 до 40%
От 50 до 60%
#
16
Частота злокачественных опухолей среди внеорганных новообразований шеи составляет:
От 10 до 15%
От 30 до 35%
От 40 до 50%
Свыше 50%
#
17
Условиями для постановки диагноза "бронхиогенный рак" следует считать:
Локализацию опухоли в верхней трети шеи, боковой ее поверхности
Наличие клеток плоскоклеточного рака при морфологическом исследовании
Отсутствие другого первичного рака в течение трех лет после удаления опухоли на шеи
Все выше перечисленное
#
18
К дисэмбриональным опухолям шеи следует отнести:
Хемодектому

Хордому
Бронхиогенный рак
Менингиому
Правильные ответы 2 и 3
#
19
К внеорганным опухолям, представителям APUD-системы, относятся:
Бронхиогенный рак
Хемотректома
Медуллярный рак щитовидной железы
Хордома
#
20
При локализации опухоли в переднебоковом парафарингеальном пространстве в первую очередь следует исключить новообразования:
Эпителиальной природы
Нейрогенной природы
Метастазы рака
Все перечисленные
#
21
При локализации опухоли в заднебоковом парафарингеальном пространстве в первую очередь следует исключить новообразования:
Эпителиальной природы
Нейрогенной природы
Мезенхимальной природы
Метастазы рака
#
22
Ведущим методом лечения внеорганных опухолей шеи является:
Хирургический
Лучевой
Химиотерапия
Комбинированный
#
23
Типичным хирургическим доступом к парафарингеальным новообразованиям является:
Наружный шейный доступ
Чрезротовой
Комбинированный
#
24
Ведущим методом в диагностике хемотректом шеи является:
Компьютерная томография
Ультразвуковая томография
Ангиография
#
25
Наиболее часто злокачественные опухоли слюнной железы представлены:
Аденокарциномой
Плоскоклеточным раком
Раком из смешанных опухолей
Мелкоэпидермоидной опухолью
Цистаденокарциномой
#

Задача 1.

К врачу обратился больной с жалобами на наличие уплотнения в толще тканей дна полости рта слева, которое появилось около 10 дней назад. Лечился самостоятельно, применяя настой ромашки. Три дня назад над инфильтратом образовалась язвочка, появилась болезненность при жевании пищи. Больной курит, алкоголь употребляет умеренно. Предпочитает острую, горячую пищу. К стоматологу не обращался около 7 лет.

Данные объективного обследования: общее состояние больного удовлетворительное, со стороны внутренних органов без особенностей.

Локальный статус: при осмотре в ротовой полости много кариозных зубов. При бимануальной пальпации в толще тканей дна полости рта слева определяется болезненный инфильтрат без четких границ размером около 3см, глубиной до 2см. Слизистая в центре инфильтрата поверхностно изъязвлена. В подчелюстной области слева определяется увеличенный до 2см плотный, безболезненный, округлой формы лимфоузел, ограниченный в смещении.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
 2. Стадия заболевания по клинической и международной классификации?
 3. Составьте план диагностических мероприятий..
 4. Составьте план лечения больной.
 5. Составьте план мероприятий по профилактике рака.
-

Задача 2.

На прием к стоматологу обратился больной К., 62 лет, с жалобами на ощущение инородного тела в толще тканей левой щеки, болезненного при разговоре и глотании. Появление уплотнения связывает с травмой рыбьей костью во время еды.

Данные объективного обследования: при визуальном осмотре слизистая полости рта чистая. Имеется много кариозных зубов. При бимануальной пальпации в толще тканей левой щеки определяется инфильтрат умеренно болезненный при пальпации, слизистая над ним обычного цвета, не изменена. В левой подчелюстной области пальпируются увеличенные до 1,5-2см плотные, округлые, безболезненные лимфоузлы, ограниченные в смещении.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
2. Какая форма рака у больной?

3. Каков алгоритм обследования больной для уточнения характера заболевания?

Задача 3

Больной Н., 25 лет, обратился с жалобами на деформацию альвеолярного отростка верхней челюсти справа. При осмотре полости рта обнаружена деформация альвеолярного отростка за счет вздутия с вестибулярной стороны в области 1.2, 1.3, 1.4 пальпация которой безболезненная. В области наибольшего выбухания определяется симптом "пергаментного хруста". Больной отмечает, что в настоящее время практически здоров. Два месяца назад у него был перелом нижней челюсти справа.

Вопросы и задания: 1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
 3. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?
 4. Какие рентгеновские снимки необходимы в процессе обследования данного больного?
 5. Необходима ли для установления точного диагноза морфологическая верификация?
-

Задача 4

Пациент М. 63 лет обратился в клинику с жалобами на образование в щечной области, безболезненное, плотное которое в последнее время стало увеличиваться. Из анамнеза, образование существует около 5 лет. На вид образование размером около 4 см, при пальпации безболезненное, мягкой консистенции, с четкими границами, кожа над ним в цвете не изменена.

Вопросы и задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие вспомогательные методы исследования используются для уточнения диагноза?
3. Предложите план лечения.
4. Вид обезболивания?
5. Что предшествует анестезии?

Задача 5

Больная, 28 лет, обратилась с жалобами на наличие припухлости в области альвеолярного отростка верхней челюсти слева, которую обнаружила случайно. Рот открывается свободно. В области альвеолярного отростка верхней челюсти слева в проекции 2.2, 2.3 определяется деформация за счет вздутия, безболезненная при пальпации. 2.2, 2.3, 2.4 интактные. При рентгенологическом исследовании определяется участок разрежения костной ткани с четкими границами, по форме напоминающее перевернутую грушу, располагающееся между 2.2 и 2.3. Корни зубов раздвинуты, периодонтальная щель их сохранена. ЭОД- в пределах нормы.

- Вопросы и задания:
1. О каком заболевании можно думать?
 2. В чем заключается лечение?
 3. Какая подготовка зубов необходима перед хирургическим лечением?
 4. Каким подходом производится оперативное вмешательство?
 5. Какой метод хирургического лечения показан в данном случае?
-

Задача 6

Больная, 30 лет, проживает в сельской местности. Обратилась в клинику по поводу деформации альвеолярного отростка в переднем отделе верхней челюсти, которое появилось и постепенно увеличивалось в размере в течении 8-ми месяцев. Признаки воспаления и температуры тела не отмечались. Фронтальные зубы верхней челюсти стали подвижными. Боль и интенсивное увеличение образования отмечается в течении последнего месяца. Верхняя губа и концевой отдел носа резко приподняты вверх. Образование от 1.4 до 2.4 с вестибулярной поверхности верхней челюсти, слегка бугристое и болезненное при пальпации. При рентгенологическом исследовании определяется участок деструкции костной ткани передней стенки верхней челюсти в виде участков уплотнения и очагов разрежения с нечеткими границами. Проведенное гистологическое исследование показало картину хондромы, но отличающуюся более выраженной клеточной и полиморфной структурой и наличием значительного количества атипичных клеток с крупными или двойными ядрами. Митозы отмечаются редко.

Вопросы и задания:

1. Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
2. Наметьте план лечения.
3. В чем заключается послеоперационная реабилитация?
4. Какая рентгенологическая картина характерна для хондросаркомы?
5. Возраст поражения и частая локализация заболевания?

Задача 7

Мужчина 62 года обратился к стоматологу по поводу длительно существующего безболезненного образования в правой околоушной слюнной железе.

Из анамнеза известно, что считает себя больным в течении пяти лет, когда впервые обнаружил узелок в правой околоушной области. Два года назад отметил рост образования, по поводу чего был прооперирован в ЦРБ по месту жительства. Курит, алкоголь употребляет умеренно.

Данные объективного обследования: общее состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов — без особенностей.

При осмотре обнаружен подвижный опухолевый узел около 5 см в диаметре, мягко-эластичной консистенции, безболезненный. Была произведена операция удаления опухоли, которая имела плотную фиброзную капсулу. На разрезе содержала участки хрящеподобной ткани и кисты, небольшие фокусы кровоизлияний.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
3. Составьте план дополнительных методов обследования.
4. Составьте план лечения больного.
5. Прогноз трудоспособности больного?
6. Назовите основные причины рецидивирования данной опухоли слюнных желез

Задача 8

Больной М., 45 лет обратился в поликлинику к стоматологу с жалобами на боли в нижней челюсти, наличие опухоли в левой подчелюстной области.

Из анамнеза известно, что опухоль появилась около года назад, в последнее время увеличивается в размере. Больной отмечает появление боли в области нижней челюсти слева. Курит, употребляет алкоголь.

Данные объективного обследования: общее состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов — без особенностей.

При осмотре в подчелюстной области слева опухолевый конгломерат плотной консистенции до 7,0 см в диаметре, спаянный с окружающими тканями, с нижней челюстью, кожа над ним гиперемирована. Открывание рта не в полном объеме. Слизистая полости рта розового цвета, язык облажен белесоватым налетом.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
2. Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.

3. Составьте план дополнительных методов обследования.
 4. Составьте план лечения больного.
 5. Прогноз трудоспособности больного?
 6. Обозначьте режим диспансерного наблюдения за больным.
-

Задача 9

Больная В., 17 лет жалуется на безболезненное образование под кожей в нижнем отделе щеки справа. Анамнез: Более года периодически во время еды возникала боль в 4.6 зубе. 2 месяца назад под кожей щеки справа появилось безболезненное образование, которое постепенно увеличивалось. Кожа над ним стала красной. При осмотре: в нижнем отделе щечной области справа в подкожной клетчатке имеется плотный округлой формы, до 2,5см в диаметре малоблезненный инфильтрат. Кожа над ним истончена, имеет синюшно-багровый цвет. Открывание рта свободное. Коронковая часть 4.6 зуба сильно разрушена. От его альвеолы к мягким тканям щеки идет плотный безболезненный тяж. На рентгенограмме: у верхушки переднего корня 46 зуба определяется очаг разряжения костной ткани, неправильной формы, без чётких границ. Линия периодонта в этом месте не видна. Компактная пластинка альвеолы обнаруживается лишь в средней и верхней трети корня.

Вопросы

1. Установите диагноз заболевания.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. С какими патологическими процессами надо провести дифференциальную диагностику?
4. Определите план лечения.
5. Прогноз заболевания?

ТЕМЫ ДОКЛАДОВ С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ:

1	Лечение рака верхней челюсти. Роль комбинированных методов
2	Лечение рака нижней челюсти. Комплексная терапия.
3	Рак нижней губы. Основные принципы диагностики и лечения.
4	Рак полости рта. Основные принципы диагностики и лечения.
5	Рак орбиты. Основные принципы диагностики и лечения. Прогноз.
6	Рак гайморовой пазухи. Основные принципы диагностики и лечения. Выживаемость общая, безрецидивная.
7	Рак околоушной слюнной железы. Основные принципы диагностики и лечения.
8	Опухоли подчелюстной слюнной железы. Тактика лечения.
9	Рак щитовидной железы. Основные принципы диагностики и лечения.
10	Радикальные методы лечения опухолей челюстно-лицевой области.
11	Паллиативные методы лечения опухолей челюстно-лицевой области. Перевязки магистральных сосудов.
12	Доброкачественные опухоли челюстно-лицевой области
13	Лимфома Беркита с поражением лица.
14	Нейробластома орбиты у детей. Протокольное лечение.
15	Ретинобластома . Роль энуклеации.
16	Клиническая симптоматика опухолей головного мозга.

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ:

1	Диагностика и лечение рака верхней челюсти. Роль комбинированных методов
2	Лечение рака нижней челюсти. Комплексная терапия.
3	Рак нижней губы. Основные принципы диагностики и лечения.
4	Рак полости рта. Основные принципы диагностики и лечения.
5	Рак орбиты. Основные принципы диагностики и лечения. Прогноз.
6	Рак гайморовой пазухи. Основные принципы диагностики и лечения. Выживаемость общая, безрецидивная.
7	Рак околоушной слюнной железы. Основные принципы диагностики и лечения.
8	Опухоли подчелюстной слюнной железы. Тактика лечения.
9	Рак щитовидной железы. Основные принципы диагностики и лечения.
10	Гистологическая классификация рака щитовидной железы
11	Гистологическая классификация опухолей слюнной железы
12	срединные и боковые кисты шеи.
13	Операция Крайля.
14	Операция Ванаха.
15	Гемангиомы у детей в области лица.
16	Лимфангиомы в области лица.
17	Иммуногистохимия – роль в прогнозе злокачественных опухолей

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

ВИДЫ КОНТРОЛЯ И АТТЕСТАЦИИ, ФОРМЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

№ п/п	№ семестра	Виды контроля	Наименование раздела учебной дисциплины	Оценочные средства		
				Форма	Кол-во вопросов в задании	К-во независимых вариантов
1	2	3	4	5	6	7
1.	2	ВК, ТК, ПК	Общие вопросы онкологии.	Тест	25	1
2.	3	ВК, ТК, ПК	Частные вопросы онкологической патологии	Тест	25	1

Шкала оценивания тестов:

« 5 баллов» - 85-100 % правильных ответов

«3-4 баллов» - 70-79 % правильных ответов

«1-2 баллов» - 50-69 % правильных ответов

«0 баллов» - менее 50 % правильных ответов

Ситуационные задачи

Задача 8

Больная жалуется на опухоль в левой молочной железе, болеет 2 месяца, опухоль увеличивается в объеме. При пальпации в наружном квадранте молочной железы пальпируется опухоль, подвижная, мягкой консистенции. Подмышечные лимфоузлы не пальпируются.

Задания

1. Назовите алгоритм обследования.
2. Предположительный диагноз.
3. Определите лечебную тактику.
4. Назовите возможные варианты лечения.

5. Проведите дифференциальную диагностику.

Эталоны ответов к ситуационной задач

1. Узи молочной железы, мамограмма, пункция опухоли и цитологическое исследование.
2. Опухоль молочной железы (возможно рак).
3. Секторальная резекция молочной железы со срочным гистологическим исследованием, а затем при подтверждении диагноза расширенная операция.
4. При подтверждении рака цитологическим методом – консилиум из врачей маммолога, радиолога и химиотерапевта и затем начинают либо с хирургического, либо химиотерапия и лучевая с последующим хирургическим лечением.
5. Дифференциальная диагностика: аденома, киста, мастит

УКАЗАНИЯ К ОЦЕНИВАНИЮ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ / БАЛЛЫ

- Решение правильное и полное, включающее все приведенные выше элементы / 5 баллов
- Решение включает четыре из приведенных выше элементов / 3-4 баллов
- Решение неполное, включает три из приведенных выше элементов / 1-2 баллов
- Все элементы записаны неверно или записан правильно только один элемент / 0 баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА (текущий контроль – «ЗНАТЬ»)

При оценке устных ответов на проверку уровня обученности ЗНАТЬ учитываются следующие критерии:

1. Знание темы занятия общей и частной онкологии.
2. Глубина и полнота раскрытия вопроса.
3. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
4. Умение объяснить сущность темы занятия, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
5. Владение логичностью и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные дополнительные вопросы.

Отметкой **(9-10 баллов)** оценивается ответ, который изложен логически правильно доступной форме соответственно терминологии применяемый в онкологии, а также в целом в медицине; отличные знания о этиологии и патогенезе злокачественных новообразований; глубоко разбирается в статистике основных форм рака (заболеваемость и смертность); свободно ориентироваться в основных симптомах злокачественных опухолей, особенностей клинического

течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза злокачественных новообразований

Отметкой **(7-8 баллов)** оценивается ответ, который показывает прочные знания в вопросах общей и частной онкологии, особенностей клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза злокачественных новообразований, не достаточно глубокие знания о этиологии и патогенезе злокачественных новообразований; средне разбирается в статистике основных форм рака (заболеваемость и смертность); свободно ориентироваться в основных симптомах злокачественных опухолей, особенностей клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза злокачественных новообразований.

Отметкой **(5-6 баллов)** оценивается ответ, который показывает средние знания в вопросах общей и частной онкологии, особенностей клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза злокачественных новообразований, средние знания о этиологии и патогенезе злокачественных новообразований; не глубоко разбирается в статистике основных форм рака (заболеваемость и смертность); относительно свободно ориентироваться в основных симптомах злокачественных опухолей, особенностей клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза злокачественных новообразований.

Отметкой **(1-4 баллов)** оценивается ответ, который показывает очень слабые знания в вопросах общей и частной онкологии, особенностей клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза злокачественных новообразований; плохо знания о этиологии и патогенезе злокачественных новообразований; не разбирается в статистике основных форм рака (заболеваемость и смертность); относительно свободно ориентироваться в основных симптомах злокачественных опухолей, особенностей клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза злокачественных новообразований, допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА (рубежный контроль)

	<i>Нет ответа -0 баллов</i>	<i>Минимальный ответ 2 баллов</i>	<i>Изложенный, раскрытый ответ 3 баллов</i>	<i>Законченный полный ответ 4 балла</i>	<i>Образцовый, примерный, достойный подражания ответ - 5 баллов</i>	<i>оценка</i>
<i>Раскрытие проблемы</i>	-	<i>Проблема не раскрыта. Отсутствуют выводы</i>	<i>Проблема раскрыта не полностью. Выводы не сделаны или выводы не обоснованы</i>	<i>Проблема раскрыта. Проведен анализ проблемы без привлечения дополнительной литературы. Не все выводы сделаны или обоснованы.</i>	<i>Проблема раскрыта полностью. Проведен анализ проблемы с привлечением дополнительной литературы. Выводы сделаны.</i>	
<i>Представление</i>	-	<i>Представляемая информация логически не связана.</i>	<i>Представляемая информация не систематизирована и не последовательна.</i>	<i>Представляемая информация систематизирована и последовательна.</i>	<i>Представляемая информация систематизирована, последовательна и логически связана.</i>	
<i>Оформление</i>	-	<i>Не соблюдены условия оформления реферата. Больше 4 ошибок в представляемой информации</i>	<i>3-4 ошибки в представляемой информации</i>	<i>Не более 2-х ошибок в представляемой информации</i>	<i>Отсутствуют ошибки в представленной информации</i>	
<i>Ответы на вопросы</i>	-	<i>Нет ответов на вопросы</i>	<i>Только ответы на элементарные вопросы</i>	<i>Ответы на вопросы полные или частично полные.</i>	<i>Ответы на вопросы полные с приведением примеров и</i>	

					пояснений	
Итоговая оценка						

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА (рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в баллах)
ФОРМА		2
1	Деление текста на введение, основную часть и заключение	1
2	Логичный и понятный переход от одной части к другой, а также внутри частей	1
СОДЕРЖАНИЕ		2
1	Соответствие теме	0,5
2	Наличие основной темы (тезиса) в вводной части и обращенность вводной части к читателю	0,5
3	Развитие темы (тезиса) в основной части (раскрытие основных положений через систему аргументов, подкрепленных фактами, примерами и т.д.)	0,5
4	Наличие выводов, соответствующих теме и содержанию основной части	0,5
ДОКЛАД		1
1	Правильность и точность речи во время защиты	0,5
2	Широта кругозора (ответы на вопросы), выполнение регламента	0,5
Всего баллов		Сумма баллов 5

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ УСТНОГО ОПРОСА (промежуточный контроль – «ЗНАТЬ»)

При оценке устных ответов на проверку уровня обученности ЗНАТЬ учитываются следующие критерии:

6. Знание основных разделов общей и частной онкологии.
7. Глубина и полнота раскрытия вопроса.
8. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
9. Умение объяснить сущность канцерогенеза, этиологии опухолей, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
10. Владение логичностью и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные дополнительные вопросы.

Отметкой **(16-20 баллов)** оценивается ответ, который изложен логически правильно доступной форме соответственно терминологии применяемый в онкологии, а также в целом в медицине; отличные знания о этиологии и патогенезе злокачественных новообразований; глубоко разбирается в статистике основных форм рака (заболеваемость и смертность); свободно ориентироваться в основных симптомах злокачественных опухолей, особенностей клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза злокачественных новообразований

Отметкой **(10-15 баллов)** оценивается ответ, который показывает прочные знания в вопросах общей и частной онкологии, особенностей клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза злокачественных новообразований, не

достаточно глубокие знания о этиологии и патогенезе злокачественных новообразований; средне разбирается в статистике основных форм рака (заболеваемость и смертность); свободно ориентироваться в основных симптомах злокачественных опухолей, особенностях клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза злокачественных новообразований.

Отметкой **(5-10 баллов)** оценивается ответ, который показывает средние знания в вопросах общей и частной онкологии, особенностей клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза злокачественных новообразований, средние знания о этиологии и патогенезе злокачественных новообразований; не глубоко разбирается в статистике основных форм рака (заболеваемость и смертность); относительно свободно ориентироваться в основных симптомах злокачественных опухолей, особенностях клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза злокачественных новообразований.

Отметкой **(1-4 баллов)** оценивается ответ, который показывает очень слабые знания в вопросах общей и частной онкологии, особенностей клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза злокачественных новообразований; плохо знания о этиологии и патогенезе злокачественных новообразований; не разбирается в статистике основных форм рака (заболеваемость и смертность); относительно свободно ориентироваться в основных симптомах злокачественных опухолей, особенностях клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза злокачественных новообразований, допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ АНАЛИТИЧЕСКИХ И ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ (промежуточный контроль – «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ»)

При оценке ответов на проверку уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ учитываются следующие критерии:

Отметкой **(8-10 баллов)** оценивается ответ, при котором студент ставит постановку диагноза злокачественной опухоли самостоятельно; оценивает альтернативные решения для диагностики и лечения рака; профессионально выражает и обосновывает свою позицию по основным формам злокачественных новообразований, по организации и структуре онкологической службы, по современным подходам в комплексном лечении рака (химиотерапия, лучевая терапия, хирургическое лечение); глубоко выявляет степень и характер поражения органов и систем при злокачественных новообразованиях; отлично выявляет причинно-следственные связи в этиологии и патогенезе развития рака; умеет анализировать и аналитически мыслить при постановке диагноза, дифференциальной диагностике и назначении терапии при раке.

Отметкой **(4-7 баллов)** оценивается ответ, оценивается ответ, при котором студент ставит постановку диагноза злокачественной опухоли самостоятельно, но не оценивает альтернативные решения диагностики; недостаточно профессионально выражает и обосновывает свою позицию по основным формам злокачественных новообразований, по организации и структуре онкологической службы, по современным подходам в комплексном лечении рака (химиотерапия, лучевая терапия, хирургическое лечение); достаточно глубоко выявляет степень и характер поражения органов и систем при злокачественных новообразованиях; не совсем грамотно выявляет причинно-следственные связи в этиологии и патогенезе развития рака. Демонстрирует достаточное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены.

Отметкой **(1-3 балла)** оценивается ответ, при котором студент не ставит постановку диагноза злокачественной опухоли самостоятельно, и не оценивает альтернативные решения диагностики; слабо выражает и обосновывает свою позицию по основным формам злокачественных новообразований, по организации и структуре онкологической службы, по современным подходам в комплексном лечении рака (химиотерапия, лучевая терапия, хирургическое лечение); плохо выявляет степень и характер поражения органов и систем при

злокачественных новообразованиях; не может выявить причинно-следственные связи в этиологии и патогенезе развития рака. Демонстрирует частичное или небольшое понимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.

Отметкой (**0 баллов**) оценивается ответ, при котором студент демонстрирует непонимание проблемы или нет ответа и даже не было попытки решить задачу.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО (клинический разбор больного)

№	Наименование показателя	Отметка (в баллах)
1.	Заполнение паспортной части	0-1
2.	Жалобы (детальное описание)	0-2
3.	Анамнез заболевания (детальное описание)	0-2
4.	Анамнез жизни (детальное описание)	0-1
5.	Описание характеристики общего состояния больного	0-1
6.	Правильность интерпретации клинико-лабораторных данных	0-2
7.	Правильность интерпретации функциональных методов исследований (ЭКГ, Эхо КГ, Рентген, УЗИ, компьютерной томограммы)	
8.	Правильность интерпретации гистологического и цитологического анализов	
9.	Правильность интерпретации радионуклеидных методов исследований	
10.	Предварительная оценка состояния больного по результатам объективного осмотра (пальпация, перкуссия, аускультация).	0-2
11.	Соблюдение инфекционного контроля (медицинская форма, обработка рук и др.)	0-2
12.	Оценка состояния раны, дренажных трубок, стомических трубок и т.д. послеоперационных больных в перевязочном кабинете	
13.	Обработка раны послеоперационных больных в перевязочном кабинете	
14.	Фиксация перевязочных материалов лейкопластырем или бинтом	
15.	Умение пользоваться хирургическим инструментарием	
16.	Оценка тактики лечения	0-2
Всего баллов		сумма баллов: 15

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

№	Наименование показателя	Отметка (в баллах)
1.	Общие сведения о больном	0-1
2.	Жалобы (кратко и чётко перечисляются все жалобы больного в настоящее время)	0-2
3.	Анамнез	0-2
4.	Общее состояние пациента	0-2
5.	Локальный статус	0-2
6.	Назначение и анализ дополнительных исследований	0-2
7.	Диагноз и его обоснование	0-2
8.	Дифференциальный диагноз	0-1
9.	План лечения, рецептура, описание операций	0-1
Всего баллов		сумма баллов: 15

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Технологическая карта дисциплины «Онкология, лучевая терапия» для ординаторов по специальности «Стоматология общей практики» I семестр, количество зачетных единиц 2, отчетность – зачет

Название модулей дисциплины согласно РПД (по количеству ЗЕ в семестре за минусом на КР (КП))	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля (неделя, семестра)
1. Общая онкология.	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больных в отделениях, решение ситуационных задач <i>Посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 0,5 балла.</i>	15	25	12
	Рубежный контроль	доклад, реферат	5	10	
Модуль 1					
2. Частная онкология.	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больных в отделениях, решение ситуационных задач <i>Посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 0,5 балла.</i>	15	25	13
	Рубежный контроль	доклад, реферат	5	10	
Модуль 2					
Всего за I семестр:			40	70	
Промежуточный контроль (зачет): - устный опрос; - решение тестов; - ситуационные задачи.			20	30	13
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 8

Больная жалуется на опухоль в левой молочной железе, болеет 2 месяца, опухоль увеличивается в объеме. При пальпации в наружном квадранте молочной железы пальпируется опухоль, подвижная, мягкой консистенции. Подмышечные лимфоузлы не пальпируются.

Задания

1. Назовите алгоритм обследования.
2. Предположительный диагноз.
3. Определите лечебную тактику.
4. Назовите возможные варианты лечения.
5. Проведите дифференциальную диагностику.

Эталоны ответов к ситуационной задаче

1. Узи молочной железы, маммограмма, пункция опухоли и цитологическое исследование.
2. Опухоль молочной железы (возможно рак).
3. Секторальная резекция молочной железы со срочным гистологическим исследованием, а затем при подтверждении диагноза расширенная операция.
4. При подтверждении рака цитологическим методом – консилиум из врачей маммолога, радиолога и химиотерапевта и затем начинают либо с хирургического, либо химиотерапия и лучевая с последующим хирургическим лечением.
5. Дифференциальная диагностика: аденома, киста, мастит

**КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. Б.Н. Ельцина**

**Медицинский факультет
Кафедра онкологии и лучевой терапии**

Реферат

на тему:

«Колоректальный рак»

*Выполнил(а) ординатор
Первого (второго) года обучения:
Иванов А.К.*

Проверил(а): Петров А.К.

Бишкек 2017 г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 9

**СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ НА КАФЕДРЕ ОНКОЛОГИИ
И ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ**

(Т И Т У Л Ь Н Ы Й Л И С Т)

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

Кафедра онкологии и лучевой терапии

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Фамилия, имя, отчество больного

Клинический диагноз: основной (с указанием стадии и клинической группы)

Осложнения основного заболевания:

Сопутствующие заболевания:

Время курации:

начало _____

окончание _____

Куратор: *фамилия, имя, отчество*
клинического ординатора.

Факультет, год обучения.

Фамилия, имя, отчество, должность преподавателя

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Медицинская карта стационарного больного № _____

Отделение _____

Палата _____

1. Фамилия, имя, отчество больного.
2. Год рождения, возраст.
3. Место работы, должность.
4. Профессия.
5. Домашний адрес.
6. Дата поступления в стационар.
7. Дата выписки.
8. Диагноз направившего ЛПУ.
9. Диагноз клинический:
 - основной;
 - осложнения основного;
 - сопутствующие болезни.

ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

В этом разделе подробно излагаются жалобы, обусловленные основным заболеванием, по поводу которого больной госпитализирован в онкологическое учреждение. Жалобам следует дать детальную характеристику.

При наличии опухолевого образования указать, при каких обстоятельствах выявлена опухоль, как изменилась с течением времени, болезненна или безболезненна.

При наличии болевого синдрома охарактеризовать локализацию, интенсивность, продолжительность, характер болей, иррадиацию, сезонность, время появления, связь с приемом пищи и ее составом, с физиологическими отправлениями, с переменной положения тела, с дыханием, с фазой менструального цикла и т. д.

Необходимо уточнить **изменение общего состояния** больного, проявление общих симптомов болезни (слабость, утомляемость, снижение работоспособности,

похудение, снижение или потеря аппетита, гипертермия, вкусовые отклонения, наличие кожного зуда, отеков, потливости и др.).

В разделе должны найти отражение **нарушения со стороны органов желудочно-кишечного тракта** (нарушение глотания, слюнотечение, срыгивание, отрыжка, тошнота, рвота, чувство быстрого насыщения, ощущение тяжести и дискомфорта, урчание, запоры, поносы, патологические выделения с каловыми массами, изменение формы калового столба, тенезмы и др.), **со стороны дыхательной системы** (изменение голоса, одышка, кашель, мокрота и ее характер, наличие крови в мокроте, приступы удушья), **со стороны мочеполовой системы** (учащенное мочеиспускание, никтурия, боли и рези при мочеиспускании, наличие крови в моче, патологические выделения из половых путей, нарушение менструального цикла, кровомазание в менопаузе), **со стороны кожных покровов и слизистых** (сыпь, расчесы, изъязвления, отеки, изменение пигментации, цвета кожных покровов, пигментные пятна, изменение размеров, цвета, контуров, поверхности пигментных невусов), **со стороны костно-суставной системы** (ограничение в подвижности, нарушение функции конечностей, деформация суставов и конечностей, отечность, изменение цвета кожных покровов), **со стороны нервной системы** (головокружение, тошнота, рвота, двоение в глазах, резкое снижение остроты зрения, неустойчивость при ходьбе, парестезии, гиперестезии, слабость в конечностях).

Беседуя с больным, необходимо дифференцировать жалобы, имеющие отношение к основному процессу, с обусловленными сопутствующими заболеваниями. В данном разделе истории болезни следует отразить жалобы, характеризующие функциональное состояние органов и систем, существенное нарушение функции которых может повлиять на выбор тактики лечения.

ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ANAMNESIS MORBI)

В данном разделе дается описание начала и развития настоящего заболевания от первых его проявлений до момента осмотра пациента. При этом нужно выявить те факторы, которые имеют отношение к этиологии и патогенезу заболевания, а также отразить динамику клинических симптомов, появление осложнений, эффективность лечения (оперативного вмешательства, лучевой терапии с указанием разовой и очаговой дозы, химиотерапевтического лечения с названием противоопухолевых препаратов, их доз и методов введения) и т. д. Кроме того, следует выявить те

симптомы, которые больной не заметил или посчитал несущественными.

Необходимо отметить дату первого обращения к врачу по поводу настоящего заболевания, учреждение, установленный диагноз, назначенное обследование, проведенное лечение и его эффективность. Следует указать, когда наступило ухудшение и по какой причине. Нужно привести сведения о последующих обращениях, выполненном обследовании и лечении в амбулаторных и стационарных условиях.

При оформлении данного раздела истории болезни следует лишь коротко отражать результаты проведенного обследования, не приводя подробное описание рентгенологического, эндоскопического и прочих методов. Детальная информация по результатам обследования будет приведена в разделе «Результаты лабораторных и инструментальных методов исследования». Если диагноз подтвержден цитологическим и гистологическим методами, необходимо это указать.

В конце формулируется цель госпитализации (уточнение диагноза, комбинированное лечение, лучевая терапия и т. д.).

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (ANAMNESIS VITAE)

История жизни больного должна кратко отражать те бытовые, семейные, наследственные факторы, условия и особенности трудовой деятельности, вредные привычки, перенесенные заболевания, которые могли повлиять на возникновение опухолевого образования.

Нет необходимости описывать все перенесенные заболевания, начиная с детского возраста, если они не имеют отношения к возникновению опухолевой патологии.

Прежде всего указываются предопухолевые заболевания и фоновая патология, имеющие этиологическую взаимосвязь с основным (опухолевым) заболеванием. Требуется отразить, кем наблюдался пациент, состоял ли на диспансерном учете, когда последний раз проходил обследование, какое лечение получал, какова его эффективность.

Необходимо отразить перенесенные или имеющиеся заболевания (болезни печени, почек, сердечно-сосудистой системы и других жизненно важных органов), наличие которых может ограничивать возможности обследования и повлиять на выбор методов лечения больного.

При проживании на загрязненной радионуклидами территории необходимо

указать населенный пункт, сроки проживания, время переселения.

При наличии опухолевой патологии, связанной с генитальной сферой (молочная железа, женские половые органы), необходимо уточнить состояние менструальной функции: время начала менструаций, продолжительность, периодичность и цикличность месячных, возраст, в котором наступила менопауза. Выясняется сексуальная функция: начало половой жизни, ее регулярность, продолжительность, способы контрацепции. Описывается репродуктивная функция: количество беременностей, в каком возрасте, роды, их количество, прерывание беременности, длительность лактации. Указываются перенесенные гинекологические заболевания.

В данном разделе истории болезни должны найти отражение:

- условия труда и быта, которые могли способствовать возникновению опухоли (профессиональные вредности, регулярность и особенности питания, образа жизни);
- вредные привычки (курение, длительность курения, количество сигарет или папирос в день, употребление алкоголя и наркотических веществ);
- наследственность (наличие у кровных родственников злокачественных новообразований).

Отмечается наличие аллергических реакций, переливание крови и кровезаменителей с указанием переносимости.

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО (STATUS PRAESENS OBJEKTIVUS)

Этот раздел включает описание общего состояния больного, а также результаты физикального обследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) по органам и системам. Если у пациента нет тяжелой сопутствующей патологии, то состояния систем и органов описываются кратко. Состояние пораженного опухолью органа описывается в разделе «Местное проявление заболевания», а в данном разделе истории болезни делается пометка: «смотри «Status localis».

Приводятся следующие сведения:

1. Общее состояние больного: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое.

2. **Положение больного:** активное, пассивное, вынужденное.

3. **Телосложение:** нормостеническое, астеническое, гиперстеническое, рост, вес.

4. **Температура тела.**

5. **Кожа и слизистые оболочки:** окраска (нормальная, бледная, желтушная, землистая, синюшная, бронзовая), пигментация, депигментация, рубцы, расчесы, геморрагии, высыпания, эластичность, влажность, тургор; предопухолевые состояния и фоновая патология (пятно, трещина, язва, бородавка); доброкачественные опухоли (папилломы, фибромы и т. д.); дистрофические процессы (гиперкератозы, дискератозы, рубцы, свищи); наличие признаков синдрома верхней или нижней полой вен; наличие паранеопластических кожных проявлений (Nigricans acanthosis, ладонно-подошвенный гиперкератоз, узловатая эритема и др.).

6. **Подкожно-жировая клетчатка:** развитие (умеренное, слабое, чрезвычайное), места наибольшего отложения жира; наличие отеков, их локализация и распространенность.

7. **Периферические лимфатические узлы.** Дается описание подчелюстных, шейных, надключичных, локтевых, подмышечных, паховых лимфатических узлов, при их увеличении указывается величина, консистенция, болезненность, подвижность, фиксация их между собой и с кожей, изменение цвета кожи и локальная гипертермия. При наличии у больного системного заболевания (злокачественные лимфомы), а также при метастазах в периферических лимфатических узлах описание пораженных групп приводится в разделе «Местное проявление заболевания».

8. **Мышцы:** степень развития (хорошее, умеренное, слабое).

9. **Суставы:** изменение конфигурации, болезненность и хруст при движениях, объем активных и пассивных движений.

10. **Кости:** деформация, болезненность при пальпации, ограничение в подвижности; утолщение концевых фаланг пальцев рук и ног в виде барабанных палочек, ногти в виде часовых стекол.

11. **Неврологический статус:** сознание (ясное, спутанное); настроение (спокойное, подавленное, тревожное, эйфория); реакция зрачков на свет; симптомы поражения черепно-мозговых нервов; параличи, парезы, дермографизм; психические нарушения (бред, галлюцинации). Проводится исследование в позе Ромберга (устойчив, неустойчив).

12. Щитовидная железа: форма шеи, видимые деформации, симметричность; смещение трахеи и гортани; локализация опухоли (правая или левая доля, перешеек, пирамидальная доля, тотальное поражение), размеры; характеристика опухоли (узел, конгломерат узлов, инфильтрат, диффузное уплотнение); консистенция опухоли (мягкая, мягкоэластичная, плотноэластичная, плотная, каменистая, флюктуирующая); пульсация опухоли (видна, определяется при пальпации, не определяется); контуры опухоли (четкие, нечеткие); смещаемость при пальпации, при глотании; сращение с кожей, с подлежащими тканями, изъязвление. Регионарные лимфатические узлы: подчелюстные, надключичные, глубокие шейные, бокового треугольника шеи (локализация, размеры, консистенция, болезненность, связь с окружающими тканями, между собой и с кожей). Здесь же указываются признаки, характеризующие функциональное состояние щитовидной железы (эутиреоз, гипотиреоз, гипертиреоз с конкретным указанием симптомов), нарушение дыхания, глотания, изменение голоса.

13. Молочные железы.

Осмотр: размеры (большие, малые, средние), форма, симметричность, уменьшение или увеличение молочной железы на стороне поражения по сравнению с контрлатеральной, деформация, ареола (форма правильная, измененная); сосок (смещен, уплощен, втянут, без изменений); отек кожи («лимонная корочка») (в каком квадранте, в центральной зоне, всей железы, верхней конечности); изъязвление (локализация, размеры, отделяемое).

Пальпация: локализация опухоли (сторона, квадрант (верхне-наружный, нижне-наружный, верхне-внутренний, нижне-внутренний, субареолярная зона)); размер опухоли (в сантиметрах), ее консистенция, болезненность; характеристика опухоли (узел, инфильтрат, диффузное уплотнение); контуры опухоли (четкие, нечеткие); поверхность (гладкая, бугристая); изменение размеров и формы опухоли при перемене положения тела и придавливании опухоли к грудной стенке; кожные симптомы (уплощение, втяжение, поперечная морщинистость, название симптома по автору); смещаемость опухоли, фиксация к коже, мышцам, грудной клетке; выделения из соска (серозные, зеленоватые, сукровичные, геморрагические, сливкообразные, гнойные, спонтанные или появляющиеся при надавливании, из одного или нескольких протоков); регионарные лимфатические узлы: локализация (подмышечные, надключичные, шейные), размер, консистенция, количество, подвижность, болезненность, фиксация между собой и к окружающим тканям, в том числе к коже;

состояние контрлатеральной молочной железы.

14. Система органов дыхания: нарушение дыхания, осиплость голоса, тембр, афония; одышка в покое, при ходьбе, характер одышки (инспираторная, экспираторная, смешанная), выраженность; число дыханий в минуту.

Грудная клетка: форма, симметричность, деформации, участие в дыхании, округлость; наличие признаков синдрома верхней полой вены; дыхательная экскурсия грудной клетки; расширение поверхностных венозных коллатералей грудной стенки; болезненность при пальпации.

Перкуссия: топографическая — границы легких и высота стояния верхушек, сравнительная — характер перкуторного звука.

Аускультация: характер дыхания (везикулярное, бронхиальное, усиленное, ослабленное, жесткое, не проводится), добавочные дыхательные шумы: хрипы (сухие, влажные), крепитация, шум трения плевры.

15. Система органов кровообращения.

Осмотр: видимая пульсация периферических сосудов, выбухание вен шеи, грудной и брюшной стенки, верхних и нижних конечностей, акроцианоз, патологическая пульсация в области сердца; отеки в области лодыжек, голеней, увеличение живота.

Пальпация: характер и частота пульса на лучевых артериях, его ритмичность, свойства верхушечного толчка, его характеристика, дефицит пульса. Определение систолического и диастолического давления, пульсовое давление.

Перкуссия: границы сердца, конфигурация.

Аускультация: тоны сердца (ясные, глухие, громкие, тихие), нарушение ритма (тахикардия, брадикардия, экстрасистолия, мерцательная аритмия и др.), шумы сердца и их характеристика, шум трения перикарда, плевроперикардиальный шум.

16. Система органов пищеварения.

Осмотр полости рта: язык (окраска, влажность, наличие налетов, глоссита, трещин, язв), десна, твердое и мягкое небо, слизистая дна полости рта и небные миндалины (окраска, кровоточивость, изъязвления, некрозы, налеты, наличие опухолей).

Осмотр живота: форма, его величина, участие в дыхании, асимметрия, наличие венозных коллатералей; выбухание пупка или его сглажен-

ность; видимая перистальтика желудка и кишечника, пульсация в подложечной области.

Пальпация: поверхностная ориентировочная — болезненность, диффузное и ограниченное напряжение мышц живота, наличие грыж, опухолей и расхождения прямых мышц живота; глубокая — характеристика желудка и различных отделов толстой кишки (расположение, болезненность, подвижность, консистенция и др.), опухоль (не определяется, пальпируется четко, нечетко), локализация, форма, контуры (четкие, нечеткие), величина, консистенция (твердая, эластичная, мягкая), подвижность. Определяется наличие и степень выраженности болевых симптомов, симптомов раздражения брюшины, их локализация и распространенность; урчание. Пальпаторно оценивается увеличение, консистенция, бугристость края печени и селезенки, увеличение желчного пузыря, его болезненность, консистенция.

Аускультация: характер перистальтики (усиленная, вялая, звонкая, отсутствует).

Перкуссия: наличие свободного газа в брюшной полости (исчезновение печеночной тупости), зона высокого тимпанита, наличие свободной жидкости, границы и размеры печени по Курлову, размеры и положение селезенки.

17. Мочеполовая система.

Осмотр наружных половых органов: яички, мошонка, половой член, вульва, наружные половые губы (увеличение в размерах, асимметрия, деформация, наличие опухолевых изменений, отека, варикоцеле).

Осмотр области почек: выбухание, гиперемия в поясничной области.

Пальпация: опущение, увеличение, болезненность почек, яичек, наличие пальпируемой опухоли; симптом поколачивания в поясничной области.

Ректальное и влагалищное исследования. Данные исследования в обязательном порядке проводятся у пациентов с опухолями предстательной железы, женских половых органов, а также при подозрении на опухоли желудочно-кишечного тракта.

Влагалищное исследование. Вульва: норма, атрофия, крауроз, лейкоплакия, опухоль (локализация, размеры).

Влагалище: норма, опущение, сужение, кольпит, опухолевая инфильтрация, опухоль (локализация, размеры).

Бели: отсутствуют, бесцветные, желтые, жидкие, густые, пенистые, сукровичные; обильные, с запахом.

Шейка матки: форма (коническая, цилиндрическая, бочкообразная), разрывы

(поверхностные, глубокие), наличие изъязвлений, рубцов, опухолей; консистенция при пальпации (нормальная, плотная, бугристая).

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 опухоли; кровоточивость.

Матка: норма, увеличена (до каких размеров); консистенция (плотная, бугристая, дряблая, неравномерная); отклонение (влево, вправо, опущена); подвижность (подвижная, ограниченно подвижная, неподвижная); болезненность, другие изменения; параметрий левый и правый (мягкий, укорочен, инфильтрирован около матки, до стенки таза, болезненность).

Придатки матки не пальпируются. Маточные трубы: характеристика (тяжисты, утолщены, болезненны), их форма, размеры. Яичники (правый, левый): размер, консистенция (эластичная, мягкая, плотная), контуры (четкие, нечеткие), поверхность (гладкая, бугристая), подвижность (сохранена, ограничена, отсутствует). Пальпируется только нижний полюс опухоли, диссеминаты по брюшине; исследование затруднено из-за ожирения, наличия асцита, напряжения мышц брюшной стенки.

Кольпоскопия: норма, зона трансформации, полип, атрофия, истинная эрозия, кольпит, простая лейкоплакия, бугристая лейкоплакия, основание бугристой лейкоплакии, изъязвление, экзофитная опухоль.

Ректальное исследование. Тонус сфинктера: норма, повышен, понижен, зияет. Опухоль: характеристика (экзофитная, язвенная, инфильтративная), локализация, высота от анального отверстия до нижнего полюса опухоли; консистенция (плотная, бугристая, эластичная); подвижность (значительная, ограниченная, отсутствует); болезненность (незначительная, умеренная, значительная, отсутствует); размеры (занимает $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{3}$, $\frac{1}{2}$, $\frac{2}{3}$ просвета, циркулярная); верхний полюс опухоли (достигается, не достигается); стеноз (полный, частичный, нет); прорастание во влагалище, мочевой пузырь, крестец, матку, простату; наличие ректовагинального свища.

Предстательная железа: размеры, консистенция, бороздка (сглажена, рельефная). Опухоль: локализация, консистенция, болезненность, размеры.

МЕСТНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (STATUS LOCALIS)

Местное проявление заболевания описывается при всех локализациях опухолей. И при наружной, и при внутренней локализациях приводятся данные клинического осмотра, пальпации, аускультации, перкуссии. При внутренних локализациях опухолей нецелесообразно в этом разделе приводить описание эндоскопического, рентгенологического и прочих инструментальных методов диагностики.

Вначале описывается орган, в котором находится опухоль, ее размеры, форма, консистенция, болезненность, отношение к окружающим тканям и коже, имеющиеся симптомы заболевания, а затем дается характеристика зон регионарного метастазирования. Также необходимо отразить изменения со стороны смежных органов, куда врастает опухоль, или тех, которые подвергаются компрессии.

При наличии отдаленных метастазов описываются изменения со стороны органов или систем, которые выявлены при физикальном исследовании.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Предварительный диагноз формулируется на основании жалоб, анамнеза, результатов проведенного на амбулаторном этапе обследования, данных объективного исследования. Указывается гистологическая форма опухоли (рак, саркома, меланома, злокачественная лимфома и т. д.), локализация (орган и его отдел), стадия заболевания. Подробное обоснование предварительного диагноза в данном разделе истории болезни не приводится.

ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

В намечаемом плане обследования излагаются все уточняющие диагноз и стадию заболевания методы инструментального и лабораторного обследования в порядке последовательности их применения. План обследования должен включать также методы, направленные на оценку функционального состояния жизненно важных органов, нарушение функции которых может повлиять на выбор тактики обследования и лечения больного.

На основании плана обследования до начала лечения должна быть получена полная информация:

- 1) о локализации первичной опухоли (расположение и границы в пределах органа);
- 2) анатомической форме роста опухоли (экзофитная, эндофитная, смешанная);
- 3) морфологической структуре опухоли (гистологическая форма, степень дифференцировки, при необходимости иммуногистохимическая характеристика);
- 4) стадии заболевания (размеры и глубина инвазии первичной опухоли, отношение ее к окружающим тканям и органам, состояние регионарных лимфатических узлов, поражение метастазами отдаленных лимфатических узлов и органов);
- 5) наличии осложнений опухолевого процесса (распад, кровотечение, стенозирование, компрессия близлежащих органов, патологические переломы и др.);
- 6) функциональном состоянии жизненно важных органов.

Лабораторные методы диагностики включают: общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, анализ кала на скрытую кровь, исследование опухолевых маркеров, гормонального, иммунологического статуса.

Методы визуализации опухолей: рентгенологические исследования, компьютерная, магнитно-резонансная томография, ультразвуковая диагностика, радионуклидная визуализация опухолей (сцинтиграфия, позитронная эмиссионная томография), эндоскопические методы диагностики.

Рентгенологические методы (рентгеноскопия, рентгенография, рентгенотомография — выполняются без контрастирования и с использованием контрастных веществ): рентгеноскопия и рентгенография легких, желудка, пищевода, ирригоскопия, маммография, экскреторная урография, восходящая пиелоуретерография, холангиография и др.

Ультразвуковая диагностика: исследование печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, почек, надпочечников, периферических, внутрибрюшных и забрюшинных лимфатических узлов, щитовидной, слюнных и молочных желез, матки и ее придатков, яичек, мягких тканей и т. д. При необходимости под контролем УЗИ выполняется пункционная аспирационная биопсия либо трепанбиопсия опухоли.

Эндоскопические методы исследования: эзофагогастродуоденоскопия,

ректороманоскопия, сигмоскопия, фиброколоноскопия, фибробронхоскопия, цистоскопия, медиастиноскопия, торакоскопия, лапароскопия и др.

Цитологическая диагностика: исследования мазков-отпечатков с патологических участков, пунктатов опухоли, секретов и экскретов.

Морфологическая диагностика (гистологическая, иммуногистохимическая): результаты инцизионной, эксцизионной биопсии, трепанбиопсии, материала после радикальных или диагностических хирургических вмешательств.

Радионуклидные методы исследования: скintiграфия костей (остеоскintiграфия), щитовидной железы, лимфатических узлов, изотопная ренография, ПЭТ.

План обследования необходимо составлять рационально, чтобы предыдущие методы исследования не затрудняли выполнение последующих.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ

В этот раздел вносятся данные проведенных лабораторных и инструментальных методов исследований с указанием даты. Вначале записываются результаты лабораторной диагностики с указанием отклонений от нормы. Затем приводятся все виды инструментальных методов диагностики, дается подробное описание патологических очагов, указывающих на опухолевый характер заболевания, и заключение специалиста, проводившего исследование. Приводятся результаты цитологического и морфологического исследований, позволяющих подтвердить опухолевую природу заболевания. При необходимости указываются консультативные заключения смежных специалистов, подтверждающие диагноз основного заболевания или сопутствующей патологии. Необходимо привести исследования, с помощью которых подтверждается наличие или отсутствие регионарных и отдаленных метастазов. Указываются результаты исследований, позволяющих оценить функциональное состояние органов и систем, нарушение функции которых может повлиять на выбор тактики лечения.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Для обоснования диагноза необходимо последовательно проанализировать жалобы, данные анамнеза, факторы риска и предопухолевые заболевания, данные объективного исследования и результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики. Не следует подробно переписывать все анализы, приводить дословное описание процедуры инструментальной диагностики так же, как не стоит ограничиваться только заключением специалистов, проводивших исследование. Надо указать на отклонения от нормы по результатам анализов, привести описание патологического очага с признаками, подтверждающими опухолевый характер изменений. Этот раздел не должен состоять из простого перечисления симптомов, характерных для данного заболевания, здесь необходимо отразить ход клинического размышления о пациенте. Если какой-либо из обнаруженных симптомов не характерен для классической клинической картины данного заболевания, не следует умалчивать о нем, наоборот, нужно попытаться объяснить его происхождение.

Диагноз онкологического больного включает: морфологический вариант опухоли (рак, меланома, неходжкинская лимфома, саркома и т. д.), локализацию (орган и отдел органа, например: рак антрального отдела желудка, рак слепой кишки, рак правой доли щитовидной железы, меланома кожи правой голени и т. д.), анатомический тип роста опухоли (язвенная, узловая, экзофитная форма и т. д.), клиническую форму (токсико-анемическая, стенозирующая, маститоподобная и др.), стадию по системе TNM и отечественной классификации, осложнения заболевания (вторичная анемия, субкомпенсированный стеноз и т. д.), клиническую группу. Обязательно обосновать стадию, каждый из символов TNM. Клиническая группа (группа диспансерного наблюдения) у больных со злокачественными опухолями может быть II (больной, подлежащий специальному противоопухолевому лечению), IIa (больной, подлежащий радикальному лечению), III (больной после радикального лечения), IV (больной, подлежащий симптоматической терапии). В заключение указываются сопутствующие заболевания (без специального обоснования).

ЛЕЧЕНИЕ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

В этом разделе следует осветить современные принципы комбинированного лечения данного заболевания и лечение, проведенное пациенту в клинике.

Последовательно указывается и обосновывается каждый вид лечения, проведенный больному в клинике (объем операции, целесообразность постоперационной лучевой и медикаментозной терапии, необходимость применения конкретных гормональных препаратов и т. д.). Затем приводятся рекомендации по дальнейшему специальному лечению (супрессивная гормонотерапия, курсы полихимиотерапии, послеоперационная лучевая терапия и т. д.).

Как правило, основным компонентом комбинированного лечения является хирургический метод. Описывая его, следует указать дату операции, ее вид (диагностическая, радикальная, паллиативная), полное название, в том числе по автору. При невозможности выполнения оперативного вмешательства указываются причины (распространение опухолевого процесса, отказ больного, наличие противопоказаний). Если за время курации получен результат окончательного гистологического исследования удаленной опухоли и регионарных лимфатических узлов, необходимо его привести.

При планировании лучевой терапии указывается ее вид (гамма-терапия, внутрисполостная, внутритканевая, близкофокусная рентгенотерапия, лечение жидкими изотопами и др.), разовая и суммарная дозы, поля облучения.

При химиотерапии указать наиболее часто используемые препараты и схемы полихимиотерапии при данной нозологической форме заболевания и привести схемы для курируемого пациента, количество планируемых курсов, интервалы между ними.

При необходимости гормонотерапии указывается ее метод (хирургический, медикаментозный), группа препаратов, их название.

В заключение приводится прогноз заболевания, периодичность контрольных обследований у онколога.