

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

ГОУ ВПО Кыргызско-Российский Славянский университет



УТВЕРЖДАЮ

16.09.2015 г.

## Онкоурология

### рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Онкологии и лучевой терапии**

Учебный план

Специальность 31.08.68 Урология

Квалификация

врач-уролог

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	
	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, Зав. кафедрой, Камарли Закир Пашаевич З.Камарли; преподаватель, Салихар Рахима Ибрагимовна И.Ибрагимовна; к.м.н., Завуч кафедры, Туманбаев Арстанбек А.Туманбаев; ст. преподаватель, Тараров Владимир Сергеевич В.Тараров

Рецензент(ы):

И.Ибрагимовна зав. кафедрой урологии КРСУ д.м.н., профессор Чернецова Г.С.

С.Н.С. Ибрагимов к.м.н. Турмухамбетов У.А.

Рабочая программа дисциплины

**Онкоурология**

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.68 УРОЛОГИЯ (уровень подготовки кадров высшей квалификации). (приказ Минобрнауки России от 26.08.2014г. №1111)

составлена на основании учебного плана:

Специальность 31.08.68 Урология

утвержденного учёным советом вуза от 29.09.2015 протокол № 11.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

**Онкологии и лучевой терапии**

Протокол от 10.09. 2015 г. № 2  
Срок действия программы: 2015-2020 уч.г.

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

**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС  
16.11 2016 г.

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

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

**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС  
24.05 2017 г.

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

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

**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС  
23.05 2018 г.

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

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

**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС  
21.05 2019 г.

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

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

**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС

12 сентября 2020г.

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

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

**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 «Онкоурология», для  
клинических ординаторов по специальности  
31.08.68 «Урология»,  
ГОУ ВПО Кыргызско-Российского Славянского университета.**

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

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

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

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

Рецензируемая учебная программа кафедры онкологии и лучевой терапии для клинических ординаторов по специальности 31.08.68 «Урология», подготовлена с учетом всех требований образовательного процесса и может быть рекомендована к использованию в учебном процессе последипломного образования для подготовки медицинских кадров узких специальностей.

**Старший научный сотрудник НЦОиГ**

к.м.н. \_\_\_\_\_

Тургунбаев У.А.

  
*Аргиев*  
*Тургунбаев У.А.*  
*заверено. А*

## РЕЦЕНЗИЯ

На рабочую программу по дисциплине «Онкоурология» послевузовского профессионального образования, для подготовки ординаторов по специальности 31.08.68 «УРОЛОГИЯ» (72 часа)

ГОУ ВПО Кыргызско-Российского Славянского университета

Программа дисциплины «Онкоурология» разработана кафедрой онкологии и лучевой терапии медицинского факультета КРСУ для полноценной и комплексной подготовки специалистов в области урологии. Кафедрой использованы, учтены основные требования образовательного процесса. 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. 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.

Информационные источники представлены основной и дополнительной литературой, а также интернет ресурсами.

Представленная рабочая программа кафедры онкологии и лучевой терапии для клинических ординаторов по специальности «Урология», подготовлена на должном методическом уровне, учтены требования ФГОС. Программа может быть применена в высшем медицинском учебном заведении для послевузовской подготовки медицинских кадров узких специальностей.

Заведующая кафедрой урологии КРСУ

д.м.н., профессор



Чернецова Г.С.



**1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

1.1	Обеспечить обучающихся необходимой информацией по вопросам этиологии, патогенеза, факторам риска, клинических проявлений, диагностики, дифференциальной диагностики, тактики лечения и оказания неотложной помощи при онкоурологических заболеваниях.
-----	---

**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	Клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования в урологии
2.1.2	Онкоурология
2.1.3	Общие методы консервативного лечения в урологии
2.1.4	Оперативная урология
<b>2.2</b>	<b>Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:</b>
2.2.1	Клиническая фармакология
2.2.2	Общие методы консервативного лечения в урологии
2.2.3	Оперативная урология
2.2.4	Оперативная хирургия и топографическая анатомия
2.2.5	Клиническая фармакология
2.2.6	Урология

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

Уровень 1	Основные патогномичные признаки патологического состояния и их значимость в совокупности с общеклиническими симптомами при онкоурологических заболеваниях;
Уровень 2	Основные нозологические формы хирургических заболеваний и способность определить значимость патологического состояния;
Уровень 3	основные вопросы диагностики, в том числе и ранней диагностики, а также лечения онкоурологических заболеваний.

**Уметь:**

Уровень 1	Раскрыть смысл проблем связанных со здоровьем и представить динамику развития патологического состояния онкоурологического больного;
Уровень 2	Провести дифференциальную диагностику онкоурологических заболеваний от урологических;
Уровень 3	Определить практическую ценность клинических симптомов и синдромов на основании которых выстраивается патологическое состояние при онкоурологических заболеваниях.

**Владеть:**

Уровень 1	Навыками работы с литературой выделить приоритетные источники информации по актуальным вопросам онкоурологии;
Уровень 2	Навыками базовых диагностических манипуляций для диагностики онкоурологических заболеваний;
Уровень 3	Навыками основных методов лечения онкоурологических пациентов.

**В результате освоения дисциплины обучающийся должен**

<b>3.1</b>	<b>Знать:</b>
3.1.1	этиологию, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся онкоурологических заболеваний;
3.1.2	современную классификацию онкоурологических заболеваний;
3.1.3	современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных онкоурологической патологией;
3.1.4	принципы ранней диагностики злокачественных опухолей мочеполового тракта;
3.1.5	методы лечения и показания к их применению в онкоурологии;
3.1.6	диспансеризации пациентов с факторами риска развития онкоурологической патологии;
3.1.7	дифференциальную диагностику злокачественных опухолей мочеполового тракта.
<b>3.2</b>	<b>Уметь:</b>

3.2.1	собрать анамнез, проанализировать характер жалоб при онкоурологических заболеваниях (нарушений функций органа, болевого синдрома, патологических выделений, изменений общего состояния и т. д.);
3.2.2	провести физикальное обследование онкоурологического больного и описать локальный статус первичного очага и зон метастазирования;
3.2.3	составить план клинического, лабораторного и инструментального обследования больного с подозрением на злокачественную опухоль мочеполовой системы;
3.2.4	интерпретировать и анализировать данные лабораторных и инструментальных методов применительно к злокачественным опухолям мочеполовой системы;
3.2.5	сформулировать диагноз злокачественного новообразования онкоурологической нозологической единицы с оценкой стадии и клинической группы;
3.2.6	провести дифференциальную диагностику доброкачественных и злокачественных заболеваний мочеполовой системы.
<b>3.3</b>	<b>Владеть:</b>
3.3.1	Методами ранней диагностики онкоурологических заболеваний;
3.3.2	Методами проведения различных лечебных манипуляций в онкоурологии;
3.3.3	Паллиативной помощи инкурабельным больным;
3.3.4	Исследованиями, направленными на улучшение ранней диагностики и результатов лечения рака предстательной железы;
3.3.5	Методами операционной диагностики основными принципами постановки онкоурологического диагноза в соответствии классификации.

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

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетен-ции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	<b>Раздел 1. Общие вопросы онкоурологии</b>						
1.1	Эпидемиология, этиопатогенез, общие принципы диагностики и лечения злокачественных опухолей мочеполовой системы /Лек/	3	2	ПК-6	Л1.0 Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
1.2	Общие принципы диагностики и синдромы, симптомы при злокачественных опухолях мочеполовой системы. /Пр/	3	6	ПК-6	Л1.0 Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
1.3	Эпидемиология, этиопатогенез, общие принципы диагностики и лечения злокачественных опухолей мочеполовой системы /Ср/	3	5	ПК-6	Л1.0 Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.4	Современные методы диагностики и лечения онкоурологической патологии. /Лек/	3	2	ПК-6	Л1.0 Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
1.5	Диспансеризация больных с злокачественными опухолями мочеполовой системы. /Пр/	3	6	ПК-6	Л1.0 Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
1.6	Роль лучевой и химиотерапии в лечении злокачественных опухолей. /Ср/	3	5	ПК-6	Л1.0 Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3 Э4	0	

1.7	Протоколы химиотерапии при заболеваниях мочеполовой системы. /Пр/	3	6	ПК-6	Л1.0 Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
<b>Раздел 2. Частные вопросы онкоурологии</b>							
2.1	Злокачественные опухоли мочеполовой системы. Клиника. Диагностика. Лечение. /Лек/	3	2	ПК-6	Л1.0 Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
2.2	Рак почки. Клиника. Диагностика. Лечение. /Пр/	3	6	ПК-6	Л1.0 Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
2.3	Современные методы диагностики и лечения рака почки. /Ср/	3	5	ПК-6	Л1.0 Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.4	Рак предстательной железы. Клиника. Диагностика. Лечение. /Пр/	3	6	ПК-6	Л1.0 Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
2.5	Рак мочеочника. Клиника. Диагностика. Лечение. /Ср/	3	5	ПК-6	Л1.0 Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.6	Рак мочевого пузыря. Клиника. Диагностика. Лечение. /Пр/	3	6	ПК-6	Л1.0 Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
2.7	Рак полового члена. Клиника. Диагностика. Лечение. /Ср/	3	4	ПК-6	Л1.0 Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.8	Рак яичка. Клиника. Диагностика. Лечение. /Пр/	3	6	ПК-6	Л1.0 Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	0	
2.9	/ЗачётСОц/	3	0			0	

## 5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

### 5.1. Контрольные вопросы и задания

Задания для проверки уровня обученности Знать:

1. Рак почки, мочевого пузыря и предстательной железы в структуре общей онкологической заболеваемости.
2. Этиология, факторы риска, меры первичной и вторичной профилактики рака почки, мочевого пузыря и предстательной железы.
3. Классификация рака почки, мочевого пузыря и предстательной железы (TNM, гистологическая) стадирование заболевания.
4. Клиническая анатомия почки, мочевого пузыря, и предстательной железы, особенности метастазирования, регионарные и отдалённые лимфогенные метастазы.
5. Симптоматика рака почки, мочевого пузыря и предстательной железы

6. Алгоритм диагностического поиска при подозрении на рак почки, мочевого пузыря и предстательной железы.
7. Инструментальные методы диагностики рака почки, мочевого пузыря и предстательной железы
8. Факторы прогноза течения и риска рецидивирования рака почки, мочевого пузыря и предстательной железы.
9. Виды операций при раке почки, мочевого пузыря и предстательной железы.
10. Показания для химиотерапии и лучевой терапии рака почки, мочевого пузыря и предстательной железы.
11. Показания для комбинированного лечения.
12. Чем проявляется гормональная зависимость рака предстательной железы?
13. Каков алгоритм диагностики рака предстательной железы?
14. Назовите способы диагностики отдаленных метастазов рака предстательной железы
15. Каков роль тазовой лимфаденэктомии при раке предстательной железы и какие ее виды существуют?
16. В каких случаях возможно выполнение радикальной простатэктомии?
17. Какие виды лучевого лечения рака предстательной железы вы знаете?
18. Какова частота опухолей мочевого пузыря?
19. Каковы этиологические факторы развития опухолей мочевого пузыря?
20. Какими методами можно установить наличие опухоли в мочевом пузыре, а какими - степень ее прорастания стенки мочевого пузыря?
21. Какие основные виды хирургического лечения используются при опухолях мочевого пузыря?
22. Какие виды химиотерапии опухолей мочевого пузыря вы знаете?
23. Какие методы лучевой терапии используются при раке мочевого пузыря?
25. Какая иммунотерапия используется при лечении опухолей мочевого пузыря, и при каких стадиях заболевания?
26. Назовите основные опухолевые маркеры, применяемые в диагностике и мониторинге при раке яичка
27. С чего начинается лечение опухолей яичка?
28. Какие подходы могут быть использованы при лечении больных несеминомными опухолями яичка I стадии?

#### Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ:

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

#### Задания для проверки уровня обученности ВЛАДЕТЬ:

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

### 5.2. Темы курсовых работ (проектов)

курсовая работа не предусмотрена

### 5.3. Фонд оценочных средств

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

### 5.4. Перечень видов оценочных средств

Тест  
 Ситуационные задачи  
 Доклад  
 Реферат

## Шкалы оценивания по видам оценочных средств в ПРИЛОЖЕНИИ 5

**6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)****6.1. Рекомендуемая литература****6.1.2. 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	Ганцев Ш.Х.	Онкология: Учебник	М.: ООО "Медицинское информационное агентство" 2006
Л2.3	Гюляндин С.А., Моисеенко В.М.	Практическая онкология: Избранные лекции	СПб.: Центр ТОММ 2004

**6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"**

Э1	Адьювантная гормональная терапия после радикальной простатэктомии	<a href="http://umedp.ru/upload/iblock/81b/81bd56da4ee3de3e6">http://umedp.ru/upload/iblock/81b/81bd56da4ee3de3e6</a>
Э2	Руководство по онкоурологии	<a href="https://shop.medspecial.ru/upload/iblock/b75/b758a7cf">https://shop.medspecial.ru/upload/iblock/b75/b758a7cf</a>
Э3	ОЛИГОМЕТАСТАТИЧЕСКИЙ РАК И РАДИКАЛЬНАЯ ПРОСТАТЕКТОМИЯ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.	<a href="http://repo.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/13603/1/">http://repo.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/13603/1/</a>
Э4	Статьи по онкоурологии	<a href="http://netoncology.ru/uploads/press/journals/oncurolo">http://netoncology.ru/uploads/press/journals/oncurolo</a>

**6.3. Перечень информационных и образовательных технологий****6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии**

6.3.1.1	Традиционные образовательные технологии – лекции, семинары, ориентированные прежде всего на сообщение знаний и способов действий, передаваемых ординаторам в готовом виде и предназначенных для воспроизводящего усвоения и разбора конкретных образцов. Лекционный материал предоставляется обучающимся с использованием мультимедийного оборудования и периодическим представлением тематических пациентов. Использование палат, учебных комнат для работы ординаторов.
6.3.1.2	Инновационные образовательные технологии – формируют системное мышления и способности генерировать идеи при решении различных ситуационных задач. К ним относятся электронные тексты лекций с презентациями. Мультимедийный комплекс ноутбук, персональный компьютер. Наборы слайдов, таблиц/мультимедийных наглядных материалов по различным разделам дисциплины. Наглядные пособия, стенды.
6.3.1.3	Информационные образовательные технологии – самостоятельное использование ординаторами компьютерной техники и интернет-ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы. Для лучшего усвоения материала и самостоятельной работы ординаторы готовят рефераты, доклады и презентации.

**6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения**

6.3.2.1	Электронно-библиотечная система "ZNANIUM.COM"
6.3.2.2	Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» ( <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> )

**7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)**

7.1	Клиническая база Национальный центр онкологии Министерства здравоохранения КР. Коечный фонд 320, 13 клинических отделений, 2 диагностических отделения. 2 хирургических корпуса, 2 корпуса для лучевой терапии, 2 операционные, 1 реанимация. Национальный центр онкологии располагает аппаратурой и оборудованием для диагностики и лечения онкологических больных: рентгендиагностические комплексы – 3; маммографы – 2; эндоскопическая аппаратура – 5; аппараты для УЗИ – 5; аппараты для лучевой терапии – 3 с компьютерным томографом для топометрии. Ординаторы имеют доступ во все подразделения. Кафедра располагает помещением с отдельным входом, общая площадь 64 м <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.
-----	--

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

Технологическая карта дисциплины в ПРИЛОЖЕНИИ 6

Обучение складывается из аудиторных занятий (48 часов), включающих лекционный курс и практические занятия, и

самостоятельной работы (24 часа). Основное учебное время выделяется на практическую работу по онкологии.

При изучении учебной дисциплины необходимо использовать теоретические знания и освоить практические умения по онкологии.

Практические занятия проводятся в виде опроса, демонстрации учебных слайдов и использования наглядных пособий, решения ситуационных задач, ответов на тестовые задания, разбора клинических больных.

Самостоятельная работа ординаторов подразумевает подготовку к практическим занятиям, написание рефератов, выполнение творческих заданий и включает работу с учебной литературой, лекционным материалом, работу с электронными интернет-ресурсами по онкологии.

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине онкология и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРС).

Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам Университета и кафедры.

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

Во время изучения учебной дисциплины ординаторы самостоятельно проводят обследование онкологического больного.

Написание реферата, учебной истории болезни способствуют формированию компетенций теоретических и практических навыков (умений).

Работа ординаторов в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность.

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

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

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

#### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА.

Пример выполнения в ПРИЛОЖЕНИИ 7

#### ДОКЛАД.

Подготовка доклада к занятию.

Основные этапы подготовки доклада:

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

Тематика доклада предлагается преподавателем в ФОС.

#### РЕФЕРАТ

Рекомендации по написанию реферата.

1. Тема реферата выбирается в соответствии с Вашими интересами и должна соответствовать приведенному примерному перечню. Важно, чтобы в реферате: во-первых, были освещены как естественно-научные, так и социальные стороны проблемы; а во-вторых, представлены как обще-теоретические положения, так и конкретные примеры. Особенно приветствуется использование собственных примеров из окружающей Вас жизни.
2. Реферат должен основываться на проработке нескольких дополнительных к основной литературе источников. Как правило, это специальные монографии или статьи. Рекомендуются 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 скомпоновать реферат из кусков заимствованного текста. Все цитаты должны быть представлены в кавычках с указанием в скобках источника и страницы. Отсутствие кавычек и ссылок означает плагиат и, в соответствии с установившейся научной этикой, считается грубым нарушением авторских прав.
6. Реферат оформляется в виде текста на листах стандартного формата (А- 4) шрифтом TimesNewRoman, 14. Начинается с титульного листа (оформляется по образцу ПРИЛОЖЕНИЕ 8), в котором указывается название вуза, учебной дисциплины, тема реферата, фамилия и инициалы ординатора, год и географическое место местонахождения вуза. Затем следует оглавление с указанием страниц разделов. Сам текст реферата желательно подразделить на разделы: главы, подглавы и озаглавить их. Приветствуется использование в реферате количественных данных и иллюстраций (графики, таблицы, диаграммы, рисунки).
7. Завершают реферат разделы "Заключение" и "Список использованной литературы". В заключении представлены

основные выводы, ясно сформулированные в тезисной форме и, обычно, пронумерованные.

8. Список литературы должен быть составлен в полном 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 написане истории болезни (Схема написания истории болезни ПРИЛОЖЕНИЕ 9)

Тесты

<b>Вариант I</b>
#
1
IV СТАДИЯ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ:
распространение опухоли на близлежащие органы (T4);
поражение регионарных лимфатических узлов (N1-2);
отдаленные метастазы (M1);
тотальное поражение слизистой мочевого пузыря.
#
2
ТЕРМИН «ФЕОХРОМОЦИТОМА»
доброкачественная опухоль почки;
злокачественная опухоль почки;
доброкачественная опухоль надпочечника;
злокачественная опухоль надпочечника.
#
3
ТЕРМИН «ГИПЕРНЕФРОМА»
доброкачественная опухоль почки;
злокачественная опухоль почки;
доброкачественная опухоль надпочечника;
злокачественная опухоль надпочечника.
#
4
РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ РАКА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА
поверхностные паховые
глубокие паховые
тазовые;
паракавальные
#
5
СИМВОЛ ПАССИВНОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ ОПУХОЛИ В ПОЧЕЧНУЮ ИЛИ ПОЛУЮ ВЕНЫ
T3
T4
N1
M1
#
6
ПОРАЖЕНИЕ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ
I стадия;
II стадия;

III стадия;
IV стадия
#
7
РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ДЛЯ ПОЧКИ
узлы ворот почки;
парааортальные;
паракавальные;
паховые.
#
8
НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ
плоскоклеточная;
переходноклеточная;
аденокарцинома;
мелкоклеточная
#
9
Мужчина 50 лет обратился с жалобами на легкую дизурию, дискомфорт в области промежности. В анамнезе хронический простатит. Дальнейшая ваша последовательность действия для постановки диагноза:
Ректальный осмотр, УЗИ простаты.
ПСА, ректальный осмотр, УЗИ простаты (в т.ч. трансректальным датчиком)
КТ малого таза, ректальный осмотр, по необходимости трансректальное УЗИ исследование
УЗИ простаты (в т.ч. трансректальным датчиком), ректальный осмотр, ПСА
МРТ малого таза, по необходимости трансректальное УЗИ исследование, ПСА, ректальный осмотр
#
10
Наиболее часто встречающаяся гистологическая форма рака мочевого пузыря
плоскоклеточный рак
переходноклеточный рак
аденокарцинома
перстневидно-клеточный рак
недифференцированный рак
#
11
Дозировка и способ проведения БЦЖ терапии (адьювантная терапия с последующей поддерживающей терапией) проводится:
через 3 недели после ТУР по 1 инстилляций в неделю в течении 6 недель. В последующем БЦЖ-терапия проводится по 3 инстилляций (1 инстиляция в неделю) на 3, 6, 12, 18, 24, 30 месяцы
через 3 недели после ТУР по 1 инстилляций в неделю в течении 6 недель. В последующем БЦЖ-терапия проводится по 1 инстилляций в месяц в течении 6 месяцев
через 3 недели после ТУР по 1 инстилляций в неделю в течении 6 недель. В последующем БЦЖ-терапия проводится по 1 инстилляций в месяц в течении 12 месяцев
через 3 недели после ТУР по 1 инстилляций в неделю в течении 6 недель. Далее БЦЖ проводится в случае возникновения рецидива
Любой из вышеназванных методов приемлем
#
11
После полученного лечения по поводу рака мочевого пузыря больной должен проходить контрольные обследования через:
через полгода, в случае отсутствия рецидива, наблюдение проводится раз в год в течении 5 лет, после чего с учета можно снять.
через каждый месяц до года
через каждые 3 месяца в первый год, во второй - через полгода, в последующем 1 раз в год
в случае возникновения жалоб
через каждые 3 месяца в течении года, затем 1 раз в год
#
12
Наиболее частыми клиническими симптомами опухоли предстательной железы являются:
затрудненное и\или учащенное мочеиспускание

боль в промежности, крестце, пояснице
микроскопическая гематурия
нарушение акта дефекации
#
13
Рак полового члена чаще всего метастазирует:
в легкие
в кости
в печень
в регионарные лимфоузлы
в головной мозг
#
14
К триаде симптомов рака почки относятся:
гематурия, боль, слабость
гематурия, боль, ускоренная СОЭ
гематурия, потеря веса, слабость
гематурия, боль, пальпируемая опухоль
гематурия, боль, повышенная температура тела
#
15
Наиболее важным методом исследования при диагностике рака мочевого пузыря является:
общий клинический анализ мочи
бимануальное ректальное исследование при опорожненном мочевом пузыре
цистоскопия
радионуклидная цистография
#
16
Основные симптомы рака мочевого пузыря:
гематурия и дизурия
боль и никтурия
лихорадка и боль
#
17
Заболеваемость раком предстательной железы:
увеличивается с возрастом больных
уменьшается с возрастом больных
не зависит от возраста
#
18
При пальцевом ректальном исследовании раковая опухоль предстательной железы представляется как:
Эластичная, равномерно увеличена, не спаяна с окружающими тканями
хрящевой плотности, ассиметрично увеличена, на границе с окружающими тканями пальпируются плотные, грубые тяжи
увеличенная, хрящевой плотности, не спаяна с окружающими тканями
предстательная железа не изменена
эластичная, ассиметрично увеличенная, болезненная
#
19
Наиболее частые клинические симптомы злокачественных опухолей яичка:
болезненное увеличение и уплотнение яичка
боль в яичке
клинические проявления метастазов
все симптомы одинаково часто
#
20

Норма ПСА
1-4 нг/мл
0-6 нг/мл
10-14нг/мл
до 15 нг/мл
#
21
Гистологическая опухоль Вильмса состоит из:
эпителиальных клеток
Соединительнотканых клеток
Недифференцированной эмбриональной опухолевой клетки
Хрящевой и мышечной ткани
#
22
Папиллярные опухоли мочеточника часто встречаются:
В верхней трети
В нижней трети
В средней трети
В лоханочно мочеточниковом сегменте
#
23
При опухоли почечной лоханки чаще всего наблюдается
Боль
Прощупываемая почка
Макрогематурия
Протеинурия
Субфебрильная температура
#
24
Рак почечной лоханки позволяет диагностировать
Обзорная рентгенография почек и мочевых путей
Инфузионная урография
Ретроградная уретеропиелография
Сканирование почек
#
25
Необходимо ли нефрэктомия при раке левой почки и единичном метастазе в верхнем сегменте правого легкого
Показана
Не показана
Показана только у молодых
Показана только у больных пожилого возраста
Не показана больным пожилого возраста
<b>Вариант II</b>

1
Больной мужчина 56 лет обратился к урологу поликлиники с жалобами на внезапное появление крови в моче. Сегодня утром в моче были червеобразные сгустки крови. Гематурия продолжается. Других жалоб нет. Наиболее вероятный диагноз.
Геморрагический цистит
Опухоль мочевого пузыря
Опухоль почки
Мочекаменная болезнь
#
2
К ведущим факторам ,способствующим возникновению рака мочевого пузыря относится:
Курение
Нарушение иммунной реакции организма
Хронические воспалительные заболевания
Анилиновые красители
#
3
Среди опухолей мочевого пузыря наиболее часто встречается
Саркома
Фиброма
Миома
Папиллома и рак
#
4
по классификации TNM Международного противоракового союза символ T2 означает
Опухоль инфильтрирует глубокий мышечный слой
Опухоль инфильтрирует поверхностный мышечный слой
Имеется поверхностная инвазия эпителия
Опухоль инфильтрирует подэпителиальную ткань, не распространяясь на мышечную оболочку.
Опухоль инфильтрирует все слои стенки
#
5
классификация TNM дополняется символом P, характеризующим степень прорастания опухолью стенки мочевого пузыря по данным гистологического исследования операционного материала. Символ pT0 означает:
Преинвазивный рак (рак in situ)
Опухоль инфильтрирует под эпителиальную соединительную ткань
Отсутствуют метастазы в лимфатических узлах
Опухолевых клеток не обнаружено
Оценить степень распространения опухоли не удастся
#
6
Первый по частоте среди символов опухоли мочевого пузыря это
Гиперпирексия
Дизурия
Боли
Макрогематурия
Затрудненное мочеиспускание
#
7
При подозрение на опухоль мочевого пузыря исследование начинается
С обзорной рентгенографии мочевых путей
С КТ
Цистоскопии
УЗИ
Экскреторной урографией

#
8
Трансуретральная резекция показана при следующих стадиях рака мочевого пузыря
T1
T2
T3
T4
#
9
Метастазы при раке мочевого пузыря чаще наблюдается:
В печень
В паховые лимфоузлы
В легкие
В костях
В регионарные лимфоузлы
#
10
Оперативное лечение рака мочевого пузыря в стадии T3N0M0
Трансуретральная резекция
Электрокоагуляция
Резекция мочевого пузыря
Демукция
Цистэктомия
#
11
Из доброкачественных опухолей уретры у мужчин чаще встречаются
Фиброма
Остроконечная кондилома
Полипы
Папилломы
#
12
Наиболее частой опухолью почек у детей в возрасте от бмесяцев до 5 лет является
светлоклеточный рак
тератома
опухоль Вильмса
#
13
Если нет возможности остановить гематурию консервативным путем при неоперабельном раке почки, то следует :

Продолжить консервативное и симптоматическое лечение
Производить частые переливание свежей крови
Произвести эмболизацию почечной вены
Произвести нефрэктомию
Наложить нефростому
#
14
При локализации злокачественной опухоли в одном из полюсе единственной почки следует предпринять
Нефрэктомию
Резекцию почки
Наблюдение за больным
Иссечение опухоли
Эмболизация сегментарной артерии
#
15
При удалении почки по поводу рака не допустима в первую очередь перевязка
Почечной артерий
Почечной вены
Всей почечной ножки
Надпочечниковой артерий яичкооой вены
#
16
На аортограммах при раке почки ведущим признаком является наличие
Мало сосудистых зон в почечной паренхиме
Лакон и озерец в отдельных частях почки
Широкой почечной артерии
Деформация внутриорганных сосудов
#
17
При подозрении на опухоль почки обследование больного целесообразно начинать
С аортографии
С экскреторной урографии
С радиоизотопной ренографии
С ультразвунографии
С ретроградной уретеропиелографии
#
18
Цистоскопия в диагностике опухоли паренхимы почки при наличии макрогематурии помогает установить
Сторону поражения
Функцию пораженной почки
Функцию здоровой почки
Строение опухоли
#
19

По современной классификации опухолей почек к стадии Т3а относится
Большая опухоль, деформирующая почку
Опухоль в центральном сегменте почки размером 2х2 см
Опухоль инфильтрирующая околопочечную клетчатку
Большая опухоль деформирующая чашечки и лоханку
Небольшая опухоль с поражением регионарных лимфоузлов
#
20
При опухолях почки гематурия чаще наблюдается
Тотальная
Терминальная
Макрогематурия
Гемоглобинурия
#
21
Чаще всего первым проявлением опухоли паренхимы почки является
Боль в пояснице
Прощупываемая увеличенная почка
Гематурия
Анемия
Субфебрильная температура
#
22
Опухолевые тромбы при раке почки чаще всего наблюдается
В почечной артерий
В почечной и нижней полой вены
В Яичковой вене
В паровerteбральных венах
#
23
Лимфогенные метастазы чаще всего встречаются
В средостении
В парааортальных и паракавальных лимфоузлах
В подвздошных лимфоузлах
В шейных лимфоузлах
В надключичных лимфоузлах
#
24
При раке почки метастазы чаще всего наблюдается
В печень
В легкие
В контралатеральной почке
В головной мозг
В надпочечник
#
25
Наибольшее значение в возникновении опухолей почек придается

Порокам развития почек

Хроническому воспалительному процессу в почечной паренхиме

Гормональному дисбалансу

Травме почек

Гломерулонефриту



## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1. Больной К. 63 лет, обратился с жалобами на общую слабость, плохой аппетит, повышение температуры тела до 38,3° С, дважды выделение крови с мочой на протяжении последних двух месяцев. У уролога не наблюдается. В последние 2 недели отметил ухудшение состояния в виде нарастания выше указанных симптомов. Живот мягкий. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Наружные половые органы развиты правильно. Предстательная железа гладкая, не увеличена, безболезненная. Мочеиспускание свободное безболезненное. По анализам крови - анемия, эозинофилия, в моче - микрогематурия. За время пребывания в клинике однократная макрогематурия.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
  2. Необходимые методы обследования.
  3. Ваша тактика лечения.
- 

Задача 2. Больной 55 лет поступил в урологическую клинику с жалобами на учащенное болезненное мочеиспускание, выделение крови с мочой. Болен в течение 4 месяцев. Живот мягкий безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Предстательная железа не увеличена с гладкой поверхностью, безболезненная. На обзорном снимке мочевой системы теней подозрительных на конкременты нет. За время пребывания в клинике у больного появилась тотальная безболевая макрогематурия с бесформенными сгустками крови, в связи с чем, была произведена срочная цистоскопия. На левой боковой стенке мочевого пузыря обнаружена грубоворсинчатая опухоль в три поля зрения цистоскопа, на широком основании, не отбрасывающая тень. Правое устье мочеточника расположено в типичном месте, щелевидной формы. Левое устье мочеточника не определяется.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Необходимые методы обследования.
3. Ваша тактика лечения.

Задача 3. Больной 65 лет жалуется на учащенное, особенно ночью, затрудненное мочеиспускание. Урологом поликлиники при пальцевом ректальном исследовании выявлена гиперплазия простаты. Назначенное лечение эффекта не дало. При ректальном обследовании простата увеличена, плотноэластической консистенции, безболезненная, гладкая. При урофлоуметрии максимальная скорость потока мочи 8 мл/сек. ПСА 12 нг/мл. При остеосцинтиграфии накопление изотопа в лобковых костях.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
  2. Необходимые методы обследования.
  3. Ваша тактика лечения.
- 

Задача 4. Больной 62 лет поступил в терапевтический стационар для обследования по поводу анемии. Из анамнеза длительно наблюдается у уролога по поводу ДГПЖ. Исключены болезни крови и желудка. Дизурии нет. При ректальном исследовании в правой доле определяется инфильтрат. В секрете простаты единичные лейкоциты. При урофлоуметрии объемная скорость потока мочи 15 мл/сек. ПСА 15 нг/мл.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Необходимые методы обследования.
3. Ваша тактика лечения.

Задача 5. Больной 62 лет в течение последних 3-х лет отмечает затрудненное мочеиспускание, выделение мочи вялой и тонкой струей. Кожные покровы обычной окраски, язык влажный, не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Мочевой пузырь перкуторно не определяется. Наружные половые органы не изменены. При ректальном исследовании простата умеренно увеличена, правая доля ее бугристая, каменистой консистенции, безболезненная. Слизистая прямой кишки над правой долей неподвижна. ПСА — 21,4 нг/мл.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
  2. Необходимые методы обследования.
  3. Ваша тактика лечения.
- 

Задача 6. Больной А . 59 лет , обратился к урологу с жалобами слабость , потерю аппетита появление отечности в мошонке, боли в области мошонки. Считает себя больным в течении месяца когда появились выше указанные жалобы.

Объективно: Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются . В легких везикулярное дыхание. Пульс 77 ударов в минуту. АД 140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания положительный справа. Мошонка отечна , при пальпации болезненна , отмечается увеличение левого яичка. Паховые лимфоузлы не пальпируются .

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Необходимые методы обследования.
3. Ваша тактика лечения.

Задача 7. При прохождении профосмотра у больного А. 59 лет обнаружена отечность мошонки. Больной жалоб не предъявляет.

Объективно: Правильного телосложения , удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются . В легких везикулярное дыхание. Пульс 74 ударов в минуту. АД 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отмечается увеличение размеров грудных желез. Мошонка отечна безболезненна , отмечается увеличение правого яичка. Паховые лимфоузлы не пальпируются .

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
  2. Необходимые методы обследования.
  3. Ваша тактика лечения.
- 

Задача 8

В районную ЦРБ обратился больной К. 68 лет, с жалобами на слабость, рези при мочеиспускании, язвенное новообразование на коже полового члена. Выше указанные симптомы появились около 2 месяцев назад. За медицинской помощью не обращался. Лечился самостоятельно прижиганиями чистотелом.

Объективно: Правильного телосложения , удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются . В легких везикулярное дыхание. Пульс 75 ударов в минуту. АД 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания положительный справа . На коже полового члена язвенное образование с нечеткими неровными контурами до 2,5 см в диаметре.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Необходимые методы обследования.
3. Ваша тактика лечения.

## Задача 9

Больной А. 56 лет, обратился к урологу с жалобами на слабость новообразование на коже полового члена язвенное. Выше указанные симптомы появились около несколько месяцев назад. В течении месяца лечился у дерматолога без должного эффекта

Объективно: Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются . В легких везикулярное дыхание. Пульс 80 ударов в минуту. АД 110/80 мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания положительный справа. На коже полового члена новообразование образование в форме цветной капусты до 3,0 см в диаметре в левой паховой области пальпируется лимфоузел до 1,5 см в диаметре, безболезненный

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
  2. Необходимые методы обследования.
  3. Ваша тактика лечения.
-

## Задача 10

На прием к урологу обратилась больная К. 62 года , с жалобами на слабость, потерю аппетита, похудание ,примесь крови при мочеиспускании. Выше указанные симптомы появились около 2 месяцев назад. За последнюю неделю гематурия приобрела постоянный характер, появились боли в поясничной области, отмечает припухлость в поясничной области.

Объективно: Правильного телосложения , удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются . В легких везикулярное дыхание. Пульс 72 ударов в минуту. АД 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания положительный слева . Слева в поясничной области пальпируется опухоль до 3,0 см в диаметре болезненная.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
  2. Необходимые методы обследования.
  3. Ваша тактика лечения.
-

## Задача 11

Больной А. 62 лет. обратился к терапевту с жалобами на быструю утомляемость, похудение, периодически появляющиеся примеси крови в моче, боли в поясничной области, отеки нижних конечностей. Выше указанные жалобы со слов больного появились около 3 месяцев назад. В анамнезе частые простудные заболевания, сахарный диабет.

Объективно: Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких везикулярное дыхание. Пульс 74 ударов в минуту. АД 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена. В поясничной области в проекции левой почки пальпируется опухоль до 1,8 см. в диаметре болезненное.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
  2. Необходимые методы обследования.
  3. Ваша тактика лечения.
-

## Задача 12

Мужчин 45 лет. Считает себя больным в течение 2-х месяцев, когда появились боли в поясничной области слева.

Объективно: в левом подреберье пальпируется нижний край почки.

Отклонения в анализах: кровь - СОЭ 30 мм/час, в анализе мочи свежие эритроциты 10-15 в п/зрения.

Данные КТ исследования: левая почка увеличена в размерах, латеральный контур в средней трети выбухает за счет объемного образования диаметром 4см. Плотность образования 32 ед., плотность паренхимы почки 35 ед. Граница между образованием и паренхимой почки не определяется. В центре образования участок пониженной плотности (25 ед.), с неровными, нечеткими контурами. Синус почки деформирован. При в/в усилении образование накапливает контрастное вещество до 80 ед., паренхима почки до 70 ед. В центре образования участок, плохо накапливающий контрастное вещество (35 ед.). В отсроченную фазу: выделительная функция почки сохранена, средняя чашечка деформирована.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
  2. Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
-

### Задача 13

В районную ЦРБ обратилась больная К. 55 лет , с жалобами на слабость, потерю аппетита периодически повышающуюся температуру до 38 градусов, периодические кровь в моче. Выше указанные симптомы появились около месяца назад. За медицинской помощью не обращалась . За последнюю неделю гематурия приобрела постоянный характер, появились боли в поясничной области.

Объективно: Правильного телосложения , удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются . В легких везикулярное дыхание. Пульс 88 ударов в минуту. АД 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания положительный справа.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Необходимые методы обследования.
3. Ваша тактика лечения.

### Темы докладов с презентацией для самостоятельной подготовки

1. Этиология, эпидемиологические особенности и профилактика злокачественных опухолей мочеполовой системы в мире.
2. Этиология, эпидемиологические особенности и профилактика злокачественных опухолей почки.
3. Этиология, эпидемиологические особенности и профилактика злокачественных опухолей мочеточника.
4. Этиология, эпидемиологические особенности и профилактика злокачественных опухолей мочевого пузыря.
5. Эпидемиологические особенности и профилактика предопухолевых заболеваний мочеполовой системы в мире.
6. Этиология, эпидемиологические особенности и профилактика рака предстательной железы.
7. Современные методы ранней диагностики рака предстательной железы.
8. Современные методы ранней диагностики рака мочевого пузыря.
9. Современные методы ранней диагностики злокачественных опухолей органов мошонки.
10. Современные методы диагностики в онкоурологии.
11. Диспансеризация пациентов с предопухолевыми заболеваниями мочеполовой системы.
12. Таргетная терапия при раке почки.
13. Таргетная терапия при раке предстательной железы.
14. Комбинированное лечение злокачественных опухолей почки.
15. Комбинированное лечение рака мочевого пузыря.

### Темы рефератов для самостоятельной подготовки

1. Современное комбинированное и комплексное лечение рака почки.
2. Современное комбинированное и комплексное лечение злокачественных новообразований мочеочника.
3. Современное комбинированное и комплексное лечение рака мочевого пузыря.
4. Современное комбинированное и комплексное лечение рака предстательной железы.
5. Современное комбинированное и комплексное лечение рака уретры.
6. Современное комбинированное и комплексное лечение злокачественных опухолей органов мошонки.
7. Роль гормонотерапии в лечении рака предстательной железы.
8. Современные методы хирургического лечения при регионарном и отдаленном метастазировании злокачественных опухолей мочеполового тракта.
9. Роль иммуногистохимического исследования в диагностике и лечении злокачественных опухолей мочеполовой системы.
10. Симптоматическая терапия при запущенных формах рака почки.
11. Симптоматическая терапия при запущенных формах рака мочевого пузыря.
12. Симптоматическая терапия при запущенных формах рака предстательной железы.
13. Современные принципы хирургического лечения при злокачественных опухолях почки, мочевого пузыря, предстательной железы.
14. Современное комбинированное и комплексное лечение редких форм злокачественных опухолей мочеполовой системы.
15. Лучевая терапия злокачественных опухолей мочеполовой системы, 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 онкоурологии</b>	Тест	25	1
2.	3	ВК, ТК, ПК	<b>Частные вопросы онкоурологии</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, особенностей клинического

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

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

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

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

### **ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА (рубежный контроль)**

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

					пояснений	
<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, особенностей клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза злокачественных новообразований

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО (клинический разбор больного)

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

Технологическая карта дисциплины «Онкоурология» для ординаторов по специальности «Урология»

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 онкоурологии..	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. Частная онкоурология	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, диссеминаты по брюшине; исследование затруднено из-за ожирения, наличия асцита, напряжения мышц брюшной стенки.

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

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

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

## **МЕСТНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (STATUS LOCALIS)**

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

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

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

## **ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

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

## **ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ**

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

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

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

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

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

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

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

**Эндоскопические методы исследования:** эзофагогастродуоденоскопия,

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

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

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

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

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

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ**

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

## КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

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

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

## ЛЕЧЕНИЕ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

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

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

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

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

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

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

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