МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ,
МИНИСТЕРСТВО НАУКИ, ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ И ИННОВАЦИЙ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

МОО ВО Кыргызско-Российский Славянский университет
имени первого Президента Российской Федерации Б.Н. Ельцина



Онкология

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Специализированных клинических дисциплин**

Учебный план о310855_25_12 кпрокт.plx
Специальность 31.08.55 - РФ, 094 - КР Колопроктология

Квалификация **врач-колопроктолог**
Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **2 ЗЕТ**
Часов по учебному плану 72
в том числе:
аудиторные занятия 32
самостоятельная работа 39,7

Виды контроля в семестрах:
зачет 1

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	1 (1.1)		Итого	
Недель	18			
Вид занятий	УП	РП	УП	РП
Лекции	6	6	6	6
Практические	26	26	26	26
Контактная работа в период теоретического обучения	0,3	0,3	0,3	0,3
Итого ауд.	32	32	32	32
Контактная работа	32,3	32,3	32,3	32,3
Сам. работа	39,7	3,7	39,7	39,7
Итого	72	72	72	72

Программу составил(и):
д.м.н.,профессор Макимбетов Э.К.

Рецензент(ы):
д.м.н., профессор, зав.кафедрой СКД КРСУ Чернецова Г.С. _____

д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней МВШМ Чынгышпаев Ш.М. _____

Согласовано РОП:
_____ *руководитель Центра интернатуры и ординатуры А.А. Насырова-Борубаева*

Рабочая программа дисциплины
Онкология

разработана в соответствии с ФГОС 3++:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.55 КОЛОПРОКТОЛОГИЯ (уровень подготовки кадров высшей квалификации). (приказ Минобрнауки России от 25.08.2014 г. № 1098)

составлена на основании учебного плана:

Специальность 31.08.55 - РФ, 094 - КР Колопроктология

утвержденного учёным советом вуза от 26.06.2026 протокол № 11.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры Специализированных клинических дисциплин

Протокол от 03 сентября 2026 г. № 2
Срок действия программы: 2026-2027 уч.г.
Руководитель подразделения: Чернецова Галина Степановна

ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ
к рабочей программе дисциплины (модуля)

Онкология

_____ *наименование дисциплины*

№ п/п	Основание внесения изменения	Раздел/ пункт	Содержание изменения
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
1.1	Целью смежной дисциплины «онкология» является, дать ординаторам целостное представление об онкологии как самостоятельной научной и практической дисциплины. Необходимо сформировать у ординаторов базовое онкологическое мировоззрение, которое включает в себя: ознакомление ординаторов с основными положениями теоретической онкологии; ознакомление с особенностями организации онкологической помощи населению России и Кыргызской Республики; изучение основных нозологических форм злокачественных опухолей, возможностей их профилактики и ранней диагностики; ознакомление с современными принципами лечения онкологических больных.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП	
Цикл (раздел) ООП:	Б1.В
2.1	**Требования к предварительной подготовке обучающегося:**
2.1.1	Онкология
2.1.2	Анестезиология и реаниматология
2.2	**Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:**
2.2.1	Патология
2.2.2	Оперативная хирургия и топографическая анатомия
2.2.3	Клиническая фармакология
2.2.4	Эндоскопия

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

ПК-5: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

Знать:	
Уровень 1	факторы, способствующие возникновению злокачественных опухолей и меры профилактики колоректального рака;
Уровень 2	симптомы наиболее частых злокачественных новообразований, патогенез их развития;
Уровень 3	современные методы диагностики злокачественных опухолей жкт, роль и способы инструментальных и морфологических исследований.
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 онкопроктологического больного;
Уровень 3	составить план клинического и инструментального обследования с подозрением на колоректальный рак
Владеть:	
Уровень 1	скрининговых исследований, направленных на выявление ранних форм колоректального рака;
Уровень 2	диспансеризации лиц группы повышенного риска и излеченных от злокачественных новообразований;
Уровень 3	исследования, направленными на улучшение ранней диагностики и результатов лечения онкопроктологических больных.

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	**Знать:**
3.1.1	Факторы, способствующие возникновению злокачественных опухолей и меры профилактики колоректального рака;
3.1.2	Симптомы наиболее частых злокачественных новообразований, патогенез их развития;
3.1.3	Современные методы диагностики злокачественных опухолей жкт, роль и способы инструментальных и морфологических исследований;
3.1.4	Современные принципы и результаты радикального и паллиативного лечения злокачественных новообразований жкт;
3.1.5	Деонтологические аспекты в онкологии.
3.2	**Уметь:**

3.2.1	Собрать анамнез, проанализировать характер жалоб (нарушений функций органа, болевого синдрома, патологических выделений, изменений общего состояния и т. д.);
3.2.2	Проводить физикальное обследование онкологического больного;

3.2.3	Составить план клинического и инструментального обследования с подозрением на злокачественное новообразование жкт;
3.2.4	Уметь провести онкологический профилактический осмотр;
3.2.5	Сформулировать и обосновать клинический диагноз;
3.2.6	Сформировать группу лиц повышенного риска по возникновению колоректального рака;
3.2.7	Провести анализ причин поздней диагностики рака.
3.3	**Владеть:**
3.3.1	Скрининговых исследований, направленных на выявление ранних форм рака;
3.3.2	Диспансеризации лиц группы повышенного риска и излеченных от злокачественных новообразований;
3.3.3	Паллиативной помощи инкурабельным больным;
3.3.4	Исследования, направленными на улучшение ранней диагностики и результатов лечения онкологических больных.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1. Общие вопросы онкологии						
1.1	Эпидемиология, этиопатогенез,общие принципы диагностики и лечения злокачественных опухолей /Лек/	1	2	ПК-5	Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2	0	
1.2	Предопухолевые заболевания. Наследственные синдромы /Пр/	1	6	ПК-5	Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2	0	
1.3	Роль лучевой и химиотерапии в лечении злокачественных опухолей /Ср/	1	6	ПК-5	Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
1.4	Предопухолевая патология толстой и прямой кишки /Лек/	1	2	ПК-5	Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2	0	
1.5	Диспансеризация и скрининг больных с предопухолевыми заболеваниями /Пр/	1	6	ПК-5	Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2	0	
1.6	Комбинированное лечение колоректального рака /Пр/	1	4	ПК-5	Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2	0	
	Раздел 2. Онкопроктология.						
2.1	Эпидемиология и клиника колоректального рака /Лек/	1	2	ПК-5	Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2	0	
2.2	Современнные методы диагностики и лечения колоректального рака. /Лек/	1	2	ПК-5	Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2	0	
2.3	Диагностика и лечение колоректального рака /Пр/	1	6	ПК-5	Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2	0	
2.4	Наследственные синдромы и предопухолевые заболевания колоректального рака. /Ср/	1	6	ПК-5	Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	

2.5	Рак ободочной кишки. Этиология и клиника /Пр/	1	6	ПК-5	Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2	0	
2.6	Рак ободочной кишки. Принципы диагностики и лечения. /Ср/	1	6	ПК-5	Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
2.7	Рак прямой кишки, особенности клинического течения. /Пр/	1	6	ПК-5	Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2	0	
2.8	Рак прямой кишки, принципы диагностики и лечения. /Ср/	1	6	ПК-5	Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
2.9	Паллиативная терапия при колоректальном раке /Пр/	1	6	ПК-5	Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2	0	
2.10	/Зачёт/	1	0			0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Знать:

1. Диагностика рака прямой кишки.
2. Скрининг колоректального рака.
3. Оценка рентгенологических исследований при раке толстого кишечника.
4. Колоноскопия, методика проведения.
5.Гистологическая структура опухолей толстого кишечника.
6. Клиническая картина рака толстого кишечника.
7. Гаяконовая проба
8. Методы исследования на скрытую кровь.
9. Прогнозы при колоректальном раке.
10 Предраковые опухоли толстого кишечника.
11. Методы лечения предопухолевых заболеваниях толстого кишечника.
12. Методы лечения полипоза.
13 Патогенез рака толстого кишечника.
14. Виды оперативных вмешательств при опухолях толстого кишечника.
15. Реконструтивные операции при раке толстого кишечника.
16. Дифференциальноая диагностика рака толстого кишечника.
17. Осложнения после операций на толстом кишечнике.
18. Экстренные ситуации при опухолях толстого кишечника.
19. Хирургическая тактика в экстренной хирургии при раке толстого кишечника.
20. Алгоритм исследования толстого кишечника.
21. Клиника рака прямой кишки.
22 Клиника рака восходящего отдела толстого кишечника.
23. Клиника рака поперечно-ободочной кишки.
24.Клиника рак слепой кишки.
25. Пальпация при раке толстого кишечника.
26. Адъювантная химиотеравпия при раке толстого кишечника.27 Фенотипирование рака толстого кишечника.
28. Неадъювантная химиотерапия при раке толстого кишечника
29. Схемы химиотерапии в зависимости от гистологии.
30. Ранняя диагностика рака толстого кишечника.
31. Типы операций при раке толстого кишечника.
32.Реконструктивные операции после операций по поводу рак толстого кишечника.
33.Рак толстого кишечника и экстренная хирургия.
34. Эпидемиология рака толстого кишечника в Кыргызстане. 35
Эпидемиология рака толстого кишечника В России.
36. Эпидекмиология рака толстого кишечника в мире.
37. Саркома толстого кишечника.
38 Объем операции при саркоме толстого кишечника.
39. Химиотерапия при саркоме толстого кишечника.
40. Лучевая терапия при саркоме толстого кишечника.
41. Ворсинчатая опухоль толстого кишечника, диагностика.
42. Протокол лечения при саркоме толстого кишечника.
43.Протокол лечения при ворсинчатой опухоли толстого кишечника. 44
Реабилитация больных после операций на толстом кишечнике.
45. Рацион питания больных, перенесших операцию на толстом кишечнике.
46. Классификация рака толстого кишечника по системе TNM
47.Протокол лечения больных с метастазами рака толстого кишечника.
48.Операция Гартмана.
49.Выживаемость больных раком толстого кишечника в зависимости от стадии.

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

Тесты
Ситуационные задачи
Доклад
Реферат
Курация больного и написание истории болезни

Шкалы оценивания по видам оценочных средств в ПРИЛОЖЕНИИ 5

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

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.3. Методические разработки

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л3.1	Куликова А.А,, Алымкулов А.Т., Бейшембаев А.М.	Рентгенодиагностика заболеваний желудочно-кишечного тракта: Учебное пособие	КГМИПиПК 2017
Л3.2	Тюляндин С.А., Моисеенко В.М.	Практическая онкология: Избранные лекции	СПб.: Центр ТОММ 2004

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1	Колоректальный рак.	file:///C:/Users/User/Downloads/%D0%9A%D0%BE%
Э2	Колоректальный рак: современное состояние проблемы	http://www.gastro-j.ru/files/_2012_4_s2_1344
Э3	Колоректральный рак	http://www.esmo.org/content/download/92556/1706367/
Э4	Колоректальный рак. клинические рекомендации.	http://gpfm.ru/assets/image%20for%
Э5	Статья. Колоректальный рак.	http://crimtj.ru/Journal.files/4-2005-2/15.pdf

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 способностьи 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.

6.3.2 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 здравоохраненния 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: рентгендтагностические 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 м2, 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 конференй-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 (600 часов), включающих лекционный курс и практические занятия, и самостоятельной работы (300 часов). 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 студентов подразумевает подготовку к практическим занятиям, написание рефератов, выполнение творческих заданий и включает работу с учебной литературой, лекционным материалом, работу с электронными интернетресурсами 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 квыступлению;
- 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.
УП: о310857_16_12ОНК.plox стр. 21
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 источникинформации. 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 скомпоновать реферат из кусков заимствованного текста. Все цитаты должны быть представлены вкавычках 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 ститульного 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 представленыосновные выводы, ясно сформулированные в тезисной форме и, обычно, пронумерованные.
8. Список литературы должен быть составлен в полном соответствие с действующим стандартом (правилами), включаяособую 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 написане истории болезни (Схема написания истории болезни ПРИЛОЖЕНИЕ 9)

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Тесты

Вариант I
#
1
Заболеваемость РОК в последние 10 лет:
Резко снижается
Стабилизировалась
Возрастает
Медленно снижается
Закономерности не существует
#
2
В каком возрасте наиболее часто встречается РОК?
20-20 лет
30-39 лет
50-69 лет
Старше 70 лет
Правильного ответа нет
#
3
Рак ободочной кишки в структуре онкопатологии желудочно-кишечного тракта занимает:
1 место
2-3 место
4-5 место
Не входит в пятерку лидеров
Нет правильного ответа
#
4
Кто чаще заболевает РОК?
Мужчины
Женщины
Дети
Одинаково часто мужчины и женщины
Взрослые до 30 лет
#
5
Основным фактором, способствующим возникновению РОК является:
Ионизирующая радиация
Курение
Состав пищевых продуктов
Злоупотребление алкоголем
Ожирение
#
6

Какие факторы из перечисленных способствуют возникновению РОК? 1). Пища, богатая жирами 2). Острая пища 3). Горячая пища 4). Мясная пища 5). Пища с большим количеством грубой клетчатки 6). Кисломолочные продукты 7). Очищенные углеводы Правильные ответы:
1,2,3
3,4,5

1,4,7
2,3,6
Все ответы верны
#
7
Повышенная заболеваемость РОК наблюдается:
На территориях с высоким уровнем экономического развития
На территориях с низким уровнем экономического развития
Одинаково часто
Правильного ответа нет
В деревнях
#
8
К группе повышенного риска РОК не относят лиц, страдающих:
Неспецифическим язвенным колитом
Гранулематозным колитом (болезнь Крона)
Аденоматозными полипами
Гиперпластическими полипами
Семейным диффузным полипозом
#
9
Облигатным предраком ободочной кишки является:
Аденоматозные полипы
Диффузный семейный полипоз
Гиперпластические полипы
Неспецифический язвенный колит Болезнь Крона
#
10
Какой из отделов ободочной кишки наиболее часто поражается раком?
Слепая кишка
Восходящая ободочная кишка
Поперечная ободочная кишка
Нисходящая ободочная кишки
Сигмовидная кишка
#
11
Наиболее частой гистологической формой РОК является:
Аденокарцинома
Солидный рак
Недифференцированный рак
Плоскоклеточный рак
Правильного ответа нет

#
11
Наиболее частой гистологической формой РОК является:
Аденокарцинома
Солидный рак
Недифференцированный рак
Плоскоклеточный рак
Правильного ответа нет
#
12
Наибольшую склонность к малигнизации имеют полипы толстой кишки:
Гиперпластические
Аденоматозные
Ворсинчатые
Индекс малигнизации одинаков во всех случаях
Правильного ответа нет

#
13
Экзофитный тип роста характерен больше для:
Слепой и восходящей ободочной кишки
Поперечной ободочной кишки
Нисходящей ободочной кишки
Сигмовидной кишки
Правильного ответа нет
#
14
Эндофитный тип роста опухоли более характерен для опухолей:
Левой половины толстой кишки
Правой половины толстой кишки
Слепой кишки
Одинаково часто встречается во всех отделах
Правильного ответа нет
#
15
Эндофитный РОК растет преимущественно:
В проксимальном направлении от опухоли
В дистальном направлении
В обоих направлениях одинаково
Циркулярно по периметру кишки
Правильно и 2) и 4)
#
16
Для РОК наиболее характерный путь метастазирования:
Гематогенный
Лимфогенный
Имплантационный
Нет четких различий
Чаще имплантационный
#
17
РОК чаще метастазирует в:
Кости
Головной мозг

Поджелудочную железу
Печень
Легкие
#
18
РОК на фоне диффузного семейного полипоза чаще развивается:
В молодом возрасте
В пожилом возрасте Нередко развивается мультицентрически
Правильно 1) и 3)
Правильно 2) и 3)
#
19
Первично-множественный РОК (синхронный и метахронный) встречается
Очень часто (более 15%)
Нередко (4-10%)
Очень редко (менее 1%)
Никогда не встречается
Чаще 25 %
#
20

Осложнением РОК может быть все, кроме:
Перфорации опухоли
Периколита
Острой кишечной непроходимости
Кровотечения
Токсического панкреатита
#
21
Токсико-анемическая форма клинического течения РОК наиболее часто встречается при локализации опухоли:
В слепой и восходящей кишке
В поперечной ободочной кишке
В нисходящей ободочной кишке
В сигмовидной кишке
В печѐночном углу
#
22
Кишечная непроходимость как осложнение РОК чаще наблюдается при локализации опухоли:
В восходящем отделе
В поперечном отделе
В нисходящем отделе
Частота кишечной непроходимости не зависит от локализации опухоли
Зависит от возраста больного
#
23
Какие симптомы нехарактерны для рака слепой кишки:
Запоры
Боли в животе
Анемия
Непроходимость кишечника
Правильно 1) и 4)
#

24
Какие симптомы наиболее характерны для рака левой половины ободочной кишки: 1). Запоры 2). Примесь крови в каловых массах 3). Отрыжка, изжога 4). Слабость, похудание, потеря аппетита 5). Обтурационная кишечная непроходимость 6). Анемия Правильные ответы:
1,3,4
2,4,6
3,4,6
1,2,5
Все характерно в одинаковой степени
#
25
Больной 65 лет жалуется на тупую боль в правой подвздошной области, субфебрилитет. Болен два месяца, острого начала не было. В правой подвздошной области плотное образование до 6 см в диаметре, с нечеткими контурами, ограничено в подвижности, малоболезненное. При ирригрографии на латеральной стенке слепой кишки дефект наполнения с депо бария в центре. Ваш диагноз?
Полип слепой кишки
Аппендикулярный инфильтрат
Ворсинчатая опухоль слепой кишки
Рак слепой кишки
Киста забрюшинного пространства
Вариант II

1
Какие из перечисленных методов обследования используются для скрининга на рак ободочной кишки?
Колоноскопия
Гемокультттест
Ирригография
Рентгеноскопия желудка и кишечника
Реакция Абелева-Татаринова
#
2
Исследование больного, обратившегося в жалобами на нарушения со стороны кишечника, следует начинать с:
Ирригографии
Колонофиброскопии
Ректороманоскопии
Ректального пальцевого исследования
УЗИ брюшной полости
#
3
Какой из указанных способов диагностики наиболее информативен для распознавания РОК:
Лапароскопия
Селективная ангиография
Ректороманоскопия
Колоноскопия
Ирриография
#
4

Наиболее информативной методикой рентгенологического исследования толстой кишки в настоящее время считается:
Стандартная ирригоскопия
Метод двойного контрастирования толстой кишки
Прием бариевой взвеси через рот с последующим рентгеноконтролем за пассажем контраста по толстой кишке
Все методы обладают примерно одинаковой информативностью
Правильного ответа нет
#
5
Укажите характерный рентгенологический признак РОК:
Отсутствие или расстройство перистальтики на ограниченном участке кишки
Ригидность стенки на ограниченном участке
Нарушение эвакуаторной функции
Дефект наполнения или «плоская» «ниша» на контуре кишечной стенки
Усиленная перистальтика кишечника
#
6
После предварительно выполненной ирригоскопии к колонофиброскопии целесообразно прибегать в случае:
Если имеются признаки кишечного кровотечения, а источник кровотечения при ирригоскопии не выявлен
Для уточнения сомнительных данных, полученных при ирригоскопии
Для подтверждения процесса, выявленного при ирригоскопии
Для выявления синхронно протекающих патологических процессов
Всего перечисленного
#
7
Радикальным методом лечения РОК является:
Хирургический
Лучевой
Химиотерапевтический
Химиолучевой
Комбинированный

#
8
Выбор метода хирургического лечения РОК не зависит от:
Локализации опухоли
Наличия осложнения или их отсутствия
Общего состояния больного
Наличия метастазов
Гистологического строения
#
9
Радикальное лечение рака слепой кишки заключается:
В резекции купола кишки с опухолью
Резекции слепой кишки и части восходящего отдела
Клиновидном иссечении стенки кишки с опухолью
В правосторонней гемиколэктомии
Наложении обходного илеотрансверзоанастамоза
#
10
Какой тип кишечной непроходимости характерен для рака толстой кишки?
Обтурационная
Странгуляционная

Смешанная
Характерного типа нет.
Правильного ответа нет
#
11
При раке сигмовидной кишки производится радикальная операция:
Левосторонняя гемиколэктомия
Резекция сигмовидной кишки
Брюшно-анальная резекция с низведением сигмовидной кишки
Передняя резекция
Операция Липмана
#
12
Резекцию пораженной части кишки в качестве радикальной операции производят при раке: 1). Слепой кишки 2). Восходящей ободочной кишки 3). Печеночного угла 4). Поперечно-ободочной кишки 5). Нисходящей ободочной кишки 6). Сигмовидной кишки Правильные ответы:
1,3
2,4
3,5
4,6
1,6
#
13
У больного 56 лет признаки кишечной непроходимости в течении 3 суток. На операции обнаружена полностью обтурирующая просвет сигмовидной кишки опухоль. Ободочная и подвздошная кишки резко раздуты, переполнены содержимым. Дистальнее опухоли кишка в спавшемся состоянии. Видимых метастазов нет. Каков объем лечебной помощи? 1). Субтотальная колэктомия, энтеростомия 2). Операция Гартмана 3). Обструктивная резекция кишки с анастомозом конец в конец. 4). Трансанальное проведение зонда через опухоль выше анастомоза. 5). Обходной илеосигмоанастомоз «бок в бок». 6). Назоинтестинальная интубация Правильные ответы:

1,6
3,4
4,5
2,6
2,4
#
14
У больного на операции обнаружен рак сигмовидной кишки с одиночным метастазом в левую долю печени. Состояние больного удовлетворительное. Тактика хирурга:
Опухоль инкурабельна, наложить еюностому
Произвести резекцию сигмовидной кишки
Произвести резекцию сигмовидной кишки, клиновидную резекцию печени
Наложить трансверзостому
Провести левостороннюю гемиколэктомию
#

15
При правосторонней толстокишечной непроходимости при тяжелом состоянии и метастазах следует выполнить: 1). Правостороннюю гемиколэктомию 2). Наложение обходного илеотрансверзоанастомоза 3). Подвесную илеостому 4). Гемиколэктомию и резекцию метастазов печени 5). Назоинтестинальную интубацию 6). Резекцию кишки с опухолью Правильные ответы:
1,5
2,5
3,6
4,5
1,5,6
#
16
Какой химиопрепарат можно применить при неоперабельном раке ободочной кишки:
Сарколизин
Винкристин
5-фторурацил
Адриамицин
Метотрексат
#
17
Среди опухолей желудочно-кишечного тракта рак прямой кишки занимает:
I место
II-III место
III-IV место
Правильного ответа нет
V место
#
18
Опухоли прямой кишки чаще локализуются в:
Промежностном отделе
Ампулярном отделе
Ректосигмоидном отделе
Одинаково часто во всех отделах
Правильного ответа нет.
#
19

Наиболее информативным является пальцевое исследование ПК в позе больного: 1). На спине 2). На боку 3). В коленно-локтевом положении 4). На корточках 5). На гинекологическом кресле 6). На животе 7). Положение больного значения не имеет 8). Любое положение малоинформативно Правильные ответы:
1,2,8
2,3
6,7
3,4,5

1,2,5,7
#
20
При РПК пальцевое исследование прямой кишки позволяет:
Оценить размеры опухоли
Выявить степень ее фиксации
Выявить вовлечение в процесс окружающих тканей
Оценить проходимость прямой кишки
Все перечисленное
#
21
При пальцевом исследовании прямой кишки опухоль удается обнаружить у:
10-20% больных
20-40%
40-70%
70-100%
Правильного ответа нет
#
22
Лица каких возрастных групп должны подвергаться пальцевому исследованию прямой кишки в смотровых кабинетах:
Старше 20 лет
Старше 30 лет
Старше 45 лет
Старше 60 лет
Старше 80 лет
#
23
Метастазы в паховые лимфатические узлы встречаются при раке:
Анального отдела
Ампулярного отдела
Ректосигмоидного отдела
Всех отделов
Не встречаются
#
24
Рак прямой кишки чаще всего метастазирует в:
Кости Головной мозг
Поджелудочную железу
Печень
Легкие
#
25
Наиболее частой гистологической формой РПК является:
Аденокарцинома
Солидный рак
Слизистый рак
Плоскоклеточный рак
Недифференцированный ра



ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Ситуационные задачи

Задача 1

У больного, 56 лет, на операции по поводу острой кишечной непроходимости обнаружена опухоль сигмы с перфорацией. Отдаленных метастазов нет.

Задания

1. Какова тактика хирурга?

2. Какие методы комбинированного лечения показаны в данном случае?

Задача 2

На операции по поводу острой кишечной непроходимости обнаружена полная обтурация слепой кишки опухолью. Опухоль неподвижна. Состояние больного тяжелое.

Задания

1. Какова тактика хирурга?

2. Какие методы комбинированного лечения показаны в данном случае?

Задача 3

Больной, 62 лет, оперирован в плановом порядке по поводу опухоли слепой кишки. При ревизии выявлено, что опухоль размером 12 х 10 см плотная, неподвижная, прорастает париетальную брюшину. Отмечается множество метастазов в лимфатические узлы брыжейки и сальника.

Задания

1. Как необходимо закончить операцию?

2. Какова тактика хирурга?

3. Какие методы комбинированного лечения показаны в данном случае?

Задача 4

У больного, 70 лет, госпитализированного в хирургический стационар с признаками острой кишечной непроходимости возникло кровотечение из не операбельной опухоли прямой кишки.

Задания

1. Тактика ведения пациента?

2. Какова хирургическая тактика?

3. Какие методы комбинированного лечения показаны в данном случае?

Задача 5

Во время операции, предпринятой по поводу подозрения на острый аппендицит, при вскрытии брюшной полости обнаружено опухолевидное образование слепой кишки размером 10 х 12 см, бугристое, плотное. Слепая кишка не ограничена в подвижности, но просвет ее значительно сужен. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Червеобразный отросток не изменен.

Задания

1. Тактика ведения пациента?

2. Какова хирургическая тактика?

3. Какие методы комбинированного лечения показаны в данном случае?

Задача 6

В срочном порядке оперирована больная, 56 лет, по поводу острой кишечной непроходимости. Состояние больной средней тяжести. До операции подозревалась спаечная непроходимость кишечника, но ревизия брюшной полости показала, что непроходимость вызвана опухолью слепой кишки. Видимые метастазы не определяются. Опухоль размером 10 х 8 см, подвижна. Ниже места локализации опухоли кишечник находится в спавшемся состоянии, а тонкий кишечник резко растянут, переполнен кишечным содержимым и газами.

Задания

1. Какое оперативное лечение показано в данном случае?

3. Какие методы комбинированного лечения показаны в данном случае?

Задача 7

Больного, 55 лет, оперируют в экстренном порядке по поводу опухоли селезеночного угла толстой кишки, вызывающей картину острой кишечной непроходимости 6-часовой давности. После вскрытия брюшной полости обнаружено, что опухоль не прорастает в соседние органы, подвижна, видимых метастазов нет. Приводящая кишка забита каловыми массами. Общее состояние больного удовлетворительное.

Задания

1. Какое оперативное лечение показано в данном случае?

3. Какие методы комбинированного лечения показаны в данном случае?

Задача 8

Больной, 60 лет, поступил в стационар по поводу обтурационной кишечной непроходимости, вызванной опухолью сигмовидной кишки. Общее состояние больного средней тяжести. По ходу операции выяснилось, что приводящая кишка переполнена каловыми массами. Видимых метастазов нет. Опухоль подвижна, однако при осмотре обнаружен истонченный распадающийся участок, где вот-вот должна произойти перфорация.

Задания

1. Тактика ведения пациента?

2. Какова хирургическая тактика?

3. Какие методы комбинированного лечения показаны в данном случае?

Задача 9

Больной, 69 лет, оперирован в плановом порядке по поводу опухоли слепой кишки, вызвавшей частичную кишечную непроходимость. При ревизии выявлено, что опухоль размером 16 х 10 см, плотная, неподвижная, прорастает париетальную брюшину. Отмечается много метастазов в лимфатические узлы брыжейки и сальника.

Задания

1. Тактика ведения пациента?

2. Какова хирургическая тактика?

3. Какие методы комбинированного лечения показаны в данном случае?

Задача 10

У больной, 50 лет, предъявляющей жалобы на задержку стула, сменяющуюся поносами, примесь крови в кале, при ректороманоскопии обнаружена циркулярная опухоль прямой кишки на расстоянии 12 см от ануса, суживающая ее просвет. При гистологическом исследовании биопсийного материала обнаружена аденокарцинома.

Задания

1. Какими дополнительными исследованиями можно установить операбельность опухоли?

2. Какова хирургическая тактика?

Задача 11

В клинику поступил больной, 52 лет, которого последние 4 месяца беспокоят запоры и слизистогнойные выделения из прямой кишки. При ректороманоскопии выявлена злокачественная опухоль прямой кишки на расстоянии 4 см от анального отверстия.

Задания

1. Тактика ведения пациента?

2. Какова хирургическая тактика?

3. Какие методы комбинированного лечения показаны в данном случае?

Задача 12

У больной, 48 лет, с диагностированной опухолью прямой кишки, расположенной на расстоянии 14 см от анального отверстия, внезапно развилась картина полной кишечной непроходимости, которую не удалось ликвидировать консервативными мероприятиями.

Задания

1. Тактика ведения пациента?

2. Какова хирургическая тактика?

3. Какие методы комбинированного лечения показаны в данном случае?

Задача 13

Больной, 48 лет, 10 лет страдает геморроем с частыми кровотечениями. В последнее время кровь выделяется вместе с каловыми массами и после дефекации.

Задания

1. Каков предварительный диагноз?

2. Какова хирургическая тактика?

3. Какие методы комбинированного лечения показаны в данном случае?

Задача 14

На прием к хирургу обратился больной, 48 лет, с жалобами на периодические боли в прямой кишке, а также появление крови из прямой кишки во время дефекации. При пальцевом ректальном исследовании обнаружены, 2 спавшихся внутренних геморроидальных узла на 7 и 11 часах без признаков воспаления. Размеры узлов 6х4мм.

Задания

1. Каков предварительный диагноз?

2. Какова хирургическая тактика?

3. Какие методы комбинированного лечения показаны в данном случае?

Задача 15

Больной С., 46 лет, после акта дефекации отмечает неприятные ощущения, зуд, а области анального канала, кровотечение с выделением крови алого цвета несмешанного с калом. При объективном исследовании во время натуживания ниже линии Хилтона, в проекции «7 часов» определяется опухолевидное образование продолговатой формы с изъязвлениями в области верхушки и следами геморрагии.

Задания

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Приведите классификацию хронического геморроя согласно локализации патологического процесса
4. Составьте план дополнительного обследования пациента.
5. Назначьте консервативное лечение.

Задача 16

Больной Н., 62 лет, предъявляет жалобы на боли тянущего характера в области промежности, выделение из прямой кишки слизи. При пальцевом исследовании прямой кишки в ампулярном ее отделе обнаружено несколько образований диаметром от 0,5 до 3 см. с четко определяемой ножкой. Данные образования смещаются вместе со слизистой оболочкой кишки.

Задания

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Приведите классификацию этого заболевания.
3. Назначьте план дополнительных методов исследования
4. Определите хирургическую тактику в данном случае
5. Назовите методы оперативного лечения данной патологии

Задача 17

Больной К., 42 лет предъявляет жалобы на выделение крови в начале акта дефекации, периодически возникающие запоры сменяющиеся поносами. При исследовании per rectum на расстоянии 8 см от ануса на 6 часах определяется нижний край опухолевидного образования плотной консистенции, исследование умеренно болезненно, опухолевидное образование, занимает до 2/3 полуокружности прямой кишки.

Задания

1. Поставьте предварительный диагноз.
2 Назначьте план обследования пациента.

3. При каком расстоянии опухоли от анального канала, какие применяются операции?

4. Какое оперативное вмешательство показано в данном случае?

Задача 18

Больной С., 55 лет, предъявляет жалобы на боли постоянного характера в области заднего прохода, усиливающиеся перед актом дефекации, с выделением незначительного количества крови, гноя и слизи. Кал лентовидной формы. Болен в течение 1,5 лет, когда впервые появились боли при акте дефекации, по поводу которых больной никуда не обращался. При пальцевом исследовании прямой кишки на расстоянии 4см от сфинктера обнаружено образование до 5см в диаметре, бугристое, распространяющееся на 2/3 полуокружности ампулы.

Задания

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Перечислите, с какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

3. Назначьте план обследования больного.

4. Какова тактика лечения данного больного?

Задача 19

У больной 67 лет в течение 6 месяцев периодическая боль в правой подвздошной области, слабость, похудание. Прощупывается уплотнение. Анализ крови: эр. – 3,5, гемоглобин – 80%, СОЭ – 28 мм. В кале – скрытая кровь. При ирригоскопии в слепой кишке дефект наполнения 2х3 см с бугристыми контурами.

Задания

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Перечислите, с какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

3. Назначьте план обследования больного.

4. Какова тактика лечения данного больного?

Задача 20

Больной 55 лет жалуется на тупую боль в правой подвздошной области, субфебрилитет. Болен 2 месяца, острого начала не было. В подвздошной области плотное образование до 6 см в диаметре с нечеткими контурами. Ограниченное в подвижности, безболезненное. При ирригоскопии в слепой кишке дефект наполнения.

Задания

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Перечислите, с какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

3. Назначьте план обследования больного.

4. Какова тактика лечения данного больного?

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

ТЕМЫ ДОКЛАДОВ С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ:

1	Принципы диагностики злокачественных новообразований
2	Реабилитация онкологических больных. Виды и этапы.
3	Профилактика онкологических заболеваний. Виды.
4	Причины запущенных форм злокачественных новообразований
5	Методы и виды лечения в онкологии.
6	Принципы хирургического лечения злокачественных новообразований.
7	Лекарственная терапия рака толстой кишки.
8	Международная классификации злокачественных новообразований (TNM, стадия).
9	Дифференциальная диагностика злокачественных опухолей толстой кишки.
10	Эндоскопические методы диагностики в онкологии (характеристика, виды).
11	Диагностика рака ободочной кишки.
12	Анатомические формы рака ободочной кишки, значение их в клинике заболевания.
13	Предраковые заболевания толстой кишки. Тактика.
14	Полипы толстой кишки. Тактика.

15	Диагностика рака лёгкого.
16	Классификация рака лёгкого. Зависимость клиники от локализации опухоли.
17	Клинические формы рака лёгкого.
18	Диффузная мастопатия. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
19	Узловая мастопатия. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
20	Базальноклеточный рак кожи. Клиника, диагностика. Лечение.
21	Клиника рака прямой кишки. Диагностика.
22	Полипы ободочной кишки. Клиника, диагностика, лечение.
23	Предраковые заболевания ободочной кишки.
24	Меланома. Классификация, диагностика. Тактика при пигментных невусах.
25	Плоскоклеточный рак кожи. Клиника, диагностика. Лечение.
26	Доброкачественные новообразования кожи. Классификация, диагностика. Лечение.
27	Опухоли мягких тканей. Классификация. Клиника Диагностика.
28	Клиника и диагностика вторичных опухолей костей.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ:

1	Скрининг онкологических заболеваний толстой и прямой кишки.
2	Роль онкомаркёров в онкологии.
3	Предраковые заболевания толстой и прямой кишки. Облигатные, факультативные.
4	Место лучевой терапии в онкологии.
5	Паллиативное лечение в онкопроктологии.
6	Клинические формы рака толстой кишки – причины вариабельности.
7	Лучевые методы диагностики в онкопроктологии (УЗИ, рентгенологические исследования, РКТ, МРТ, ПЭТ, сцинтиграфия).
8	Морфологические методы диагностики в онкопроктологии (цитология, гистология, ИДО).
9	Симптоматическая терапия в онкопроктологии (виды).
10	Паранеопластические синдромы.
11	Психологические аспекты работы врача с онкологическим больным. Деонтология в онкологии.

12	Статистика злокачественных новообразований толстой прямой кишки.
13	Клиника рака левой половины ободочной кишки. Диагностика.

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	**Онкопроктология.**	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 ответ

Ситуационные задачи

Задача 8

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

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 подтверждения 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)

	Нет ответа - 0 баллов	***Минимальный ответ 2 баллов***	***Изложенный, раскрытый ответ 3 баллов***	***Законченный полный ответ 4 балла***	***Образцовый, примерный, достойный подражания ответ - 5 баллов***	***оценка***
Раскрытие проблемы	-	*Проблема не раскрыта. Отсутствуют выводы*	*Проблема раскрыта не полностью. Выводы не сделаны или выводы не обоснованы*	*Проблема раскрыта. Проведен анализ проблемы без привлечения дополнительной литературы. Не все выводы сделаны или обоснованы.*	*Проблема раскрыта полностью. Проведен анализ проблемы с привлечением дополнительной литературы. Выводы сделаны.*	
Представление	-	*Представляемая информация логически не связана.*	*Представляемая информация не систематизирована и не последовательна.*	*Представляемая информация систематизирована и последовательна.*	*Представляемая информация систематизирована, последовательна и логически связана.*	

Оформление	*-*	*Не соблюдены условия оформления реферата. Больше 4 ошибок в представляемой информации*	*3-4 ошибки в представляемой информации*	*Не более 2-х ошибок в представляемой информации*	*Отсутствуют ошибки в представленной информации*	
Ответы на вопросы	*-*	*Нет ответов на вопросы*	*Только ответы на элементарные вопросы*	*Ответы на вопросы полные или частично полные.*	*Ответы на вопросы полные с приведением примеров и 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, особенностей 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, 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 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, аусультация).	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 чѐтко 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

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,
Общие вопросы онкологии	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больных в отделениях, решение ситуационных задач Посещаемость: *за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 0,5 балла.*	15	25	12
	Рубежный контроль	доклад, реферат	5	10	
Модуль 1					
Колопроктология	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больных в отделениях, решение ситуационных задач Посещаемость: *за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 0,5 балла.*	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**	

семестра)

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

ПРИЛОЖЕНИЕ 7.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 8

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

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 подтверждения 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

ПРИЛОЖЕНИЕ 8.

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:
И в а н о в А.К.

Проверил(а): Пе тро в 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 переменой 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, узловая 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 под- челюстных, 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, нижненаружный, 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, окружность; 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, ассиметрия, 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, ассиметрия, 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, инфильтртивная), локализация, высота от анального отверстия до нижнего полюса опухоли; консистенция (плотная, бугристая, эластичная); подвижность (значительная, ограниченная, отсутствует); болезненность (незначительная, умеренная, значительная, отсутствует); размеры

(занимает $^1/_4$, $^1/_3$, $^1/_2$, $^2/_3$ 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: сцинтиграфия костей (остеосцинтиграфия), 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 указание 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, внутриполостная, 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.