

УТВЕРЖДАЮ



16.09.2015 г.

## Углубленное изучение опухолей соединительных тканей

### рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Онкологии и лучевой терапии**

Учебный план Специальность 31.08.57 Онкология

Квалификация **врач-онколог**

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **2 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 72

в том числе:

аудиторные занятия 48

самостоятельная работа 24

Виды контроля в семестрах:

зачеты с оценкой 3

#### Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семес тр на курсе>)	3 (2.1)		Итого	
	уп	рпд	уп	рпд
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, Камарли Закир Пашаевич \* Зкиев; старший преподаватель, Тараров Владимир Сергеевич Вит; к.м.н., Завуч кафедры, Туманбаев Арстанбек Муктарбекович Али  
к.м.н. Буцуев Н. И Н. Бр.

Рецензент(ы):

Ис  
Научный сотрудник НИИ ОНКО  
Преподаватель кафедры  
Хирургической стоматологии  
КРСУ, к.м.н. Бадаев А. А.

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

Рабочая программа дисциплины

Углубленное изучение опухолей соединительных тканей

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.57 ОНКОЛОГИЯ (уровень подготовки кадров высшей квалификации). (приказ Минобрнауки России от 25.08.2014г. №1100)

составлена на основании учебного плана:

Специальность 31.08.57 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

Зкиев

**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 «Углубленное изучение опухолей соединительных тканей», для клинических ординаторов по специальности 31.08.57 «Онкология» (72 часа, 2 зачетные единицы),

ГОУ ВПО

Кыргызско-Российского Славянского университета.

Рецензируемая рабочая программа, составленная кафедрой онкологии и лучевой терапии, разработана в соответствии с ФГОС ВПО. Тематика разделов соответствует программе по онкологии для клинических ординаторов медицинских вузов. Структура, содержание и виды занятий отражают основные вопросы освоения дисциплины.

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

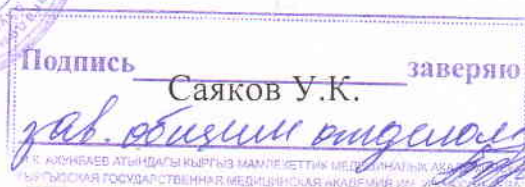
В данной рабочей программе подробно представлены фонды оценочных средств для оценки результатов освоения учебной дисциплины, а также контроля самостоятельной работы. В перечне ФОС имеются контрольные вопросы, тесты, ситуационные задачи, тематика докладов и рефератов, пример курации больного с детальным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

Учебно-методическое и информационное обеспечение содержит перечень основной, дополнительной литературы и интернет ресурсы. Материально-техническое обеспечение всех видов учебной работы дисциплины соответствуют требованиям образовательного процесса. Имеется профильная клиническая база.

Разработанная вышеуказанная учебная программа кафедры онкологии и лучевой терапии для клинических ординаторов по специальности 31.08.57 «Онкология», подготовлена с учетом требований ФГОС и может быть рекомендована к использованию в учебном процессе высшего медицинского учебного заведения для подготовки профессиональных кадров.

Заведующий кафедрой онкологии Кыргызской Государственной  
Медицинской академии имени И.К. Ахунбаева

к.м.н., доцент



## РЕЦЕНЗИЯ

На рабочую программу по дисциплине «Углубленное изучение опухолей соединительной ткани» послевузовского профессионального образования, для подготовки ординаторов по специальности 31.08.57 «Онкология» (72 часа)

ГОУ ВПО Кыргызско-Российского Славянского университета.

Программа дисциплины «Углубленное изучение опухолей соединительной ткани» разработана кафедрой онкологии и лучевой терапии медицинского факультета КРСУ для полноценной и комплексной подготовки специалистов врачей онкологов и позволяет расширить границы знаний и практических навыков в этой области. Кафедрой использованы, учтены основные требования образовательного процесса в соответствии с ФГОС. Соотношение лекционных, практических и самостоятельных занятий предусматривает нормативы учебной нагрузки. Структура программы, содержание и виды занятий также соответствует нормативам, для расширенного формирования компетенций будущего врача.

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

Разработана технологическая карта дисциплины, которая содержит все этапы проведения вариантов контроля обучения. Подробно описаны фонды оценочных средств.

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

**Научный сотрудник НЦОГ**

**Преподаватель кафедры хирургической стоматологии КРСУ**

к.м.н.



**Бабалаев А.А.**

А.А. Бабалаев  
заверяю: 



**1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

1.1	Развить и расширить общемедицинские и знания в области онкологии, привить основы диагностики и методы лечения, а также ранней диагностики наиболее часто встречаемых форм злокачественных опухолей соединительной ткани (сарком) для проведения лечебной работы в области онкологии в лечебно-профилактических учреждениях.
-----	---

**2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП**

Цикл (раздел) ООП:	Б1.В.ДВ.01
<b>2.1</b>	<b>Требования к предварительной подготовке обучающегося:</b>
2.1.1	Онкология
2.1.2	Онкоурология
2.1.3	Лучевая терапия
2.1.4	Патология
2.1.5	Общественное здоровье и здравоохранение
2.1.6	Клиническая фармакология
<b>2.2</b>	<b>Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:</b>
2.2.1	Онкология
2.2.2	Онкоурология
2.2.3	Лучевая терапия
2.2.4	Углубленное изучение наиболее часто встречающихся локализаций рака

**3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)****ПК-6: готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи****Знать:**

Уровень 1	Эпидемиологию, факторы риска, способствующие возникновению часто встречающихся злокачественных опухолей соединительной ткани (сарком);
Уровень 2	Симптомы наиболее частых злокачественных новообразований соединительной ткани, патогенез их развития, современные методы диагностики сарком;
Уровень 3	Современные принципы и методы радикального и паллиативного лечения злокачественных новообразований соединительной ткани (сарком).

**Уметь:**

Уровень 1	Проводить физикальное обследование онкологического больного. Составить план клинического и инструментального обследования с подозрением на злокачественную опухоль соединительной ткани;
Уровень 2	Сформировать группу пациентов повышенного риска по возникновению наиболее часто встречающихся видов сарком;
Уровень 3	Сформулировать и обосновать клинический диагноз, применить методы лечения при частых формах злокачественных опухолей соединительной ткани.

**Владеть:**

Уровень 1	Методикой проведения различных диагностических манипуляций при злокачественных опухолях соединительной ткани частых локализаций;
Уровень 2	Техникой основных оперативных вмешательств, применяемых в лечении онкологических больных: иссечение опухолей мягких тканей, пункция плевральной и брюшной полости, секторальная резекция молочной железы;
Уровень 3	Навыками применения основных методов лечения (химиотерапия, лучевая терапия, хирургическое лечение) при наиболее часто встречающихся локализаций сарком.

**В результате освоения дисциплины обучающийся должен**

<b>3.1</b>	<b>Знать:</b>
3.1.1	Эпидемиологию часто встречаемых локализаций злокачественных опухолей соединительной ткани в Кыргызстане, Российской Федерации, а также мировую статистику.
3.1.2	Причины развития, патогенез и факторы риска развития наиболее частых локализаций злокачественных опухолей соединительной ткани.
3.1.3	Основные симптомы сарком костей и мягких тканей.
3.1.4	Методы ранней диагностики сарком костей и мягких тканей.
3.1.5	Профилактику ранних форм злокачественных опухолей соединительной ткани.

3.1.6	Эффективные методы диспансеризации групп пациентов с риском развития злокачественных опухолей соединительной ткани.
3.1.7	Различные методы комбинированного, комплексного лечения злокачественных новообразований соединительной ткани.
<b>3.2</b>	<b>Уметь:</b>
3.2.1	Заполнять и вести учетно-отчетную документацию онкологического пациента с часто встречающимися формами злокачественных опухолей соединительной ткани.
3.2.2	Составить план детального обследования пациента с подозрением на саркомы различных локализаций.
3.2.3	Применять физикальные и инструментальные методы обследования онкологического пациента с часто различными формами злокачественных опухолей костей и мягких тканей.
3.2.4	Поставить и обосновать диагноз злокачественного новообразования соединительной ткани.
3.2.5	Определить показания к тому или иному методу лечения сарком различных локализаций.
<b>3.3</b>	<b>Владеть:</b>
3.3.1	Методикой проведения различных диагностических манипуляций при злокачественных опухолях соединительной ткани.
3.3.2	Техникой основных оперативных вмешательств, применяемых в лечении онкологических больных: иссечение опухолей мягких тканей, пункция плевральной и брюшной полости, секторальная резекция молочной железы и т.д.
3.3.3	Навыками применения основных методов лечения (химиотерапия, лучевая терапия, хирургическое лечение) при наиболее часто встречающихся локализациях сарком.
3.3.4	Навыками проведения симптоматической терапии при запущенных формах сарком.

#### 4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	<b>Раздел 1. Общие вопросы, связанные с проблемами злокачественных новообразований соединительной ткани</b>						
1.1	Эпидемиология, этиология, патогенез злокачественных опухолей соединительной ткани. Гистогенез сарком. Диспансеризация больных. /Лек/	3	2	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3	0	
1.2	Эпидемиология, этиология, патогенез злокачественных опухолей соединительной ткани. /Пр/	3	6	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3	0	
1.3	Злокачественные новообразования соединительной ткани торакоабдоминальной локализации. /Ср/	3	5	ПК-6	Л1.1 Л2.2 Л2.1 Л2.3	0	
1.4	Диспансеризация групп риска пациентов с предопухоловой патологией костей и мягких тканей. /Пр/	3	6	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3	0	
1.5	Современные методы комбинированного и комплексного лечения сарком различных локализаций. /Лек/	3	2	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3	0	
1.6	Профилактика злокачественных новообразований соединительной ткани. /Ср/	3	5	ПК-6	Л1.1 Л2.3 Л2.1 Л2.2	0	
1.7	Современные методы комбинированного и комплексного лечения сарком наиболее частых локализаций. /Пр/	3	6	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3	0	
	<b>Раздел 2. Частные вопросы, связанные с проблемами злокачественных новообразований соединительной ткани</b>						



2.1	Саркомы мягких тканей и костей – проблемы диагностики, лечения и раннего выявления. /Лек/	3	2	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3	0	
2.2	Липосаркомы различных локализаций, диагностика и современные методы комбинированного и комплексного лечения. /Пр/	3	6	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3	0	
2.3	Гигантоклеточная опухоль диагностика и современные методы комбинированного и комплексного лечения. /Ср/	3	5	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6	0	
2.4	Остеосаркома и саркома Юинга, диагностика и современные методы комбинированного и комплексного лечения. /Пр/	3	6	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3	0	
2.5	Злокачественные опухоли поперечно-полосатой и гладкомышечной мышечной ткани диагностика и современные методы комбинированного и комплексного лечения. /Ср/	3	5	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Э1 Э2 Э4 Э5 Э6	0	
2.6	Хондросаркома, диагностика и современные методы комбинированного и комплексного лечения. /Пр/	3	6	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3	0	
2.7	Злокачественные опухоли сосудистой, фиброзной ткани и неизвестного гистогенеза, диагностика и современные методы комбинированного и комплексного лечения. /Ср/	3	4	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Э1 Э2 Э4 Э5 Э6	0	
2.8	Злокачественная фиброзная гистиоцитома, диагностика и современные методы комбинированного и комплексного лечения. /Пр/	3	6	ПК-6	Л1.1 Л2.1 Л2.2 Л2.3	0	
2.9	/ЗачётСОц/	3	0	ПК-6		0	

## 5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

### 5.1. Контрольные вопросы и задания

Знать:

1. Современные тенденции заболеваемости злокачественными опухолями соединительной ткани.
2. Эпидемиология и факторы риска рака наиболее частых локализаций злокачественных опухолей соединительной ткани (сарком).
3. Эпидемиологические особенности распространенности различных форм злокачественных опухолей соединительной ткани в Кыргызстане и Российской Федерации.
4. Современные методы ранней диагностики сарком различной локализации.
5. Диспансеризация групп риска пациентов с предопухоловой патологией костей и мягких тканей.
6. Профилактика злокачественных новообразований соединительной ткани.
7. Современные методы комбинированного и комплексного лечения сарком различных локализаций.
8. Липосаркомы различных локализаций, диагностика и современные методы комбинированного и комплексного лечения.
9. Таргетная терапия при злокачественных опухолях соединительных тканей.
10. Гигантоклеточная опухоль - диагностика и современные методы комбинированного и комплексного лечения.
11. Проблемы ранней диагностики и перспективы лечения предопухоловой патологии костей и мягких тканей.
12. Остеосаркома и саркома Юинга, диагностика и современные методы комбинированного и комплексного лечения. Роль иммуногистохимического исследования в диагностике сарком костей.
12. Саркомы костей: ранняя диагностика, диспансеризация групп риска.
13. Саркомы: комбинированное и комплексное лечение, лечение осложненных форм.
14. Саркомы торако-абдоминальной локализации: диагностика, диспансеризация, лечение.
15. Злокачественные опухоли поперечно-полосатой и гладкомышечной мышечной ткани: диагностика, комбинированное и комплексное лечение.
16. Хондросаркома: диагностика, иммунотерапия, комбинированное и комплексное лечение.
17. Злокачественные опухоли сосудистой ткани: диагностика, диспансеризация, комбинированное и комплексное лечение.
18. Симптоматическая терапия запущенных форм сарком различных локализаций.

19. Злокачественные опухоли фиброзной ткани и неизвестного гистогенеза, диагностика и современные методы комбинированного и комплексного лечения.
20. Злокачественная фиброзная гистиоцитома, диагностика и современные методы комбинированного и комплексного лечения.
21. Симптоматическая и паллиативная терапия запущенных форм сарком торакоабдоминальной локализации.
23. Органосохраняющие операции при саркомах костей.

Уметь:

1. Заполнять и вести учетно-отчетную документацию онкологического пациента с часто встречающимися формами злокачественных опухолей соединительной ткани.
2. Составить план детального обследования пациента с подозрением саркому.
3. Применять физикальные и инструментальные методы обследования онкологического пациента с часто встречающимися формами злокачественных опухолей соединительной ткани.
4. Поставить и обосновать диагноз злокачественного новообразования соединительной ткани частых локализаций.
5. Определить показания к тому или иному методу лечения злокачественных опухолей соединительной ткани.
6. Вести диспансерный учет групп пациентов с риском развития сарком.
7. Интерпретировать основные диагностические данные у пациентов со злокачественными опухолями соединительной ткани.

Владеть:

1. Методиками проведения различных диагностических манипуляций при злокачественных опухолях соединительной ткани.
2. Техникой основных оперативных вмешательств, применяемых в лечении онкологических больных: иссечение опухолей мягких тканей и кожи, пункция плевральной и брюшной полости, секторальная резекция молочной железы.
3. Навыками применения основных методов лечения (химиотерапия, лучевая терапия, хирургическое лечение) при наиболее часто встречающихся локализациях злокачественных опухолей соединительной ткани.
4. Навыками проведения симптоматической терапии при запущенных формах сарком различной локализации.
5. Навыками оказания неотложной помощи при осложнениях опухолей соединительной ткани.

#### 5.2. Темы курсовых работ (проектов)

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	Под ред. Б.Е. Петерсона, В.И. Чиссова, А.И. Пачеся	Атлас онкологических операций	Москва .: Медицина 1987
Л2.3	Чиссов В.И., Дарьялова С.Л.	Онкология: Учебник с компат-диском	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007

<b>6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"</b>		
Э1	Клинический протокол (Казакстан).	<a href="http://www.rcrz.kz/docs/clinical_protocol/2015/%D0%">http://www.rcrz.kz/docs/clinical_protocol/2015/%D0%</a>
Э2	Саркома Юинга	<a href="http://www.kinderkrebsinfo.de/sites/kinderkrebsinfo/content/e">www.kinderkrebsinfo.de/sites/kinderkrebsinfo/content/e</a>
Э3	Саркома Юинга	<a href="http://practical-oncology.ru/assets/articles/">http://practical-oncology.ru/assets/articles/</a>
Э4	Клинические рекомендации.	<a href="http://pediatriconcology.ru/upload/iblock/2dc/sarkoma-a/15-4-body.pdf">http://pediatriconcology.ru/upload/iblock/2dc/sarkoma-</a>
Э5	Саркомы мягких тканей и костей	<a href="http://eesg.ru/uploads/meda/15-4-body.pdf">http://eesg.ru/uploads/meda/15-4-body.pdf</a>
Э6	Клинические рекомендации. Саркомы мягких тканей (РФ).	<a href="http://oncology-association.ru/docs/sarkom">http://oncology-association.ru/docs/sarkom</a>
<b>6.3. Перечень информационных и образовательных технологий</b>		
<b>6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии</b>		
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 мышление и способности генерировать идеи при решении различных ситуационных задач. К ним относятся электронные тексты лекций с презентациями. Мультимедийный комплекс ноутбук, персональный компьютер. Наборы слайдов, таблиц/мультимедийных наглядных материалов по различным разделам дисциплины. Наглядные пособия, стенды.	
6.3.1.3	Информационные образовательные технологии – самостоятельное использование 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.	
<b>6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения</b>		
6.3.2.1	Электронно-библиотечная система "ZNANIUM.COM"	
6.3.2.2	Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» ( <a href="http://window.edu.ru/">http://window.edu.ru/</a> )	
6.3.2.3	«Электронная библиотека» КРСУ ( <a href="http://www.lib.krsu.kg">www.lib.krsu.kg</a> )	

<b>7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)</b>		
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 <sup>2</sup> , 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.	
7.2		
7.3		

<b>8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)</b>		
Технологическая карта дисциплины в ПРИЛОЖЕНИИ 6		
<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.</p> <p>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>		

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

Во время изучения учебной дисциплины ординаторы самостоятельно проводят обследование онкологического больного. Написание реферата, учебной истории болезни способствуют формированию компетенций теоретических и практических навыков (умений).

Работа ординаторов в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность.

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

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

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

#### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА.

Пример выполнения в ПРИЛОЖЕНИИ 7

#### ДОКЛАД.

Подготовка доклада к занятию.

Основные этапы подготовки доклада:

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

Тематика доклада предлагается преподавателем в ФОС.

#### РЕФЕРАТ

Рекомендации по написанию реферата.

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

2. Реферат должен основываться на проработке нескольких дополнительных к основной литературе источников.

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)



# ПРИЛОЖЕНИЕ 1

## Тесты

<b>Вариант I</b>
#
1
К наследственно-детерминированным могут быть отнесены опухоли
рабдомиосаркома
ретинобластома
острый лимфобластный лейкоз
лимфосаркома
опухоль Юинга
#
2
Соблюдение принципов зональности и футлярности при выполнении онкологических операций направлено
на обеспечение антибластики
на обеспечение абластики
на снижение риска хирургических вмешательств
на максимальное сохранение функции органг
удаление регионарных лимфоузлов
#
3
На отдаленные результаты хирургического лечения злокачественных заболеваний оказывает наименьшее влияние
тип роста опухоли
гистологическая структура опухоли
наличие метастазов в регионарных лимфоузлах
наличие отдаленных метастазов
возраст больного
#
4
Лучевая терапия в лечении злокачественных опухолей используется
как самостоятельный метод
в комбинации с хирургическим методом до операции
в комбинации с лекарственной терапией (химио- и иммунотерапией)
в комбинации с хирургическим методом после операции
все ответы правильные
#
5
Наиболее радиорезистентной опухолью из перечисленных является
плоскоклеточный неороговевающий рак
семинома
опухоль Юинга
остеогенная саркома
мелкоклеточный рак легкого
#
6
На радиочувствительность опухоли оказывают влияние
напряжение кислорода опухоли
дифференцировка опухолевых клеток
форма роста опухоли
возраст больного
величина опухоли
#
7
Механизм действия производных платины состоит
в реакции алкилирования молекул ДНК

в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты
в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы
в денатурации тубулина - белка микротрубочек
в образовании сшивок молекул ДНК
#
8
Под терминалом «неoadьювантная химиотерапия» понимают
послеоперационную химиотерапию
профилактическую химиотерапию
предоперационную химиотерапию с оценкой эффективности по степени лекарственного патоморфоза для
определения дальнейшей тактики лечения
лечебную химиотерапию
консолидирующую химиотерапию
#
9
Самостоятельное хирургическое лечение показано при
остеогенной саркоме
опухоли Юинга
хондросаркоме
ретикулосаркоме
не показано при перечисленных опухолях
#
10
Наиболее частой локализацией злокачественной опухоли кости является
метаэпифизы длинных трубчатых костей
плоские кости
диафизы длинных трубчатых костей
позвоночник
#
11
Наиболее частым симптомом злокачественной опухоли кости является
патологический перелом
наличие опухолевидного образования
боли
ограничение подвижности в суставе
#
12
Достаточным для установления диагноза злокачественной опухоли кости является
наличие патологического перелома
наличие опухолевого образования
нарушение функции сустава
ни один из них
#
13
Характерные рентгенологические симптомы для злокачественной опухоли кости
литический очаг деструкции с четкими границами
патологический перелом кости
козырек Кодмена
луковичный периостит
литический очаг деструкции с нечеткими контурами
#
14
Наиболее частой локализацией злокачественной опухоли кости является
метаэпифизы длинных трубчатых костей
плоские кости
диафизы длинных трубчатых костей
позвоночник
#
15

При злокачественной опухоли кости адекватной сохранной операцией является
краевая резекция кости
околосуставная резекция кости
резекция суставного конца кости
экскохлеация опухоли
#
16
При остеогенной саркоме лечебной тактикой выбора является
предоперационная лучевая терапия с отсроченной ампутацией
предоперационная лучевая терапия с ампутацией и адъювантной химиотерапией
предоперационная химио-лучевая терапия с последующей операцией и послеоперационной химиотерапией
2-4 курса неoadъювантной химиотерапией с последующей операцией и послеоперационной химиотерапией
#
17
Органосохраняющие операции дополняют:
неoadъювантной терапией
адъювантной химиотерапией
лучевой терапией
иммунотерапией
#
18
Показателем адекватности при удалении саркомы мягких тканей является
удаление опухоли с окружающей ее капсулой
иссечение опухоли с окружающими ее мышцами, отступя на 1 см краев новообразования
удаление опухоли с мышечно-фасциальным футляром, в котором она расположена
удаление опухоли отступя 3 см от ее краев
#
19
Наиболее часто саркомы костей метастазируют в
печень
легкие Б
лимфатические узлы
кости
#
20
Рост костных сарком проявляется
разрушением костной ткани
образованием атипичной костной ткани
и тем и другим
ни тем, ни другим
#
21
При остеогенной саркоме трубчатых костей оптимальным считается лечение
хирургическое в объеме ампутации конечности
хирургическое в объеме ампутации конечности + лучевая терапия
хирургическое в объеме резекции кости + лучевая терапия
неoadъювантная химиотерапия + хирургическое в объеме резекции кости
#
22
Лучевое лечение и химиотерапия наиболее эффективны при
хондросаркоме
фибросаркоме
опухоли Юинга
все ответы правильные
правильного ответа нет
#
23
Саркомы мягких тканей чаще всего локализуются на
голове и шее
верхних конечностях

нижних конечностях
туловище
#
24
Наиболее характерным признаком саркомы мягких тканей является
боль
нарушение функции конечности
припухлость мягких тканей
изменение окраски кожи над припухлостью
#
25
Решающим методом обследования для выявления саркомы мягких тканей является
рентгенологическое исследование
УЗИ
термография
ангиография
пункция или биопсия прощупываемого образования
<b>Вариант II</b>
#
1
При саркомах мягких тканей оптимальным является лечение
хирургическое
лучевое
хирургическое + лучевое
хирургическое + полихимиотерапия и (или) лучевая терапия
лучевая терапия + химиотерапия
#
2
Радиоизотопное исследования в клинической онкологии используется:
для визуализации первичной опухоли
для определения распространенности злокачественного процесса
для оценки функционального состояния некоторых внутренних органов
правильные ответы 1) и 2)
все ответы правильные
#
3
Опухоли мягких тканей могут развиваться:
из фиброзной ткани
из жировой ткани
из мышечной ткани
из синовиальной ткани
все ответы верные.
#
4
Регионарные лимфатические узлы должны охватываться дозным полем с относительной дозой не менее
70%
80%
50%
60%
#
5
Что такое адьювантная химиотерапия
профилактическая химиотерапия
лечебная химиотерапия
предоперационная химиотерапия
симптоматическая терапия
паллиативная химиотерапия
#
6

Что такое неoadьювантная химиотерапия
профилактическая химиотерапия
лечебная химиотерапия
предоперационная химиотерапия
симптоматическая терапия
паллиативная химиотерапия
#
7
Каков способ введения цитостатиков при регионарной химиотерапии?
внутривенный
ректальный
внутриартериальный
интратекальный
внутримышечный
#
8
Первичные злокачественные опухоли костей необходимо дифференцировать:
с фиброзной дисплазией
с хроническим остеомиелитом
с костно-хрящевым экзостозом
Все ответы верные
#
9
Остеосаркомы чаще всего встречаются:
до 25 лет
от 30 до 40 лет
от 40 до 50 лет
старше 50 лет
#
10
Для остеосаркомы характерны следующие рентгенологические признаки:
наличие "треугольника" (козырька) Кодмана
наличие спикул
оссификация внекостного компонента
Все ответы верные
#
11
Остеосаркома, как правило, метастазирует:
в легкие
в кости
в лимфоузлы
все ответы верные
#
12
Хондросаркома чаще возникает:
в любой кости
в длинных трубчатых костях
в плоских костях
в мелких костях стопы и кисти.
#
13
Для хондросаркомы высокой степени морфологической зрелости свойственно:
медленное развитие с малой выраженностью симптомов
быстрый рост
Наличие сильных постоянных болей
Частые патологические переломы
#
14



Морфологическая верификация первичной саркомы костей необходима:
для уточнения диагноза
для выбора метода лечения
для решения вопроса об объеме хирургического вмешательства
все ответы верные
#
15
При лечении сарком Юинга основным методом является:
хирургический
лучевой
химиотерапевтический
иммунотерапия
правильные ответы 1) и 3)
#
16
При выборе уровня ампутации нижней конечности целесообразно учитывать следующие моменты:
локализацию опухоли
морфологической строение опухоли
получение наиболее функциональной культи для протезирования
верные ответы 1) и 3)
все ответы верные
#
17
Метастазировать в кости может:
рак молочной железы
рак яичников
меланома
правильные ответы 1) и 2)
все ответы верные
#
18
В основе дифференциальной диагностики первичных опухолей костей лежит:
ангиография
рентгенологическое исследование
морфологическое исследование
Ультразвуковое исследование
#
19
Под онкологической настороженностью врача понимают:
подозрение на наличие рака;
тщательный сбор анамнеза;
использование общих и специальных методов исследования;
анализ и синтез полученных данных;
все вышеперечисленное.
#
20
Метастазировать в легкие может:
рак молочной железы
остеогенная саркома
меланома
правильные ответы 1) и 2)
правильные ответы 1), 2) и 3)
#
21
Наиболее предпочтительный доступ при локализации опухоли в задне-верхнем средостении:
боковая торакотомия
заднебоковая торакотомия по 3 межреберью
заднебоковая торакотомия по 5 межреберью
стернотомия

переднебоковая торакотомия
#
22
К таргетным препаратам относится:
Цисплатин
Герцептин
Фемара
Авастин
правильный ответ 2 и 4
#
23
Основным методом лечения доброкачественных опухолей является:
Оперативное лечение
Химиотерапия
Консервативное лечение
правильный ответ 1 и 2
все ответы верны
#
24
Паллиативная лучевая терапия решает следующие задачи:
подведение максимально возможной дозы излучения
вызов гибели наиболее чувствительного пула опухолевых клеток
получить торможение опухоли роста
получить частичную регрессии опухоли
все ответы правильны
#
25
Какие из перечисленных препаратов относится к бисфосфонатам?
золендронат
трописетрон
границетрон
амифостин
филграстим

### Ситуационные задачи

#### Задача 1

Больной Т., 11 лет, болен с января 2008 года. Когда после травмы появились боли в левом коленном суставе; температура тела повысилась до 39,9 град. Консервативное противовоспалительное лечение, проведенное в поликлинике по месту жительства, эффекта не дало. Ребенок направлен к онкологу. При поступлении состояние удовлетворительное. Отмечаются некоторое увеличение объема левого коленного сустава, ограничение объема движений в нем. При рентгенологическом исследовании, проведенном 26.02.08 года в средней и нижней третях диафиза левого бедра выявлены мелкоочаговая деструкция кости, фрагментация коркового слоя, линейные и бахромчатые периостальные наслоения. Рентгенологическое заключение: подострый остеомиелит левой бедренной кости. 6.03.08 года произведена открытая биопсия. Морфологическое заключение: изменения соответствуют картине подострого остеомиелита, элементов опухоли не обнаружено. Больной в удовлетворительном состоянии выписан из клиники. Через 2 месяца произошел патологический перелом левой бедренной кости. Повторно поступил в клинику, где 22.04.08 года были произведены иммобилизация левой бедренной кости и повторная биопсия.

#### Задания

1. Тактика дообследования пациента.
  2. Предварительный диагноз.
  3. Тактика лечения.
- 

#### Задача 2

Больная Б., 51 год, поступила в клинику в связи с жалобами на боли в средней трети правого бедра, резко усиливающиеся при малейшем движении. Больная доставлена на носилках. Больна с января 2006 г., когда впервые появились тупые, неинтенсивные боли в правом бедре. К врачу не обращалась, боли постепенно усиливались. С марта 2008 года начала хромать и в связи с этим обратилась к врачу в поликлинику по месту жительства. Были рекомендованы тепловые процедуры, которые не дали эффекта. В мае 2008 года подвернула ногу, упала и не смогла встать. Госпитализирована в одну из городских больниц, где диагностирован патологический перелом правого бедра в области диафиза, в связи с чем было наложено скелетное вытяжение. Сопоставление клинических (длительный анамнез, отсутствие первичного очага опухоли) и рентгенологических

данных позволило высказаться за доброкачественную хрящевую опухоль. После биопсии опухоли обнаружена злокачественная опухоль.

### **Задания**

1. Тактика дообследования пациента.
  2. Предварительный диагноз.
  3. Тактика лечения.
- 

### **Задача 3**

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

### **Задания**

1. Тактика дообследования пациента.
  2. Предварительный диагноз.
  3. Тактика лечения.
- 

### **Задача 4**

К врачу поликлиники обратился больной с жалобами на появление бугристой опухоли больших размеров на передней и латеральной поверхности бедра. 3 года назад была травма бедра. Небольшое образование в мягких тканях появилось 0,5 года назад, быстро увеличилось за последний месяц. При осмотре опухоль плотная, один из узлов прорастает в кожу. Кожа гиперемирована, истончена, подвижность прощупываемого образования ограничена. Общее состояние больного не изменено.

### **Задания**

1. Тактика дообследования пациента.
  2. Предварительный диагноз.
  3. Тактика лечения.
-

### **Задача 5**

Больная И. 52 года. Жалобы на наличие опухолевого образования в области наружной поверхности правого бедра. На основании клинических, лучевых, морфологических исследований установлен диагноз: липосаркома правого бедра.

Кроме того, установлен диагноз: гипертоническая болезнь II б ст.

При УЗИ определены размеры опухоли 6 x 8 см. Глубина залегания опухоли (ее центр) 9 см.

#### **Задания**

1. Тактика дообследования пациента.
  2. Предварительный диагноз.
  3. Тактика лечения.
- 

### **Задача 6**

Больная Х., 23 года. Жалобы на боли в левой ноге, интенсивного характера, беспокоящие в ночное время. Объективно: в области латеральной поверхности средней трети левого бедра пальпируется опухолевидное образование, малоподвижное, каменистой плотности, размерами 5x6 см. Паховые лимфоузлы увеличены, плотно-эластической консистенции, размерами от 1 до 2 см, безболезненны. Больной выполнено радиоизотопное исследование костей скелета, РКТ: опухоль располагается в средней трети бедренной кости, протяженностью до 6 см, выходит за пределы кортикального слоя. В сыворотке крови обнаружено повышение уровня щелочной фосфатазы и ЛДГ.

#### **Задания**

1. Тактика дообследования пациента.
  2. Предварительный диагноз.
  3. Тактика лечения.
- 

### **Задача 7**



Больной П., 19 лет. Жалобы на боли в правом плече, интенсивного характера, беспокоящие в ночное время. Объективно: правое плечо обычной конфигурации, кожные покровы не изменены, при пальпации отмечается локальная болезненность в средней трети. Больному выполнено радиоизотопное исследование костей скелета, РКТ, МРТ: опухоль располагается в средней трети плечевой кости, протяженностью до 5см, выходит за пределы кортикального слоя. В сыворотке крови обнаружено повышение уровня щелочной фосфатазы и ЛДГ. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлены метастазы в правом легком.

### **Задания**

1. Тактика дообследования пациента.
  2. Предварительный диагноз.
  3. Тактика лечения.
- 

### **Задача 8**

Больной Е., 41 год. Жалобы на наличие опухолевидного образования в верхней трети левого бедра. Объективно: на латеральной поверхности верхней трети левого бедра определяется опухолевидное образование плотно-эластической консистенции, размерами 5х6 см, ограниченной подвижности, кожа над ним гиперемирована. Больному выполнено РКТ, МРТ, УЗИ: опухоль располагается в мягких тканях средней трети бедра, размерами до 5см в диаметре, прорастания бедренной кости нет, выражен сосудистый компонент. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлены метастазы в правом легком.

### **Задания**

1. Ваш диагноз?
  2. Какое исследование надо выполнить для морфологической верификации опухоли?
  3. Какова схема лечения?
- 

### **Задача 9**

У пациента липосаркома забрюшинного пространства, опухоль до 15 см, низкой степени дифференцировки, без вовлечения регионарных лимфатических узлов и без отдаленных метастазов.

#### **Задания**

1. Какая стадия?
  2. Как классифицируются опухоль?
  3. Наиболее целесообразная тактика лечения.
- 

#### **Задача 10**

У больного 30 лет злокачественная фиброзная гистиоцитома правого бедра, опухоль 6 см, высокой степени дифференцировки, опухоль инфильтрирует поверхностную фасцию. Регионарные лимфатические узлы не поражены, отдаленных метастазов нет.

#### **Задания**

1. Какая стадия?
  2. Как классифицируются опухоль?
  3. Наиболее целесообразная тактика лечения.
- 

#### **Задача 11**

У больного 50 лет ангиосаркома плеча, опухоль 8 см, низкой степени дифференцировки, опухоль инфильтрирует поверхностную фасцию. Регионарные лимфатические узлы не поражены, отдаленных метастазов нет.

#### **Задания**

1. Какая стадия?
2. Как классифицируются опухоль по глубине залегания?

3. Наиболее целесообразная тактика лечения.

---

### **Задача 12**

У больного 39 лет злокачественная фиброзная гистиоцитома бедра, опухоль 5 см, низкой степени дифференцировки, опухоль инфильтрирует поверхностную фасцию. Регионарные лимфатические узлы не поражены, имеются множественные метастазы в легкие.

#### **Задания**

1. Какая стадия?
  2. Как классифицируются опухоль по глубине залегания?
  3. Наиболее целесообразная тактика лечения.
- 

### **Задача 13**

У больного 40 лет злокачественная фиброзная гистиоцитома голени, опухоль 5 см, низкой степени дифференцировки, опухоль располагалась над поверхностной фасцией. Регионарные лимфатические узлы не были поражены, отдаленных метастазов не было. Проведено хирургическое лечение голени, послеоперационный курс дистанционной лучевой терапии на голень. Через 6 месяцев выявлены метастазы в легкие.

#### **Задания**

1. Какая была стадия?
  2. Как классифицировалась опухоль?
  3. Какая СОД при проведении послеоперационного курса дистанционной лучевой терапии подводится в подобных случаях?
  4. Наиболее целесообразная тактика лечения.
- 

### **Задача 14**

У пациента остеосаркома бедра, опухоль до 7 см, низкой степени злокачественности, без вовлечения регионарных лимфатических узлов и без отдаленных метастазов.

#### **Задания**

1. Какая стадия?
  2. Какова пятилетняя выживаемость при комбинированном лечении остеосаркомы конечности?
  3. Наиболее целесообразная тактика лечения.
- 

### **Задача 15**

У больного 20 лет саркома Юинга плеча, опухоль 9 см, низкой степени дифференцировки. Регионарные лимфатические узлы не поражены, отдаленных метастазов нет.

#### **Задания**

1. Какая стадия?
  2. Какова пятилетняя выживаемость при комбинированном лечении саркомы Юинга конечности?
  3. Наиболее целесообразная современная тактика лечения.
- 

### **Задача 16**

У больного 50 лет хондросаркома плеча, опухоль 8,5 см, низкой степени злокачественности. Регионарные лимфатические узлы не поражены, отдаленных метастазов нет.

#### **Задания**

1. Какая стадия?
  2. Какова пятилетняя выживаемость при хирургическом лечении хондросаркомы конечности?
  3. Наиболее целесообразная тактика лечения.
- 

### **Задача 17**

У больного 19 лет саркома Юинга крестца, опухоль 10 см, низкой степени дифференцировки. Регионарные лимфатические узлы не поражены, имеются множественные метастазы в легкие.

### **Задания**

1. Какая стадия?
  2. Какова пятилетняя выживаемость при комбинированном лечении саркомы Юинга с наличием метастазов в легкие?
  3. Тактика лечения.
- 

### **Задача 18**

У больного 25 лет остеосаркома голени, опухоль 5 см, низкой степени дифференцировки, Регионарные лимфатические узлы не были поражены, отдаленных метастазов не было. Проведено 6 курсов предоперационной химиотерапии, хирургическое лечение, 6 курсов послеоперационной химиотерапии. Через 6 месяцев выявлен рецидив в голени и метастазы в легкие.

### **Задания**

1. Какая была стадия?
  2. Какова пятилетняя выживаемость при лечении остеосаркомы с наличием рецидива и метастазов в легкие?
  3. Тактика лечения.
- 

### **Задача 19**

В поликлинику обратился пациент с жалобами на наличие опухолевидного образования в надключичной области справа, существующего в течение 3 лет. В последнее время отметил увеличение этого образования в размерах, боли в области этого образования.

При осмотре: в правой надключичной области опухолевидное образование 5×6 см, плотно-эластической консистенции, подвижное, не спаянное с кожей, безболезненное. Кожа над ним не изменена. Надключичные, шейные лимфоузлы не увеличены. Температура тела 36,7%. Нв 126 г/л, L-8,0.

### **Задания**

1. Ваш диагноз?
  2. Необходимы ли дополнительные методы обследования?
  3. С каким заболеванием необходимо дифференцировать данную патологию?
- 

### **Задача 20**

К врачу поликлиники обратился больной с жалобами на появление бугристой опухоли больших размеров на передней и латеральной поверхности бедра. 3 года назад была травма бедра. Небольшое образование в мягких тканях появилось 0,5 года назад, быстро увеличилось за последний месяц. При осмотре опухоль плотная, один из узлов прорастает в кожу. Кожа гиперемирована, истончена, подвижность прощупываемого образования ограничена. Общее состояние больного не изменено.

### **Задания**

1. Ваш диагноз?
  2. Необходимы ли дополнительные методы обследования?
  3. С каким заболеванием необходимо дифференцировать данную патологию?
-

### Темы докладов с презентацией для самостоятельной работы

1. Эпидемиологические особенности и профилактика злокачественных опухолей соединительной ткани в мире.
2. Эпидемиологические особенности и профилактика липосарком.
3. Эпидемиологические особенности и профилактика злокачественной фиброзной гистиоцитомы.
4. Эпидемиологические особенности и профилактика злокачественных опухолей мышечной ткани.
5. Эпидемиологические особенности и профилактика предопухолевых заболеваний костей в мире.
6. Эпидемиологические особенности и профилактика остеогенной саркомы.
7. Современные методы ранней диагностики остеогенной саркомы.
8. Современные методы ранней диагностики саркомы Юинга.
9. Современные методы ранней диагностики злокачественных опухолей сосудистой ткани.
10. Современные методы ранней диагностики гигантоклеточной опухоли костей.
11. Диспансеризация пациентов с предопухолевыми заболеваниями костей и мягких тканей.
12. Таргетная терапия при саркомах костей.
13. Таргетная терапия при различных вариантах сарком мягких тканей.
14. Комбинированное лечение сарком мягких тканей.
15. Комбинированное лечение сарком костей.

### Темы рефератов рефератов для самостоятельной подготовки

1. Современное комбинированное и комплексное лечение липосаркомы.
2. Современное комбинированное и комплексное лечение злокачественной фиброзной гистиоцитомы.
3. Современное комбинированное и комплексное лечение хондросаркомы.
4. Современное комбинированное и комплексное лечение остеогенной саркомы.
5. Современное комбинированное и комплексное лечение саркомы Юинга.
6. Современное комбинированное и комплексное лечение ангиосаркомы.
7. Опухоли соединительной ткани неизвестного гистогенеза. Диагностика и лечение.
8. Современные методы хирургического лечения при регионарном и отдаленном метастазировании сарком.
9. Роль иммуногистохимического исследования в диагностике и лечении сарком различной локализации и гистогенеза.
10. Симптоматическая терапия при запущенных формах сарком костей.
11. Симптоматическая терапия при запущенных формах сарком мягких тканей.
12. Симптоматическая терапия при запущенных формах сарком торакоабдоминальной локализации.
13. Современные принципы хирургического лечения сарком мягких тканей и костей.
14. Современное комбинированное и комплексное лечение редких форм сарком.
15. Лучевая терапия сарком различной локализации, современные методы.



## 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	<b>Общие вопросы, связанные с проблемами злокачественных новообразований соединительной ткани</b>	Тест	25	1
2.	3	ВК, ТК, ПК	<b>Частные вопросы, связанные с проблемами злокачественных новообразований соединительной ткани</b>	Тест	25	1

#### Шкала оценивания тестов:

« 5 баллов» - 85-100 % правильных ответов

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

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

«0 баллов» - менее 50 % правильных ответов

---

#### Ситуационные задачи

##### Задача 8

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

#### Задания

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

### **Эталоны ответов к ситуационной задач**

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

### **УКАЗАНИЯ К ОЦЕНИВАНИЮ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ / БАЛЛЫ**

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

---

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

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

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

Отметкой **(9-10 баллов)** оценивается ответ, который изложен логически правильно доступной форме соответственно терминологии применяемый в онкологии, а также в целом в медицине; отличные знания о этиологии и патогенезе злокачественных новообразований; глубоко разбирается в статистике основных форм рака (заболеваемость и смертность); свободно ориентироваться в основных симптомах злокачественных опухолей, особенностях 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, особенностях 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 **(5-6 баллов)** оценивается ответ, который показывает средние знания в вопросах общей и частной онкологии, особенностях 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, особенностях 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 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 систематизирован а и не последовательна.</i>	<i>Представляемая информация систематизирован а и последовательна.</i>	<i>Представляемая информация систематизирован а, последовательна и логически связана.</i>	
<i>Оформление</i>	-	<i>Не соблюдены условия</i>	<i>3-4 ошибки в представляемой</i>	<i>Не более 2-х ошибок в</i>	<i>Отсутствуют ошибки в</i>	

		<i>оформления реферата. Больше 4 ошибок в представляемой информации</i>	<i>информации</i>	<i>представляемой информации</i>	<i>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 пояснений</i>	
<b>Итоговая оценка</b>						

### ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА (рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в баллах)
<b>ФОРМА</b>		<b>2</b>
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
<b>СОДЕРЖАНИЕ</b>		<b>2</b>
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
<b>ДОКЛАД</b>		<b>1</b>
1	Правильность и точность речи во время защиты	0,5
2	Широта кругозора (ответы на вопросы), выполнение регламента	0,5
<b>Всего баллов</b>		<b>Сумма баллов 5</b>

### 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, особенностях 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, 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
<b>Всего баллов</b>		<b>сумма баллов: 15</b>

## ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

№	Наименование показателя	Отметка (в баллах)
1.	Общие сведения о больном	0-1
2.	Жалобы (кратко и четко 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

<b>Всего баллов</b>	<b>сумма баллов:</b> <b>15</b>
---------------------	-----------------------------------

**Технологическая карта дисциплины «Углубленное изучение опухолей соединительных тканей» для ординаторов по специальности «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, семестра)
1. Общие вопросы, связанные с проблемами злокачественных новообразований соединительной ткани	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	
<b>Модуль 1</b>					
2. Частные вопросы, связанные с проблемами злокачественных новообразований соединительной ткани	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	
<b>Модуль 2</b>					
Всего за III семестр:			<b>40</b>	<b>70</b>	
Промежуточный контроль (зачет с оценкой): - устный опрос; - решение тестов; - ситуационные задачи.			<b>20</b>	<b>30</b>	13
Семестровый рейтинг по дисциплине			<b>60</b>	<b>100</b>	



## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

## Задача 8

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

**Задания**

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

**Эталоны ответов к ситуационной задаче**

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

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

**Медицинский факультет  
Кафедра онкологии и лучевой терапии**

**Реферат**

*на тему:*

*«Колоректальный рак»*

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

*Проверил(а): Петров А.К.*

Бишкек 2017 г.

**ПРИЛОЖЕНИЕ 9**

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

**( Т И Т У Л Ь Н Ы Й Л И С Т )**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**  
**КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**  
Кафедра онкологии и лучевой терапии

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

Фамилия, имя, отчество больного

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

Осложнения основного заболевания:

Сопутствующие заболевания:

Время курации:

начало \_\_\_\_\_

окончание \_\_\_\_\_

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

Факультет, год обучения.

Фамилия, имя, отчество, должность преподавателя

## ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Медицинская карта стационарного больного № \_\_\_\_\_

Отделение \_\_\_\_\_

Палата \_\_\_\_\_

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

## ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

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

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

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

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

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

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

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

## **ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ANAMNESIS MORBI)**

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

симптомы, которые больной не заметил или посчитал несущественными.

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

При оформлении данного раздела истории болезни следует лишь кратко 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, диссеминованы 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.