

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

ГОУ ВПО Кыргызско-Российский Славянский университет



Детская онкология

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Ординатура**

Учебный план **o310814_16_12ДО.plox**
Специальность 31.08.14 Детская онкология

Квалификация **врач-детский онколог**

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **25 ЗЕТ**

Часов по учебному плану **900**

в том числе:

аудиторные занятия **600**

самостоятельная работа **300**

Виды контроля в семестрах:
зачеты 1, 2, 3, 4

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.&b><Семес- тр на курсе>)	1 (1.1)		2 (1.2)		3 (2.1)		4 (2.2)		Итого	
Неделя	23		19		23		17			
Вид занятий	уп	рпд	уп	рпд	уп	рпд	уп	рпд	уп	рпд
Лекции	10	10	10	10	8	8	8	8	36	36
Практически	158	158	158	158	142	142	106	106	564	564
Итого ауд.	168	168	168	168	150	150	114	114	600	600
Контактная	168	168	168	168	150	150	114	114	600	600
Сам. работа	84	84	84	84	66	66	66	66	300	300
Итого	252	252	252	252	216	216	180	180	900	900

Программу составил(и):

д.м.н. профессор Камарли Закир Пашаевич, Жилиев д.м.н. профессор Макумбетов Эмиль
Кожошев Жилиев к.м.н. Туманбаев Арстанбек Муктарбекович, Жилиев преподаватель Тараров
Владимир Сергеевич Жилиев

Рецензент(ы):

Жилиев к.м.н., доцент
заведующий кафедрой детской хирургии КРСУ
Миркеев К. М.

Рабочая программа дисциплины

Детская онкология

к.м.н., доцент
Самков У. К.
заведующий кафедрой
Онкологии КРМА.

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

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

составлена на основании учебного плана:

Специальность 31.08.14 Детская онкология

утвержденного учёным советом вуза от 29.09.2015 протокол № 2.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Ординатура

Протокол от 10.09. 2015 г. № 2

Срок действия программы: 2015-2021 уч.г.

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

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

16.11 2016 г. 

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

Протокол от 30.08 2016 г. № 1

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



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

24.05 2017 г. 

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

Протокол от 23.05 2017 г. № 10

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



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

23.05 2018 г. 

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

Протокол от 19.04 2018 г. № 11

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



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

21.05 2019 г. 

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

Протокол от 18.04 2019 г. № 9

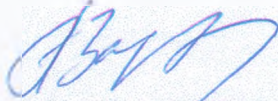
Зав. кафедрой д.м.н. профессор Камарли Закир Пашаевич



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

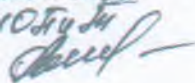
Председатель УМС

12 сентября 2020г.



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

Протокол от 12 сентября 2020 г. № 2
Зав. кафедрой Зав. Ординатуры



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

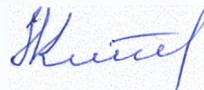
Председатель УМС

08 сентября 2021г.



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

Протокол от 7 сентяб 2021 г. № 2
Зав. кафедрой



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

_____ 2022г.

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

Протокол от _____ 2022 г. № ____
Зав. кафедрой

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

_____ 2023 г.

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

Протокол от _____ 2023 г. № ____
Зав. кафедрой

Рецензия

На рабочую программу для клинических ординаторов по специальности 31.08.14 «Детская онкология» Кыргызско-Российского Славянского университета.

Рабочая программа, составленная кафедрой онкологии и лучевой терапии, разработана в соответствии с ФГОС ВПО, на основе разделов и тем, рекомендованных примерной программой по детской онкологии для клинических ординаторов медицинских вузов. Структура, содержание и виды занятий отражают основные фундаментальные постулаты освоения дисциплины.

В данной рабочей программе в полной мере раскрыты цели, задачи, место дисциплины в образовательном процессе. Приводится полное представление, что конкретно должен знать, уметь и какими навыками и компетенциями овладеть и обладать обучающийся. Отмечается четкая профильность направления в перечне учебных разделов представленных в лекциях, практических занятиях, самостоятельной подготовки. Данные разделы имеют обоснованное разделение аудиторной и внеаудиторной самостоятельной работы клинических ординаторов. В самостоятельной работе перечислены темы занятий, тематика рефератов и докладов по данной дисциплине.

Учебно-методическое и информационное обеспечение содержит перечень основной литературы и интернет ресурсы за последние 10 лет, а также прилагается перечень дополнительной литературы с учебно-методическими разработками и монографиями.

Материально-техническое обеспечение всех видов учебной работы дисциплины соответствуют требованиям ФГОС.

В данной рабочей программе подробно представлены фонды оценочных средств для оценки результатов освоения учебной дисциплины, а также контроля самостоятельной работы. В перечне ФОС имеются контрольные вопросы, тесты, ситуационные задачи, тематика докладов и рефератов, пример курации больного с детальным описанием оценивания в ходе текущего, промежуточного и рубежного контроля, соответственно разработанной технологической карте дисциплины.

Разработанная учебная программа кафедры онкологии и лучевой терапии для клинических ординаторов по специальности 31.08.14 «Детская онкология», подготовлена с учетом требований ФГОС и может быть рекомендована к использованию в учебном процессе высшего медицинского учебного заведения для подготовки профессиональных кадров.

Заведующий кафедрой онкологии Кыргызской Государственной
Медицинской академии

К.М.Н., доцент



Саяков У.К.

Подпись

заверяю

дир. общего отдела

Рецензия

На рабочую программу для клинических ординаторов по специальности 31.08.14 «Детская онкология» Кыргызско-Российского Славянского университета.

Рабочая программа, составленная кафедрой онкологии и лучевой терапии, разработана в соответствии с ФГОС ВПО, на основе тематики, рекомендованной программой по детской онкологии для клинических ординаторов медицинских вузов. Структура, содержание и виды занятий отражают основные разделы освоения дисциплины.

В данной рабочей программе раскрыты цели, задачи, место дисциплины в образовательном процессе. Приводится полное представление, что конкретно должен знать, уметь и какими навыками овладеть и обладать обучающийся. Имеется профильность направления в перечне учебных разделов представленных в лекциях, практических занятиях, самостоятельной подготовки. Данные разделы разделены на аудиторную и внеаудиторную самостоятельную работу клинических ординаторов. В самостоятельной работе перечислены темы занятий, тематика рефератов и докладов по данной дисциплине.

Учебно-методическое и информационное обеспечение содержит перечень относительно свежей основной и дополнительной литературы и интернет ресурсы, а также прилагаются учебно-методические разработки и монографии.

Материально-техническое обеспечение всех видов учебной работы дисциплины соответствуют требованиям ФГОС, имеется профильная клиническая база.

В данной рабочей программе подробно представлены фонды оценочных средств для оценки результатов освоения учебной дисциплины, а также контроля самостоятельной работы. В перечне ФОС имеются контрольные вопросы, тесты, ситуационные задачи, тематика докладов и рефератов, пример курации и описания профильных пациентов с описанием оценивания в ходе текущего, промежуточного и рубежного контроля, соответственно разработанной технологической карте дисциплины.

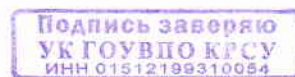
Разработанная учебная программа кафедры онкологии и лучевой терапии для клинических ординаторов по специальности 31.08.14 «Детская онкология», подготовлена с учетом требований ФГОС и может быть рекомендована к использованию в учебном процессе высшего медицинского учебного заведения для подготовки квалификационных кадров.

Заведующий кафедрой детской хирургии КРСУ

к.м.н., доцент



Мыкыев К.М.



1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1	Целью освоения дисциплины «Детская онкология» является формирование развитие у выпускников ординатуры по специальности детская онкология компетенции в виде оказание медицинской помощи больным детям со злокачественными новообразованиями путем осуществления диагностики, лечения, профилактики; развитие личности выпускника ординатуры путем профессионального и культурного роста, совершенствования квалификации посредством научно практической деятельности.
-----	---

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:		Б1.Б
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:	
2.1.1	Клиническая фармакология	
2.1.2	Гистология	
2.1.3	Медицина чрезвычайных ситуаций	
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:	
2.2.1	Клиническая фармакология	
2.2.2	Общественное здоровье и здравоохранение	
2.2.3	Интенсивная терапия и реанимация у детей	
2.2.4	Лекарственная терапия детского возраста в онкологии	
2.2.5	Лучевая терапия в педиатрии	
2.2.6	Клиническая биохимия	

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

ПК-2: готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками

Знать:	
Уровень 1	показатели здоровья детского населения, факторы, формирующие здоровье человека;
Уровень 2	научные основы управления ресурсами здравоохранения, организацию онкопедиатрической помощи в России и Кыргызстане;
Уровень 3	системы общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу свободно ориентироваться в вопросах организации здравоохранения.
Уметь:	
Уровень 1	планировать, анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья детского населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды;
Уровень 2	устанавливать причинно-следственные связи изменений состояния здоровья от воздействия факторов среды обитания;
Уровень 3	пропагандировать здоровый образ жизни среди различных категорий населения.
Владеть:	
Уровень 1	основными нормативными и законодательными актами в области охраны здоровья детского населения;
Уровень 2	оценками состояния общественного здоровья; методиками расчета статистической информации;
Уровень 3	методиками выбора адекватного стиля руководства; приемами выявления факторов риска важнейших и онкологических заболеваний у детей.

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	показатели здоровья детского населения, факторы, формирующие здоровье человека;
3.1.2	научные основы управления ресурсами здравоохранения, организацию онкопедиатрической помощи в России и Кыргызстане;
3.1.3	системы общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу свободно ориентироваться в вопросах организации здравоохранения;
3.1.4	основы законодательства о здравоохранения и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;
3.1.5	эпидемиологические сведения, влияние факторов риска на течение и исход онкологических заболеваний у детей;
3.1.6	современные теории этиологии и патогенеза злокачественных новообразований у детей;

3.1.7	современные квалификации, этиологические факторы, патогенез, клинические и лабораторные данные наиболее распространенных форм рака у детей;
3.1.8	современные методы диагностики, стандарты лечения рака у детей;
3.1.9	план и методику обследования больного ребенка раком;
3.1.10	систему профилактических и организационных мероприятий, направленных на предотвращение и раннее выявление злокачественных опухолей у детей;
3.1.11	принципы диспансеризации больных со злокачественными новообразованиями у детей;
3.1.12	правила выдачи справок и листов нетрудоспособности, оформления документов для прохождения ВТЭК;
3.1.13	вопросы медицинской этики и деонтологии в детской онкологии.
3.2	Уметь:
3.2.1	планировать, анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья детского населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды;
3.2.2	устанавливать причинно-следственные связи изменений состояния здоровья от воздействия факторов среды обитания;
3.2.3	общаться с больным ребенком и его родителями (родственниками), соблюдая нормы и принципы деонтологии;
3.2.4	получить информацию о заболевании, установить возможные причины с учетом влияния на организм социальных, наследственных, возрастных, профессиональных факторов, а также вредных привычек родителей;
3.2.5	оценить тяжесть состояния больного ребенка и при необходимости оказать соответствующую помощь;
3.2.6	принимать правильное решение по тактике ведения больного;
3.2.7	проводить функциональные, лабораторные и инструментальные исследования, давать им оценку;
3.2.8	распознавать особенности клинического течения, выявлять осложнения и сопутствующие заболевания;
3.2.9	проводить дифференциальную диагностику, формулировать и обосновывать клинический диагноз;
3.2.10	выбрать тактику ведения больного с учетом индивидуальных особенностей и клинического течения заболевания;
3.2.11	разработать при необходимости план реабилитации;
3.2.12	осуществлять наблюдение за диспансерной группой больных;
3.2.13	оформить медицинскую документацию в соответствии с законодательством;
3.2.14	организовать работу среднего и младшего медицинского персонала;
3.2.15	составить отчет о работе и провести ее анализ;
3.2.16	анализировать научную литературу и подготовить реферат по современным проблемам онкологии;
3.2.17	участвовать в решении отдельных научно-исследовательских и научно-прикладных задач по разработке новых методов диагностики и лечения рака.
3.3	Владеть:
3.3.1	основными нормативными и законодательными актами в области охраны здоровья детского населения;
3.3.2	оценками состояния общественного здоровья; методиками расчета статистической информации;
3.3.3	методиками выбора адекватного стиля руководства;
3.3.4	приемами выявления факторов риска важнейших и онкологических заболеваний у детей;
3.3.5	методикой оценки результатов лабораторных и специальных методов исследования: морфологических, биохимических, иммунологических, показателей крови, мочи, мокроты, кала, спинномозговой жидкости, показателей коагулограммы, кислотно-основного состава крови;
3.3.6	трактовкой результатов функционального исследования органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, почек и мочевой системы, печени, центральной нервной системы, вегетативного статуса и др.;
3.3.7	навыками назначения лечебных мероприятий в соответствии с принятыми в базовом медицинском учреждении программами помощи при онкологических заболеваниях у детей;
3.3.8	методами оформления медицинской документации в онкологическом стационаре и кабинете в поликлинике.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1. Общая онкология						
1.1	Эпидемиология опухолей детского возраста и противораковая борьба /Пр/	1	4	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.4 Л3.19 Л3.23 Л3.24	0	

1.2	Современные представления о механизмах канцерогенеза /Пр/	1	6	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.4 Л3.19 Л3.23 Л3.24	0	
1.3	Общие принципы классификации злокачественных опухолей /Пр/	1	8	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.4 Л3.19 Л3.23 Л3.24	0	
1.4	Этика и деонтология в онкологии /Пр/	1	4	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.4 Л3.19 Л3.23 Л3.24	0	
1.5	Эпидемиология, этиопатогенез злокачественных опухолей. Синдромы и симптомы при злокачественных опухолях. /Ср/	1	6	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.4 Л3.19 Л3.23 Э1 Э2	0	
1.6	Эпидемиология, этиопатогенез злокачественных опухолей. Синдромы и симптомы при злокачественных опухолях /Лек/	1	2	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.4 Л3.19 Л3.23 Л3.24	0	
	Раздел 2. Организация противораковой борьбы						
2.1	Организация онкологической службы в Российской Федерации и Кыргызстане /Пр/	1	6	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1	0	
2.2	Общие принципы диспансеризации онкологических больных /Пр/	1	4	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1	0	
2.3	Организация онкологической службы в Российской Федерации и Кыргызстане /Ср/	1	6	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э2 Э8	0	
	Раздел 3. Методы диагностики злокачественных опухолей						
3.1	Основные методы диагностики злокачественных опухолей /Лек/	1	2	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.13	0	
3.2	Лабораторные методы диагностики злокачественных опухолей /Пр/	1	4	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.13	0	
3.3	Методы лучевой диагностики в онкологии /Пр/	1	10	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.13	0	
3.4	Морфологические методы диагностики злокачественных опухолей /Пр/	1	10	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.13	0	
3.5	Общие принципы эндоскопической диагностики /Пр/	1	10	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.13	0	
3.6	Основные методы диагностики злокачественных опухолей /Ср/	1	10	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.13 Э5 Э8	0	
3.7	Современные морфологические методы диагностики злокачественных опухолей /Ср/	1	10	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.13 Э2 Э5 Э8	0	
	Раздел 4. Химиотерапия при злокачественных опухолях						

4.1	Фармакотерапия в детской онкологии /Лек/	1	2	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.6 Л3.5	0	
4.2	Цитостатические средства в лечении онкологических заболеваний у детей /Пр/	1	10	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.17	0	
4.3	Гормональные и антигормональные средства /Пр/	1	8	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.17	0	
4.4	Иммунотерапия /Пр/	1	8	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.17	0	
4.5	Фармакологические препараты для сопроводительной терапии /Пр/	1	8	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.17 Л3.1	0	
4.6	Фармакотерапия в онкологии /Ср/	1	12	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.17 Л3.1 Э2 Э5 Э8	0	
	Раздел 5. Паллиативная помощь в онкологии						
5.1	Паллиативная помощь больным с хроническим болевым синдромом /Пр/	2	8	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.3 Л3.26	0	
5.2	Реабилитация и паллиативная помощь больным при раке IV стадии /Пр/	2	6	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.3 Л3.26	0	
5.3	Оказания паллиативной помощи в поликлинических условиях /Пр/	2	6	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.3 Л3.26	0	
5.4	Паллиативная помощь больным в онкологии /Ср/	2	12	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.3 Л3.26 Э8	0	
	Раздел 6. Опухоли головы и шеи						
6.1	доброкачественные и злокачественные новообразования головы и шеи у детей /Лек/	2	2	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1	0	
6.2	Опухоли глаза. Ретинобластомы. Увеальная меланома /Пр/	2	10	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э8	0	
6.3	Опухоли головного мозга и периферической нервной системы. /Пр/	2	8	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1	0	
6.4	Рак щитовидной железы. Злокачественные новообразования слюнных желез. /Пр/	2	10	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.25	0	
6.5	Злокачественные новообразования головы и шеи /Ср/	2	10	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э8	0	
	Раздел 7. Опухоли грудной полости						
7.1	Злокачественные образования грудной полости у детей /Лек/	2	2	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1	0	
7.2	Новообразования средостения /Пр/	2	12	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1	0	

7.3	Метастатические опухоли легких у детей /Пр/	2	8	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1	0	
7.4	Опухолевые плевриты и мезотелиомы плевры у детей /Пр/	2	8	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1	0	
7.5	Злокачественные образования грудной полости /Ср/	2	12	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э2 Э5	0	
7.6	/Зачёт/	2	0			0	
Раздел 8. Опухоли молочной железы							
8.1	Доброкачественные и злокачественные опухоли молочной железы у детей /Лек/	2	2	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.12 Л3.13 Л3.14 Л3.16	0	
8.2	Доброкачественные заболевания и опухоли молочной железы /Пр/	2	12	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.12 Л3.14 Л3.13 Л3.16	0	
8.3	Рак молочной железы у детей. /Пр/	2	10	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.16 Л3.12 Л3.14 Л3.13	0	
8.4	Доброкачественные заболевания и опухоли молочной железы /Ср/	2	8	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.14 Л3.13 Л3.16 Э2 Э5	0	
8.5	Рак молочной железы /Ср/	2	10	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.17 Л3.18 Л3.14 Л3.13 Э2 Э5	0	
Раздел 9. Опухоли полых органов брюшной полости							
9.1	Доброкачественные и злокачественные опухоли желудочно-кишечного тракта у детей /Лек/	2	2	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.15 Л3.1	0	
9.2	Доброкачественные и злокачественные опухоли желудочно-кишечного тракта у детей /Пр/	2	16	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.15	0	
9.3	Неэпителиальные опухоли желудочно-кишечного тракта /Пр/	2	14	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.15	0	
9.4	Доброкачественные и злокачественные опухоли желудочно-кишечного тракта у детей /Ср/	2	10	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.15 Э2 Э5	0	
Раздел 10. Опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны							
10.1	Доброкачественные и злокачественные новообразования билиопанкреатодуоденальной зоны у детей /Лек/	3	2	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.15 Л3.1	0	
10.2	Доброкачественные и злокачественные новообразования билиопанкреатодуоденальной зоны у детей /Пр/	3	16	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.15 Л3.1	0	
10.3	Доброкачественные и злокачественные новообразования билиопанкреатодуоденальной зоны у детей /Ср/	3	12	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.15 Л3.1 Э5	0	

	Раздел 11. Неорганные забрюшинные опухоли						
11.1	Доброкачественные и злокачественные опухоли забрюшинного пространства мезодермального происхождения /Пр/	3	12	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1	0	
11.2	Доброкачественные и злокачественные опухоли забрюшинного пространства нейrogenного и эмбрионального происхождения /Пр/	3	12	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1	0	
11.3	Неорганные забрюшинные опухоли /Ср/	3	10	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э7	0	
	Раздел 12. Опухоли надпочечников						
12.1	Доброкачественные и злокачественные опухоли надпочечников /Пр/	3	14	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.3 Л2.2 Л3.1	0	
12.2	Опухоли надпочечников /Ср/	3	10	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э6	0	
	Раздел 13. Опухоли мочевыделительной системы						
13.1	Злокачественные новообразования мочевыделительной системы у детей /Лек/	3	2	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.11 Л3.1	0	
13.2	Нефробластома /Пр/	3	14	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.3 Л3.11	0	
13.3	Опухоли Вильмса /Пр/	3	14	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.33 Л3.1 Л3.3 Л3.11	0	
13.4	Злокачественные новообразования мочевыделительной системы /Ср/	3	12	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.11 Э2 Э5	0	
13.5	Опухоли мочевого пузыря у детей /Пр/	3	12	ПК-2		0	
	Раздел 14. Опухоли женских половых органов у детей						
14.1	Доброкачественные и злокачественные новообразования женских половых органов у детей /Лек/	3	2	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.23 Л3.30 Л3.1	0	
14.2	Доброкачественные и злокачественные новообразования женских половых органов у детей /Пр/	3	18	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.30 Л3.1	0	
14.3	Злокачественные новообразования женских половых органов у детей /Ср/	3	12	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.30 Л3.1 Э2	0	
14.4	/Зачёт/	3	0			0	
	Раздел 15. Опухоли мужских половых органов						
15.1	доброкачественные и злокачественные новообразования мужских половых органов у детей /Лек/	3	2	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.19 Л3.20 Л3.1	0	
15.2	доброкачественные и злокачественные новообразования мужских половых органов у детей /Пр/	3	16	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.34 Л3.1	0	

15.3	Злокачественные новообразования яичка /Пр/	3	14	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.24	0	
15.4	Злокачественные новообразования мужских половых органов у детей /Ср/	3	10	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.24 Э5	0	
	Раздел 16. Опухоли мягких тканей						
16.1	Доброкачественные и злокачественные новообразования мягких тканей у детей /Лек/	4	2	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1	0	
16.2	Доброкачественные опухоли мягких тканей у детей /Пр/	4	8	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1	0	
16.3	Злокачественные опухоли мягких тканей у детей /Пр/	4	8	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1	0	
16.4	Доброкачественные и злокачественные новообразования мягких тканей и костей у детей /Ср/	4	12	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э2 Э5	0	
	Раздел 17. Опухоли костей						
17.1	Доброкачественные и злокачественные новообразования костей у детей /Лек/	4	2	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1	0	
17.2	Доброкачественные опухоли костей у детей /Пр/	4	8	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1	0	
17.3	Злокачественные опухоли костей у детей /Пр/	4	8	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1	0	
17.4	Метастические поражения костей у детей /Пр/	4	10	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1	0	
17.5	Доброкачественные и злокачественные новообразования костей у детей /Ср/	4	12	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э2 Э5	0	
	Раздел 18. Опухолевые заболевания крововетворной ткани						
18.1	Гемабластозы /Лек/	4	2	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.4 Л3.5 Л3.6 Л3.7	0	
18.2	Острые лимфолейкозы /Пр/	4	10	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.10 Л3.5 Л3.6 Л3.7	0	
18.3	Острые Миелолейкозы /Пр/	4	10	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.5 Л3.6 Л3.9	0	
18.4	Гемабластозы /Ср/	4	12	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.5 Э2 Э5	0	
	Раздел 19. Опухолевые заболевания лимфоидной ткани						
19.1	Лимфома Ходжкина /Пр/	4	10	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.8 Л3.9	0	
19.2	Неходжкинские лимфомы /Пр/	4	10	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.8	0	

19.3	Опухолевые заболевания лимфоидной ткани /Ср/	4	16	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.8 Э2 Э5	0	
	Раздел 20. Первично-множественные злокачественные опухоли						
20.1	Первично-множественные злокачественные опухоли у детей /Лек/	4	2	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.3	0	
20.2	Злокачественные новообразования самостоятельных первично-множественных локализации у детей /Пр/	4	12	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.3	0	
20.3	Метастатическое поражение органов и тканей без первично выявленного очага у детей /Пр/	4	12	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.3	0	
20.4	Первично-множественные злокачественные опухоли /Ср/	4	14	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.3 Э2 Э5	0	
20.5	/Зачёт/	4	0			0	
	Раздел 21. Клинические синдромы и симптомы при злокачественных опухолях						
21.1	Синдромы и симптомы при злокачественных опухолях /Пр/	1	4	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1	0	
21.2	Синдромы и симптомы при злокачественных опухолях /Ср/	1	8	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э3 Э5	0	
	Раздел 22. Лучевая терапия злокачественных опухолей						
22.1	Основные принципы лучевой терапии злокачественных опухолей /Лек/	1	2	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.3	0	
22.2	Методы лучевой терапии /Пр/	1	8	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.3	0	
22.3	Планирование лучевой терапии злокачественных опухолей /Пр/	1	8	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.3	0	
22.4	Основные принципы лучевой терапии злокачественных опухолей /Ср/	1	12	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.3 Э1 Э5	0	
	Раздел 23. Общие принципы хирургического лечения злокачественных опухолей						
23.1	Хирургическое лечение злокачественных опухолей /Лек/	1	2	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.24	0	
23.2	Основные типы и виды операции в детской онкологии /Пр/	1	10	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.24	0	
23.3	Радикальные оперативные вмешательства в онкологии. Понятие "анатомической зоны" - принципы футлярности /Пр/	1	10	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.24	0	
23.4	Паллиативные и симптоматические методы лечения онкологических больных /Пр/	1	8	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.24	0	

23.5	Диагностические операции в онкологии /Пр/	1	10	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Л3.24 Э2 Э5	0	
23.6	Основные типы и виды операции в онкологии /Ср/	1	10	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.24 Л3.1 Э2 Э5	0	
23.7	Современные хирургические методы лечения злокачественных опухолей /Ср/	1	10	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.24 Л3.1 Э3 Э5	0	
Раздел 24. Опухоли кожи							
24.1	Доброкачественные и злокачественные опухоли кожи у детей /Лек/	2	2	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.24 Л3.1	0	
24.2	Доброкачественные и злокачественные опухоли кожи у детей /Пр/	2	16	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.24 Л3.1	0	
24.3	Доброкачественные и злокачественные опухоли кожи у детей /Ср/	2	12	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.24 Л3.1 Э5	0	
Раздел 25. Опухоли печени							
25.1	Первичные злокачественные опухоли печени и внутрипеченочных желчных протоков у детей /Пр/	2	8	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.24 Л3.1	0	
25.2	Вторичные опухоли печени у детей /Пр/	2	6	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.24 Л3.1	0	
25.3	Опухоли печени у детей /Ср/	2	10	ПК-2	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.24 Л3.1 Э4	0	
25.4	Итоговая Государственная Аттестация /Зачёт/	2	0			0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ:

I СЕМЕСТР

1. Эпидемиология опухолей детского возраста и противораковая борьба;
2. Современные представления о механизмах канцерогенеза;
3. Общие принципы классификации злокачественных опухолей;
4. Этика и деонтология в онкологии;
5. Организация онкологической службы в Российской Федерации и Кыргызстане;
6. Общие принципы диспансеризации онкологических больных;
7. Лабораторные методы диагностики злокачественных опухолей;
8. Методы лучевой диагностики в онкологии;
9. Морфологические методы диагностики злокачественных опухолей;
10. Общие принципы эндоскопической диагностики;
11. Цитостатические средства в лечении онкологических заболеваний у детей;
12. Гормональные и антигормональные средства;
13. Иммунотерапия;
14. Фармакологические препараты для сопроводительной терапии;
18. Паллиативная помощь больным с хроническим болевым синдромом;
19. Реабилитация и паллиативная помощь больным при раке IV стадии;
20. Оказания паллиативной помощи в поликлинических условиях;
21. Опухоли глаза. Ретинобластомы. Увеальная меланома;
22. Опухоли головного мозга и периферической нервной системы;
23. Рак щитовидной железы. Злокачественные новообразования слюнных желез;
24. Новообразования средостения;

25. Метастатические опухоли легких у детей;
26. Опухолевые плевриты и мезотелиомы плевры у детей.

II СЕМЕСТР

1. Доброкачественные заболевания и опухоли молочной железы;
2. Рак молочной железы у детей;
3. Доброкачественные и злокачественные опухоли желудочно-кишечного тракта у детей;
4. Неэпителиальные опухоли желудочно-кишечного тракта;
5. Доброкачественные и злокачественные новообразования билиопанкреатодуоденальной зоны у детей;
6. Доброкачественные и злокачественные опухоли забрюшинного пространства мезодермального происхождения;
7. Доброкачественные и злокачественные опухоли забрюшинного пространства нейrogenного и эмбрионального происхождения;
8. Доброкачественные и злокачественные опухоли надпочечников;
9. Нейробластома;
10. Опухоли Вильмса;
11. Опухоли мочевого пузыря у детей;
12. Доброкачественные и злокачественные новообразования женских половых органов у детей;

III СЕМЕСТР

1. Доброкачественные и злокачественные новообразования мужских половых органов у детей;
2. Злокачественные новообразования яичка;
3. Доброкачественные опухоли мягких тканей у детей;
4. Злокачественные опухоли мягких тканей у детей;
5. Доброкачественные опухоли костей у детей;
6. Злокачественные опухоли костей у детей;
7. Метастатические поражения костей у детей;
8. Острые лимфобластозы;
9. Острые миелобластозы;
10. Лимфома Ходжкина;
11. Неходжжкинские лимфомы;
12. Злокачественные новообразования самостоятельных первично-множественных локализации у детей;
13. Метастатическое поражение органов и тканей без первично выявленного очага у детей.

IV СЕМЕСТР

1. Синдромы и симптомы при злокачественных опухолях;
2. Методы лучевой терапии;
3. Планирование лучевой терапии злокачественных опухолей;
4. Основные типы и виды операции в детской онкологии;
5. Радикальные оперативные вмешательства в онкологии. Понятие "анатомической зоны" - принципы футлярности;
6. Паллиативные и симптоматические методы лечения онкологических больных;
7. Диагностические операции в онкологии;
8. Доброкачественные и злокачественные опухоли кожи у детей;
9. Первичные злокачественные опухоли печени и внутрипеченочных желчных протоков у детей;
10. Вторичные опухоли печени у детей.

Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ

1. Заполнить учетную документацию на онкологического больного:
 - заполнять и ввести историю болезни, амбулаторную карту;
 - извещение о впервые выявленном больном;
 - контрольную карту диспансерного наблюдения;
 - выписку из истории болезни онкологического больного;
 - протокол на запущенный случай злокачественного новообразования;
 - заполнять извещение для больных сопутствующими инфекционными заболеваниями (вирусные гепатиты, туберкулез, паразитарные заболевания и т.д.);
2. Интерпретировать рентгенограммы различных органов с типичными признаками новообразований, оценивать данные лабораторных и инструментальных исследований;
3. Выставить, обосновать и сформулировать клинический, заключительный диагноз злокачественного новообразования с оценкой стадии по классификации TNM, определить клиническую группу;
4. Определить и наметить тактику ведения и лечения больного с онкологической патологией;
5. Вести пациентов с онкологической патологией и оказать лечебную помощь при осложнениях в процессе химиотерапии, лучевой терапии и хирургического лечения;

6. Анализировать полученные результаты обследования пациента с назначением адекватной тактики лечения и дальнейшего наблюдения;

7. Провести этапное лечение болевого синдрома у инкурабельного онкологического больного.

Задания для проверки уровня обученности ВЛАДЕТЬ:

1. Практически на пациенте продемонстрировать владение техникой инцизионной и экцизионной биопсии;
2. Практически на пациенте продемонстрировать владение техникой проведения пункционной и трепанбиопсии при злокачественных опухолях различной локализации;
3. Практически на пациенте продемонстрировать владение методикой проведения диагностической пункции, взятие мазков-отпечатков, соскобов при опухолях половых органов;
4. Практически на пациенте продемонстрировать владение техникой проведения пальцевого исследования с интерпретацией обнаруженных изменений.
5. В процедурном кабинете продемонстрировать технику разведения и инфузии противоопухолевых препаратов;
6. Техниккой выполнения следующих оперативных вмешательств: ларингофиссуры, половинной резекции языка, удаления подчелюстной слюнной железы, перевязки наружной сонной артерии, резекции щитовидной железы, биопсии опухоли и лимфатического узла, парастеральной медиастинотомии, диагностической торакотомии, гастростомии, еюностомии, колостомии, наложение обходных гастро энтеро и энтеро энтеро анастомозов, резекции тонкой кишки, овариэктомия, орхфуникулэктоми, секторальной резекции молочной железы, удаления доброкачественных и злокачественных опухолей мягких тканей, ампутации и экзартикуляции пальца, верхней и нижней конечности.

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
Курация больного и написание истории болезни

Шкалы оценивания по видам оценочных средств в ПРИЛОЖЕНИИ 5

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

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. 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
Л2.3	Трапезников Н.Н., Шайн А.А.	Онкология: Учебник для студентов мед. вузов	М.: Медицина 1992
Л2.4	Под ред. Г.А. Галил-Оглы, В.А. Молочкова, Ю.В. Сергеева	Дерматоонкология: Учеб. пособие	М.: Медицина для всех 2005

6.1.3. Методические разработки

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л3.1	Тюляндин С.А., Моисеенко В.М.	Практическая онкология: Избранные лекции	СПб.: Центр ТОММ 2004
Л3.2	Под ред. С.А. Тюляндина и В.М. Моисеенко	Практическая онкология: Избранные лекции	СПб.: Центр ТОММ 2004

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
ЛЗ.3	Камарли З.П.	Обезболивание в паллиативном лечении онкологических больных (методические рекомендации): Учебно-методические рекомендации	Бишкек: Изд-во КРСУ 2011
ЛЗ.4	Усенова А.А., Раимжанов А.Р., Макимбетов Э.К.	Эпидемиологические особенности лейкозов в Кыргызстане: монография	Бишкек: Изд-во КРСУ 2009
ЛЗ.5	Камарли З.П., Макимбетов Э.К., Бауэр И.Г., Усенова А.А.	Курс лекций по гемобластозам: учебное пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2009
ЛЗ.6	Макимбетов Э.К., Цопова И.А., Усенова А.А., Раимжанов А.Р.	Острые лейкозы: Методические рекомендации	Бишкек: Изд-во КРСУ 2006
ЛЗ.7	Усенова А.А., Раимжанов А.Р., Макимбетов Э.К.	Острые лейкозы. Некоторые современные аспекты этиологии, классификации, клинко-лабораторной диагностики	
ЛЗ.8	Усенова А.А., Батырканова Г.К.	Неходжкинские лимфомы: некоторые современные аспекты этиологии, классификации, клинко-лабораторной диагностики и лечения	
ЛЗ.9	Усенова А.А., Батырканова Г.К.	Распространенность острого миелобластного лейкоза среди женского населения в Кыргызстане	
ЛЗ.10	Усенова А.А., Раимжанов А.Р., Макимбетов Э.К.	Этиология, классификация, клинко-лабораторная диагностика и лечение острых лейкозов	
ЛЗ.11	Камарли З.П., Макимбетов Э.К.	Курс лекций по онкоурологии: курс лекций	Бишкек: КРСУ 2016
ЛЗ.12	Макимбетов Э.К., Арзыматова А.О., Камарли З.П.	Психологические тесты при раке молочной железы: Методические рекомендации для студентов, клинических ординаторов, аспирантов, врачей онкологов	Бишкек: Изд-во КРСУ 2014
ЛЗ.13	Сост.: Э.К. Макимбетов, З.К. Мамаджанова, Р.Ю. Рзаева, Я. Карабаева	Диагностика доброкачественных поражений молочной железы: Методические рекомендации	Бишкек: Изд-во КРСУ 2007
ЛЗ.14	З.К. Мамаджанов; Научный руководитель: д.м.н., проф. Макимбетов Э.К.	Метастатический рак молочной железы (прогноз и результаты лечения): Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук	2007
ЛЗ.15	Макимбетов Э.К., Стамбеков С., Камарли З.П.	Курс лекций по раку желудочно-кишечного тракта: курс лекций	Бишкек: Изд-во КРСУ 2006
ЛЗ.16	Макимбетов Э.К.	Курс лекций по раку молочной железы: курс лекций	Бишкек: Изд-во КРСУ 2006
ЛЗ.17	Э.К. Макимбетов, О.А. Джакыпбаев	Лимфаденопатия (диагностика, клиника и лечение): Учебное пособие для студентов, аспирантов, клинических ординаторов, практических врачей, ГСВ, ЦСМ	Бишкек: Изд-во КРСУ 2006
ЛЗ.18	Макимбетов Э.К., Камарли З.П., Абдылдаев Д.К.	Диагностика локо-регионарных рецидивов рака молочной железы: Методическое пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2005
ЛЗ.19	Д.В. Михайленко; Научный руководитель: доктор медицинских наук А.Т. Токтомушев; Научный консультант: доктор медицинских наук Э.К. Макимбетов	Эпидемиологические аспекты злокачественных новообразований половых органов у мужчин в Кыргызстане: Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук	2005
ЛЗ.20	Раимжанов А.Р., Макимбетов Э.К.	Периферическая лимфаденопатия (диагностика, клиника и лечение): Методические рекомендации	Бишкек: Изд-во КРСУ 2004

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
ЛЗ.21	Д. Михайленко, З. П. Камарли, Э. К. Макимбетов	Современное состояние проблемы лечения рака полового члена	
ЛЗ.22	Э. К. Макимбетов, Д. К. Айтышова	Молекулярная биология рака шейки матки (обзор)	
ЛЗ.23	Г. К. Батырканова, Э. К. Макимбетов, И. Э. Эмилев	Эпидемиологические аспекты злокачественных опухолей нижнего генитального тракта у женщин (обзор)	
ЛЗ.24	Э.К. Макимбетов, С.В. Головачев	Эпидемиология редких злокачественных опухолей (обзор литературы)	
ЛЗ.25	Тологонов Р.Т., Жумабаев А.Р., Рыспекова Ч.Д., Аралбаев Р.Т., Макимбетов Э.К.	Возможности выявления рака щитовидной железы	
ЛЗ.26	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	
ЛЗ.27	Макимбетов Э.К., Головачев С.В.	Эпидемиология редких злокачественных опухолей (обзор литературы)	
ЛЗ.28	Макимбетов Э.К., Султангазиева Б.Б., Кузиков М.О.	Неoadъювантная химиолучевая терапия в лечении рака прямой кишки	
ЛЗ.29	Кузиков М.О., Макимбетов Э.К.	Иммуногистохимические изменения при лечении рака прямой кишки	
ЛЗ.30	Бакашев Ж.К., Камарли З.П. Э.К., Макимбетов М.А., Кузиков Г.М., Абдуалиева	Структура общей онкологической заболеваемости в Кыргызстане и странах СНГ	
ЛЗ.31	Измайлова З.М., Макимбетов Э.К.	Некоторые аспекты дескриптивной эпидемиологии при раке шейки матки у женщин в Кыргызской Республике	
ЛЗ.32	Измайлова З.М., Макимбетов Э.К.	Этническая вариабельность рака шейки матки у женщин в Кыргызской Республике	
ЛЗ.33	Нургалиев Н.С., Арзыкулов Ж.А., Макимбетов Э.К.	Неoadъювантная химиотерапия рака мочевого пузыря	
ЛЗ.34	Михайленко Д., Камарли З.П., Макимбетова Э.К.	Рак предстательной железы: новые пути к профилактике и лечению	

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1	Генетика и канцерогенез	http://gpma.ru/structure/chair/med/gen/gen_kanceroge
Э2	Основы канцерогенеза	http://www.chem.msu.ru/rus/teaching/carcinogenesis/4
Э3	Организация онкологической службы в РФ	https://shop.medspecial.ru/upload/iblock/011/011f45ab
Э4	Клинические рекомендации по лечению злокачественных опухолей печени у детей	http://pediatriconcology.ru/upload/iblock/881/pechen.pdf
Э5	И у детей бывает опухоли	http://pediatriconcology.ru/upload/iblock/991/i_u_detei
Э6	Рак коры надпочечников у детей	file:///C:/Users/User/Downloads/rak-korv-
Э7	Неорганные забрюшинные опухоли	file:///C:/Users/User/Downloads/%D0%9D%D0%B5%
Э8	онкология	http://static12.insales.ru/files/17626/974282/original/

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 ординатором 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 мышление и способности генерировать идеи при решении различных ситуационных задач. К ним относятся электронные тексты лекций с презентациями. Мультимедийный комплекс ноутбук, персональный компьютер. Наборы слайдов, таблиц/мультимедийных наглядных материалов по различным разделам дисциплины. Наглядные пособия, стенды.
6.3.1.3	Информационные образовательные технологии – самостоятельное использование ординатором компьютерной техники и интернет-ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы. Для лучшего усвоения материала и самостоятельной работы ординаторы готовят рефераты, доклады и презентации.
6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения	
6.3.2.1	Электронно-библиотечная система "ZNANIUM.COM"
6.3.2.2	Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/)
6.3.2.3	«Электронная библиотека» КРСУ (www.lib.krsu.kg)

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

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

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

Технологическая карта дисциплины в ПРИЛОЖЕНИИ 6

МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1. Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, в том числе учитывается посещение и активность) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы;
2. Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение модульных контрольных заданий проводится в письменном виде и является обязательной компонентой модульного контроля;
3. Промежуточный контроль - завершенная задокументированная часть учебной дисциплины (1,2,3 семестры - дифференцированный зачет, 4 семестр - итоговая государственная аттестация) – совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей.

Обучение складывается из аудиторных занятий (600 часов), включающих лекционный курс и практические занятия, и самостоятельной работы (300 часов). Основное учебное время выделяется на практическую работу по детской онкологии. При изучении учебной дисциплины необходимо использовать теоретические знания и освоить практические умения по детской 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 детская онкология и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРО).

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 ординатора в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность.

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

поведения, аккуратности, дисциплинированности.

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

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА.

Пример выполнения в ПРИЛОЖЕНИИ 7

ДОКЛАД.

Подготовка доклада к занятию.

Основные этапы подготовки доклада:

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

Тематика доклада предлагается преподавателем в ФОС.

РЕФЕРАТ

Рекомендации по написанию реферата.

1. Тема реферата выбирается в соответствии с Вашими интересами и должна соответствовать приведенному примерному перечню. Важно, чтобы в реферате: во-первых, были освещены как естественно-научные, так и социальные стороны проблемы; а во-вторых, представлены как обще-теоретические положения, так и конкретные примеры. Особенно приветствуется использование собственных примеров из окружающей Вас жизни.

2. Реферат должен основываться на проработке нескольких дополнительных к основной литературе источников. Как правило, это специальные монографии или статьи. Рекомендуется использовать также в качестве дополнительной литературы научно-популярные журналы, а также газеты специализирующиеся на онкологической тематике.

3. План реферата должен быть авторским. В нем проявляется подход автора, его мнение, анализ проблемы.

4. Все приводимые в реферате факты и заимствованные соображения должны сопровождаться ссылками на источник информации. Например: ... Рак поджелудочной железы (РПЖ) входит в группу злокачественных опухолей ЖКТ, а именно билиопанкреатодуоденальной зоны, куда входят еще и опухоли большого дуоденального сосочка и внепеченочных желчных протоков (Арсангиреева Г.Ж., 1992; Грачева Н.А., 2006;) ...

5. Недопустимо просто скопировать реферат из кусков заимствованного текста. Все цитаты должны быть представлены в кавычках с указанием в скобках источника и страницы. Отсутствие кавычек и ссылок означает плагиат и, в соответствии с установленной научной этикой, считается грубым нарушением авторских прав.

6. Реферат оформляется в виде текста на листах стандартного формата (А- 4) шрифтом TimesNewRoman, 14. Начинается с титульного листа (оформляется по образцу ПРИЛОЖЕНИЕ 8), в котором указывается название вуза, учебной дисциплины, тема реферата, фамилия и инициалы ординатора, год и географическое место местонахождения вуза. Затем следует оглавление с указанием страниц разделов. Сам текст реферата желательно подразделить на разделы: главы, подглавы и озаглавить их. Приветствуется использование в реферате количественных данных и иллюстраций (графики, таблицы, диаграммы, рисунки).

7. Завершают реферат разделы "Заключение" и "Список использованной литературы". В заключении представлены основные выводы, ясно сформулированные в тезисной форме и, обычно, пронумерованные.

8. Список литературы должен быть составлен в полном соответствии с действующим стандартом (правилами), включая особую расстановку знаков препинания. Для этого достаточно использовать в качестве примера любую книгу изданную крупными научными издательствами: "Наука", "Онкология", "Лучевая терапия", и др. Или приведенный выше список литературы. В общем случае наиболее часто используемый в нашей стране порядок библиографических ссылок следующий:

Автор И.О. Название книги. Место издания: Издательство, Год издания. Общее число страниц в книге.

Автор И.О. Название статьи // Название журнала. Год издания. Том __. № __. Страницы от __ до __.

Автор И.О. Название статьи / Название сборника. Место издания: Издательство, Год издания. Страницы от __ до __.

Примерное содержание работы:

Наименование: Объем: 13-15 стр.

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

Тест

1. <u>Укажите мероприятия, относящиеся к вторичной профилактике злокачественных новообразований:</u>
санитарно-просветительная работа,
лечение предраковых заболеваний
борьба с курением
пропаганда правильного образа жизни
2. <u>Синдром Савицкого является ранним симптомокомплексом:</u>
костных сарком
рака молочной железы
рака ободочной кишки
рака желудка
3. <u>Укажите наиболее ранние синдромы злокачественных опухолей полых органов:</u>
синдром патологических выделений, синдром "плюс ткани"
синдром обструкции
синдром деструкции
синдром сдавления окружающих тканей и органов
4. <u>Укажите мероприятия, не относящиеся к абластике:</u>
предоперационная лучевая терапия
предоперационная химиотерапия
интраоперационная лучевая терапия
обработка ложа опухоли спиртом, частая смена перчаток хирургом
5. <u>Укажите мероприятия, не относящиеся к антибластике:</u>
использование во время операции электроножа
удаление опухоли по принципам "футлярности и зональности", первоочередная перевязка магистральных сосудов
#
6. <u>Классификация TNM в настоящее время не разработана</u>
Для опухолей мягких тканей
Для гематосарком, лимфогранулематоза
Все ответы правильные
для сарком костей
#
7. <u>Как проводится инцизионная биопсия для гистологического исследования?</u>
Взятие соскоба с опухоли
Взятие "мазка-отпечатка" из опухоли
Иссечение части опухоли с прилежащей тканью
Полное иссечение опухоли с прилежащими тканями
#
8. <u>Как проводится эксфолиативное цитологическое исследование?</u>
исследование пунктата из опухоли
исследование "мазка-отпечатка" из опухоли
исследование соскоба с поверхности опухоли
исследование содержимого опухоли после центрифугирования
#
9. <u>К какой клинической группе онкологических больных относятся больные с предопухолевыми заболеваниями?</u>
Ia гр.
Iб гр.
II гр.
III гр.

#
10. <u>Какая из перечисленных локализаций не относится к наружным?</u>
Рак прямой кишки
Рак шейки матки
Рак молочной железы
Рак щитовидной железы
#
11. <u>Укажите заболевания, не относящиеся к облигатным предраковым заболеваниям:</u>
Синдром Гарднера
Синдром Пейтц-Егера
Аденоматозный полип желудка
Синдром Пламера-Вильсона
#
12. <u>К какой группе химиопрепаратов относится винкристин?</u>
Антиметаболиты
Алкалоиды
Противоопухолевые антибиотики
Алкилирующие агенты
#
13. <u>К какой группе химиопрепаратов относится 5-фторурацил?</u>
Антиметаболиты
Алкалоиды
Противоопухолевые антибиотики
Алкилирующие агенты
#
14. <u>Компьютерная томография может помочь клиницисту поставить:</u>
морфологический диагноз
топический диагноз
клинический диагноз
все ответы правильные
#
15. <u>Уровень катехоламинов может быть определен при лабораторном анализе в:</u>
Моче
сыворотке крови
ткани опухоли
все ответы верные
#
16. <u>При онкологических заболеваниях чаще всего наблюдается:</u>
Гипокоагуляция
нормокоагуляция
гиперкоагуляция
все варианты встречаются с одинаковой частотой
#
17. <u>К непрямым методам диагностики увеличенных лимфоузлов относятся:</u>
лимфография
илиокаваграфия
рентгеновская компьютерная томография
ультразвуковая томография

#
18. <u>Радиоизотопные исследования в клинической онкологии используются:</u>
для выявления первичной опухоли
для определения распространенности злокачественного процесса
для оценки функционального состояния некоторых внутренних органов
все ответы правильные
#
19. <u>Для диагностики злокачественных опухолей тела матки наиболее информативным является:</u>
лапароскопия
гистероскопия
кольпоскопия
лапаротомия
#
20. <u>Интраоперационная оценка распространенности опухолевого процесса должна основываться:</u>
только на визуальных данных
только на основании пальпаторных данных
на основании срочного цитологического исследования биопсийного материала
на основании сочетания перечисленных методов диагностики
#
21. <u>К дизонтогенетическим новообразованиям относятся</u>
рак желудка
рак легкого
бронхогенная киста средостения
#
22. <u>К опухолеподобным процессам относятся</u>
гиперпластический полип
аденоматозный полип
адено-папилломатозный полип
папилломатозный полип
#
23. <u>Плоскоклеточный рак преимущественно встречается</u>
в пищеводе и анальном канале прямой кишки
в желудке и тонкой кишке
в тонкой и ободочной кишке
в желудке и ободочной кишке
#
24. <u>Стадия заболевания во многом определяет</u>
выбор метода лечения
предполагаемый объем операции
прогноз
все ответы верные
#
25. <u>Факторами, которые могут влиять на объем операции у онкологических больных являются</u>
стадия заболевания
возраст больного
сопутствующие заболевания
все ответы верные
#
26. <u>Абсолютным противопоказанием к лучевому лечению является</u>

пожилой возраст
молодой возраст
активный туберкулез
все перечисленные факторы
#
27. <u>Для папилломы мочевого пузыря характерны</u>
наклонность к рецидивам
множественность поражений
частое озлокачествление
все ответы правильные
#
28. <u>Рецепторы стероидных гормонов выявляются в опухолях:</u>
молочной железы
матки
гортани
правильные ответы 1, 2
#
29. <u>Соблюдение принципов анатомической зональности и футлярности лежит в основе.</u>
понятия "антибластики"при операциях по поводу злокачественных опухолей
понятия "абластики"при операциях по поводу злокачественных опухолей
мер профилактики ортоградноголимфогенного метастазирования
мер профилактики гематогенного метастазирования
#
30. <u>Паренхиму новообразования составляют</u>
собственно опухолевые клетки
соединительная ткань
кровеносные и лимфатические сосуды
нервные и клеточные элементы стромы
#
31. В основе дифференциальной диагностики первичных опухолей костей лежит:
Ангиография
Рентгенологическое исследование
Морфологическое исследование
Ультразвуковое исследование
#
32. Первичные злокачественные опухоли костей необходимо дифференцировать:
С фиброзной дисплазией
С хроническим остеомиелитом
С костно-хрящевым экзостозом
Все ответы верные
#
33. Остеосаркомы чаще всего встречаются:
До 25 лет
От 30 до 40 лет
От 40 до 50 лет
Старше 50 лет
#
34. Для остеосаркомы характерны следующие рентгенологические признаки:
Наличие «треугольника»(козырька)Кодмана

Наличие спикул
Оссификация внекостного компонента
Все ответы верные
#
35. Остеосаркома как правило метастазирует:
В легкие
В кости
В лимфоузлы
Все ответы верные
#
36. Хондросаркома чаще возникает:
В любой кости
В длинных трубчатых костях
В плоских костях
В мелких костях стопы и кисти
#
37. Для хондросаркомы высокой степени морфологической зрелости свойственно:
Медленное развитие с малой выраженностью симптомов
Быстрый рост
Наличие сильных постоянных болей
Частые патологические переломы
#
38. Морфологическая верификация первичной саркомы костей необходима:
Для уточнения диагноза
Для выбора метода лечения
Для решения вопроса об объеме хирургического вмешательства
Все ответы верные
#
39. При лечении саркомы Юинга основным методом является:
Хирургический
Лучевой
Химиотерапевтический
Иммунотерапия
Правильные ответы 2 и 3
#
40. Симптом “гармошки” является характерным признаком:
Злокачественной фиброзной гистиоцитомы
Дифференцированной фибросаркомы
Посттравматической гематомы
Хронического воспалительного инфильтрата
#
41. При саркомах мягких тканей оптимальным является лечение:
Хирургическое
Лучевое
Хирургическое+лучевое
Хирургическое + полиохимиотерапия и (или) лучевая терапия
Лучевая терапия+химиотерапия
#
42. Боль при саркомах мягких тканей наблюдается

Редко
Всегда
Часто
Не наблюдается
#
43. Наиболее частым и злокачественно поражающим видом костным сарком является
Саркома Юинга
Остеогенна саркома
Хондросаркома
Ретикулосаркома
#
44. Боль при костных саркомах
Усиливается по ночам
Стихает по ночам
Стихает в покое
Усиливается при движении
#
45. При остеобластокластоме на рентгенограмме
Очаг уплотнения в метафизе без периостита
Очаг разряжения в метафизе без периостита
Секвестрация
Очаг разряжения в диафизе без периостита
#
46. При остеоме болевой синдром чаще
Ночью
Днем
К вечеру
Постоянно в течение дня
Отсутствует
#
47. Лечение остеом включает в себя
Лучевую терапию
Химиотерапию
Экзартикуляции
Краевые резекции кости
Антибиотикотерапию
#
48. Для остеогенной саркомы на рентгенограмме характерен
Симптом “козырька”
Луковичный периостит
Очаг разряжения в диафизе
секвестрация
#
49. К опухолям костей не относят
Фиброму
Остеому
Хондрому
Липому
синовиому

#
50. Клиническими симптомами остеогенной саркомы являются все перечисленные, кроме
Снижение массы тела
Ночные боли
Появление сначала отека, деформации, позже болей
Потеря аппетита
Общее недомогание
#
51. Для остеод-остеомы характерны боли
Ночью
Днем
К вечеру
Постоянно в течение дня
Отсутствие болей
#
52. Наиболее часто при оперативном лечении саркомы Юинга у детей применяется
Краевая резекция и аллопластика дефекта
Сегментарная резекция и аллопластика дефекта
Краевая пластика без аллопластики дефекта ампутации конечности
Сегментарная резекция с аутопластикой трансплантатом на сосудистой ножке
Ампутация конечности
#
53. В кости могут возникнуть все перечисленные опухоли, кроме
Хондромы
Эндотелиомы
Липомы
Фибромы
Остеод-остеомы
#
54. Наиболее типичной локализацией остеогенной саркомы является
метафиз
Диафиз
Эпифиз
Апофиз
физис
#
55. Наиболее типичной локализацией саркомы Юинга является
Метафиз
Диафиз
физис
апофиз
эпифиз
#
56. Этиологические факторы развития рака молочной железы
эндогенные
экзогенные
Факторы окружающей среды и образа жизни
Все вышеперечисленное

#
57. К эндогенным факторам развития рака молочной железы относится:
Заместительная гормональная терапия
радиация
Раннее менархе, поздние первые роды или их отсутствие
Образ жизни и питания
#
58. По гистологической структуре слизистый (медуллярный) рак относится к:
инфильтрирующему
неинфильтрирующему
Является переходной формой
#
59
Наиболее часто рак молочной железы встречается в возрасте:
20-25 лет
45-50 лет
30-35 лет
60-65 лет
#
60
Наиболее часто встречающаяся форма рака молочной железы
Отечно-инфильтративная
Рак Педжета
Узловая
#
61
Симптом площадки – это
Втяжение кожи над опухолью
Распространенность опухоли на 1/3 молочной железы
Лимфатический отек кожи
Фиксация кожи над опухолью
#
62
К доброкачественным опухолям молочных желез относится:
Диффузная фиброзно-кистозная мастопатия
Узловая фиброзно-кистозная мастопатия
Фиброаденома
Все перечисленные
Ни одна из перечисленных
#
63
Особенностями роста фиброаденомы железы является:
Экспансивный рост
Инфильтрирующий с метастазами
Инфильтрирующий без метастазов
Все ответы правильные
#
64
Рак молочной железы метастазирует в яичники:

3
Лимфогенным путем
Ретроградным лимфогенным путем
Гематогенным путем
Имплантационным путем
#
65
Рак молочной железы может метастазировать:
Лимфогенно
Гематогенно
Имплантационно
Смешанно (лимфогенно+гематогенно)
Все ответы правильные
#
66
При локализации рака молочной железы во внутренних квадрантах, первым этапом метастазирования будут:
Подмышечные лимфоузлы
Парастеральные лимфоузлы
Паховые лимфоузлы
Подлопаточные лимфоузлы
#
67
Срочное гистологическое исследование при операции по поводу новообразования молочной железы можно не выполнять, если диагноз подтвержден:
Клиническими данными
Маммографией
Термографией
Морфологическим цитологическим исследованием
#
68
При отечно-инфильтративной форме рака молочной железы лечение следует начинать с:
хирургического
лучевого
химиотерапевтического
гормонального
#
69
Для отечно-инфильтративной формы рака молочной железы характерна триада:
Отек кожи и ткани железы, гиперемия кожи, значительная местная распространенность и неблагоприятный прогноз
Отек кожи и ткани железы, гиперемия кожи, значительная местная распространенность и благоприятный прогноз
Отек кожи и ткани железы, похолодание кожи, значительная местная распространенность и благоприятный прогноз
Уплотнение ткани железы, гиперемия кожи, значительная местная распространенность и благоприятный прогноз
#
70
Симптом умбликации – это
Втяжение кожи над опухолью
Распространенность опухоли на 1/3 молочной железы
Лимфатический отек кожи

Фиксация кожи над опухолью
#
71
Лимфатический отек кожи – это симптом...
Лимонной корки
умбликации
площадки
#
72
Какая форма рака молочной железы имеет наиболее неблагоприятный прогноз?
узловая
Рак Педжета
Инфильтративно-отечная
#
73
Основным методом лечения доброкачественных опухолей является
хирургический
лучевой
гормональный
лекарственный
#
74
Основным видом лечения внутрипротоковых папиллом является
хирургическое
лучевое
гормональное
лекарственное
#
75
При метастазах рака молочной железы в печень показана х/ терапия препаратами
винкристином
таксотером
тиофосфамидом
випезидом
#
76
Определение рецепторов стероидных гормонов необходимо для проведения
лучевой терапии
химиотерапии
гормонотерапии
иммунотерапии
#
77
Операция радикальной резекции молочной железы может быть произведена, если до операции установлен рак молочной железы, внутренней локализации
I стадии
Нб стадии
П1б стадии
Ша стадии

#
78
У больной 25 лет на фоне беременности появилось уплотнение и гиперемия правой молочной железы, кровянистые выделения из соска, увеличенный лимфоузел в правой подмышечной области. Наиболее целесообразным в данном случае является А) Б) В) Г) Д)
назначение физиотерапевтических процедур
пункция уплотнения правой молочной железы и увеличенного лимфоузла с последующим цитологическим исследованием пунктата
назначение антибиотиков
маммография
#
79
Для диагностики рака молочной железы наиболее достоверным является А) Б) В) Г)
анализ крови
анализ мочи
осмотр и пальпация
цитологическое исследование пунктата из опухоли
#
80
Для ранней диагностики рака молочной железы наиболее применима
Маммография, УЗИ
флюорография
пункционная биопсия
секторальная резекция
#
81
В левой молочной железе пальпируется безболезненное опухолевидное образование 2-3 см, положительный симптом «площадки», сосок деформирован, ареола отечна, выделений из соска нет. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. Наиболее вероятный диагноз
фиброаденома
липома
узловая мастопатия
рак молочной железы
#
82
У первородящей молодой женщины в молочной железе пальпируется болезненное уплотнение с гиперемией кожи. Положительный симптом флюктуации, температура 39°C. Наиболее вероятный диагноз
рак Педжета
галактоцеле
острый гнойный мастит
фиброзная мастопатия
#
83
К осложнениям лучевой терапии относятся все перечисленные, кроме
слабости
тошноты, рвоты
лейкопении
образования метастазов
#
84
Точно диагностировать рак молочной железы можно на основании

клинической картины
морфологического исследования
маммографии
ультразвукового исследования
#
85
Рак молочной железы может метастазировать только А) гематогенно Б) лимфогенно В) имплантационно Г) гематогенно и лимфогенно Д) всеми перечисленными путями
Гематогенно
Лимфо/ гематогенно
Имплантационно
Всеми вышеперечисленными путями
#
86
Гормональный препарат, способствующий подавлению функции яичников?
Герцептин
Адрибластин
Тамоксифен
циклофосфан
#
87
Какая хирургическая тактика, если гормонально-активной форма опухоли молочной железы? Произвести операцию в объеме:
Экстирпация матки с придатками
Двусторонняя овариэктомия
Операция Вертгейма
Удаление придатков с пораженной стороны
#
88
Как называется операция, при которой удаляется молочная железа с п/м, п/кл, п/л клетчатками?
Ампутация молочной железы с п/м лимфаденэктомией
РМЭ по Пейти
РМЭ по Холстеду
РМЭ по Маддену
#
89
Как называется операция, при которой удаляется молочная железа с п/м, п/кл, п/л клетчатками, большой и малой грудными мышцами?
РМЭ по Пейти
РМЭ по Холстеду
РМЭ по Маддену
Паллиативная МЭ
#
90
Подмышечная лимфодиссекция преследует следующие цели:
Лечебные
Диагностические
Профилактические
Лечебно-диагностические

#
91
Паллиативная мастэктомия показана при:
Раке молочной железы 1 стадии
Раке молочной железы 3-4 стадии с распадом/кровотечением
Раке молочной железы 2 стадии
Раке Педжета
#
92
Почему при паллиативной мастэктомии не выполняют п/м лимфодиссекцию?
Из-за снижения риска осложнений
Из-за повышения концентрации в крови онкомаркеров
Из-за повышения риска осложнений
Все верно
#
93
При помощи какого исследования можно дифференцировать узловую мастопатию от узловой формы рака молочной железы?
УЗИ
Маммографии
Объективных данных
Патогистологического исследования
#
94
Какой препарат наиболее эффективен при фиброзно-кистозной мастопатии?
Дорамидин
Мастодинон
Достинекс
Все верно
#
95
Что способствует развитию мастопатии?
Стрессы
Гормональные сбои
Нерегулярная половая жизнь
Все верно
#
96
Рентгенологический метод диагностики рака молочной железы...
Флюорография
УЗИ
Маммография
Урография
#
97
Комплекс дополнительных лечебных мероприятий, направленных на уничтожение скрытых метастазов после радикального удаления первичного очага опухоли . . .
Неадекватная химиотерапия
Адекватная химиотерапия
Комбинированная терапия

#
98
Комплекс дополнительных лечебных мероприятий, направленных на подавление или уничтожение микрометастазов и уменьшение размеров первичной опухоли . . .
Неадекватная химиотерапия
Адекватная химиотерапия
Комбинированная терапия
#
99
Противопоказания к химиотерапии:
Кахексия, интоксикация
Метастазы в головной мозг (при тяжелом состоянии больной)
Метастазы в печень при высоких значениях билирубина
Все верно
#
100
Наиболее часто при раке молочной железы метастазы поражают:
Легкие
Позвоночник, яичники
Печень
желудок
#
101
Для ранней диагностики рака молочной железы необходимо проводить:
Самообследование
УЗИ – 1-2 раза/год
Профилактические осмотры
Все верно
#
102
Цель скрининга на рак молочной железы – это
Выявление групп риска
Выявление опухоли на ранних стадиях
Определение по стадиям рака молочной железы
Все верно
#
103
Фиброаденомы наиболее часто встречаются в возрасте:
40-45 лет
50-55 лет
20-35 лет
Во всех возрастных категориях
#
104
Могут ли фиброаденомы малигнизироваться?
Да
Нет
Не всегда

#
105
Какое исследование позволяет 100% верифицировать диагноз рака молочной железы?
УЗИ
Маммография
Патогистологическое исследование
ОАК
#
106
Предраковые состояния слизистой оболочки желудка при гистологическом исследовании характеризуются
Наличием атипических клеток, кишечной метаплазии очагового характера
Степенью дисплазии клеток
Наличием хронического атрофического гастрита
Болезнь Менетрие
#
107
Эндоскопическая полипэктомия без предварительного морфологического исследования биопсийного материала допустима
При множественных мелких полипах
При одиночном полипе на ножке независимо от его размеров
При одиночном полипе на широком основании независимо от его размеров
При одиночном мелком полипе на ножке
#
108
Какая локализация рака желудка наиболее сложна в диагностике?
Кардиальный отдел
Дно желудка
Тело желудка
Антральный отдела желудка
#
109
При наличии малигнизированного полипа желудка больному показана:
Эндоскопическая полипэктомия
Хирургическое иссечение полипа
Клиновидная резекция желудка
Субтотальная резекция желудка с соблюдением всех онкологических принципов
#
110
Укажите эндоскопические признаки малигнизации полипа желудка:
умеренный рост полипа
изъязвление поверхности полипа
гиперемия слизистой вокруг полипа
фиброзный налет на поверхности полипа
#
111
Наиболее эффективным химиопрепаратом при раке желудка относится:
5-фторурацил

адриамицин
CCNU, BCNU
Циклофосфан
#
112
На уровень заболеваемости раком желудка влияют:
Пищевой фактор и режим питания, почвенно-климатические особенности
Местные изменения слизистой оболочки желудка
Фоновые заболевания, наследственный фактор
Все перечисленные
#
113
У больного 48 лет неоперабельный рак желудка, метастазы по брюшине, в печень, кости, асцит. Состояние средней тяжести. Противоопухолевое лечение не проводилось. Ваша тактика лечения.
системная химиотерапия с использованием антрациклинов
иммунотерапия
лучевая терапия
симптоматическая терапия
#
114
Укажите местные симптомы рака пищевода:
боли за грудиной, похудание
дисфагия и боли при прохождении пищи по пищеводу, дисфагия, боли за грудиной
осиплость голоса, общая слабость
дисфагия, икота, общая слабость
#
115
Какая группа лимфоузлов не является регионарной для рака пищевода?
Шейные
Надключичные
Параэзофагеальные
Бронхопульмональные
#
116
Какой критерий оценки «Т» используется в Международной классификации TNM при раке пищевода?
протяженность опухоли
размеры опухоли
глубина инвазии стенки пищевода
характер роста опухоли
#
117
Укажите ранний симптом рака пищевода
дисфагия
отраженные боли в другие органы
расстройства глотания
нет симптомов
#
118
Пищевод в виде «бус», «четкообразный», «штопорообразный», псевдодивертикуляр-ный пищевод - эти названия отражают одни и те же изменения в пищеводе, а именно:

Множественные дивертикулы
Гипермоторную дискинезию (сегментарный спазм)
Вторичные изменения в результате склерозирующего медиастинита
Варикозное расширение вен
#
119
У больного имеются боли за грудиной при приеме пищи, периодическая дисфагия. Рентгенологически в наддиафрагмальном отделе пищевода определяется «ниша» на контуре и на рельефе диаметром 0,3 см. Просвет пищевода на этом уровне циркулярно сужен, проходимость для бария сохранена. Ваше заключение:
Эндофитный рак с изъязвлением
Блюдцеобразный рак
Язва пищевода
Эзофагит
#
120
Наиболее часто встречающаяся гистологическая форма рака желудка:
Железистый рак
Плоскоклеточный рак
Смешанный железисто-плоскоклеточный рак
Все перечисленные варианты встречаются с одинаковой частотой
#
121
Заподозрить малигнизацию язвы желудка позволяют следующие признаки:
Размеры язвенной ниши более 2,0 см в диаметре
Длительное существование язвенной ниши или ее увеличение при одновременном стихании характерных для язвенной болезни болей
Снижение кислотности желудочного сока
Все перечисленное
#
122
Раком пищевода
чаще болеют мужчины
чаще болеют женщины
частота поражения не связана с полом
чаще болеют дети
#
123
Рак пищевода чаще всего поражает
1 верхнюю треть
среднюю треть
нижнюю треть
одинаково часто развивается в любом отделе пищевода
#
124
Плоскоклеточный рак среди заболевших раком пищевода встречается примерно
у 20% больных
у 40% больных
у 60% больных
у 90% больных

#
125
При раке пищевода возможны следующие анатомические типы роста опухоли
язвенный
узловой (бородавчато-папилломатозный)
инфильтрирующий (скirroзный)
все ответы верные
#
126
Стенокардитическая и гастритическая клинические маски рака пищевода наиболее часто наблюдаются при локализации раковой опухоли
в шейном отделе пищевода
в верхнегрудном отделе пищевода
в среднегрудном отделе пищевода
в нижнегрудном и абдоминальном отделах пищевода
#
127
К рентгеноморфологическим признакам рака пищевода относятся
изменение эластичности стенки пищевода
неровность контура пищевода
деформация рельефа слизистой
правильные ответы №2 и №3
#
128
К хирургическим вмешательствам по поводу рака пищевода с одномоментной пластикой перемещенным желудком относятся все перечисленные методы, кроме
операции Жиано - Гальперна - Гаврилиу
операции Осавы - Герлока
операции типа Льюиса
операции Киршнера - Накаямы
#
129
Химиотерапия при раке пищевода
обладает высокой эффективностью
может использоваться с таким же успехом, как и лучевая терапия
малоэффективна
не применяется
#
130
Какая клиническая форма относится к периферическому раку легкого:
Перибронхиальный узловой рак
Миллиарный карциноматоз
Перибронхиальный разветвленный рак
Круглый рак
#
131
Какая гистологическая форма рака легкого относится к недифференцированным?
Солидный рак
Плоскоклеточный рак
Ацинарная аденокарцинома

Крупноклеточный рак
#
132
Основными видами радикального хирургического вмешательства при раке легкого являются:
Лобэктомия (билобэктомия), пневмонэктомия
Сегментэктомия
Клиновидная или краевая резекция легкого
Правильные ответы №1 и №2
#
133
Дифференциальный диагноз периферического рака легкого необходимо проводить:
С опухолями плевры
С опухолями диафрагмы
С опухолями грудной клетки
Все ответы верны
#
134
Какие факторы риска при раке легкого относятся к Эндогенным?
отягощенная наследственность
курение
загрязнение окружающей среды
возраст старше 50 лет, предопухолевые заболевания легких
#
135
Укажите ранние симптомы периферического рака легкого:
боли в грудной клетке
кровохарканье
сухой кашель
нет симптомов
#
136
Укажите ранние симптомы центрального рака легкого:
одышка, кровохарканье
кровохарканье, сухой кашель и кровохарканье
кровохарканье, одышка
одышка, сухой кашель
#
137
Укажите симптомы рака Пенкоста:
кровохарканье, похудание
боли в верхней конечности на стороне поражения, ограничение движений
отек верхней конечности на стороне поражения
кровохарканье, ограничение подвижности верхней конечности на стороне поражения
#
138
Для какой атипичной формы рака легкого характерны цианоз и отек лица, шеи и верхне-плечевого пояса:
костная форма
мозговая
медиастинальная

опухоль Пенкоста
#
139
Понятие - "централизация" обозначает, что периферический рак легкого прорастает в стенку:
Главного бронха
Долевого или сегментарного бронха
Субсегментарного бронха и бронха V порядка
Правильные ответы №1 и №2
#
140
Из стенки бронха в его просвет в виде папиллом, полипов или дольчатых узлов растут опухоли из группы:
Эндобронхиального экзофитного рака легкого
Перибронхиального узлового рака
Разветвленного рака
Пневмониеподобного рака
#
141
Наиболее частой локализацией рака легкого является:
Верхняя доля правого легкого
Верхняя доля левого легкого
Средняя доля
Язычковые сегменты левого легкого
#
142
Опухолевидное тенеобразование с плавными четкими контурами, средней интенсивности, небольших размеров характерно для:
Периферического рака
Туберкуломы
Доброкачественной опухоли
Солитарного метастаза
#
143
Какие методы не являются обязательными в диагностике периферического рака легкого:
обзорная рентгенография
трансторакальная пункция
цитологическое исследование мокроты
бронхография, бронхоскопия
#
144
Солитарные метастазы в паренхиме легких наиболее часто встречаются у больных
остеогенной саркомой
яичка
раком молочной железы
раком толстой кишки
#
145
Раком легкого чаще болеют
мужчины
женщины

одинаково часто и мужчины, и женщины
#
146
Определяющая роль в увеличении заболеваемости населения раком легких принадлежит
генетическому фактору
профессиональным вредностям
курению
загрязнению атмосферы
#
147
У мужчин, больных центральным раком легкого, преобладает
плоскоклеточный рак
железистый рак
мелкоклеточный рак
крупноклеточный рак
#
148
Периферический рак у женщин чаще бывает
плоскоклеточным
железистым
мелкоклеточным
крупноклеточным
#
149
При раке легкого наиболее часто метастазами поражаются следующие группы лимфатических узлов
внутригрудные
подмышечные
забрюшинные
паховые
#
150
При периферическом раке легкого, в отличие от центрального, заболевание: 1) длительное время протекает бессимптомно, 2) сопровождается выраженной клинической симптоматикой уже на начальной стадии, 3) симптомы кашля и кровохаркания являются ранними, 4) кашель и кровохаркание появляются поздно
правильно 1 и 3
правильно 2 и 3
правильно 1 и 4
правильно 2 и 4
#
151
Дифференциальный диагноз центрального рака легкого следует проводить
с хронической пневмонией и очаговым пневмосклерозом, туберкулезом
с бронхоэктатической болезнью
с доброкачественными опухолями легких
все ответы верные
#
152
Дифференциальный диагноз периферического рака легкого необходимо проводить
с доброкачественными опухолями легких
с метастазами

с эхинококковой кистой
все ответы верные
#
153
Наиболее эффективным методом лечения немелкоклеточного рака легкого является
хирургический
лучевой
химиотерапия
иммунотерапия
#
154
К комбинированным операциям по поводу рака легкого относятся операции
с удалением паратрахеальных и медиастинальных лимфатических узлов
с резекцией перикарда
с резекцией трахеи
с резекцией грудной стенки
#
155
Основными условиями радикализма операции при раке легкого являются
удаление регионарных лимфатических узлов окружающей жировой клетчаткой
отстояние линии пересечения бронха от видимого края опухоли на 1.5-2 см
отсутствие опухолевых клеток в крае пересеченного бронха, сосудов, органов при микроскопическом исследовании
все ответы верные
#
156
К раку тела матки не относятся:
Аденокарцинома
лейомиома
аденоакантома
Недифференцированный рак
Светлоклеточный рак
#
157
Кольпоскопия как метод диагностики используется при:
Рак шейки матки
Рак тела матки
Рак вульвы
Рак яичников
Все верно
#
158
Какая гистологическая форма РТМ обладает наименьшей злокачественностью:
Плоскоклеточный рак
Умереннодифференцированный рак
Недифференцированный рак
Высокодифференцированный рак
Верно все
#
159

Укажите правильную поэтапную схему лечения при АГЭ в пременопаузальном периоде:
ОПК + СПП + андрогены
Эстрогены + гестагены
ОПК + андрогены
ОПК + СПП + хориогонин
Только ОПК
#
160
Женщина после излечения АГЭ наступила беременность. Что может вызвать данная беременность :
Рецидив АГЭ
Предотвращение рецидива АГЭ
Беременность может явиться причиной перехода раннее излеченного АГЭ в РЭ
Гиперплазия эндометрия
#
161
Укажите правильную поэтапную схему лечения АГЭ у женщин репродуктивного периода:
ОПК + СПП + кломифен
ОПК + СПП + андрогены
ОПК + андрогены
эстрогены
Все ответы правильные
#
162
При ЖГЭ в постменопаузе более 1 года назначают:
Эстрогены + гестагены
СПП
ОПК
эстрогены
андрогены
#
163
Для стимуляции овуляции в репродуктивном периоде после излечения АГЭ назначают :
ОПК
Кломифен
эстрогены
Эстрогены + гестагены
Ничего не верно
#
164
При ЖГЭ или полипах эндометрия в репродуктивном периоде назначают:
эстрогены
ОПК
Эстрогены + гестагены
СПП
#
165
Послеоперационное облучение при РТМ показано при:
I стадии
II стадии

III стадии
Верно 2 и 3
Верно все
#
166
Операция Вертгейма показана при распространении РТМ в:
Яичники
Прямую кишку
Шейку матки
Мочевой пузырь
Все верно
#
167
К прелраку шейки матки относится:
Эндоцервикоз
Эндометриоз
Эктропион
Дисплазии
Карцинома in situ
#
168
Для уточненной диагностики предрака шейки матки целесообразно проводить:
Осмотр в зеркалах
Кольпоскопию
Цитологическое исследование
Гистологическое исследование
Все перечисленное
#
169
Для лечения предрака шейки матки целесообразно использовать:
Диатермокоагуляцию
Криодеструкцию
Конизацию шейки матки
Правильные ответы 2 и 3
Правильные ответы 1 и 2.
#
170
Классификации РТМ могут быть все, кроме:
По FIGO
По TNM
По Кларку
Все верно
#
171
Укажите поэтапное лечение РТМ III стадии по FIGO (T3N0M0 или T3N1M0)
Гормональная терапия + расширенная экстирпация матки с придатками и лимфотическими узлами таза или операция Вертгейма (при переходе опухоли на цервикальный канал) + лечебная терапия
Гормональная терапия + лучевая терапия
Простая экстирпация матки + гормональная терапия

Расширенная экстирпация матки с придатками и лимфотическими узлами таза + лучевая терапия
#
172
Прогестагены при РТМ до операции или лучевой терапии не назначают при следующей гистологической форме:
G1
G3
G2
Все верно
Правильные ответы 1 и 2
#
173
Укажите поэтапное лечение РТМ II стадии по FIGO (T2N0M0)
Лучевая терапия + гормональная терапия
Гормональная терапия + расширенная экстирпация матки с придатками, верхней третью влагалища и лимфотическими узлами таза по методу Вертгейма + лечевая терапия
Лучевая терапия + экстирпация матки с придатками + гормональная терапия
Все ответы верные
Правильные ответы 1 и 2.
#
174
При РТМ первыми поражаются лимфотические узлы:
подздошные
подключичные
подмышечные
поясничные
парастеральные
#
175
РТМ I стадии T1N0M0
Полость матки до 8 см
Полость матки более 8 см
Полость матки более 8 см с поражением верхней трети шейки матки
Все верно
#
176
Регионарными лимфоузлами первого этапа метастазирования при раке шейки матки являются: 1) запирательные, 2) наружные и внутренние подвздошные, 3) общие подвздошные, 4) парааортальные, 5) паховые
Все ответы правильные
Правильные все, кроме 5)
Правильные все, кроме 4) и 5)
Правильные все, кроме 1) и 3)
Правильные все, кроме 1) и 2)
#
176
Чаще РЭ локализуется:
В трубных углах матки
В области дна
На теле
Верно 1 и 3

#
177
Гормональная терапия противопоказана при РЭ, если имеются:
Миома матки, превышающая размеры 12недельной беременности и/или с субмукозными узлами
Острое воспалительное заболевание внутренних половых органов
Увеличение придатков матки неясного генеза
Все верно
#
178
К РЭ относится:
Аденоакантома эндометрия
Железистая гиперплазия эндометрия
Атипическая гиперплазия эндометрия
Все верно
#
179
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.
#
180
Распространение РШМ происходит чаще:
Лимфогенным путем
Гематогенным путем
Все верно
#
181
К ранним формам рака шейки матки относятся:
Дисплазия
Интраэпителиальный рак
1а стадия
1б стадия
Правильные ответы 2 и 3
#
182
Основным методом лечения при РВ является:
Хирургическое лечение
Хирургическое лечение + лучевая терапия
Лучевая терапия
Гормональная терапия
Все перечисленное
#
183
Простую "кожную" вульвэктомию применяют при следующих поражениях. кроме:
Болезнь Педжета вульвы

Лейкоплакия Кейра
Злокачественная меланома вульвы
Все верно
Правильные ответы 1 и 2
#
184
HPV-16 И HPV-18 вызывает преимущественно рак :
Рак шейки
Рак влагалища
Рак вульвы
Рак матки
#
185
Что является показателем чувствительности РЭ к лечению прогестагенами:
Высокий уровень содержания рецепторов прогестерона
Низкий уровень содержания рецепторов прогестерона
Высокий уровень содержания рецепторов эстрогена
Отсутствие в крови прогестерона
#
186
Истинным предраком вульвы является:
Лейкоплакия
Дисплазия
Крауроз
Все верно
#
187
Больная Н., 40 лет жалуется на болезненные язвы , гнойные выделения, опухоль, раздражение вульвы, дискомфорт, зуд и кровянистые выделения. Для рака какой локализации характерны данные симптомы.
РВл
РВ
РШМ
#
188
У женщины 39 лет выявлен интраэпителиальный 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.
#
189
При классификации рака шейки матки по системе TNM группировка символов T1aN1Mo обозначает стадию:
Ia стадию
Ib стадию
II стадию

III стадию
#
190
У больной 48 лет выявлен интраэпителиальный рак шейки матки и беременность 8 недель. Наиболее целесообразно применить у данной больной:
Конизацию шейки матки
Криодеструкцию
Экстирпацию матки с придатками
Расширенную экстирпацию матки с придатками
#
191
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
#
192
У больной 55 лет выявлен интраэпителиальный рак цервикального канала. Из сопутствующих заболеваний у больной выявлены ИБС и ожирение 3 степени. Наиболее целесообразно выполнить:
Конизацию шейки матки
Криодеструкцию
Экстирпацию матки с придатками
Расширенную экстирпацию матки с придатками
#
193
При выборе тактики лечения больной раком шейки матки следует учитывать:
Возраст больной
Локализацию опухоли и степень распространенности процесса
Гистологическую структуру опухоли
Сопутствующие заболевания
Все перечисленное
#
194
При расширенной экстирпации матки с придатками удаляются все перечисленные лимфоузлы, кроме:
Параметральных
Запирательных
С наружной и внутренней подвздошных артерий
С общей подвздошной
Парааортальных
#
195
У больной 35 лет выявлен микроинвазивный рак шейки матки с инвазией опухоли до 3 мм и диаметр опухоли до 2 см. Тактика предусматривает:
Конизацию шейки матки
Криодеструкцию

Экстирпацию матки с придатками
Расширенную экстирпацию матки с придатками
Расширенную экстирпацию матки без придатков
#
196
У больной 40 лет выявлен микроинвазивный рак шейки матки до 3 мм и беременность 8 недель. Тактика лечения включает:
Ампутацию шейки матки после прерывания беременности
Прерывание беременности +экстирпацию матки в придатками
Экстирпацию матки без придатков
Расширенную экстирпацию матки без придатков
#
197
У больной 32 лет выявлен микроинвазивный рак шейки матки (инвазия 3 мм) и беременность 37 недель. Оптимальная тактика:
Кесарево сечение + расширенная экстирпация матки с придатками
Кесарево сечение + экстирпация матки с придатками
Кесарево сечение + экстирпация матки без придатков
Кесарево сечение + конизация шейки матки
#
198
У больной 48 лет выявлена аденокарцинома цервикального канала 1б стадии. Соматически не отягощена. Тактика лечения сводится:
К расширенной экстирпации матки с придатками
К сочетанному лучевому лечению
К комбинированному лечению с предоперационным облучением
К комбинированному лечению с послеоперационным облучением.
#
199
У больной 50 лет выявлен микроинвазивный рак шейки матки инвазия 3 мм. Тактика лечения включает:
Экстирпацию матки без придатков
Экстирпацию матки с придатками
Расширенную экстирпацию матки с придатками
Ампутацию шейки матки
#
200
У больной 42 лет выявлен рак шейки матки 1 б стадии. Из сопутствующих заболеваний - хронический воспалительный процесс матки с частыми обострениями. Тактика лечения включает:
Расширенную экстирпацию матки с придатками
Облучение + расширенную экстирпацию матки с придатками
Расширенную экстирпацию матки с придатками + облучение
Сочетанное лучевое лечение
#
201
У больной 38 лет выявлен рак шейки матки 2а стадии (поражение только сводов влагалища). Тактика лечения включает:

Расширенную экстирпацию матки с придатками
Облучение + расширенную экстирпацию матки с придатками
Расширенную экстирпацию матки с придатками + облучение
Сочетанное лучевое лечение
#
202
У больной 56 лет выявлен рак шейки матки 2 а стадии с поражением только сводов влагалища. Соматически отягощена - ожирение. Тактика лечения включает:
Расширенную экстирпацию матки с придатками
Расширенную экстирпацию матки с придатками + облучение
Облучение + расширенную экстирпацию матки с придатками
Сочетанное лучевое лечение
#
203
У больной 45 лет выявлен рак шейки матки 2-ая стадия (с поражением сводов влагалища и параметральными инфильтратами). Ей следует выполнить:
Расширенную экстирпацию матки с придатками
Облучение + операция (расширенную экстирпацию матки с придатками)
Операция + облучение
Сочетанное лучевое лечение
#
204
У женщины 30 лет выявлен рак шейки матки 3б стадии и беременность 6 недель. Тактика лечения предусматривает:
Расширенную экстирпацию матки с придатками с предоперационным облучением
Расширенную экстирпацию матки с придатками с послеоперационным облучением
Сочетанное лучевое лечение (при наружном облучении происходит выкидыш, ревизия матки и продолжение облучения)
Прерывание беременности + сочетанное лучевое лечение.
Операция Вертгейма с последующей лучевой терапией
Удаление придатков матки с последующей сочетанной лучевой терапией
Сочетанную лучевую терапию
Любой из перечисленных методов
#
205
К предракам нижней губы относятся: 1) очаговый и диффузный гиперкератоз, 2) абразивный хейлит Манганноти, 3) лейкоплакия, 4) кожный рог, 5) кератоакантома, 6) эритроплакия, 7) папиллома:
Правильно все перечисленное
Правильно все перечисленное, кроме 5), 6)
Правильно все перечисленное, кроме 1), 2), 6)
Правильно все перечисленное, кроме 3), 5), 6)
Правильно все перечисленное, кроме 2), 3), 4)
#
206
Частота рака нижней губы имеет:
Тенденцию к увеличению
Остается на том же уровне
Тенденцию к уменьшению

#
207
К факторам, оказывающим влияние на возникновение рака нижней губы, относятся: 1) Курение, 2) Травма, 3) Контакт с мышьяковистыми соединениями, 4) Лучистая энергия, 5) Климатические условия, 6) Эндогенные факторы:
Правильно все, кроме 2), 3)
Правильно все, кроме 5), 6)
Правильно все, кроме 2), 4)
Правильно все, кроме 2),4), 6)
Правильно все
#
208
Криодеструкция первичной опухоли нижней губы может применяться:
При I стадии
При IIa стадии
При IIb стадии
При рецидиве опухоли
При всех перечисленных стадиях
#
209
Операцию Ванаха превентивно целесообразно выполнять при раке нижней губы:
IIb стадии
IIIb стадии
IVa стадии
IVb стадии
Все ответы правильные
#
210
У больного 70 лет рак нижней губы IIa стадии. Наиболее целесообразный метод лечения:
Близкофокусная рентгенотерапия
Внутритканевая гамматерапия
Облучение электронами 4-6 МэВ
Контактная аппликационная гамматерапия на шланговом аппарате
Все ответы правильные
#
211
Близкофокусная рентгенотерапия может быть применена как самостоятельный радикальный метод лечения при раке нижней губы:
I стадии
IIa стадии
IIIa стадии
При всех стадиях
Правильные ответы 1 и 2
#
212
Радикальная лучевая терапия рака нижней губы IIIa стадии возможна с помощью:
Близкофокусной рентгенотерапии
Дистанционной гамматерапии
Облучение электронами

Все ответы правильные
Правильные ответы 2 и 3
#
213
Лучевая терапия регионарных метастазов рака нижней губы используется:
Как самостоятельный радикальный метод
Как этап комбинированного лечения
Как паллиативный метод лечения
Правильно 1 и 2
Правильные ответы 2 и 3
#
214
Показаниями к химиотерапии у больных злокачественными опухолями головы и шеи являются:
Местные неоперабельные рецидивы
Отдаленные метастазы
Низкодифференцированные опухоли
Все перечисленное
Только 1 и 2
#
215
Адьювантная химиотерапия применяется:
При раке щитовидной железы
При плоскоклеточных опухолях головы и шеи
При раке гортани
Показания для адьювантной химиотерапии не разработаны
#
216
При опухолях головы и шеи в настоящее время считается наиболее эффективной:
Системная химиотерапия
Регионарная внутриартериальная инфузия
Эндолимфатическое введение
Все методы одинаково эффективны
#
217
Одной из наиболее эффективных схем применения химиопрепаратов при опухолях головы и шеи является:
Платидиам+5-фторурацил (инфузия)
Оливомидин + циклофосфан
Винбластин + блеомицин
Циклофосфан + метотрексат + 5-фторурацил
#
218
Химиотерапия при опухолях головы и шеи может применяться:
До лучевой терапии
Одновременно с лучевой терапией
После лучевой терапии
Верно 1 и 2

Все ответы верные
#
219
Эффективность наиболее активных цитостатиков при плоскоклеточном раке головы и шеи (метотрексат, платидиам, 5-фторурацил) в монокимиотерапии составляет:
4-5%
15-30%
50-60%
80-90%
Более 90%
#
220
Сочетание платидиама с лучевой терапией при опухолях головы и шеи:
Не улучшает результата
Улучшает результат лечения
Улучшения незначительные
Отмечается значительное улучшение (70% излеченных)
#
221
Заболеваемость раком слизистой полости рта в РФ:
Снижается
Стабильная
Повышается
#
222
Наибольшая частота рака слизистой полости рта отмечается:
В государствах Балтии
В средней полосе России
В Узбекистане
В Сибири
#
223
Наиболее частой морфологической формой злокачественных опухолей слизистой полости рта является:
Плоскоклеточный рак
Саркома
Мукоэпидермоидная опухоль
Цилиндрома
Недифференцированный рак
#
224
Наиболее частой локализацией рака слизистой полости рта является:
Язык
Дно полости рта
Слизистая щеки
Слизистая мягкого неба

Слизистая альвеолярного отростка челюсти
#
225
Наиболее часто рак слизистой оболочки полости рта метастазирует в регионарные лимфатические узлы при локализации:
В подвижной части языка
В корне языка
В мягком и твердом небе
#
226
Превентивное фасциально-фуллярное иссечение клетчатки шеи оправдано:
При раке подвижной части языка Ia стадии
При раке подвижной части языка IIa стадии
При раке корня языка IIa стадии
При раке слизистой дна полости рта IIa стадии
#
227
При наличии у больного меланомы слизистой мягкого неба предпочтительнее проводить:
Хирургическое лечение
Лучевое лечение
Химиотерапию
Химиолучевое лечение
Комбинированное лечение (операция и лучевая терапия)
#
228
Лучевая терапия в лечении рака слизистой полости рта может быть применена:
Как самостоятельный радикальный метод лечения
Как паллиативный метод
Как этап комбинированного лечения
Правильные ответы 2 и 3
Все ответы правильные
#
229
У больного 55 лет рак IIa стадии боковой поверхности языка в средней трети. Среди вариантов лучевой терапии наиболее предпочтительна:
Дистанционная гамма терапия
Внутритканевая лучевая терапия
Сочетанная лучевая терапия
Правильные ответы 2 и 3
Правильные ответы 1 и 2
#
230
Превентивное облучение регионарных зон (лимфоузлов шеи) при раке языка требует подведения суммарных доз:
30 Гр
45-50 Гр
60 Гр
Правильного ответа нет
#
231

Среди злокачественных опухолей слюнных желез наиболее часто встречается:
Аденокарцинома
Плоскоклеточный рак
Рак из смешанных опухолей
Мелкоэпидермоидная опухоль
Цистаденокарцинома
#
232
Для установления диагноза злокачественной опухоли слюнной железы необходимо выполнить:
Сиалографию
Биопсию с морфологическим исследованием
Компьютерную томографию
Ангиографию
#
233
У больного 60 лет рак околоушной слюнной железы IIa стадии. Наиболее целесообразным методом лечения является:
Комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией
Комбинированное лечение с послеоперационной лучевой терапией
Сочетанная лучевая терапия
Только хирургическое лечение
#
234
При метастазах в легкие цилиндры околоушной слюнной железы наиболее эффективна следующая схема химиотерапевтического лечения:
САР (циклофосфан + адриамицин + платидиам)
СМФ (циклофосфан + метотрексат + 5-фторурацил)
Блеомицин + винбластин
Оливомидин + циклофосфан
#
235
К одонтогенным образованиям нижней челюсти относятся: 1) Амелобластома, 2) Одонтома, 3) Адамантинома, 4) Хондрома, 5) Одонтогенная фиброма, 6) Остеома, 7) Остеокластобластома, 8) Остеоид-остеома, 9) Рак челюсти
Правильно 1,3,5,8
Правильно 1,2,4,7,9
Правильно 1,2,3,4,9
Правильно 1,4,9
Все ответы правильные.
#
236
В полости носа из перечисленных злокачественных опухолей встречаются: 1) Аденокарцинома, 2) Плоскоклеточный рак, 3) Мягкотканые саркомы, 4) Меланома, 5) Цилиндрома, 6) Эстезионробластома
Все перечисленное.
Все перечисленное кроме 1,5
Все перечисленное кроме 1,3,5
Все перечисленное кроме 3,4,6
Все перечисленное кроме 4,5,6
#

237
У больного 65 лет плоскоклеточный рак нижней носовой раковины 1стадии. Из методов лучевой терапии ему наиболее целесообразна:
Дистанционная У-терапия.
Внутритканевая лучевая терапия.
Внутриполостная лучевая терапия.
Сочетанная лучевая терапия (дистанционная У-терапия + внутриполостная лучевая терапия).
#
238
Среди новообразований носоглотки встречаются следующие опухоли эпителиальной природы: 1) Аденома, 2) Ангиома, 3) Краниофарингиома, 4) Папиллома, 5) Кератома, 6) Невринома
Все перечисленное.
Все перечисленное кроме 6
Все перечисленное кроме 1,2
Все перечисленное кроме 1,4,6
Все перечисленное кроме 2,3,5,6
#
239
К новообразованиям носоглотки неэпителиальной природы относится: 1) Аденома, 2) Ангиома, 3) Краниофарингиома, 4) Папиллома, 5) Кератома, 6) Невринома
Правильно 1,4,6
Правильно 2,3,4,5
Правильно 3,4,5,6
Правильно 2,3,5,6
#
240
Лучевая терапия при опухолях носоглотки используется:
Как радикальный метод лечения
Как паллиативный метод лечения
В комбинации с хирургическим лечением
Правильно 1 и 2
Правильно 2 и 3
#
241
Облучение регионарных зон при лучевой терапии рака носоглотки:
Обязательно во всех случаях
Проводится только при верификации метастазов в лимфатических узлах шеи
Проводится только при подозрении на наличие метастазов в лимфатических узлах шеи
Облучение регионарных зон нецелесообразно
Правильные ответы 2 и 3
#
242
Наиболее радиочувствительной среди опухолей носоглотки является:
Плоскоклеточный ороговевающий рак
Плоскоклеточный рак с высокой степенью лимфатической инфильтрации
Лимфосаркома
Правильные ответы 1 и 2
Правильные ответы 2 и 3

#
243
Для лечения рака носоглотки наиболее целесообразен:
Хирургический метод
Лучевой метод
Химиотерапия
Комбинированный (хирургический + лучевая терапия)
#
244
У больного 65 лет плоскоклеточный низкодифференцированный рак корня языка T3N2M0. Наиболее целесообразным методом лечения является:
Резекция языка в сочетании с операцией Крайля
Сочетанная лучевая терапия
Дистанционное облучение языка и регионарных зон в сочетании с локальной гипертермией
Внутритканевая лучевая терапия
#
245
При раке гортани эффективны следующие химиопрепараты:
Метотрексат
Проспидин
Блеомицин
Верные ответы 1 и 2
Все перечисленное
#
246
Профилактическая химиотерапия применяется:
При раке гортани
При раке щитовидной железы
При злокачественной цилиндроме
Правильного ответа нет
#
247
У больного 43 лет плоскоклеточный неороговевающий рак гортани 1а стадии с поражением левой гортанной складки. Ему следует:
Провести самостоятельную дистанционную лучевую терапию
Провести боковую резекцию гортани с предоперационной лучевой терапией
Провести боковую резекцию гортани с послеоперационной лучевой терапией
Выполнить ларингэктомию
#
248
У больного 60 лет плоскоклеточный неороговевающий рак гортани IIIa стадии, инфильтративная форма с явлениями перихондрита. Ему необходимо:
Ларингэктомия
Комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией
Комбинированное лечение с послеоперационной лучевой терапией
Самостоятельный полный курс лучевой терапии по радикальной программе

#
249
Больному 45 лет по поводу плоскоклеточного рака гортани IIIa стадии с преимущественно экзофитной формой роста проведено предоперационное облучение в дозе 40 Гр. Через 2 недели отмечено клинически практически полное исчезновение опухоли. Ему следует:
Выполнить резекцию гортани
Выполнить ларингэктомию
Продолжить лучевую терапию по радикальной программе
Наблюдать
#
250
Заболеваемость раком щитовидной железы в СНГ за последние годы:
Снижается
Остается на том же уровне
Растет
#
251
К наиболее часто встречающимся морфологическим формам рака щитовидной железы относятся:
Папиллярная аденокарцинома
Фолликулярная аденокарцинома
Медуллярный рак
Недифференцированный рак
#
252
Медуллярный рак щитовидной железы развивается:
Из А-клеток
Из В-клеток
Из С-клеток
Из любой вышеуказанной
#
253
Частота высокодифференцированных аденокарцином щитовидной железы составляет:
10%
20%
50%
70%
#
254
Частота медуллярного рака щитовидной железы составляет:
10%
20%
50%
70%
#
255

Под понятием "скрытый" рак щитовидной железы подразумевают:
Наличие малых размеров опухоли щитовидной железы без клинических ее проявлений
Наличие метастазов рака щитовидной железы в лимфоузлы шеи без клинических признаков первичной опухоли
Наличие метастазов рака щитовидной железы в лимфоузлы шеи
Все ответы правильные
#
256
Частота регионарного метастазирования рака щитовидной железы составляет:
От 10 до 20 %
От 25 до 35 %
От 40 до 50 %
От 60 до 80 %
#
257
Наиболее часто метастазами рака щитовидной железы поражаются:
Лимфоузлы вдоль внутренней яремной вены
Надключичные
Паратрахеальные
Претрахеальные
Загрудинные
#
258
Для медуллярного рака щитовидной железы характерно:
Наличие плотных "каменистых" узлов в щитовидной железе
Диарея
Синдром Уиппла
Все вышеперечисленные
#
259
Этиологическими моментами в развитии рака щитовидной железы следует считать:
Наличие неопластических процессов в ткани щитовидной железы
Ионизирующее излучение
Длительную стимуляцию организма повышенным содержанием тиреотропного гормона
Все вышеперечисленное
#
260
Минимальным объемом хирургического вмешательства при раке щитовидной железы следует считать:
Энуклеацию узла
Резекцию доли
Гемитиреоидэктомию
Гемитиреоидэктомию с резекцией перешейка
Субтотальную резекцию щитовидной железы
#
261
У больного 55 лет медуллярный рак щитовидной железы T3N1 M0. Ему наиболее целесообразно:

Выполнить тиреоидэктомию с фасциально-фулярным иссечением клетчатки шеи
Провести комбинированное лечение с предоперационной дистанционной лучевой терапией на 1 этапе с последующей тиреоидэктомией и фасциально-фулярным иссечением клетчатки шеи
Провести комбинированное лечение с предоперационной дистанционной лучевой терапией с последующим лечением радиоактивным йодом
Провести самостоятельный курс лучевой терапии по радикальной программе
#
262
У больного 50 лет папиллярный рак щитовидной железы T2N0M0 с локализацией в правой доле. Ей следует:
Выполнять субтотальную резекцию
Провести комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией
Провести комбинированное лечение с послеоперационной терапией
Провести самостоятельную лучевую терапию
#
263
Больному 55 лет, произведена гемитиреоидэктомия с резекцией перешейка по поводу аденоматоза щитовидной железы. В двух узлах - фолликулярная аденома. В 1-м (размером в 1 см) -папиллярный рак. Ему следует назначить:
Повторную операцию - в объеме тиреоидэктомии
Профилактическую лучевую терапию
Профилактическую химиотерапию
Лечение радиоактивным йодом
Наблюдение
#
264
Показаниями для химиотерапии рака щитовидной железы могут быть:
Неоперабельная недифференцированная форма рака
Быстрорастущая рецидивная опухоль
Метастазы в отдаленные органы
Все перечисленное
Только 2 и 5
#
265
Наиболее эффективным химиотерапевтическим препаратом при раке щитовидной железы является:
Адриаомидин
Циклофосфан
Блеомицин
Метотрексат
Тио-ГЭФ
#
266
Эффективность адриамицина при раке щитовидной железы составляет:
5-10%
25-30%
55-60%
70-75%
90-95%
#
267

Химиотерапия наиболее эффективна:
При папиллярном раке щитовидной железы
При фолликулярном раке щитовидной железы
При низкодифференцированном раке щитовидной железы
Эффективность не зависит от морфологической структуры
#
268
У больного 47 лет неоперабельная хеомдектома шеи. Ему следует:
Провести дистанционную лучевую терапию по радикальной программе
Провести дистанционную лучевую терапию с паллиативной целью
Провести сочетанную лучевую терапию
Симптоматическое лечение
#
269
Частота внеорганных опухолей среди всех новообразований шеи составляет:
От 3 до 5%
От 20 до 25%
От 30 до 40%
От 50 до 60%
#
270
Частота злокачественных опухолей среди внеорганных новообразований шеи составляет:
От 10 до 15%
От 30 до 35%
От 40 до 50%
Свыше 50%
#
271
Условиями для постановки диагноза "бронхиогенный рак" следует считать:
Локализацию опухоли в верхней трети шеи, боковой ее поверхности
Наличие клеток плоскоклеточного рака при морфологическом исследовании
Отсутствие другого первичного рака в течение трех лет после удаления опухоли на шеи
Все выше перечисленное
#
272
К дисэмбриональным опухолям шеи следует отнести:
Хеомдектому
Хордому
Бронхиогенный рак
Менингиому
Правильные ответы 2 и 3
#
273
К внеорганным опухолям, представителям APUD-системы, относятся:
Бронхиогенный рак

Хемодектома
Медуллярный рак щитовидной железы
Хордома
#
274
При локализации опухоли в переднебоковом парафарингеальном пространстве в первую очередь следует исключить новообразования:
Эпителиальной природы
Нейрогенной природы
Метастазы рака
Все перечисленные
#
275
При локализации опухоли в заднебоковом парафарингеальном пространстве в первую очередь следует исключить новообразования:
Эпителиальной природы
Нейрогенной природы
Мезенхимальной природы
Метастазы рака
#
276
Ведущим методом лечения внеорганных опухолей шеи является:
Хирургический
Лучевой
Химиотерапия
Комбинированный
#
277
Типичным хирургическим доступом к парафарингеальным новообразованиям является:
Наружный шейный доступ
Чрезротовой
Комбинированный
#
278
Ведущим методом в диагностике хемодектом шеи является:
Компьютерная томография
Ультразвуковая томография
Ангиография
#
279
Наиболее часто злокачественные опухоли слюнной железы представлены:
Аденокарциномой
Плоскоклеточным раком
Раком из смешанных опухолей
Мелкоэпидермоидной опухолью
Цистаденокарциномой

#
280
Для установления диагноза злокачественной опухоли слюнных желез необходимо выполнить:
Сиалографию
Пункцию опухоли с последующим цитологическим исследованием
Компьютерную томографию
Ангиографию
#
281
У больного 60 лет рак околоушной слюнной железы IIa стадии. Какой вариант лечения предпочтителен:
Комбинированное лечение с предоперационной дистанционной лучевой терапией
Комбинированное лечение с послеоперационной дистанционной лучевой терапией
Сочетанная лучевая терапия
Только хирургическое лечение
#
282
При метастазах в легкие цилиндры околоушной слюнной железы наиболее эффективна следующая схема:
САР (циклофосфан, адриамицин, платидиам)
СМФ (циклофосфан, метотрексат, 5-фторурацил)
Блеомицин + винбластин
Оливомидин + циклофосфан
#
283
Уточняющим методом распространенности опухолей уха является:
Рентгенотомография
Компьютерная томография
Ангиография
#
284
Рак желудка наиболее часто развивается в возрасте?
От 21 года до 50 лет
От 51 года до 70 лет
Старше 70 лет
#
285
Рак, развивающийся на фоне гастрита, чаще всего локализуется?
В кардиальном отделе
В теле желудка
В выходном отделе желудка
В области привратника
#
286

Для возникновения рака желудка не имеет значения?
Избыточное потребление поваренной соли
Количество потребляемой клетчатки
Инфицирование желудка бактериальной флорой
Особенности кулинарной обработки продуктов
#
287
Наиболее поздно проявляется клинически рак?
Тела желудка
Субкардиального отдела
Кардиального отдела
Пилорического канала
#
288
Дисплазию эпителия желудка обнаруживают?
При рентгенологическом исследовании
При осмотре слизистой через гастроскоп
При цитологическом или гистологическом исследовании
#
289
Какое из перечисленных заболеваний не является предраком желудка?
Хронический атрофический гастрит
Язвенная болезнь желудка
Гиперпластические полипы желудка
Аденоматозные полипы желудка
#
290
Какой метод наиболее надежен для исключения малигнизации язвы желудка?
Рентгенологический
Эндоскопический с биопсией
Исследование кала на скрытую кровь
Исследование желудочного сока с гистамином
#
291
Какая форма рака желудка наиболее медленнее растет, реже и позже метастазирует?
Экзофитный
Инфильтративный
Блюдцеобразный
Язвенно-инфильтративный
#
292
По гистологическому строению рак желудка чаще всего является?
Аденокарциномой
Плоскоклеточным раком
Смешанным железисто-плоскоклеточным раком

Все перечисленные варианты встречаются с одинаковой частотой
#
293
Рак желудка чаще метастазирует в ?
Легкие
Печень
Надключичные лимфатические узлы
Кости
#
294
Признаками неоперабельности рака желудка являются?
Размер опухоли более 10 см
Прорастание всех слоев стенки желудка
Множественные уплотненные лимфоузлы с большого и малого сальника
Множественные метастазы в печень
#
295
Выберите основные методы верификации рака желудка
УЗИ
Лапароскопия
Термография
Фиброгастроскопия с биопсией
#
296
Наибольшая вероятность малигнизации полипа желудка при диаметре?
0,5 см
1 см
2 см
3 см
#
297
Метастаз Крукенберга при раке желудка локализуется?
В пупок
В Дугласово пространство
В надключичный лимфоузел
В яичники
#
298
Метастаз Вирхова при раке желудка это?
В пупок
В Дугласово пространство
В надключичный лимфоузел
В яичники

#
299
Метастаз Шницлера при раке желудка это?
В пупок
В Дугласово пространство
В надключичный лимфоузел
В яичники
#
300
Толстокишечная непроходимость чаще всего бывает обусловлена?
Каловыми камнями
Раком
Паховой грыжей
#
301
Основной гистологической формой рака толстой кишки является?
перстневидноклеточный (слизистый)
плоскоклеточный
аденокарцинома
недифференцированный
#
302
Дифференциальная диагностика рака ободочной кишки?
с полипозом ободочной кишки
с неспецифическим язвенным колитом
с инвагинацией
со всеми перечисленными заболеваниями
#
303
Большую склонность к малигнизации и имеют полипы прямой кишки?
гиперпластические
ворсинчатые
аденоматозные
множественные аденоматозные
#
304
К облигатным предракам ободочной кишки относятся?
ювенильные полипы
одиночный полип прямой кишки
регионарный энтерит
диффузный семейный полипоз

#
305
Симптомами энтероколитической формы рака толстой кишки являются?
неустойчивый стул
распирание, вздутие и урчание в кишечнике
расстройство акта дефекации
все перечисленное
#
306
Осложнением рака ободочной кишки может быть все, кроме?
перфорации опухоли
острой кишечной непроходимости
кровотечения
токсического панкреатита
#
307
Излюбленной локализацией гематогенных метастазов рака толстой кишки являются?
легкие
кости
печень
надпочечники
#
308
Основным путем метастазирования рака толстого кишечника является?
лимфогенный
гематогенный
имплантационный
все перечисленные варианты метастазирования встречаются примерно с одинаковой частотой
#
309
Рак ободочной кишки наиболее часто локализуется?
в слепой кишке
в восходящем отделе
в поперечно - ободочной кишке
в сигмовидной кишке
#
310
Появление вдавления на поверхности плотного калового столбика наиболее характерно для?
спастического колита
геморроя
рака прямой кишки
полипа

#
311
Наиболее характерным симптомом рака прямой кишки является?
запор
слизь в каловых массах
кровь в каловых массах
слабость, похудание, снижение аппетита
#
312
Выбор метода хирургического вмешательства при раке ободочной кишки не зависит?
от гистологического строения
от наличия осложнений
от общего состояния больного
от наличия метастазов
#
313
Наличие анемии в пожилом возрасте наиболее характерно для рака?
восходящей половины ободочной кишки
нисходящей половины ободочной кишки
слепой кишки
сигмовидной кишки
#
314
К группам риска развития первичного рака печени из перечисленных следует относить?
носителей вируса гепатита В
наличие цирроза печени
употребление в пищу продуктов, поражённых афлатоксином
поражение описторхозом
всё вышеперечисленное
#
315
Первичный рак печени метастазирует?
гематогенно
лимфогенно
внутриоргано
встречают все перечисленные виды метастазирования
#
316
При первичном раке печени отдалённые метастазы чаще встречаются?
в костях
в забрюшинных лимфатических узлах
в лёгких
в головном мозге
#

317
Наиболее достоверным методом, позволяющим диагностировать опухоли печени, является?
ультразвуковое исследование
компьютерная томография
ангиография
лапароскопия
все перечисленные методы обладают одинаковой информативностью
#
318
Метастатическое поражение печени часто наблюдают при локализации первичной опухоли?
в органах желудочно-кишечного тракта
в лёгких
в молочной железе
в женских половых органах
при всех перечисленных локализациях первичной опухоли
#
319
Среди злокачественных новообразований печени преобладают?
первичный рак
метастазы
саркомы
все перечисленные встречаются примерно с одинаковой частотой
первичный рак
#
320
Основным фактором, способствующим возникновению гепатоцеллюлярного рака печени, является?
носительство вируса гепатита А
носительство вируса гепатита В
хронический описторхоз
загрязнение пищи афлатоксинами
носительство вируса гепатита А
#
321
Наиболее частая жалоба больных первичным раком печени?
похудание
общая слабость
боль в правом подреберье
желтуха
повышение температуры
#
322
Наиболее частый объективный признак при раке печени?
лихорадка
желтушность кожи
симптомы портальной гипертензии
гепатомегалия
симптом Курвуазье
#
323

Лучевая терапия у больных первичным раком печени?
является одним из ведущих методов радикального лечения
применяется с паллиативной целью
применяется с симптоматической целью
применяется в исключительных случаях
#
324
Рак поджелудочной железы встречаются чаще у?
мужчин
женщин
с одинаковой частотой у лиц того и другого пола
#
325
Рак поджелудочной железы чаще поражает?
головку
тело
хвост
с одинаковой частотой поражает все отделы
#
326
Типичны для рака поджелудочной железы?
аденокарцинома
плоскоклеточный рак
анapластический рак
#
327
Каловые массы при желтухе на почве рака поджелудочной железы?
обычного цвета
тёмно-коричневого цвета
обесцвечены
закономерности не существует
#
328
Цвет мочи при желтухе на почве рака поджелудочной железы?
светло-жёлтый
тёмно-коричневый
моча обесцвечена
закономерности не существует
#
329
Симптом Курвуазье характерен для?
хронического гепатита
калькулёзного холецистита
рака головки поджелудочной железы
хронического гепатита
рака жёлчного пузыря

#
330
Радикальным методом лечения рака поджелудочной железы является?
хирургическое вмешательство
лучевая терапия
химиотерапия
гормонотерапия
радикального лечения этой опухоли не существует
#
331
В каком лечении нуждается больной желтухой на почве запущенного рака головки поджелудочной железы?
симптоматическом
лучевой терапии
химиотерапии
наложении желчеотводящего анастомоза
паллиативной панкреатодуоденальной резекции
#
332
К поражениям хвоста поджелудочной железы относят опухоли, возникающие в зоне?
ограниченной левым краем аорты и воротами селезёнки;*
расположенной справа от левого края верхней мезентериальной вены;
ограниченной левым краем верхней мезентериальной вены и левым краем аорты
#
333
В каком лечении нуждается больной желтухой на почве запущенного рака головки поджелудочной железы?
симптоматическом
лучевой терапии
химиотерапии
наложении желчеотводящего анастомоза
паллиативной панкреатодуоденальной резекции
#

Ситуационные задачи по детской онкологии**Задача №1**

Больной Т., 11 лет, болен с января 2008 года. Когда после травмы появились боли в левом коленном суставе; температура тела повысилась до 39,9 град. Консервативное противовоспалительное лечение, проведенное в поликлинике по месту жительства, эффекта не дало. Ребенок направлен в специализированное детское онкологическое отделение. При поступлении состояние удовлетворительное. Отмечаются некоторое увеличение объема левого коленного сустава, ограничение объема движений в нем. При рентгенологическом исследовании, проведенном 26.02.08 года в средней и нижней третях диафиза левого бедра выявлены мелкоочаговая деструкция кости, фрагментация коркового слоя, линейные и бахромчатые периостальные наслоения. Рентгенологическое заключение: подострый остеомиелит левой бедренной кости.

Задания

1. Предположительный диагноз.
 2. Необходимые методы исследования.
 3. Дифференциальный диагноз.
 4. Лечение и прогноз.
-

Задача №2

К врачу обратилась больная 18 лет, у которой на стопе имелся пигментный невус до 1 см, в виде узелка черно-серого цвета, эластической консистенции, с гладкой сухой поверхностью, без волос, не увеличивался, не тревожил.

Задания

1. Предположительный диагноз.
 2. Необходимые методы исследования.
 3. Дифференциальный диагноз.
 4. Лечение и прогноз.
-

Задача №3

Мальчик 4 лет поступил в детское отделение в связи с периодически возникавшей микро- и макрогематурией. Явления микрогематурии случайно обнаружены 2 месяца назад при исследовании мочи по поводу поступления в детский сад. В дальнейшем установлен стойкий характер микрогематурии и отмечены случаи макрогематурии. В отделении диагностирован нефрит (выявлено также повышенное артериальное давление) и начато активное лечение, включавшее физиотерапевтические процедуры на поясничную область. Однако состояние ребенка продолжало ухудшаться. При рентгенографии грудной клетки в правом легком обнаружена патологическая тень.

Задания

1. Предположительный диагноз.
2. Необходимые методы исследования.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Лечение и прогноз.

Задача №4

Юноша 18 лет при падении с лестницы получил сильный ушиб бедра. В течение 3 недель держался кровоподтек. Через 3 месяца появилась тупая постоянная боль в бедре. Позднее стало прощупываться уплотнение. Врач сделал заключение: осумковавшаяся гематома, назначил физиопроцедуры. Эффекта не последовало. Выполнено рентгенологическое исследование: одиночный очаг поражения, секвестров нет, козырек Кодмана.

Задания

1. Предположительный диагноз.
 2. Необходимые методы исследования.
 3. Дифференциальный диагноз.
 4. Лечение и прогноз.
-

Задача №5

У мальчика 13 лет в детской поликлинике обнаружена опухоль Вильмса с одиночным метастазом в легкие.

Задания

1. Какой ведущий опорный симптом?
 2. Оцените стадию заболевания?
 3. Какую учетную документацию должен оформить педиатр?
 4. Какое лечение?
-

Задача № 6

Ребенок 14 лет, поступил с жалобами на увеличение шейных лимфатических узлов. Анамнез заболевания: 1 месяц назад у ребенка заметили увеличение шейных лимфатических узлов. Участковым педиатром поставлен диагноз: шейный лимфаденит. Больной получал антибактериальную терапию без эффекта, затем получил курс УВЧ-терапии, после чего отмечался прогрессивный рост лимфатических узлов, самочувствие ребенка ухудшилось. Периодически отмечаются подъемы температуры до 38,5С, сопровождающиеся ознобом, ребенка беспокоят проливные ночные поты, появился кашель, боли за грудиной, ребенок похудел.

При осмотре: обращает на себя внимание изменение конфигурации шеи. Пальпируется конгломерат лимфатических узлов на шее слева, общим размером 5,0×7,0 см, внутри него пальпируются отдельные лимфатические узлы размером до 1,0-1,5 см, не спаянные между собой и окружающей клетчаткой, безболезненные при пальпации. Другие группы периферических лимфатических узлов не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные. Границы сердца расширены в поперечнике. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются.

Данные обследования:

1. Анализ крови: Нб 132 г/л, эр. $4,5 \times 10^{12}/л$, тромб. $495 \times 10^9/л$, лейкоц. $8,4 \times 10^9/л$, п/я 4%, с/я 72%, лимф. 20%, эоз. 1%, мон. 3%. СОЭ 37 мм/ч.
2. Пунктат шейного лимфатического узла: обнаружены клетки Березовского-Штернберга.
3. Рентгенограмма органов грудной клетки: расширение срединной тени за счет увеличенных внутригрудных лимфатических узлов.
4. УЗИ органов брюшной полости: печень, селезенка, поджелудочная железа однородной структуры. Увеличения лимфатических узлов в брюшной полости не обнаружено.
5. Миелограмма: костный мозг клеточный, бласты 0,2%, нейтрофильный росток 65%, эритроидный росток 21%, лимфоциты 8%, эозинофилы 6%, мегакариоциты 1 на 200 миелокариоцитов.

Задание:

1. Поставьте диагноз согласно принятой классификации.
 2. Какие исследования необходимо провести для уточнения стадии и гистологического варианта заболевания?
 3. Какую стадию заболевания можно поставить на основании приведенных данных?
 4. Что включает в себя лечение данной патологии и от чего зависит его объем?
 5. Консультация какого специалиста и почему необходима на госпитальном этапе?
-

Задача № 7

Девочка 11 лет, поступила в отделение с жалобами на слабость, тошноту, рвоту, повышение температуры, боли в ногах.

Анамнез заболевания: в течение последних 3-х месяцев девочка стала быстрее уставать, снизился аппетит. 2 недели назад родители заметили, что ребенок побледнел. Настоящее ухудшение состояния началось 10 дней назад, когда повысилась температура до 39,3 С, увеличились подчелюстные лимфатические узлы. В амбулаторном анализе крови выявлен гиперлейкоцитоз до $200 \times 10^9/\text{л}$, девочка была госпитализирована.

При поступлении: состояние ребенка тяжелое. Резко выражены симптомы интоксикации.

Кожа и видимые слизистые бледные, на конечностях многочисленные экхимозы. Пальпируются подчелюстные, шейные лимфатические узлы размерами до 1,5 см, подвижные, безболезненные; подмышечные, паховые лимфатические узлы до 1,0 см в диаметре. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах справа ослаблено, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень +4,0 см, селезенка +2,0 см ниже края реберной дуги. Отмечается ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига.

Данные обследования:

1. Анализ крови: Hb 62 г/л, эр. $1,9 \times 10^{12}/\text{л}$, тромб. единичные, лейкоц. $208 \times 10^9/\text{л}$, бласты 76%, п/я 1%, с/я 4%, лимф. 19%. СОЭ 64 мм/ч.
2. Миелограмма: костный мозг гиперплазирован, бласты 96%, нейтрофильный росток 3%, эритроидный росток 1%, мегакариоциты не найдены.
3. Цитохимическое исследование костного мозга: ШИК-реакция гранулярная в 95% бластов, реакция на миелопероксидазу и судан – отрицательная.
4. Иммунологическое исследование костного мозга: выявлены маркеры зрелой Т-клетки.
5. В ликворе: цитоз 200/3, белок 960 ммоль/л, Панди+++, бласты 100%.

Задание:

1. Поставьте диагноз согласно принятой классификации.
 2. Что явилось решающим в постановке Вашего диагноза?
 3. Какие методы исследования необходимо еще провести этому ребенку?
 4. Назовите основные этапы лечения данного заболевания.
 5. В какой экстренной терапии нуждается пациент?
-

Задача №8

К участковому педиатру обратилась мать ребёнка 10 лет с жалобами на слабость, утомляемость, плохой аппетит, выраженную потливость, кожный зуд, увеличение шейных, подмышечных лимфоузлов, периодические боли в животе. Данные симптомы появились примерно 1,5 месяца назад. Температура $37,2-37,5^{\circ}\text{C}$ в течение 2-х недель. За последние месяцы ребёнок заметно похудел.

При осмотре состояние удовлетворительное, в контакт вступает охотно. Кожа чистая, нормальной окраски. Увеличение шейных лимфатических узлов справа до 2-2,5 см, один узел – 3 см в диаметре. Подмышечные лимфатические узлы – 1,5-2 см. Лимфатические узлы плотно-эластичной консистенции, безболезненные, неспаиваются между собой и с окружающими тканями.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 94 в мин. АД – 110/60.

Живот мягкий, безболезненный, печень у края рёберной дуги, селезёнка выступает из под края рёберной дуги на 1 см, эластичная. Стул оформленный, ежедневно.

Клинический анализ крови : Hb - 120 г/л, RBC - $4,4 \times 10^{12}$, MCH – 27,3 пг, Ht – 40%, MCV – 90,9 фл, MCHC – 30,0 г/л, WBC – $8,9 \times 10^9$ /л, СОЭ 22 мм/ч, лейкоцитарная формула: л – 23%, п – 5%, с- 58%, э – 9%, м- 5%, PLT - 230×10^9 /л

Задание:

1. О каком заболевании можно думать?
 2. Составьте план обследования для уточнения диагноза.
 3. Что делать с лимфатическими узлами?
 4. Какие заболевания следует включить в круг дифференциальной диагностики?
 5. Тактика лечения и дальнейшее наблюдение.
-

Задача №9

Мать ребенка 11 лет вызвала на дом участкового педиатра. Жалобы на слабость, повышенную утомляемость, головокружения в течение нескольких недель, повышение температуры до $37,4 - 38,5^{\circ}\text{C}$, нарастающую бледность кожных покровов. В последнее время ребёнок заметно похудел. В течение последних трёх дней появились обильные носовые кровотечения, множественные синяки на коже, мелкоточечные геморрагии. Семейный "геморрагический" анамнез не отягощен. У родственников по материнской линии – опухоли различной локализации. Ребёнок рос и развивался соответственно возрасту.

При осмотре обращает внимание множество дисэмбриогенетических стигм, дефицит массы тела. Кожа бледная, множественные экхимозы по всему телу, мелкоточечная геморрагическая сыпь. В носу геморрагические корочки. Зев гиперемирован, некротическая ангина. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 110 уд/мин. АД – 80/50 мм рт.ст.

Живот мягкий, Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка у края рёберной дуги. Срочно сделан анализ периферической крови.

Клинический анализ крови: Hb - 76 г/л, RBC - $2,49 \times 10^{12}$ /л, MCH – 30,5 пг, Ht – 24%, MCV – 96,4 фл, MCHC – 31,7 г/л, WBC – $3,1 \times 10^9$ /л, ретикулоциты -1%, СОЭ -35 мм/ч, лейкоцитарная формула: л - 71%, п/я - 1%, с/я - 15%, э - 1%, мон - 6%; тромбоциты 22×10^9 /л. Длительность кровотечения по Дюке – 12 мин.

Задания:

1. Обоснуйте ваш диагноз.
 2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
 3. Нужно ли проводить дополнительные исследования на догоспитальном этапе?
 4. Тактика ведения больного.
-

Задача 10

У ребенка 2 лет, жалобы на увеличение живота в объеме, слабость, похудание, плохой аппетит. Объективно при УЗИ органов брюшной полости имеется огромная опухоль забрюшинного пространства справа размерами до 12-15 см. в диаметре, предположительно исходящая из правого надпочечника.

Задания:

1. Обоснуйте ваш диагноз.
 2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
 3. Нужно ли проводить дополнительные исследования на догоспитальном этапе?
 4. Тактика ведения больного.
-

Задача 11

Ребенок 1 г. 9 мес. Жалобы матери на появление белого пятнышка в области левого глаза. Отмечает свечение на этом глазу в темноте.

Задания:

1. Обоснуйте ваш диагноз.
 2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
 3. Какие исследования на догоспитальном этапе?
 4. Тактика ведения больного.
-

Задача 12

Ребенок 3 года. Мать отмечает жалобы на задержку мочи, мало мочи, болезненность при мочеиспускании. При УЗИ по месту жительства обнаружена опухоль в области дна мочевого пузыря со сдавлением устья правого мочеточника.

Задания:

1. Обоснуйте ваш диагноз.
 2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
 3. Какие исследования на догоспитальном этапе?
 4. Тактика ведения больного.
-

Задача 13

Ребенок 8 лет. Жалуется на шаткость походки, рвоту и тошноту по утрам. Болен около 2 недель.

Задания:

1. Поставьте диагноз согласно принятой классификации.
 2. Какие методы исследования необходимо еще провести этому ребенку?
 3. Назовите основные этапы лечения данного заболевания.
 4. Прогноз заболевания?
-

Задача 14

Ребенок, 4 года. Клинически выставлен диагноз опухоль Вильмса 3 стадия.

Задания

1. Какова дальнейшая тактика лечения?
 2. Какие химиопрепараты можно использовать?
 3. Нужна ли лучевая терапия?
 4. Прогноз болезни?
-

Задача 15.

Ребенок 3 года. Клинический диагноз: нейробластома с поражением шейных лимфоузлов. Гистологически верифицирован. Стадия 2-я.

1. Какова дальнейшая тактика лечения?
 2. Какие химиопрепараты можно использовать?
 3. Нужна ли лучевая терапия?
 4. Прогноз болезни?
-

Задача 16

Ребенок с огромной опухолью в животе, в правом подреберье. Опухолевый маркер – АФП уровень увеличен. Незначительная желтушность кожи.

1. Предположительный диагноз?
 2. Дифференциальный диагноз?
 3. Тактика обследования и лечения.
 4. Прогноз
-

Задача 17

Ребенок с гистологически верифицированной нейробластомой забрюшинного пространства 11 мес. В миелограмме – без патологии. Отдаленных метастазов нет.

Задания:

1. Стадия опухоли.
 2. Тактика обследования и лечения.
 3. Прогноз заболевания.
 4. Необходимость в сцинтиграфии костей?
-

Задача 18

Ребенок 14 лет. Гистологически – остеогенная саркома нижней трети правого бедра. В легких – солитарный метастаз в левом легком.

Задания

1. Тактика ведения первичной опухоли.
 2. Тактика ведения метастазов.
 3. Тактика хирургического вмешательства.
 4. Прогноз.
-

Задача 19

Ребенок 4 года. Жалобы на периодические носовые кровотечения, повышение температуры тела, увеличение шейных лимфоузлов, печени и селезенки. В периферической крови – анемия, тромбоцитопения и бласты 17%.

Задания:

1. Предположительный диагноз
 2. Методы исследования.
 3. Лечение
 4. Прогноз.
-

Задача 20

Девочка 12 лет. Жалобы на наличие опухолевидного образования в области живота. В анализе крови – умеренная анемия, ХГЧ высокий уровень, превышает в 3-4 раза.

Задания:

1. Предположительный диагноз
 2. Методы исследования.
 3. Лечение
 4. Прогноз.
-

Задача 21

Мальчик 3 года. Жалобы на наличие опухолевидного образования в области правого яичка. Опухоль плотной консистенции, безболезненная. АФП увеличен. Регионарные паховые лимфоузлы не увеличены.

Задания:

1. Предположительный диагноз
 2. Методы исследования.
 3. Лечение
 4. Прогноз.
-

Задача 22

Ребенок 9 лет. Жалобы на наличие опухоли в области шеи справа. Шейные лимфоузлы увеличены с обеих сторон. В анализах крови умеренный лейкоцитоз, ускоренное СОЭ. При пункции опухоли – злокачественные клетки.

Задания:

1. Предположительный диагноз
 2. Методы исследования.
 3. Лечение
 4. Прогноз.
-

Задача 23

Ребенок 11 лет, жалобы на припухлость в области коленного сустава, гиперемия, повышение температуры тела до 39-38 град., боли при сгибании разгибании. В крови – лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг.

Задания:

1. Предположительный диагноз
 2. Методы исследования.
 3. Лечение
 4. Прогноз.
-

Задача 24.

Ребенок 15 лет, клинико-гематологически выставлен диагноз острого лимфобластного лейкоза. Находится в ремиссии.

Задания:

1. Дальнейшая тактика.
 2. Необходимость в трансплантации костного мозга?
 3. Может ребенок продолжать учебу в школе?
 4. Какие отдаленные последствия лечения могут быть?
-

Задача 25

Ребенок 2 года. Жалобы на наличие пигментного образования в области кожи волосистой части головы.

Задания:

1. Предположительный диагноз
 2. Тактика обследования.
 3. Лечение.
 4. Прогноз.
-

Задача 26

Ребенок 2 мес. Жалобы на наличие опухолевидного образования в области спины, больших размеров, до 8 см., темно-багрового цвета, несколько выступает над уровнем кожи, при плаче ребенка изменяет цвет.

Задания:

1. Предположительный диагноз
 2. Тактика обследования.
 3. Лечение.
 4. Прогноз.
-

Задача 27

Ребенок 2 года, мама жалуется на наличие опухоли в правой подмышечной области, отмечает появление опухоли после БЦЖ вакцины.

Задания:

1. Предположительный диагноз
 2. Тактика обследования.
 3. Лечение.
 4. Прогноз.
-

Задача 28

Ребенок 1 год 10 мес. Жалобы на наличие опухолевидного образования в области шеи, в подчелюстной области справа. Опухоль мягко-эластичной консистенции, размерами 3-4 см в диаметре, подвижное, безболезненное. На УЗИ – данные за новообразование кистозного характера, с нечеткими границами, в капсуле.

Задания

1. Предположительный диагноз
 2. Тактика обследования.
 3. Лечение.
 4. Прогноз.
-

Задача 29

Ребенок 10 лет. Жалобы на увеличение шейных лимфоузлов с одной стороны, позади кивательной мышцы, справа. Другие периферические лимфоузлы не увеличены. Пункция – клетки Березовского Штернберга. В легких – патологии нет. УЗИ брюшной полости – патологии нет.

Задания

1. Предположительный диагноз и стадия.
 2. Тактика обследования.
 3. Лечение.
 4. Прогноз.
-

Задача 30

Ребенок 2 года с верифицированной опухолью мягких тканей плеча в области верхней трети – рабдомиосаркома. Стадия 2.

Задания.

1. Тактика ведения и обследования.
 2. Тактика лечения.
 3. Необходимость в операции
 4. Препараты необходимые при рабдомиосаркоме.
-

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

ТЕМЫ ДОКЛАДОВ С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ:

1	Общие принципы диагностики и классификации злокачественных опухолей у детей. Основные принципы лечения рака.
2	Метастазирование в детской онкологии. Механизмы лимфогенного и гематогенного метастазирования. Частота метастазирования отдельных локализаций рака в различные органы
3	Особенности распространения рака кожи в Кыргызской Республике и Российской Федерации.
4	Опухоли кожи. Доброкачественные опухоли и предопухолевые заболевания.
5	Факторы риска возникновения и развития опухолей кожи.
6	Клинические проявления и диагностика. Классификация рака кожи. Методы лечения.
7	Саркома Капоши, ее связь с ВИЧ-инфекцией.
8	Опухоли головы и шеи у детей.
9	Ретинобластома, нейробластома орбиты, назофарингеальный рак.
10	Распространенность опухолей головного мозга у детей в мире, Кыргызской Республике и Российской Федерации.
11	Клинические проявления опухолей головного мозга у детей.
12	Факторы риска опухолей головного мозга у детей.
13	Различные схемы химиотерапии.
14	Таргетная терапия.
15	Острый лимфобластный лейкоз.
16	Острый миелобластный лейкоз.
17	Лимфома Ходжкина.
18	Неходжкинская лимфома.
19	Астроцитомы, глиомы головного мозга. Лечение. Роль и значение лучевой, химио- и иммунотерапии. Отдаленные результаты лечения. Факторы, влияющие на прогноз.
20	Рабдомиосаркома. Типичные локализации рабдомиосаркомы. Диагностика и лечение.
21	Саркомы костей. Остеогенная саркома. Метастазирование остеосаркомы. Лечение больных по протоколу.
22	Саркома Юинга. Варианты органосохранного лечения. Роль химиотерапии и лучевой терапии.
23	Рак яичка, тератобластома яичка у мальчиков. Опухолевые маркеры в диагностике рака яичка. Клиника, диагностика и лечение.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ:

1	Факторы, влияющие на возникновение и развитие опухолей у детей.
2	Механизмы канцерогенеза. Патогенез клинических симптомов при опухолях у детей.
3	Современные теории возникновения и развития рака.
4	Пигментные новообразования и меланома кожи у детей.
5	Эпидемиология, клинические проявления, диагностика и лечение. Морфологическая классификация меланом. Стадии меланоме.
6	Рак щитовидной железы.
7	Классификация опухолей головного мозга.
8	Острые лейкозы у детей: распространенность, факторы риска, клиника, диагностика, лечение (лекарственное)
9	Острый лимфобластный лейкоз.
10	Острый миелобластный лейкоз.
11	Лимфома Ходжкина.
12	Неходжкинская лимфома.
13	Медуллобластома. Клинические проявления болезни. Возможности ранней диагностики. Классификация по системе TNM и стадиям.
14	Нейробластома орбиты, шеи и средостения. Клинические проявления болезни. Возможности ранней диагностики. Иммуногистохимические методы. Классификация по системе TNM и стадиям.
15	Нейробластома забрюшинного пространства. Тактика ведения. Протоколы СИОП при лечении нейробластомы.
16	Опухоль Вильмса. Диагностика и лечение. Тактика хирургического лечения.
17	Нефробластома и нефробластоматоз. Двухсторонние опухоли почек у детей. Лечение, прогноз и выживаемость.
18	Рак печени. Гепатобластома у детей. Клиника, диагностика и лечение. Роль опухолевых маркеров. Химиотерапия, трансплантация печени.
19	Хондросаркома костей конечностей. Диагностика и лечение. Роль компьютерной томографии, МРТ, рентгенологического исследования в диагностике.
20	Опухоли яичников у девочек. Симптомы, клиника, диагностика и лечение (неoadьювантная химиотерапия, вторичные циторедуктивные операции). Прогноз и выживаемость.
21	Рак яичка, тератобластома яичка у мальчиков. Опухолевые маркеры в диагностике рака яичка. Клиника, диагностика и лечение.

ВИДЫ КОНТРОЛЯ И АТТЕСТАЦИИ, ФОРМЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

№ п/п	№ семес тра	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	Общая онкология и лучевая терапия	Тест	30	1
2.	3	ВК, ТК, ПК	Частная онкология	Тест	30	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 наружном квадранте молочной железы пальпируется опухоль, подвижная, мягкой консистенции. Подмышечные лимфоузлы не пальпируются.

Задания

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

Эталоны ответов к ситуационной задаче

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

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	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, особенностях клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза злокачественных новообразований.

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

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

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

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

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

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

Отметкой **(1-3 балла)** оценивается ответ, при котором студент не ставит постановку диагноза злокачественной опухоли самостоятельно, и не оценивает альтернативные решения диагностики; слабо выражает и обосновывает свою позицию по основным формам злокачественных новообразований, по организации и структуре онкологической службы, по современным подходам в комплексном лечении рака (химиотерапия, лучевая терапия, хирургическое лечение); плохо выявляет степень и характер поражения органов и систем при злокачественных новообразованиях; не может выявить причинно-следственные связи в этиологии и патогенезе развития рака. Демонстрирует частичное или небольшое понимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.

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

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО (клинический разбор больного)

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

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

№	Наименование показателя	Отметка (в баллах)
1.	Общие сведения о больном	0-1
2.	Жалобы (кратко и чётко перечисляются все жалобы больного в настоящее время)	0-2
3.	Анамнез	0-2
4.	Общее состояние пациента	0-2
5.	Локальный статус	0-2

6.	Назначение и анализ дополнительных исследований	0-2
7.	Диагноз и его обоснование	0-2
8.	Дифференциальный диагноз	0-1
9.	План лечения, рецептура, описание операций	0-1
Всего баллов		сумма баллов: 15

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Технологическая карта дисциплины для ординаторов по специальности «детская онкология»

Первый год обучения, I семестр, количество зачетных единиц 7, отчетность – зачет с оценкой

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,
1. Общая онкология.	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больных в отделениях, решение ситуационных задач Посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 0,5 балла.	4	7	3
	Рубежный контроль	доклад, реферат	1,5	3	
Модуль 1					
2. Организация противораковой борьбы.	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больных в отделениях, решение ситуационных задач Посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 0,5 балла	4	7	6
	Рубежный контроль	доклад, реферат	1,5	3	
Модуль 2					
3. Методы диагностики злокачественных опухолей.	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больных в отделениях, решение ситуационных задач Посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 0,5 балла	4	7	9
	Рубежный контроль	доклад, реферат	1,5	3	
Модуль 3					
4. Химиотерапия при злокачественных опухолях	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больных в отделениях, решение ситуационных задач Посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 0,5 балла	4	7	12
	Рубежный контроль	доклад, реферат	1,5	3	
Модуль 4					
5. Паллиативная помощь в онкологии	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больных в отделениях, решение ситуационных задач Посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 0,5 балла	4	7	16
	Рубежный контроль	доклад, реферат	2	3	

Модуль 5					
6. Опухоли головы и шеи	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больных в отделениях, решение ситуационных задач Посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 0,5 балла	4	7	19
	Рубежный контроль	доклад, реферат	2	3	
Модуль 6					
7. Опухоли грудной полости	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больных в отделениях, решение ситуационных задач Посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 0,5 балла	4	7	22
	Рубежный контроль	доклад, реферат	2	3	
Модуль 7					
Всего за I семестр:			40	70	
Промежуточный контроль (устный опрос, решение тестов, ситуационные задачи)			20	30	23
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

Первый год обучения, II семестр, количество зачетных единиц 7, отчетность – зачет с оценкой

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. Опухоли молочной железы	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больных в отделениях, решение ситуационных задач Посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 0,5 балла	4	7	27
	Рубежный контроль	доклад, реферат	1,5	3	
Модуль 1					
2. Опухоли полых органов брюшной полости	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больных в отделениях, решение ситуационных задач Посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 0,5 балла	4	7	30
	Рубежный контроль	доклад, реферат	1,5	3	
Модуль 2					
3. Опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больных в отделениях, решение ситуационных задач Посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 0,5 балла	4	7	33
	Рубежный контроль	доклад, реферат, тест	1,5	3	
Модуль 3					
4. Неорганные забрюшинные	Текущий	Фронтальный опрос, курация	4	7	37

опухоли	контроль	больных в отделениях, решение ситуационных задач Посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 0,5 балла			
	Рубежный контроль	доклад, реферат, тест	1,5	3	
Модуль 4					
5. Опухоли надпочечников	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больных в отделениях, решение ситуационных задач Посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 0,5 балла	4	7	39
	Рубежный контроль	доклад, реферат, тест	2	3	
Модуль 5					
6. Опухоли мочевыделительной системы	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больных в отделениях, решение ситуационных задач Посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 0,5 балла	4	7	42
	Рубежный контроль	доклад, реферат, тест	2	3	
Модуль 6					
7. Опухоли женских половых органов у детей	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больных в отделениях, решение ситуационных задач Посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 0,5 балла	4	7	43
	Рубежный контроль	доклад, реферат, тест	2	3	
Модуль 7					
Всего за II семестр:			40	70	
Промежуточный контроль (устный опрос, решение тестов, ситуационные задачи)			20	30	44
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

Второй год обучения, III семестр, количество зачетных единиц 6, отчетность – зачет с оценкой

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. Опухоли мужских половых органов	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больных в отделениях, решение ситуационных задач Посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 0,5 балла	4	8	4
	Рубежный контроль	доклад, реферат	2	4	
Модуль 1					
2. Опухоли мягких тканей	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больных в отделениях, решение ситуационных задач Посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное	4	8	7

		занятие снимается 0,5 балла			
	Рубежный контроль	доклад, реферат	2	4	
Модуль 2					
3. Опухоли костей	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больных в отделениях, решение ситуационных задач Посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 0,5 балла	5	8	10
	Рубежный контроль	доклад, реферат	2	4	
Модуль 3					
4. Опухолевые заболевания кроветворной ткани	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больных в отделениях, решение ситуационных задач Посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 0,5 балла	5	8	14
	Рубежный контроль	доклад, реферат	2	3	
Модуль 4					
5. Опухолевые заболевания лимфоидной ткани	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больных в отделениях, решение ситуационных задач Посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 0,5 балла	5	8	18
	Рубежный контроль	доклад, реферат	2	3	
Модуль 5					
6. Первично-множественные злокачественные опухоли	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больных в отделениях, решение ситуационных задач Посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 0,5 балла	5	9	22
	Рубежный контроль	доклад, реферат	2	3	
Модуль 6					
Всего за III семестр:			40	70	
Промежуточный контроль (устный опрос, решение тестов, ситуационные задачи)			20	30	23
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

Второй год обучения, IV семестр, количество зачетных единиц 5, отчетность – зачет с оценкой

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. Клинические синдромы и симптомы при злокачественных опухолях	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больных в отделениях, решение ситуационных задач Посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 0,5 балла	6	10	28

	Рубежный контроль	доклад, реферат	2,5	4	
Модуль 1					
2. Лучевая терапия злокачественных опухолей	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больных в отделениях, решение ситуационных задач Посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 0,5 балла	6	10	31
	Рубежный контроль	доклад, реферат	2,5	4	
Модуль 2					
3. Опухолевые заболевания кроветворной ткани.	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больных в отделениях, решение ситуационных задач Посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 0,5 балла	6	10	34
	Рубежный контроль	тест	2,5	4	
Модуль 3					
4. Общие принципы хирургического лечения злокачественных опухолей	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больных в отделениях, решение ситуационных задач Посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 0,5 балла	6	10	37
	Рубежный контроль	тест	2,5	4	
Модуль 4					
5. Опухоли печени	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больных в отделениях, решение ситуационных задач Посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 0,5 балла	4	10	40
	Рубежный контроль	тест	2	4	
Модуль 5					
Всего за IV семестр:			40	70	
Экзамен (государственная итоговая аттестация)			20	30	41
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 8

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

Задания

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

Эталоны ответов к ситуационной задаче

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

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

Медицинский факультет
Кафедра онкологии и лучевой терапии

Реферат

на тему:

«Колоректальный рак»

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

Проверил(а): Петров А.К.

Бишкек 2017 г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 9

СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ НА КАФЕДРЕ ОНКОЛОГИИ И ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

(Т И Т У Л Ь Н Ы Й Л И С Т)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра онкологии и лучевой терапии

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Фамилия, имя, отчество больного

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

Осложнения основного заболевания:

Сопутствующие заболевания:

Время курации:

начало _____

окончание _____

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

Факультет, год обучения.

Фамилия, имя, отчество, должность преподавателя

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Медицинская карта стационарного больного № _____

Отделение _____

Палата _____

1. Фамилия, имя, отчество больного.
2. Год рождения, возраст.
3. Домашний адрес.
4. Дата поступления в стационар.
5. Дата выписки.
6. Диагноз направившего ЛПУ.
7. 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, со слов ребенка и/или его родителей. 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), **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 ребенком или его родителями, 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 больного ребенка. 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 или его родители не заметили или посчитали 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.

В данном разделе истории болезни должны найти отражение:

- условия проживания, которые могли способствовать возникновению опухоли
- (вредности окружающей среды, регулярность и особенности питания, образа

жизни);

вредные привычки (курение, длительность курения, количество сигарет 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.

Кроме того для детей раннего возраста необходимо дополнительно выяснить:

1. Антенатальный период.

От какой беременности родился ребенок, каких родов. Течение настоящей беременности (токсикоз, тяжесть, инфекционные заболевания, прием лекарств, угроза выкидыша, меры его профилактики, питание беременной, профессиональные вредности, как проводилась антенатальная профилактика рахита).

Течение родов: длительность I периода, II периода, III периода, акушерские вмешательства, характер околоплодных вод, оценка новорожденного по шкале Апгар.

Число предыдущих беременностей, выкидышей, мед. аборт.

Течение предыдущей беременности.

Число родов, течение предыдущих родов.

Умерло детей (в каком возрасте и от какого заболевания).

Заключение о развитии ребенка в антенатальном периоде.

2. Период новорожденности.

Доношенный, недоношенный, масса при рождении.

Длина при рождении в см. Закричал сразу, после оживления.

Степень асфиксии (меры оживления).

Желтушность (показания билирубина, лечебные мероприятия и т.д.).

Родовая травма, на какой день выписан ребенок домой, массой в гр. Остаток пуповины отпал на день, пупочная рана зажила на день. Был приложен к груди через часов.

Перенесенные заболевания в период новорожденности.

Заключение о развитии ребенка в период новорожденности.

3. Вскармливание ребенка.

В настоящее время находится на ____ вскармливании. Прикорм введен в ____ месяцев в виде ____ по ____ мл. Был отнят от груди в ____ мес. Питание ребенка в настоящее время (для детей старше года).

Заключение по вскармливанию ребенка.

4. Сведения о динамике физического и психомоторного развития.

Когда начал держать голову, сидеть, стоять.

Развитие речи: гуление, первые слова, первые предложения.

Динамика нарастания роста и веса.

Вес, рост в настоящее время. Стал посещать детские ясли в возрасте, детский сад.
Отношение к другим детям. Успеваемость в школе.

Заключение о психомоторном развитии, физическом развитии ребенка.

5. Сведения о профилактических прививках.

Когда и какие прививки сделаны, как протекал поствакцинальный период.

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО (STATUS PRAESENS OBJEKTIVUS)

Общее состояние ребенка. Вес. Рост. Окружность головы, грудной клетки.

Кожные покровы (цвет, пигментация, высыпания, их характер, кровоизлияния, петехии, экхимозы, опрелость, себорея, пиодермия, экземы, потливость, молочный струп и т.д.).

Слизистые (цвет, кровоизлияния, налеты, высыпания и т.д.).

Подкожная клетчатка (истончение, избыточное отложение жира, склерема).

Отеки (их локализация, степень выраженности, усиливаются к вечеру, утром).

Мышечная система (развита слабо, удовлетворительно, хорошо, пороки развития мышц, атрофия, гипертрофия, гипотония, гипертония, миотония, параличи, парезы и т.д.).

Лимфатические узлы (их число, величина, консистенция, подвижность и др.).

Костная система (видимая деформация костей конечностей, позвоночника, укорочение конечностей, форма черепа: долихоцефалическая, мезокrania, брахикrania, микроцефалия, краниостеноз, размеры и т.д.).

Размеры родничка, податливость его краев, податливость костей затылка, четки, “браслеты”.

Суставы: форма, болезненность, характер болезненности, припухлость, гиперемия, объем движений.

Органы дыхания.

Афония, осиплость, охриплость, гнусавость.

Форма грудной клетки: рахитическая, ассиметрическая, воронковидная, бочкообразная, деформированная, пороки развития.

Дыхание: сопящее, хрипящее, свистящее, клочущее, стонущее, через нос, открытым ртом.

Число дыхательных движений в минуту, характер дыхания (учащенное, ритмичное, поверхностное, уреженное, углубленное, хаотическое, Чейн-Стокса, Биота, Кусмауля и др.).

Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания.

Участие крыльев носа в акте дыхания. Одышка: инспираторная, экспираторная, смешанная.

Степень дыхательной недостаточности.

Пальпация грудной клетки.

Аускультация легких: дыхание - везикулярное, жесткое, ослабленное; бронхиальные хрипы - влажные (мелкопузырчатые, среднепузырчатые, крупнопузырчатые, крепитация), сухие (гудящие, жужжащие, шум трения плевры).

Органы кровообращения.

Пульс - частота, ритм, наполнение, напряжение.

Осмотр сердечной области: сердечный толчок, виден на глаз, не виден, сердечный горб и др.

Ощупывание сердечной области: верхушечный толчок, кошащее мурлыканье.

Границы сердца: относительной и абсолютной сердечной тупости.

Аускультация сердца.

Органы пищеварения и брюшной полости.

Слизистая полости рта: цвет, высыпания, язвы и др. Своды зева: бледные, гиперемизированные, высыпания, налеты, пленки, инфильтрация и т.д.

Язык: налеты, обложенность, "географический" язык, нет и др.

Зубы: верхние, нижние, их число, когда начали прорезываться, кариозные зубы, аномальнорасположенные зубы и т.д.

Миндалины: форма, величина, цвет, наличие пленок, их характер, лакуны, гнойные выделения при надавливании и др.

Жидкость в брюшной полости: есть или нет, в каком количестве.

Печень: размеры при пальпации и перкуссии, болезненность, какой край.

Селезенка: пальпируется или нет, ее размеры, характер поверхности, болезненность и др.

Мочеполовая система: частота, задержка, болезненность мочеиспускания, количество мочи в сутки, ее цвет, запах, симптом Пастернацкого, размеры наружных половых органов и др.

Нервная система.

Состояние психики, эмоции, вегетативные реакции, рефлексы. Менингеальные симптомы: ригидность затылочных мышц, с. Курнига, с. Брудзинского и др.

Органы чувств.

Состояние зрения, слуха, обоняния, вкуса и др.

Предварительное заключение (диагностическая сводка).

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

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Для обоснования диагноза необходимо последовательно проанализировать жалобы, данные анамнеза, факторы риска и предопухолевые заболевания, данные

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

Диагноз онкологического больного включает: морфологический вариант опухоли (рак, меланома, неходжкинская лимфома, саркома и т. д.), локализацию (орган и отдел органа, например: саркома мягких тканей предплечья, 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 и др.), стадию по системе TNM и отечественной классификации, осложнения заболевания (вторичная анемия, субкомпенсированный стеноз и т. д.), клиническую группу. Обязательно обосновать стадию, каждый из символов TNM. Клиническая группа (группа диспансерного наблюдения) у больных со злокачественными опухолями может быть II (больной, подлежащий специальному противоопухолевому лечению), IIa (больной, подлежащий радикальному лечению), III (больной после радикального лечения), IV (больной, подлежащий симптоматической терапии). В заключение указываются сопутствующие заболевания (без специального обоснования).

ЛЕЧЕНИЕ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

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

Последовательно указывается и обосновывается каждый вид лечения, проведенный

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

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

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

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

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

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