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

«УТВЕРЖДАЮ»
Зав. ОПМО
Насырова-Богубаева А.А.
5 сентября 2025 г.

Онкология

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Онкологии и лучевой терапии**

Учебный план
Специальность 31.08.67 Хирургия

Квалификация **врач-хирург**

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **2 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 72
в том числе:
аудиторные занятия 48
самостоятельная работа 24

Виды контроля в семестрах:
зачеты 1

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	1 (1.1)		Итого	
Недель	22			
Вид занятий	УП	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*_____;*д.м.н., профессор, Макимбетов Эмиль Кожошевич*_____;*к.м.н., Завуч кафедры, Туманбаев Арстанбек Муктарбекович*_____;*Старший преподаватель, Тарасов Владимир Сергеевич*_____

Рецензент(ы):

_____

Подпись заверяю
УК ГОУВПО КРСУ
ИНН 01512199310054

Зав. кафедрой госпитальной хирургии КРСУ д.м.н. профессор Бебезов Б. Х.

Подпись заверяю
УК ГОУВПО КРСУ
ИНН 01512199310054

Зав. кафедрой онкологии КГМА к.м.н., доцент Салков У. К.

Рабочая программа дисциплины

Онкология

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.67 ХИРУРГИЯ (уровень подготовки кадров высшей квалификации). (приказ Минобрнауки России от 26.08.2014г. №1110)

составлена на основании учебного плана:

Специальность 31.08.67 Хирургия

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_____

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	Анестезиология и реаниматология
2.1.2	Медицина чрезвычайных ситуаций
2.1.3	Онкология
2.1.4	Хирургия
2.2	**Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:**
2.2.1	Онкология
2.2.2	Анестезиология и реаниматология
2.2.3	Детская хирургия
2.2.4	Клиническая фармакология
2.2.5	Оперативная хирургия и топографическая анатомия
2.2.6	Трансфузиология

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	Соврменные теории канцерогенеза;
Уровень 2	Принципы организации специализированной онкологической помощи населению;
Уровень 3	Принципы диагностики, комбинированного и комплексного лечения злокачественных опухолей.
Уметь:	
Уровень 1	собрать анамнез, проанализировать характер жалоб при онкологических заболеваниях (нарушений функций органа, болевого синдрома, патологических выделений, изменений общего состояния и т. д.);
Уровень 2	заполнить учетную документации на онкологического больного;
Уровень 3	составить план клинического, инструментального обследования и лечения онкологического больного.
Владеть:	
Уровень 1	Навыками постановки диагноза злокачественных новообразований;
Уровень 2	Техникой пункционного исследования при опухолях внутренней и визуальной локализации;
Уровень 3	Техникой выполнения лечебных манипуляций в онкологии.

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	**Знать:**
3.1.1	Основы законодательство о здравоохранении, директивные документы, регламентирующие деятельность органов и учреждений здравоохранения;
3.1.2	Принципы организации специализированной онкологической помощи населению (поликлинической, стационарной);
3.1.3	Принципы организации работы смотровых онкологических кабинетов;
3.1.4	Анатомо-физиологические, возрастные и половые особенности здорового и больного человека, функциональных систем организма и уровень их регуляции;
3.1.5	Современные теории канцерогенеза;
3.1.6	Современные классификации, клиническую симптоматику, онкологических заболеваний, их диагностику, лечение, профилактику, реабилитационные мероприятия;

3.1.7	Принципы медикаментозного лечения, фармакокинетику и фармакодинамику основных групп лекарственных средств, применяемых в лечении злокачественных новообразований;
3.1.8	Принципы комбинированого и комплексного лечения злокачественных опухолей;
3.1.9	Принципы и порядок диспансерного наблюдение больных с злокачественными новообразованиями;
3.1.10	Формы и методы санитарно-просветительной работы.
3.2	**Уметь:**
3.2.1	собрать анамнез, проанализировать характер жалоб при онкологических заболеваниях (нарушений функций органа, болевого синдрома, патологических выделений, изменений общего состояния и т. д.);
3.2.2	провести физикальное обследование онкологического больного и описать локальный статус первичного очага и зон метастазирования;
3.2.3	составить план клинического, лабораторного и инструментального обследования больного с подозрением на злокачественную опухоль;
3.2.4	интерпретировать и анализировать данные лабораторных и инструментальных методов применительно к злокачественным опухолям различных органов;
3.2.5	сформулировать диагноз злокачественного новообразования с оценкой стадии и клинической группы;
3.2.6	провести дифференциальную диагностику доброкачественных и злокачественных заболеваний.
3.3	**Владеть:**
3.3.1	Методами ранней диагностики онкологических заболеваний;
3.3.2	Методами проведения различных лечебных манипуляций в онкологии;
3.3.3	Паллиативной помощи инкурабельным больным;
3.3.4	Исследованиями, направленными на улучшение ранней диагностики и результатов лечения рака;
3.3.5	Методами операционной диагностики основными принципами постановки онкологического диагноза в соответствии классификации.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетен-ции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1. Общие вопросы онкологии						
1.1	Эпидемиология, этиопатогенез,общие принципы диагностики и лечения злокачественных опухолей /Лек/	1	4	ПК-5	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2	0	
1.2	Общие принципы диагностики и синдромы, симптомы при злокачественных опухолях. /Пр/	1	4	ПК-5	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2	0	
1.3	Диспансеризация больных с злокачественными опухолями. /Пр/	1	4	ПК-5	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2	0	
1.4	Роль лучевой и химиотерапии в лечении злокачественных опухолей. /Пр/	1	4	ПК-5	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2	0	
1.5	Эпидемиология, этиопатогенез,общие принципы диагностики и лечения злокачественных опухолей /Ср/	1	4	ПК-5	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.6	Роль лучевой и химиотерапии в лечении злокачественных опухолей. /Ср/	1	4	ПК-5	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э4	0	
	Раздел 2. Частные вопросы онкологии						
2.1	Рак легких. Клиника, диагностика, лечение. /Лек/	1	2	ПК-5	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2	0	
2.2	Доброкачественные и злокачественные новообразования желудка. Клиника, диагностика, лечение. /Лек/	1	2	ПК-5	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2	0	
2.3	Рак легких. Клиника, диагностика, лечение. /Пр/	1	6	ПК-5	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2	0	

2.4	Доброкачественные опухоли желудочно-кишечного тракта. Принципы диагностики и лечения. /Пр/	1	5	ПК-5	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2	0	
2.5	Злокачественные новообразования печени принципы диагностики и лечения. /Пр/	1	4	ПК-5	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2	0	
2.6	Злокачественные новообразования желудочног-кишечного тракта, принципы диагностики и лечения. /Пр/	1	5	ПК-5	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2	0	
2.7	Опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны. /Пр/	1	4	ПК-5	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2	0	
2.8	Саркомы костей и мягких тканей. /Пр/	1	4	ПК-5	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2	0	
2.9	Рак легких. Клиника, диагностика, лечение. /Ср/	1	4	ПК-5	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э2 Э3 Э4	0	
2.10	Доброкачественные и злокачественные новообразования желудочно-кишечного тракта. Клиника, диагностика, лечение. /Ср/	1	3	ПК-5	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э4	0	
2.11	Опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны. /Ср/	1	3	ПК-5	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2	0	
2.12	Саркомы костей и мягких тканей. /Ср/	1	3	ПК-5	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э2 Э3	0	
2.13	Рак печени. /Ср/	1	3	ПК-5	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э4	0	
2.14	/Зачёт/	1	0		Л2.2	0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ:
1. Современные тенденции заболеваемости злокачественными опухолями.
2. Эпидемиология и факторы риска рака наиболее частых локализаций (рака желудка, рака легких, рака молочной железы, рака шейки матки, колоректального рака, злокачественных опухолей кожи).
3. Эпидемиологические особенности распространенности различных форм злокачественных опухолей в Кыргызстане и Российской федерации.
4. Современные методы ранней диагностики рака различной локализации.
5. Диспансеризация групп риска пациентов с предопухолевой патологией легких, органов пищеварения, молочной железы, шейки матки, покровных тканей.
6. Профилактика злокачественных новообразований частых локализаций.
7. Современные методы комбинированного и комплексного лечения рака наиболее частых локализаций.
8. Рак легкого, диагностика и современные методы комбинированного и комплексного лечения.
9. Таргетная терапия при злокачественных опухолях легких.
10. Рак желудка диагностика и современные методы комбинированного и комплексного лечения.
11. Проблемы ранней диагностики и перспективы лечения рака желудка.
12. Рак молочной железы: проблемы ранней диагностики, комбинированное и комплексное лечение, роль иммуногистохимического исследования в диагностики рака молочной железы.
12. Рак шейки матки: ранняя диагностика, диспансеризация групп риска.
13. Рак шейки матки: комбинированное и комплексное лечение, лечение осложненных форм.
14. Предраковые заболевания кожи: диагностика, диспансеризация, лечение.
15. Рак кожи: диагностика, комбинированное и комплексное лечение
16. Меланомы кожи, факторы риска, диагностика, иммунотерапия, комбинированное и комплексное лечение.
17. Колоректальный рак: ранняя диагностика, диспансеризация, комбинорованное и комплексное лечение.
18. Симптоматическая терапия запущенных форм рака желудка.
19. Симптоматическая терапия запущенных форм рака рака легких.

20. Симптоматическая терапия запущенных форм рака молочной железы.
21. Симптоматическая терапия запущенных форм рака шейки матки.
22. Симптоматическая терапия запущенных форм колоректального рака.

Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ:
1. Заполнить учетную документацию на онкологического больного:
- извещение о впервые выявленном больном;
- контрольную карту диспансерного наблюдения;
- выписку из истории болезни онкопульмонологического больного;
- протокол на запущенный случай злокачественного новообразования;
2. Интерпретировать результаты цитологических и гистологических исследований при онкологических заболеваниях; оценивать данные дополнительных, лабораторных и инструментальных исследований;
3. Определить симптомы при раке различной локализации;
4. Провести дифференциальную диагностику между раком и общехирургической патологии;
5. Сформулировать диагноз злокачественного новообразования с оценкой стадии по классификации TNM, клинической группы;
6. Определить план обследования и лечения у больных с раком различной локализации;
7. Провести наблюдение за больным раком органов брюшной и грудной полости с контролем показателей крови и оказать лечебную помощь при осложнениях в процессе химиотерапии;
8. Анализировать полученные результаты обследования пациента с назначением адекватной тактики лечения и дальнейшего наблюдения;
9. Провести этапное лечение болевого синдрома у инкурабельного больного раком различной локализации.

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 плевральной полости и лимфатического узла при подозрении на злокачественный процесс;
3. По раздаточному материалу продемонстрировать владение методикой проведения диагностической пункции, взятие мазков-отпечатков, соскобов при опухолях легкого;
4. По раздаточному материалу продемонстрировать владение техникой бронхоскопии;
5. По раздаточному материалу продемонстрировать владение техникой оперативных вмешательств – биопсии опухолей;
6. Продемонстрировать практические навыки проведения ассистенции при проведении типовых оперативных вмешательств при опухолях грудной и брюшной полости.

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 КРСУ 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

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.3	Трапезников Н.Н., Шайн А.А.	Онкология: Учебник для студентов мед. вузов	М.: Медицина 1992

6.1.3. Методические разработки

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л3.1	Тюляндин С.А., Моисеенко В.М.	Практическая онкология: Избранные лекции	СПб.: Центр ТОММ 2004
Л3.2	Жумабаев А.Р., Джемуратов М.А., Самиева Н.М., Хезер Данн, Макимбетов Э.К., Толгонов Р.Т.	Паллиативная помощь в онкологии - новое направление общественного здравоохранения	

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1	ОНКОХИРУРГИЯ	http://oncosurgery.oncology.ru/archive/2010/04/index.p
Э2	ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РАКА И ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА	C:/Users/User/Downloads/opyt-hirurgicheskogo-i-
Э3	РАЗВИТИЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОНКОХИРУРГИИ	http://practical-oncology.ru/assets/articles/
Э4	Диагностическая и лечебная интервенционная радиология в онкологии	/Users/User/Downloads/Диагностическая%20и%

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.
6.3.1.3	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 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 (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 ординаторов 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 злокаче-ственных опухолей ЖКТ, а именно билиопанкреатодуоденальной зоны,куда входят еще и опухоли большого дуоденального сосочка и внепече-ночных желчных протоков (Арсангиреева Г.Ж., 1992; Грачева Н.А.,2006;) ...
5. Недопустимо просто скомпоновать 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 соответствие 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 написане истории болезни (Схема написания истории болезни ПРИЛОЖЕНИЕ 9)

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

ТЕСТЫ

Вариант I #
1
Укажите мероприятия, относящиеся к вторичной профилактике злокачественных новообразований:
санитарно-просветительная работа,
лечение предраковых заболеваний
борьба с курением
пропаганда правильного образа жизни
#
2
Синдром Савицкого является ранним симптомокомплексом:
костных сарком
рака молочной железы
рака ободочной кишки
рака желудка
#
3
Укажите наиболее ранние синдромы злокачественных опухолей полых органов:
синдром патологических выделений, синдром "плюс ткани"
синдром обструкции
синдром деструкции
синдром сдавления окружающих тканей и органов
#
4
Наиболее распространённое первичное ЗН в мире:
рак прямой кишки
рак лёгкого
рак печени
рак желудка
#
5
Колоректальный рак в развитых странах:
первое по распространённости ЗН
второе по распространённости ЗН
третье по распространённости ЗН
#
6
Наиболее распространённое ЗН у женщин в мировой популяции:
рак тела матки
рак молочной железы
рак шейки матки
рак яичников
#
7
Заболеваемость раком молочной железы максимальна:
в Северной Америке
в Восточной Европе;
в Азии.
В Австралии
#
8
В развитых странах рак шейки матки:
встречают часто

относительно редкое заболевание
встречают с той же частотой, что и в других социумах
практически не встречается
#
9
Рак желудка среди онкологических причин смерти занимает в мире:
первое место
второе место
пятое место.
третье место
#
10
При ранних формах центрального рака лёгкого (carcinoma in situ) проводят:
сегментэкомию
лобэктомию
фотодинамическую терапию
пульмонэктомию
#
11
Укажите заболевания, не относящиеся к облигатным предраковым заболеваниям:
Синдром Гарднера
Синдром Пейтц-Егерса
Аденоматозный полип желудка
Синдром Пламера-Вильсона
#
11
Злокачественные клетки в мокроте обнаруживают:
у 40% больных центральным раком лёгкого
у 90% больных центральным раком лёгкого
у 70% больных центральным раком лёгкого
у 50% больных центральным раком лёгкого
#
12
При рентгенологическом исследовании диагностировать опухоль лёгкого можно:
у 80% больных
у 100% больных
у 50% больных
у 20% больных
#
13
Паранеопластические синдромы, обусловленные гиперпродукцией гормонов характерны:
для железистого рака
для мелкоклеточного рака
для крупноклеточного рака
для плоскоклеточного рака
#
14
Семейный рак молочной железы составляет:
около 33%
около 23%
около 13%.
около 50 %
#
15
Пик заболеваемости раком молочной железы приходится:
на 35–40 лет
на 60–65 лет
на 65–70 лет.
на 75-80 лет

#
16
Иммуногистохимическим методом определяют: степень злокачественности опухоли
показания к тому или иному методу лечения
дополнительные биологические факторы прогноза
показания к лучевому лечению
#
17
Органосохраняющие операции дополняют:
неоадъювантной терапией
адъювантной химиотерапией
лучевой терапией
иммунотерапией
#
18
В основе всех методов гормонотерапии рака молочной железы лежит попытка воспрепятствовать:
воздействию прогестерона на опухолевые клетки
воздействию андрогенов на опухолевые клетки
воздействию эстрогенов на злокачественные клетки
Воздействию глюкокортикостероидов на опухолевые клетки
#
19
Основной метод лечения меланомы кожи:
хирургическое лечение
лучевая терапия
иммунотерапия
вакцинотерапия
#
20
Дифференциальный диагноз периферического рака легкого необходимо проводить:
С опухолями плевры
С опухолями диафрагмы
С опухолями грудной клетки
Все ответы верны
#
21
Распознать рак легкого в I-II стадии заболевания, развившегося в зоне активных туберкулезных изменений
удается по наличию лучистых контуров тени ракового узла
удается по наличию метастазов в регионарных лимфатических узлах
удается по обнаружению раковой каверны
по рентгенологическим признакам локального поражения не удается
#
22
Рак легкого чаще наблюдается у больных, страдающих
диабетом
язвенной болезнью желудка и кишечника
хроническим неспецифическим заболеванием легких и туберкулезом
бронхиальной астмой
#
23
Для дифференциации туберкулемы от периферического рака перечисленные ниже изменения на рентгенограмме не имеют диагностической ценности, кроме
кальцинатов и плотных очагов
фиброза
полиморфных очагов и воспалительно измененного легочного рисунка
все ответы правильные
#
24

Какой метод наиболее надежен для исключения малигнизации язвы желудка?
Ренгенологический
Эндоскопический с биопсией
Исследование кала на скрытую кровь
Исследование желудочного сока с гистамином
#
25
Рак желудка чаще метастазирует в ?
Легкие
Печень
Надключичные лимфатические узлы
Кости
Вариант II #
1
Толстокишечная непроходимость чаще всего бывает обусловлена?
Каловыми камнями Раком
Паховой грыжей
#
2
Метод диагностики меланомы кожи отличается наибольшей специфичностью:
термометрическая и термографическая диагностика
радиофосфорная диагностика
цитологическая диагностика
рентгенологическая диагностика
эхография
#
3
Показания к выполнению биопсии меланомы кожи:
при невозможности верифицировать диагноз, используя весь комплекс диагностических мероприятий
при небольших линейных размерах опухоли (10–15 мм)
при сомнении в клиническом диагнозе, а после широкого иссечения опухоли можно ожидать косметические дефекты
если планируется калечащая операция и одномоментная профилактическая регионарная лимфодиссекция;
правильно всё
#
4
Местными рецидивами при меланоме кожи являются:
все повторно возникающие опухоли, локализующиеся в послеоперационном рубце или в кожном лоскуте, а также в коже или подкожной клетчатке на расстоянии до 5 см от рубца или лоскута
все повторно возникающие опухоли, локализующиеся в послеоперационном рубце или в кожном лоскуте, а также в коже или подкожной клетчатке на расстоянии до 4 см от рубца или лоскута
все повторно возникающие опухоли, локализующиеся в послеоперационном рубце или в кожном лоскуте, а также в коже или подкожной клетчатке на расстоянии до 3 см от рубца или лоскута
все повторно возникающие опухоли, локализующиеся в послеоперационном рубце или в кожном лоскуте, а также в коже или подкожной клетчатке на расстоянии до 2 см от рубца или лоскута
#
5
На фоне меланоза Дюбрея практически всегда возникает:
базальноклеточный рак
плоскоклеточный рак
меланома кожи
саркома
#
6
Больной 46 лет, обратился с жалобами на появление изъязвления в области послеоперационного рубца после аппендэктомии, выполненной 6 лет назад. При осмотре первичный очаг имеет вид язвы с утолщёнными,

подрытыми краями, с наличием гнойного отделяемого с характерным запахом. Предварительный диагноз:
плоскоклеточный рак, необходимо цитологическое исследование мазка-отпечатка
меланома кожи
изъязвлённая форма базальноклеточного рака, необходимо широкое иссечение
свищ в области послеоперационного рубца, необходимо выполнение фистулографии.
#
7
Кожный рог озлокачествляется в:
40%
16–18%
10–12%
20-25 %
#
8
К факультативному предраку относят:
псориаз
глубокие микозы кожи
красный плоский лишай
атеромы
верно б и в
верно все ответы
#
9
Рентгенологические признаки нарушения бронхиальной проходимости и осложнения, связанные с ней, возникают наиболее рано при преимущественно:
Эндобронхиальном типе роста опухоли
Экзобронхиальном типе роста опухоли
Разветвленном перибронхиальном типе роста опухоли
Сроки возникновения рентгенологических признаков нарушения бронхиальной проходимости не зависят от анатомического типа роста опухоли
Верно 1) и 4)
#
10
Очертания тени первичной опухоли на рентгенограммах при раке легкого могут быть:
Четкими
Нечеткими в виде «лучистого венчика», «спикул», «щеточки».
Слегка волнистыми
Все ответы верные
Нет верного ответа
#
11
Лечение плоскоклеточного рака состоит в:
широком хирургическом иссечении опухоли в комбинации с сочетанной лучевой и химиотерапией
широком хирургическом иссечении опухоли в комбинации с химиотерапией
широком хирургическом иссечении опухоли в комбинации с лучевой терапией
широком хирургическом иссечении опухоли в комбинации с иммунотерапией
#
12
Рентгенологическое исследование в условиях диагностического пневмоторакса может применяться с целью дифференциальной диагностики между опухолью легкого и:
Опухолью грудной стенки
Опухолью средостения
Опухолью диафрагмы
Ограниченной релаксацией диафрагмы
Всем перечисленным и новообразованиями
#
13

При раке легкого рентгеновская компьютерная томография позволяет:
Определить размеры опухоли
Точно локализовать опухоль
Определить отношение к грудной стенке, позвоночнику и средостению
Получить информацию о размерах лимфатических узлов средостения и корней легких
Все ответы верные
#
14
К прелраку шейки матки относится:
эндоцервикоз
эндометриоз
эктропион
дисплазии
карцинома in situ
#
15
Основным путем метастазирования рака толстого кишечника является: лимфогенный гематогенный имплантационный все перечисленные варианты метастазирования встречаются примерно с одинаковой частотой
#
16
Укажите основной рентгенологический признак рака ободочной кишки:
отсутствие или расстройство перистальтики на ограниченном участке кишки
ригидность кишечной стенки на определенном участке
нарушение эвакуаторной функции
дефект наполнения или плоская “ ниша” на контуре кишечной стенки
#
17
Для уточненной диганостики предрака шейки матки целесообразно проводить:
осмотр в зеркалах
кольпоскопию
цитологическое исследование
гистологическое исследование
все перечисленное
#
18
Для лечения предрака шейки матки целесообразно использовать:
диатермокоагуляцию
криодестркуцию
конизацию шейки матки
правильные ответы 2 и 3
правильные ответы 1 и 2.
#
19
Под онкологической настороженностью врача понимают:
подозрение на наличие рака;
тщательный сбор анамнеза;
использование общих и специальных методов исследования;
анализ и синтез полученных данных;
все вышеперечисленное.
#
20
Рак шейки матки чаще всего возникает:
у внутреннего зева
у границы плоского и цилиндрического эпителиев
на влагалищной порции шейки матки
в железах шейки матки

правильные ответы 1 и 4.
#
21
Распространение РШМ происходит чаще:
лимфогенным путем
гематогенным путем имплантационным путем
все верно
#
22
HPV-16 И HPV-18 вызывает преимущественно рак :
рак шейки
рак влагалища
рак вульвы
рак матки
#
23
У женщины 39 лет выявлен интраэпителильный рак шейки матки и беременность 8 недель. Тактика предусматривает:
наблюдение
выскабливание матки + конизацию шейки матки через 1-1,5 мес.
экстирпацию матки с придатками
выскабливание матки + операцию - экстирпацию матки с придатками.
#
24
У больной 50 лет выявлен интраэпителиальный рак шейки матки. Ей наиболее целесообразно применить:
Конизацию шейки матки
Криодеструкцию
Экстирпацию матки с придатками
Расширенную экстирпацию матки с придатками
#
25
Скрининговые исследования на выявление рака наиболее рационально следует начинать с возрастной группы:
15-24 лет
25-34 лет
35-44 лет
45-54 лет

ПРИЛОЖЕНИЕ 2.

Задача 1

Больной Р., 46 лет, обратился к врачу с жалобами на общую слабость, недомогание, снижение работоспособности, ухудшение аппетита, похудание, упорный кашель с небольшим количеством мокроты. Похудел на 6 кг за 3 мес. Курит в течение 30 лет. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура 36,9. Кожа чистая, бледная. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Лимфатические узлы над-, подключичные и подмышечные увеличены до 1 см, плотные, безболезненные, спаяны с окружающими тканями. Дыхание ослабленное, единичные влажные хрипы, перкуторно справа определяется притупление звука в 3-м межреберье по среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 84 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе.

Задача 2

У пациентки по поводу рака молочной железы проведена радикальная мастэктомия. В послеоперационном периоде предложено провести 6 курсов химиотерапии. Пациентка расстроена, так как проведенный предоперационный курс химиотерапии перенесла плохо: выпадали волосы, во время химиотерапии отмечала слабость, тошноту, рвоту. В анализе крови отмечалось снижение
лейкоцитов до 3х109. В разговоре с врачом высказывает сомнение в необходимости проведения химиотерапии.

Задания

1. Составьте краткую беседу с пациенткой и ее родственниками об элементах ухода, самоухода,

диеты, реабилитации.

2. Правильно ли была тактика предшествующего лечения?

3. Определите дальнейшую тактику ведения пациентки.

Задача 3

Больной 46 лет предъявляет жалобы на изжогу, чувство тяжести в желудке, отрыжку после еды, периодическую тошноту и рвоту съеденной пищей. Данные обследования: • ЭГДС: в пилорическом отделе желудка имеется язва, суживающая просвет привратника

Вопросы

1. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?

2. Что необходимо выполнить для уточнения морфологического диагноза до начала лечения?

3. Какое стандартное рентгеновское исследование необходимо выполнить для уточнения степени распространённости процесса в органе?

4. Какой основной метод лечения указанной патологии?

5. Какая операция будет считаться минимально допустимой при выборе хирургической тактики лечения?

Задача 4

Пациентка 74 лет поступила в стационар с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота, общую слабость. Из анамнеза известно: постменопауза 22 года. В течение 20 лет у гинеколога не наблюдалась. За последний год отмечает снижение веса на 15 кг, периодически беспокоящую вялость, слабость, снижение аппетита. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании с обеих сторон от матки определяются образования неправильной формы, плотной консистенции, неподвижные, с бугристой поверхностью.

Вопросы

1. Какие дополнительные инструментальные исследования следует назначить пациентке?

2. Предположительный диагноз?

3. Определение каких опухолевых маркеров поможет в диагностике?

4. Хирургическая тактика?

5. Между какими заболеваниями стоит провести дифференциальную диагностику

Задача 5

Больной 32-х лет, хирургом ЦРБ выполнена секторальная резекция правой молочной железы по поводу «фиброаденомы молочной железы». Через 10 дней после операции получен результат гистологического исследования: инвазивный протоковый рак молочной железы, диаметр опухоли 1,2 см. Пациентка направлена на консультацию в онкодиспансер. При осмотре: состояние удовлетворительное. В легких без патологии. ЧСС - 76 ударов в минуту, АД 130/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Местно: молочные железы мягкие, в верхненаружном квадранте правой молочной железы послеоперационный рубец - без
особенностей. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

Задания

1. Назовите правильный диагноз.

2. В чем заключается тактическая ошибка метода лечения.

3. Определите лечебную тактику.

4. Назовите методы предотвращения рецидива заболевания.

Задача 6

Больная 45 лет поступила с жалобами на наличие опухоли на коже спины, возникшей на месте пигментного невуса после травмы. 3 месяца назад образование стало бурно расти, кровоточить. При осмотре: на коже спины, медиальнее левой лопатки имеется экзофитная опухоль синюшно-красного цвета с кровоточащим изъязвлением в центре, размеры 1,5х1,5х0,5 см. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

Задания

1. Назовите предположительный диагноз.

2. Проведите дифференциальную диагностику.

3. Составьте план дополнительного обследования для верификации диагноза.

4. Определите лечебную тактику.

Задача 7

Больной 50 лет предъявляет жалобы на снижение аппетита, похудание, изжогу, дисфагию. Данные обследования:
• Рентгенография лёгких: патологии не обнаружено.
• ЭГДС: на фоне атрофического гастрита имеется язвенный дефект с подрытыми краями, расположенный в области кардии желудка размером до 5,0 см с переходом на пищевод.

Вопросы

1. Каков предположительный диагноз?

2. Что необходимо выполнить для уточнения морфологического диагноза до начала лечения?

3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить?

4. Какой основной метод лечения указанной патологии?

5. Какая операция будет считаться минимально допустимой при выборе хирургической тактики

лечения?

Задача 8

Больной 76 лет, в течение последнего года постепенно нарастали симптомы дисфагии, появились осиплость голоса, одышка. При осмотре: больной истощён, тургор снижен. Кожные покровы бледные, сухие, язык сухой, обложен белым налётом. Пульс ритмичный, частота сердечных сокращений 90 в минуту, артериальное давление 110/60 мм рт.ст. Живот мягкий и безболезненный. При рентгенологическом и эндоскопическом исследованиях определяют полный стеноз в области абдоминального сегмента пищевода. При гистологическом исследовании биоптата выставлен диагноз низкодифференцированная аденокарцинома.

Вопросы

1. Какие исследования следует провести данному больному?

2. Предположительный диагноз

3. Какая симптоматическая операция показана больному в случае обнаружения отдаленных

метастазов?

4. Каков прогноз?

5. Между какими заболеваниями стоит провести дифференциальную диагностику?

Задача 9

Пациентка 39 лет обратилась к гинекологу с жалобами на кровяные выделения из половых путей, возникающие после полового акта. Из анамнеза 10 лет назад больная наблюдалась у гинеколога по поводу эрозии шейки матки, ассоциированной с папилломавирусной инфекцией (16 тип). От предложенного лечения пациентка отказалась. При осмотре в зеркалах: шейка матки цилиндрическая, наружный зев щелевидный. На задней губе определяется контактно кровоточащее, кратерообразное углубление 0,5 х 0,7 см с неровными краями.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?

2. Что необходимо выполнить для уточнения морфологического диагноза до начала лечения?

3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить?

4. Какое комбинированное лечение показано пациентке?

5. Какая гистологическая форма рака шейки матки наиболее чувствительна к лучевой терапии?

Задача 10

Больная 53 года. Жалобы на увеличение в размерах левой молочной железы, покраснение кожи. Объективно: молочная железа увеличена в объеме, уплотнена, кожа над ней гиперемирована, имеет вид лимонной корки. По результатам дообследования (рентгенологическое исследование легких, УЗИ малого таза и брюшной полости): признаков отдаленных метастазов нет.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?

2. Что необходимо выполнить для уточнения морфологического диагноза до начала лечения?

3. С какого метода лечения необходимо начать лечение и для чего?

4. Каковы основные принципы предлучевой подготовки больной?

5. Дальнейшая тактика лечения?

Задача 11

Мужчина 48 лет. Жалобы: боль в правом плечевом суставе, слабость, кашель. Анамнез: впервые боль в правом плечевом суставе возникла 3 месяца назад после физической нагрузки, занимался самолечением, боль становилась интенсивнее, появился кашель, стала нарастать слабость. Обследован в поликлинике по месту жительства, выявлена патология в легком. Объективно: состояние удовлетворительное, резко ограничен объем движений в правом плечевом суставе, при пальпации выражена болезненность. Симптом Горнера (птоз, миоз, энофтальм). Аускультативно: в верхнем отделе правого легкого ослабленное дыхание. Рентгенологическая картина: в верхушечном сегменте верхней доли правого легкого узловое образование 4см в диаметре, неоднородной структуры, тесно прилежащее к грудной стенке, с деструкцией заднего отрезка II ребра на протяжении 3см, апикальная плевра неравномерно утолщена, углы образованные с ней острые, нижняя граница выпуклостью направлена вниз, поверхность мелкобугристая с лучистыми контурами. Увеличенных лимфатических узлов в корневой зоне и средостении не определяется.

Задания

1. Назовите дополнительные методы обследования.

2. Предположительный диагноз.

3. Назовите возможные варианты лечения.

4. Проведите дифференциальную диагностику.

Задача 12

Мужчина 56 лет. Жалобы на кашель, периодическое кровохарканье, слабость, похудание, боль в левой половине грудной клетки. Анамнез: в течение 1,5 месяцев беспокоит надсадный, постепенно усиливающийся кашель, в последние дни присоединилось кровохарканье. Похудел на 5 кг. Появилась одышка при физической нагрузке. Объективно: состояние удовлетворительное, АД 130/85 мм рт ст, пульс 86 уд/мин, ЧД 24. Аускультативно слева в верхнем отделе ослабленное везикулярное дыхание. При рентгенологическом исследовании верхняя доля левого легкого уменьшена в объеме,

неоднородно уплотнена, легочный рисунок сгущен. Верхнедолевой бронх конически сужен, стенки его неровные. Междолевая плевра смещена кверху. В корневой зоне и под дугой аорты увеличенные лимфатические узлы.

Задания

1. Назовите дополнительные методы обследования.

2. Предположительный диагноз.

3. Назовите возможные варианты лечения.

4. Проведите дифференциальную диагностику.

Задача 13

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

Задача 15

Больной обратился с жалобами на появления темной родинки на плече, периодически кровоточащей. Болевых ощущений нет.

Задания

1. Назовите алгоритм обследования.

2. Предположительный диагноз.

3. Определите лечебную тактику.

4. Назовите возможные варианты лечения.

5. Проведите дифференциальную диагностику.

Задача 16

Больной 65 лет предъявляет жалобы на приступообразные боли в животе, вздутие живота, задержку стула, чередующуюся с поносом. Положительная реакция на «скрытую кровь».

Задания

1. Назовите дополнительные методы обследования.

2. Предположительный диагноз.

3. Назовите возможные варианты лечения.

4. Проведите дифференциальную диагностику.

Задача 17

Пациент 61 года предъявляет жалобы на слабость, снижение аппетита и работоспособности, потерю веса на 8 кг за последние 6 месяцев, дискомфорт в животе. В анализе крови уровень гемоглобина 88 г/л. При гастроскопии выявлен атрофический гастрит. При ректороманоскопии на 8 см от ануса выявлен полип на ножке 2,0 х 3,0 см, при гистологическом исследовании картина ворсинчатого полипа.

Задания

1. В какую клиническую группу должен быть включен данный пациент?
2. О каком заболевании необходимо думать в первую очередь?
3. Для какой локализации опухоли характерна описанная клиническая картина?
4. Какое исследование нужно выполнить больному для уточнения диагноза?
5. Какие исследования необходимо выполнить пациенту для уточнения распространенности процесса?

Задача 18

Больная, 52 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровянистые выделения из половых путей. Больна в течение 2-х недель. Месячные с 13 лет, без особенностей. Родов 5, абортов не было. При влагалищном исследовании шейка матки

плотная, гипертрофирована, красновато-синюшного цвета. На шейке имеются отдельные разрастания, легко кровоточащие при контакте. На передней губе шейки имеется кровоточащее углубление. Тело матки без особенностей, подвижно, болезненное. Придатки не пальпируются. Левый параметрий свободен, в правом определяется небольшая инфильтрация, не доходящая до стенки таза. Взята биопсия шейки матки
— плоскоклеточный рак.

Задания

1. Сформулируйте диагноз по стадиям и системе TNM

2. Какие дополнительные методы диагностики необходимы для уточнения

диагноза и распространенности процесса

3. Какой метод лечения необходимо применить

Задача 19

Больная 32 лет оперирована два года тому назад по поводу рака желудка III стадии. Состояние больной относительно удовлетворительное. Справа и слева от матки пальпируются плотные образования, расположенные над входом в малый таз.

Задания

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие инструментальные и лабораторные методы исследования необходимы для выработки дальнейшей тактики?
3. Прогноз в отношении этой больной?

Задача 20

Больной М. 47 лет взят на операцию в экстренном порядке по поводу острой кишечной непроходимости. Причиной ее является злокачественная опухоль восходящего отдела ободочной кишки, суживающая просвет последней. Кроме того, опухоль прорастает в забрюшинное пространство, неподвижная.

1. Сформулируйте диагноз по TNM.

2. Возможно ли проведение радикального хирургического лечения.

3. Тактика хирургического лечения в данном случае.

4. Какое дополнительное лечение необходимо провести больному.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

ТЕМЫ ДОКЛАДОВ С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ:

1	Рак легкого. Диагностика, клиника и лечение.
2	Саркома мягких тканей и костей.
3	Современные методы лечения рака желудка.
4	Современные методы лечения рака ободочной кишки.
5	Современные методы лечения рака прямой кишки.
6	Современные методы лечения рака печени.
7	Современные методы лечения рака поджелудочной железы.
8	Современные методы лечения рака внепеченочных желчных протоков.
9	Лучевая терапия в онкологии
10	Таргетная терапия рака различной локализации.
11	Паллиативная помощь рака различной локализации.
12	Реабилитация больных при онкологических заболеваниях.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ:

1	Этипатогенез рака легкого
2	Роль онкомаркёров при раке различной локализации.
3	Эпидемиология рака.
4	Профилактика и скрининг рака легкого
5	Морфологическая классификация рака желудочно-кишечного тракта.
6	Международная классификация по системе TNM
7	Лучевые методы диагностики в онкологии (УЗИ, рентгенологические исследования, РКТ, МРТ, ПЭТ, сцинтиграфия).
8	Паталогоанатомическая классификация рака легкого
9	Клиническая картина при опухолях билиопанкреатодуоденальной зоны.
10	Диагностика рака различной локализации.
11	Дифференциальная диагностика между онкологическими и общехирургическими заболеваниями.
12	Хирургическое лечение рака желудочно-кишечного тракта.
13	Лекарственное и лучевое лечение опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны.
14	Хирургические методы лечения рака ЖКТ.
15	Современные методы хирургического лечения саркомы мягких тканей и костей.

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 онкологии**	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

Технологическая карта дисциплины «Онкология, лучевая терапия» для ординаторов по специальности «Хирургия»
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. 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					
2. Частные 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	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**	

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:
*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 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, 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, 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), IIа (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.