

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

ГОУ ВПО Кыргызско-Российский Славянский университет



УТВЕРЖДАЮ

16.09.2015 г.

Опухоли головного мозга рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Онкологии и лучевой терапии**

Учебный план

Специальность 31.08.14 Детская онкология

Квалификация

врач-детский онколог

Форма обучения

очная

Общая трудоёмкость

2 ЗЕТ

Часов по учебному плану 72

в том числе:

аудиторные занятия 48

самостоятельная работа 24

Виды контроля в семестрах:

зачёты с оценкой 3

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>. <Семес тр на курсе>)	3 (2.1)		Итого	
	Неделя 22			
Вид занятий	уп	рпд	уп	рпд
Лекции	6	6	6	6
Практически	42	42	42	42
Итого ауд.	48	48	48	48
Контактная	48	48	48	48
Сам. работа	24	24	24	24
Итого	72	72	72	72

Программу составил(и):

д.м.н. профессор, Заведующий кафедрой, Камарли Закир Пайшаевич З.Камарли; д.м.н., профессор, Макимбетов Эмиль Кожошев Э.Макимбетов; преподаватель, Салихар Рахима Ибрагимовна С.Ибрагимовна

Рецензент(ы):

М.Мусабеков зав. кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики КРСЦ, к.м.н., доцент Мусабеков Т.О.

С.Н.С. Исходов к.м.н. Турғунбаев У.А.

Рабочая программа дисциплины

Опухоли головного мозга

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.14 ДЕТСКАЯ ОНКОЛОГИЯ (уровень подготовки кадров высшей квалификации). (приказ Минобрнауки России от 25.08.2014г. №1056)

составлена на основании учебного плана:

Специальность 31.08.14 Детская онкология

утвержденного учёным советом вуза от 29.09.2015 протокол № 11.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Онкологии и лучевой терапии

Протокол от 10.09. 2015 г. № 2

Срок действия программы: 2015-2020 уч.г.

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

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
16.11 2016 г.



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

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

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
24.05 2017 г.

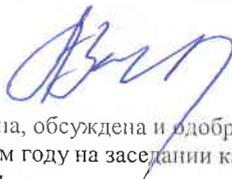


Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2017-2018 учебном году на заседании кафедры Онкологии и лучевой терапии

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

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
23.05 2018 г.



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

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

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
21.05 2019 г.



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

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

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

12 сентября 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. Ординатура

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. № 8
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 по учебной дисциплине «Опухоли головного мозга», для клинических ординаторов по специальности 31.08.14 «Детская онкология»,
ГОУ ВПО Кыргызско-Российского Славянского университета.

Рабочая программа (72 часа, 2 зачетные единицы), составленная кафедрой онкологии и лучевой терапии КРСУ, разработана в соответствии с требованиями ФГОС. Тематика программы разделена на аудиторную работу (48 часов) и самостоятельную подготовку (24 часа). Содержание и виды занятий отражают основные фундаментальные разделы необходимые для освоения дисциплины.

В данной рабочей программе имеются цели, место дисциплины в образовательном процессе. Разработаны требования, что должен знать, уметь и какими навыками и компетенциями овладеть обучающийся клинический ординатор, будущий врач детский онколог. Имеется целенаправленная профильность в перечне учебных разделов (лекциях, практических занятиях, самостоятельной подготовки). В самостоятельной работе перечислены темы занятий, тематика рефератов и докладов по данной дисциплине с учетом особенностей дисциплины.

Материально-техническое обеспечение и информационное обеспечение всех видов учебной работы дисциплины соответствуют требованиям ФГОС. Подготовка проводится на профильной клинической базе.

В данной рабочей программе подробно описаны фонды оценочных средств для оценки результатов освоения учебной дисциплины, а также контроля самостоятельной работы. В перечне ФОС имеются контрольные вопросы, тесты, ситуационные задачи, пример описания больного и ведения истории болезни онкологического пациента.

Рецензируемая учебная программа кафедры онкологии и лучевой терапии для клинических ординаторов по специальности 31.08.14 «Детская онкология», подготовлена с учетом всех требований образовательного процесса и может быть рекомендована к использованию в учебном процессе последипломного образования для подготовки медицинских кадров узких специальностей.

Старший научный сотрудник НЦОиГ

К.М.Н. _____

Тургунбаев У.А.



Рецензия

На рабочую программу дисциплины «Опухоли головного мозга» для
клинических ординаторов по специальности

31.08.14 «Детская онкология»

ГОУ ВПО Кыргызско-Российского Славянского университета

Рабочая программа, рассчитанная на 72 часа, составлена кафедрой онкологии и лучевой терапии в соответствии с ФГОС ВПО, на основе тематики, рекомендованной программой по детской онкологии для клинических ординаторов медицинских вузов. В данной рабочей программе раскрыты цели, задачи, место дисциплины в образовательном процессе подготовки детских онкологов. Приводится полное представление, что конкретно должен знать, уметь и какими навыками овладеть и обладать обучающийся. Тематика поделена на аудиторную и внеаудиторную самостоятельную работу клинических ординаторов. В самостоятельной работе перечислены темы занятий, тематика рефератов и докладов по данной дисциплине.

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

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

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.

Заведующая кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики
КРСУ

к.м.н., доцент Мусабеева Т.О.



1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1	Овладение знаниями, умениями и навыками ранней диагностики злокачественных опухолей головного мозга у детей, а также принципами комбинированного и комплексного лечения данной патологии, формирование компетенций, необходимых в профессиональной деятельности врача детского онколога.
-----	--

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:		Б1.В.ДВ.01
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:	
2.1.1	Патология	
2.1.2	Гистология	
2.1.3	Клиническая фармакология	
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:	
2.2.1	Детская онкология	
2.2.2	Интенсивная терапия и реанимация у детей	
2.2.3	Лекарственная терапия детского возраста в онкологии	
2.2.4	Лучевая терапия в педиатрии	

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

ПК-1: готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей и подростков, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

Знать:

Уровень 1	Принципы сохранения и укрепления здоровья, профилактики онкологических заболеваний;
Уровень 2	Принципы ранней диагностики заболеваний, проведения скрининговых исследований в онкологии;
Уровень 3	Факторы приводящие к развитию злокачественных опухолей у детей.

Уметь:

Уровень 1	Проводить мероприятия по формированию здорового образа жизни;
Уровень 2	Проводить мероприятия по профилактике и ранней диагностике онкологических заболеваний у детей;
Уровень 3	Выявлять причины развития опухолевых образований головного мозга у детей;

Владеть:

Уровень 1	Методами профилактики онкологических заболеваний, навыками обучения пациентов вопросам здорового образа жизни и укрепления здоровья;
Уровень 2	Методами и навыками ранней диагностики заболеваний, в том числе – организации и проведения скринингов;
Уровень 3	Клиническим мышлением для диагностического поиска.

ПК-6: готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи**Знать:**

Уровень 1	Современную классификацию опухолей центральной нервной системы;
Уровень 2	Особенности клинического течения опухолей головного мозга у детей и взрослых. Опухоли костей черепа. Особенности хирургических вмешательств при опухолях центральной нервной системы;
Уровень 3	Неврологическую семиотику опухолей различных отделов головного мозга: супратенториальных (базальных, внутрижелудочковых, конвекситальных), субтенториальных (мозжечка, мостомозжечкового угла, ствола мозга: общемозговые, очаговые, дислокационные симптомы).

Уметь:

Уровень 1	Проводить топическую, гистоструктурную и нозологическую дифференциальную диагностику опухолей головного мозга;
Уровень 2	Определить принципы лечения нейроонкологических больных, и показания и противопоказания к оперативным вмешательствам, доступы, медикаментозной, лучевой и другим методам лечения;
Уровень 3	Интерпретировать результаты клинических и инструментальных методов исследования (рентгено- и радиологическое, КТ, МРТ, МРА, электрофизиологическое, ликворологическое, радиометрическое, стереотаксическая биопсия).

Владеть:	
Уровень 1	Ведением документации больных с опухолями головного мозга;
Уровень 2	Методами реабилитации больных с опухолями головного мозга;
Уровень 3	Методикой ведения пациентов со злокачественными опухолями головного мозга;
ПК-11: готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	
Знать:	
Уровень 1	Методики анализа деятельности (организации, качества и эффективности) медицинских организаций в сфере онкологии;
Уровень 2	Методы оценки качества медицинской помощи в медицинской организации и деятельности медицинского персонала онкологического профильного учреждения;
Уровень 3	Вопросы организации экспертизы временной и стойкой утраты трудоспособности при онкологических заболеваниях;
Уметь:	
Уровень 1	Оценить результаты деятельности и качество оказания медицинской помощи врача-онколога на основе медико-статистических показателей;
Уровень 2	Применять основные теоретические положения, методические подходы к анализу и оценке качества медицинской онкологической помощи для выбора адекватных управленческих решений;
Уровень 3	Анализировать и оценивать качество медицинской помощи на примере ситуационных задач. Применять стандарты и клинические рекомендации для оценки и совершенствования качества медицинской онкологической помощи.
Владеть:	
Уровень 1	Техникой проведения диагностических манипуляций при онкологической патологии;
Уровень 2	Методикой ведения пациентов с онкологической патологией;
Уровень 3	Методиками диспансеризации больных получивших лечение по поводу злокачественных опухолей головного мозга.

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	принципы социальной гигиены и организации нейроонкологической помощи населению;
3.1.2	вопросы экономики, управления и планирования в нейроонкологической Службе КР;
3.1.3	вопросы медико-социальной экспертизы и медико-социальной реабилитации при опухолевой патологии головного мозга;
3.1.4	нормальной анатомии и гистологии центральной и периферической нервной системы у детей и взрослых;
3.1.5	физиологические основы головного и спинного мозга у детей и взрослых;
3.1.6	симптомы фантомно-болевого синдрома;
3.1.7	методику сбора анамнеза и обследования нейрохирургических пациентов;
3.1.8	современные нейрорентгенологические методы диагностики онкологических заболеваний центральной и периферической нервной системы;
3.1.9	клинические проявления опухолей больших полушарий головного мозга;
3.1.10	клинические проявления опухолей задней черепной ямки;
3.1.11	клинические проявления опухолей хиазмально-селлярной области;
3.1.12	клинические проявления опухолей спинного мозга;
3.1.13	принципы применения современных малоинвазивных методов лечения в нейроонкологии (лазерные, ультразвуковые и высокочастотные методы
3.1.14	хирургического лечения);
3.1.15	Современные представления об эпидемиологии, этиологии, патогенезе, клинической симптоматике, классификации, комплексной диагностике и лечении, реабилитации нейроонкологических больных;
3.1.16	опухоли головного мозга различной локализации, гистологической структуры, степени малигнизации, гидроцефалия;
3.1.17	Неотложные состояния в нейрохирургии и помощь на госпитальном этапе.
3.2	Уметь:
3.2.1	правильно и максимально полно опрашивать больного, собирать анамнез заболевания и анамнез жизни больных с нейроонкологическими заболеваниями;
3.2.2	проводить полное неврологическое обследование у взрослых и детей, выявлять общие и специфические признаки патологии нервной системы;

3.2.3	оценивать тяжесть состояния больного с подозрением на опухоль головного мозга, оказать первую медицинскую помощь, определять объем и место оказания дальнейшей медицинской помощи пациенту (в приемном отделении, нейрохирургическом стационаре, многопрофильном лечебном учреждении);
3.2.4	правильно интерпретировать результаты инструментальных исследований (ультразвукового, рентгеновского: магнитно-резонансной и компьютерной томографии, ангиографического исследования);
3.2.5	проводить дифференциальную диагностику при другой патологии центральной нервной системы;
3.2.6	определять объем клиничко-лабораторного обследования пациентов с опухолевыми заболеваниями головного;
3.2.7	определять лечебную тактику в отношении пациентов с опухолями головного мозга;
3.2.8	Показания для оперативного лечения, в т.ч. пациентов с различной сопутствующей патологией
3.2.9	Особенности проведения консервативной терапии, интенсивной терапии у пациентов в до- и послеоперационном периоде;
3.2.10	Проводить комбинированное лечение у пациентов с опухолями головного мозга.
3.3	Владеть:
3.3.1	Ведения пациентов в послеоперационном периоде и ранняя нейрореабилитации;
3.3.2	Хирургическими доступами к опухолям головного мозга различной локализации;
3.3.3	Методиками интерпретации результатов специальных исследований (церебральной ангиографии, доплерографии, рентгеновских исследований, магнитно-резонансной томографии, компьютерной томографии, ПЭТ);
3.3.4	проводить костно-пластическую трепанцию черепа;
3.3.5	проводить резекционную трепанацию черепа;
3.3.6	применять лекарственные средства (химиотерапию, владеть техникой проведения для лечения пациентов с опухолями мозга.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1. ОПУХОЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ						
1.1	Диффузные астроцитарные и олигодендроглиальные опухоли /Лек/	3	2	ПК-6 ПК-1 ПК-11	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2	0	
1.2	Нейрональные и смешанные нейронально-глиальные опухоли /Пр/	3	6	ПК-1 ПК-11 ПК-6	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2	0	
1.3	Эмбриональные опухоли. Менингиомы. /Ср/	3	5	ПК-1 ПК-6 ПК-11	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
1.4	Опухоли черепных и спинальных нервов. /Лек/	3	2	ПК-1 ПК-6 ПК-11	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2	0	
1.5	Меланоцитарные опухоли. Лимфомы. /Пр/	3	6	ПК-1 ПК-6 ПК-11	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2	0	
1.6	Герминогенные опухоли головного мозга у детей. /Ср/	3	5	ПК-1 ПК-6 ПК-11	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
1.7	Опухоли области турецкого седла. /Пр/	3	6	ПК-1 ПК-6 ПК-11	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2	0	
	Раздел 2. МЕТАСТАТИЧЕСКИЕ ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ						
2.1	Классификация метастатических опухолей. Пути метастазирования. /Лек/	3	2	ПК-1 ПК-6 ПК-11	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2	0	

2.2	Алгоритм лечения пациентов с солитарными и единичными метастазами в головном мозге. /Пр/	3	6	ПК-1 ПК-6 ПК-11	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2	0	
2.3	Алгоритм лечения пациентов с множественными метастазами в головном мозге /Ср/	3	5	ПК-1 ПК-6 ПК-11	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
2.4	Алгоритм лечения при рецидиве церебральных метастазов или появлении новых церебральных очагов. /Пр/	3	6	ПК-1 ПК-6 ПК-11	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2	0	
2.5	Лучевая терапия при метастатическом поражении головного мозга. /Ср/	3	5	ПК-1 ПК-6 ПК-11	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э3 Э4 Э5	0	
2.6	Лекарственное лечение метастатических опухолей головного мозга. /Пр/	3	6	ПК-1 ПК-6 ПК-11	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2	0	
2.7	Особенности проведения лекарственной терапии у больных с метастатическим поражением головного мозга при различных нозологических формах и разных морфологических вариантах опухолей. /Ср/	3	4	ПК-1 ПК-11 ПК-6	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
2.8	Современные методы лечения больных с метастатическим поражением головного мозга. Кибернож. Гамманож. /Пр/	3	6	ПК-1 ПК-6 ПК-11	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Л3.2	0	
2.9	/ЗачётСОц/	3	0			0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Знать:

1. Общий обзор строения головного мозга. Кора больших полушарий головного мозга.
2. Классификация опухолей головного мозга.
3. Гистогенез опухолей головного мозга
4. Основная оцезомозговая симптоматика (очаговая общезомозговая).
5. Основные методы лечения в нейроонкологии.
6. Лучевая терапия и химиотерапия в нейроонкологии.
9. Рентгенологические признаки при опухолях головного мозга.
10. Основные группы медикаментозных средств для лечения опухолей головного мозга и их симптомов.
11. Основные методы оперативных вмешательств при опухолях головного различной локализации.
12. Рентгенологические признаки опухоли гипофиза, мозжечка, мосто-мозжечкового угла и гипертензионный синдром.
13. Хирургическое лечение менингиом.
14. Современные методы диагностики в нейроонкологии.
20. Симптоматическая терапия запущенных форм злокачественных опухолей головного мозга.

Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ

1. Заполнить учетную документацию на онкологического больного:
 - извещение о впервые выявленном больном;
 - контрольную карту диспансерного наблюдения;
 - выписку из истории болезни онкологического больного;
 - протокол на запущенный случай злокачественного новообразования;
2. Интерпретировать рентгенограммы различных органов с типичными признаками новообразований; оценивать данные лабораторных и инструментальных исследований. Обнаружить патологическую тень на флюорограмме органов грудной клетки;
3. Определить кожные симптомы и симптомы со стороны нервной системы при раке головного мозга;
4. Заподозрить по внешним признакам рак головного;
5. Сформулировать диагноз злокачественного новообразования с оценкой стадии, клинической группы;
6. Определить клиническую группу онкологического больного и наметить тактику его ведения;
7. Провести наблюдение за больным с контролем показателей крови и оказать лечебную помощь при осложнениях в

- процессе химиотерапии;
8. Анализировать полученные результаты обследования пациента с назначением адекватной тактики лечения и дальнейшего наблюдения;
 9. Провести этапное лечение болевого синдрома у инкурабельного онкологического больного.

Задания для проверки уровня обученности ВЛАДЕТЬ:

1. По раздаточному материалу продемонстрировать владение техникой инцизионной и эксцизионной биопсии;
2. По раздаточному материалу продемонстрировать владение техникой проведения пункции молочной железы и лимфатического узла при подозрении на злокачественный процесс;
3. По раздаточному материалу продемонстрировать владение методикой проведения диагностической пункции, взятиемазков-отпечатков, соскобов при опухолях половых органов;
4. По раздаточному материалу продемонстрировать владение техникой проведения пальцевого исследования с интерпретацией обнаруженных изменений;
5. По раздаточному материалу продемонстрировать владение техникой оперативных вмешательств: иссечение опухолей мягких тканей, пункция плевральной и брюшной полости;
6. Продемонстрировать практические навыки проведения ассистенции при проведении типовых оперативных вмешательствах при опухолях различных локализаций на макете.

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

курсовая работа не предусмотрена

5.3. Фонд оценочных средств

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

5.4. Перечень видов оценочных средств

Тесты
Ситуационные задачи
Доклад
Реферат
Курация больного и написание истории болезни
Шкалы оценивания по видам оценочных средств в ПРИЛОЖЕНИИ 5

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

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. 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	Чиссов В.И., Дарьялова С.Л.	Онкология: Учебник с компакт-диском	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007
Л2.2	Петерсон Б.Е., Чиссов В.И., Пачесь А.И.	Атлас онкологических операций: атлас	М.: Медицина 1987

6.1.3. Методические разработки

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л3.1	Мамытов М.М., Тухватшин Р.Р., Апсаматов З.М., Байзаков А., Сабырбеков К.	Половозрастная структура нейроонкологических больных, проживающих в зоне урановых хвостохранилищ	
Л3.2	Мамытов М.М., Тухватшин Р.Р., Апсаматов З.М., Байзаков А., Сабырбеков К.	Половозрастная структура нейроонкологических больных, проживающих в зоне урановых хвостохранилищ	

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1	Менингиома	http://xn----8sbcebbnfvi2app1aca4c7a3
----	------------	---

Э2	нейроонкология	http://practical-oncology.ru/assets/articles/
Э3	КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА	http://www.oncology.ru/association/clinical-
Э4	Клинические рекомендации по лечению детей с герминогенными опухолями	http://pediatriconcology.ru/upload/iblock/5cd/qerminogoe
Э5	КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА	http://www.oncology.kiev.ua/pdf/27/15_516.pdf
6.3. Перечень информационных и образовательных технологий		
6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии		
6.3.1.1	Традиционные образовательные технологии – лекции, семинары, ориентированные прежде всего на сообщение знаний и способов действий, передаваемых ординаторам в готовом виде и предназначенных для воспроизводящего усвоения и разбора конкретных образцов. Лекционный материал предоставляется обучающимся с использованием мультимедийного оборудования и периодическим представлением тематических пациентов. Использование палат, учебных комнат для работы ординаторов.	
6.3.1.2	Инновационные образовательные технологии – формируют системное мышления и способности генерировать идеи при решении различных ситуационных задач. К ним относятся электронные тексты лекций с презентациями. Мультимедийный комплекс ноутбук, персональный компьютер. Наборы слайдов, таблиц/мультимедийных наглядных материалов по различным разделам дисциплины. Наглядные пособия, стенды.	
6.3.1.3	Информационные образовательные технологии – самостоятельное использование ординаторами компьютерной техники и интернет-ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы. Для лучшего усвоения материала и самостоятельной работы ординаторы готовят рефераты, доклады и презентации.	
6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения		
6.3.2.1	Электронно-библиотечная система "ZNANIUM.COM"	
6.3.2.2	Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/)	
6.3.2.3	«Электронная библиотека» КРСУ (www.lib.krsu.kg)	

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

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

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

<p>Технологическая карта дисциплины в ПРИЛОЖЕНИИ 6</p> <p>Обучение складывается из аудиторных занятий (600 часов), включающих лекционный курс и практические занятия, и самостоятельной работы (300 часов). Основное учебное время выделяется на практическую работу по онкологии. При изучении учебной дисциплины необходимо использовать теоретические знания и освоить практические умения по онкологии.</p> <p>Практические занятия проводятся в виде опроса, демонстрации учебных слайдов и использования наглядных пособий, решения ситуационных задач, ответов на тестовые задания, разбора клинических больных.</p> <p>Самостоятельная работа студентов 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.</p> <p>Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине онкология и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРС).</p> <p>Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам Университета и кафедры.</p> <p>По частным разделам учебной дисциплины разработаны методические рекомендации для студентов и методические указания для преподавателей.</p> <p>Во время изучения учебной дисциплины ординаторы самостоятельно проводят обследование онкологического больного. Написание реферата, учебной истории болезни способствуют формированию компетенций теоретических и практических навыков (умений).</p> <p>Работа ординаторов в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность.</p>

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.

УП: о310857_16_12ОНК.plox стр. 21

Как правило, это специальные монографии или статьи. Рекомендуется использовать также в качестве дополнительной литературы научно-популярные журналы, а также газеты специализирующиеся на онкологической тематике.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Примерное содержание работы:

Наименование: Объем: 13-15 стр.

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

Тесты

Вариант I
#
1
Симптомы, характерные для опухолей лобной доли:
гемипарез
моторная афазия
джексоновские двигательные припадки
нарушения чувствительности
#
2
Симптомы, характерные для опухолей височной доли:
слуховые, обонятельные галлюцинации
моторная афазия
гомнимная гемианопсия /или квадрантная/.
сенсорная афазия
Правильного ответа нет
#
3
Симптомы, характерные для аденомы гипофиза:
акромегалия
бitemпоральная гемианопсия
гемипарезы
нарушения слуха
Нет правильного ответа
#
4
Симптомы, характерные для опухолей мозжечка:
мышечная гипотония в конечностях на стороне поражения
горизонтальный нистагм
нарушение обоняния
застойные диски зрительных нервов
#
5
Симптомы, характерные для невриномы 8 пары:
шум в ухе
снижение слуха
гемипарез
гемигипестезия
#
6
Врачебных мероприятий при гипертензивном синдроме:
внутривенная дегидратационная терапия
постельный режим

наблюдение за пульсом, давлением, дыханием
нейрохирургическое обследование больного
ликворшунтирующие операции
#
7
Возникновения симптомов при супратенториальных опухолях:
общемозговые симптомы
очаговые симптомы
вторичная атрофия зрительных нервов
Правильного ответа нет
#
8
. Возникновения симптомов при опухолях мосто-мозжечкового угла /невринома 8 пары/:
парез мимической мускулатуры
снижение слуха
шум в ухе
нарушение чувствительности на лице и развитие сходящегося косоглазия
появление мозжечковых симптомов
#
9
Лечебных мероприятий у больного со злокачественной опухолью мозга:
частичное удаление опухоли
ликвидация внутричерепной гипертензии
химиотерапия и лучевая терапия
гистологическое исследование опухоли
#
10
Симптомы, характерные для экстремедуллярных опухолей :
нарушение болевой чувствительности
корешковые боли
наличие блока субарахноидального пространства
нарушение слуха
#
11
Симптомы, характерные для экстремедуллярной опухоли :
синдром Броун-Секара
полное поперечное поражение спинного мозга
корешковые боли
белково-клеточная диссоциация в ликворе
Правильного ответа нет
#
11
К интрамедуллярным опухолям относятся:
менингиома
невринома
эпендимома
глиома
Правильного ответа нет
#
12
Симптомы, характерные для начальной стадии интрамедуллярной опухоли на уровне С5-С8:
нарушение поверхностной чувствительности вначале в проксимальных отделах
вялые парезы, параличи
спастические парезы, параличи
трофические нарушения
тазовые нарушения

#
13
. Симптомы, характерные для опухоли верхнегрудного отдела спинного мозга: /экстрамедуллярной/:
боль при поколачивании над остистыми отростками позвонков
тетрапарез
нижний парапарез
нарушение функций тазовых органов
Правильного ответа нет
#
14
Заболевание: Симптомы:
1. опухоль верхнешейного отдела А. боль при движении головы спинного мозга Б. боль, иррадирующая по верхним конечностям
2. опухоль нижнешейного отдела В. вялый парез верхних конечностей и централь- спинного мозга Г. нижних
Г. спастический тетрапарез
#
15
Заболевание: Симптомы:
1. экстрамедуллярная опухоль А. корешковые боли грудного отдела Б. нарушение тазовых функций
2. опухоль конского хвоста В. нижний спастический парапарез
Г. гипестезия в области промежности и нижних конечностей
Д. нижний вялый парапарез
#
16
Заболевание: Симптомы:
1. экстрамедуллярная опухоль А. корешковые боли Б. прогрессирующее течение
2. радикулопатия вертеброген- В. обратимость симптомов при консервативном ного генеза лечения
Г. белково-клеточная диссоциация в ликворе
Д. распространение чувствительных нарушений
#
17
В каком возрасте наиболее часто встречаются опухоли головного мозга?
До года.
.От 2 до 10 лет.
Старше 10 лет
#
18
Преимущественная локализация опухолей мозга у детей - это:
поражение мозжечка.
поражение других структур, расположенных в задней черепной ямке, включая ствол 3.мозга и IV желудочек.
надседловидная область.
желудочки мозга, кроме IV
полушария большого мозга.
#
19
Первично-множественный РОК (синхронный и метасинхронный) встречается
Очень часто (более 15%)
Нередко (4-10%)
Очень редко (менее 1%)
Никогда не встречается
Чаще 25 %
#
20

К опухолям надседловидной области относятся:
краниофарингеома.
глиомы зрительного пути.
опухоли гипоталамуса.
все ответы правильны.
#
21
По гистологическому строению, согласно современной классификации, принятой ВОЗ, выделяют:
глиальные опухоли.
нейрональные опухоли.
примитивные нейроэктодермальные опухоли.
опухоли эпифиза.
все ответы правильны
#
22
Укажите признаки, характеризующие перерождение доброкачественной опухоли мозга в злокачественную:
инфильтративный рост.
метастазирование.
нейротоксическое действие.
геморрагический синдром
все ответы правильны.
правильны ответы 1 и 2.
#
23
Наиболее часто встречающаяся форма злокачественных опухолей головного мозга у детей - это:
астроцитомы.
медуллобластома.
эпендимомы.
краниофарингиома
#
24
Главной особенностью опухолей мозга у детей является:
длительный бессимптомный или малосимптомный период.
раннее развитие очаговой неврологической симптоматики.
частое и раннее нарушение психики.
#
25
Медуллобластома является высокочувствительной опухолью к:
лучевой терапии.
Химиотерапии.
правильны ответы 1 и 2.
правильного ответа нет.
Вариант II

1
Опухоль менее 3 см в диаметре, расположенная в крыше IV желудочка, черве или полушарии мозжечка, относится к:
T1
T2
T3a
T3b
T4
#
2
Под субтотальным удалением опухоли головного мозга понимают:
удалено более 90 % опухоли, но имеются ее остатки.
удалено 51-90 % опухоли.
удалено 11-50 % опухоли.
#
3
Преимущественным методом лечения астроцитомы является:
хирургический метод.
операция + химиотерапия.
операция + лучевая терапия.
операция + химиотерапия = лучевая терапия.
химиотерапия в сочетании или без лучевого лечения.
#
4
Ведущий симптом при раке носоглотки:
наличие опухоли.
расстройство носового дыхания.
боль.
#
5
В клинических проявлениях ретинобластомы различают, следующие виды макроскопического роста опухоли:
эндофитный.
экзофитный.
инфильтративный.
все ответы правильны.
#
6
При распространении ретинобластомы в ЦНС отмечают:
косоглазие.
тошнота, рвота.
изменение в цереброспинальной жидкости.
правильны ответы 2 и 3.
все ответы правильны.
#
7
Для какой стадии ретинобластомы характерен "симптом кошачьего глаза"?
I.
II.
III.
VI.

#
8
Для II стадии ретинобластомы характерны:
воспалительные изменения.
псевдовосполительные изменения.
широкий зрачок, прилегание опухоли к хрусталику.
глаукома.
все перечисленное
#
9
Наиболее часто ретинобластома метастазирует в:
регионарные лимфатические узлы
кости.
костный мозг.
все перечисленное
#
10
Ретинобластома чаще всего метастазирует гематогенным путем в:
кости черепа.
легкие.
печень.
все ответы правильны.
правильны ответы 1 и 3.
#
11
При каких стадиях ретинобластомы возможно выполнение органосохраняющего лечения?
I.
II.
III.
VI.
Правильны ответы 1 и 2.
#
12
При III стадии ретинобластомы больному проводится лечение:
хирургическое.
комбинированное.
комплексное.
#
13
) В каком возрасте наиболее часто встречаются опухоли головного мозга?

До года.
От 2 до 10 лет.
Старше 10 лет.
#
14
К опухолям надседловидной области относятся
краниофарингеома.
глиомы зрительного пути.
опухоли гипоталамуса.
все ответы правильны
#
15
По гистологическому строению, согласно современной классификации, принятой ВОЗ, выделяют:
глиальные опухоли.
нейрональные опухоли.
примитивные нейроэктодермальные опухоли.
опухоли эпифиза.
все ответы правильны.
#
16
Укажите признаки, характеризующие перерождение доброкачественной опухоли мозга в злокачественную:
инфильтративный рост.
метастазирование.
нейротоксическое действие.
геморрагический синдром.
правильны ответы 1 и 2.
все ответы правильны.
#
17
Наиболее часто встречающаяся форма злокачественных опухолей головного мозга у детей - это:
астроцитомы.
медуллобластома.
эпендимомы.
краниофарингиома.
#
18
Главной особенностью опухолей мозга у детей является:
длительный бессимптомный или малосимптомный период.
раннее развитие очаговой неврологической симптоматики.
частое и раннее нарушение психики.
#
19

Медуллобластома является высокочувствительной опухолью к:
лучевой терапии.
химиотерапии.
правильны ответы 1 и 2.
правильного ответа нет.
#
20
Опухоль менее 3 см в диаметре, расположенная в крыше IV желудочка, черве или полушарии мозжечка, относится к:
T1
T2
T3a
T3b
T4
#
21
Под субтотальным удалением опухоли головного мозга понимают:
удалено более 90 % опухоли, но имеются ее остатки.
удалено 51-90 % опухоли.
удалено 11-50 % опухоли.
#
22
Сочетанная лучевая терапия означает:
применение двух способов облучения или двух видов излучения.
расщепление курса лучевой терапии.
облучение в сочетании с химиотерапией.
облучение с радиомодификаторами.
правильного ответа нет.
#
23
Преимущественная локализация нейрогенных опухолей в средостении:
заднее средостение.
переднее средостение.
корень легкого.
реберно-диафрагмальный синус.
вил очковая железа.
#
24
Симптомы, характерные для опухолей мозжечка:
мышечная гипотония в конечностях на стороне поражения
горизонтальный нистагм
нарушение обоняния
застойные диски зрительных нервов
#
25
Симптомы, характерные для опухолей височной доли:

слуховые, обонятельные галлюцинации
моторная афазия
сенсорная афазия
гомимная гемианопсия /или квадрантная/.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1.

Задача 87. Больная 35 лет обратилась к невропатологу с жалобами на приступы судорог в правых конечностях, начинающихся с мышц голени и распространяющихся затем на мышцы бедра, спины, правую верхнюю конечность, мышцы лица. Приступ длится 3-4 минуты. После приступа возникает слабость в правой ноге, которая длится около 2-3 часов. Беспокоит головная боль, локализующаяся в лобно-теменной области больше слева. Указанные жалобы беспокоят около 1,5 лет. При осмотре: Состояние удовлетворительное, дыхание не страдает, ЧСС=80 в минуту, АД=120/70 мм Hg, кожные покровы лица бледные. Сознание ясное. Зрачки симметричные. Движения глазами в полном объеме. Мышечная сила снижена в правой нижней конечности до 4 баллов. Рефлексы с рук симметричные. Рефлексы с ног: высокие с правой ноги. Симптом Бабинского положителен справа. Гипестезия в области правой нижней конечности. Перкуссия черепа болезненная в левой теменной области.

Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

Задача №2.

Больной 53 лет доставлен в приемное отделение больницы родственниками с жалобами на интенсивную головную боль, преимущественно в затылочной области и шее, поперхивание при глотании пищи, на высоте головной боли возникает внезапная рвота. Головная боль появилась около 30 дней назад. За медицинской помощью не обращался. За прошедшее время усилилась головная боль, появилась рвота. Около 7 дней назад появились нарушения глотания. Около 1 года тому назад была примесь крови в моче. При осмотре: Состояние тяжелое, дыхание не страдает, ЧСС=48 в минуту, АД=150/70 мм Hg, кожные покровы лица бледные. В неврологическом статусе: больной вял, ориентировка сохранена, инструкции выполняет после паузы. Голос с носовым оттенком. Мягкое небо свисает. Дисфагия при глотании. Имеется бедность движений и мимики. Определяется горизонтальный нистагм. Рефлексы и мышечный тонус снижены в левых конечностях, интенционный тремор и адиадохокинез в левых конечностях. Положительные менингеальные симптомы. Симптом Бабинского положителен с двух сторон. При осмотре уролога обнаружена опухоль простаты. При исследовании глазного дна выявлен застойный диск зрительных нервов.

Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

Задача №3.

Больной 27 лет. Полтора года тому назад появились общие эпилептические припадки, сначала редкие, а теперь по 3—4 раза в месяц. Некоторым припадкам предшествовал обман обоняния — «запах горелого». Жаловался на головную боль. В последнее время стал хуже видеть, появилось двоение перед глазами, а также слабость левой руки и ноги. Находится в ясном сознании. Нарушений речи после судорожного припадка нет. Со стороны внутренних органов патологии не установлено. Артериальное давление 110/60. Пульс 58. Обоняние сохранено. Острота зрения правого глаза 0,3, левого 0,4. Резко выраженные застойные соски зрительных нервов с многочисленными кровоизлияниями по краю сосков. Поле зрения обоих глаз не ограничено. Цветовосприятие не нарушено. Птоз верхнего века правого глаза. Зрачки круглые, правый шире левого. Реакция их на свет и конвергенцию вялая. Наружное косоглазие правого глаза, ограничение движений его вверх и вниз. Движения левого глаза не ограничены. Нистагма нет. Чувствительность кожи лица не расстроена. Ослаблен правый корнеальный рефлекс. Левый угол рта опущен, сглажена левая носогубная складка. Пробы Вебера и Швабаха нормальные. Глотание не нарушено. Голос звучный. Язык при высовывании отклоняется влево от средней линии. Атрофии языка нет. Неловкость левой руки. Мышечная сила в ней снижена во всех сегментах. Объем движений, тонус и сила правой руки и ног нормальны. Мозжечковые пробы выполняет точно. При ходьбе и при исследовании симптома Ромберга слегка пошатывается влево. Расстройств чувствительности не обнаружено. Сухожильные и периостальные рефлексy — выше слева. Клонус левой стопы. Брюшные и подошвенные рефлексy слева ослаблены, справа живые. Симптом Бабинского и Оппенгейма слева. В момент осмотра состояние больного резко ухудшилось: кричит от резчайшей головной боли в затылке, лицо побледнело, голова запрокинута назад, многократная рвота. Пульс 48. Спинномозговая пункция не производилась. Краниография: усиление сосудистых борозд свода черепа. Турецкое седло: спинка не дифференцируется, передние клиновидные отростки истончены, дно разрушено. Компьютерная томография головного мозга: смещение желудочковой системы справа налево, центральный отдел левого бокового желудочка поджат книзу и кнаружи, в левой височной доле объемное образование. На ангиограмме смещение вверх правой средней мозговой артерии и медиально сифона правой сонной артерии. На ЭЭГ изменение биопотенциалов правого полушария в виде локального очага медленных волн.

Установите и обоснуйте клинический диагноз.

Задача №4.

Больная 36 лет. Недавно появилась, преимущественно по утрам, головная боль во лбу справа, первоначально в форме приступов, а в дальнейшем — почти постоянно. Тошноты и рвоты не было. Появились приступы, начинавшиеся с поворота головы и глаз влево, после чего возникали клонические судороги левой руки и ноги. Сознание не теряла. Припадок продолжался 2—3 мин. Теперь стала хуже видеть, «перед глазами появляется туман», ослабела левая рука и нога. Перед поступлением в клинику стало трудно ходить. Сделалась апатичной, перестала интересоваться работой, семьей, не встревожена своей болезнью. На вопросы отвечает правильно. Все инструкции выполняет.

Обоняние не нарушено. Острота зрения правого глаза 0,7, левого — 0,8. Резко выраженные застойные соски зрительных нервов. Поле зрения обоих глаз на белый и красный цвет нормальное. Зрачки широкие, реакция на свет и конвергенцию вялая. Движения глаз не ограничены, но имеется неустойчивость взора влево. Корнеальные рефлексы живые. Чувствительность кожи лица не нарушена. Отчетливая сглаженность левой носогубной складки, опущен левый угол рта. Слух нормальный. Фонация и глотание не нарушены. Язык высоко-вывадет по средней линии. Левосторонний гемипарез. Все виды чувствительности сохранены. Сухожильные и периостальные рефлексы слева выше, чем справа. Брюшные и подошвенные рефлексы понижены слева. Симптомы Бабинского и Россоломо слева. Симптом противоудержания в левой руке. Хватательный рефлекс левой кисти. Дрожание левой кисти. Ладонно-подбородочный рефлекс получается с левой руки. Симптом Кернига с обеих сторон.

Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД—120/70. Пульс 60. Спинномозговая жидкость прозрачная, давление 280 мм. Белок — 0,8 гр/л. Белковые реакции положительные, цитоз—5. Реакция Вассермана с кровью и ликвором отрицательная.

Рентгенография черепа — усиленный сосудистый рисунок, преимущественно в лобных отделах. Турецкое седло углублено, спинка его значительно истончена. Ангиография: дислокация вниз в артериальной фазе в лобно-полюсной ветви передней мозговой артерии и передних ветвей средней мозговой артерии.

Установите и обоснуйте клинический диагноз.

Задача №5.

Больной У. 55 лет, доставлен в приемное отделение машиной «скорой помощи». Со слов сопровождающей больного жены установлено: 7 месяцев назад впервые пожаловался на головную боль, 5 -месяцев назад окружающие заметили изменение походки (стал шаркать ногами). В это время лечился амбулаторно по поводу церебрального атеросклероза. Однако состояние ухудшалось, и месяц назад у больного впервые появилась рвота. В последующем рвота на высоте головной боли повторялась неоднократно. Присоединилась слабость в правых конечностях. Вчера состояние резко ухудшилось, стонал от головной боли, а сегодня утром потерял сознание.

При осмотре: больной в сопорозном состоянии. В контакт не вступает, на уколы реагирует гримасой. Пульс ритмичный, 68 ударов в мин., тоны сердца приглушены, АД—140/80. Дыхание с элементами периодизации — 22 в мин. Живот мягкий, печень не увеличена. Зрачки округлые, левый шире правого. Парусит правая щека. Выражен хоботковый рефлекс. Правые конечности на уколы не отдергивает, поднятая рука падает как плеть, стопа повернута кнаружи. Тонус правых конечностей снижен. Сухожильные рефлексы на руках высокие, справа отмечается преобладание. Коленные рефлексы угнетены. С обеих сторон вызван патологический рефлекс Бабинского. Ригидность мышц затылка — 2 поперечных пальца. Глазное дно: диски зрительных нервов увеличены в размерах, проминируют в стекловидное тело, границы их смыты, вены расширены, по ходу сосудов — кровоизлияния.

ЭХО-ЭГ: смещение М-эха слева направо на 6 мм, многочисленные дополнительные зубцы. Обзорная рентгенограмма черепа и грудной клетки: без патологических

изменений. ЭКГ: ритм синусовый, 68 сердечных сокращений в мин., нарушение восстановительных процессов в миокарде. Анализ крови: гемоглобин— 120 гр\л, лейкоцитов — $8000 \cdot 10^9$, СОЭ — 42 мм/ч, Компьютерная томография подтвердила диагноз.

Установите и обоснуйте клинический диагноз.

Задача №6.

Больной Ч. 9 лет, доставлен в приемное отделение машиной «скорой помощи» с жалобами на повторную рвоту. Ребенка сопровождает мать. С ее слов установлено: мальчик около двух месяцев жалуется на головную боль. Стал плохо учиться в школе, избегает шумных игр. Изменилась походка, временами бывает сонлив. Неделю назад впервые по-явилась рвота, которую вначале расценили как результат пищевого отравления.

При осмотре: сознание ясное, но вял, апатичен. Телосложение правильное, окружность головы 59 см. Голову держит с наклоном вперед, вытянув шею. Пульс ритмичный, 64 удара в мин. Тоны сердца чистые, АД— 110/70. Дыхание ритмичное, 18 в мин. Зрачки равномерные. Горизонтальный нистагм и недоведение глазных яблок в стороны. Не вызываются корнеальные рефлексы. Снижены глоточные рефлексы. Походка с широким основанием. Пробы на координацию руками и ногами выполняет неточно с обеих сторон, шатается сидя, вынужден держаться руками за окружающие предметы или кушетку. Мышечная гипотония. Сухожильные рефлексы высокие, равномерные. Патологических рефлексов нет. При по-пытке проверить симптом ригидности мышц затылка и изменить положение головы возникла фонтанная рвота, пульс замедлился до 60 ударов в мин.

Глазное дно: диски зрительных нервов бледно-розовые, границы их слегка ступеваны, вены широкие. ЭХО-ЭГ: смещения М-эха нет, большое число дополнительных зубцов. Анализ крови: гемоглобин — 120 гр\л, лейкоцитов — $5000 \cdot 10^9$, СОЭ— 20 мм/ч. Обзорная рентгенограмма черепа: расхождение швов, истончение костей свода черепа, усилен рисунок пальцевых вдавлений.

Установите и обоснуйте клинический диагноз.

Задача №7

Больная 43 лет, высшее образование. Недавно родственники заметили, что, выйдя из комнаты в коридор, больная не знает, как возвратиться обратно; разучилась надевать платье, обувь, пользоваться чашкой, ложкой. Больную приходится кормить. Появилась головная боль. Обоняние сохранено. Острота зрения правого глаза 0,9, левого — 0,8. Границы сосков зрительных нервов ступеваны, артерии узкие, вены расширены. Зрачки равные, реакция зрачков на свет и конвергенцию отчетливая. Движения глаз не ограничены. Птоза нет. Опущен правый угол рта. Функция остальных черепно-мозговых нервов не нарушена. Парезов нет, по больная не может произвести предлагаемых действия, не может нарисовать плана своей комнаты, не может назвать показанный ей палец собственной руки. Гемигипалгезия справа. Утрата чувства локализации на правой

половине тела. Сухожильные и периостальные рефлексы чуть выше справа. Брюшные рефлексы равны. Патологических рефлексов нет. Спинальная жидкость прозрачная. Давление 320 мм. Белок — 0,38 гр/л, цитоз — 5. Положительная реакция Панди. Реакция Вассермана в спинномозговой жидкости отрицательная.

На рентгенограмме черепа определяются усиленные пальцевые вдавления в костях свода черепа. Размеры турецкого седла увеличены, спинка его выпрямлена и несколько отклонена кзади. Компьютерная томография головного мозга: смещение желудочковой системы вправо, в левой теменной доле объемное образование. На ангиограмме в прямой проекции определяется смещение дистальных отрезков ветвей средней мозговой артерии книзу, ангиографическая Сильвиева точка также смещена книзу.

Установите и обоснуйте клинический диагноз.

Задача №8.

Больной 28 лет. Четыре года тому назад стали изменяться черты лица, увеличиваться кисти, стопы. Появилась головная боль, снизилось зрение, особенно левого глаза. Увеличены нос, губы, уши, язык. Нижняя челюсть выступает вперед. Между зубами видны щели. Обоняние не нарушено. Острота зрения правого глаза — 1,0, левого — 2,0. Глазное дно справа нормальное, слева — сосок зрительного нерва бледный, границы его четкие, артерии сужены, вены не изменены. Битемпоральная гемианопсия, особенно на красный цвет. Зрачки круглой формы, равны. Прямая реакция на свет правого глаза отчетливая, левого — вялая: содружественная справа налево сохранена, слева направо — очень вялая. Реакция зрачков на конвергенцию сохранена. Движения глаз не ограничены. Нистагма нет.

Функция остальных черепно-мозговых нервов не нарушена. Голос грубый, речь несколько смазана. Парезов нет. Все виды чувствительности сохранены. Расстройств координации движений нет. Все сухожильные и периостальные рефлексы равномерно оживлены. Патологических рефлексов нет. Артериальное давление 120/70 мм рт.ст. Сахар крови 4,7 ммоль/л. В моче сахара нет. Сахарная кривая: после сахарной нагрузки и через 30 мин. — 7,5 ммоль/л, через час — 8,1 ммоль/л, через 1,5 часа — 6,7 ммоль/л и через 2 часа — 4,5 ммоль/л.

Рентгенография черепа: резко выраженное диффузное утолщение костей свода черепа; турецкое седло значительно увеличено в размерах и деформировано, дно его углублено в заднем отделе, передние клиновидные отростки едва намечены, задние подрыты, спинка выпрямлена и истончена. Вход в турецкое седло сужен. На ангиограмме в прямой проекции видно латеральное смещение передней мозговой артерии и супраклиноидальной части сонной артерии.

Установите и обоснуйте клинический диагноз.

Темы докладов с презентацией для самостоятельной подготовки

1. Этиология, эпидемиологические особенности и факторы риска злокачественных опухолей головного мозга.
2. Этиология, эпидемиологические особенности и факторы риска злокачественных опухолей коры головного мозга.
3. Этиология, эпидемиологические особенности и факторы риска злокачественных опухолей мостомозжечкового угла головного мозга.
4. Этиология, эпидемиологические особенности и профилактика злокачественных опухолей гипофиза.
5. Эпидемиологические особенности и профилактика предопухолевых заболеваний центральной нервной системы в мире.
6. Этиология, эпидемиологические особенности и факторы риска злокачественных опухолей мозжечка.
7. Современные методы ранней диагностики злокачественных опухолей головного мозга у детей.
8. Диспансеризация пациентов с предопухолевыми заболеваниями центральной нервной системы.
9. Комбинированное лечение злокачественных опухолей головного мозга у детей.
10. Современные методы лучевой терапии злокачественных опухолей головного мозга.

Темы рефератов для самостоятельной подготовки

1. Современные принципы лечения злокачественных опухолей головного мозга.
2. Гистологическая классификация опухолей головного мозга.
3. Доброкачественные опухоли головного мозга. Принципы диагностики.
4. Доброкачественные опухоли головного мозга. Принципы лечения.
5. Симптоматическая терапия при злокачественных опухолях головного мозга.
6. Комбинированное лечение злокачественных опухолей мозжечка.
7. Неврологическая симптоматика при опухолях головного мозга.
8. Малоинвазивные методы исследования в диагностике опухолей головного мозга.
9. Современные принципы и методы хирургического лечения злокачественных опухолей головного мозга у детей.
10. Методы лучевой терапии в нейроонкологии. Симптоматическое лечение осложнений лучевой терапии.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

ВИДЫ КОНТРОЛЯ И АТТЕСТАЦИИ, ФОРМЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

№ п/п	№ семестра	Виды контроля	Наименование раздела учебной дисциплины	Оценочные средства		
				Форма	Кол-во вопросов в задании	К-во независимых вариантов
1	2	3	4	5	6	7
1.	2	ВК, ТК, ПК	Опухоли центральной нервной системы у детей	Тест	25	1
2.	3	ВК, ТК, ПК	Метастатические опухоли головного мозга у детей	Тест	25	1

Шкала оценивания тестов:

« 5 баллов» - 85-100 % правильных ответов

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

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

«0 баллов» - менее 50 % правильных ответов

Ситуационные задачи

Задача 8

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

Задания

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

5. Проведите дифференциальную диагностику.

Эталоны ответов к ситуационной 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 применяемой в онкологии, а также в целом в медицине; отличные знания о этиологии и патогенезе злокачественных новообразований; глубоко разбирается в статистике основных форм рака (заболеваемость и смертность); свободно ориентироваться в основных симптомах злокачественных опухолей, особенностей клинического

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

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

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

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

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА (рубежный контроль)

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

					пояснений	
Итоговая оценка						

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА (рубежный контроль)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО (клинический разбор больного)

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

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

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

Технологическая карта дисциплины «Опухоли головного мозга» для
ординаторов по специальности «Детская онкология»

III семестр, количество зачетных единиц 2, 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. ОПУХОЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ 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.	15	25	12
	Рубежный контроль	доклад, реферат	5	10	
Модуль 1					
2. МЕТАСТАТИЧЕСКИЕ ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА 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.	15	25	13
	Рубежный контроль	доклад, реферат	5	10	
Модуль 2					
Всего за III семестр:			40	70	
Промежуточный контроль (зачет с оценкой): - устный опрос; - решение тестов; - ситуационные задачи.			20	30	13
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 8

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

Задания

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

Эталоны ответов к ситуационной задаче

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

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

**Медицинский факультет
Кафедра онкологии и лучевой терапии**

Реферат

на тему:

«Колоректальный рак»

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

Проверил(а): Петров А.К.

Бишкек 2017 г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 9

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

(Т И Т У Л Ь Н Ы Й Л И С Т)

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

Кафедра онкологии и лучевой терапии

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Фамилия, имя, отчество больного

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

Осложнения основного заболевания:

Сопутствующие заболевания:

Время курации:

начало _____

окончание _____

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

Факультет, год обучения.

Фамилия, имя, отчество, должность преподавателя

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Медицинская карта стационарного больного № _____

Отделение _____

Палата _____

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

ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

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

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

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

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

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

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

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

ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ANAMNESIS MORBI)

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

симптомы, которые больной не заметил или посчитал несущественными.

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

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

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

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (ANAMNESIS VITAE)

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

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

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

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

При проживании на загрязненной радионуклидами территории необходимо

указать населенный пункт, сроки проживания, время переселения.

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

В данном разделе истории болезни должны найти отражение:

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

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

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО (STATUS PRAESENS OBJEKTIVUS)

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

Приводятся следующие сведения:

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

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

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

4. **Температура тела.**

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

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

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

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

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

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

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

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

13. Молочные железы.

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

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

состояние контрлатеральной молочной железы.

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

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

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

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

15. Система органов кровообращения.

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

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

Перкуссия: границы сердца, конфигурация.

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

16. Система органов пищеварения.

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

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

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

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

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

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

17. Мочеполовая система.

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

Осмотр области почек: выбухание, гиперемия в поясничной области.

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

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

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

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

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

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

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

Слизистая шейки матки: норма, эрозия, лейкоплакия; опухоль формы цветной капусты, кратера, смешанная. Локализация патологии (передняя губа, задняя губа, вся шейка, цервикальный канал; процесс переходит на правый, левый, передний, задний свод, стенку влагалища), размер опухоли; кровоточивость.

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

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

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

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

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

МЕСТНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (STATUS LOCALIS)

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

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

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

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

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

ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

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

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

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

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

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

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

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

Эндоскопические методы исследования: эзофагогастродуоденоскопия,

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

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

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

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

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

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ

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

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

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

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

ЛЕЧЕНИЕ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

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

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

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

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

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

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

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